

**CIHM
Microfiche
Series
(Monographs)**

**ICMH
Collection de
microfiches
(monographies)**



Canadian Institute for Historical Microreproductions / Institut canadien de microreproductions historiques

© 1998

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for filming. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of filming are checked below.

- Coloured covers / Couverture de couleur
- Covers damaged / Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated / Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing / Le titre de couverture manque
- Coloured maps / Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) / Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations / Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material / Relié avec d'autres documents
- Only edition available / Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion along interior margin / La reliure serrée peut causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la marge intérieure.
- Blank leaves added during restorations may appear within the text. Whenever possible, these have been omitted from filming / Il se peut que certaines pages blanches ajoutées lors d'une restauration apparaissent dans le texte, mais, lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas été filmées.
- Additional comments / Commentaires supplémentaires:

L'Institut a microfilmé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de filmage sont indiqués ci-dessous.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated / Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed / Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies / Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary material / Comprend du matériel supplémentaire
- Pages wholly or partially obscured by errata slips, tissues, etc., have been refilmed to ensure the best possible image / Les pages totalement ou partiellement obscurcies par un feuillet d'errata, une pelure, etc., ont été filmées à nouveau de façon à obtenir la meilleure image possible.
- Opposing pages with varying colouration or discolourations are filmed twice to ensure the best possible image / Les pages s'opposant ayant des colorations variables ou des décolorations sont filmées deux fois afin d'obtenir la meilleure image possible.

This item is filmed at the reduction ratio checked below /
Ce document est filmé au taux de réduction indiqué ci-dessous.

10x																							
													<input checked="" type="checkbox"/>										
													12x		16x		20x		24x		28x		32x

The copy filmed here has been reproduced thanks to the generosity of:

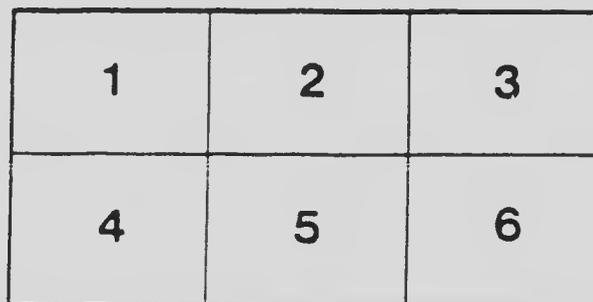
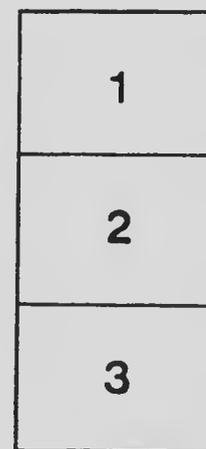
McGill University
Health Sciences Library
Montreal

The images appearing here are the best quality possible considering the condition and legibility of the original copy and in keeping with the filming contract specifications.

Original copies in printed paper covers are filmed beginning with the front cover and ending on the last page with a printed or illustrated impression, or the back cover when appropriate. All other original copies are filmed beginning on the first page with a printed or illustrated impression, and ending on the last page with a printed or illustrated impression.

The last recorded frame on each microfiche shall contain the symbol \rightarrow (meaning "CONTINUED"), or the symbol ∇ (meaning "END"), whichever applies.

Maps, plates, charts, etc., may be filmed at different reduction ratios. Those too large to be entirely included in one exposure are filmed beginning in the upper left hand corner, left to right and top to bottom, as many frames as required. The following diagrams illustrate the method:



L'exemplaire filmé fut reproduit grâce à la générosité de:

McGill University
Health Sciences Library
Montreal

Les images suivantes ont été reproduites avec le plus grand soin, compte tenu de la condition et de la netteté de l'exemplaire filmé, et en conformité avec les conditions du contrat de filmage.

Les exemplaires originaux dont la couverture en papier est imprimée sont filmés en commençant par le premier plat et en terminant soit par la dernière page qui comporte une empreinte d'impression ou d'illustration, soit par le second plat, selon le cas. Tous les autres exemplaires originaux sont filmés en commençant par la première page qui comporte une empreinte d'impression ou d'illustration et en terminant par la dernière page qui comporte une telle empreinte.

Un des symboles suivants apparaîtra sur la dernière image de chaque microfiche, selon le cas: le symbole \rightarrow signifie "A SUIVRE", le symbole ∇ signifie "FIN".

Les cartes, planches, tableaux, etc., peuvent être filmés à des taux de réduction différents. Lorsque le document est trop grand pour être reproduit en un seul cliché, il est filmé à partir de l'angle supérieur gauche, de gauche à droite, et de haut en bas, en prenant le nombre d'images nécessaire. Les diagrammes suivants illustrent la méthode.

St. Louis, Mo. 1858

Dear Mother

My dear Mother

I received your kind letter of the 10th and was glad to hear from you. I am well and hope these few lines will find you the same.

Charles de Blois



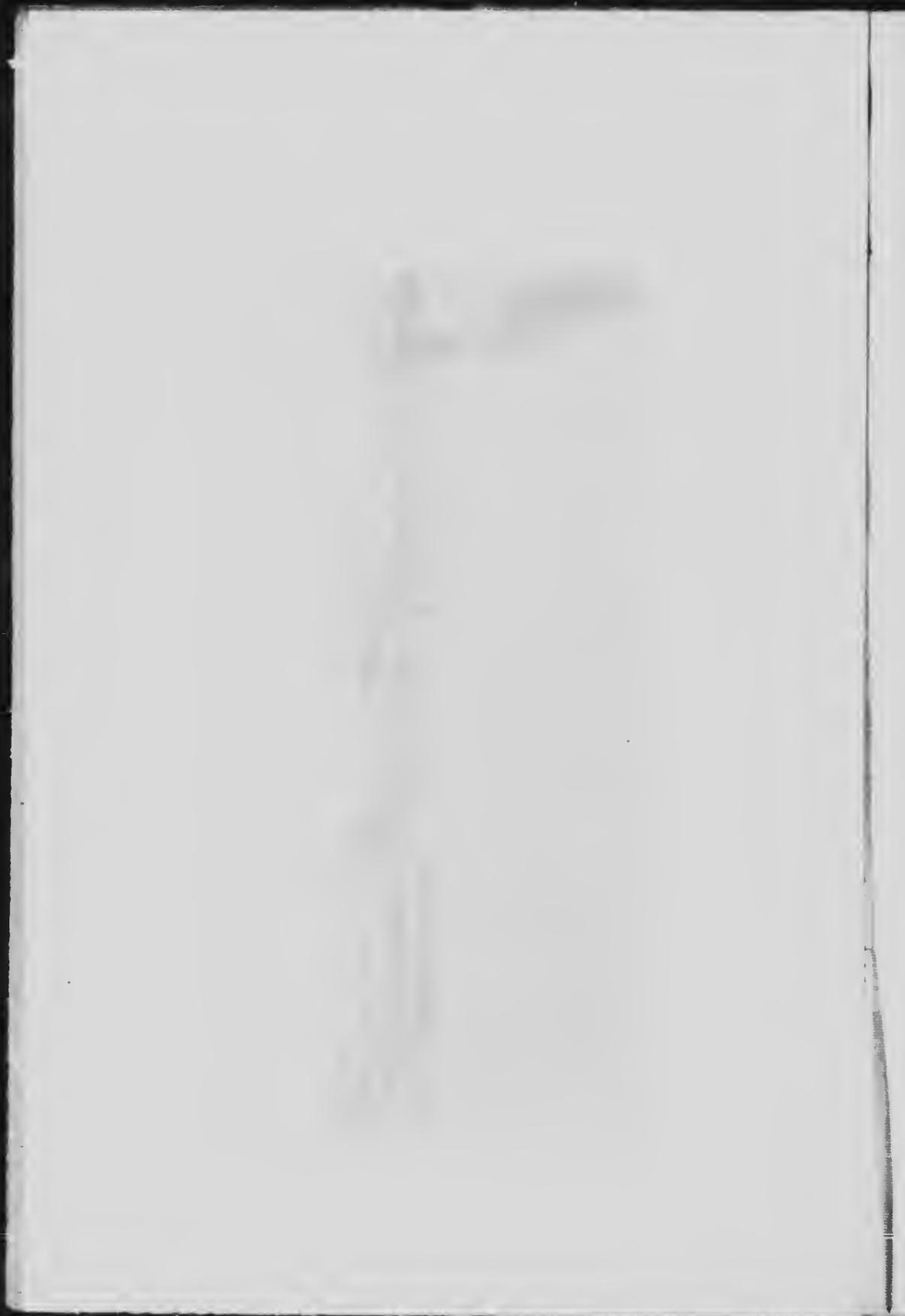
VUE PARTIELLE DE LA CITE DES TROIS RIVIERES

10
100
1000

RES.

RES.

RES.



118
150
1544
1165

TROISIÈME CONGRÈS

DU

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

DE L'AMÉRIQUE DU NORD

TENU AUX TROIS RIVIÈRES LES 26, 27 ET 28 JUIN 1906

SOUS LA PRÉSIDENCE DE

Dr L. P. NORMAND

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières



TEXTE DES MÉMOIRES

PUBLIÉS SOUS LA DIRECTION DE

Dr CHARLES de BLOIS

Secrétaire général du Congrès.

TROIS-RIVIÈRES

IMP. VANASSE & LEFRANÇOIS, 29 DE PLATON, TROIS-RIVIÈRES.

1906

Congrès Médical des Trois-Rivières

26-28 JUIN 1906



**Officiers Généraux de l'Association des Médecins
de Langue Française de l'Amérique
du Nord depuis sa fondation**

CONGRÈS DE QUÉBEC

25-27 JUIN 1902

PRÉSIDENT

PROF. BROCHU, QUÉBEC.

VICE-PRÉSIDENTS

PROF. E. P. LACHAPPELLE, MONTRÉAL.

DR ARCHAMBAULT, COLGOS, N. Y., E. U.

DR C. PRÉVOST, OTTAWA.

SECRETAIRES GÉNÉRAUX

DR A. SIMARD, QUÉBEC.

DR A. Le SAGE, MONTRÉAL.

TRÉSORIERS

DR A. MAROIS, QUÉBEC.

DR V. CLÉROUX, MONTRÉAL.

CONGRÈS DE MONTRÉAL

28-30 JUIN 1904

PRÉSIDENT

PROF. A. FOUCHER, MONTRÉAL.

VICE PRÉSIDENTS

PROF. M. J. AIERN, QUÉBEC.

DR O. LARUE, PENSAM, CONN., E. U.

845.3

CONGRÈS MÉDICAL DES TROIS-RIVIÈRES

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

DR J. A. Le SAGÉ, MONTRÉAL.

SECRÉTAIRES

DR A. SIMARD, QUÉBEC. DR A. LARAMÉE, MONTRÉAL.

DR A. BÉDARD, LYNN, MASS., E. U.

TRÉSORIER GÉNÉRAL

DR S. BOUCHER, MONTRÉAL.

TRÉSORIER

DR A. MAROIS, QUÉBEC.

CONGRÈS des TROIS-RIVIÈRES

26-28 JUIN 1906

PRÉSIDENT

DR L. P. NORMAND, TROIS-RIVIÈRES.

VICE-PRÉSIDENTS

DR J. O. CAMIRAND, SILVERBROOKE.

DR J. E. DUBÉ, MONTRÉAL.

DR G. A. BOUCHER, BROCKTON, MASS., E. U.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

DR CHARLES DE BLOIS, TROIS-RIVIÈRES.

SECRÉTAIRES

DR EUG. ST-JACQUES, MONTRÉAL.

DR F. X. DORION, QUÉBEC.

TRÉSORIER

DR J. A. ST PIERRE, TROIS-RIVIÈRES.

6

DR

CC

Congrès Médical des Trois-Rivières

26-28 JUIN 1906





Documents relatifs à l'organisation

DU

CONGRÈS DES TROIS-RIVIÈRES

CIRCULAIRES DE CONVOCATION

TROIS-RIVIÈRES, 13 NOVEMBRE 1905

Nous avons l'honneur d'informer les membres de la profession médicale que le Troisième Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord aura lieu aux Trois Rivières dans la dernière semaine de Juin 1906.

quoique nous n'ignorions point les difficultés de l'organisation d'une telle œuvre et les grands sacrifices qu'elle impose, nous n'avons pas hésité à accepter la lourde tâche qui nous a été assignée par le Congrès de Montréal en 1904. C'est même un grand honneur pour nous, sans compter que le choix de notre cité comme siège du futur Congrès est un hommage rendu à la ville si française des Trois-Rivières.

Nous continuerons donc à consacrer tous nos efforts et à mettre en œuvre toute notre bonne volonté pour que le Congrès des Trois-Rivières soit mené à bonne fin et soit digne des brillants Congrès de Montréal et de Québec qui l'ont précédé.

Nous osons espérer que tous les médecins de Langue française de l'Amérique du Nord, tant du Canada que de la grande République voisine, sauront répondre à notre appel et nous accorder leur plus cordiale adhésion. Nous sollicitons non seulement l'appui moral de nos confrères, mais un concours encore plus efficace, en invitant chacun d'eux à s'enrôler d'avance comme membre de l'Association et à fournir sa part de travaux scientifiques pour notre prochaine réunion de Juin.

Le Président,
LOUIS PHILIPPE NORMAND.

Le Secrétaire Général,
CHARLES N. DE BLOIS.

NOTE. — Les Secrétaires des différentes Sociétés Médicales Françaises du Canada et des États Unis sont de droit correspondants du Comité Exécutif du Troisième Congrès de Médecine pour leur ville ou leur district respectif.

LE COMITÉ EXECUTIF DU CONGRÈS a aussi désigné un certain nombre de correspondants pour les centres français des Provinces sœurs et des différents États de la Grande République voisine. Nul doute que tous mèneront leurs efforts dans un même but, afin que ce prochain Congrès des Trois Rivières soit une affirmation solennelle de la vitalité et de la force de notre Association Franco-Américaine.

TROIS RIVIÈRES, 26 FÉVRIER 1906.

MONSIEUR ET TRÈS HONORÉ CONFRÈRE,

Nous avons l'honneur de vous informer que l'ouverture du *Troisième Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord* est définitivement fixée au mardi, 26 juin prochain, à 2 heures p. m., et aura lieu dans les salles de l'Hôtel de Ville, aux Trois Rivières.

Pour la troisième fois depuis sa fondation notre Société s'affirmera officiellement et nos réunions coïncideront avec la fête patronale des Canadiens français, célébrée cette année aux Trois Rivières, avec une solennité toute particulière.

Vous vous rappelez l'éclat et l'importance qu'ont eus les deux Congrès de Québec et de Montréal. Tout fait augurer un succès non moins brillant pour celui des Trois Rivières.

Voici un état sommaire des principales questions qui seront soumises à l'étude :

1o ALCOOLISME, prophylaxie, traitement, éducation de l'enfant.

2o HYGIÈNE INFANTILE

3o TUBERCULOSE.

Vous êtes cordialement invité à contribuer de quelque façon au succès de ce Congrès, soit en présentant une communication sur l'une ou l'autre de ces questions générales, ou encore par l'inscription d'un travail sur un sujet à votre choix.

Dans ce but, nous vous adressons un bulletin d'adhésion comme membre participant. Nous espérons que vous vous ferez

un devoir de le remplir et de nous le retourner d'ici au 26 mars, si toutefois la chose est possible.

Dans l'espoir d'un accueil favorable de votre part, nous vous prions d'agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de nos sentiments les plus dévoués.

Le Président,	Le Secrétaire général,
LOUIS PHILIPPE NORMAND,	CHARLES L. BLOIS,
	TROIS RIVIÈRES, P. Q.

NOTE : Cette lettre circulaire contenait le programme préliminaire du Congrès qui nous avons éliminé afin d'éviter les répétitions.

Troisième lettre circulaire

TROIS RIVIÈRES, MAI, 1906.

MONSIEUR ET TRÈS HONORÉ CONFRÈRE,

Nous avons l'honneur de vous rappeler que le Troisième Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord aura lieu aux Trois Rivières, les 26, 27 et 28 juin prochain.

Vous êtes cordialement invité à prendre part à ce grand rassemblement professionnel, et, dans ce but, nous vous adressons tous les renseignements concernant l'organisation générale.

Vous savez quel éclat et quelle importance ont eus les deux premiers Congrès. Tout fait augurer que celui des Trois Rivières sera digne des précédents et obtiendra un grand succès scientifique.

Au delà de quatre vingt communications sont déjà inscrites au programme, et les adhésions reçues jusqu'ici se chiffrent par centaines.

Les sociétés médicales françaises au Canada et aux États-Unis nous ont promis leur entier concours et ont nommé des délégués pour les représenter au Congrès.

La France et les Sociétés savantes françaises enverront des représentants officiels.

La Société de Thérapeutique de Paris a bien voulu déléguer M. le Dr H. Triboulet médecin des hôpitaux de Paris qui sera

spécialement chargé d'exposer au Congrès les vœux de la Société relativement à l'Alcoolisme. Sur cette question ce distingué savant est reconnu comme l'une des plus grandes autorités de l'Europe. M. Triboulet est de plus, le délégué officiel de notre ancienne métropole, la France, et de la Ligue Nationale contre l'Alcoolisme.

Nous aurons aussi l'honneur d'avoir au milieu de nous M. le Professeur Pronst, délégué officiel de l'Université de Paris et M. le Dr Loir, délégué de l'Association française pour l'avancement des sciences.

M. le Dr Foyeur de Commelles, Vice-Président de la Société Française d'Hygiène, représentera officiellement cette Société et soumettra une communication sur un sujet d'hygiène.

La Société de Médecine de Paris, la Société Internationale de Médecine Physique, la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, la Société Médicale des Praticiens ont aussi répondu à l'invitation que nous leur avons faite et ont délégué quelques uns de leurs membres à nos réunions de juin.

Partout, en un mot, nous avons rencontré un accueil très sympathique et un enthousiasme plus vibrant que jamais pour l'éuvre de nos congrès français en Amérique.

QUESTIONS MISES À L'ORDRE DU JOUR.

1o *Tuberculose*. Rapporteur : M. Arthur Rousseau, officier d'Académie (France), professeur à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel Dieu, Québec.

Co-rapporteur : M. J. G. Paradis, Docteur en médecine, igiv.

2o *Hygiène infantile*. Rapporteur : M. J. E. Dubé, officier d'Académie (France), Docteur en médecine de l'Université de Paris, professeur agrégé à l'Université Laval de Montréal.

Co-rapporteur : M. H. Hervieux, professeur de thérapeutique et de pharmacologie à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel Dieu, Montréal.

3o *Alcoolisme*. Rapporteur : M. Georges Bourgeois, officier d'Académie (France), ex-interne de l'Hôpital St Joseph de Paris et de l'Hôtel Dieu de Montréal, médecin de l'Hôpital Saint-Joseph, Trois Rivières.

Co-rapporteur : M. L. J. O. Sirois, gouverneur du Collège des médecins, St-Ferdinand d'Halifax.



IIIe Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord

TROIS-RIVIÈRES, 26-28 JUIN 1906

ORGANISATION

Comité Exécutif du Congrès

Président : M. L. P. Normand, officier de l'Instruction Publique - France, Gouverneur du Collège des Médecins, Chirurgien en chef de l'Hôpital St Joseph, Trois Rivières.

Vice-Président : M. J. O. Camitand, Gouverneur du Collège des Médecins, Chirurgien de l'Hôpital du Sacré-Cœur, Sherbrooke.

M. J. E. Dubé, officier d'Académie - France, Docteur en médecine de l'Université de Paris - membre de la Société d'urologie de Paris - professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. G. A. Boulter, Médecin des Hôpitaux, Brockton, Mass. Etats Unis.

Secrétaire général : M. C. N. de Blots, officier d'Académie (France), médecin de l'Hôpital St Joseph et médecin en chef du Sanatorium, Trois Rivières; membre honoraire de la Société de Thérapeutique de Paris; membre de la Société française d'Hygiène, de la Société française d'Électrothérapie et de l'"American Electro-Therapeutic Association"; membre correspondant de la Société de Médecine de Paris; membre et représentant officiel de la Société Internationale de Médecine Physique.

Secrétaires à Montréal : M. E. St Jacques, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel Dieu, Montréal.

M. Jean Décarie, préparateur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, professeur d'Histologie à l'École Dentaire, médecin à l'Hôtel-Dieu, Montréal.

Secrétaires à Québec : M. F. N. Dorion, ex-gouverneur du Collège des médecins, secrétaire de la Société Médicale de Québec.

Treasurer : M. J. A. St Pierre, médecin de l'Hôpital Saint-Joseph, Trois Rivières.

Section de Médecine

Président : M. H. Hervieux, professeur de thérapeutique et de pharmacologie à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

Vice-Présidents : M. P. V. Faucher, Docteur en médecine, secrétaire du Collège des médecins de la Province de Québec, Québec.

M. L. N. Bourque, docteur en médecine, Moncton, N. B.

M. A. W. Petit, Docteur en médecine, président de la Société Médicale du New Hampshire, Nashua, E. U.

Secrétaires : M. A. Laramée, médecin assistant à la Crèche de la Miséricorde, secrétaire de la Société Médicale, Montréal.

M. Oscar Cloutier, docteur en médecine, coroner, Nicolet.

Section de Chirurgie

Président : M. Arthur Simard, officier d'Académie (France), professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ancien secrétaire général, Québec.

Vice-Présidents : M. A. Marien, professeur d'Histologie, chirurgien de l'Hôtel Dieu, Montréal.

M. Z. Rhéanne, chirurgien de l'Hôpital de Valleyfield.

M. J. E. Lanoie, gynécologiste à l'Hôpital de Fall River, Mass.

Secrétaires : M. Alb. Paquet, professeur agrégé à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. Nap. Lambert, coroner, médecin de l'Hôpital St Joseph, Trois Rivières.

Section de Gynécologie

Président : M. Camac Marquis, chirurgien des hôpitaux, San-Francisco, Californie, E. U.

Vice-Présidents : — M. Albert Laurendeau, docteur en médecine, gouverneur du Collège des médecins, St Gabriel de Brandon.

M. J. F. Rioux, médecin de l'Hôpital du Sacré-Cœur, Sherbrooke.

M. L. A. Beaudry, docteur en médecine, St-Hyacinthe.

Secrétaire : — M. A. Ethier, agrégé, ancien interne de l'Hôpital St-Michel, Paris, assistant gynécologiste de l'Hôpital Notre Dame, Montréal.

Section d'Obstétrique et de Pédiatrie

Président : M. Kolophe Chevrier, médecin des hôpitaux, Ottawa.

Vice-Présidents.—Honorable B. R. Fiset, sénateur, gouverneur du collège des médecins de la Province de Québec, Rimouski.

M. J. H. O. Lambert, président de l'Association Médicale canadienne française du Manitoba, médecin de l'Hôpital St-Boniface, Manitoba.

M. R. Paquin, docteur en médecine, ex-secrétaire du Collège des médecins, Québec.

Secrétaire : — M. Alphonse Tassard, docteur en médecine, Québec.

M. Eudore Blondin, docteur en médecine, Arthabaska.

Section des Maladies mentales, de Médecine légale et d'Anatomie pathologique

Président : — M. A. Marois, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, ancien trésorier général, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

Vice-Présidents.—M. E. P. Chiquon, professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Hôpital Notre-Dame, membre de la Société Médico-Psychologique de Paris, de la Société de Médecine mentale de Belgique et de l'American Medical Psychological Association.

M. J. Poffinim, président de la Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean, St-Félicien, Lac St-Jean.

M. Jos. Garcean, docteur en médecine, Chutes Shawinigan.

Secrétaires : M. O. Tourigny, médecin du Sanatorium et de l'Hôpital St-Joseph, Trois-Rivières.

M. Jos. E. Dion, professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Asile St-Jean-de-Dieu, Montréal.

Section d'Ophthalmologie, d'Oto-rhino-Laryngologie

Président : M. Edmond Desjardins, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, médecin ophthalmologiste de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

Vice-Présidents : M. D. Pagé, gouverneur du Collège de médecine de la Province de Québec, médecin de l'Hôpital des émigrants et du Port, Québec.

M. L. C. Baehand, médecin ophthalmologiste de l'Hôpital du Sacré-Cœur, Sherbrooke.

M. J. Martel, médecin ophthalmologiste des Hôpitaux, Boston, Mass.

Secrétaires : M. Albert Lassalle, médecin ophthalmologiste de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

M. L. Montreuil, médecin ophthalmologiste, Québec.

Section d'Hygiène et d'Intérêts Professionnels

Président : M. J. O. Sirois, gouverneur du Collège des médecins de la Province de Québec, St-Ferdinand d'Halifax.

Vice-Présidents : M. Elzéar Pelletier, secrétaire du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, Montréal.

M. J. R. Latraverse, docteur en médecine, Sorel.

M. M. E. Gervais, médecin de l'Hôpital St-Joseph, Trois-Rivières.

Secrétaires : M. Arthur Potvin, docteur en médecine, Québec.
M. L. O. Bonrival, docteur en médecine, St-Barnabé.

Section de Chirurgie dentaire

Président honoraire : M. Jos. Nolin, Montréal.

Président : M. J. A. Juras, Trois-Rivières.

Vice-Président: M. A. A. Lantier, Québec.

Trésorier: M. A. Beauchamp, Montréal.

Secrétaire général: M. J. N. Paul Fournier, St Hyacinthe.

Secrétaire à Montréal: M. F. A. Harwood, Montréal.

Secrétaire à Québec: M. L. N. Lemieux, Québec.

Présidents d'Honneur

M. D. Broelm, officier de l'Instruction Publique (France), professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, médecin de l'Hôtel Dieu, membre de la Société de Thérapeutique de Paris, de la Société Internationale de Médecine Physique, surintendant médical de l'Asile de Beauport, Québec. (Délégué officiel de la Société Internationale de Médecine Physique). (Ancien président).

M. A. A. Fouchier, officier de l'Instruction Publique (France), professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, médecin ophtalmologiste de l'Hôpital Notre Dame, Montréal. (Ancien président).

M. le professeur Pozzi, membre de l'Académie de Médecine de Paris, professeur à la Faculté de Médecine, commandeur de la Légion d'Honneur.

M. E. F. Panneton, président de la Société Médicale des Trois Rivières, ex officier de Santé de la cité des Trois-Rivières, médecin de l'Hôpital St-Joseph, Trois Rivières.

M. J. P. Rottot, doyen à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. T. Roddick, doyen à la Faculté de Médecine de l'Université McGill.

M. Thern, professeur d'anatomie descriptive à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel Dieu, Québec.

M. Foveau de Courmelles, professeur d'électrothérapie et de radiographie, lauréat de l'Académie de Médecine, président de la Société Internationale de Médecine Physique, vice-président de la Société Médicale des praticiens et de la Société Française d'Hygiène, Paris. (Délégué officiel de la Société Française d'Hygiène).

M. E. P. Lachapelle, chevalier de la Légion d'honneur, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, président du Collège des Médecins, Montréal.

M. L. P. Fiset, docteur en médecine, membre de l'Assemblée Législative, St Boniface de Shawinigan.

M. S. Grondin, officier de l'Instruction Publique (France), professeur à l'Université Laval, Gynécologue à l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. Albert LeSage, officier d'Académie, (France), docteur en médecine de l'Université de Paris, professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'hôpital Notre Dame, rédacteur de l'Union Médicale du Canada, ancien secrétaire général, Montréal.

M. S. Boucher, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, ancien trésorier général, Montréal.

M. O. F. Mercier, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

M. L. N. Delorme, professeur d'anatomie pratique à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. L. de Lotbinière Harwood, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, membre de la Société d'urologie de Paris, Gynécologue et Surintendant général de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

M. W. Derome, professeur à l'École d'Anatomie comparée, Montréal.

M. A. deMartigny, docteur en médecine, membre et délégué officiel de la Société de Médecine de Paris, Montréal.

M. S. Bardet, secrétaire général de la Société de Thérapeutique de Paris.

M. G. Villeneuve, surintendant médical de l'hôpital St-Jean de Dieu, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, membre de la Société Médico-Psychologique de Paris, de la Société de Médecine mentale de Belgique, et de l'Association Médico-Psychologique Américaine, Montréal.

M. Rodolphe Boulet, Officier de l'Instruction Publique (France), médecin en chef de l'Institut Ophthalmique, membre de la Société d'ophtalmologie de Paris, gouverneur du Collège des Médecins, Montréal.

M. N. A. Dussault, agrégé à l'Université Laval, ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. C. N. Valin, professeur-adjoint à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

M. François deMartigny, ancien assistant chirurgien de l'hôpital Péan de Paris, officier de l'Instruction Publique (France), Montréal.

M. D. E. LeCavelier, docteur en médecine, Montréal.

M. Alfred Morissette, docteur en médecine, député à l'Assemblée Législative de Québec, St. Hénédiine, Co. de Dorchester.

M. Séverin LaChapelle, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. J. E. Hétiu, et H. Thérien docteurs en médecine, Trois Rivières

Membres adjoints

- M. Paquin, secrétaire de la Société Médicale.....Portneuf
 M. J. H. Choquette.....Shawinigan Falls.
 M. J. A. Dufresne.....
 M. C. R. Darche, médecin de l'hôpital St Joseph, secrétaire de la Société Médicale des.....Trois-Rivières.
 M. Henri Marchand.....ChAMPLAIN, P. Q.
 M. L. A. Plante, gouverneur du Collège des Médecins, Louisville.
 M. J. E. Ladrière, gouverneur du Collège des Médecins, Lévis
 M. Riverin, secrétaire de la Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean.....Chicoutimi.
 M. J. A. Langis.....Petit-Rocher, N. B.
 M. Sylvain.....Manchester, N.-H., E.-U.
 M. A. Jobin, gouverneur du Collège des médecins.....Québec.
 M. Georges Baril.....Hochelega.
 M. Albert Chevrier.....Embrun, Ont.
 M. Malcom Genest.....St-Bernard de Dorchester, P. Q.
 M. L. A. Lessard, secrétaire de la Société Médicale de Shefford, gouverneur du Collège des médecins.....Granby, P. Q.
 M. J. P. Gignère.....Chapeau, Ont.
 M. Eugène Mathieu, Professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu.....Québec
 M. J. N. Roy, membre de la Société Française d'ophtalmologie, de la Société Française d'Oto-rhino-Laryngologie, officier d'Académie (France), médecin de l'Hôtel-Dieu.....Montréal
 M. T. Parizeau, docteur en médecine de l'Université de Paris, professeur de chirurgie à l'Université Laval, chirurgien à l'hôpital Notre-Dame.....Montréal
 MM. Benoît et Ostigny.....St-Hyaçinthie.
 M. Ernest Choquette, président de la Société méd. de St-Hyaçinthie.....St-Hilaire, P. Q.
 M. S. J. Girard.....Montréal
 M. H. Lasnier, chirurgien.....

- M. O. Baribeault.....New Haven, Conn.
 M. N. E. Guillet.....Manchester, N. H.
 M. D. Masson, médecin de l'Institut Ophthalmique.....Montréal.
 M. F. Monol, ancien interne des hôpitaux de Paris, Rédacteur du
 journal de Médecine et de Chirurgie.....Montréal.
 M. J. Langlais.....Trois-Pistoles.
 M. O. Boulauger.....St-Laurent, Manitoba.
 M. J. J. Sheppard, président de la Société Médicale de Joliette.
 M. M. Robillard, président de la Société Médicale du district d'Ot-
 tawa.
 M. J. J. Gauvreau, secrétaire de la Société Médicale de Rimouski.
 MM. Vaillancourt et Larue, de la Société Médicale des comtés de
 Beauce et Dorchester.
 M. J. E. D'Autours, secrétaire de la Société Médicale du district
 d'Ottawa.....Papineauville.
 M. M. Thibault et M. A. Pelletier, de la Société Médicale du comté
 de Wolfe.
 M. Achille Daigle, agrégé à l'Université Laval, médecin patholo-
 giste à l'Hôtel-Dieu.....Montréal.
 M. U. Prévost, secrétaire de la Société du comté de Terrebonne.
 M. P. Dolbec, gouverneur du Collège des Médecins, St-Casimir
 M. M. Moreau, président de la Société Médicale de St-Jean (Ber-
 ville).
 M. R. Mayrand, chargé de cours à l'Université Laval, Québec.
 MM. J. H. Leduc et W. N. Godin, médecins.....Trois-Rivières.
 M. C. Verge, médecin à l'Hôtel-Dieu.....Québec.
 M. E. Le Bel.....Québec.
 M. J. C. Gauthier.....St-Ephrem d'Upton.



Règlement général

ART. 1. Le troisième Congrès de Médecine s'ouvrira aux Trois-Rivières, le 26 juin 1906, à 2 hrs. p. m., dans les salles de l'Hôtel de Ville et sera clos le 28 du même mois.

Le but de ce Congrès est double : l'avancement scientifique et l'étude des questions sociales et d'intérêt professionnel.

ART. 2. Le Congrès se composera de médecins nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation requise.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits que les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister aux réunions et prendre part aux travaux du Congrès. Des privilèges spéciaux seront accordés aux représentants de la presse.

ART. 3. Tout membre du Congrès recevra sa carte d'identité après avoir fait parvenir sa cotisation au trésorier. Cette carte, essentiellement personnelle, donnera droit à tous les avantages réservés aux membres du Congrès.

Les titulaires sont priés de la porter toujours sur eux. Sur sa présentation, ils pourront, le 28 juin a. m., prendre part à une magnifique excursion à Grand'Mère et aux Chutes Shawinigan.

Le versement à faire est de *cinq dollars*.

ART. 4. Les membres titulaires du Congrès, dûment inscrits, auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote dans les questions soumises à votation.

ART. 5. Ils auront, en outre, droit aux comptes-rendus des travaux du Congrès, lesquels seront remis aux congressistes aussitôt après leur publication.

ART. 6. SECTIONS DE CONGRÈS : Le comité exécutif a eu devoir suivre la coutume établie en formant sept sections, afin de faciliter l'organisation, et nommer des présidents, des vice présidents, des secrétaires.

Mais, durant le Congrès, comme il s'agira surtout de concentrer l'attention des congressistes, ces sections seront toutes réunies en *deux grandes sections*.

- 1o. Médecine et annexes.
- 2o. Chirurgie et annexes.

Il n'y aura d'exception que pour les questions mises à l'ordre du jour (Tuberculose, hygiène infantile, alcoolisme), et les communications d'intérêt professionnel, les quelles seront présentées en assemblée générale.

ART. 7. Un comité exécutif, composé du président, des vice-présidents, du secrétaire général, du trésorier et des secrétaires des divisions de Québec et de Montréal, est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès.

ART. 8. Le Congrès siégera tous les jours, soit en assemblée générale, soit en sections.

ART. 9. Dans la séance d'ouverture, le secrétaire général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le président lira le discours d'inauguration, on fera la présentation des délégués officiels et l'on proclamera les présidents d'honneur.

À la séance de clôture, on rendra compte des délibérations du Congrès, on désignera le lieu de sa prochaine réunion et l'on procédera à l'élection de son bureau.

ART. 10. Les comités des sections pourront organiser leurs programmes de travaux (lecture et discussions des communications, examens des propositions présentées, etc.).

ART. 11. Le Président de chaque section dirigera les séances et les débats dans la forme établie dans tous les corps délibérants.

Les questions scientifiques ne pourront être l'objet d'aucune votation.

ART. 12. Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 10 minutes, et les orateurs qui prennent part à la discussion ne pourront parler plus de 5 minutes. Les auteurs de communications disposeront de 5 minutes de réplique. Néanmoins, le Président, quand l'importance du sujet le justifiera, pourra accorder plus de temps à l'orateur.

Les membres qui prendront part aux discussions devront remettre au secrétaire de la section, avant la levée de la séance, un court résumé de ce qu'ils ont dit.

ART. 13. Les communications se référant aux travaux du Congrès devront parvenir au Secrétaire général au plus tard le 12 juin. On n'exigera que le titre et un résumé succinct en forme de conclusion.

Les rapports officiels sur les questions générales devront être complétés et remis entre les mains du Secrétaire général, aux Trois Rivières, avant le 12 juin prochain.

ART. 14. On pourra présenter des communications après le 12 juin et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

ART. 15. Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès doit être remis au Secrétaire du bureau respectif. Le comité exécutif décidera de son insertion totale ou partielle dans les comptes rendus.

ART. 16. La langue officielle du Congrès dans toutes les séances sera le français.

ART. 17. Les étudiants en médecine et les personnes non Docteurs en Médecine qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès, moyennant une cotisation de \$2,50.

Ces *membres associés* jouissent, comme les membres titulaires, du privilège d'assister aux séances et aux fêtes données en l'honneur des membres du Congrès.

Ils ont, en outre, droit aux excursions et aux réductions obtenues sur les prix de transport. Ils ne recevront pas, cependant, les publications du Congrès, ne prendront part ni aux votes ni aux discussions et ne pourront faire de communications.

ART. 18. Les Dames accompagnées des médecins seront admises aux séances générales du Congrès et aux fêtes qui seront données en l'honneur des Congressistes.



Programme du Congrès

Le Troisième Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord s'ouvrira aux Trois-Rivières, le 26 juin prochain et aura lieu dans les salles de l'Hôtel de Ville.

Le programme est ainsi fixé :

MARDI, LE 26 JUIN, À 1½ HEURE P. M.

Réunion générale de tous les membres du Congrès, à la salle d'opéra de l'Hôtel de Ville. — Musique par la fanfare "L'Union Musicale" des Trois-Rivières.

Inscription des congressistes au bureau du secrétaire général, situé au 1er étage (Salon du maire, Hôtel de Ville).

Distribution des insignes, du programme médical complet, de l'Album Illustré des Trois-Rivières, etc.

À 2 HEURES P. M.

Ouverture du Congrès par le Dr L. P. Normand, président ; rapport des travaux du Congrès, par le Dr C. N. de Blois, secrétaire général, suivi immédiatement de la présentation des rapports sur la *Tuberculose* et de tous les travaux rattachant à cette question.

À 5 HEURES P. M.

Communications d'intérêt professionnel.

À 8 HEURES P. M. PRÉCISES.

Ouverture solennelle du Congrès sous la présidence honoraire de Son Honneur le Lieutenant-Gouverneur Jetté, de Sa Grandeur Monseigneur Cloutier, Evêque des Trois-Rivières et de l'Honorable Lomer Gouin, Premier Ministre de la Province de Québec.

(a) Allocution de M. Normand, Président.

(b) Seront appelés à adresser la parole :

Son Honneur le Lieutenant-Gouverneur Jetté.

Sa Grandeur Monseigneur Cloutier, Evêque des Trois-Rivières.

L'Honorable Lomer Gouin, Premier Ministre de la Province de Québec.

Son Honneur Monsieur J. F. Bellefeuille, Maire des Trois-Rivières.

Monsieur le baron d'Halewyn, vice-consul de France.

Monsieur H. Triboulet, médecin des Hôpitaux de Paris, délégué officiel du Gouvernement Français, délégué de la Société de Thérapeutique de Paris et de l'Union Française anti-alcoolique.

Monsieur Pronst, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, délégué officiel de l'Université de Paris.

Monsieur Loit, professeur à l'École Supérieure d'Agriculture coloniale, délégué de l'Association française pour l'avancement des sciences.

À 9 HEURES P. M.

Fête de nuit. Feu d'artifice sur le fleuve et feu de la St Jean sur la côte sud. Illumination du Boulevard, du Plateau et des environs. Concert.

DEUXIÈME JOUR.

MERCREDI, LE 27 JUILLET, À 9 HRS. A. M.

Hygiène Infantile. Lecture et discussion en assemblée générale des rapports sur l'Hygiène Infantile et de tous les travaux sur cette question.

À 2 HEURES P. M.

Ouverture des deux grandes sections du Congrès. 1o. Médecine et annexes. 2o. Chirurgie et annexes.

Communication de travaux scientifiques.

Visite à l'hôpital pour ceux qui le désirent.

À 8 HEURES P. M.

Alcoolisme: Lecture et discussion en assemblée générale des rapports sur l'*Alcoolisme* et de tous les travaux qui s'y rattachent.

Communications scientifiques et d'intérêt professionnel.

TROISIÈME JOUR.

JEUDI, LE 28 JUILLET, À 8 HRS. A. M.

Réunion générale de tous les Congressistes à la salle d'Opéra de l'Hôtel de Ville. Émission des vœux généraux du Congrès. Date et lieu de réunion du prochain Congrès. Élection des officiers généraux de l'Association. Cérémonie de Clôture.

À 9 HEURES A. M. PRÉCISES.

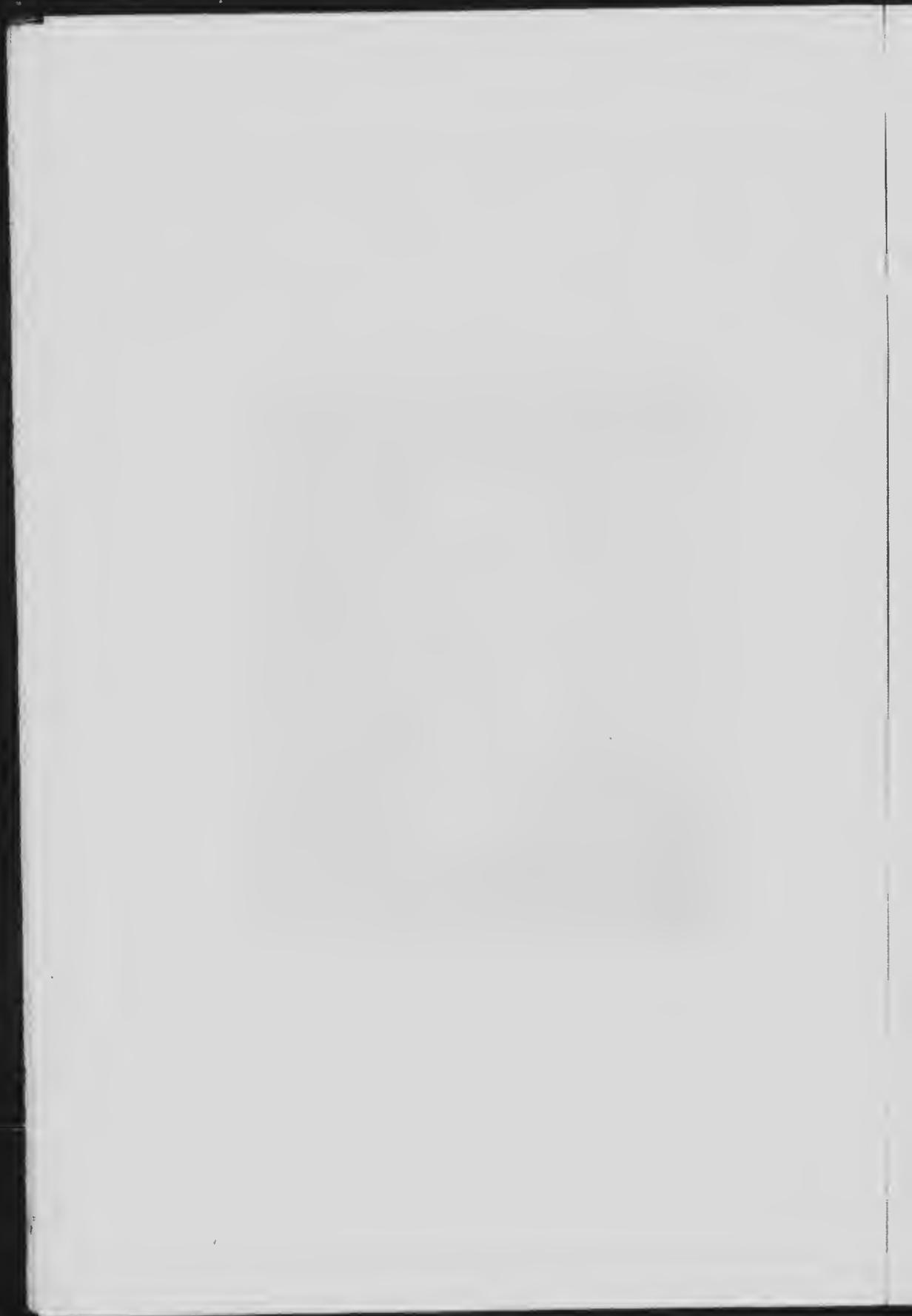
Excursion à Grand'Mère et aux Chutes Shawinigan gracieusement offerte aux membres du Congrès, aux délégués officiels et aux invités. Départ par train spécial, à 9 heures A. M. précises, de la gare du Pacifique Canadien, avec retour aux Trois-Rivières, dans l'après-midi, assez tôt pour les trains de Montréal et de Québec.





M. LE DOCTEUR L. P. NORMAND,
Ministre de l'Instruction Publique, France. Président général





Ouverture du Congrès

Le troisième congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord s'est ouvert dans la salle d'opéra de l'Hôtel de Ville, le Mardi, 26 juin, à deux heures, sous la présidence du docteur L. P. Normand.

Le président du congrès avait à sa droite, M. H. Triboulet, médecin des hôpitaux de Paris et représentant du gouvernement français et le docteur Charles de Blois, secrétaire général du congrès ; à sa gauche, M. R. Proust, chirurgien des hôpitaux, représentant officiel et délégué de l'Université de Paris et M. A. Loir, de Paris, délégué officiel de l'Association française pour l'avancement des sciences.

M. le docteur L. P. Normand prend le premier la parole.

Discours de M. le docteur Normand

Président du Congrès.

Le comité organisateur du Troisième Congrès Médical français de l'Amérique du Nord est heureux de vous souhaiter la plus cordiale bienvenue.

Où, soyez les bienvenus, vous qui, par votre présence aux Trois-Rivières, et par votre concours à nos congrès, faites une œuvre à la fois scientifique et nationale.

Notre Association, fondée à Québec, en 1902, y a tenu ses premières séances sous l'égide de notre Alma Mater, de notre Université canadienne-française, célèbre, à cette date, son premier demi-siècle d'existence.

Rendons hommage à ceux qui, en cette occasion mémorable, ont offert à notre seule Institution Universitaire française, le cadeau précieux de la fondation de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Ces fêtes grandioses du cinquantième de Laval et de la nais-

sance de notre Société sont trop vivaces dans nos mémoires, et nous, pour qu'il soit nécessaire de vous en parler plus longuement.

En 1901, l'Université Laval, de Montréal, fêtant le 25^e anniversaire de son existence, contribua au développement de notre association. Aussi, le deuxième congrès médico-franco-américain eut-il un éclat tout particulier en partageant avec l'Université l'honneur d'un jour digne de faire époque dans l'histoire du peuple canadien français.

Il appartenait aux corps enseignants, il appartenait aux professeurs de l'Université Laval de veiller à la fondation et au développement de l'Association des Médecins de langue française du Canada et des États-Unis.

Lors de ces fêtes de 1901, en tout dignes de celles de Québec (en 1902), les fondateurs et les directeurs de notre jeune Société ont jugé bon de nous charger de continuer leur œuvre et de préparer ce troisième congrès.

Nous avons, Messieurs, compris toutes les difficultés d'une telle entreprise et toute la responsabilité qui pesait sur nous... Aussi, avons-nous mis tout le soin et tout le dévouement dont nous étions capables à l'organisation de cette troisième séance de notre association.

Le congrès des Trois-Rivières est, en effet, le premier organisé dans un district rural, le premier organisé sans la bienfaisance et immédiate protection des universités, le premier organisé par un petit groupe de collègues. En un mot, c'est la première affirmation des praticiens.

L'Association des Médecins de langue française prend, dans le congrès des Trois-Rivières, la place qui doit lui appartenir et se met en état de remplir le but pour lequel elle a été fondée !...

Nous devons déclarer que le succès de ce jour n'est pas notre œuvre à nous. Aussi, nous remercions avec plaisir le concours précieux qui nous a été fourni par les médecins de notre ville et de notre District, par les médecins des grands Centres, par les Sociétés Médicales de la Province et de l'Étranger ; et nous sommes heureux d'offrir à tous l'expression de notre plus vive reconnaissance.

Messieurs, lors du congrès de Montréal, vous nous aviez confié une œuvre née certes viable, mais qui pouvait disparaître d'un jour à l'autre ; nous vous la remettons forte, grande, pleine de vigueur, et en voie de continuer sa course de progrès et de développement.

En effet, nous avons donné à notre association des sources nouvelles de vitalité ; nous vous présentons aujourd'hui un sceau, comme marque distinctive de notre organisation. Vous y voyez l'emblème de la langue française marquée par les trois couleurs nationales de notre Mère Patrie ; le Canada, représenté par le Castor et la feuille d'érable ; et enfin les États-Unis, par une rangée d'étoiles tirée du drapeau américain.

En premier lieu, nous rendons hommage à notre langue, à la langue française, dont un écrivain a pu dire : "Quelque chose d'essentiel manquera au monde, le jour où la langue française cessera de briller. Et l'humanité serait amoindrie si ce merveilleux instrument de civilisation venait à disparaître." Nous y avons mis l'emblème canadien aux étoiles du drapeau américain, voulant ainsi faire disparaître la ligne de démarcation qui actuellement existe entre les médecins français de ces deux pays.

2o. Nous avons, en outre, placé notre association au nombre de celles qui intéressent le département de l'Instruction publique au Gouvernement de Québec, considérant que notre association était une société scientifique et humanitaire dont les résultats seraient utiles au peuple canadien-français tout entier.

J'entends encore la voix du Premier Ministre de Québec répondant à notre délégation : "Mon gouvernement ne peut se désintéresser d'une œuvre telle que la vôtre." Messieurs, nous devons rendre hommage au gouvernement qui s'intéresse ainsi aux sciences médicales ; nous devons rendre hommage au Premier Ministre qui fait de la politique sage et utile à la nation.

Comme marque d'estime, comme marque de reconnaissance, je demanderais que l'Honorable M. Guin soit nommé, séance tenante, et ce, par le vote unanime de tous nos membres, Patron du Congrès des Trois Rivières.

3o. Nous avons, en outre, placé notre association au nombre de celles que le Gouvernement français, que l'Académie de Médecine de Paris, que l'Université de Paris, que de nombreuses Sociétés savantes et médicales de France jugent bon de reconnaître officiellement.

En effet, la présence au milieu de nous de Monsieur le docteur Henri Triboulet, représentant officiel du gouvernement français, de la Société de Thérapeutique, de la Ligue nationale contre l'Alcoolisme, de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, nous honore grandement. Elle donne à nos études un cachet de distinction capable de grandir notre Société. Ce savant confrère est reconnu comme une autorité en Europe et en Amérique et ses travaux sur

Et Tuberculose et l'Alcoolisme nous sont particulièrement connus. Ainsi, sommes nous heureux de saisir cette première occasion pour offrir au représentant de notre ancienne Mère Patrie l'expression de notre sincère reconnaissance.

La présence au milieu de nous de Monsieur le Professeur Protst, professeur agrégé et délégué officiel de l'Université de Paris, nous rappelle que l'enseignement médical français n'a pas de patrie! Les milliers et les milliers d'étudiants de toutes les nations qui se rendent à Paris pour compléter leurs études, en sont la preuve indéniable. Aussi me serait-il permis de dire que pour tout étudiant canadien, le titre de "Docteur en médecine" de la Faculté de Médecine de Paris est le plus beau titre dont il puisse faire l'acquisition. Un certain nombre de nos jeunes médecins ont pu atteindre ces hautes régions scientifiques. Je fais des vœux pour qu'un plus grand nombre y puisse parvenir.

La présence de M. le docteur Loth, délégué de l'Association française pour l'avancement des sciences, nous remet en mémoire l'œuvre du grand Pasteur.

Les travaux de ce Français illustre sont suffisamment connus. Qu'il me suffise de dire qu'en Canada comme partout ailleurs, innombrables sont les vies qui ont été sauvées par ses belles découvertes.

40. Pour donner une importance plus grande à nos délibérations et surtout aux vœux exprimés par nos congrès, nous avons donné une orientation plus définie aux séances de notre association. Au lieu de laisser chaque membre traiter des questions particulières, nous avons décidé de faire ensemble l'étude de trois des principales questions qui intéressent le peuple canadien français. Nous avons cru qu'en étudiant ainsi les trois grandes questions de l'Alcoolisme, de l'Hygiène infantile et de la Tuberculose, il en résulterait des conclusions plus pratiques et plus utiles au bien de nos populations.

50. Nous avons enfin examiné le rôle que l'Association des Médecins de langue française, doit jouer relativement aux individus et à l'aveuir du peuple lui-même. Et tout d'abord pour les individus, de concert avec les sociétés médicales de District, notre Société devra développer le goût des études. Notre association devra donc empêcher les fâcheuses conséquences de l'isolement, surtout chez les médecins pratiquant à la campagne; et, par suite, elle contribuera largement au développement scientifique, comme à l'amélioration matérielle et sociale de chaque médecin.

Nos praticiens gagneront beaucoup à mieux se connaître, ils

s'instruiraient les uns les autres en échangeant les fruits de leurs études et de leur expérience personnelle.

Ils traiteraient des questions scientifiques et des intérêts professionnels.

Le rôle de notre association relativement aux destinées du peuple canadien-français sera de beaucoup le plus important.

Pour mieux comprendre l'importance de cette question, il serait nécessaire de passer brièvement ensemble les différentes phases d'évolution de l'art médical en ce pays. Toutefois, le distingué Président du Congrès de Montréal, M. le professeur Foucher, ayant tracé d'une manière admirable les grandes lignes de cette évolution, je me contenterai, pour éviter des redites, de ne faire que l'histoire de la médecine dans la division des Trois-Rivières.

En 1691, Mgr de St-Valier émit le projet de fonder l'Hôtel-Dieu des Trois Rivières, dans le double but de soulager les infirmes et les malades pauvres et de rendre hommage au Roi de France en lui fournissant une maison propice pour recevoir ses soldats blessés dans les guerres si nombreuses de cette époque. Trois ans plus tard, en 1697, l'Hôpital des Trois Rivières ouvrait ses portes sur le Plateau, ce berceau de notre ville, où Lavolette lui-même, en 1634, fondait la ville des Trois-Rivières, où le monastère des Dames Ursulines prit naissance et où, en 1860, le Séminaire des Trois-Rivières débuta dans la maison même des Anciens Gouverneurs des Trois-Rivières. L'Hôpital fut fondé avec six lits seulement, mais l'entretien en était garanti par six cents livres de rente annuelle.

Trois religieuses : les Révérendes Mères Marie Drouard, Marie Amyot et Marie-Louise de Lanandière, furent les fondatrices de cette importante institution.

Quatre ans après en 1701, l'Hôpital fut transféré sur la rue Notre-Dame, au monastère actuel des Dames Ursulines, où il est resté jusqu'en 1887, date de la fondation de l'Hôpital St-Joseph des Trois-Rivières par les Révérendes Sœurs de la Providence.

Des lettres patentes signées par Louis XIV, établissant l'Hôtel-Dieu et le monastère des Ursulines des Trois-Rivières, furent accordées par Sa Majesté en Conseil dans le mois de Mai 1702.

Depuis sa fondation, jusqu'en 1729, l'Hôtel-Dieu des Trois-Rivières ne subsista que par la rente annuelle créée et payée par Mgr de St-Valier.

Durant cette époque, cet Hôpital rendit de nombreux services aux malades, aux infirmes et aux soldats blessés et notamment durant les années 1698, 1699, 1700 et 1701, alors qu'une terrible épi-

dénué et la plus noire disette dévastèrent Trois Rivières et tout le pays.

En 1729, Mgr Dosquet écrivait au ministère de France une lettre où l'on voit ce passage concernant l'Hôpital des Trois Rivières. " Il en coûte beaucoup aux Sœurs pour entretenir les malades qu'elles ont dans leur hôpital, qui est le seul qui ne participe pas aux faveurs du Roi."

En cette même année, 1729, on trouve dans les registres que le chirurgien Charles Alavoine est employé de l'État comme chirurgien à l'Hôtel Dieu des Trois Rivières, à raison de 75 livres par an. Plus tard, son salaire fut porté à 300 livres par an.

En 1742, Mgr de Pontbriand écrivait à la Cour de France: "L'Hôtel Dieu des Trois Rivières me paraît digne de votre attention. Les Religieuses ont été sur le point de fermer les portes de cet Hôpital. Il est vrai que la ville des Trois-Rivières est peu de chose, qu'il y a peu d'apparence qu'elle augmente beaucoup, mais les Forges voisines fournissent souvent des malades à l'Hôpital."

En effet, les Forges St Maurice avaient été fondées en 1737 et la maison Bell date même de l'année 1740.

En 1775, durant l'invasion américaine, l'Hôpital des Trois-Rivières rendit des services très précieux, recevant dans ses salles un grand nombre de soldats malades et blessés.

De 1808 à 1815, date de la construction de l'Asile de Beauport, cet Hôpital fournit au gouvernement de Québec, six loges comme asile pour les aliénés. On voit que 39 patients dont 18 femmes furent internés et gardés aux Trois Rivières, à raison de 1 scheling et 6 deniers par jour. L'Hôpital St Joseph des Trois Rivières, fondé par les Sœurs de la Providence, en 1887, remplaça cet Hôtel Dieu des Trois Rivières, tenu jusqu'à cette date par les Révérendes Dames Ursulines. Depuis, le nouvel hôpital a fait d'immenses progrès: c'est un établissement complet avec départements pour la médecine, la chirurgie et les spécialités; on y voit toutes les améliorations; aussi de nombreux malades y reçoivent-ils des traitements appropriés. On peut dire que Trois Rivières possède un hôpital moderne pouvant subir la comparaison avec les différents hôpitaux de nos grandes villes proportionnellement aux besoins de nos populations.

Après ce court exposé de l'histoire de l'Hôpital des Trois-Rivières, j'ajouterai quelques mots sur les médecins qui ont pratiqué la médecine aux Trois Rivières sous la Domination française.

Nous trouvons d'abord, le docteur Aimé Dureau, chirurgien français qui était aux Trois Rivières en 1653. On voit à cette date

sa signature comme témoin au mariage de Pierre Dandonneau Du Sablé, Gresse Aneau, 1653.

Puis le docteur Michel Gamelin dit Lafontaine. Son nom apparaît pour la première fois sur un contrat fait par le notaire Aneau en date du 10 octobre 1661. Sa signature se voit dans l'Album des Trois Rivières, publié par M. Benjamin Sulte.

36. Dr. Louis Pinard, de 1667 à 1695. Il était français, né à Notre Dame de la Rochelle en 1636. Le 29 octobre 1659, il épousa aux Trois Rivières, Melle Madeleine Hertel et de cette union naquirent six enfants. Le 30 novembre 1680, il contracta un second mariage à Champlain avec Dame Ursule Pepin, veuve de Nicolas Geoffroy. Il mourut à l'âge de 59 ans et son acte de sépulture se voit au Régistre de Batiseau en date du 12 janvier 1695.

36. Dr. Jacques Duguay de 1672 à 1727. Il naquit en France, en 1617. Le 21 novembre 1672, il épousa aux Trois-Rivières Dame Jeanne Beaudry. Elle mourut en 1700, deux jours après la naissance de son fils Claude. En avril 1709, il contracta un second mariage avec Melle Anne Baillargeon. Il mourut en mars 1727 et son acte de sépulture se voit au Régistre des Trois-Rivières.

36. Dr. Charles Mayoine. Il naquit en 1695, et en 1722, il épousa aux Trois-Rivières Melle Marie-Anne Lefebvre Lasisserraye. Il fut le premier chirurgien de l'Hotel-Dieu des Trois-Rivières et fut salarié par le Roi de France en 1729. Il exerça la médecine aux Trois-Rivières de 1722 à 1761.

36. Dr. François Joseph Raimbault était médecin aux Trois-Rivières en 1718 et cette même année il épousa Melle Charlotte Beaudry-Lamarche, dont il eut 6 enfants. Il contracta un second mariage en 1759 avec Melle Madeleine Sicard, de la Rivière du Loup. Deux enfants naquirent de ce mariage. Le docteur Laterrière, dans ses mémoires nous dit qu'en 1778 le docteur Raimbault fut appelé aux Vieilles Forges, à l'occasion de la naissance de sa fille Dorothée.

Sous la Domination anglaise, on voit, comme médecin aux Trois-Rivières, M. le docteur J. B. Ricutord. Il était français de Gascogne. Il vint au Canada en 1658, mais ne vint s'établir comme médecin aux Trois-Rivières qu'en 1771, ayant auparavant pratiqué la médecine à la Baie St-Paul et à Château-Richer.

François Ricutord, né en 1768. Il était l'enfant du docteur J. B. Ricutord et de Dame Pélagie Victoria Perron.

En 1802, il contracta mariage à Trois-Rivières avec Delle Françoise LeProust. Il mourut en 1818, laissant une seule enfant,

Delle Hermine, qui, en 1825, épousa Mr P. B. Dumoulin, père des MM. Dumoulin, actuellement de notre ville.

En 1791, on voit par une lettre de Sœur Thérèse de Jésus à Mgr l'Évêque de Québec que le Dr. Laterrière pratiquait alors la médecine aux Trois Rivières.

Dans les années suivantes, on voit mentionner les noms des docteurs Carter et Talbot qui pratiquaient la médecine aux Trois-Rivières en même temps que les docteurs Rieutord et Laterrière.

Un peu plus tard, on voit le nom du docteur Kimber qui fut député de la ville des Trois Rivières de 1834 à 1838.

Puis viennent les Docteurs Pélisson, G. S. Badeaux, Ogden, Gilmour, Vallé, C. P. Giroux, Hardy, Millette, Ulric Arcand, Fenwick, Meek, C. Z. Rousseau, E. L. Badeaux, Alphonse Dubord, G. A. Bourgeois, Aimé Trudel, E. Lesage, O. Comtois, Alphonse Méthot et enfin les médecins actuels Drs Thérien, Gervais, Héту, Panneton, Leduc, Lambert, de Blois, Bourgeois, Woods, Darche, St-Pierre, Tourigny, Godin et Normand.

Et terminant, laissez moi vous rappeler tout le développement que la science médicale a pris au Canada depuis un demi-siècle. Aussi, je me plais à vous promettre que dans un avenir plus ou moins prochain ce développement médical, aidé de notre association franco-américaine, contribuera largement à la formation d'une nation Canadienne-française composée de la Province de Québec et des états de l'Est de la République voisine.

M. le Docteur Triboulet

se lève au milieu des applaudissements.

" Je suis profondément touché de votre démonstration toute sympathique. Je vous remercie en mon nom personnel et au nom de mes collègues. Votre bienveillant accueil est sans doute dû à notre double qualité de médecins et de Français. Nous savons aussi que vos sympathies s'adressent par dessus nos têtes, au gouvernement français, à l'Université de Paris, à l'Association pour l'avancement des sciences. Vos remerciements vont aussi à l'Union française contre l'alcoolisme, à la Société de thérapeutique et à la Société médicale de Paris.

" A tous, je transmettrai ces souhaits de bienvenue et ces marques de réelle cordialité. Soyez certains que tous nos collègues de France sont avec nous aujourd'hui de cœur et d'âme.





M. LE DOCTEUR CHARLES DE BLOIS.
Officier d'Académie. — Fonct. Secrétaire général.



" Laissez-moi ajouter que si nous sommes venus représenter auprès de vous la grande et chère patrie française, c'est que nous y avons été attirés il y a plusieurs mois par votre intéressant programme.

" Il est inutile de vous dire que c'est avec la plus sincère et la plus profonde émotion que nous venons représenter ici notre pays et nos sociétés savantes. En leur nom je viens apporter les félicitations les plus chaudes aux membres de ce Congrès.

" J'y joindrai mes félicitations personnelles à l'adresse de votre distingué et si actif secrétaire général, M. le Dr de Blois, qui s'est donné tant de peine pour me faire parvenir votre programme et des renseignements des plus utiles.

" Je tiens à lui exprimer ici publiquement, ainsi qu'au Comité, toute mon affectueuse reconnaissance."

M. le Dr Charles de Blois, secrétaire général du Congrès, donne lecture du rapport suivant:

Rapport de M. Charles de Blois

Monsieur le Président, Messieurs,

Je tiens avant tout à remercier M. le Dr Triloulet des paroles flatteuses qu'il vient, avec tant de bonne grâce, d'adresser à votre secrétaire général ; je les accepte, non pas en mon nom personnel, mais au nom du Congrès. Je suis profondément heureux de pouvoir présenter officiellement à MM. les Drs Triboulet, Pronst et Loir, délégués français, mes hommages et mes sentiments de cordiale bienvenue. Leur présence ici prouve, sans qu'il soit besoin de commentaires, tout l'intérêt que portent la France et les sociétés savantes françaises à l'œuvre de nos Congrès français d'Amérique. C'est un honneur considérable et un précieux encouragement pour l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, sans compter que leur visite au milieu de nous contribuera pour beaucoup à resserrer les liens qui nous unissent déjà à la mère patrie. Avec vous, je déplore l'absence de M. le Dr Foveau de Courmelles, délégué de la Société française d'hygiène et de la Société médicale des praticiens. Ce distingué savant nous avait informé qu'il prendrait une part active à notre Congrès ; malheureusement

il en a été empêché, retenu au dernier moment à Paris par des circonstances indépendantes de sa volonté. Il m'a chargé de vous offrir l'expression de ses regrets en même temps que ses vœux sincères pour le succès du congrès.

MM. les Drs Brouardel, Lermoyez, (de Paris), Lépinc, (de Lyon) ont transmis de même à votre secrétaire, leurs félicitations en même temps que leurs regrets de ne pouvoir s'unir à nous cette année.

Nous avons également reçu des lettres pleines de cordiale et confraternelle sympathie de la part du secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine de Paris, M. le professeur Jaccoud, et du secrétaire de l'Académie royale de Belgique.

M. le professeur Pozzi, de l'Académie de Médecine, a aussi tenu à manifester le haut intérêt qu'il porte à l'œuvre de nos Congrès et nous a transmis ses félicitations et ses bons souhaits pour le succès de notre réunion.

Il nous est agréable, de vous communiquer en même temps, un grand nombre de lettres d'adhésion, de la part de médecins français, ainsi que de très sympathiques missives de plusieurs corps médicaux d'Europe.

Signalons en particulier celles de MM. les Drs Triboulet, Bardet, Buret, Barbatis, Courtault, Faveau de Courmelles, (de Paris) et du Dr Dardel, (d'Aix-les-Bains).

Huit sociétés savantes de France ont tenu à se faire représenter officiellement à notre Congrès.

Le 10 mai dernier nous avons l'honneur de recevoir du ministère de l'Instruction Publique de France une lettre nous annonçant la nomination de M. le Dr Henri Triboulet, comme délégué officiel du gouvernement français, en même temps qu'une autre lettre émanant du consulat général de France à Montréal et confirmant cette importante nouvelle.

Nous avons également reçu une communication de M. L. Liard, vice-recteur de l'Université de Paris, nous informant que la Faculté de Médecine de Paris déléguait officiellement pour la représenter auprès de nous M. le Dr R. Proust, chirurgien des Hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté.

La Société française pour l'avancement des sciences nous a aussi délégué M. le Dr Loir, ancien préparateur de M. Pasteur, professeur à l'École nationale d'agriculture coloniale de Paris, chevalier de la légion d'honneur.

Nous sommes particulièrement reconnaissants à ce maître de la

science pour nous avoir apporté de France, au nom d'un groupe de sociétés savantes et de personnalités éminentes de Paris, le splendide médaillon que vous pouvez admirer dans la salle du Congrès.

Ce précieux souvenir artistique représente la République française avec cette inscription: " Souvenirs, sentiments et vœux de la France à la Fédération des savants de la grande famille française dans l'Amérique du Nord. "

M. Loir a aussi remis au bureau du Congrès deux remarquables médailles en bronze dues au talent de M. Henri Dubois, et représentant, l'une, une figure de l'"Étude," l'autre, une composition allégorique "Saint à la lumière", avec des inscriptions précisant les circonstances de l'offrande et l'intention des donateurs.

Nous ne serons que l'interprète des sentiments de tous les membres de notre association, en priant ces généreux donateurs d'agréer l'expression de notre plus vive gratitude.

Le très dévoué secrétaire général de la société de Thérapeutique de Paris, M. le Dr Bardet, nous a écrit pour nous informer que la société de Thérapeutique avait choisi pour la représenter à notre Congrès " l'un des médecins les plus éminents de Paris", M. le Dr Triboulet. Ce savant si distingué représente en outre officiellement au milieu de nous la Ligue nationale contre l'alcoolisme et la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Il est spécialement chargé d'exposer au Congrès les vœux de ces trois sociétés relativement à l'alcoolisme.

Nous avons aussi reçu une lettre de M. le Dr Buret, le zélé secrétaire général de la Société de Médecine de Paris, nous adressant les félicitations de la Société et nommant notre confrère M. le Dr A. de Martigny, de Montréal, comme son représentant auprès de notre Congrès.

Mentionnons encore une lettre de M. Barbatis, secrétaire général de la Société internationale de Médecine physique, annonçant la nomination de M. le professeur Brochu et de M. le Dr de Blois de Trois-Rivières, comme délégués officiels de cette Société.

Nous avons également reçu une lettre pleine de cordial encouragement de la société Médico-psychologique de Paris.

Des invitations avaient été adressées à toutes les sociétés médicales françaises du Canada et des États-Unis. Un bon nombre ont répondu à notre appel, et ont nommé les délégués suivants pour les représenter:

Société Médicale de Montréal: Délégué.— M. le Dr R. Boulet.

Société Médicale de Québec: Délégués, MM. les Drs Brochu et Dorion.

Société Médicale du comté de Shefford: Délégués, MM. les Drs A. Brun, de W. Shefford, L.A. Lessard, de Granby.

Société Médicale de Chicoutimi et Lac St Jean: Délégué, M. le Dr J. Constantin, de Roberval.

Société Médicale du district de Joliette: Délégués, MM. les Drs Lippé, J.J. Shephard, J.C. Barnard, J.P. Laporte et A. Bonin.

Société Médicale de Rimonski: Délégués, MM. les Drs Geo. Pineault, de Campbellton (N.B.), et J. Guvreau, de Rimonski.

Société Médicale du district de St-Hyacinthe: Délégués, MM. les Drs Daigneau, Choquette et Gauthier, d'Upton.

Association Médicale de Portneuf: Délégués, MM. les Drs Larue, Dolbee et S. G. Paquin.

Association Médicale du comté de Terrebonne: Délégués, MM. les Drs E. Fournier, Vanier et Prévost, de St Jérôme.

Association Médicale d'Ottawa: Délégué, M. le Dr D'Amour, de Papineauville.

Association Médicale du district des Trois Rivières: Délégués, MM. les Drs Hélie, Gelinus, Lacoursière et T. Caron.

Association Médicale de Fall-River: Délégué, M. le Dr J. E. Lamoie, de Fall River.

Association française du Manitoba: Délégué, M. le Dr J.U.O. Lambert, de St-Boniface.

Association médicale et internationale de Madawaska: Délégués, MM. P. H. Laporte, Edmondton N. B., Jos. Archambault, Fort Kent, (Maine), Louis Albert, Van-Buren, (Maine)

Institut Canadien d'Ottawa: délégué, M. le Dr M.P. Ste-Marie.
MM. les Drs J.E. Dubé, de Montréal, G. A. Boucher, de Brockton, (Mass.), I.L. Archambault, de Cohoes, (N.Y.), nous ont transmis leurs félicitations ainsi que leurs regrets de ne pouvoir se joindre à nous.

Des télégrammes au même effet ont été reçus de MM. Schmitt, de l'île d'Anticosti, Rionx et Bachand, de Sherbrooke, Guérard et P. de Blois, de Québec.

Nous avons adressé un certain nombre d'invitations pour la séance solennelle de ce soir. Son Honneur le lieutenant gouverneur Jetté, Sa Grandeur Mgr Cloutier, évêque des Trois-Rivières, l'ho-

norable Lomer Gouin, premier ministre de la Province, ont promis d'être présents et y prendront la parole. M. Kleczkowski, consul général de France à Montréal, étant actuellement en voyage en Europe, se fera représenter par M. le Baron d'Halewyn, vice-consul de France. Son Excellence le gouverneur-général ne peut se rendre à notre invitation, étant retenu à Ottawa par des engagements antérieurs.

Le premier ministre du Canada sir Wilfrid Laurier, n'a pu non plus à son grand regret accepter notre invitation, à cause de ses devoirs parlementaires.

Le recteur de l'Université Laval, Mgr Mathieu, président à Québec un congrès d'études, ne pourra non plus être présent, de même que le vice-recteur, M. le chanoine Dauth, de Montréal.

Il nous fait particulièrement plaisir de rappeler ici que le gouvernement du Québec a reconnu officiellement notre Association de médecins de langue française de l'Amérique du Nord, et a bien voulu accorder pour le Congrès des Trois-Rivières, une subvention des plus généreuses. C'est un heureux précédent à l'actif de l'honorable premier ministre de la Province et de ses collègues qui témoigne bien de l'intérêt que prend notre gouvernement aux choses de la Science, ce qui nous paraît du meilleur augure pour l'avenir de notre association. Nous sommes, nous n'en doutons pas, l'écho des sentiments de tous les membres de ce Congrès, en offrant à l'honorable premier ministre Lomer Gouin l'hommage de notre plus sincère reconnaissance.

Nous devons également l'hommage de notre vive gratitude au conseil de ville des Trois-Rivières, qui a mis gratuitement à notre disposition les salles de l'Hôtel de Ville pour nos séances, et qui nous a aussi accordé une généreuse allocation pour les frais de réception.

Je serai, sans doute, votre fidèle interprète en offrant aussi le témoignage de notre reconnaissance aux officiers du comité exécutif, particulièrement à MM. les Drs L. P. Normand, J. A. St-Pierre et E. F. Pamiotou, dont le zèle infatigable et le dévouement nous ont été si utiles pour l'organisation générale.

Merci également à tous les membres des différents comités d'organisation et de réception, ainsi qu'à tous nos correspondants pour les précieux concours qu'ils nous ont donné en toute circonstance.

Merci à la presse médicale du Canada et à la presse médicale d'Europe pour les encouragements de toutes sortes qu'elles nous ont prodigués.

Merci enfin à tous ceux qui de près ou de loin nous ont apporté l'appoint de leur collaboration, à quelque titre que ce soit.

Nous sommes heureux, en terminant, de signaler l'accueil favorable que notre Congrès a reçu de la profession médicale franco-américaine. De toutes parts nous sont venues des réponses aussi sympathiques qu'empressées.

Au delà de trois cents membres nous ont accordé leur adhésion et nous avons eu tout cent vingt-et une communications inscrites, sans compter six grands rapports généraux. Toutes ces communications seront présentées dans l'ordre indiqué sur le programme officiel.

En consultant ce programme, vous remarquerez facilement le grand nombre de travaux sur les questions mises à l'ordre du jour, c'est-à-dire sur l'alcoolisme, l'hygiène infantile et la tuberculose.

Treize communications importantes nous viennent de France. Nous signalerons à votre attention les remarquables mémoires de MM. les Drs Triboulet, Loir, Foveau de Courmelles, et celui de M. le professeur Armand Gauthier de l'Académie de Médecine.

Nous avons enfin un bon nombre de travaux présentés par des médecins des Etats-Unis et des provinces sœurs.

En sorte que, en définitive, tout nous permet d'augurer un grand succès scientifique.

Il ne me reste plus qu'à accomplir le devoir le plus agréable qui incombe au secrétaire général, celui de vous remercier de la bienveillante attention avec laquelle vous avez écouté un rapport forcément aride, mais qui témoigne hautement de l'appui général et enthousiaste de tous ceux à qui nous nous sommes adressés.

Au nom du comité et en mon nom personnel, je vous remercie de tout cœur.



SEANCE SOLENNELLE

Tenne le lundi soir 26 Juin, à huit heures, dans la salle d'opéra de l'Hôtel de ville. La salle était brillamment illuminée et décorée aux armes françaises et anglaises.

Sur l'estrade avaient pris place: M. le Président Normand, Son Honneur le lieutenant gouverneur Jetté, Sa Grandeur Mgr Clontier, Evêque des Trois-Rivières, l'hon. M. Gouin, Premier Ministre de la Province, M. le baron d'Halewyn, vice-consul français, à Montréal, le maire des Trois-Rivières, les délégués français, MM. les Drs Triboulet, Pronst, Loir, M. A.A. Foneher, ancien président de l'Association, M. Balcer, vice-consul de France aux Trois Rivières et le major Sheppard, aide-de-camp de son Honneur Sir L. A. Jetté.

L'élite de la société trifluvienne rehaussait par sa présence l'éclat de la fête.

Aux premières banquettes se trouvaient Sa Seigneurie le juge Cooke, Mme Cooke, l'honorable sénateur Montplaisir, Mme Montplaisir, M. J. Bureau, M. P. Mme Bureau, M. J. A. Tessier, député et Mme Tessier, MM. les échevins de la cité des Trois-Rivières et plus de trois cents médecins venus de toutes les parties du continent.

Parmi les membres du clergé présents, on remarquait :

Mgr Richard, M. le vicaire général H. Baril, MM. les chanoines J. B. Comeau, L. Denoncourt, N. Marchand, R. P. Dozois, O.M.I., R. P. Maximin, franciscain, R. P. Desjardins, MM. les abbés Éd. Brunel, E. Poisson, J. A. Lesieur, J. A. Caron, R. Gélinas, A. Dusablon, L. Lamothe, Garcean, A. Comtois, E. Chartier, J. Provost, E. Panneton, J. Massicotte, J. A. Lemire, J. Jacob, D. Gélinas, E. Fussey, E. Paquin, T. Gravel, E. Gélinas.

Du kiosque du parc Champlain, en face de l'Hôtel de Ville, la fanfare "l'Union Musicale des Trois-Rivières" faisait entendre ses plus belles symphonies. Le parc et la façade de l'Hôtel de ville, étaient magnifiquement illuminés.

La séance est ouverte à 8 heures, sous la présidence de M. le Docteur Normand.

Discours de M. le Président Normand

Le Comité d'organisation du 3ème Congrès Médical Franco-Américain est heureux de voir sa séance d'ouverture honorée de la présence d'un aussi grand nombre de personnages distingués tant par les qualités intellectuelles que par les hautes positions sociales.

En jetant un regard sur cette estrade, je me dis qu'aux "Trois-Rivières, peut-être plus qu'ailleurs la " Religion et la Patrie ", cette devise de notre Séminaire diocésain, est imprimée profondément dans les âmes de tous; tout particulièrement de ceux qui ont en le bonheur de puiser leur éducation dans cette maison bien aimée.

L'Association des Médecins de Langue Française, fondée à Québec en 1902, a tenu sa dernière réunion à Montréal deux ans plus tard. Ces deux premiers Congrès furent couronnés du succès le plus brillant et dépassèrent de beaucoup les espérances des organisateurs. Qu'il plaise à Dieu qu'il en soit ainsi du Congrès des Trois-Rivières. Pour bien comprendre l'état actuel de notre position médicale, en ce pays, et le rôle que notre association peut jouer dans l'avenir du peuple canadien français, jetons un coup d'œil à vol d'oiseau sur l'état général de nos pères lors du commencement de la domination anglaise. En 1763, il n'y avait dans tout ce pays qu'une population de 60,000 âmes dispersée dans quelques villes et 110 paroisses rurales. La population des Trois-Rivières, y compris les Forges, ne dépassait guère 800 âmes. Nous voyons dans l'histoire du Canada, par Garneau, qu'il n'était resté dans les villes que quelques rares employés, quelques artisans, à peine un marchand et les religieux. La tâche de nos pères était toute simple, on n'exigeait d'eux qu'une chose: de ne gêner ni l'expansion, ni la propriété des vainqueurs.

A cette époque, les Canadiens-français ne connaissaient que trois industries: la chasse, le commerce de pelleteries et l'agriculture basées sur des méthodes absolument primitives.

En outre, ils étaient décimés, fatigués, appauvris par les guerres et le mauvais sort des armes. Et, qui plus est, ils étaient sans espérance de voir la France venir à leur secours. Sous de telles circonstances, il est facile de comprendre que les Anglais

s'emparèrent vite de toutes les fonctions, du commerce et même des meilleures propriétés.

Le clergé qui, durant la domination française, s'était imposé par des actes nombreux de courage et d'héroïsme, prit alors parmi le peuple la place prépondérante qu'il a toujours occupée. L'Église catholique est alors devenue au Canada le centre d'union, le centre de cohésion de la race canadienne-française.

Le clergé se voua naturellement à l'éducation du peuple canadien; il fonda de nombreuses écoles paroissiales et répandit parmi le peuple la semence des saines doctrines religieuses et patriotiques. Ses efforts furent couronnés du plus grand succès.

Ainsi, guère plus d'un demi-siècle plus tard, voyons-nous les écoles fréquentées par près de cinquante mille enfants canadiens-français. Aussi voit-on bientôt apparaître dans presque toutes les villes et les villages des hommes de profession, des notaires, des avocats, des médecins; ces hommes deviennent les têtes dirigeantes de notre population et la conduisent, de concert avec le clergé, à travers les époques difficiles du régime d'oppression qui a précédé la révolution de 1837. Après de nombreuses années de lutttes admirables, ces hommes finissent par conquérir au peuple canadien français l'assurance de "nos institutions, notre langue et nos lois !!!"

Depuis un demi-siècle, la moitié de la population Canadienne-française de la Province de Québec a émigré dans la République Américaine.

Il manque entre les Français des États Unis et ceux de la Province de Québec un élément d'activité les intéressant tous à la fois.

Notre Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord est le premier chaînon de cette chaîne qui devra nous lier à nos compatriotes des États-Unis.

Au point de vue scientifique et patriotique, faisons que notre enseignement médical soit plus complet et plus parfait. Tous nous admettons qu'il faut établir sur des bases plus grandes presque toutes les branches de notre enseignement médical.

Où, faisons des médecins capables, laborieux, imbus des plus hautes données de la science médicale et du plus pur patriotisme. Faisons des médecins dignes et disséminons-les au centre de nos populations françaises tant du Canada-français que des États-Unis.

Il appartient à notre époque, il nous appartient à nous de donner l'enseignement à nos populations; il nous appartient de vulgariser les lois sages de l'hygiène publique et privée.

Il est en outre de notre devoir de combattre et d'enrayer les terribles fléaux qui déciment nos populations : combattons l'alcoolisme, déracinons la tuberculose, répandons les préceptes utiles de l'hygiène infantile, travaillons ensemble pour fournir à notre patrie une génération nouvelle plus forte, plus vigoureuse et plus instruite que la nôtre.

L'on parle beaucoup actuellement de l'avenir du peuple canadien-français. Un bon nombre de personnes croient que notre destinée est de former une nation distincte, canadienne française et catholique à l'Est du continent Nord de l'Amérique.

Les liens de race, de religion, des souvenirs de la patrie, sont plus forts que tous les autres, ils sont plus forts que les lignes fantaisistes de démarcation existant entre les différents pays. La fidélité que nous devons soit au drapeau anglais, soit au drapeau américain, n'exige pas de nous que nous sacrifions le moindre de nos sentiments religieux et patriotiques.

Sachons donc nous unir, sachons donc faire grandir et prospérer notre belle Association des Médecins de langue française franco-américaine, et, dans l'évolution de notre avenir, le clergé d'une part, les médecins, de l'autre, seront les deux puissances qui feront disparaître les lignes qui séparent les Canadiens-français du Canada de ceux des États-Unis. Nous formerons alors une même, une belle, une grande nation française en ce pays.

Je termine en élargissant la pensée de l'un de nos écrivains canadiens et je dis :

“ Quand je considère le passé, quand je contemple le présent, quand je rêve de l'avenir du peuple canadien-français, je me dis qu'un monde latent de poésie, de sciences, d'art, de grandeur intellectuelle, de noblesse morale est là qui demande à prendre un libre essor.”

En terminant, M. le Docteur Normand présente à l'auditoire Son Honneur le lieutenant-gouverneur Jetté.

Discours de Sir L. A. Jetté

Président d'honneur du Congrès.

Monsieur le Président, Monseigneur, Mesdames,

Messieurs,

Je n'ai pas l'honneur d'être médecin. Plusieurs d'entre vous, surtout parmi ceux qui ont l'habitude du diagnostic, seraient peut-être tentés de me répondre que je n'avais pas besoin de le dire. Mais je m'empresse de vous rassurer, je ne suis pas malade et c'est une nouvelle preuve de la sagesse du proverbe qui dit qu'il ne faut pas juger les gens sur la mine.

Lorsque, au sortir du collège, j'eus à choisir une carrière professionnelle, j'avais que je ne me suis trouvé ni la force physique, ni la force morale nécessaires pour embrasser une profession qui requiert tant de vigueur corporelle et qui impose tant de sacrifices, de labeurs et de dévouement.

Le médecin est, en effet, l'esclave du plus impérieux et du plus absorbant des devoirs. Une fois qu'il s'est formé une clientèle, il ne s'appartient plus. Il n'y a pas un instant de ses jours, ou même de ses nuits, dont il soit sûr de disposer à son gré. Ni pour ses repas, ni pour son sommeil, il ne peut compter sur une heure de tranquillité.

Et quel champ, quel domaine que celui de ses études!

Le juriste peut, à la rigueur, se contenter d'étudier et de connaître les lois de son pays. Il lui sera utile sans doute de connaître aussi celles des pays étrangers, mais comme les lois n'ont d'autorité que dans les limites des territoires pour lesquels elles sont portées, le but principal de ses études et de ses recherches sera nécessairement restreint et borné au pays qu'il habite.

La science du médecin, au contraire, ne connaît pas de frontières; son but étant le soulagement de l'humanité, le monde entier est son domaine. Et c'est pour cela que nous voyons tous les jours, nombre de savants se rendre dans les pays les plus éloignés et les plus insalubres, afin d'étudier sur place ces terribles maladies dont les peuples civilisés redoutent à bon droit l'invasion et les ravages.

C'est pour cela aussi que ces savants se réunissent de temps à

autre dans des conditions qui, comme on peut se tenir aujourd'hui dans votre ville, afin de faciliter les observations de se communiquer leurs recherches de s'assurer un contrôle de tous le résultat de leurs études de leurs découvertes et de s'éclairer mutuellement par ces constatations si probantes que fournit l'expérience de chacun.

Il est facile de comprendre l'effort que je fais de d'une science si vaste et si noble. Mais, Messieurs de vous dire, Mes Amis et Messieurs, les deux raisons pour lesquelles j'ai pris un autre choix.

Je suis donc devenu aveugle, c'est à dire que je suis entré dans la grande famille d'êtres que le peuple appelle les aveugles, sans parler des chiens-morts. On ne peut pas dire que la cécité est une infirmité grave, car il n'est pas un homme d'opinion que l'on entend quelque fois exprimer par rapport à la cécité, si vous m'avez entendu et qui n'hésitent pas à donner leur argent et prendre l'argent l'un et de l'autre, il peut le faire par son travail le capital de l'ophtalmie.

Mais, Mes Amis et Messieurs, c'est une chose que j'ai apprise en ma longue expérience; j'ai été en relation avec beaucoup de personnes depuis ma naissance au bureau de bien-être, je n'ai jamais vu un seul qui eût un capital.

C'est donc bien l'un des que, si vous voulez, je ne suis pas ceux qui le font ne peut tous les jours pour l'ophtalmie.

Mais, Mes Amis et Messieurs, je ne dois pas vous en expliquer plus, pour moi j'ai été chargé de présider ce premier séminaire du congrès des médecins de l'Union française de l'Amérique du Nord et d'en proclamer officiellement l'ouverture.

C'est une question que je me suis moi-même posée, à défaut d'autre raison, j'ai eu que ma vision était devenue si mauvaise que j'avais eu et mes vingt années d'expérience, comme vous l'avez peut-être pu constater, avaient été ébranlées, et l'on avait fait croire que je n'avais pas les qualités requises pour m'acquiescer à de semblables formalités. Mais, après tout, ces choses étant de la procédure. Dans ces conditions, je n'ai pu hésiter à m'adresser à des médecins invités que l'on m'a fait. La, je m'en suis rendu compte, j'ai pu me en servir grand bien, car qui m'avez dit de la présence, j'y trouve l'occasion de s'illustrer, de bien en faire, et de distinguer, accourus de toutes les parties du monde, même des pays d'Europe, pour prendre part aux travaux de ce congrès. J'ai vu tout cela, et j'en suis sûr, c'est qui

vous présentez un ouvrage qui est, je suis heureux
de dire, un ouvrage de valeur. L'auteur a eu ce
long voyage de Paris à Lavoie, un bon vieux col-
laborateur. Vous savez que c'est une expérience. Vous me priez d'excuser
ce que je ne puis pas vous répondre par écrit, mais ce que
je pense de votre ouvrage, je vous l'ai dit en face. Je suis sûr
que vous ne m'en voudrez pas. Je suis sûr que vous inspirez la confiance
avec laquelle nous sommes habitués à traiter nos confrères.

Monsieur le docteur, il est important de mes yeux
de voir les choses de près. Je suis sûr que les organes
de votre corps sont en parfaite santé. Je vous prie
me de vous excuser. Je suis sûr que le médecin
qui lui a fait le diagnostic, a tout fait à l'hôpital
comme il faut. Je suis sûr que elle est l'aide né-
cessaire pour que vous puissiez continuer votre
œuvre. Je suis sûr que la médecine des
choses nouvelles est une science qui s'enrichit
général du progrès. Je suis sûr que les progrès dont
vous faites l'objet sont de nature à vous féliciter.
Je suis sûr que vous n'avez rien de plus qu'à féliciter ce
travail et ce qui est le signe français de l'Amérique
du Nord.

Notre tâche est de reproduire textuellement la spir
qu'apporte de Sir L. A. Jetté, mais n
és de nous contenter d'un résumé n
indigne de ce véritable chef d'œuvre

M. Cloutier prend ensuite la parole et pro
suivant :

Discours de Monseigneur Cloutier

Evêque des Trois Rivières

Messieurs,

Je ne veux pas cacher la grande satisfaction
la circonstance présente. Elle est très sensible
à la cité de Lavolette la visite distinguée
des évêques de la région française de l'Amérique du Nord.

A ceux qui viennent des diverses parties de la Puissance du Canada, elle offre l'expression de sa sincère affection et de son entier dévouement ; aux compatriotes de la république voisine, elle témoigne tout son intérêt et garantit la fidélité de son amitié la plus cordiale ; à ceux enfin qui nous apportent le témoignage de la haute bienveillance de l'ancienne Mère-Patrie, elle donne l'assurance de sa gratitude émue et de son impérissable souvenir.

Amie sincère et inspiratrice du véritable progrès, elle croit juste de féliciter chaleureusement les organisateurs du présent congrès médical, et, pour répondre à leur délicate invitation, elle voudrait dire brièvement, par ma bouche, comme elle le trouve excellent cet art de la médecine, en considérant son objet et son influence sociale.

Dieu venait de créer le monde sensible, cet univers magnifique qui attire à bon droit notre admiration, lorsque, prenant conseil dans sa sagesse infinie, il résolut de produire une nature supérieure encore à cet univers, une créature qui serait comme le résumé de merveilles accomplies dans l'œuvre des six jours. Alors, pétrissant un peu d'argile, sa main puissante façonna ce monument sublime auquel Il communiqua, par son souffle divin, l'empreinte de sa face, c'est-à-dire les lumières d'une intelligence avec la justice originelle. "*Signatum est super nos lumen vultus tui, Domine.*" Ps. IV.

Au seul point de vue anatomique, ce corps est déjà un chef-d'œuvre ; c'est un assemblage merveilleux de facultés et d'organes. Il renferme toutes les perfections des êtres inférieurs, depuis l'existence passive du minéral jusqu'aux sensations les plus élevées des animaux parfaits.

Dans son organisme, il semble que Dieu a épuisé les ressources de la beauté architecturale. D'abord, une charpente osseuse, où l'on remarque des leviers, des arceaux, des voûtes pour la protection des organes les plus délicats ; puis des muscles puissants reliant les différentes parties ; enfin une enlrasse résistible recouvrant le tout.

A l'intérieur, un système de filaments sensibles qui met le cerveau en communication avec les parties les plus éloignées de son siège ; une fournaise ardente qui distribue par des canaux ramifiés le sang et la chaleur ; un mécanisme vocal admirable ; un appareil spécial pour la respiration, pour la nutrition, pour la reproduction ; et tous ces engins fonctionnent avec une aisance et une harmonie parfaites. En outre, ce corps est doué d'un mouvement spontané, il peut se déplacer d'un lieu à un autre et opérer une foule de révolutions remarquables. Voyez, par exemple, dans la main, ces petits leviers, ces ressorts mobiles, faits pour saisir facilement les objets ; les ongles qui, comme des renforts, donnent plus de force aux ex-

trémities tendres des doigts et les rendent aptes à un grand nombre d'usages.

Il avait bien raison cet anatomiste qui, après avoir disséqué une main, disait : "Je viens de chanter un hymne au Créateur."

Et le poète anglais, en considérant l'homme, n'a pu retenir ces cris d'enthousiasme : "Quel chef-d'œuvre que l'homme ! Combien noble par la raison ! Combien infini par les facultés ! Combien admirable et expressif par la forme et les mouvements ! Dans l'action, combien semblable aux anges ! Dans les conceptions, combien semblable à Dieu ! Il est la merveille du monde et le type suprême des êtres animés !" (Shakespeare, Hamlet).

Tel est le champ ouvert à la science médicale, objet sublime, mais qui demande une solide connaissance de la philosophie chrétienne, si l'on ne veut tomber dans le matérialisme pratique auquel la profession journalière expose le médecin. Car il peut oublier quelquefois que la principale beauté de l'homme lui vient de son âme, principe substantiellement simple avec des puissances multiples qui opèrent, dans le composé humain, la vie à ses degrés divers.

Mais cette âme n'est pas tellement enclavée dans la matière qu'elle n'exerce des actes indépendants de l'organisme matériel. Elle touche les vérités les plus abstraites, elle s'élève jusqu'à la connaissance de Dieu, son principe et sa fin, elle aspire à un bonheur hors d'elle-même.

Le médecin philosophe ne fera donc pas abstraction de cette suprême faculté de l'âme, sinon il n'exercera que l'art vétérinaire de beaucoup moins noble que l'art médical.

L'âme en tant qu'intellective même est la forme du corps humain et le distingue des autres animaux. Cette forme venant à disparaître, il ne reste plus qu'un cadavre inerte et sans vie, qui bientôt sera réduit à ses éléments composants.

C'est pourquoi le rôle de médecin est, en observant les lois de la nature, de conserver à l'organisme matériel l'aptitude nécessaire à être informé par l'âme à la fois végétative, sensitive et intellectuelle ; de tempérer les agitations brutales du corps, afin d'éviter les crises morales ; d'écarter les impressions trop vives de l'âme, désastreuses à l'organisme physique et de conserver ainsi l'équilibre dans le composé humain, suivant l'adage des anciens : "*Mens sana in corpore sano.*"

II

La médecine n'est pas moins noble dans ses fonctions sociales. Car elle n'est pas seulement une profession honorable, elle est aussi

un apostolat qui demande une vocation. Souvent, en effet, le médecin joue le rôle du prêtre en pénétrant jusqu'aux plus intimes misères de l'humanité. C'est alors qu'il doit se montrer moraliste, consolateur et dévoué jusqu'à l'héroïsme.

" Je ne sais, disait Philarète Charles dans ses " Souvenirs d'un médecin ", je ne sais s'il existe une profession qui offre à l'observateur plus de ressources, au philosophe plus de sujets d'observation, à l'ami de ses semblables plus d'objets de méditation douloureuse, que la profession de médecin. A ses yeux se déroule l'histoire secrète de l'homme. La douleur, grande révélatrice, arrache pour lui tous les voiles, dont la civilisation nous décore et nous enveloppe. La voix plaintive de l'humanité souffrante ne dissimule rien; c'est elle que le médecin écoute et interprète. Toutes ses douleurs nous sont communes. Héroïsme secret; prodige de constance et de résignation; manifestation du caractère humain; combinaisons de toutes les angoisses physiques alliées aux peines de l'âme; scènes de la vie privée, malheurs nés de nos fautes, erreurs engendrées par nos infortunes; rien de ce que notre destinée à d'intime n'est ignoré du médecin. Toutes les autres professions ont donné leurs mémoires. . . . aucun médecin n'a osé dire au monde une partie de ce qu'il a vu. . . . Est il rien de plus fécond en incidents et en leçons touchantes? Le lit sur lequel l'homme de bien meurt pauvre, la couche de soie, théâtre de souffrance pour l'homme opulent, sont ils donc sans instructions et sans intérêts? "

Le rôle principal du médecin est un rôle de moraliste.

" La majorité, écrit à son tour le Dr Michaud, la très grande majorité des maladies de notre siècle, ce sont des maladies morales, des névroses ou des variétés de cette protéiforme neurasthénie, qui comprendra bientôt toute la pathologie. Sans compter que même dans le cas d'un malade atteint d'une maladie organique, d'une lésion bien déterminée et classée, il présente encore un être moral dont il faut s'occuper, en vertu de cette grande loi de la réaction du moral sur le physique, trop négligée dans ses applications pratiques. "

Dapuytren n'oubliait jamais de dire à ses malades: " Je te guérirai ! " et il les guérissait, en effet, parce qu'espérer guérir c'est la moitié de la guérison.

Du reste, le médecin peut ne pas pouvoir guérir, mais il peut toujours consoler.

Le même auteur poursuit : " Il faut chaque jour que le médecin fasse appel à la sûreté de son jugement, au tact de son esprit, à la force de ses sentiments altruistes; il faut, en résumé, qu'il fasse ce

vre de science et de dévouement, qu'il soit un peu infirmier, beaucoup médecin, surtout humain.

En médecine comme en toutes choses, les efforts de l'intelligence sont stériles quand ils ne sont pas accompagnés de la bonté. Le meilleur n'est pas le plus savant, mais celui qui, avec la science ordinaire, aime davantage ses malades et en a pitié, c'est celui qui leur donne autant de son cœur que de sa science. " " A celui-là, dit un confrère russe, le Dr Veressait, nous pouvons confier notre vie, avec la certitude qu'il n'essayera pas sur nous des remèdes inconnus, qu'il ne nous opérera pas sans nécessité, qu'il ne nous inventera pas de maladies supplémentaires sous prétexte de nous délivrer de celles dont nous souffrons. Celui-là, s'il ne sait pas guérir, saura du moins souffrir avec nous et nous consoler. "

La charité du médecin peut aller jusqu'à prier pour ses malades. Paul Triaire disait du Dr Récamier : " Ce grand praticien, qui avait porté à un si haut degré l'exercice de la médecine et qui avait jeté sur la science un si haut éclat, possédait les vertus d'un apôtre et pratiquait l'humilité des hommes de foi primitive. Il croyait devoir à ses malades la charité de ses prières, comme le ministère de son art, comme l'aumône de ses bienfaits matériels, et dans sa poursuite du bien sous toutes ses formes, il priait pour ses malades, comme eusse-t-il pu le faire un Vincent de Paul ou un François de Sales. "

Ce Docteur Récamier est encore proposé par son historien comme " un modèle de constance dans le devoir envers ses malades jusqu'à passer des heures et des jours à leur chevet. " En vain des confrères lui font observer qu'il s'agit d'un malade perdu, qu'ils sont là depuis une heure et qu'ils sont attendus ailleurs. Moi aussi, disait-il avec une imperturbable confiance et une sérénité que rien ne pouvait troubler ; et nous resterons ici deux heures, s'il le faut, jusqu'à ce que je vous aie démontré que le malade peut être sauvé. J'ai condamné tant de gens qui courent les rues et la nature a tant de ressources que nous devons encore espérer (*Études d'histoire de la médecine au 18^e et 19^e siècle.*)

Le médecin de devoir pousse quelquefois le dévouement jusqu'à l'héroïsme sans se laisser ralentir par aucun obstacle. On le voit dans les épidémies parcourir les lieux contaminés et braver l'infection et la mort. L'histoire mentionne des faits d'un courage assez audacieux pour s'inoculer le germe de maladies contagieuses, afin de secourir plus aisément le prochain et de sauver ainsi une partie notable de l'humanité. Ceux-là avaient appris du Christ le Grand Guérisseur, à se sacrifier pour leurs semblables.

Ainsi, quelle consolation pour le médecin de guérir un chef

de famille, de conserver une mère à ses enfants, de rendre un enfant à sa mère en l'arrachant à la mort !

Malheureusement, il s'en trouve quelquefois qui, privés des notions de la philosophie chrétienne, n'ont pas le respect dû à la vie humaine. Parce qu'un homme est misérable, faible ou rachitique, ils s'imaginent que sa vie n'a pas la valeur de celle de l'homme bien conformé, riche ou intelligent : et par une commiseration mal éclairée, ils n'hésitent pas à donner la mort à ces êtres sans défense pour sauver une personne qu'ils jugent plus nécessaire à la famille ou à la société.

Qu'ils sachent bien ceux-là que notre droit à la vie n'est pas relatif aux autres hommes, mais ne regarde que Dieu. Qu'ils apprennent aussi, que la loi naturelle pas plus que la loi divine ne permet de faire le mal même pour procurer un plus grand bien. Ici, surtout, le sentiment religieux et le sentiment humain doivent précéder du même amour.

Je finis par les paroles d'un professeur à la Faculté française de Strasbourg (19 nov. 1861) :

La médecine, dit-il, a sa source dans un des sentiments les plus nobles du cœur humain. Elle répond à ce qu'il y a de plus élevé dans notre nature morale. A mesure que la conscience s'éclaire, la compassion instinctive pour la souffrance d'autrui s'épure : elle s'élève et se transforme en une idée morale et religieuse, celle du "devoir," dont l'expression la plus élevée et la plus pure se résume dans l'amour de l'homme pour son semblable, dans la "charité", dans le "dévouement" à l'humanité.

Discours de l'Honorable Lomer Gouin

Premier Ministre de la Province et Patron du Congrès.

L'honorable Lomer Gouin dit qu'il a accepté avec plaisir l'agréable mission d'accompagner le représentant de la Couronne à cette réunion savante qui fera époque dans l'histoire du Canada. Il s'autorise de son titre officiel pour saluer Messieurs les médecins assemblés en congrès, surtout ceux qui sont venus de France, apportant au Canada un souvenir de nos chers cousins d'outre-mer.

"Messieurs les membres du Congrès, ajouta-t-il en substance, c'est à Québec que vous avez tenu vos premières assises et vos dé-

lants eurent un succès qui n'est pas encore oublié. Je puis en dire autant de votre second congrès, qui eut lieu à Montréal. Vous avez fait faire un grand pas à la science médicale et le pays tout entier n'approuvera si je vous en remercie ici publiquement.

"Permettez-moi de vous dire que vous avez eu une excellente idée en décidant que votre troisième congrès aurait lieu aux Trois-Rivières, dans cette ville qui réunit la coquette d'une éternelle jeunesse à cette qualité éminemment précieuse à nos yeux d'être restée essentiellement française.

"Messieurs, si quelqu'un mérite l'estime de ses concitoyens, c'est bien le médecin consciencieux, homme de dévouement, d'abnégation et de sacrifice, qui se donne tout entier à sa sublime mission de supprimer, dans la mesure du possible, les souffrances physiques de ses semblables, d'épargner aux familles la douleur des deuils prématurés.

"Le congrès qui va s'ouvrir aura, je n'en doute pas, de superbes résultats, surtout au point de vue de la lutte contre l'alcoolisme, ce vice hideux qui exerce tant de ravages dans notre province, ruine et déshonore tant de familles et constitue un véritable danger pour la Société.

"Dans une conférence sur l'hygiène donnée récemment à Québec, M. le docteur Brochu, le savant professeur de l'Université Laval, affirmait que la connaissance approfondie et convenablement vulgarisée des règles de l'hygiène, sauverait chaque année dans notre pays des milliers d'existences. Les gouvernements se sont déjà occupés de cette question importante, mais il reste encore bien des réformes à opérer. Vous y songerez, sans nul doute, au cours de vos délibérations et de vos savantes et fraternelles discussions, et ce ne sera pas la partie la moins utile et la moins patriotique de ce congrès."

En terminant son magnifique discours, dont nous regrettons de ne pouvoir donner qu'un pâle résumé, l'honorable premier ministre prie Messieurs les médecins de ne pas découvrir, au cours de leurs travaux, de nouveaux microbes, vu que nous en avons déjà largement assez.

Cette boutade fut chaleureusement applaudie, comme l'avaient d'ailleurs été plusieurs passages du discours.

Discours de M. le baron d'Halewyn

Vice-consul de France

Prié de porter la parole, M. le baron d'Halewyn remercie les organisateurs qui l'ont invité à assister à la séance d'ouverture du congrès. Cet honneur, déclare-t-il, revenait plutôt à notre consul-général M. Kleczkowski, mais des circonstances de force majeure l'empêchent de se trouver aujourd'hui à cette belle assemblée. C'est toujours avec un véritable plaisir et un grand empressement que M. le consul-général s'associe à nos amis les Canadiens français dans toutes leurs manifestations scientifiques, intellectuelles et patriotiques. Son absence forcée me procure l'insigne honneur de vous présenter, en son nom et au mien, nos remerciements, nos félicitations et nos souhaits sincères.

Puisse le succès le plus complet couronner vos généreux efforts. Nous aimons le Canada et les Canadiens; mais parmi les Canadiens, notre sympathie va de préférence aux médecins, car ils sont, sur le continent américain, ici comme aux États-Unis, les porte-drapeau de la science française.

Nous regrettons de ne pouvoir citer intégralement les belles paroles du vice-consul de France, nous n'en donnons ici qu'un pâle résumé.

M. J. F. Bellefeuille, maire de la cité trifluvienne, présente la bienvenue aux médecins congressistes dans les termes suivants :

Discours de M. J. F. Bellefeuille

Maire des Trois-Rivières.

Monsieur le Président, Messieurs les membres du Congrès,

Je suis heureux de me faire l'interprète de la population des Trois-Rivières, pour vous souhaiter à tous la plus cordiale, la plus fraternelle bienvenue.

Laissez-moi vous dire que nous avons été très sensible à l'hon-

neur que vous avez fait à notre ville, en la choisissant entre tant d'autres, comme lieu de réunion de votre grand congrès médical.

Pour répondre à cette délicate attention, nous voudrions pouvoir mettre à votre disposition des palais princiers ; nous voudrions que notre hospitalité ressemblât à celle que les anciens savaient offrir aux savants de leur temps qu'ils regardaient à juste titre comme les bienfaiteurs de l'humanité et traitaient à l'égal des princes.

Mais si les ressources ne répondent pas à nos désirs ; si notre accueil réclame votre indulgence sur beaucoup de points, laissez-moi au moins vous assurer que vous êtes ici au milieu d'une population ardemment sympathique, orgueilleuse de votre présence et n'ayant rien de plus à cœur que de rendre le plus agréable possible votre séjour aux Trois-Rivières.

Vous êtes ici, Messieurs, dans une des plus anciennes villes canadiennes françaises du pays, au milieu d'un vaste district où l'on conserve avec respect et fierté la langue, les coutumes et les traditions des ancêtres. Vous êtes donc chez vous à un double titre, vous tous Messieurs, qui avez eu la pensée délicate et patriotique de donner à vos réunions solennelles, le nom de Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

L'objet de ces réunions scientifiques est marqué au cachet du plus noble dévouement, puisque c'est uniquement le bien commun que vous avez eu vue dans les recherches laborieuses, les longs et pénibles travaux que vous vous imposez pour la protection des individus, des familles et de la société.

Aussi, tout en vous offrant nos plus sincères félicitations et nos plus chaleureuses sympathies, faisons-nous des vœux ardents pour le succès de vos travaux au milieu de nous.

En voyant parmi vous des médecins venus non seulement de toutes les parties de l'Amérique du Nord, mais même des foyers scientifiques les plus célèbres de l'Europe, nous apprécions davantage le caractère élevé de l'œuvre que vous poursuivez et la générosité de vos sacrifices personnels.

Encore une fois, Messieurs, soyez les bienvenus au milieu de nous, et agréez l'expression renouvelée de nos souhaits pour le succès de vos travaux.

M. H. Triboulet, de Paris, est l'orateur suivant et intéresse à un très haut point son auditoire distingué.

Discours de M. le Docteur H. Triboulet

Médecin des hôpitaux, ancien vice-président de la Ligue Nationale contre l'Alcoolisme, délégué officiel du Gouvernement français, délégué de la Société de Thérapeutique et de l'Union française antialcoolique.

M. le Dr Triboulet, délégué du Gouvernement français, exprime toute la reconnaissance émue des trois représentants de la France pour l'accueil si chaleureux qui leur est fait. Au nom du Ministre de l'Instruction publique de la République française, au nom du Directeur de l'Enseignement supérieur, il adresse, avec les félicitations les plus sincères de tous ceux qui l'ont envoyé, pour les fondateurs et les organisateurs de la grande œuvre entreprise, les vœux les plus ardents pour le succès croissant des Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Sous les paroles officielles, il sait que l'auditoire saura trouver l'expression de la plus cordiale sympathie de tous les enfants de la Mère-Patrie pour leurs frères Canadiens-français.

Le III^e Congrès a su mettre à l'ordre du jour de son programme les grandes questions qui préoccupent toutes les nations civilisées, et la nation Canadienne française possède tous les éléments nécessaires pour arriver aux plus promptes et aux meilleures solutions.

Les belles familles canadiennes avec leurs dix, douze et quinze enfants sont victimes de fautes fréquentes contre l'hygiène infantile; il y a lieu d'enrayer la mortalité infantile, en appliquant les mesures employées dans la Mère-Patrie, à la sève si peu féconde actuellement, et qui ne se maintient que grâce à de minutieuses précautions pour protéger l'enfance.

La tuberculose fait à ce Congrès l'objet de rapports détaillés qui serviront à l'instruction des autres peuples. Contre l'alcoolisme, le Canada français est bien placé pour prendre les mesures nécessaires. À l'influence médicale peuvent s'adjoindre deux forces complémentaires: l'action toute puissante et d'ailleurs acquise du clergé canadien français, et l'action de la Presse qui a à jouer un si grand rôle humanitaire.

Pour l'orateur, l'énergie française, si active ici, soutenue et

à un

et

contre

expri-
ran-
inis-
u du
éita-
fon-
eux
cia
sous
ores
lère-

ram-
vili-
s né-
ous.

inze
ntile:
estu-
tuel-
eau-

illés
olis-
s pé-
ores
e du
r un

e et







M. LE DOCTEUR H. TRIBOULET.

Délégué officiel du Gouvernement Français et de la Société de
Thérapeutique de Paris



M. LE DOCTEUR R. PROUST.
Délégué officiel de l'Université de Paris.



guidée par l'expérience de la Mère-Patrie dont les fils s'appellent : Claude Bernard, Trousseau, Pasteur, Curie, doit se traduire par une grande œuvre. Il faut que les jeunes médecins canadiens-français viennent compléter leurs études dans les laboratoires et dans les amphithéâtres où vibre encore la parole des maîtres et où leur enseignement se continue si brillamment. Le Gouvernement de la République tient à cœur d'accorder à tous la plus large hospitalité dans ses centres scientifiques, plus encore aux fils de la Nouvelle-France, qui savent bien qu'à côté de ces foyers de la science ils trouveront le plus affectueux accueil à nos foyers de famille.

Avec l'appui des autorités ici réunies, avec celui du Consulat de France, avec l'activité des médecins canadiens français, avec le concours des maîtres de France, une grande manifestation de l'*Énergie française* doit célébrer le troisième centenaire du Canada français qui va avoir lieu en 1908, en réunissant au complet le Corps des médecins de langue française de l'Amérique du Nord pour l'ouverture d'un *Institut Pasteur*, en terre canadienne-française. (Appl.)

M. le docteur Proust adresse ensuite la parole.

Discours de M. le Docteur R. Proust

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux et délégué de l'Université de Paris.

Je suis fier de succéder au maître illustre, le professeur Pozzi, pour venir apporter aux confrères canadiens français toute la cordiale sympathie de l'Université de Paris. Je suis heureux de penser que la venue de la délégation française sera l'origine de relations de plus en plus fréquentes et de plus en plus intimes. Merci, au nom de l'Université, pour l'accueil si chaleureux que vous voulez bien faire à son représentant.

Il y a à peine quelques jours que nous sommes arrivés dans votre beau et grand pays et déjà nous avons appris à estimer et à aimer ce que j'appellerai l'âme canadienne. J'ai étudié votre histoire et laissez moi vous le dire, ce que j'ai admiré d'avantage c'est de voir que sans manquer de loyauté envers la couronne britannique, vous

êtes toujours restés si français et si attachés à vos traditions nationales.

Le nom du Canada sonnera toujours délicieusement à mes oreilles, il est si doux! Et, tant de souvenirs historiques, tant de sang répandu l'ont rendu si français!

Il y a tant de notre gloire nationale attachée aux noms de Trois-Rivières, de Québec et de Montréal.

J'ai été vivement intéressé à votre première séance, cette après-midi, et j'ai compris combien l'instruction donnée par les professeurs de vos Universités est à la fois brillante et solide.

Il m'est également agréable de constater que les jeunes médecins canadiens français vont de plus en plus se perfectionner en France et en particulier à Paris. Pourquoi n'y viendraient-ils pas plus nombreux?

Je suis chargé officiellement d'inviter les confrères canadiens et de les assurer du plus bienveillant accueil.

Il n'est pas douteux que le Congrès actuel apportera d'importantes contributions à nos connaissances sur la tuberculose et l'alcoolisme ainsi que sur les moyens à prendre pour combattre ces fléaux efficacement.

Je fais les vœux les plus sincères pour le succès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord et je souhaite que les conséquences de ce Congrès soient des plus fructueuses pour la science médicale, au grand profit de l'humanité toute entière.

Monsieur A. Loir, représentant de l'Association Française pour l'avancement des sciences, termine la série des discours.

Discours de M. le Docteur A. Loir

Ancien préparateur de M. Pasteur, professeur à l'École supérieure d'agriculture et de viniculture, délégué de l'Association pour l'avancement des sciences.

En arrivant dans votre grand et beau pays, le Français du vieux continent est tout surpris de voir que, dans la province de Québec, le français est votre langue à l'exclusion de l'anglais. Nous pensons que dans cette colonie anglaise, il faudrait nous servir de tout l'anglais que nous connaissons.



N
C
I
U

êtes toujours
males.

Le non
les, il est si
répandu l'o

Il y a t
Rivières, c

J'ai é
après midi
fesseurs d

Il m'
eius caua
France e
plus non

Je s
et de les

Il i
tantes e
coolism
aux eff

Je
tion de
souhait
euses
entière

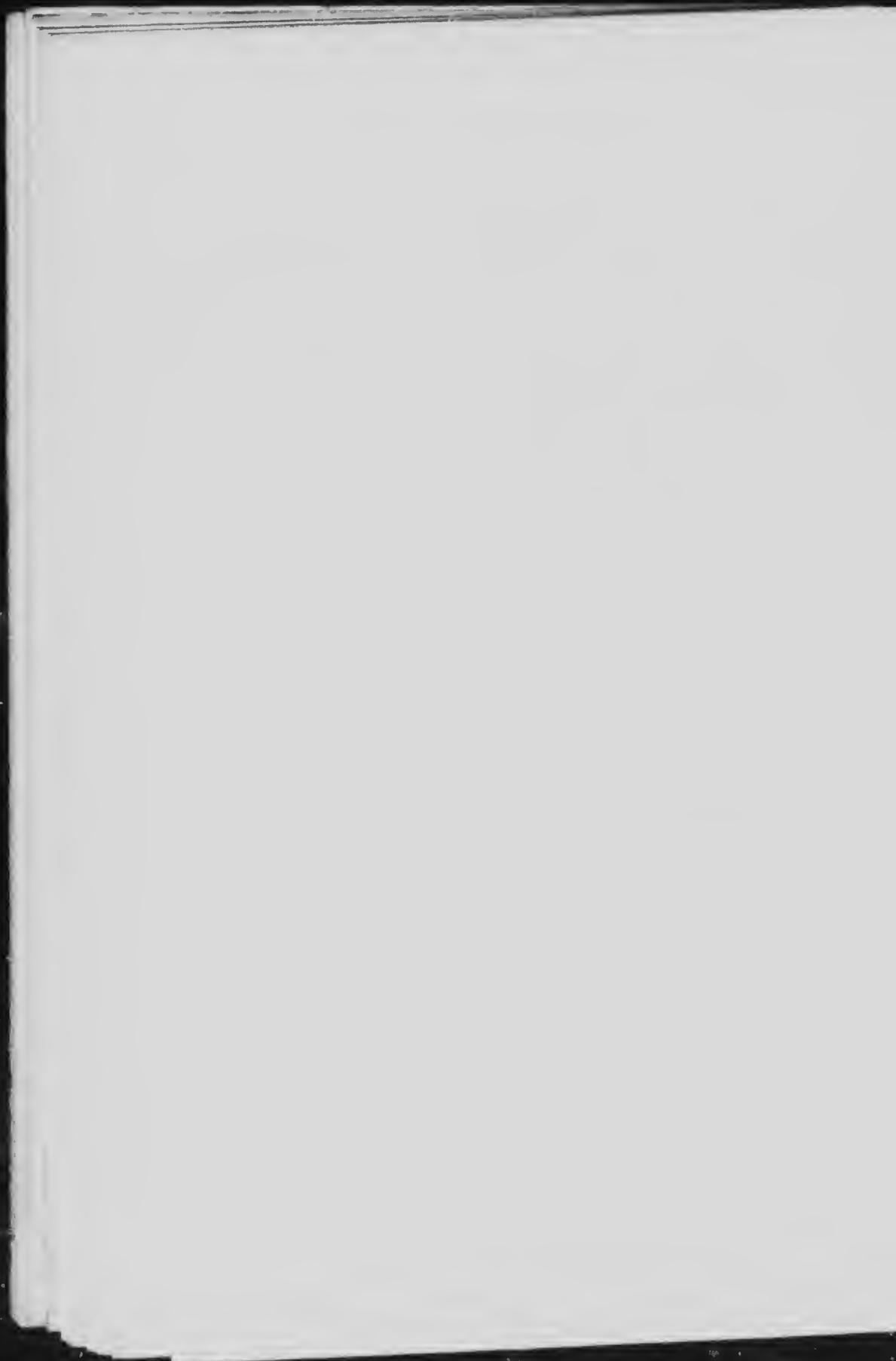
pon

Am

ce
k
s
l



M. LE DOCTEUR A. LOIR,
Délégué officiel de l'Association Française pour l'avancement
des sciences



Depuis notre arrivée, nous nous sentons dans notre pays et nous avons la douce joie de retrouver la mère-patrie de ce côté de l'Atlantique. Quel miracle, mes chers cousins, combien nous vous remercions de faire ainsi vibrer notre patriotisme si loin de chez-nous! Ce matin, à la grand'messe, c'est avec une profonde émotion que nous vîmes ces zénares pontificaux et que nous entendîmes résonner à nos oreilles ces commandements: "Portez armes, présentez armes, genou terre." Ensuite les premiers mots de votre prédicateur furent: "Nous sommes sous la domination libérale de l'Angleterre, mais nous sommes catholiques et français et nous resterons toujours avec ce même idéal devant nous."

L'un de nos confrères, votre doyen, me disait à l'instant: "Nous sommes plus Français que vous." Aurait-il raison? Je me le demande, car, comme pour appuyer son dire, un Canadien vient de me raconter l'extraordinaire histoire que voici:

"J'avais cinquante deux ans lorsque je suis allé pour la première fois en Europe. J'ai débarqué au Havre où j'ai pris le train pour Paris. J'ai tellement vu de choses sur la France, j'ai tellement pensé à la Chère Mère Patrie que toutes les nuits tous les paysages qui passaient devant mes yeux, me semblaient des choses comme depuis longtemps.

"Je suis allé dans un petit village de Normandie, aux environs de Lisieux, d'où venait mon ancêtre, arrivé au Canada en 1860. A ma question, le curé me répondit, en me montrant une ferme dans laquelle habitent encore les membres de ma famille d'autre-fois. J'ai quitté le cimetière qui se trouve autour de l'église, après avoir prié sur les tombes de mes parents inconnus et je me suis dirigé vers la ferme où habitent ceux qui portent le nom de ma famille. J'ai frappé, la porte s'est ouverte et derrière une grande table m'est apparue une vieille femme. C'était le portrait de ma tante Elizabeth: elle est morte au Canada lorsque j'avais dix ans.

"C'était sa même figure ridée, sa même attitude, son même bonnet, son même regard. Je me suis approché d'elle, j'ai dit ce qui m'arrivait elle m'a tenu la main, j'ai saisi cette main, c'était la main rigoureuse de ma tante Elizabeth, j'ai eu l'impression que j'éprouvais lorsque j'avais dix ans et que ma tante m'attirait vers elle."

L'artir seul peut donner ces suggestions au cœur. Votre amour pour le sol natal de vos ancêtres a été cultivé avec soin et lors qu'on arrive dans ce Canada, on est tout étonné d'y trouver cette Nouvelle France que vous y avez si jalousement conservée.

Laissez-moi vous dire combien Pasteur, mon maître, a été touché, lorsqu'un jour de 1891, il a reçu l'annonce que son nom était donné à un nouveau village Canadien, près du lac St-Jean. Il a relu votre histoire, son cœur tendre a pensé à ces parents qui habitent sur les rives du St-Laurent, mais je vous assure qu'il était loin de se douter de l'existence de votre âme française. Nous qui sommes ici, aujourd'hui, nous dirons, en rentrant dans notre pays, ce que nous voyons et nous entraînerons certainement nos amis à venir suivre vos congrès si intéressants, si vivants. C'est à votre clergé, mes chers confrères que vous devez ce maintien du sentiment Français parmi vous. Ce clergé, il continue l'œuvre de nos missionnaires de France, partis il y a deux siècles. Qui sait, Monseigneur des Trois-Rivières, qui voulez bien honorer de votre présence cette réunion d'hommes de science, si l'exemple du Canada français ne sera pas, un jour, salutaire à ceux de vos parents restés de l'autre côté du grand fossé à ceux de chez nous, comme vous dites toujours ? Encore une fois merci de votre chaude réception.

Nous avons été obligés, à notre grand regret, de ne reproduire ici qu'un court résumé des remarquables discours de Messieurs les Docteurs Triboulet, Pronst et Loir. Ajoutons que les savants délégués français reçurent une véritable ovation.

Après des remerciements par le président, la séance est close afin de permettre à tous les médecins de jouir de la fête de nuit.

Cette dernière est d'un succès parfait. Le feu d'artifice est lancé du milieu du fleuve et des feux de la Saint-Jean illuminent partout sur la côte sud, tandis que l'illumination de la ville est générale. Trois-Rivières, l'antique cité est métamorphosée en "Venise la jolie"; de tous côtés ce ne sont que fanfares, illuminations, cris de joie, se mêlant aux accords des musiques sur le fleuve sillonné par une multitude de petites embarcations et de yachts de plaisance.

Bref, le premier jour du Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord marquera un point important dans les annales de la ville de Laviolette.





M. LE DOCTEUR J. A. ST PIERRE,
Trésorier.







COMPTE-RENDU DES SEANCES

1er JOUR, 1ère SÉANCE

Séance Générale sur la Tuberculose

TUBERCULOSE

ETIOLOGIE—PROPHYLAXIE

Par M. ARTHUR ROUSSEAU, rapporteur.

Professeur à l'Université Laval de Québec, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

D'après les rapports du conseil d'hygiène, il y a chaque année à peu près 3000 décès par tuberculose dans la province de Québec. Sur 10,000 personnes cette redoutable maladie en tue annuellement plus de dix-huit. Elle contribue à la mortalité totale dans la proportion de 11,1 pour cent dans les districts urbains et de 8, 6 pour cent dans les districts ruraux.

Ces chiffres seraient-ils exacts, ils mériteraient, sans doute, de retenir l'attention de tous ceux que préoccupent en ce pays, les questions philanthropiques, aussi bien que les problèmes économiques, sociaux et nationaux. Mais ils sont loin de mesurer l'étendue des ravages faits par la tuberculose. Dans un grand nombre de cas, familles et médecins, pour des motifs divers, se refusent à déclarer la tuberculose, souvent aussi ils l'ignorent. Les tuberculeux de l'enfance, les tuberculeux du foie, du tube digestif, des organes génito-urinaires, des centres nerveux, celles qui se cachent sous le masque des différentes affections pleuro-pulmonaires banales, en particulier de l'asthme, et bien d'autres sont très souvent méconnues. Tous les praticiens qui ont à se renseigner sur les antécédents des familles savent quelle fréquente difficulté ils ont à dépister la tuberculose; ils savent aussi de quelle façon défectueuse se font ordinairement les registres des décès, soit au moyen des renseignements fournis par les familles elles-mêmes, soit sur des certificats trop souvent dé-

livrés par complaisance plutôt que dans un sentiment de profit scientifique.

Les causes d'erreur dans l'appréciation du nombre des victimes de la tuberculose sont donc nombreuses et importantes. Toutes elles tendent à maintenir la statistique au dessous de la réalité. La tuberculose, si souvent cachée ou méconnue, étant exceptionnellement tenue responsable des morts dont elle n'est pas la cause. Malheureusement toute base d'appréciation précise nous manque pour établir jusqu'à quel point la statistique se trouve de ce fait faussée. Elle l'est sans aucun doute à un degré notable, et personne ne trouverait exagéré de porter à 4,500 le nombre probable des décès par tuberculose dont 3,000 ont pu être enregistrés chaque année par le conseil d'hygiène.

D'après cette évaluation imprécise, mais nullement fantaisiste, 10,000 âmes abandonneraient annuellement à la tuberculose 27 victimes qui représenteraient 15 p. c. de la totalité des morts. Notre pays serait ainsi l'un des plus cruellement éprouvés par la tuberculose. Il viendrait après la France, qui a 37 décès tuberculeux par 10,000. âmes, mais bien avant l'Angleterre qui n'en a que 13 par 10,000.

Ce sombre tableau ne représente, cependant, pas tous les ravages du mal tuberculeux. Il porte ses atteintes sur une foule de personnes qu'il fait souffrir sans les tuer ou qu'il tue d'une façon indirecte. La morbidité tuberculeuse est effroyable en tous les pays; dans les grandes villes elle est évaluée généralement à 50 p. c. de la population chez les adultes, elle n'est probablement pas moindre chez les enfants. Il est impossible de dire qu'elle part revient à la tuberculose latente dans la terminaison fatale de tant de malades qui, de la naissance à 25 ans, emportent 10 pour cent des enfants d'une génération, mais il y a aucun doute que les enfants tuberculeux présentent une vulnérabilité spéciale aux différentes maladies, et que la tuberculose latente qui sourdement altère l'organisme, le laissant sans force pour les luttes de la vie et sans défense contre les multiples facteurs morbifiques, est une des causes les plus générales de la souffrance humaine.

Contre le terrible fléau, aucune œuvre sérieuse de protection n'a cependant encore été accomplie. À peine l'attention publique a-t-elle été attirée sur son existence. Aussi n'est-ce pas un vain effort d'essayer, reproduisant l'action humanitaire dont la plupart des grandes nations viennent de donner l'exemple, de répandre au milieu des nôtres les notions acquises sur les principales causes du mal et sur les meilleures remèdes à leur opposer.

PREMIÈRE PARTIE

La tuberculose a besoin pour germer d'une graine active et d'un terrain préparé. Il n'est pas un coin du globe où elle ne trouve ces conditions favorables qui, du reste suivent les climats, sont réalisées de façons quelque peu dissemblables.

I. La misère est rare en notre pays, où, jusqu'à présent, la situation économique des différentes classes est assez heureuse. Elle existe sans doute, mais elle atteint des individus isolés et non des groupes entiers de citoyens. Elle relève non des relations des collectivités, mais les dispositions individuelles purement accidentelles. C'est la maladie qui, d'ordinaire, entraîne les privations dans les familles souvent peu prévoyantes et éconômes, ce ne sont qu'exceptionnellement les privations qui engendrent la maladie.

Si la phthisie est ici, quoique certainement moins qu'ailleurs, la maladie du monde où l'on pâtit, c'est que l'on souffre, plutôt que de dénûment, d'un emploi peu judicieux de ses ressources. Le bien être serait plus général si, dans le logement où la meilleure pièce est affectée à des fins secondaires ou inutiles, le souci de la parure n'exclut la recherche d'un honnête confort, si les soins du corps et la poursuite de satisfactions légitimes remplaçaient les préoccupations d'un luxe de mauvais aloi.

Les œuvres prophylactiques antituberculeuses, qui auront à corriger dans beaucoup de détails et surtout par l'éducation contre de mauvaises habitudes invétérées nos conditions d'existence, ne se verront pas obligés en conséquence de poursuivre la réalisation d'un état économique plus parfait que celui dont jouit actuellement notre société.

II. Aussi important, mais non plus que la pauvreté et la misère, est l'alcoolisme dans l'étiologie de la tuberculose en notre pays. Ces deux facteurs interviennent du reste plus fréquemment associés qu'isolés. Le peuple canadien-français a la réputation de ne pas savoir boire, et son heureuse ignorance n'est peut-être pas une de ses moindres protections contre l'usage journalier de l'alcool. Les excès alcooliques intermittents compromettent plus la fortune ou la moralité que la santé de leurs victimes. Il n'en reste pas moins vrai que la consommation de l'alcool est déjà excessive au sein de notre population et qu'un grand nombre lui doivent cette dégradation constitutionnelle dont on a établi l'influence sur l'écllosion de la tuberculose. Contre l'alcoolisme une lutte ardente s'est récemment engagée à laquelle ce congrès a eu raison de vouloir s'associer; mais, au point de vue spécial de la prophylaxie de la tuberculose,

nous devons reconnaître qu'elle n'a pas l'importance que, dans presque tous les pays, on s'accorde à lui attribuer. *Le très grand nombre de nos candidats à la tuberculose ne sont ni de pauvres misérables, ni des alcooliques.*

III. Mais pourquoi lorsque la vie nous est facile et que nos mœurs nous protègent contre des abus funestes payons-nous un si large tribut à la tuberculose? Serait-ce en raison d'une faiblesse spéciale qu'avec ces avantages nous sommes incapables de lui opposer une vigoureuse résistance? Nous croirions injuste vraiment et même injurieux de l'affirmer, tant les canadiens aiment à vanter leur force avec laquelle ils identifient pour ainsi dire leur fécondité bien connue.

Malheureusement cette fécondité s'observe chez les faibles aussi bien que chez les forts, chez les malades aussi bien que chez les sujets sains. Pendant une période de 20 à 25 ans de la vie de la femme, à une grossesse en succède une autre, après quelques mois, que très souvent n'a pu retarder la lactation. La femme tuberculeuse elle-même, loin d'être peu féconde, ainsi qu'on a voulu souvent la représenter, épuise habituellement les restes de sa vitalité dans les fatigues de ces grossesses répétées. Il est admirable de voir comme un grand nombre de femmes supportent vaillamment un pareil surmenage des fonctions génitales; mais nous craignons qu'il en résulte pour d'autres un épuisement qui, de la mère, se transmet surtout aux derniers produits de la conception et qui constitue une prédisposition sérieuse à la tuberculose.

Les espérances de la nationalité canadienne-française reposent sur la fécondité de la race. Nous nous en glorifions à juste titre; mais prenons garde que dans un élément de force ne se développe le germe d'une débâcle prochaine. Il est désirable que nous ayons beaucoup d'enfants, mais le nombre n'a jamais remplacé la qualité; il faut surtout, ressuscitant le culte éteint de la force et de la beauté, que nous les ayons sains et robustes. La vulgarisation au milieu de nous de cette noble ambition assurerait une attention plus délicate aux ménagements qu'exige la condition des femmes enceintes. Elle inspirerait en outre aux mères d'entourer leurs enfants de ces soins assidus d'hygiène sans lesquels risquent de se perdre les meilleures qualités héréditaires.

La privation injustifiée de l'allaitement maternel, l'alimentation artificielle vicieuse, l'absence de prophylaxie des maladies de l'enfance et en particulier de celles des voies respiratoires supérieures, pèsent d'un poids terrible dans la balance des destinées de nos petits. Ils succombent par milliers à des maladies évitables et,

pour comble de malheur, nombre de survivants, irrémédiablement affaiblis, languissent dans les souffrances d'un déve oppement incomplet et tardif, attendant que la phthisie les prenne à leur tour. D'elles-mêmes des affections nombreuses appellent ainsi la tuberculose, ou encore, elles ajoutent des dispositions acquises aux prédispositions héréditaires. Les unes et les autres jouent un rôle considérable, mais, en raison même de la fécondité de nos tuberculeux, il faut attribuer une part prédominante à celles-ci dans la production de notre vulnérabilité à la tuberculose.

IV. Sur cette question capitale de l'hérédité en matière de tuberculose, des débats interminables se sont engagés depuis les découvertes mémorables de Villemin et de Koch. Par une de ces exagérations, qui signalent souvent la réaction contre l'erreur, on en était venu à nier à l'hérédité toute participation au développement de la tuberculose. Cette opinion extrême est encore acceptée par des contagionistes outrés, comme certains partisans de l'hérédité croient toujours à la fatalité héréditaire. Entre les esprits modérés un accord tend néanmoins à se faire qui a pour point de départ la distinction entre l'hérédité du terrain et l'hérédité de la graine. Ni l'une ni l'autre ne sont guère plus contestables. La transmission de la graine est considérée comme rare ; elle ne se fait probablement pas par les germes ovulaires et spermatiques ; mais, quoique difficile elle-même, la transmission placentaire ne nous paraît pas complètement négligeable dans un milieu où l'on observe fréquemment des tuberculeuses avancées, exposées par suite à l'infection bacillaire sanguine, qui mènent à bon terme une à plusieurs grossesses.

Tant qu'à l'hérédité du terrain, pendant quelques années reléguée au rang de facteur étiologique secondaire, elle tend aujourd'hui à reprendre son ancienne place dans l'étude du problème de la tuberculose. Elle constitue au sens strict du mot la prédisposition héréditaire. Elle ne résulte pas seulement d'un amoindrissement des énergies ovulaires et spermatiques, mais encore de la pénétration des toxines tuberculeuses de la mère dans l'organisme foetal qui est ainsi sensibilisé à l'action du bacille tuberculeux. Une prédisposition ainsi transmise doit nécessairement avoir un caractère spécifique, et de fait, il serait facile de prouver par l'observation de sujets nombreux qu'elle est loin d'être toujours dans la mesure des autres aptitudes morbides.

Malgré la découverte chez les prédisposés de quelques tares organiques et d'un amoindrissement des fonctions de la nutrition (il n'est plus guère question de l'augmentation des combustions

respiratoires affirmées par M. Robin), nous ignorons ce qui est l'essence même de cette prédisposition. Cependant, quelle qu'elle soit, elle existe certainement et nous devons en répandre autant que possible la juste notion. Ce serait une grave erreur de cacher au vulgaire cette vérité, soit pour ménager les illusions des familles affligées par la tuberculose, soit pour accentuer la crainte de la contagion. Cette prédisposition héréditaire n'est pas en réalité une prédestination fatale. Nous pouvons la corriger par une hygiène appropriée qui ne sera appliquée convenablement et en temps opportun que si on en connaît bien l'efficacité et la nécessité.

Tous les individus dont quelques ascendants sont ou ont été atteints de tuberculose devraient être informés du danger qu'ils courent à négliger l'application des moyens propres à neutraliser leur prédisposition probable. Ce n'est pas que nous nous croyions autorisés à affirmer que l'hérédité du terrain est à peu près constante, mais, la tuberculose choisissant le plus grand nombre de ses victimes parmi les fils de tuberculeux, elle ne nous paraît jamais complètement étrangère à cette sélection, alors même que s'exerce pour ainsi dire constamment à côté d'elle la cause la plus puissante de la diffusion de cette maladie, *la contagion familiale*.

V. L'opinion prévalant aujourd'hui que la tuberculose, presque toujours acquise, se contracte surtout dans l'enfance, de 1 à 6 ans, au sein du milieu familial, et que la phthisie de l'adulte est ordinairement le développement d'une tuberculose restée latente un grand nombre d'années. C'est dire que dans la propagation de ce fléau la part de la contagion familiale est prédominante. Elle l'est plus encore dans un grand nombre d'autres pays dans le nôtre ou, de la longue saison d'hiver à l'été, les petits enfants ne sortent guère; et elle frappe un nombre plus de victimes qu'ailleurs dans nos maisons pleines d'enfants.

Le nombre de nos foyers infectés est alarmant. Il augmente chaque jour par le fait de l'hospitalité imprudemment accordée aux visiteurs malades comme aux biens portants; par le recours aux services des mercenaires phthisiques même pour le soin des enfants; il augmente surtout par le retour dans la famille saine d'un de ses enfants qui, ne pouvant plus vivre sur le patrimoine paternel, est allé chercher fortune dans les villes, souvent dans les filatures de coton de l'est américain. Il revient tuberculeux. A ce malheureux notre société n'offre aucun assistance. Il périra sans abri s'il ne va porter la gêne et la mort dans la famille dont il devait être le soutien. A-t-il des économies, il les emploiera en bonne partie à satisfaire la voracité des charlatans infâmes dont les réclames men-

songères s'étalent impunément sur toutes les pages de nos journaux. Et quand, ayant épuisé ses ressources, il sera devenu complètement à la charge des autres, si ses vieux parents ne sont pas riches, il ira demander asile à un frère, à une sœur mariés qui, jusque-là, dans le bien-être de l'aisance et de la santé voyaient grandir leurs enfants. Ce sera une nouvelle famille perdue. Car entre le tuberculeux et ses proches s'établit dans nos maisons une effrayante promiscuité. Ils séjournent toute la journée dans la même pièce. Les plus jeunes enfants reçoivent ses caresses, portent aux fosses nasales et dans la bouche, leurs mains et mille objets souillés de produits bacillifères, s'ilive, crachats, pus et autres sécrétions que disséminent encore les mouches pendant l'été, ils soulèvent en nuage épais les poussières noivées qui emplissent leur fragile poitrine. Les plus âgés rentrés au logis s'en vont le soir, pendant que le salon vide attend les visiteurs de marque qui n'arrivent pas, s'asphyxier avec lui par demi-douzaine dans la même chambre soigneusement close, quelquefois dans le même lit. On ne voit les conjoints prendre vis-à-vis l'un de l'autre aucune précaution. Ils couchent ensemble jusqu'à la mort du malade ou du plus malade, à côté de ceux des petits enfants qui peuvent réclamer leurs soins pendant la nuit, et il est vraiment étonnant de constater que des femmes de tuberculeux surtout échappent parfois aux atteintes fatales des virus dont elles sont restées pénétrées et enveloppées pendant des années.

De désinfection dans un pareil milieu, de la substitution au balayage des appartements de l'essuyage au linge humide, du lavage des mains après la manipulation des crachoirs et des mouchoirs, avant la préparation des aliments, avant la traite des vaches, avant le repas, il n'en peut être que rarement question. Tous ces soins exigent du temps, et l'on est besoigneux chez les tuberculeux. Avec la maladie dans la famille imprévoyante est entrée la misère suivie de sa compagne presque obligée, la malpropreté ! Les germes microbiens s'accroissent et trouvent des conditions propres à la conservation prolongée de leur virulence. Dans beaucoup de demeures, surtout dans les chambres à coucher trop petites, trop encombrées et jamais ventilées, on manque d'air. On y manque aussi de lumière désinfectante par suite de vices de construction dans les villes, grâce encore à l'apposition aux fenêtres de toiles ou papiers colorés, de jalousies qui ne s'ouvrent pas de tout l'été. L'infection intense se trouve ainsi possible par toutes les voies de pénétration du bacille de Koch dans l'organisme, par la peau, par le nez, par la bouche et le pharynx, par les petites bronches ainsi que par le tube digestif. De ces portes d'entrée de la tuberculose on a cru long-

temps que la plus habituellement prise était la muqueuse des bronchioles alvéolaires. Il semble aujourd'hui que la contagion par inhalation dans les petites bronches est rare et que la pénétration se fait plutôt par les voies respiratoires supérieures. Elle se ferait fréquemment aussi, d'après des recherches récentes, par le tube digestif. Même si l'on en croyait les déductions hâtives tirées de faits nouveaux, du reste significatifs, établissant la constance de l'infection des ganglions abdominaux dans la tuberculose des ganglions du médiastin, il ne faudrait plus guère se préoccuper que de l'infection digestive. Cette infection par les voies digestives est menaçante dans la famille des tuberculeux où nous avons vu comment le service de table, les aliments et les breuvages en particulier le lait, peuvent être souillés de produits bacillifères ; mais elle est à craindre aussi dans les familles saines où la contagion se fait par le lait des vaches atteintes de pommelière qui est la source principale de l'infection digestive. Il est vrai qu'on ne s'accorde pas encore sur la question de l'identité des tuberculoses humaine et bovine. Les bacilles humains et bovins ont des caractères différentiels de forme, de végétabilité et de virulence qui, d'après Koch, les rendent spécifiquement distincts. Mais de semblables caractères différentiels, qu'on observe aussi entre les races de plusieurs autres espèces bactériennes, ne nous paraîtront valables pour rompre l'unité des différentes variétés de tuberculose que lorsqu'on aura prouvé que les bacilles humain et bovin ne sont pas des dérivés d'un type virulent primitivement unique. D'ailleurs, l'observation comme l'expérience établissent si nettement le danger, pour l'homme, de la tuberculose bovine, que les partisans de la non identité des bacilles humains et bovins, aussi bien que ceux de leur identité, ont recommandé d'un commun accord, au congrès de Paris, des mesures de protection contre le lait des vaches tuberculeuses. Ces mesures de protection sont exceptionnellement appliquées en notre pays, et comme 10 pour 100 à peu près des vaches qui viennent aux abattoirs de Québec réagissent à la tuberculine, il me semble légitime de prétendre que la contagion par le lait des vaches tuberculeuses représente une des causes d'infection bacillaire contre lesquelles il importe le plus de nous prémunir.

VI. La sollicitude des parents et de la société à l'égard des enfants doit s'étendre au delà du foyer familial, à l'école et dans les pensionnats, où peut originer le mal tuberculeux sous des influences nuisibles multiples. L'école participe dans une telle mesure à la dissémination des principales maladies infectieuses, rougeole, coqueluche, scarlatine, diphtérie, qu'il y a lieu de croire que c'est

de ce foyer qu'elles sont généralement apportées à la famille. Aussi avons-nous quelque hésitation à accepter l'opinion que, faisant exception elle contribue peu à répandre la tuberculose. Nous savons bien que les enfants des écoles, tuberculeux de 5 à 14 ans dans la proportion de 30 à 40 pour 100. D'après les chiffres de Naegeli, Bollinger, Comby et Granché ont rarement porteurs de tuberculose ouverte et qu'ils crachent généralement peu, quoique beaucoup de petits enfants acquièrent de façon précoce la faculté et le défaut de cracher abondamment et n'importe où. Mais il suffit d'un seul malade pour contagionner de façon intense une classe insalubre, et nous avons vu plusieurs fois des enfants qui allaient jeter dans le milieu scolaire leurs expectorations bacillifères aussi bien que les sécrétions de leurs tuberculoses externes. D'autre part, les instituteurs, plus à redouter que les enfants malades eux-mêmes ne sont soumis à aucun examen, et il arrive assez fréquemment, surtout dans les convents de femmes où le dévouement et le manque de sujets font utiliser les dernières forces des malades — que des tuberculeux, continuant leurs fonctions dans l'inconscience de leur nocivité, restent des années au contact quotidien des enfants.

Personne ne veille efficacement à l'éloignement du milieu scolaire des élèves ou des maîtres contagieux. Tous les principes d'une hygiène élémentaire y sont mal observés. La ventilation y est insuffisante ou nulle, et il y a aëriation habituelle de l'air. Le nettoyage ne s'y fait qu'une à deux fois l'an ; il est remplacé une à deux fois la semaine par le balayage des déchets — auquel sont quelquefois exposés les élèves eux-mêmes — qui sature l'atmosphère de poussières infectantes. Le mode même de l'enseignement est défectueux en ce qu'il ne laisse pas de place suffisante à la culture corporelle et que le programme de études ne tient aucun compte, par suite d'une difficulté matérielle, partie insurmontable, des capacités physiques individuelles.

Pour bien des raisons donc nous estimons que la prophylaxie antituberculeuse doit viser avant tout à la création de logements et des pensionnats dans notre pays.

VII. D'une aussi urgente et pressante nécessité, mais plus difficile sera la création de l'hygiène des ateliers. La classe ouvrière, la moins bien logée, la moins bien nourrie, la plus exposée aux abus de toutes sortes, spécialement à l'alcoolisme, est décimée par la tuberculose. Le pourcentage de mortalité tuberculeuse est toujours en rapport direct avec l'importance industrielle d'une agglomération. Ainsi sur 474 personnes atteintes de tuberculose chaque

année par la tuberculose. Montréal en perd une sur 323 seulement. Les statistiques de plusieurs villes établissent que dans les quartiers ouvriers la tuberculose emporte un nombre de victimes proportionnellement 5 à 8 fois plus considérable que dans les quartiers riches. Nous voyons rarement, à notre consultation et à l'hôpital, des ouvriers des manufactures de Québec qui ne présentent à un degré quelconque des signes de tuberculose.

L'insalubrité des ateliers est subordonnée aux conditions économiques actuellement nécessaires de la production. Les influences de la privation de lumière, de la viciation de l'air, de la malpropreté, des variations excessives de température, s'y accroissent en raison même du nombre exceptionnel de sujets contagieux qui sont réunis dans un espace restreint. Ainsi par l'action simultanément intense dans les milieux ouvriers des causes de contagion et d'affaiblissement constitutionnel est créée une des situations sociales antihygiéniques les plus embarrassantes qui soient, contre laquelle la philanthropie, aidée de la science, époussera bien des efforts avant d'arriver à une solution satisfaisante.

VIII. Tout est difficile du reste dans cette question de la prophylaxie contre la tuberculose, à cause de l'étendue pour ainsi dire illimitée de son champ d'action. Le bacille tuberculeux est sur la voie publique, dans les jardins où nos enfants vont jouer dans la terre; il est dans les bateaux, dans les voitures de place et de chemins de fer, dans les tramways; il est dans les hôtels, dans les bureaux publics et dans les magasins; il est dans les livres et sur le papier monnaie; dans le linge qui nous revient blanchi des mains tuberculeux, dans les sillons de jeux et dans les théâtres; il est en dans les églises, les endroits publics avec la rue où l'on abuse de façon la plus indécente de la liberté de cracher à terre. Son ubiquité en un mot est telle qu'il est inévitable et que la société est obligée pour s'en défendre de multiplier à l'infini ses moyens.

DEUXIÈME PARTIE.

Une société ne s'établit pas en un jour en état de lutte efficace contre un aussi grand mal. A tous ces malheureux phthisiques ou menacés de tuberculose qui, dans la détresse de l'ignorance et de l'abandon, s'adressent à elle comme à leur aide et à leur guide, elle prodiguera en toutes circonstances des conseils utiles, mais ne portera pas toujours des secours efficaces. L'œuvre de préservation contre la tuberculose est d'ailleurs à distinguer de l'œuvre d'assistance, celle-ci avant d'être générale, devra être précédée de plusieurs années d'une œuvre sérieuse de préservation. Nous n'avons à

propres et parler au lieu d'une œuvre constituée en de prévision d'assistance. Notre armement antituberculeux est tout à faire. Il ne peut viser à être tout de suite complet, mais il devra nous munir d'abord de armes les mieux éprouvées jusqu'à présent par l'expérience des autres.

I. Une grande insouciance de tout ce qui regarde la culture corporelle existe parmi nos compatriotes et cet état d'esprit ne contribue pas peu à entretenir les causes de débilité organique héréditaire et acquise contre lesquels des efforts bien dirigés de prophylaxie antituberculeuse doivent s'attaquer sans relâche parmi nous. Les conférences, par l'instruction religieuse, par des livres populaires, par les journaux, par des affiches dans les salles publiques, par l'enseignement des écoles, par les conseils des médecins, il importe, au sein d'une population qui se borne à se préserver de la souffrance, de chercher à répandre le goût salutaire du plein bien-être physique et de stimuler l'ardeur de chacun à développer sa santé jusqu'à la vigueur. Que les jeunes gens surtout et les jeunes filles qui vont se marier, bien informés des leçons de la vie, au lieu de s'abandonner aux séductions d'une sentimentalité malade, puissent apprendre à apprécier cette vigueur de la santé qui, dans la prospérité des familles, fait les unions fortes et heureuses. Le soin de bien assortir les mariages commande l'attention constante de la société. Les parents devraient être instruits des dangers que seraient pour leur descendance certaines tares physiques aussi bien que psychiques ; ils devraient connaître spécialement le devoir qui leur incombe d'empêcher l'union de leurs enfants avec des tuberculeux ou de s'opposer au mariage de leurs enfants tuberculeux. Le mariage une fois bien assorti fournira une génération forte pourvu que la jeune mère, pénétrée de la connaissance et du sentiment de ses devoirs, prenne, entre deux grossesses, les moyens honnêtes d'obtenir le repos qui, dans l'ordre de la nature, assurera au nouveau né la substance dont il doit vivre pendant sa première année et même les soins dont il doit être entouré.

II. Que l'enfant soit ensuite préservé des maladies du jeune âge, on convenablement soigné contre leurs atteintes — qu'il ait une alimentation surtout lacto-végétarienne appropriée à ses besoins ; qu'on le mette en garde contre les gourmandises nocives ; qu'il ait autant que possible la vie en plein air pendant l'été, des sorties fréquentes pendant l'hiver ; qu'au dehors ou à la maison il prenne ses ébats en des lieux propres ; que de bons dispositifs assurent l'aération suffisante de toutes les pièces de la demeure ; que l'attribution d'un plus large espace y soit fait aux chambres à coucher ; que l'on

enlève ces appareils par lesquels de ridicules et fimestes habitudes ont si longtemps soustrait nos appartements à l'action de la lumière purifiante ; que l'État fournisse à la classe populaire des modèles d'habitation en même temps hygiéniques et économiques ; que dans les villes une inspection sévère interdise la construction de logements mal éclairés ; qu'une désinfection soignée soit faite des logis abandonnés par des malades à des familles saines ; qu'en un mot on s'applique à fournir à l'enfant, au foyer familial, tous les éléments nécessaires à son développement et du même coup, à le protéger contre l'influence redoutable de l'habitation insalubre, il fortifiera ses qualités natives, atténuera ses prédisposition morbides et se préparera à supporter l'épreuve décisive pour son avenir — de la période scolaire.

III. Pour diminuer les dangers de l'école nous devons chercher à obtenir l'amélioration progressive des locaux et du mobilier scolaire ; nous appliquer à en assurer la tenue convenable par des obligations précises imposées aux municipalités au sujet de la ventilation, du chauffage, du nettoyage et même au besoin de la désinfection. L'exclusion rigoureuse des contagieux, maîtres et élèves, y devra restreindre la dissémination des maladies contagieuses, et des habitudes de propreté données aux élèves y supprimeront encore des sources non négligeables de contamination.

En même temps les maîtres en pédagogie seront informés qu'il y a lieu, aussi bien dans les institutions d'enseignement secondaire que dans les écoles primaires, de réformer la répartition du travail scolaire suivant des règles adoptées aux conditions actuelles de résistance de l'enfant. L'extraordinaire fréquence de la neurasthénie chez les élèves de nos collèges me paraît une preuve évidente qu'on ne leur accorde pas assez de temps pour le repos et les exercices physiques. Il est désirable que l'on multiplie dans nos écoles les installations de gymnase et qu'une forte éducation hygiénique par l'enseignement et la pratique tende à un perfectionnement physique à défaut duquel les meilleures qualités de l'âme chez nos jeunes gens seront empêchées de se développer ou de se manifester en actions profitables.

IV. Tant qu'à l'ouvrier, quoi qu'on fasse, on ne pourra pas toujours le défendre contre la dégradation organique vers laquelle l'entraîne trop de fois son état. On verra à la bonne disposition des ateliers, à leur ventilation et à leur chauffage régulier, à leur entretien soigné, à leur assainissement par les rayons solaires, à la stricte application de mesures appropriées contre la contagion ; on réglementera les conditions du travail d'une façon équitable : de

nombreux paires et jardins, ces pommons des villes, comme les a appelés Landouzy, fourniront au travailleur et à sa famille un air plus frais et moins souillé que celui de la rue, mais rien n'empêchera tout à fait que l'ouvrier ne reste — pour ainsi dire à l'égal du fils du tuberculeux — par une prédisposition spéciale, la victime désignée à la phthisie, tant qu'on n'aura pas réussi à enrayer la contagion tuberculeuse.

V. La contagion tuberculeuse dérive de deux sources principales : le *craché du phthisique* et le *lait des vaches tuberculeuses*. La suppression de celle-ci pourrait être obtenue facilement par l'abattage de toutes les vaches réagissant à la tuberculine, si elle n'allait à l'encontre d'intérêts immédiats considérables. En tout cas, la généralisation de l'épreuve gratuite des animaux par la tuberculine et le don d'une indemnité aux agriculteurs pour le sacrifice des animaux malades sont des questions qui s'imposent à la considération immédiate de l'État. En attendant des mesures plus radicales de protection, le lait des vaches insensibles à la tuberculine sera seul consommé crû ; le lait de provenance douteuse sera soumis à l'ébullition ou à une pasteurisation prolongée.

On pourchassera aussi vigoureusement que celui du lait le bacille des crachats. Le soleil, le lavage et la désinfection devront être mis à contribution pour le supprimer dans les habitations privées et dans les lieux ouverts au public. Des réglemens sanctionnés par des pénalités et sévèrement appliqués interdiront à tous de cracher à terre dans les endroits publics et même sur les trottoirs des rues. Les proches des phthisiques seront mis en garde contre les dangers de contagion directe par le baiser ou la projection de sécrétions dans les mouvements de la parole et de la toux aussi bien que contre ceux de contagion indirecte par le linge et mille autres objets, tels que les livres par exemple, que l'on détruira ou désinfectera. Les expectorations seront l'objet d'un soin particulier. Autant que possible, on les recueillera non sur des mouchoirs, mais dans des solutions antiseptiques et l'on évitera de vider le crachoir dans les alentours de la maison avant de l'avoir stérilisé par l'ébullition.

L'application générale de ces mesures supprimerait bien vite le bacille tuberculeux et conséquemment la tuberculose. Mais il ne faut pas s'attendre à la coopération personnelle intelligente et soigneuse de tous les citoyens à un œuvre de préservation sociale. La chasse au bacille ne donnera que des résultats incomplets, et longtemps encore seront nécessaires contre le fléau persistant des œuvres spéciales d'assistance et de préservation.

VI. Parmi celles-ci l'œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose — qui a pour principe l'éloignement de l'enfant du foyer infecté — est particulièrement adaptée aux besoins propres de notre population, en raison des conditions navrantes de la contagion dans nos familles. Comment la femme du plésique, obligée de surveiller les intérêts du dehors, ou la mère plésique elle-même, succombant à la fatigue autant qu'à son infection, pourrait-elle appliquer en toutes circonstances à la préservation de ses enfants les soins hygiéniques requis? De son impuissance en face des exigences de sa tâche découle la nécessité de soustraire les enfants à un foyer fatalement infecté. Leur placement à la campagne, même auprès des ménages sans enfants — peu empressés pour une indemnité légère à sacrifier les facilités d'une vie paisible — rencontrera des obstacles sérieux. Mais il faut compter avec l'esprit public et le dévouement de nos citoyens, avec celui principalement de nos institutions religieuses charitables toujours ardentes à accomplir le bien qu'elles voient à faire. Plusieurs communautés de femmes recueillent déjà nos orphelins, mais elles ont pour la plupart leurs établissements dans les villes où l'industrie des religieuses trouve à s'exercer de mille façons profitables et où le secours à la charité publique est plus facile. La question me semble devoir être mise à une étude immédiate de confier à leur garde, dans des installations hygiéniques à la campagne, les enfants en danger de tuberculose dans les familles. Au prix de revient d'une cinquantaine de piastres par tête, auquel contribueraient souvent les familles intéressées elles-mêmes, le salut d'un grand nombre d'enfants serait la récompense d'un acte social de bienfaisance admirablement conçu pour la préservation future de tous contre la tuberculose.

VII. La limitation par de pareilles mesures préventives des ravages de la tuberculose aurait encore pour effet de rendre possible, dans un avenir plus ou moins rapproché, de permettre la participation de tous les tuberculeux aux bénéfices des œuvres d'assistance dont le type le plus parfait est jusqu'à présent le sanatorium. Si le sanatorium était passible vraiment de tous les reproches qu'on lui a fait, il aurait encore en quelque sorte une raison d'être en ce qu'il reste la suprême espérance du tuberculeux. C'est le sanatorium qui a répandu dans tous les milieux la croyance à la curabilité de la tuberculose. Sans doute nous devons en rabattre de l'enthousiasme du début au sujet de ses résultats. Si sur un ensemble de cas plus ou moins graves, mais non extrêmes, il donne 65% de guérisons relatives ou de retours à la capacité de travail, 10% seulement de ces guérisons se maintiennent après une épreuve de 3 à 9 ans.

Malgré ce faible pourcentage de guérisons durables, les faits remarquables dont nous avons été témoins de tuberculoses avancées qui y ont été jugulées définitivement nous interdisent d'accepter l'opinion que le sanatorium doit être réservé aux seuls pré-tuberculeux. Les malades en pleine évolution de tuberculose commençante n'y iront pas seulement pour des satisfactions morales ; ils y poursuivront légitimement la recherche à la vérité parfois décevante, mais non illusoire, de bénéfices matériels réels.

Le sanatorium n'est pas indispensable au tuberculeux riche, qui trouvera ailleurs, quoique difficilement, des conditions équivalentes de cure. Mais pour le tuberculeux de la classe populaire, qui de toutes ses forces se rattache à la vie, cherchant une abondante nourriture, le repos et une bonne discipline hygiénique, aucune institution ne peut avantageusement le remplacer. Il est en outre la source la plus vive d'où se répand dans les masses par des propagateurs non suspects, les bénéficiaires de l'œuvre, et au moyen de leçons de choses, une éducation hygiénique propre à combattre les prédispositions morbides et à enrayer le développement des tuberculoses latentes. Nous croyons donc, sans prétendre que cette institution doive absorber les premières ressources de la lutte antituberculeuse, qu'il est de l'intérêt bien compris de notre pays de commencer à grouper les moyens qui peuvent avant longtemps nous permettre d'édifier quelques sanatoriums populaires.

VIII. A côté du sanatorium et de quelque façon subordonné à son existence, le dispensaire depuis quelques années dispute aux autres instruments de la lutte antituberculeuse les faveurs de l'opinion médicale.

Le dispensaire antituberculeux a été conçu sous des formes variées. Il est en réalité une institution plus ou moins complexe dont le but essentiel est l'éducation des tuberculeux et la préservation de leurs proches, le but accessoire l'assistance aux uns et aux autres.

Sa mission d'assistance, toujours incomplète par son action propre, exige qu'il se rattache par des liens étroits à des installations plus parfaites de prophylaxie et de cure telles que les œuvres de préservation de l'enfance, les sanatoriums pour adultes et enfants, et aussi aux établissements de secours tels que les hôpitaux et asiles pour tuberculeux.

Longtemps le rôle du dispensaire antituberculeux sera limité parmi nous en raison de l'absence d'œuvres complémentaires importantes. Cependant, même réalisé dans un type simple et peu

coûteux, mais lié aux œuvres d'assistance générale et secondé dans ses efforts par quelques sociétés de bienfaisance, il donnerait dès maintenant des résultats surprenants. Le mal dû à la négligence et à l'ignorance de l'hygiène, spécialement en matière de tuberculose, est grand dans certains faubourgs de nos villes. L'influence bienfaisante d'un dispensaire antituberculeux, dirigé avec zèle et compétence s'y manifesterait dans des circonstances nombreuses.

La distribution de médicaments et autres secours soulagerait des souffrances ; des instructions répétées, une surveillance assidue supprimerait à la fois des défaillances organiques et des sources de contagion ; le dépistage des tuberculeux commençants entraînerait un traitement précoce dont la sage utilisation des œuvres existantes et des ressources individuelles étendrait les avantages à un grand nombre ; enfin des revendications ou portunes contre les patrons et les propriétaires coupables — au détriment des malheureux — de la violation des lois sanitaires tendraient à corriger peu à peu les conditions d'insalubrité de l'atelier et de l'habitation. Ainsi et de bien d'autres façons le dispensaire pourrait-il participer à la lutte antituberculeuse dans nos principales villes.

IX. Mais la création et la mise en opération de ces œuvres exigeraient des ressources considérables, et nous semblons au premier abord bien dépourvus. Cependant nous les mènerons à bonne fin si nous savons chercher et rassembler à leur profit toutes les valeurs disponibles de la fortune publique et privée.

L'État ne saurait rester indifférent au plus grand mal social qui existe. Nous ne prétendons pas qu'il puisse tout faire pour le combattre ; mais nous comptons qu'il voudra faire quelque chose. C'est son devoir impérieux de contribuer à l'édification et de s'appliquer à la sauvegarde des œuvres antituberculeuses.

Ces œuvres s'entretiendront du reste plus encore des dons généreux de riches philanthropes et des contributions modestes d'une légion bienfaisante de citoyens obscurs. Cependant, des soutiens naturels des œuvres antituberculeuses les plus puissants sont les assurances ouvrières et les mutualités. Les hommes de toutes les classes, et des classes populaires surtout, adhèrent en grand nombre en notre pays à différentes sociétés de secours mutuels. Ils en retireraient en cas de tuberculose un profit immense, si ces institutions, dégagées des mains de spéculateurs sans conscience et animées d'un esprit de bienfaisance poursuivaient vraiment un but humanitaire. Mais les directeurs de nos mutualités, au lieu de travailler au développement des procédés d'assistance et de protection, orientent

leurs efforts vers des fins de rendement immédiat, soit pour les besoins de la réclame, soit en vue de spéculations invariables.

En Angleterre, en Allemagne et dans quelques autres pays, les assurances font on se préparent à faire une propagande hygiénique active ; les mutualités consacrent des centaines de millions de francs au traitement de leurs membres tuberculeux dans des sanatoriums populaires, et elles trouvent dans ce service public d'assistance et d'éducation des conditions de prospérité actuelle aussi bien que de stabilité. La cure d'un tuberculeux dans un sanatorium, évaluée à 80 piastres, n'atteint pas le coût des secours que nos mutualités accordent à leurs membres, en pure perte pour leur santé, après en avoir retardé l'échéance aux extrêmes limites. Aussi, serait-ce un grand bienfait pour les classes populaires si l'État se décidait une bonne fois à surveiller, comme il convient, les intérêts publics investis dans les mutualités et les assurances.

Dès ce jour, nous n'aurions plus de difficultés insurmontables à trouver les ressources nécessaires pour nous défendre avantageusement contre la tuberculose.

Telle est, messieurs, avec l'exposé sommaire des conditions d'origine de la tuberculose, l'énumération — trop rapide pour être précise et complète — des moyens de lutte antituberculeuse. Contre le fléau envahissant, dans tous les pays un cri d'alarme a été jeté. Chacun peut contempler avec un sentiment d'impuissance et d'effroi le mal qui l'atteint dans sa personne, dans sa famille ou du moins dans ses amis. Des appels à la protection et à l'assistance viennent de toutes parts. En face d'une si grande misère, une ligue antituberculeuse vient d'être fondée et un mouvement d'ensemble de défense se dessine enfin dans notre société. C'est à vous, et à chacun de vous, messieurs, qu'il appartient, par les efforts hennement combinés de votre science et de votre dévouement, de lui communiquer une impulsion hâtive, forte et durable.

L'ALCOOLISME ET LA TUBERCULOSE

Par M. J. G. PARADIS, de Montigny, co-rapporteur.

A cette époque intéressante de l'histoire de la science de la médecine et de l'hygiène, où chaque membre de notre belle profession s'applique à remonter à l'origine des choses, il fait bon de suivre les chercheurs qui étudient les causes et la genèse de la tuberculose.

Bien longtemps avant nous, Jaccoud a dit que "la phthisie est l'aboutissant de toutes les déchéances physiologiques". Cet aphorisme, absolument vrai, couvre tout le cadre étiologique de la maladie que nous étudions aujourd'hui. Parallèlement à ces misères physiologiques qui préparent si bien le terrain au bacille phthisiogène, des études plus récentes nous ont montré une foule de causes directes et immédiates excessivement intéressantes. Mais pour produire leurs effets morbides, ces causes doivent rencontrer le terrain propice, préparé sur ce cortège de misères physiologiques dont parle le grand pathologiste français.

Parmi ces misères, et à la tête de la liste, les spécialistes les plus en vue rangent les déchéances produites par l'alcoolisme.

C'est dans les études de M. le professeur Grancher que nous avons observé les plus précieuses conclusions sur la fréquence et l'extrême gravité de la tuberculose chez les alcooliques.

Les auteurs classiques les plus modernes sont d'accord sur ce point: l'alcoolisme favorise la tuberculose en rendant le terrain apte à recevoir et à faire fructifier le bacille. MM. Debove, Jacquet, Hayem, Lindouzy, Bécère, tous ces maîtres de l'école, partagent la même opinion. Le dernier rapport de la Gazette des hôpitaux montre que, sur 255 tuberculeux, de Paris, 207 sont alcooliques avant de montrer les premiers signes de la tuberculose. C'est donc une proportion de 81,12 pour cent malades arrivés à la déchéance tuberculeuse par l'alcool.

D'autres observateurs, MM. Coustan, Rendu et Barbier arrivent à une proportion de 88 pour cent. Partout, dit M. le docteur Brunon, les cartes de la mortalité par la tuberculose et les cartes de la mortalité par l'alcool sont superposables.

Si nous étudions les statistiques de notre pays, nous arrivons à cette même triste conclusion, à savoir que l'alcoolisme est l'un des grands facteurs de la tuberculose.

Dans le cours de notre vie professionnelle, nous avons étudié un grand nombre de tuberculeux et, depuis quelques mois, nous avons fait une revue retrospective de ces observations quotidiennes.

C'est le résultat de ces recherches que nous désirons soumettre aux membres de ce Congrès.

A l'exemple des illustres maîtres de la science française et dans notre modeste sphère d'expérimentation, nous avons fait des études sur 107 familles de tuberculeux. Quatre-vingt-sept de ces familles sont, par leur chef alcooliques, ou descendants d'alcooliques. Trente-cinq de ces familles appartiennent à la classe aisée de l'industrie et du commerce. Depuis dix ans, ces trente-cinq familles ont fourni soixante-sept victimes à la tuberculose.

Trente-deux autres familles se recrutent chez les pauvres et les ouvriers des fabriques de notre district, et, dans le cours de ce même laps de dix années, elles ont vu cent deux (102) de leurs membres périr par la consommation.

Vingt de ces familles d'alcooliques tuberculeux vivent au grand air de la campagne, ce sont des cultivateurs. Le chiffre de leurs morts monte à vingt-sept.

Enfin, sur ce chiffre de 107 familles de tuberculeux, vingt familles ne peuvent attribuer immédiatement leur maladie à l'alcool. Chacune de ces vingt familles a perdu un de ses membres, victimes de la consommation.

Ces données concordent avec les conclusions du remarquable mémoire de M. le docteur de La Varenne. Après une enquête conduite avec une grande prudence et un véritable esprit scientifique, l'auteur constate que, partout où l'alcoolisme s'étend, la tuberculose augmente dans la même proportion, et que tous les peuples qui ont l'énergie de combattre l'alcoolisme voient la tuberculose diminuer.

Les remarquables travaux de M. le docteur Triboulet parlant sur ce sujet avec tant d'autorité, établissent surabondamment que l'alcoolisme est un des grands facteurs de la tuberculose.

Nous pourrions multiplier indéfiniment ces citations.

Des 186 victimes qui font le sujet de cette étude et dont la mort est imputable à l'alcool, 57 étaient des alcooliques avérés ; 59 faisaient un usage plus ou moins considérable d'alcool ; 27 étaient des alcooliques issus de pères ivrognes. Les 43 autres ne buvaient pas d'alcool mais étaient des descendants de pères et de grand-pères alcooliques.

Ces observations nous permettent donc d'affirmer, à la suite des illustres maîtres cités plus haut, qu'il existe une relation très intime de cause à effet, entre l'alcoolisme et la tuberculose.

Les ivrognes et les descendants d'ivrognes sont des êtres voués presque fatalement aux multiples affections qui déciment l'humanité, et, de ces affections, la consommation est de beaucoup la plus fidèle et la plus meurtrière.

DISCUSSION

M. H. TRIBOLET (Paris).— Ce savant praticien insiste sur l'insuffisance des conditions hygiéniques à l'école. Chez le peuple français, dit-il, l'éducation physique des enfants est d'absolue nécessité, on leur donne trop de surmenage cérébral et pas assez d'exercices physiques. On devrait considérer comme un suicide, l'action de celui qui s'enferme trop longtemps chez lui, pour étudier un peu plus que les autres.

Le sanatorium est une excellente chose si on se borne à lui faire jouer le rôle pour lequel il est créé ; guérir les malades et non pas héberger les cas désespérés. Il y a une distinction dont il faut tenir compte, les cas guérissables et ceux qui ne le sont pas. Les sanatoriums sont surtout utiles aux emphysémateux, aux pleurétiques et aux hémoptysiques.

LES INJECTIONS INTRA-TRACHÉALES DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Par M. A. A. FOUCHER,

Professeur à l'Université Laval, Ophthalmologiste en chef de l'Hôpital
Notre-Dame.

La lutte engagée actuellement contre la tuberculose ne doit pas nous faire perdre de vue que la diminution de ce fléau par une hygiène bien entendue nous laissera toujours aux prises avec cette maladie. En d'autres termes, si les précautions dictées par l'hygiène se généralisent de façon à diminuer notablement les victimes de la tuberculose, il y a tout lieu de l'espérer, il en restera toujours un grand nombre qui poseront au médecin le problème de leur guérison ou au moins de la prolongation de leur vie et du soulagement que nous pouvons apporter à leur affection. Sans entrer dans le détail du traitement général de la tuberculose qui compte comme un facteur essentiel dans la lutte établie contre cette maladie, et je veux parler ici surtout du choix de l'alimentation et de la qualité de l'air à respirer, je veux attirer votre attention sur la valeur des injections intra-trachéales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Le pouvoir absorbant de la muqueuse pulmonaire étant bien reconnu, il devait venir à l'idée des médecins d'utiliser cette voie pour s'attaquer directement à l'organe malade au lieu de prendre le chemin détourné des voies digestives pour saturer l'économie de médicaments qui se rendent tardivement au poumon en perdant sur leur long parcours une partie de l'efficacité qu'ils sont appelés à exercer sur un point donné. Les anciens l'avaient compris en faisant respirer des vapeurs balsamiques à leurs patients tuberculeux. Plus tard, Green, en 1831, eut l'idée d'injecter directement dans le larynx une solution médicamenteuse.

Toutefois l'Académie de médecine de New-York arrêta court cette pratique nouvelle en déclarant qu'elle était impraticable et qu'elle serait fatale à un être vivant. Un peu plus tard, Duboné proposa d'introduire le médicament en piquant la trachée avec une seringue de Pravaz. Plusieurs autres médecins ont, à différentes époques, préconisé le même procédé, mais sans réussir à lui donner la vogue que lui assurait pourtant son innocuité d'abord, puis sa parfaite tolérance par les patients même les plus réfractaires. La pensée de piquer le larynx et d'introduire un liquide quelconque devenait un épouvantail, pour le patient et pour le médecin. Il res-

taut à injecter les médicaments directement dans la larynx par l'orifice naturel. Alors se posait la technique opératoire : l'éclairage au miroir laryngien, la traction de la langue et l'introduction directe du liquide médicamenteux dans la trachée, à l'aide d'une seringue. Inutile d'ajouter que ce procédé, sans le contrôle du miroir, demande un certain coup de main, auquel le spécialiste seul est familier. Le traitement de la tuberculose par le fait même qu'il demeurait un procédé spécial et d'application difficile, le limitait trop pour le rendre populaire.

Carnot eut bien l'idée de supprimer une partie de ces difficultés en faisant des injections sans le secours du miroir, en se guidant sur l'index gauche, placé sur l'épiglotte, comme point de repaire et en introduisant dans la trachée le bec de la seringue, comme dans le premier temps du tubage. Ce procédé, moins délicat que le précédent, il est vrai, demande encore une certaine habitude.

De plus, il est assez brutal, provoque des nausées et le patient, ennuyé, ne s'y soumet pas longtemps. Il fallait trouver une méthode simplifiée. Mendel s'est chargé de nous l'indiquer en mettant à la portée de tout praticien un procédé pratique et parfait d'injecter des liquides dans la trachée sans que le patient en éprouve le moindre inconvénient.

Considérant le fait que le tube digestif est fermé, à l'état de repos, et que seul l'orifice de la glotte est béant, Mendel, dès 1898, a constaté qu'une injection lancée avec une pression modérée contre la paroi pharyngée descend spontanément sur la paroi postérieure du larynx. Le liquide suit le même chemin que l'air pour entrer dans la trachée, ne pouvant passer dans l'œsophage, qu'il trouve fermé, il descend naturellement dans la trachée.

L'injection peut être projetée directement sur la paroi postérieure du pharynx à la hauteur du sillon glosso-épiglottique ou projetée latéralement, en passant la canule en arrière du pilier antérieur et en contourant alors la base de la langue.

Le premier procédé est destiné à faire pénétrer une petite quantité de liquide dans la trachée, il convient pour les premières applications où il faut s'assurer de la susceptibilité du patient. Le second permet d'injecter une plus grande quantité de liquide et peut être employé dès la deuxième ou troisième séance.

J'emprunte à l'excellente thèse de Doctorat de R. de la Foulhonze sur les injections intratrachéales (Paris 1905) la description de la technique opératoire :

" L'instrument employé est la seringue de Mendel de 3 cent c.

Elle possède 3 anneaux : un à l'extrémité de la tige du piston destinée au ponce, et deux autres latéraux pour l'index et le majeur. Le corps de pompe est en verre, le piston est en cuir. A l'autre extrémité de la seringue s'adapte la canule qui est en outre fixée à la seringue au moyen d'une bague qui la maintient plus exactement.

" La gorge du patient doit être largement éclairée, de façon à bien voir comment l'on place la canule et à ne pas provoquer inutilement un accès de toux par un contact défectueux. Il faudra donc pendant le jour, placer le patient en face d'une fenêtre bien éclairée. La nuit, le miroir frontal ou une lampe munie d'un réflecteur qui jeteront suffisamment de lumière dans la gorge du malade pour permettre de très bien faire l'injection."

" Deux procédés peuvent être employés pour l'injection intratrachéale : le procédé médian et le procédé latéral.

" Le procédé médian est destiné à faire passer une certaine quantité de liquide dans la trachée. C'est à cet effet que nous avons recours, la première fois, alors que le malade n'est encore habitué aux injections.

" L'extrémité de la langue du sujet est saisie entre le pouce et l'index, et maintenue hors de la bouche au moyen d'une compresse.

" La canule est alors introduite dans la bouche et introduite dans la langue. Son extrémité antérieure doit être maintenue à un niveau du voile du palais, à un centimètre au-dessus de la cavité pharyngienne. La portion rectiligne de la canule est maintenue dans cette position parallèle à la face dorsale de la langue. On injecte lentement, presque goutte à goutte le liquide. Puis on retire la canule et on maintient le malade dans cette position de la bouche encore quelques secondes afin de permettre au liquide de bien s'écouler et d'être absorbé par les muqueuses aériennes.

" Le procédé latéral, employé à la seconde ou troisième injection, consiste à introduire doucement la canule dans la bouche et à la pousser en haut et sans toucher la langue. On l'oblique alors latéralement et il faut venir appliquer la canule sur la face interne du pilier antérieur en le déprimant légèrement en dehors. De cette façon l'extrémité courbe de la canule contourne la base de la langue et vise obliquement la paroi pharyngienne latérale.

" D'un seul coup de piston le contenu de la seringue est projeté rapidement et avec force. On retire alors la seringue en évitant

"de toucher la langue que l'on maintient hors de la bouche encore quelques secondes afin de permettre à l'injection de bien s'écouler dans la trachée. Dès que l'injection est terminée nous recommandons au malade de cracher immédiatement les quelques gouttes d'huile médicamenteuse qui peuvent parfois rester adhérentes à la paroi pharyngienne."

Comme on peut en juger par la technique opératoire ce procédé est d'une exécution relativement facile et avec un peu d'exercice et de bonne volonté il pourrait devenir entre les mains du praticien général un adjuvant utile dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Il arrive parfois, que l'injection intra trachéale provoque un petit accès de toux, cela tient à l'intolérance du patient à l'usage d'une solution trop concentrée ou au fait que l'instrument a touché inutilement la base de la langue. Ces inconvénients ne tardent pas à disparaître, le patient le plus réfractaire finit par se prêter avec facilité à ce mode de traitement. Le médicament peut varier beaucoup, les deux formules les plus employées sont les suivantes :

Menthol.....	1 c.c.
Eucalyptol.....	10 c.c.
Huile d'olive stérilisée.....	100 c.c.

On encore :

Goménol.....	10 c.c.
Huile d'olive stérilisée.....	100 c.c.

La dose à injecter varie de quelques gouttes à une pleine seringue de 3 cent. c. Dans l'une comme dans l'autre formule, il faut commencer par injecter par petites quantités et diluées au $\frac{2}{3}$ par tiers avec l'huile d'olive stérilisée. On peut pratiquer jusqu'à 10 injections par jour. Le traitement peut ainsi durer pendant un mois.

Cependant la nécessité de pratiquer 3 injections par jour n'est pas absolue, pratiquée une fois par jour ou même tous les deux jours l'injection nous a pu donner encore de très bons résultats. Dans les premières injections le patient accense immédiatement une sensation de chaleur agréable dans l'arbre bronchique suivie d'une amélioration générale et fonctionnelle qui persiste longtemps après le traitement.

Toutes les formes de la tuberculose pulmonaire à l'état chronique sont justifiables de ce traitement, les contre indications sont : 1° la tuberculose miliaire aiguë et l'état général trop déprimé du malade :

- 2o La constriction glottique ;
- 3o Les hémoptysies graves ;
- 4o La laryngo trachéite et la bronchite à l'état aigu.

Tous les autres cas traduisent les bons effets de l'injection intra-trachéale par (a) l'amélioration rapide de la respiration (b) la diminution et la cessation de la toux ; (c) la diminution et la cessation de l'expectoration ; de la modification des signes stéthoscopiques (e) une grande amélioration de l'état général. Ce sont là les conclusions qui ont été tirées par Foulhouze, après un emploi fréquent de ce mode de traitement.

L'expérience personnelle que j'ai acquise à ce sujet vient à l'appui de ces conclusions et si je ne relate pas ici les cas que j'ai ainsi traités et observés c'est que leur nombre n'est pas encore suffisant pour offrir une valeur incontestable. Je ferai observer, cependant, que les succès obtenus m'ont paru tellement probants, que j'ai eu rendre service à mes confrères en attirant leur attention sur ce mode de traitement qui n'a guère été employé à venir jusqu'à ce jour que par les spécialistes et encore pour les cas relativement rares ou le larynx n'est intéressé directement.

LA MENINGITE TUBERCULEUSE

Par M. E. F. PAINLTON, des Trois-Rivières.

L'affection que certains auteurs appellent encore fièvre cérébrale, et pour laquelle la phraseologie médicale moderne a définitivement adopté le nom de méningite tuberculeuse, est une inflammation de la pie mère accompagnée d'épanchement de lymphes et de pus, et causée par des dépôts de petits tubercules sur la surface et dans le corps des méninges. Les noms de méningite granulaire et de méningite basilaire viennent, le premier, des petites granulations tuberculeuses que je viens de mentionner et, le second, du fait que l'épanchement se fait toujours à la base du cerveau.

Maladie de tous les sexes, de tous les climats et de toutes les saisons, la méningite tuberculeuse attaque de préférence l'enfant de 1 à 10 ans; l'adolescent y est aussi quelquefois sujet, mais l'adulte est généralement hors de ses atteintes. La fréquence de la méningite tuberculeuse est considérable, certainement plus considérable qu'on ne serait porté à le croire, en lisant les rapports de notre Bureau provincial d'hygiène. Voici quelques chiffres tirés de ces rapports, année 1904, pour les villes de Montréal, de Québec et des Trois-Rivières. La mortalité dans ces trois villes dont la population réunie est de 353,741, a été en 1904, de 9,150 décès; sur ce chiffre, la tuberculose a causé 902 décès. Quant à la méningite tuberculeuse, le chiffre donné n'est que de 129 décès; ce qui me paraît tout à fait inexact et voici pour quelle raison. D'après cette statistique, le nombre de décès causés par la méningite simple, serait de 383, dont 311, c'est-à-dire la presque totalité, chez les enfants âgés de moins de 1 ans. Il suffit, je crois, de mentionner ces chiffres, pour s'apercevoir qu'il y a là une erreur considérable. Car tout praticien sait que la méningite simple est plutôt une maladie de l'âge adulte, reconnaissant généralement pour cause les traumatismes, l'exposition à un soleil trop ardent ou l'abus des alcooliques. Pour moi, il est évident que les chiffres du bureau d'hygiène portent à faux; quant à l'explication, je crois qu'elle est facile à trouver et la voici: la plupart des médecins se contentent, en remplissant un certificat de décès, de mettre le mot méningite, sans ajouter tuberculeuse toutes les fois qu'il s'agit véritablement de cette maladie.

I. CAUSES.

On divise les causes de la méningite tuberculeuse en causes excitantes et en causes prédisposantes ; ces dernières sont la tuberculose et la diathèse tuberculeuse. L'hérédité de la tuberculose est aujourd'hui une question résolue à la lumière des découvertes modernes ; on ne naît pas tuberculeux mais tuberculisable, c'est à-dire avec une prédisposition à le devenir. L'enfance beaucoup plus que l'adolescence, et surtout que l'âge adulte est bien la période de la vie pendant laquelle les germes de la tuberculose peuvent s'introduire le plus facilement et avec plus de danger dans l'organisme humain. Les chances d'infection sont multiples surtout durant la première enfance, alors que l'ignorance, et souvent la négligence coupable des principes les plus élémentaires de l'hygiène mettent en péril ces existences si frêles. La mortalité infantile est énorme parmi notre population canadienne française, cependant quand on se rend compte comment on traite ou plutôt on maltraite les enfants, hygiéniquement parlant, bien entendu, il y a lieu de s'étonner que cette mortalité ne soit pas plus considérable. Il faut que la vitalité de notre race soit étonnante pour pouvoir résister à tous ces assauts que lui fait courir l'incurie coupable d'un grand nombre de nos bonnes mères de familles.

Quoique sortant quelque peu du cadre de mon sujet, je me permettrai de formuler quelques axiomes que tout médecin, devrait à mon avis, prôner et tâcher de faire accepter dans sa clientèle :

- I. Allaitement maternel complet jusqu'à au moins douze mois ;
- II. Pas de grandes fatigues, physiques ou morales, chez la femme qui nourrit ;
- III. L'allaitement maternel étant impossible, le remplacer par du lait se rapprochant le plus possible du lait maternel, quant à la richesse, à la température, et à la quantité, (le lait stérilisé de préférence) ;
- IV. Régularité des repas, détail beaucoup plus important chez l'enfant que chez l'adulte ;
- V. Guerre aux sirops calmants, aux bouillies, et surtout aux biberons à tube,

L'enseignement de ces cinq vérités primordiales de l'hygiène infantile devrait, il me semble, toujours faire partie des instructions que tout médecin doit donner à une primipare. Vous savez comment la jeune mère qui, pour la première fois berse les douces joies de la maternité est sensible et pleine de reconnaissance envers

le médecin qui a mis fin à ses souffrances. Profitons de ces bonnes dispositions pour faire son éducation ; et si vous me permettez d'entrer dans les détails, je vous dirai, que la première visite après l'accouchement me paraît l'instant tout choisi pour inculquer à la jeune mère, avide de se renseigner sur tout ce qui peut assurer le confort de son nouveau-né, de lui inculquer, dis-je, les premières notions de l'hygiène et de l'initier à son rôle de mère de famille. En agissant ainsi, on aura, je crois, rarement à se plaindre du mauvais accueil fait aux conseils du médecin pour ce qui regarde le soin à donner aux jeunes enfants.

Pardon de cette digression et revenons aux causes excitantes de la méningite tuberculeuse, qui sont une mauvaise hygiène et tout ce qui peut diminuer les forces vitales de l'enfant. On mentionne encore les maladies de l'enfance telles que les fièvres éruptives, la coqueluche et aussi le surmenage chez les enfants qui fréquentent les écoles. D'après le professeur Simon, de Paris, les développements de la méningite cérébrale sont très probablement toujours consécutifs à un foyer, ayant au préalable évolué dans une autre partie de l'organisme. Les candidats à la méningite tuberculeuse sont souvent doués d'une précocité intellectuelle remarquable et c'est sans doute ce qui a donné lieu au dicton populaire : "Il a trop d'esprit, il ne vivra pas."

La méningite tuberculeuse est la seule maladie de l'enfance qui présente des prodromes bien définis et d'une manière constante. Le processus morbide de la formation de petits dépôts miliaires sur la pie mère s'accompagne toujours de certains symptômes qui ont, pour le médecin, une signification considérable et dont même les parents se rendent compte quelquefois. Il nous est tous arrivé d'être consulté par des parents rendus inquiets par l'amaigrissement, le changement de caractère, l'allure taciturne ou irritable, le sommeil agité de leur progéniture. Cependant, ce n'en est pas moins le propre de la méningite tuberculeuse tout comme de la fièvre typhoïde, avec laquelle elle est d'ailleurs quelquefois confondue, de se présenter sous une multiplicité d'aspects symptomatiques, de nature à dérouter le médecin le plus expérimenté.

II. SYMPTOMES.

Pour l'avantage de la description, on divise la méningite tuberculeuse en trois périodes : une d'irritation ; une de compression ; et une de collapsus. Certains cas de méningites tuberculeuses sont typiques, et il est alors assez facile de suivre la marche de la mala-

die, mais assez souvent il n'y a rien de tel. Il n'y a encore que quelques mois, j'étais appelé à traiter une petite fille de six ans qui après avoir présenté un sommeil quasi comateux durant 56 heures, accompagné de constipation, de cris aigus et de tous les symptômes de la méningite tuberculeuse, entra subitement en convalescence et se rétablit parfaitement.

Il est presque toujours très difficile de dire quand les symptômes font suite aux prodromes : ceux-ci s'accroissant graduellement avec la perte d'appétit, l'amaigrissement augmente, le sommeil est de plus en plus agité et entrecoupé de moments d'éveil plus ou moins longs ; ou encore soudainement au milieu de la nuit, l'enfant pousse un cri perçant, tel que pourrait lui faire échapper une grande frayeur ou une douleur vive et subite ; et la mère, accourue près de son enfant, constate que ce cri est sans cause et n'éveille pas son bébé. C'est le cri hydrocéphalique des auteurs, symptôme précoce et important de la maladie qui nous occupe.

Le mal de tête est un des premiers symptômes constatés ; c'est un mal de tête aigu, qui n'offre ni la constance ni l'exaspération vespérale de la céphalalgie de la fièvre typhoïde, mais qui se fait sentir par poussées et arrache au petit malade des cris aigus et perçants tout à fait caractéristiques. Les vomissements sont encore un des premiers symptômes à noter ; ordinairement ces vomissements se produisent sans effort et sans cause apparente. Le pouls est toujours ralenti et souvent irrégulier ou intermittent ; quant à la température, elle s'élève rarement au delà de 103 F. et ne suit pas la courbe régulière et caractéristique de celle de la fièvre typhoïde. L'appétit est nul et malgré la soif apparente dont paraît souffrir le petit malade, vous le voyez saisir avec avidité le liquide qu'on lui présente, y tremper les lèvres et le repousser aussitôt. La constipation est la règle et ne cède généralement qu'aux remèdes passiblement énergiques. Les convulsions sont fréquentes et très souvent c'est par ce symptôme de plusieurs attaques convulsives, successivement répétées, que débute la maladie. Généralement, les petits malades dorment les yeux entrouverts et la figure passe subitement du rouge pourpré à une pâleur cadavérique. Ce sont là, pour moi, deux symptômes précoces et constants auxquels l'expérience m'a appris à attacher beaucoup d'importance pour le diagnostic de la méningite tuberculeuse. La tache cérébrale est un autre symptôme qui aide, souvent, beaucoup à reconnaître dès les premiers jours cette maladie dont les débuts sont si insidieux. L'immortel Trousseau, à qui revient le mérite de la découverte de cette particularité de la méningite tuberculeuse, la recherchait chez

tous ceux qu'il soupçonnait d'être atteints de la fièvre cérébrale. Voici en quoi consiste ce signe que l'on peut constater à la face, aux cuisses, et sur le ventre ; si on fait avec l'ongle des rainures sur la peau de ces parties, il se produit une teinte rouge, qui d'abord diffuse et vive s'éteint lentement pour laisser là où l'ongle a touché la peau des raies d'un rouge très vif et qui sont très lentes à disparaître, durant quelquefois de dix à quinze minutes. L'hypéresthésie est aussi un des premiers symptômes à noter et vous entendrez alors la mère se plaindre que son enfant est sensible de partout, que chaque fois qu'elle le prend dans ses bras, il paraît souffrir beaucoup. La méningite tuberculeuse ne se présente pas toujours avec tous ces symptômes et elle provoque quelquefois, dès le début, soit des convulsions ou, comme dans le cas que je mentionnais tout à l'heure, une somnolence, une torpeur dont on peut à peine faire sortir le petit malade.

III ÉVOLUTION.

La fièvre cérébrale est, de toutes les maladies de la pathologie humaine, celle qui offre des rémissions les plus considérables et les plus prononcées. Ces rémissions sont tellement accentuées dans certains cas, qu'elles déterminent une fausse joie chez les parents et sont cause que le médecin se met à douter de l'exactitude de son diagnostic.

Pour moi, je me suis toujours bien trouvé dans ces cas de demander un délai de 24 heures, avant de me prononcer car en autant que ma faible expérience peut me servir, une rémission qui dure au delà de 24 heures est presque toujours une guérison. J'ai prononcé le mot guérison, mot hardi quand on parle de la méningite tuberculeuse, mais qu'on me le permette pour le présent, j'y revierdrai plus loin.

Huit jours est la durée moyenne de la seconde période de la fièvre cérébrale. Durant cette seconde période qui est celle de compression, les symptômes s'aggravent et le petit patient passe de l'irritabilité des premiers jours à un état d'apparente insensibilité, duquel les appels alarmés de la mère, ne réussissent pas toujours à le faire sortir. Les changements de coloration de la face notés dans la première période s'accroissent et le malade repose, les yeux à demi clos, tenant une jambe en demi flexion et l'autre étendue, une main sur les organes génitaux et l'autre à la tête qu'il retient constamment sur son oreiller. Les points sont fermés, les doigts recouvrant le ponce fléchi dans la main, la tête se porte en arrière, les pupilles sont inégalement dilatées et presque insensibles à la

lumière ; les paupières, à demi entrouvertes, sont garnies d'un exsudat gommeux produit par les glandes de Meibomius. A cette période de la maladie, se constitue le symptôme que les auteurs français ont surnommé le ventre en caout ; c'est à dire que les muscles de l'abdomen subissent une telle rétraction, que le ventre se creuse jusqu'au point de laisser quelquefois apparaître la forme de la colonne vertébrale. Ce symptôme est le résultat de l'amaigrissement profond dans lequel tombent ces malades et a certainement une grande valeur de diagnostic, malheureusement l'époque avancée à laquelle il se montre lui enlève beaucoup de son utilité. C'est aussi durant la seconde période qu'apparaît le symptôme que Troussseau considérait comme pathognomonique de la méningite tuberculeuse, symptôme connu aujourd'hui sous le nom de respiration Cheyne Stokes. Il en est de même des convulsions qui sont très fréquentes et sont souvent suivies de paralysie ou de raideur d'un ou de plusieurs membres ; il y a aussi dans un grand nombre de cas du strabisme ordinairement convergent. Le pouls devient de plus en plus lent et irrégulier.

Au contraire, dans la troisième période, le pouls devient très accéléré et monte jusqu'à 160 et plus par minute ; de même la respiration s'accélère, quoi qu'à un moindre degré. Les paupières largement entrouvertes laissent voir un œil injecté et sans lustre et des pupilles dilatées que n'affecte plus même la lumière la plus vive. A part quelques mouvements convulsifs, le malade est dans un coma profond et peut vivre ainsi plusieurs jours inconscient de la douleur et de tout ce qui l'entoure.

Nous l'avons déjà dit, la méningite tuberculeuse est loin de présenter, toujours, la marche typique que nous venons de décrire ; très souvent les phénomènes de dépression précèdent ceux d'irritation ou bien une série d'attaques convulsives survenant chez un enfant jusque là bien portant est suivie d'un coma de plusieurs jours de durée, et la mort termine le tout en quelques jours ; dans d'autres cas ces signes d'irritation dominent tous les autres, et jusqu'aux derniers moments le petit malade retourne la tête dans le creux de son oreiller en déchirant l'air de ces fameux cris hydrocéphaliques qu'il suffit d'entendre une fois pour les reconnaître toujours. Malgré cette diversité, il en est pas moins vrai que, comme règle, le changement de caractère et les dérangements du sommeil sont toujours les premiers prodromes, et le mal de tête et les vomissements les premiers symptômes de cette importante affection.

IV. DIAGNOSTIC.

Il est de première importance, mais en même temps très difficile de faire le diagnostic de la méningite tuberculeuse dès le début; à la seconde ou à la troisième période c'est chose assez facile et, même dans certains cas, l'erreur est impossible pour tout médecin tant soit peu observateur. Quoiqu'il n'y ait pas à proprement parler de symptôme pathognomonique de la fièvre cérébrale, l'ensemble forme un tableau qui rend le diagnostic relativement facile; c'est vous dire que, dans cette maladie encore plus que dans toute autre, une seule visite, suffit rarement pour mettre le médecin en état d'établir un diagnostic certain. Les antécédents personnels et héréditaires surtout pourront aider beaucoup et on devra mettre un soin particulier à découvrir si, parmi les enfants proches ou éloignés, la tuberculose n'a réclamé aucune victime. Toutes les fois que l'histoire de famille sera entachée de tels cas, une forte présomption en faveur de la méningite tuberculeuse existera. Les maladies avec lesquelles on confond le plus souvent la méningite tuberculeuse sont surtout la fièvre typhoïde et la méningite simple.

Il est généralement très difficile de différencier au début la fièvre cérébrale de la fièvre typhoïde. Je dis au début, car plus tard, le symptôme du ventre en caout, l'irrégularité de la température, la constipation, le strabisme, le changement des pupilles et de coloration de la face et l'absence de gargouillement dans la fosse iliaque droite font facilement distinguer les deux affections l'une de l'autre. Dès le début, on pourra cependant faire le diagnostic, en notant les signes d'irritation par les nerfs débute toujours la méningite tuberculeuse; la nature de la céphalalgie, ainsi que je le disais en parlant des symptômes, est bien différente dans l'une ou l'autre de ces affections. Les vomissements, les moments d'éveil et le sommeil agité se rencontrent plus rarement dans les prodromes de la dothiémenthérie que dans ceux de la méningite tuberculeuse.

Outre les antécédents héréditaires, mentionnés plus haut, l'absence de prodromes, le délire, la violence et la continuité du mal de tête, la plus grande élévation de la température et surtout la durée plus courte, (huit jours ordinairement), différencient la méningite simple de la méningite tuberculeuse. La méningite simple due à une maladie de l'oreille ressemble d'ordinaire, beaucoup plus qu'à tout autre, à la fièvre cérébrale mais alors l'histoire du cas pourra toujours guider le médecin.

V — PRONOSTIC.

Quand on pronostique la méningite tuberculeuse est une des maladies les plus fatales, et si un traitement énergique n'est pas institué dès le début, la mort est inévitable. La durée varie de 5 à 15 jours, et un des signes non équivoques d'une mort prochaine est la diminution du calibre du pouls coïncidant avec l'augmentation du nombre des pulsations.

La curabilité de la méningite tuberculeuse à la période initiale est admise par quelques auteurs, cependant le plus grand nombre considèrent cette maladie comme nécessairement fatale. Évidemment, comme dit un auteur, tant que l'on affirmait que la méningite tuberculeuse est incurable et que les cas de guérisons sont dus à une erreur de diagnostic, jamais on ne pourra arriver à prouver que la méningite tuberculeuse peut dans certains cas être arrêtée dans son développement. Cependant ce qui est vrai et admis pour la tuberculose pulmonaire, ne le serait-il pas pour la tuberculose du cerveau ? Contentons nous de dire que la science n'a pas dit son dernier mot, qu'il n'est pas impossible qu'il y ait quelquefois guérison et que dans tous les cas il y a place ici pour un grand point d'interrogation.

VI — TRAITEMENT.

Le traitement curatif de la méningite tuberculeuse est assez peu satisfaisant. Les bromures aideront à procurer un sommeil paisible et réparateur. La dérivation énergique sur les intestins est, pour moi, le moyen le plus efficace et le plus sûr de combattre les débuts de la méningite tuberculeuse ; si dans trois cas où je suis convaincu d'avoir eu affaire à de la fièvre cérébrale, j'ai pu réussir à sauver mes malades, c'est à ce moyen que je le dois. Le calomel malgré les reproches que lui font certains auteurs, de déprimer les forces du malade, est dans ces cas, mon médicament de choix ; mais il faut le donner à dose suffisante pour produire un relâchement considérable de l'intestin. Le traitement, si en vogue autrefois, de la révulsion sur le cuir chevelu est avec raison passablement abandonné aujourd'hui ; il me semble en effet que le fait de traiter l'irritation cérébrale par des moyens aussi irritants, est un contresens. On se contente aujourd'hui de faire des applications froides sur la tête et un peu de contre-irritation sur les apophyses mastoïdes ou sur la nuque ; pour cette fin je préfère le vinaigre de cantharide à toute autre préparation.

Pour calmer le mal de tête, on se trouvera bien de l'antipyrine ;

le sulfonal ou le trional procureront au malade le repos dont il a tant besoin. Afin de diminuer l'hyperhémie des centres nerveux, on pourra prescrire l'ergot de seigle en combinaison avec les bromures. Comme traitement des convulsions, si fréquentes dans cette maladie, on associera le chloral au bromure en injections rectales. Presque tous les auteurs prescrivent de donner l'iodure de potassium comme altérant au début, à cette fin je me suis souvent servi avec avantage de la liqueur d'iodure de quinine iodurée, mais je n'ai jamais osé donner l'iodure de potasse. Il me semble que dans une maladie comme celle-ci où un des principaux devoirs du médecin est de faire disparaître toute cause d'irritation, l'usage prolongé de l'iodure tel qu'il devrait être donné pour avoir quelque efficacité, est dangereux parce qu'on peut causer ainsi une irritation considérable de l'estomac.

Le traitement préventif est celui qui doit attirer surtout l'attention du praticien dans la méningite tuberculeuse. On devra faire disparaître tout ce qui peut être pour l'enfant une cause de fatigue ou d'excitation, tenir les intestins libres et surveiller la dentition. Le médecin devra surtout s'appliquer à faire respecter les lois de l'hygiène là où elles sont ignorées ou violées et cela non seulement quand à la nourriture, mais aussi quand à tous les petits soins délicats que requiert l'enfance. Le surmenage à l'école étant une cause des plus fréquentes de la maladie qui nous occupe, le médecin devra se rendre compte si l'intelligence de l'enfant n'est pas exaltée outre mesure. Il n'y a peut-être pas de maladie dont le traitement préventif bénéficierait davantage de l'inspection médicale des écoles. Espérons que cette réforme dont l'adoption a été, croyons-nous, demandée la première fois, au congrès de Montréal en 1901, sera avant longtemps obligatoire dans toutes les écoles du pays.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA TUBERCULOSE, L'HYGIÈNE ET LES RAYONS X.

Par M. J. F. RIOUX, de Sherbrooke.

Vous savez aussi bien que moi ce que c'est que la tuberculose ou la consommation. Mais vous ignorez, comme moi, hélas ! le remède efficace qui pourrait enrayer les progrès de cet affreux mal qu'on a appelé si justement la "Plaie blanche". La médecine, dans les immenses progrès qu'elle a faits depuis quelque temps, n'est pas encore parvenue à découvrir le remède spécifique pour arrêter dans sa marche ce fléau de l'humanité ! Et chaque année, des milliers et des milliers d'êtres humains succombent moissonnés par cette impitoyable faucilleuse !... A qui s'attaque-t-elle de préférence ? Est-ce au vieillard décrépit, à la vieille femme courbée par les ans ? Non, non, elle a une prédilection marquée pour tout ce qui est jeune et beau ! Qui d'entre nous n'a pas eu à pleurer un des siens, enlevé à la fleur de l'âge par cette maladie qui ne pardonne jamais ! Si nous n'avons pas eu ce malheur chez nos proches, du moins, combien de fois n'avons-nous pas été les témoins impuissants de ces morts précoces qui semaient le deuil, la désolation et le désespoir dans nombre de familles ! Et ce n'est pas d'hier que cet épouvantable fléau se promène en vainqueur sur toute la surface de la petite planète que nous habitons, car, depuis la création du monde, il est fait mention, à différentes époques, de cette maladie qui tue chaque année un plus grand nombre d'individus que la guerre, la peste et tous les autres maux réunis !

Plusieurs savants ont fait de suprêmes efforts pour enrayer ce mal qui semble indélogeable une fois qu'il a pénétré dans la forteresse humaine, le poumon ! Tous les sérums inventés jusqu'à nos jours, dont quelques-uns avaient pourtant donné de si belles espérances, sont tous venus, comme tous les autres remèdes préconisés auparavant, faire un triste naufrage à ses pieds !... Et, quoi donc ! faudra-t-il s'avouer vainement parceque, jusqu'à présent, ni l'huile de foie de morue, ni les hypophosphites, ni la créosote et tutti-quanti, ni même les sérums n'auront pu arrêter les ravages causés par la consommation ? Non, mille fois !... Médecins, mes chers confrères, donnons-nous la main pour prévenir, pour empêcher

d'entrer dans la place cet ennemi caché qui est d'autant plus à craindre qu'il y pénètre à notre insu en sournois et en traître ! S'il attaquait en face ceux que nous avons mission de défendre, de protéger, de guérir, oh ! alors, nous serions forts comme le chirurgien qui taille, qui retranche, qui coupe avec le fer, avec le feu, et qui, s'il est vaincu, peut dire, au moins, qu'il a défendu le terrain pied par pied, ponce par ponce, ligne par ligne, et ajouter comme autre fois Henri IV : " J'ai tout perdu, hors l'honneur ! " Mais non, le pauvre médecin, lui, ne peut pas même se rendre ce témoignage dans son âme et conscience, car il n'a pas même d'armes pour combattre, et il fait volte face honteusement devant cette grande ennemie du genre humain ! N'est ce pas humiliant ? Qu'allons nous donc faire ? Allons nous cesser le combat et désertier en lâches le grand champ de bataille qui s'étend, s'étend toujours, qui encercle, qui menétrit dans ses serres hideuses le globe tout entier ?... Non, encore une fois, non ! Nous aurons des armes inégales, il est vrai, mais au moins nous combattrons en braves jusqu'au bout. Nous prônerons partout les lois de l'hygiène, nous tâcherons de saper par sa base ce géant qui fait tant de victimes autour de nous et même dans nos familles. Pour cela, messieurs, jurons une haine implacable à l'alcool et à la cigarette. Combien de victimes ces deux agents seuls ne font ils pas ? Que dire de la débauche, de l'abus des plaisirs ? Combien d'enfants se ruinent par les excès de tous genres ! Ah ! vous savez que ce abus conduit fatalement à la consommation. Mettons les parents en garde s'il en est temps encore. Avertissons les des suites funestes de tout abus en général, et de l'abus de la boisson, de la cigarette, et surtout, oui surtout de l'abus de soi même en particulier ! Il y a bien l'atavisme, voyez ces petits malheureux qu'on rencontre surtout dans les grandes villes. Ah ! ceux-là ont bien hérité des vices des auteurs de leurs jours, mais enfin, à force d'avertissements, parviendrons nous à remettre dans une meilleure voie la génération présente qui aura des descendants plus vigoureux, plus forts, plus aptes à leur tour à procréer des êtres non déjà viciés dès leur formation.

S'il incombe aux prêtres, aux ministres des différentes religions, de fulminer contre le vice du haut de la chaire sacrée comme moralistes, il incombe aussi aux médecins, comme hygiénistes, de dénoncer ces mêmes vices au point de vue de la longévité.

Si nous sommes chrétiens, et nous le sommes, Dieu merci ! formons nos rangs, faisons ensemble, comme un seul homme, face à l'ennemi. Je devrais dire aux nombreux ennemis qui nous enviro-
romment, tels que, par exemple : les logements trop étroits sales

infectes, que d'avares propriétaires emplissent de chair humaine, sans s'occuper de l'hygiène, pourvu que ça paie ! Je connais de ces richards qui se bouchent le nez pour ne pas respirer les miasmes impures qui s'échappent des cloaques qu'ils louent \$2, \$3 et même \$1 par mois, qui se bouchent le nez d'une main, dis-je, pendant qu'ils grappent l'argent de l'autre !... Voilà une source féconde où fourmille en toute liberté les microbes de tous genres et même les bacilles de Koch ! Allons ensemble, ou allez seuls visiter quelques usines et les taudis dont je viens de parler, (il y en a dans toutes les villes), et tâchons de faire entendre raison à ces propriétaires sans entrailles !

Une autre source de dangers — et celle là pénètre aussi bien dans les palais dorés que dans les cheminées — je n'exagère pas, c'est une ennemie qui entre effrontément chez vous, chez moi, en plein jour, par un beau soleil comme par la pluie et la tempête ! devinez-vous ce que c'est ? Ce que c'est ? mais c'est la nourriture du riche comme du pauvre, c'est le pain pétri bien souvent par des tuberculeux, par des syphilitiques, par des mains couvertes d'eczéma ! C'est ce pain, transporté sur des voitures sales, exposé à tous les microbes de l'air ambiant ! Ce pain, notre nourriture première, distribué par des mains ordurières qui conduisent la voiture, etc. ! Ce pain est mis en contact avec un habit crasseux qui se frotte sans cesse au cheval ! Voilà un abus criant qui révolte !

Il y a des boulangers propres, j'en connais, donc je n'en doute pas, mais on ne guide pas impunément son cheval sans se salir les mains et je suis convaincu que chaque boulanger (dans n'importe quelle ville ou campagne) qui distribue le pain, ne devrait s'occuper que de cela et avoir un garçon pour conduire sa voiture, voilà ! Il devrait aussi avoir un costume spécial de toile blanche et des gants idem ; un panier d'osier reconvert d'une toile cirée immaculée. Tout son pain devrait être enfermé dans une voiture bien propre, également doublée d'une étoffe blanche quelconque, et non pas exposé en dessus. Toutes les boulangeries et pâtisseries devraient être inspectées une fois la semaine au moins, de même que les garçons boulangers et pâtisseries. Les autorités civiques et municipales sont tenues en honneur et conscience de faire des règlements à cet effet. En observant bien ces quelques règles de l'hygiène et toutes celles que vous connaissez déjà comme moi, nous parviendrons peut être à réduire le nombre toujours croissant des tuberculeux. Il vaut mieux prévenir la maladie que la guérir, n'est il pas vrai ?

Encore un mot et je termine. Nous avons un agent mysté-

rien x avec lequel on a déjà commencé à faire des expériences qui ont donné d'assez bons résultats jusqu'à présent. Je les ai vus appliquer à New York et à Paris avec succès. Je veux parler des Rayons X. M. le docteur Bécélère s'occupe exclusivement de radiographie à l'hôpital Lariboisière à Paris et il donne des preuves de son succès toujours croissant. Nous nous sommes servis des Rayons X, à l'hôpital du Sacré Cœur à Sherbrooke dans ces cas de goitre, d'épithélioma et d'exostose chez des tuberculeux. Quelques uns ont été soulagés et beaucoup améliorés. J'oserais même dire presque guéris, et je crois que nous aurons obtenu une guérison complète si le traitement avait été continué plus longtemps. On dit que les Rayons X, dirigés sur les cellules des poumons tuberculeux, surtout au début, détruisent les bacilles de Koch. Espérons qu'il en soit ainsi. Je me propose de m'en servir à la prochaine occasion à notre hôpital et je vous en ferai connaître les résultats.

Merci, messieurs, de votre bienveillante attention.

**ACTION DU PHOSPHITE DE CRÉOSOTE DANS LE TRAITEMENT
DES TUBERCULOSES ASSOCIÉES**

Par le Dr J. LAUMONIER de Paris.

Au point de vue clinique, il paraît aujourd'hui nécessaire de distinguer les tuberculoses associées des tuberculoses pures. Sans doute les tuberculoses associées sont en définitive des tuberculoses primitivement pures arrivées à leur période de ramollissement et de cavernisation et sur les lésions desquelles des pyogènes variés viennent se développer. Mais le fait de cet ensemencement par des staphylocoques, des streptocoques, des pneumocoques, des pneumobacilles, ... etc, modifie rapidement l'évolution de la tuberculose et accroît brusquement sa gravité. Au surplus, Sata a montré expérimentalement que les pyogènes peuvent ainsi créer des complications très redoutables, telles que la pneumonie et la broncho-pneumonie.

Ce sont les relations entre la richesse de la flore pathogène — les crachats et l'importance des signes généraux qui m'ont conduit à accepter cette distinction. Tant que les bacilles de Koch sont seuls présents dans les expectorations, ou n'y sont associés qu'à des bactéries banales, qu'à des pyogènes peu nocifs et peu nombreux, la tuberculose suit une marche chronique, lente, quelle que soit souvent l'étendue des signes pulmonaires à l'auscultation. D'ailleurs, dans les tuberculoses locales, torpides, on ne trouve guère que le bacille de Koch, et ces tuberculoses restent guérissables. Leur marche n'est modifiée que s'il y a transformation de la tuberculose fermée en tuberculose ouverte, généralisation et ensemencement pyogène. Au contraire, quand l'examen microscopique des crachats montre une grande abondance de pyogènes, même si les lésions semblent peu considérables, la tuberculose prend une allure plus grave, la fièvre hectique et la consommation s'accroissent, comme réaction manifeste de l'organisme à la resorption des toxines, et indépendamment, pour ainsi dire, du nombre des bacilles de Koch. Ceci expliquerait peut-être, car il faut se garder de généralisations trop hâtives, la durée variable de la résistance des malades. Certains sont fauchés très vite avec des lésions en apparence peu graves; d'autres, en revanche, survivent longtemps avec des lésions fort étendues et même une dyspnée intense. En tout cas, j'en ai eu l'occa-

sion de constater maintes fois que les premiers présentaient une association de bacilles tuberculeux avec de très nombreux pyogènes, streptocoques surtout, tandis que les derniers avaient des bacilles de Koch parfois très abondants mais comparativement fort peu de pyogènes.

De ces faits, il n'est possible de conclure que les infections secondaires des lésions tuberculeuses par les pyogènes contribuent dans une large mesure à la marche évolutive des tuberculoses ouvertes. Par conséquent, il est permis d'espérer, en s'attaquant à ces pyogènes, à leur virulence, à leur vitalité, de modérer la rapidité de l'évolution, d'en arrêter, au moins momentanément, les progrès. Quelque moeste qu'il s'ait, un tel résultat serait cependant bien appréciable, puisque les tuberculeux du 2^{ème} et du 3^{ème} degré, sont presque toujours irrémédiablement condamnés à plus ou moins brève échéance.

S'il est impossible d'atteindre le bacille tuberculeux lui-même, du moins les moyens jusqu'ici préconisés ont tous échoué dans cette tentative, les pyogènes que l'on rencontre dans les tuberculoses ouvertes cavernieuses, semblent plus accessibles aux agents thérapeutiques, ainsi qu'en témoignent les résultats obtenus par l'emploi méthodique de quelques uns d'entre eux et notamment de la créosote et de ses dérivés dans beaucoup d'affections thoraciques. Comment, dans ce cas, agit la créosote? Nous ne le savons point d'une manière certaine. Mais, la créosote étant un antiseptique assez actif et s'éliminant en partie par la voie pulmonaire, on peut admettre qu'elle atténue la virulence des bactéries pathogènes, ralentit leur germination, et modifie ainsi secondairement la nature des sécrétions et l'état des lésions. Aussi voit-on, sous l'influence de ce traitement, l'aspect des crachats changer complètement, tandis que les lésions tendent à se localiser et parfois à se cicatriser, même dans la tuberculose ouverte, ainsi que l'attestent les observations de Burlureau.

Malheureusement la créosote, aux doses relativement fortes qu'il est utile d'administrer, est souvent toxique et peut déterminer ces polynévrites, avec douleurs violentes et faiblesse des membres, que Fernet, Pâquis et Lorot ont signalées chez les personnes qui avaient usé de ce produit. C'est pourquoi j'ai préféré, à la créosote pure, un de ses dérivés les plus actifs : le phosphite de créosote (Phosphotal), dont j'ai pu, dans un grand nombre d'affections thoraciques et les complications respiratoires de la grippe, constater les très bons effets sur les affections pulmonaires. D'ailleurs le phosphite de créosote jouit de plusieurs avantages précieux : il ren-

ferme en effet 9,5% d'acide phosphoreux et constitue un produit parfaitement défini. Son pouvoir antiseptique est assez élevé et on constate un faible écart entre la teneur simplement infertilisante (1 par 1000) et la teneur microbicide (5 par 1000), ce qui tend à faire croire que l'acide phosphoreux n'est pas sans influence, puisque, pour la créosote, la teneur infertilisante étant de 1 par 1000, la teneur microbicide monte à 15 par 1000. Néanmoins, sa toxicité est faible, attendu qu'il faut dépasser 8 centigrammes par kilogramme vivant (5 à 6 grammes *pro die*) pour voir apparaître les mûnes noires. Comme d'ailleurs il ne se dédouble qu'assez lentement dans l'économie et ne régénère ainsi que successivement de petites quantités de créosote, il n'a jamais déterminé, à ma connaissance (et je l'ai employé dans près de 200 cas divers), aucun des accidents que l'on reproche à la créosote. A toutes ces raisons, s'ajoutent encore celles-ci : c'est que, d'une part, par suite du dédoublement du phosphotal dans le milieu alcalin de l'intestin, il se forme des phosphites alcalins assimilables, dont le rôle ne doit pas être absolument négligé au point de vue de l'action métabolique, et que d'autre part, malgré le pouvoir hyperémiant de la créosote le phosphotal, manié avec prudence, ne paraît pas capable de provoquer l'hémoptysie, même chez les tuberculeux congestifs et hémorragiques. J'ajoute enfin que, en raison des troubles gastriques si fréquents chez les tuberculeux, j'ai presque constamment administré le phosphotal à l'état d'émulsion dans un lavement lacté de 100 à 125 cc, après lavement évacuateur. Ce procédé, un peu ennuyeux au début, est rapidement accepté par les malades, auxquels il évite les inconvénients de la voie buccale. Il ne produit d'ailleurs aucune irritation de la muqueuse de l'intestin.

J'ai communiqué en juin 1903 à la Société de Thérapeutique de Paris, les résultats des quatre premières observations recueillies chez des malades atteints de la tuberculose à la période de ramollissement et de cavernisation avec bactéries associées, et traités méthodiquement par le phosphite de créosote. Ces résultats, que je ne puis que résumer ici, renvoyant pour le surplus à ma communication, ont été très satisfaisants en ce sens que l'état général a subi des modifications particulièrement favorables. La température vespérale s'est sensiblement rapprochée de la normale; les sueurs nocturnes ont disparu, l'appétit, le poids, les forces ont notablement augmenté. Au point de vue des échanges, le coefficient de déminéralisation totale et le coefficient de phosphaturie se sont abaissés au voisinage de leur valeur ordinaire, et la consommation d'oxygène respiratoire a subi une chute à peu près parallèle. Au

point de vue bactériologique, si le nombre relatif des bacilles de Koch a peu varié, les pyogènes ont considérablement diminué, quelques uns même ont disparu. Au point de vue hématologique, les globules rouges et les globules blancs, microphages surtout, étaient en augmentation, ce qui indiquait à la fois une atténuation de l'état anémique et une amélioration des défenses naturelles. Enfin, au point de vue des lésions pulmonaires, on constatait surtout un changement dans la nature des râles et parfois la cessation des gargouillements, mais les bruits amphoriques, quand ils existaient, ont persisté presque avec la même intensité. Par conséquent, les lésions elles-mêmes semblent n'avoir été que peu atteintes, sauf chez le malade de l'observation No. 1, où elles se sont très nettement localisées et ont marqué une tendance vers la cicatrisation. Les modifications de la flore pathogène ont entraîné des modifications correspondantes dans l'aspect de la nature des crachats, qui ont perdu leur purulence, sont devenus plus fluides, presque muqueux et beaucoup moins abondants. La toux a également diminué, et même presque complètement cessé chez le sujet No. 1. Il n'y a rien de particulier à dire de la dyspnée, qui n'a jamais été intense chez aucun de ces malades. Enfin l'état digestif, qui avait été l'objet de soins particuliers, s'est amélioré ou maintenu de telle sorte qu'une alimentation suffisante a été presque toujours possible, ce qui est un élément sérieux de cure.

Depuis ma communication de 1903, j'ai suivi très attentivement ces quatre malades, l'état du No. 4 a considérablement empiré malgré une amélioration qui a persisté jusqu'au printemps de 1905; les lésions se sont étendues et enfoncées, la fièvre hectique et la consumption ont augmenté; la situation semble donc tout à fait désespérée. En revanche les 3 autres sont, pour ainsi dire, tirés d'affaire. Le No. 2 en particulier, très robuste aujourd'hui d'aspect, ne présente plus à l'auscultation que des signes de cicatrisation. D'ailleurs, pour ces 3 personnes, le traitement phosphaté est déjà suspendu depuis 18 mois ou 2 ans, sans inconvénients, accidents ou poussées nouvelles.

En outre de ces sujets, j'ai recueilli 7 observations nouvelles de maladies à tuberculose ouverte avec nombreux pyogènes associés, traités méthodiquement, comme les précédents, par le phosphate de créosote. De ces malades, 2 sont au traitement depuis octobre et décembre 1903, 1 depuis 1904, 3 depuis 1905, 1 seul depuis Mars 1906. Je laisse ce dernier de côté; son état est grave, il est alité et sa température qui était au début de 39° 5 oscille encore autour de 39° C. Les 6 autres sont en très bonne voie

d'amélioration. Il n'y a plus de fièvre le soir (sauf le No 9, 1905, dont la température reste à 38,8 C°), le poids a augmenté, naturellement d'une manière plus remarquable chez ceux qui datent de 1903 et 1904; l'appétit et le sommeil sont revenus, bref j'ai constaté les mêmes modifications favorables, en ce qui concerne l'aspect des crachats, les échanges urinaires, les sueurs, les signes bactériologiques, hématologiques et stéthoscopiques, que chez les sujets 1, 2 et 4 de la première série d'observations, ce qui me dispense de plus longs détails. Il me suffira d'ajouter que tous étaient des curatifs et que les Nos 6 et 9 ont eu des hémoptyses graves antérieurement au traitement, lesquelles ne se sont pas reproduites depuis. Les Nos 7 et 10 ont eu des crachats hémoptoïdes avant et au cours du traitement. Le No 8 dont les lésions étaient, quoique profondes, bien localisées au sommet gauche, paraît donner une bonne cicatrisation. Enfin le No 5, très sérieusement atteint, puisque le professeur Debove le considérait comme perdu, est si bien amélioré qu'il a pu reprendre depuis 16 mois, sans aucun trouble ni accident, son métier très fatigant de frotteur.

L'intérêt principal de ces observations, c'est qu'elles sont relatives à des tuberculeux très avancés, que l'on considère comme perdus et que l'on néglige de soigner méthodiquement. De plus, elles remontent assez loin pour qu'on en puisse tirer une conclusion acceptable. Si l'une date de 8 mois seulement, 2 d'un an ou un an et demi, en revanche 3 remontent à 1½ ans, à 3½ ans, ou 3 ans et une à plus de 2 ans, la durée moyenne du traitement étant de 15 à 20 mois. De ces faits il me semble que l'on peut conclure, comme je le faisais à la Société de Thérapeutique de Paris, que le phosphite de créosote est capable de rendre les plus grands services dans les tuberculoses graves, ouvertes, cavernieuses, où il agit principalement sur les infections secondaires. C'est par là que l'amélioration paraît se produire, car en diminuant notablement le nombre des pyogènes, dont les toxines plus ou moins pyrétogènes sont déversées dans l'économie, il abaisse la fièvre et restreint la consommation, et permet ainsi plus facilement à la diététique et à l'hygiène de maintenir ou de recueillir la résistance vitale contre le bacille tuberculeux. Le phosphite de créosote agit-il également contre ce dernier? C'est possible, je le suppose même, mais il serait impossible de l'affirmer. Contentons nous, pour le moment, de constater les résultats obtenus et d'y puiser un encouragement pour les recherches ultérieures.

De la nécessité de bien étudier et de bien traiter les affections compliquant la tuberculose, particulièrement celles du nez et de la gorge

Par le Dr E. de L'AVAIL, de New Bedford, Mass., E. U.

En présentant ce petit travail je n'offre rien de nouveau ; seulement je désire attirer l'attention des médecins qui ne sont pas spécialistes mais s'occupent de médecine générale et ont à traiter les tuberculeux soit à leur cabinet, soit à leur domicile.

La science médicale moderne a découvert la cause de la tuberculose, mais jusqu'à présent elle a été impuissante à guérir cette affection que l'on a nommée à juste raison la peste blanche. On ne peut nier que les travaux de Koch, Trudeau, Roux et autres savants nous ont donné certains agents thérapeutiques qui, sans être une panacée, donnent dans certains cas d'excellents résultats. On ne peut nier non plus, en présence des résultats curatifs obtenus, l'efficacité des différentes antitoxines préconisées en Amérique, en Allemagne, en France et en Italie; mais il faut se rendre à l'évidence, et se dire que les résultats obtenus des ces antitoxines ou sérums dans le traitement de la tuberculose, sont loin d'être ceux qu'on attendait.

De toutes les antitoxines en usage aujourd'hui, on peut dire que celle employée dans le traitement de la diphtérie est la seule qui ait donné les résultats les plus satisfaisants. Mais on ne doit pas oublier que l'emploi d'un antiseptique appliqué localement donne toujours d'excellents résultats et aide à faire disparaître certains phénomènes locaux difficiles à guérir.

Doit-on pour cela nier la valeur thérapeutique de ces agents ? Non, car on tomberait alors dans la grande erreur: le déni de la valeur thérapeutique des agents employés dans le traitement non seulement de la tuberculose mais aussi des autres affections dont souffre l'humanité.

A cause de cette erreur, due à la manie de ne pas croire en la médecine, bien souvent on n'obtient pas les résultats recherchés dans le traitement de la tuberculose.

Si le Nihilisme en thérapeutique est une cause d'insuccès, le manque d'expérience, l'examen trop superficiel, l'idée préconçue que l'on est en présence d'un individu condamné à mourir, quelque

soit le traitement qu'on lui fasse subir, le manque de confiance en soi-même et le peu de connaissances thérapeutiques dont certains font preuve, peuvent être considérés comme des causes d'insuccès.

Certains médecins n'ayant pas obtenu des résultats satisfaisants des méthodes employées disent de laisser faire en attendant l'antitoxine tant désirée, si souvent annoncée mais qui n'existe pas encore. Je ne suis pas de ceux qui nient l'efficacité de l'antitoxine, car je crois en l'efficacité et en la valeur d'un traitement logique basé sur la science. Mais ce à quoi je suis opposé, c'est au laisser-faire et à la négligence d'étudier sur les moyens curatifs au moins ceux qui peuvent soulager le malade, lui rendre l'existence plus supportable, et qui dans un grand nombre de cas peuvent apporter une convalescence relative, qui est souvent le prélude d'une guérison.

Si le médecin a à combattre une affection très dangereuse, il doit posséder sinon des moyens curatifs infaillibles, au moins les connaissances médicales suffisantes pour pouvoir bien reconnaître et bien traiter les accidents qui accompagnent et qui, dans bien des cas, précèdent l'affection principale.

Dans le traitement d'un tuberculeux, il ne faut pas s'occuper seulement des accidents morbides localisés au poumon, mais aussi de ceux que l'on rencontre presque toujours à la gorge, au nez, à l'oreille, au cœur, à l'estomac, aux intestins, etc.

On croit que la gorge est très souvent le point d'entrée par où le bacille s'introduit chez l'homme, mais ce n'est pas toujours par cet organe qu'il y a accès. En effet, d'après tous les praticiens, si les voies aériennes peuvent être un point d'infection; d'autres organes peuvent être infectés bien avant que le poumon le soit. Je n'entrerai pas ici dans la discussion des modes ou moyens d'infection, et je me contenterai donc d'en faire mention.

Chez le malade qui se présente chez le médecin au début de sa maladie, souvent on reconnaît à l'examen une affection, soit du nez, de la gorge ou de l'oreille, qui, d'elle-même, n'est pas dangereuse, mais qui est à craindre chez une personne minée par la *toxémie*, bacillaire chez le tuberculeux, à cause des complications qui peuvent se déclarer.

Dans ces cas, une complication est en effet beaucoup plus redoutable que l'affection principale.

Il faut se rendre bien compte de l'état du malade, et le traiter en conséquence.

Dans la Nouvelle-Angleterre, où le climat est très humide et sujet à des changements météorologiques subits, on rencontre pres-

que toujours chez les tuberculeux un état catarrhal des voies aériennes, une sécrétion abondante, émanant du nez et de la gorge, accompagnée de l'hypertrophie nasale ou des amygdales, etc. Le calibre des voies respiratoires nasales est rétréci et diminué par l'état hypertrophique qui fait que la respiration est gênée, les sécrétions viciées n'offrent plus la résistance naturelle au bacille et, de plus, étant irritantes, elles ont pour résultat d'en rendre les fonctions défectueuses.

En négligeant l'étude des affections du nez et de la gorge, le médecin néglige souvent un auxiliaire précieux, met en danger la vie de son malade, prive celui-ci de soins absolument nécessaires et permet à l'affection pulmonaire de marcher à l'aise grâce aux complications ; car chacun le sait, ce sont presque toujours les complications qui emportent le malade.

C'est une grave erreur de croire que pour traiter les affections ordinaires du nez et de la gorge il faut être spécialiste. Non, car très souvent ces affections peuvent être traitées aussi bien par le médecin que par le spécialiste.

La pauvreté, l'éloignement des grands centres empêchent souvent les patients de consulter un spécialiste. Ce qui n'est pas toujours nécessaire d'ailleurs, car le simple médecin peut guérir par un traitement simple mais approprié, une foule d'affections du nez, du pharynx ou du larynx.

Il en est de même dans le traitement de la tuberculose. Un tuberculeux souffre de bien d'autres affections que celle localisée au pommou, car la tuberculose pulmonaire n'est très souvent qu'une phase d'une maladie qui deviendra bientôt générale si on ne traite pas le malade logiquement.

Il va sans dire qu'on se trouve quelquefois en face d'opérations délicates qui nécessitent l'intervention du spécialiste.

L'examen du malade ne doit pas se porter seulement sur le pommou. La gorge peut être atteinte et très souvent c'est par les amygdales que l'infection s'est produite ; les glandes du cou atteintes de tuberculose ont infecté l'organisme ; l'oreille peut être atteinte depuis longtemps, car on voit très souvent des individus atteints d'otite présenter plus tard des symptômes de tuberculose pulmonaire. Les hypertrophies nasales en diminuant le calibre des voies nasales et par la déviation des sécrétions causent des troubles digestifs et autres ; le cœur, qui est très souvent atrophié, comme le sont presque tous les muscles du système musculaire, les intestins, les reins, etc., doivent être examinés, et si

affectés, un traitement régulier et rationnel doit être institué comme je l'ai dit plus haut : "Ce sont les complications qui tuent rapidement le malade dans la plupart des cas.

Laissant de côté toutes les différentes théories etc., nous devons tout de suite traiter rationnellement le patient pour la maladie dont il souffre.

Le tuberculeux, comme je l'ai dit, ne souffre pas seulement d'une affection pulmonaire proprement dite. Ordinairement l'affection principale est compliquée. Le traitement doit alors se porter directement sur ces complications tout en visant l'affection générale. C'est dans le traitement de ces diverses complications que la thérapeutique ordinaire et la thérapeutique spéciale, suivant le cas, entrent en fonctions.

Il ne faut pas croire que pour traiter les diverses complications de la tuberculose, il faille être spécialiste. Non, loin de là, car c'est un fait reconnu, qu'avant d'être spécialiste il faut bien connaître la médecine générale et être bon praticien ; aussi certains spécialistes doivent-ils souvent au manque d'une connaissance suffisante de la médecine générale les succès qu'ils rencontrent dans le traitement des diverses affections de la tuberculose.

Tout médecin peut, s'il est nécessaire, traiter scientifiquement et avec succès, un grand nombre d'affections du nez et de la gorge inhérentes à la tuberculose.

Souvent ces affections du nez et de la gorge masquent complètement l'affection pulmonaire et si le médecin ne réussit pas à diagnostiquer définitivement la cause des troubles, il pourra mettre en danger la vie du malade en laissant passer inaperçus les symptômes d'une affection pulmonaire.

Les opinions sont divisées sur le mode d'infection bacillaire. Mais il est une chose certaine, c'est que les voies aériennes sont très souvent le siège d'infection primaire, ou bien la porte d'entrée par où pénètre, sous certaines conditions, le bacille. Je ne discuterai pas ici cette question qui, à mon point de vue, est encore au statu quo. Le temps ne me permet que d'en faire mention.

Il existe encore une division d'opinion sur les moyens à employer dans le traitement des affections tuberculeuses du nez et de la gorge. A part certaines maladies qui nécessitent le recours à la chirurgie, le médecin peut presque toujours traiter les affections tuberculeuses avec succès, les guérir, ou du moins soulager le malade et lui rendre l'existence moins pénible. Les tuberculeux souffrent ordinairement d'une affection nasale et le plus souvent d'hypertrophie des cornéas.

Il faut traiter ces hypertrophies, car, ordinairement, on rencontre chez nos malades des symptômes d'asthme qui sont plus ou moins dus aux réflexes nerveux, et chez les femmes, de l'irritation des centres nerveux nasaux, qui, comme on le sait, semblent entrer en ébullition vers l'époque cataméniale.

Pour bien traiter la tuberculose et ses complications, il faut être bon thérapeute et bien connaître la valeur des différents agents qui entrent dans ce traitement. Les complications observées chez le tuberculeux sont aussi nombreuses que difficiles à reconnaître. Mais celles affectant le nez et la gorge se découvrent aisément et sont ordinairement faciles à traiter. Nombre de médecins n'étudient que très superficiellement la thérapeutique, ce qui fait que très souvent, même après avoir bien diagnostiqué, ils sont sans ressources. Ils ont trop conscience de leur ignorance et c'est souvent la cause de leurs insuccès.

Ordinairement alors, on donne au malade une préparation brevetée dont on ignore même la composition. On prône ses succès, mais on ne manque pas de taire ses insuccès. Pourtant si l'on voulait mieux étudier nos moyens curatifs on pourrait faire mieux. Si l'on ne peut pas toujours guérir le patient, on peut au moins lui rendre la vie moins pénible, dire à l'avance quels sont ou quels seront les traitements à donner suivant le cas ou suivant les résultats obtenus ou à obtenir. A ce sujet, permettez moi une réflexion. Tous les médecins étudient-ils la matière médicale, se tiennent-ils au courant de la thérapeutique moderne et traitent-ils logiquement leur patient? Quelques uns le font, mais la plupart ne le font pas et pourquoi? Certaine classe de médecins nient aux agents thérapeutiques toute leur valeur réelle et curative, et grâce à cet esprit de négation, lorsque l'on a à traiter une maladie, on manque de moyens et la maladie suit son cours.

On rencontre nombre de cas de tuberculose chez les ouvriers qui travaillent dans les manufactures de la Nouvelle Angleterre. D'après une statistique publiée récemment par un journal américain on rencontrerait même 172 cas de tuberculose sur chaque 100,000 ouvriers de cette classe.

Les récents travaux de Monty Brown et Whitehead nous ont démontré que les sinus sont affectés dans un grand nombre de cas, et qu'on peut attribuer à leur affection les maux de tête, les névralgies, particulièrement ceux du matin. Whitehead croit que ces maux de tête sont dus aux hypertrophies des cornets nasaux. La céphalalgie que l'on rencontre très souvent chez le tuberculeux est due à ces causes ou bien à la toxémie.

Les céphalalgies diffuses dues aux troubles nasaux tourmentent souvent les tuberculeux. Elles sont, d'après Movitzs, le plus souvent causées par une affection des sinus frontaux.

J'ai remarqué dans la pratique qu'un bon nombre de tuberculeux souffrent souvent d'asthme, ce qui est dû à l'état anormal de la cavité nasale. L'irritation de la membrane nasale chez ces malades cause souvent des phénomènes réflexes. C'est pourquoi Bimmer dit qu'il a observé les accidents suivants: l'asthme, la rhénite, les spasmes de la glotte, le catarrhe de la trachée et celui des bronches. Combien de cas d'asthme chez les tuberculeux sont guéris en peu de temps par une application de coeame, etc., etc.

Les tuberculeux sont aussi très affectés par le pollen de *Thydrastis canadensis*, vers l'automne.

En terminant, je crois que nos insuccès sont nombreux et dans un grand nombre de cas impossibles à éviter, mais qu'ils sont dus aux causes suivantes :

1o. On étudie bien peu le rôle des agents dans le traitement de la tuberculose, non seulement chez les tuberculeux, mais aussi dans les affections qui se rattachent à la tuberculose elle-même.

2o. On porte trop peu d'attention aux complications que l'on observe presque toujours chez le tuberculeux, même au début de l'affection principale.

SOCIÉTÉS DE BIENFAISANCE ET SANATORIUMS DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

PAR DOCTEUR J. B. G. M. S. M. S. P. Q.

Après le cloptage et les autres dévotions puérilement de vous être faites sur le terrain des études qui ne font encore inscrites sur le programme, je ne salue l'organisation de vous entretenir de cette pénible maladie et point de son développement scientifique.

Ce serait prendre inutilement votre temps, et m'exposer à d'inévitables répétitions, mais je ne puis vous l' laisser passer l'occasion de ce congrès, on l'étudie la tuberculose, de sa prophylaxie, et de son traitement, est un sujet qui a depuis longtemps fait l'objet de cette convention, on l'a étudié. Médecins Canadiens Français se trouvent réunis, sans venir vous parler d'un projet dont je caresse l'idée depuis quelques années, d'un projet que j'aurais l'espoir de voir réussir bientôt si je pouvais vous en intéresser. Messieurs, si je pouvais obtenir votre aide et votre concours.

Je veux parler de l'établissement, par les Sociétés de Bienfaisance, de sanatoriums pour le traitement de la tuberculose parmi leurs membres.

Il est admis presque universellement aujourd'hui, surtout parmi les personnes qui s'occupent spécialement de physiothérapie, que les meilleurs, je pourrais dire, les seuls moyens de défense efficaces contre le bacille et ses microbes sont les agents physiques : soleil, lumière, électricité, hydrothérapie et surtout l'air pur. Si vous ajoutez à cela la cure de repos et une nourriture abondante et appropriée, avec accidentellement quelques médicaments pour les symptômes, vous avez tout ce qu'il faut pour guérir vos malades.

Mais, où trouver toutes ces conditions essentielles réunies dans leur perfection, pour ainsi dire, et sous une surveillance médicale constante, sinon dans les sanatoriums ? Tout y est étudié, tout y est combiné pour obtenir la guérison la plus rapide et la plus permanente possible.

Là ne s'arrête pas cependant l'efficacité du Sanatorium. Non seulement c'est le lieu d'élection pour le traitement de la tuberculose, mais encore et surtout c'est la meilleure école d'hygiène pratique, d'hygiène appliquée, si je puis m'exprimer ainsi. Là, non

seulement le malade apprend à se traiter et à se guérir, mais aussi, il apprend à ne plus être un danger pour les autres, et pour lui-même, et revient chez lui dans sa famille ou dans sa pension, dans son atelier, sa manufacture ou son magasin il préche constamment et de la manière la plus efficace possible, il préche d'exemple.

Mais où trouver les fonds nécessaires pour l'érection de ces sanatoriums? Je ne parle pas, messieurs, pour les tuberculeux riches, pour les favorisés de la fortune — si pour eux, actuellement la province n'a presque pas d'asile — Muskoka dans l'Ontario, et cinquante sanatoriums dans la République yougote, sont prêts à leur ouvrir leurs portes à deux battants. — Mais pour la masse, les pauvres, les travailleurs, pour le journalier et l'artisan, le mineur et l'employé, le commis, et même le petit propriétaire — pour la grande majorité enfin de la population de la Province, où trouver les fonds pour leur éléver ces asiles, ou ils pourront être traités convenablement leur terrible maladie, et instruits des conditions hygiéniques nécessaires à leur guérison?

Malheureusement, dans notre province, les fortunes princières sont clair semées, les finances gouvernementales sont loin de suffire à rencontrer les besoins pressants et nombreux qui surgissent chaque jour.

La charité privée elle-même, sollicitée de toutes parts, est obérée. L'indigence, la vieillesse et l'enfance, les infortunes de toutes sortes comme les maladies de toutes natures demandent des fonds pour être hospitalisées, et malheureusement les nombreuses souscriptions, concerts de charité, bazars, tombolas, et que sais je, les secours ne sont jamais à la hauteur des besoins. — Comment, dans ces circonstances, présenter devant le public, avec chance de succès, cette nouvelle venue dans le champ de la charité?

Est ce à dire, Messieurs, que parce qu'il se rencontre des obstacles, nous devons abandonner la lutte? Faut il renoncer à ces sanatoriums qui ont prouvé être si efficaces, partout où ils ont été établis, au point d'influencer favorablement la mortalité de tout un pays? Faut il se croiser les bras et attendre? Non, certainement non! — Mais alors, à qui s'adresser?

Frappé par les résultats obtenus ailleurs, j'ai pensé que le meilleur moyen d'intéresser le public à cette œuvre, c'était de s'adresser à ceux qui doivent le plus directement en profiter: aux sociétés de bienfaisance, en faisant contribuer directement et proportionnellement les caisses de maladie et d'invalidité, les caisses aux décès, et les membres eux-mêmes.

Depuis plusieurs années, les sociétés allemandes ont compris l'avantage qu'il y avait pour elles à lutter directement contre la tuberculose qui, là comme ici, fait de trop nombreux ravages. L'expérience faite, elles ont trouvé qu'il leur était plus économique de faire traiter et guérir leurs adhérents atteints de cette maladie que de continuer à payer presque indéfiniment des pensions aux malades, des indemnités aux veuves et aux orphelins et à leurs héritiers.

Malgré les progrès énormes faits par la mutualité en France, durant la dernière décennie, malgré le rôle prépondérant qui a porté les différentes sociétés à envoyer des délégués jusque dans les provinces les plus reculées de l'empire, nous sommes loin encore des progrès réalisés par la mutualité allemande, surtout au delà du Rhin. Si j'en ai eu l'occasion de faire un voyage en Prusse, j'ai déjà, à cette époque, plus de 10 millions des marks de dépenses annuelles de la part des différentes sociétés allemandes de bienfaisance et de secours mutuels.

Il est vrai que la mutualité n'est pas la même dans notre pays. Quand ici tout est volontaire, facultatif, individuel ou limitatif, là tout est réglementaire, obligatoire, collectif.

L'influence gouvernementale est partout. Et tout l'employé ou le commerçant ou de l'industrie dont le salaire annuel est inférieur à 2000 marks est tenu de participer de quelque société qui l'aidera durant sa maladie ou son invalidité. Mais, sans nous occuper de ces différences d'organisation qui n'ont qu'une importance secondaire dans un débat comme celui-ci, contentons-nous de constater les résultats obtenus dans la lutte contre la tuberculose et les moyens pris pour y arriver.

Dès 1892, une société de bienfaisance de Francfort sur le Rhin, constatant que la plupart de ses pensionnés étaient des tuberculeux, faisait construire le premier sanatorium spécial pour y faire soigner ses malades.

En 1895, le Dr Pinnwitz, médecin militaire, eut l'idée d'utiliser les baraques de la Croix-Rouge, installées à l'occasion de l'ouverture du canal de Kiel, pour y faire un sanatorium populaire à l'usage des caisses d'invalidité pour militaires. Peu après, le professeur Von Leyden constituait une société pour l'établissement de sanatoriums populaires et créait le sanatorium de Belgig.

Quand, dit le Dr Romme, dans un article sur les assurances ouvrières et la lutte contre la tuberculose en Allemagne : quand le mouvement en faveur des sanatoriums populaires se généralisa ; quand, dans un véritable élan humanitaire, les communes, les dis-

tricts, les villes, les associations coopératives, les sociétés de bienfaisance et de secours mutuels, les personnes privées, se firent un point d'honneur d'apporter chacun son obole à cette œuvre grande, il a fallu de toute nécessité régulariser et canaliser ce mouvement. C'est alors que, dans une réunion tenue par le comité de la Croix Rouge et par le comité de Berlin-Brandebourg, on décida la formation d'un comité central pour la création de sanatoriums pour tuberculeux. Les ressources financières furent assurées par des dons, des loteries, etc.

Mais, ajoute le Dr Roume, ce qui assura le succès définitif de ce mouvement, ce fut la participation logique, inévitable des deux organisations sociales, les caisses d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse et les caisses d'assurance contre la maladie. Ce sont des considérations d'ordre purement financier et économique, qui ont décidé ces organisations à prendre la tête du mouvement."

Pour les caisses d'assurance contre l'invalidité, la question a été nettement posée au congrès de Stuttgart en 1895 par le docteur Gebhardt, directeur de l'établissement hanseatique d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse: il a tout d'abord montré que la majeure partie des rentes d'invalidité était payée à des tuberculeux (20 à 22% suivant les établissements) et ce qui est encore plus grave, que le nombre des ouvriers tuberculeux auxquels on servait des rentes augmentait tous les ans. Ce qui laissait prévoir le moment où toutes les ressources des caisses d'invalidité seraient absorbées par des tuberculeux."

"C'est pour parer à ce danger croissant que le Dr Gebhardt proposa aux caisses d'invalidité de se charger en partie de l'entretien des tuberculeux hospitalisés dans les sanatoriums. Les caisses d'invalidité devant réaliser de cette façon un bénéfice notable.

"Voici le calcul du Dr Gebhardt. Un ouvrier tuberculeux qui ne peut plus travailler reste ordinairement à la charge de la caisse d'invalidité (avant d mourir) pendant 2 à 3 ans. Sa rente annuelle étant en moyenne de 235 francs, il coûte à la caisse de 170 à 700 francs.

Mais si dès le début de la tuberculose, l'ouvrier était placé dans un sanatorium d'où il sortirait au bout de 3 mois pour reprendre son travail, la caisse d'invalidité payant, par exemple, seulement la moitié des frais de traitement, qui est de 5 francs par jour, aurait à dépenser 225 francs (90 jours à 2,50 francs par jour). Dans ces conditions, 1000 tuberculeux leur coûterait 225.000 francs

tandis qu'aujourd'hui ils leur reviennent à 150,000 francs en rente, payables pendant deux ans." (1)

La plupart des sociétés représentées au congrès de Stuttgart ont endossé les opinions du Dr Gebhardt et font actuellement soigner leurs malades dans les sanatoria. Dans un rapport publié en 1827, je vois que déjà 57 sociétés avaient assisté collectivement 4180 consomptifs dont 4137 avaient été envoyés dans les sanatoria.

Tel est le fonctionnement des sanatoria populaires allemands. Créés et alimentés en partie par le concours des villes, des communes, des particuliers. Ces sanatoria ont un revenu assuré par participation des caisses d'assurance contre l'invalidité et la maladie.

Maintenant, quels ont été les résultats de ces démarches des sociétés allemandes? Leurs espérances ont-elles été réalisées? Les profits obtenus ont-ils contre balancé les déboursés? Naturellement les résultats n'ont pas été identiques partout: trop de facteurs entrant en cause. Où les malades arrivaient à n'importe quelle période de leur maladie, 25% sortaient apparemment guéris, et de 10 à 50% suffisamment améliorés pour pouvoir reprendre leurs occupations au moins pour un temps. Mais partout où l'on a pu traiter les malades dès les premiers symptômes du mal, les guérisons ont atteint 70, 80 et même 90% des cas traités.

Croyez-vous que les résultats obtenus valaient les efforts tentés? Croyez-vous que c'est un exemple qui vaille la peine d'être suivi par nos sociétés canadiennes? Pourquoi ne pourrions-nous pas faire ici, aussi bien que dans les vieux pays? Différence d'habitudes, différence de climat, me dira quelqu'un. Est-ce que, à nos portes, à Saranac Lake, dans les Adirondacs, Trudeau, le pionnier de la cause sanitorienne en Amérique, n'a pas depuis 25 ans, obtenu des résultats analogues ou à peu près?

Mais j'entends quelques uns d'entre vous me dire: Pourquoi avoir pris notre temps pour une communication du genre? C'était aux sociétés de bienfaisance elles-mêmes qu'il fallait vous adresser et non à un congrès comme celui-ci.

Messieurs, je vous le dirai en confidence: J'ai là, tout préparé, un projet que je soumettrai à la convention générale d'une de nos grandes associations nationales: mais si je pouvais partir de ce con-

(1) (Bronardel: La lutte contre la tuberculose, Librairie Baillière & Fils, Paris).

grès avec un endossement de ma proposition ; si les 200 membres éminents, éclairés, les mieux en état par leur profession et leurs études, de se prononcer sur une question comme celle-ci, en connaissance de cause, si, dis-je, les membres de ce congrès, consentaient à appuyer de leur influence et de leurs paroles, les efforts que nous allons tenter pour l'établissement de ces Sanatoriums, croyez-vous que nous serions loin du succès ?

Presque tous, Messieurs, vous êtes affiliés à nos sociétés de bienfaisance nationales, soit comme membres, soit comme praticiens appelés à donner vos soins professionnels à des membres de nos sociétés ; croyez-vous que votre influence n'est pas très grande, n'est pas prépondérante dans ces sociétés, surtout lorsqu'il s'agit d'une question qui relève de la médecine ou de l'hygiène ? C'est pourquoi je me suis adressé à ce congrès. C'est pourquoi, avant d'aller frapper à la porte des sociétés de bienfaisance, je me suis adressé à vous d'abord, Messieurs, dans la ferme espérance d'avoir votre encouragement et votre concours.

Et si nous pouvons décider, un jour, une seule société à tenter l'expérience, vous verrez avant longtemps de nombreux Sanatoriums ouvrir leurs portes aux pauvres malades. C'est l'éducation populaire qu'il faut faire, c'est la masse qu'il faut atteindre ; mais cela ne sera fait que quand le peuple sera convaincu par l'expérience, qu'il aura touché du doigt, pour ainsi dire, les résultats que l'on peut obtenir dans ces Sanatoriums. Une fois l'impulsion donnée, une fois la machine en mouvement, vous serez étonnés de la grandeur, de la magnificence des résultats obtenus.

Messieurs, je suis peut-être trop optimiste, mais j'espère, et cela avant longtemps, voir chaque cité, chaque ville, et peut-être chaque village établir son propre Sanatorium comme il y a actuellement les hôpitaux d'isolement pour la rougeole, la scarlatine, ou la diphtérie, et quand cela sera fait, quand le grand public aura commencé à connaître le nature de la tuberculose, les mesures hygiéniques et préventives nécessaires, que toutes les précautions indispensables seront mises en œuvre, alors, il nous sera permis de prévoir le jour où, comme ses devancières, la peste noire et la lèpre, cette nouvelle peste, cette peste blanche comme on l'a surnommée, aura à peu près disparu des confins de notre beau Canada.

SANATORIUMS GRATUITS POUR TUBERCULEUX

Par le Dr J. E. D'AMOURS, de Papineauville (1)

Membre de la Commission de la tuberculose, Secrétaire de l'Association Médicale du district d'Ottawa.

En ajoutant au chiffre de notre accroissement naturel, les 150,000 immigrants qui nous arrivent annuellement depuis 1901, (date du dernier recensement), on peut évaluer à 6,200,000, la population actuelle du Canada.

J'eus désiré obtenir une statistique complète des décès par tuberculose pour chacune des provinces du Dominion ; mais quelques-unes d'entre elles ne conservant aucune note de leur décès, j'ai dû renoncer à ce projet.

Nous nous contenterons donc d'évaluer à 11,000 le nombre des tuberculeux qui meurent annuellement dans notre pays. Pour peu que l'on veuille se donner la peine d'établir un calcul de proportion, une simple lecture des statistiques d'Ontario et de Québec, nous permettra d'affirmer que cette évaluation n'est nullement exagérée. Je la crois même bien au-dessous de la réalité ; car il est difficile de croire que ces parties de notre pays, où l'on ne se préoccupe nullement de compiler les statistiques des décès, (1) ne présentent pas un plus fort pourcentage de contaminés, que n'en accusent les autres régions où l'on songe à mettre en pratique les lois de l'hygiène et à lutter contre la contagiosité, ainsi que la chose se pratique dans Ontario et Québec.

Il faut aussi avoir présent à la mémoire l'immigration dans les plaines de l'Ouest.

Saurons nous jamais combien de tuberculeux déversent sur nous, annuellement, nos bureaux d'immigration de Londres et de Glasgow ?

L'Ouest Canadien a reçu, cette année, 185,000 immigrants. N'oublions pas que ceux qui les envoient après leur avoir fait subir un simulacre d'examen médical, ne sont ni impeccables, ni incorruptibles, s'il faut en croire le résultat d'enquêtes instituées à ce

(1) Citons par exemple la Nouvelle Écosse, l'Île du Prince Édouard

sujet et que nous relatent nos quotidiens. Nos économistes prétendent qu'en 1915 notre population sera de 12,000,000. Quelle ne serait pas notre surprise alors, si le chiffre des décès pour tuberculose, présentant une proportion deux fois plus grande qu'à l'heure actuelle, nous comptions annuellement, au Canada, 50,000 décès provenant de cette cause ?

Rien d'impossible, et c'est d'ordinaire un des premiers méfaits de l'immigration que d'importer avec elle un très fort pourcentage d'avariés et de tuberculeux. Nous réaliserons donc, ici, la position du Portugal qui, avec une population de 4,700,000 habitants, perd chaque année 20,000 tuberculeux. J'ajouterai que les causes de notre dépopulation seraient à peu près identiques à celles de ce pays, en ce sens que la négligence de ses gouvernants laisse impunies les nombreuses fautes qui s'y commettent contre l'hygiène et que l'imprévoyance des nôtres ne daigne pas imposer une inspection médicale très sévère à l'immigration malsaine qui nous envahit, ni opposer au mal tuberculeux qui nous ronge les remèdes appropriés que les divers pays ont institués chez eux, et grâce auxquels ils sont parvenus à en atténuer considérablement les désastres.

Je me permettrai de citer ici, (pour l'utilité de celui qui désirerait y référer au besoin) une statistique des décès par tuberculose dans la province de Québec, de 1895 à 1901.

Je dois ces renseignements à l'obligeance de M. Elzéar Pelletier, secrétaire du Bureau d'Hygiène provincial.

Année	Total des décès	Décès dus à la tuberculose
1895	31,696	2,791
1896	31,201	2,826
1897	31,387	3,079
1898	31,871	2,876
1899	31,211	3,085
1900	31,178	3,015
1901	30,582	2,976
1902	27,408	2,831
1903	30,876	2,913
1901	30,549	2,888

Les chiffres des populations sur lesquelles sont réparties ces statistiques furent pour les trois dernières années :

Année	Population
1902	1,560,076
1903	1,621,825
1905	1,606,252

La partie de la population qui reste muette à l'appel est retranchée des calculs. C'est là, en effet, le meilleur moyen de dresser une statistique qui vaille.

Voici un tableau indiquant le nombre de décès par tuberculose dans la province d'Ontario, durant les années 1902, 1903 et 1904. Les comptes rendus pour 1905 ne sont complétés pour aucune des provinces.

PROVINCE D'ONTARIO :

1902.	Sur un total de 27,861 décès, 2,694 étaient dûs à la tuberculose
1903.	" " 29,661 " 2,723 " "
1904.	" " 31,290 " 2,877 " "

Les chiffres des populations sur lesquelles furent basées ces statistiques furent :

1902	Population	2,205,965
1903	"	2,198,602
1904	"	2,203,968

Il y a dans la Province d'Ontario trois magnifiques sanatoriums, dont deux sont gratuits et subventionnés par le gouvernement et les municipalités.

1o. Le Muskoka Cottage sanatorium contient 92 lits. Cette institution est payante et construite sur le système des pavillons isolés.

2o. Le Muskoka Free Hospital for Consumptives, contient 75 lits. Comme son nom l'indique, ce sanatorium est gratuit. Il est calqué sur les modèles allemands, tels que Folkenstein ; mais avec d'heureuses modifications.

3o. Le Toronto Free Hospital for consumptives contient 65 lits. Cette institution, érigée à un mille de la ville de Toronto, ne prend que les cas de tuberculose avancée, que le règlement des autres sanatoriums ne leur permet pas d'accepter.

On est actuellement à faire des améliorations nombreuses au Muskoka free hospital ainsi qu'au Toronto free hospital. Chacun d'eux sera augmenté de 20 lits. J'apprends avec plaisir que la ville de Hamilton s'occupe actuellement d'ériger un splendide sanatorium gratuit où elle soignera les cent tuberculeux qu'elle perd annuellement.

La province de Québec, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île du P. Édouard, le Manitoba et la Colombie Anglaise n'ont point de sanatoriums gratuits pour leurs tuberculeux. Hâtons nous de dire, cependant, qu'il y a un mouvement très accentué en ce moment au Manitoba en faveur de l'érection d'un vaste sanatorium populaire.

Il y a dans la Nouvelle-Écosse une petite institution du genre à Kentville, ainsi que les deux sanatoriums Lahlghum et

Brehmer Rest, dans la province de Québec, dont l'un est payant, l'autre semi payant. Ce sont d'ailleurs de très petites institutions qui ne publient même pas de statistiques. Je ne les cite que pour mémoire.

Ce qui frappe, de prime abord, en parcourant les statistiques d'Ontario et de Québec, c'est que notre province, avec une population moindre de 600,000 âmes, présente un plus haut chiffre de décès par tuberculose. Ceci est dû, à n'en pas douter, aux efforts persévérants que font les autorités d'Ontario pour édicter avec précision les lois d'hygiène et surtout pour les faire observer.

Je ne doute nullement que les quelques sanatoriums d'isolement et de cure, qui y furent installés depuis quelques années, n'aient contribué déjà à effectuer cette diminution de 0,5 dans le chiffre des décès par tuberculose perçus dans les statistiques pour 1903 et 1904.

Il suffit, d'ailleurs, de parcourir le rapport annuel du registraire général, pour juger du travail colossal que s'imposent les autorités du conseil d'hygiène afin d'arriver à dépister les cas de maladies contagieuses. On s'y rend bien compte de l'utilité des statistiques précises et aussi complètes que possible, là-bas, comme ici dans la province de Québec. Disons, cependant, à l'honneur de la province sœur, qu'elle nous surpasse de beaucoup, en ce qui concerne la valeur de ses règlements hygiéniques et avouons que les principes d'hygiène y sont plus qu'ici diffusés parmi le peuple.

Nous avons donc, dans notre province, 1 décès par tuberculose sur 570 éléments de notre population ; tandis qu'Ontario n'en compte que 1 sur 758. Cette différence énorme indique le devoir pressant pour nous, de réagir contre cette maladie qui décime notre population canadienne et qui semble surtout augmenter dans la province de Québec, malgré les efforts dévoués et intelligents dont font preuve les autorités de notre Bureau d'hygiène.

LES SANATORIUMS

S. A. Knopf, en publiant la deuxième édition de son magnifique ouvrage sur les sanatoriums, dit en préface, que, ayant constaté l'inutilité des efforts faits jusqu'ici, par nos plus grands thérapeutes, pour arriver à trouver un sérum curateur de la tuberculose, il s'est décidé à rééditer de nouveau son volume, poussé par la ferme conviction que le seul, l'unique moyen qu'il y ait de lutter avantageusement contre la tuberculose, est la cure sanatoriale qui a fait ses preuves.

Nous nous permettrons donc de faire un résumé aussi succinct que possible des statistiques publiées par les principaux sanatoriums d'Europe et d'Amérique, avec l'espoir que le compte rendu des nombreuses guérisons qu'ils ont réalisées jusqu'ici contribuera à ouvrir les yeux de nos phthisio-thérapeutes, de nos philanthropes et de nos gouvernants, pour les intéresser enfin à cette cause si utile des sanatoriums, que nous aurions à cœur de voir grandir dans notre Canada, et, plus spécialement encore, dans notre chère province de Québec.

Qu'on veuille bien noter que la véracité des faits énoncés dans les statistiques qui suivent a rencontré l'approbation du congrès de Paris, malgré les fortes dénégations qu'ont tenté de leur opposer certains congressistes turbulents et qui n'ont pu d'ailleurs produire aucune statistique contradictoire appuyant leurs dires.

Avant de faire la lecture de ces statistiques, il convient de se rappeler que le sanatorium fermé étant une institution de prophylaxie autant que de cure, il est de règle absolue de n'y accepter que les prédisposés à l'infection et les phthisiques débutants. Il est en effet facile de concevoir que le pourcentage des guérisons serait loin de ce degré, si une sage prévoyance ne refusait les phthisiques cachectisés, porteurs de cavernes.

Pour ces derniers, il existe dans le voisinage des grandes villes d'Europe et des États-Unis d'Amérique des sanatoriums spéciaux, dont les statistiques, sans être encourageantes, sont cependant loin d'être comparables aux comptes rendus désespérants que publient nos hôpitaux généraux de ville.

STATISTIQUE DE S. A. KNOPF

STATISTIQUE des guérisons et améliorations obtenues dans différents sanatoriums.

Noms des Sanatoriums	Mortalité Pour cent	GUÉRISONS		Améliorations Pour cent
		Absolues Pour cent	Relatives Pour cent	
Falkenstein [Allemagne]	4 à 1½	14	14	45
Hokenbomhof	4	14,51	28,91	45
Ruppertsheim	4	13	28,91	77
Muskoka [Ontario]	15	16	25	33
Skaron, Mass., [E.-U.]	15		25	33
Goerbersdorf, [Allemagne]	15		Guérisons	33
Goerbersdorf, San. Brebner	7,51		25	50,55
Goerbersdorf, San. Rompler	7,5		25,27	50
Goerbersdorf, San. Pückler	4		25,27	72
Reiboldsgrun [Allemagne]	2,5		25,27	70,73

Davos [Suisse]	1,36	40	40
Nordrach [Allemagne]	1,36	30	65
Halida [Finlande]	13,5	36,7	33
Cungon [France]	13,5	13,8	33
Adirondacks Cottage [E.-U.]	13,5	20,25	30,35
Loomis Liberty, [N. Y.]	13,5	25	50
Chestnut Hill [Pensylvanie]	17,5	8	14½
Winyah Ashville [N. C.]	1	26,46	42,47
Leysin [Suisse]	17,3	11,3	58,2
Rehburg [Allemagne]	28	40	32
Ventnor [Angleterre]	8,5	16,4	65
Hanfe San. St-Blosien	17	67,9	65
Schonberg [Allemagne]	17	82,9	65
Malchow, [près Berlin]	13	40	65

Voici maintenant les résultats obtenus durant une période de dix ans, dans le traitement de 5,032 malades, qui ont été soignés au sanatorium de Bechmer.

Sur 1399 phthisiques (1er degré) 389 furent guéris et 1247 améliorés.
 " 2225 " (2e ") 152 " 802 "
 " 1447 " (3e ") 551 " 78 "

A noter que ces cas cités comme améliorés furent revus dix années après leur traitement, et on constata qu'ils pouvaient encore travailler (Voir Leysien).

Après avoir pris connaissance de ces statistiques, on est en droit de se demander, ajoute Knopf, si les nombreuses guérisons effectuées dans les sanatoriums sont durables.

Dettweiler, dit-il, a publié un rapport de 72 cas de guérison complète d'une durée de trois à neuf ans. Voici cette importante statistique : " On a soigné dans l'espace de dix ans, à Falkenstein, " 1022 cas de phthisie confirmée, bien démontrée. Sur ces malades, " 132 ont été renvoyés comme absolument guéris ; 110 comme re- " lativement guéris. Dettweiler écrivit à 99 des 132 malades sortis " absolument guéris, depuis un temps variant de 3 à 9 ans. Il re- " çut 98 réponses : 11 malades étaient morts, la plupart de mala- " dies autres que la tuberculose ; 12 avaient eu une rechute suivie " de guérison ; trois étaient encore malades. Nous voyons donc " que sur ces 98 cas, la guérison s'était maintenue chez 72 malades, " soit une moyenne d'environ 72,5 pour 100 de guérisons confir- " mées. "

Wolff, de Reiboldsgrum, qui n'accepte pas l'idée de guérison absolue, a cherché en 1890, ce qu'étaient devenus les malades qui en 1876 avaient quitté le sanatorium de Bechmer " relativement

guérés." Sur ceux-ci il put retrouver 50 survivants en pleine santé. Au sanatorium de Saranac Lake (Dr Trudeau médecin directeur) sur 115 malades traités, il y a 10 ans, la plupart se portent encore bien. Sept ou huit seulement ont eu des rechutes légères. Et il en est ainsi pour un grand nombre de sanatoriums que nous indique Knopf. L'amélioration obtenue chez les malades s'est maintenue chez la plupart, sept ou dix ans après leur sortie.

Nulle part, la diminution de la mortalité n'est aussi notable qu'en Angleterre où il y a des sanatoriums depuis plus de 80 ans.

Le Dr Tatkam, inspecteur des statistiques du registraire général, démontre clairement que la mortalité par tuberculose en Angleterre et dans le pays de Galles, qui était, en 1870, de 2410 pour 1 million d'habitants, n'était plus que de 1307 en 1896; et la mortalité par tuberculose à Londres n'était, en 1896, que de 1731 par million d'habitants alors qu'en 1891 elle était de 2200.

Je lisais dernièrement que le "Metropolitan Asylum Board" a l'intention de construire, à l'usage exclusif des habitants de Londres, un sanatorium contenant 2,000 lits où pourront être soignés en moyenne 1,000 sujets. La dépense annuelle est évaluée à 3,250,000 francs. La sage prévoyance de Londres, dont le pourcentage des mortalités par tuberculose est moins élevé que celui de nos villes du Canada, devrait nous réveiller quelque peu et stimuler le zèle de nos gouvernants qui ne sont pas sans connaître les besoins pressants que nous avons de ces institutions spécialement destinées à la prophylaxie et à la cure de la phthisie pulmonaire.

C'est l'évidence des faits sus indiqués qui fit dire au Comte Von Leyden, lors du congrès international de Moscou (1898): "la thérapeutique d'aujourd'hui n'est pas impuissante envers la phthisie pulmonaire. La croyance que la maladie est incurable n'a plus sa raison d'être. La phthisie thérapeutique moderne, inaugurée par Brehmer et Dettweiler (cure des sanatoriums,) est acceptée aujourd'hui comme le meilleur traitement par la majorité des médecins (S. A. Knopf "Les sanatoria.")

D'après l'opinion admise, il y avait actuellement, tant en Europe qu'aux États Unis d'Amérique, au delà de 200 sanatoriums traitant annuellement 60,000 malades et les résultats seraient :

Guérisons absolues	8,400	14 pour cent
" relatives	8,400	14 "
Améliorations	25,200	42 "

Sur les 60,000 il en resteraient 18,000, en traitement ou morts.

"Qu'on cherche de semblables résultats ailleurs, dit Letulle en publiant les statistiques de son hôpital Boucicault. Tous meurent dans nos hôpitaux généraux de ville."

Avant de passer outre, en ce qui concerne les statistiques des guérisons effectuées dans les sanatoriums, je tiens à mentionner l'œuvre des sanatoriums maritimes. Il existe en France à l'heure actuelle 15 institutions du genre pour les enfants débiles, lymphatiques, scrofuleux, rachitiques. Depuis 1887, 60,000 enfants y ont séjourné de 3 mois à 3 ans. Sur ces 60,000, la guérison fut de 59% et les améliorations notables étant de 25%, le total des succès est de 84%. (M. Aruingand, rapp. Congrès Paris, oct. 1, 1905.)

M. Héronx parlant de la cure des tuberculeux aux sanatoriums maritimes de Barneville sur mer et de St Trojan, dit que les tuberculeux pulmonaires avancés avec cachexie et troubles digestifs, n'en retirent aucun bénéfice; mais que chez les lymphatiques, les scrofuleux et les pré-tuberculeux l'effet est certain et que les statistiques donnent 84% de guérisons.

Je tiens à noter ces faits; au cas où l'avenir nous réserverait cette surprise de voir un jour s'élever sur les bords du golfe St-Laurent, un immense sanatorium maritime destiné à guérir les enfants tuberculeux, rachitiques et scrofuleux de nos villes.

D'après une communication de Bang (congrès de Paris, 5 oct. 1905), sur 100 tuberculeux, traités dans les sanatoriums au Danemark, 49½ sont encore aptes au travail cinq années après leur sortie des institutions.

Au même congrès, monsieur Bielefeld, en parlant des mutualités allemandes, a déclaré que sur 100 tuberculeux traités dans les sanatoriums pendant les années 1897, 98, 99, et 1900, il en restait respectivement 27, 33, 32 et 31 qui étaient suffisamment en état de travailler, au bout de cinq années, pour n'avoir pas eu besoin de rentes d'invalidité.

Ces statistiques allemandes portent sur un très grand nombre de sanatoriums; les mutualités ayant envoyé, de 1897 à 1901, 101,806 patients aux établissements pour tuberculeux. (Rapport du Dr Elz. Pelletier.)

Bien que ces statistiques ne soient pas aussi encourageantes que celles de S. A. Knopf que je citais plus haut il m'est d'autant plus agréable de les mentionner, qu'elles viennent de personnages éminents qui ont la réputation d'être de très sévères critiques de l'œuvre sanatoriale.

(1) Le Danemark possède un lit de sanatorium par 3,000 habitants.

En regard des précédentes statistiques, il serait peut être intéressant de mentionner le tableau suivant, publié par Kuopf, établissant le nombre des guérisons (ou plutôt des mortalités) obtenues dans divers hôpitaux généraux de villes :

Ville et Hôpital	Nombre de malades	Guérisons pour 100	Améliorés pour 100	Nombre de morts pour 100
(1)				
Hôpital Général de Vienne, Autr.		0	39	41
Cook County Hospital, Chicago	122	0	55.73	20.19
County Hospital, Los Angeles		0		50
Clinique Médicale de Fribourg en Brisgau	819	0	20	19.1
Hôpital Général de Leyde	La plupart des malades [phtisiques] succombent, dit le professeur Rosenstein			
Hôpitaux de Milan		0		
Hôpitaux de Berlin		1 à 2	12.03	47.5
Clinique Médicale de Zurich	1121	4.6	37.05	35.19
Clinique Médicale de Bâle			50	36
Hôpital de Neuchâtel	149	0	20.1	19.6

Si les phtisiques succombent presque tous dans les hôpitaux généraux, ce n'est pas que les remèdes leur manquent, puisque ces pauvres indigents admis dans les salles publiques, outre cet avantage qu'il ont d'être soignés gratuitement par les plus hautes célébrités médicales, jouissent des bienfaits d'un arsenal thérapeutique des plus complet. La cause du mal doit donc être cherchée ailleurs.

Dans le service actuel de nos hôpitaux, le tuberculeux est dénué des ressources que requiert son état : l'hygiène, l'air pur, l'alimentation et le repos, tels que prescrits au sanatorium, lui manquent. M. le Professeur Grancher raconte quelque part l'Odyssée du phtisique de Paris et, dans une description toute frappante de réalisme, démontre clairement la triste position de ces malheureux, dans nos hôpitaux généraux.

À Paris, l'Assistance Publique, dans le but de remédier à cet état de choses, assura d'abord le secours à domicile dont l'insuffisance fut, par la suite, reconnue. On en vint alors à créer dans certains hôpitaux des quartiers spéciaux pour les tuberculeux.

(1) Et l'auteur a soin d'ajouter que les sujets mentionnés comme améliorés reviennent pour la plupart mourir à l'hôpital, de 6 mois à une année après leur sortie.

Guidés par ces différentes considérations, les derniers congrès de la tuberculose ont préconisé plus qu'à jamais cette œuvre sanatoriale, dont s'enorgueillit l'Allemagne depuis un demi-siècle.

Le 3 mai 1898, l'Académie de médecine de Paris créait donc une commission permanente de l'épidémiologie de la tuberculose dont MM. Roussel et Bergeron, conduisant les travaux en leurs qualités respectives de président et de vice-président, laquelle comptait au nombre de ses rapporteurs Messieurs Besnier, Brouardel, Motet, Napias, Noëard, Roux, Grancher, Provost et Monod.

Au nombre des vœux qu'adopta dès sa première réunion la commission permanente de Paris furent les suivants qu'il m'est surtout très agréable de signaler :

L'encombrement des hôpitaux généraux par les tuberculeux (1) doit être combattu : 1° En reconnaissant et classant les tuberculeux indigents ; 2° En répartissant les tuberculeux curables dans les différents sanatoriums ; 3° En créant des services particuliers dans les hôpitaux généraux pour les tuberculeux non transportables, leur séjour dans les salles communes constituant un danger redoutable.

Avec de tels défenseurs, la cause des sanatoriums était assurée en France et partout en Europe, à l'heure actuelle, elle est encore loin de cette faillite que semblent lui prédire ses détracteurs.

Lors du dernier congrès de Paris, messieurs Romme, Schoeter, Bielefeldt, Kuss, Schmidt et Debarsy, n'ont-ils pas répondu à messieurs Courtois, Suffit et Lambry, qui désapprouvaient l'œuvre sanatoriale gratuite populaire, que, de fait, le sanatorium coûte cher ; mais que les avantages nombreux qu'on en retire compenseront toujours les nombreux sacrifices qu'on se sera imposés. Et monsieur Debarsy va plus loin, disant que non seulement les sanatoriums sont utiles, mais nécessaires, et que la tuberculose, comme toutes les autres maladies contagieuses, devrait être soignée aux frais de la société.

Comme conclusion aux longues discussions qui furent soutenues sur ce point, l'ordre du jour suivant fut voté au dernier congrès de Paris. Comme il contient quelques dispositifs et indique certains desiderata que devraient avoir présents à l'esprit tous ceux que passionne cette question humanitaire de la lutte antituberculeuse, je crois utile de le citer in-extenso :

(1) D'après Napias, les tuberculeux occupent 1/4 des lits dans les hôpitaux de Paris.

de la tuberculose. (Société Française de Tuberculose et Aërologie)

MATÉRIEL

Le matériel nécessaire à la détermination de la nécessité ou d'utilité d'un dispensaire tuberculeux comprend les institutions, les moyens et les ressources disponibles. (C. P. de Tuberculose)

Les services de santé publique ont pour but essentiel la prophylaxie, le diagnostic précoce et en même temps l'assistance. Ils peuvent être divisés en deux groupes élémentaires d'importance

1. Le matériel nécessaire pour les hôpitaux réservés à la tuberculose, pour la recherche d'une guérison définitive ou pour l'assistance, comprend notamment des instruments de prophylaxie et de diagnostic.

2. Le matériel de la prophylaxie comprend toujours la prophylaxie individuelle et la prophylaxie de masses d'ensemble. Or, il est évident que, dans ces établissements de prophylaxie individuelle et leur départ, ils ne peuvent pas être isolés de ceux, et à être dans en relation de coopération avec les services d'hygiène ou de prévoyance sociale, les services de technologie, d'administrations hospitalières, les sociétés de secours mutuels, mutualités et caisses. L'assistance doit être assurée par des œuvres antituberculeuses diverses, telles que les sociétés de secours mutuels.

Il est évident que la prophylaxie concurrentiellement avec le diagnostic et l'assistance, les sanatoria, le congrès suggère des idées.

3. La prophylaxie de masses qui devrait prendre un caractère préventif et de diagnostic d'hygiène.

4. La prophylaxie de masses dont le régime devrait être orienté vers les services de prévoyance et d'hygiène.

5. Or, nous avons comparé les résultats obtenus dans les services de prophylaxie de masses généraux avec ceux des sanatoria, en ce qui concerne le diagnostic précoce et la prophylaxie des tuberculoses, et que nous avons constaté que, au stade sanatorial, il convient de traiter quelque chose de la question.

Le matériel nécessaire à un malade à l'hôpital et au sanatorium est sensiblement le même et cela pour les différents pays.

D'après Grancher, le coût moyen d'un malade dans les hôpitaux de Paris est de 3 francs par jour, d'après S. A. Knop :

	À l'hôpital	À un sanatorium
L'Autriche dépense en moyenne par jour	2 50 frs	2 75 frs
L'Allemagne	3 ou 4,75 frs	4 25 frs
L'Amérique	6 francs	5 francs
L'Italie		4 00 frs
L'Suisse	3 francs	3 50 frs

À un *Muskoka Free Hospital* d'Ontario, on a calculé le coût d'entretien de 80 tuberculeux, souffrants dans cette institution par les municipalités, à raison d'un franc de 50 centims par jour, pour chacun.

Il est spécifié que parmi les arguments que nous devons plus tard faire valoir en faveur de notre cause, nos législateurs ; nous ne serons pas dans l'obligation d'évoquer ces conditions d'ordre économique, car nous croyons que cette question, à cause de son importance et de son noble caractère, mérite d'être discutée au point de vue purement éthique seulement.

Enfin, les prières d'encouragement, les promesses quelque peu anticipées que nous avons fait le premier ministre de la Province de Québec, à l'ouverture du congrès ne sont-elles pas de nature à nous faire entrevoir une providence toute spéciale veillant l'œuvre que nous poursuivons et que la munificence de nos gouvernements n'exige que d'être consciencieusement poursuivie pour pouvoir enfin se manifester ouvertement.

En réponse à quelques correspondants qui me demandaient ces jours derniers des informations au sujet des dispensaires, je dirai qu'au congrès de Paris M. Reuon, répondant à des rapports qui semblaient exagérer à dessein le coût d'entretien de ces institutions, fit remarquer qu'un dispensaire de Liège, (type Calmette) on avait pu, avec 81,000,00 surveiller 800 tuberculeux (séance oct. 5.)

"NATIONAL SANATORIUM ASSOCIATION OF CANADA."

Au moment où la Commission de la Tuberculose mûrit le projet d'ériger, dans la province de Québec, pour l'isolement et la cure de nos phthisiques, une institution sanatoriale gratuite, semblable à celle dont s'enorgueillit la province d'Ontario, il m'est semblé qu'une courte incursion dans le régime de l'arrivisme tuberculeux de nos voisins, serait profitable à nos collègues des enseignements précieux.

Il y a dix ans on était dans Ontario au même point où nous en sommes ici actuellement, en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose. On se contentait d'édifier théorie sur théorie, et de compiler chaque mois ou chaque année, avec un soin méticuleux, les statistiques de décès, indiquant la marche envahissante de la maladie. Le Bureau d'Hygiène, comprenant la haute portée des responsabilités qu'il avait assumées, publiait des pamphlets périodiques, mettant le public médical en garde contre certaines maladies contagieuses, telles que la rougeole, la diphtérie, les fièvres scarlatines et typhoïdes, etc. Une sage législation exigeait du médecin, sous peine d'une forte pénalité, la déclaration de chacun de ces cas; mais contre la phthisie, on ne jugeait pas plus qu'aujourd'hui cette formalité nécessaire!... On n'ignorait pas que le dixième des décès annuels étaient dus à cette tuberculose, dont on connaissait la grande contagiosité; mais pour réagir contre le fléau, on n'avait jusqu'alors rien entrepris de pratique. De malheureux préjugés, ancrés dans l'esprit des foules, persuadaient de l'incurabilité de leur affection chacun des malheureux atteints de tuberculose. Ces idées erronées, bien qu'impitoyablement combattues par les médecins, ne venaient pas manquer d'être préjudiciables à la réalisation de cette œuvre sanatoriale, qu'un philanthrope de Toronto se proposait alors d'établir dans sa province.

En février 1896, M. W. J. Gage, ému des ravages causés par la tuberculose au Canada, offrait au conseil de ville de Toronto, vingt-cinq mille dollars (\$25,000,00), demandant que cette somme fut affectée à la construction d'un sanatorium d'isolement et de cure pour les tuberculeux indigents. La réponse qu'on lui donna prouve amplement que les édiles eux-mêmes étaient entachés des préjugés auxquels j'ai fait allusion plus haut. On acceptait cette somme, paraît-il; mais on croyait que ce montant dût plutôt être affecté à la construction d'une annexe à l'hôpital des *incurables*!... Sur l'instance du donateur, qui n'acceptait de délier sa bourse qu'à la condition sus-indiquée, on accéda à son désir. Dès lors furent jetées les bases de cette association philanthropique, humanitaire et nationale, qui devait immortaliser, en même temps que le nom de son fondateur, la province elle-même, qui lui donnait le droit de cité.

La " National Sanatorium Association of Canada " fut incorporée par acte spécial du Parlement, en 1896, Lord Strathcona and Mount-Royal en fut désigné comme le président honoraire

Les officiers du bureau de direction sont actuellement les mêmes qu'alors :

M. W. J. GAGE, président.
 Sir WM MEREDITH, vice-président.
 J. S. ROBERTSON, secrétaire.
 FRED'K ROPER, trésorier.

NOTA.— Le Secrétariat de l'Association est au No. 28, Adélaïde St West, Toronto.

Les membres du bureau, qui sont au nombre d'une vingtaine, furent choisis, pour la plupart, parmi les personnalités éminentes de Toronto et d'Ottawa. Hâtons nous cependant de dire que M. James Ross, ainsi que le Dr James Stuart, tous deux de Montréal, en firent partie dès sa formation.

Au risque de rendre fastidieuse la lecture de ces notes, je désirerais, tout en passant rapidement sur la description de chacun des sanatoriums de la province d'Ontario, intercaler, ici et là, dans le texte de cette communication, diverses notes touchant le côté économique de l'œuvre, et qui pourraient plus tard nous être utiles, à titre de referendum.

MUSKOKA COTTAGE SANATORIUM.

Dès le printemps de l'année 1897, le " Muskoka Cottage Sanatorium " ouvrit ses portes.

Bien que mon intention soit de ne traiter au cours de cette étude que des sanatoriums gratuits, j'ai eu devoir signaler cet établissement, qui est cependant une institution payante, parce que ses revenus sont à la caisse commune de l'Association, et, qu'en plus, le surplus de ses recettes est censé devoir être affecté au soutien de ses institutions gratuites, s'il y a lieu.

Le " Muskoka Cottage Sanatorium " est, comme nous l'avons déjà dit dans une précédente étude, construit sur le système des pavillons isolés. Il est situé à deux milles du village de Gravenhurst (à peu près, 100 milles de Toronto), au milieu d'un parc splendide de 75 acres d'étendue, et domine la baie de Muskoka.

L'altitude est de 800 pieds. Un magnifique bois, composé en partie de pins et de chênes, le protège des vents du nord et du nord-ouest.

Le bâtiment principal (administration building) sert de quartiers-généraux au personnel dirigeant, et contient en outre les offices et les laboratoires des médecins attachés à l'établissement.

un nombre de chambres suffisant pour loger vingt malades, une salle de réception, un salon, un dispensaire et une salle à dîner spacieuse pour cent convives. À l'avant de la bâtisse est la véranda, très large et exposée au soleil. De cette véranda, sur laquelle les malades font chaque jour *la cure*, la vue donne librement sur la baie de Muskoka.

Tout auprès s'élèvent sept pavillons (cottages) disséminés çà et là sous les arbres du parc.

Ces pavillons, construits en bois, comme la bâtisse principale d'ailleurs, contiennent les uns et les autres 6 et 10 chambres. Ils sont chauffés à l'eau et éclairés à l'électricité. Toutes les commodités exigées par le confort moderne y existent. Le coût de chacun des pavillons fut, en moyenne, de \$5,000 et chacun d'eux porte le nom de son donateur. — C'est ainsi que je mentionnerai : Les pavillons de "William Davies," "Frank Bull," "William Christie," "Thomas McCormick," "Rosemary," "Jesse Mayer," et un autre dont le nom m'échappe. Ces constructions superbes, entourées de larges vérandas, donnent aux malades qui y font la cure, l'impression d'un "chez soi" enviable. C'est bien là le "home, sweet home" du plitistique.

Ajoutons pour compléter cet aperçu, qu'à l'intérieur chaque patient couche dans une chambre séparée, largement éclairée, et ventilée, et que chacun des pavillons contient en outre une ou deux chambres plus spacieuses que deux patients peuvent occuper au besoin.

Outre la bâtisse principale et les sept pavillons que je viens de mentionner, il y a seize "tent cottages." Ce sont des baraques dont la charpente, surmontée d'une toiture ordinaire, est entourée jusqu'à mi-hauteur de toile ou de bois. Chacun de ces "tent cottages" contient deux lits, et le coût d'installation en est évalué à cent soixante dollars.

Enfin le "Muskoka Cottage Sanatorium" peut recevoir 92 patients.

Depuis 1899, 532 malades y firent la cure. Durant la seule année finissant en septembre 1905, 233 patients y reçurent des soins.

Les statistiques sont des plus satisfaisantes, à peu près les mêmes que celles des autres sanatoriums dont nous avons déjà longuement parlé. Le Dr J. H. Elliott est le médecin chef de l'établissement. Les prix de la pension sont de \$12 à \$15 par semaine.

MUSKOKA FREE SANATORIUM.

A un mille de distance du précédent est situé le "Muskoka Free Sanatorium." Cette institution se compose d'une bâtisse principale (administration building), don de M. W. J. Gage et de la succession Hart, A. Massey. Outre les chambres réservées au personnel dirigeant, elle contient, pour l'usage des patients, quatre salles de huit lits chacune, ainsi que plusieurs chambres, contenant les unes deux, les autres quatre lits, où sont logés les patients, dont l'état de santé subitement aggravé requiert des soins plus assidus. Il y a ensuite, six "tent-cottages" contenant chacune quatre lits, et un pavillon spécial de douze lits pour les hommes; les chambres de l'édifice central, étant ici, comme au "Muskoka Cottage," réservées pour les femmes. L'hôpital peut donner asile à 75 patients.

Le "Muskoka Free Sanatorium" est situé au milieu d'un parc de 75 acres d'étendue, reconvert d'une véritable forêt de pins. Son site, sur les bords du lac Muskoka, ainsi que son altitude, sont sensiblement les mêmes qu'au "Cottage Sanatorium."

La bâtisse d'administration est chauffée à la vapeur; mais le pavillon et les "tents-cottages" sont chauffés au moyen de poêles.

Le coût de l'édifice principal, fut de \$21,000, et une confidencee du secrétaire, M. J. S. Robertson, me permet d'affirmer que le coût d'installation complète des deux Sanatoriums "Muskoka," y compris l'achat des terrains, fut de \$200,000. Depuis l'année 1902, date de son ouverture, 623 patients y furent traités, et dans la seule année finissant en septembre 1905, le secrétaire rapporte 153 patients qui y firent la cure.

Les dépenses d'entretien de cette institution sont en partie couvertes par les nombreuses souscriptions charitables qui affluent au trésor de l'Association. — Jusqu'à ce jour, aucun patient ne s'est vu refuser l'entrée du Sanatorium à cause de sa pauvreté. Il est admirable de constater que l'an dernier, le nombre des malades qui ont volontairement donné de un à six dollars par semaine pour leur entretien, fut de 15 pour cent.

Pendant cette dernière année, le rapport du secrétaire accense pour le "Muskoka Free Hospital," \$17,660,23 de dépenses, avec \$10,011,73 d'actif, fruit de souscriptions, des compagnies d'assurances (1), des municipalités et des partienliers.

Le médecin-chef de cette institution est le docteur C. D. Parfitt, (2).

(1) Quatre compagnies d'assurances souscrivent annuellement \$500 chacune.

(2) Dr. Allan Adams est le médecin directeur au "Muskoka Free Hospital."

TORONTO FREE HOSPITAL FOR CONSUMPTIVES.

Cet hôpital est situé à cinq milles des limites de la capitale, sur un plateau élevé, dominant la vallée de l'Humber.

Un service régulier de tramways relie Toronto à "Western Junction," nom de la localité où se trouve le Sanatorium. Ce dernier est au milieu d'un parc composé en partie de bois francs.

10. Le but de cet hôpital est d'isoler et de soigner les tuberculeux, rendus aux derniers stades de la maladie. À titre d'hôpital municipal, cette institution devait d'abord s'élever dans les limites même de la ville. M. J. Gage, qui fut le promoteur de cette œuvre tenta, il y a cinq ans déjà, de construire l'édifice près du "High Park," non loin de la banlieue; mais la population, craignant la proximité d'une institution de ce genre (1), se montra tellement hostile au projet qu'on dut l'abandonner. Ce n'est qu'au mois de juin 1904, que les premiers malades furent admis à suivre les traitements. Ce sanatorium est le complément de l'œuvre antituberculeuse de la province.

La municipalité de Toronto paie \$1,50 par semaine, pour l'entretien de chacun de ses tuberculeux au "Toronto Free Hospital," et accorde, en plus, à l'institution, une subvention annuelle de \$1,500,00. Il fait plaisir d'apprendre cette décision qu'ont prise depuis un an tous les hôpitaux de la ville de Toronto, de n'admettre, à l'avenir, aucun phthisique dans leurs services généraux. Ces malades sont dirigés sur les Sanatoriums au fur et à mesure qu'ils se présentent.

En ce qui concerne la description des différents groupes qui composent le "Toronto Free Hospital," je serai bref.

Attendant au bâtiment principal, qui sert de logis au personnel dirigeant (administration building), se trouve une annexe considérable qu'on vient de terminer, au coût de \$18,000. Il y a ensuite un pavillon pour les hommes, les chambres de l'édifice central étant de même qu'aux Muskoka, réservées pour les femmes. Deux "tent-cottages shacks," contiennent chacun cinq lits.

Dix *tramways électriques*, que l'institution reçoit à titre gracieux de la municipalité de Toronto, furent aménagés pour recevoir chacun un ou deux malades. Alignées non loin du logis principal, ces *barraques municipales*, privées de leur train, et reposant à plat, sur le sol, jettent tout de même une certaine note d'originalité dans le

(1) Le bureau de direction est indépendant de la Nat. San. Ass. Cependant, M. J. S. Robertson est secrétaire de l'une et de l'autre.

tableau. Parfaitement désinfectés (1) et vernissés à neuf, les "p'tits charls" (comme on dit dans l'argot montréalais), après avoir, pendant nombre d'années, promené de par la ville les bacilles de la tuberculose, contribueront maintenant à effectuer des cures ! (2)

Nil novi sub sole.

Le "Toronto Free Hospital" peut recevoir en tout 65 patients. Le coût de son installation fut de \$18,000. Des plans sont actuellement dressés pour la construction d'une annexe au prix de \$26,000.

136 patients y furent traités depuis une année, et de nombreuses améliorations furent obtenues chez plusieurs d'entre eux.

Les dons perçus des collectivités et des particuliers en faveur de l'œuvre, pendant la période de douze mois se terminant en septembre 1905, s'élevèrent au chiffre de \$17,648. Le secrétaire accuse un surplus en caisse (\$2,880,35.).

Cette institution est, comme nous l'avons dit, le complément de l'œuvre antituberculeuse de la province d'Ontario.

Lors de la réunion de l'Association Médicale Britannique, à Toronto, en août dernier, Sir William Broadbent (3), alors en visite à l'institution, déclara que l'armement antituberculeux de nos voisins, était supérieur à celui de beaucoup d'autres pays, plus âgés cependant dans cette voie de réforme. Et il n'est pas sans intérêt de constater, comme le faisait remarquer l'éminent spécialiste, qu'en Europe, où des sanatoriums existent depuis trois-quarts de siècle, on manque généralement d'institutions semblables au "Toronto Free Hospital," et spécialement destinées à recevoir et à soigner les phthisiques rendus aux périodes ultimes de leur maladie.

Pratiques, ils le sont plus que nous, nos amis d'Ontario. Depuis dix ans déjà, ils sont entrés dans cette voie de réforme, si enviable; ils ont réalisé chez eux ces théories nombreuses que nous n'avons cessé de caresser jusqu'aujourd'hui.

Nous avons donc beaucoup à faire. Efforçons-nous de copier ceux qui nous ont devancés dans la lutte.

Ce que d'autres ont obtenu, nous l'obtiendrons.

(1) Un rapporteur au Congrès disait (séance Oct. 5) que l'on a trouvé à Paris de véritables *maisons à tuberculose*, qu'on n'est jamais parvenu à désinfecter parfaitement et qu'il a fallu brûler.

(2) Je suis à me demander si le "Toronto Free Sanatorium" agit sagement en faisant loger des phthisiques dans ces tramways. Je craindrais que la plupart ne fussent des *tramways à tuberculose*.

(3) Sir Wm Broadbent est le fondateur du "New King Sanatorium" à Londres.

LES INHALATIONS D'OZONE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

PAR LE DR CHARLES DE BLOIS,

Directeur du Sanatorium des Trois-Rivières,

Membre honoraire de la Société de Thérapie de Paris, etc

La pratique des inhalations d'ozone dans la tuberculose pulmonaire n'est pas absolument nouvelle, et à différentes époques, des esprits amis du progrès l'ont expérimentée dans le traitement de cette affection.

Dans diverses communications faites durant les quatorze dernières années, par MM. les docteurs D. Labbé et P. Oudin, de Paris, à l'Académie des Sciences, à l'Académie de Médecine, au Congrès de la Tuberculose, nous voyons que ces auteurs ont apporté et cité nombre de cas traités exclusivement par les inhalations d'ozone. Or les conclusions de ces rapports attestent que, sous l'influence de ce traitement, les malades ont éprouvé des améliorations et même des guérisons vainement demandées aux autres médications.

Il nous semble donc qu'il n'est pas inutile de rappeler brièvement l'exposé de cette méthode et les résultats thérapeutiques obtenus.

MM. Labbé et Oudin ont expérimenté de la manière suivante :

Les séances d'inhalation étaient, pour chaque malade, de 10 à 15 minutes, et répétées, quand cela se pouvait, deux ou trois fois par jour.

On recommandait au malade de respirer tout d'abord sans effort, et ensuite de plus en plus profondément, l'air ozoné qui se dégageait de l'embouchure de l'appareil.

Sous l'influence de ce traitement, continué et régulièrement poursuivi durant six semaines ou deux mois en moyenne, on a constaté chez tous les malades une augmentation constante de l'oxy-

héoglobine, une plus grande quantité de globules rouges, une diminution de globules blancs, l'augmentation du poids variant de 1 à 5 kilogrammes, une capacité respiratoire plus ample, et le relèvement de l'état général avec retour des forces et de l'appétit.

" A ces signes purement objectifs s'ajoutent, disent MM. Labbé et Ondin, une amélioration rapide des symptômes fonctionnels ; la toux devient plus rare, l'expectoration purulente devient muqueuse et de moins en moins abondante. Les points douloureux, la dyspnée, les sueurs profuses disparaissent au fur et à mesure que l'état local s'améliore. Il en est de même de la fièvre. Nous en dirons autant des signes physiques de percussion et d'auscultation, pour lesquels une énumération serait fastidieuse. Disons cependant que, chez les malades au premier degré, au bout de deux mois de traitement au maximum, il n'y avait plus de bruits anormaux. Même chez des malades au troisième degré, nous avons noté des modifications stéthoscopiques notables, comme la disparition du gargonillement."

Un des grands avantages de cette méthode, c'est de s'attaquer directement à l'organe malade, au siège même du mal, et cela, sans fatiguer l'estomac, sans troubler la circulation ni la nutrition.

Enfin, après quelques semaines de traitement, l'état digestif a toujours été suffisamment influencé pour permettre une alimentation réparatrice, ce qui, on l'admettra, est un élément sérieux de cure.

Le traitement a été appliqué par ces praticiens indistinctement à toutes les formes de phthisie qui se présentaient à leur clinique, et quel que fut le degré auquel était arrivée la maladie, premier, deuxième ou troisième degré.

Les crachats ont été examinés à différentes reprises durant le cours du traitement. Au début, ils contenaient des bacilles, et l'on a constaté leur disparition à la fin, pour tous les cas du premier et du deuxième degré.

Quant aux malades du troisième degré, si le nombre relatif des bacilles de Koch a peu varié, par contre les pyogènes ont considérablement diminué, quelques-uns même ont disparu.

Voici maintenant le résumé de quelques-unes de leurs observations personnelles :

Sur 38 malades tuberculeux soumis aux inhalations d'ozone, on comptait 7 malades au premier degré, 22 au deuxième degré et 8 au troisième degré.

On peut considérer comme guéris : 7 au premier degré, 7 au deuxième degré.

Comme très améliorés et restant améliorés : 15 au deuxième degré et 3 au troisième degré ; les 6 autres ont succombé.

Les résultats que nous venons d'indiquer ont été également constatés à l'hôpital d'Ormesson et dans le service de M. le docteur Desnos, de Paris.

Depuis les expériences de MM. Labbé et Ondin en France, bien des savants de tous les pays se sont occupés de la question. Ici, en Amérique, on n'est pas resté en arrière de ce mouvement scientifique, et il y a déjà un bon nombre d'années que M. le Professeur Caillé, de New York, a rapporté au Congrès de Boston une série de cas de tuberculose heureusement traités par l'ozone.

Ajoutons que M. le Dr W. G. Mangold, de New-York, a confirmé ces résultats par des expériences personnelles.

A noter encore deux communications fort intéressantes sur le sujet, l'une parue en 1901, de la part de M. le Dr A. S. Ramage, de Détroit, Michigan ; et l'autre, plus récente, en 1906, de la part de M. le Dr Holford Walker, de Toronto.

M. le Dr Ramage a expérimenté, avec de l'ozone "concentré", dans son service d'hôpital, sur un grand nombre de malades tuberculeux, et il affirme que le nombre de guérisons qu'il a obtenues a dépassé toutes les espérances. C'est pour lui le traitement de choix.

En septembre 1906, M. le Dr Holford Walker, directeur du "Rotherham House Hospital", de Toronto, a présenté à l'Académie de Médecine de New-York, lors d'un congrès de l'"American Electro-Therapeutic Association", un rapport très élaboré sur cette question. Il se déclare un enthousiaste partisan de la méthode du Dr Ramage, et traite d'une manière systématique, depuis six ans, la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'ozone "concentré", auxquelles il joint une diète toute spéciale et certains autres moyens adjuvants. Sans prétendre, dit-il, que c'est une panacée pour la "cure de la tuberculose", — il n'en existe pas d'ailleurs en médecine, — je considère cette méthode comme celle qui m'a donné le plus de succès dans tous les cas de consommation que j'ai eu l'occasion de traiter durant les six dernières années.

Cependant, il faut bien constater ici un fait quelque peu surprenant.

Quoique les résultats annoncés par ces différents auteurs, et cela depuis plusieurs années, soient des plus encourageants, malgré le soin et la conscience avec lesquels ces recherches ont été faites,

cette méthode ne s'est pas répandue beaucoup, et, il faut bien l'avouer, elle est encore aujourd'hui à peu près inconnue des praticiens.

Dans notre humble opinion, l'une des principales raisons qui ont empêché cette méthode de se vulgariser, c'est que, jusqu'à ces derniers temps, elle exigeait des appareils dispendieux, encombrants et d'un maniement assez délicat. Elle était par là même pratiquée par les spécialistes seulement.

Aujourd'hui, cet inconvénient n'existe plus ; et, grâce à un nouvel appareil, simple et peu dispendieux, ce mode de traitement est rendu pratique et mis à la portée de tout médecin qui pourra désormais, s'il le désire, traiter ses patients chez lui, sans être obligé de les confier à un spécialiste.

L'illustration ci-jointe fera mieux comprendre l'appareil et son fonctionnement.



APPAREIL PRODUCTEUR D'OZONE
Pour courant alternatif de 100 à 115 volts.

C'est, comme on le voit, une boîte de 10 x 7 pouces de diamètre. Cette boîte est en chêne, parfaitement isolée et contient, dans sa partie inférieure, un transformateur.

Au dessus de la boîte, dans un cadre aussi en chêne, se trouve la plaque ozonatrice, composée de deux électrodes formées de bandes découpées dans de la tôle métallique, et séparées par une substance diélectrique, verre ou mica. Ces électrodes sont reliées au transformateur et portent un certain nombre de pointes se présentant parallèlement à l'autre électrode, de manière à produire la décharge obscure (*brush discharge*). C'est là que se fait le dégagement de l'ozone.

Un récipient concentrateur d'ozone, muni d'une embouchure en aluminium, s'adapte au générateur, et permet par là même au malade de respirer de l'ozone à l'état concentré.

A l'extérieur de la boîte se trouve un dispositif spécial, permettant de relier le transformateur contenu dans l'appareil à une source électrique quelconque d'un voltage suffisant. Ordinairement, dans la pratique, on connecte tout simplement ce dispositif spécial à la place de la lampe métalléscente qui sert à éclairer nos demeures. Il suffit d'un courant de 100 à 115 volts pour mettre l'ozoneur en activité. C'est le voltage généralement usité pour l'éclairage au Canada. Il n'y aurait d'exception que pour Toronto, qui possède un courant d'un delà de 200 volts. Cette particularité a été prévue par l'inventeur, qui a apporté à l'appareil certains perfectionnements permettant d'en faire usage dans cette dernière ville.

L'appareil donne de l'ozone très pur, exempt de produits nitreux et est d'un coût considérable.

Ajoutons que l'ozoneur, étant peu volumineux et non compliqué, se transporte aisément au domicile du malade, et peut être mis en marche, sans danger, par les mains les moins expérimentées.

TECHNIQUE

La technique qui nous a semblé la meilleure est celle-ci :

Deux, trois et même quatre inhalations par jour, chacune de 10 à 15 minutes de durée. Après quelques jours, augmentez graduellement jusqu'à 30 minutes. Commencer les inhalations à une certaine distance de l'embouchure de l'appareil ozoneur et s'en rapprocher progressivement au fur et à mesure qu'on s'habitue à la sensation provoquée par l'ozone.

Les malades s'habituent vite au léger picotement produit par l'ozone sur la muqueuse pharyngienne.

Cependant, si les inhalations produisaient des quintes de toux, il sera préférable de faire respirer au malade, avant chaque séance, des vapeurs d'eucalyptol pendant 3 à 5 minutes. (On obtient ces

vapeurs en faisant chauffer l'eucalyptol à 110°F. au dessus de la flamme d'une lampe à alcool.)

Il sera alors possible de respirer l'ozone concentré, en grande quantité, sans aucun danger d'irritation.

Il est recommandé de ventiler la chambre entre les séances.

Faire coucher le malade de bonne heure dans une chambre dont on aura saturé l'air d'ozone, en fermant les issues pour la nuit.

Voilà, en résumé, la technique que nous recommandons; on en variera, selon les circonstances, le mode d'emploi et les doses.

Cette méthode peut être employée dans toutes les formes de tuberculose pulmonaire, à l'état chronique; il n'y aait de contre-indications que pour la tuberculose miliaire aiguë et les hémoptyses graves.

Comme méthode curative, elle donne encore dans plusieurs autres affections des voies respiratoires, telles que la coqueluche, l'asthme, la fièvre de foie, des résultats vraiment remarquables. Dans la coqueluche surtout, d'après MM. les docteurs Labbé, Oudin et E. Doumer, on obtiendra la guérison en 10 à 15 jours. On sait de plus que, grâce à son action sur l'hémoglobine, l'ozone est un modificateur du sang incomparable. On s'explique dès lors ses effets bénéfiques dans la chlorose, les anémies et les débilités générales.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de traiter ces différentes questions.

Revenons maintenant aux inhalations d'ozone dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Chez nos malades tuberculeux, nous avons expérimenté cette méthode qui, en cas d'insuffisance, ne s'oppose nullement à l'emploi concomitant des autres moyens, externes ou internes — et nous devons déclarer ici que nous en avons obtenu des succès très probants.

Il nous semble superflu d'ajouter que les inhalations d'ozone peuvent se combiner avantageusement avec les agents hygiéniques et physiques, c'est à dire à ces puissants agents vitaux qui s'appellent l'air, l'eau, la lumière, l'électricité, l'exercice, le repos et le régime alimentaire.

Il appartiendra au médecin traitant, surtout dans les cas graves, de faire une combinaison judicieuse de ces différents moyens hygiéniques, afin d'en obtenir le maximum d'effet.

Nous avons donc pensé rendre service à nos confrères, en attirant leur attention sur un mode de traitement qui a déjà donné entre les mains d'expérimentateurs consciencieux, des résultats si encourageants ; et nous croyons qu'il serait intéressant d'en poursuivre davantage l'étude.

À l'appui de ce que nous venons de dire, nous aurions aimé vous apporter des observations inédites, et en même temps confirmatives de l'action particulièrement efficace de l'ozone dans la tuberculose pulmonaire. Mais, comme il s'agit d'une maladie rebelle, à retours offensifs et à rechutes fréquentes, nous avons préféré attendre, avant de publier ces observations, qu'elles aient subi la "sanction du temps" ce facteur primordial dans une affection à évolution lente et prolongée souvent au delà de toutes prévisions.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LE SÉRUM DE MARMOREK

Par le Docteur A. DE MARTIGNY, de Montcaul

Ce n'est pas sans émotion que je viens aujourd'hui devant une assemblée qui représente la science médicale française de l'Amérique du Nord affirmer, avec preuve à l'appui, la haute valeur thérapeutique du sérum antituberculeux de Marmorek.

C'est que, Messieurs, venir vous dire tout mon admiration pour la méthode de Marmorek, c'est heurter de front des préjugés puissants contre cette méthode mal considérée en haut lieu, et systématiquement décriée.

Je viens pas, messieurs, vous demander de partager mes convictions. Je n'aurais pas une telle prétention. Je voudrais seulement vous convaincre que la sérothérapie antituberculeuse est une chose importante, qui mérite de votre part un examen sérieux. Que si vous me dites que cette question a été jugée, je vous demanderai si vous êtes certains qu'elle n'a pas été victime d'une de ces erreurs judiciaires si fréquentes en dépit de l'impartialité des juges les plus consciencieux et les plus habiles.

La cause du sérum fut-elle d'ailleurs instruite avec toute l'impartialité scientifique désirable ?

Voyons comme il fut conduite toute cette enquête sur le sérum.

Elle porta sur six ou huit malades arrivés à la période ultime de la maladie, n'ayant pas, par conséquent, grandes chances d'être améliorés — ainsi que je vous en donnerai plus loin la raison.

Ces malades furent avertis qu'on allait expérimenter sur eux une méthode nouvelle, et peut être "très dangereuse." Très inquiets, ils refusèrent pour la plupart les injections à la première apparition d'un urticaire plus ou moins désagréable, ou d'un érythème quelconque ou inflammatoire. Quelques-uns furent améliorés légèrement, d'autres ne bénéficièrent pas du traitement.

Notez que le sérum dont on se servait alors était infiniment moins actif que celui dont nous disposons aujourd'hui, et que, par crainte d'accidents possibles, on n'en injectait que des doses d'un ou deux centimètres cubes à la fois, et qui réduisaient pratiquement à presque rien l'action antituberculeuse du sérum.

C'est dans ces conditions que le professeur Dienlafoy déclara la méthode inefficace. D'autres vinrent après lui qui la présentèrent comme peut être d'ingérence. Et telle est en France l'autorité qu'on s'attache aux positions officielles, que la déision de Dienlafoy fut acceptée sans conteste, et que la cause fut considérée comme définitivement jugée.

Était ce là, je vous le demande le "sur plus" que les anglais nous ont appris à connaître et à exiger? Était ce là une expérience suffisante pour juger une découverte présentée par un homme de la haute valeur scientifique de Marmorck. Une découverte qui avait été à son aise au bout de onze années de patientes recherches et d'expériences? Ne devait on pas lui faire plus de considération, même de simple justice au sivant qui avait trouvé, quelques années auparavant le sérum antistreptococcique, dont tout le monde reconnaît au jourd'hui l'incontestable valeur?

Monsieur le docteur Lœu, ancien élève et assistant de Pastern, que nous sommes heureux d'avoir parmi nous, s'aceta sans doute un devoir et un plaisir de corroborer mon témoignage sur ce point.

Et bien, messieurs, en regard de ces expériences faites dans de si mauvaises conditions, pendant un temps trop court, sur des malades trop peu nombreux, et trop avancés, en regard de ces expériences indéniablement insuffisantes, permettez moi d'exposer les résultats de mon expérience personnelle de deux années, portant sur un nombre de malades suffisant et comprenant toutes les variétés de la maladie à tous ses degrés. Plusieurs de ces malades ont été traités pendant longtemps, pendant un an, quinze mois, dix huit mois, et ont reçu un nombre considérable d'injections. Tous ces malades ont été examinés avec le plus grand soin, et je me suis entouré de toutes les précautions possibles au point de vue du diagnostic.

Les analyses des crachats ont été faites par des confrères très compétents, mes excellents amis les Docteurs Mercet et Desmouais, internes chargés du laboratoire à l'Hotel Dieu, et répétées plusieurs fois pour chaque malade.

Aussi souvent que cela m'a été possible, j'ai fait consulter mes malades avant le traitement par des confrères d'une compétence reconnue. Les observations que je vous présente offrent donc toutes les garanties désirables.

Comme elles concernent tout s les degrés de l' tuberculose pulmonaire à tous ses degrés, elle vous permettent de comprendre exactement ce que l'on peut attendre d'un sérum, et ce qu'il

serait injuste d'en attendre. Vous verrez que pas plus que les autres partisans de la méthode, je ne la présente comme l'infaillible panacée de la tuberculose, et qu'un certain nombre de mes observations se sont terminées par la mort. Ce sont toutes des observations de malades traités à la dernière période, présentant de larges cavernes et profondément cachectisés. Cependant, presque tous ces malades ont éprouvé une certaine amélioration, quoique la maladie ait continué d'évoluer. Deux de ces observations appartiennent à des malades qui furent traités in extremis, et moururent ainsi qu'on eût vu attendre, quelques jours à peine après l'institution du traitement.

Ces observations malheureuses vous démontrent qu'il ne faut pas attendre cette période de la maladie pour instituer le traitement.

Vous trouverez aussi des observations de malades arrivés à la période de ramollissement de leurs tubercules, et qui ont diversement bénéficié du sérum, pour des raisons que je vous exposerai au cours de chaque observation. Ces malades, pour la plupart, n'ont pas suivi le traitement pendant un assez long temps.

Enfin je vous citerai les observations de malades traités au début de leur tuberculose et tous rapidement améliorés, complètement guéris par le sérum, qu'elle que fut la gravité de leur état.

Dans toutes ces observations, je me suis efforcé de bien faire ressortir les conditions dans lesquelles se trouvait le malade au début du traitement. J'insiste sur l'importance de détails que l'on pourrait peut-être trouver un peu longs, mais qu'il était cependant nécessaire de mentionner afin de bien faire comprendre la gravité de la maladie. Vous connaissez tous, en effet, l'importance de l'état général au point de vue du pronostic, et vous savez que, à lésions égales est loin de correspondre toujours une égale gravité de la maladie. C'est je crois, mon vénéré maître Peter qui a surtout attiré l'attention sur la grande différence qui existe entre le tuberculeux et le phthisique, au point de vue du pronostic. Il faut tenir compte de cette différence, si l'on veut apprécier avec justice les effets du sérum dans les différents cas.

Il n'y a pas que la guérison qui soit une preuve de l'efficacité du traitement. Certaines améliorations très nettes sont tout aussi probantes, surtout quand il y avait toutes les raisons de les croire impossibles. La marche antérieure de la maladie nous permet en général de prévoir assez bien comment elle évoluera, tout au moins dans un avenir immédiat. Ainsi, lorsque tout fait prévoir une fin prochaine, dans les deux ou trois semaines, par exemple, une

amélioration notable et une survie de plusieurs mois dans des conditions de santé assez bonnes, constitue une preuve très sérieuse de l'action nettement antituberculeuse du sérum.

Permettez-moi, messieurs, de revenir sur l'examen des crachats, dont je vous ai déjà parlé. J'ai toujours fait rechercher, dans les crachats, non seulement les bacilles de Koch, mais aussi les streptocoques et les staphylocoques dont il est très important de constater la présence.

Vous comprenez, d'une part, que ces microbes échappent à l'action du sérum antituberculeux.

Vous savez, d'autre part, combien le streptocoque aggrave le pronostic de toutes les infections primitives auxquelles, il vient surajouter la sienne, comme par exemple dans la diphtérie, dans la pneumonie. Il en est de même dans la tuberculose.

Ainsi, dans les infections mixtes, nous avons à combattre une affection plus grave, et le sérum ne peut agir que sur une partie des éléments dont relève cette gravité.

Vous comprenez combien il serait injuste d'exiger du seul sérum la guérison de ces malades, et combien il devient difficile, dans ces conditions, d'apprécier exactement son action antituberculeuse, puisqu'on ne saurait connaître exactement la part de gravité de la maladie qui incombe à l'infection tuberculeuse, et celle qui revient aux autres infections.

Vous voyez combien est complexe cet état morbide que l'on dénomme communément la tuberculose pulmonaire. Et cependant, j'ai pris soin de laisser de côté, pour plus de clarté, nombre d'autres éléments de gravité, étrangers à l'infection tuberculeuse, et qui viennent encore compliquer une situation, presque inextricable déjà. Parmi eux je ne vous mentionnerai que les maladies antérieures ou intercurrentes (fièvre typhoïde, syphilis), les dégénérescences organiques, la déchéance de l'organisme (chez les alcooliques), l'anémie prononcée, et le reste.

Vous admettez donc, je l'espère du moins, que, de ces infections mixtes, de ces diverses conditions d'infirmité, étrangères à la tuberculose, découlent une gravité plus grande du pronostic, et, aussi, des indications thérapeutiques spéciales, comme le sérum antistreptococcique par exemple, la levure de bière, le cacodylate de soude, etc., que l'on pourra employer conjointement avec le sérum sans qu'on puisse songer cependant à leur attribuer la guérison de l'infection tuberculeuse elle-même.

Messieurs, l'analyse des crachats est très importante à la période de ramollissement des tubercules, parce qu'elle nous fournit de précieuses indications thérapeutiques. Elle est également très importante quand on veut démontrer la valeur antituberculeuse du sérum, car la présence des bacilles dans les crachats constitue le seul signe certain de tuberculose pulmonaire. Mais, en pratique, il en va tout autrement. Il ne s'agit plus alors de faire une démonstration mais bien de guérir le malade. Or, si la présence des bacilles constitue un signe certain, c'est malheureusement aussi un signe tardif, au moins dans les formes ordinaires de la maladie. Vous savez que les bacilles n'apparaissent dans les crachats qu'au moment où les tubercules se ramollissent et se vident dans les bronches. Mais vous verrez précisément dans les observations qui suivent combien il importe de donner le sérum à une époque rapprochée du début de la maladie. Vous ferez donc bien, si vous tenez à guérir sûrement et rapidement votre malade, de ne pas attendre l'apparition des bacilles, c'est-à-dire la fin du processus tuberculeux, pour instituer le traitement. Commencez les injections dès que l'examen répété de votre malade vous aura permis de faire le diagnostic probable de tuberculose. Dans les formes communes ce diagnostic est possible longtemps avant l'apparition des bacilles dans les crachats, et nous n'avons pas le droit de perdre un temps précieux à les attendre. Guérir notre malade le plus vite et le mieux possible, tel est notre devoir.

Je sais qu'on n'a pas seulement présenté le sérum comme inefficace, mais encore comme dangereux. C'est là, messieurs, une accusation mensongère. Tous les observateurs qui ont employé le sérum et publié leurs observations s'accordent à dire que les injections sont absolument inoffensives, et les moins enthousiastes reconnaissent que le sérum est un agent thérapeutique de la plus haute valeur. Or le nombre des injections mentionnées dans ces observations est d'environ quarante mille. J'ai donné moi-même à peu près deux mille injections qu'il faut ajouter aux précédentes, et je n'ai jamais observé un seul accident digne de ce nom. J'espère qu'il y a là de quoi vous rassurer, et vous décider à employer le sérum en temps utile.

Vous pourrez constater que je me suis abstenu de rapporter des observations de malades en cours de traitement. C'est afin de ne pas m'exposer à vous donner comme durables ou définitives des améliorations qui ne seraient peut-être que temporaires. C'est d'ailleurs la raison qui m'a fait attendre deux ans avant de formuler mon opinion sur la méthode de Marmorek.

Je vais maintenant vous lire mes observations. Pour que l'enseignement qu'elles comportent se dégage plus facilement, et d'une manière plus frappante, je les ai groupées suivant les degrés de la maladie, et non pas par ordre chronologique.

Je vous exposerai ensuite la théorie de l'action antituberculeuse du sérum de Marmorek. Enfin, je vous donnerai un court aperçu de l'action comparée des sérums, immédiatement suivi des conclusions.

PREMIÈRE OBSERVATION — MADAME GR.

Voici l'observation d'une malade qui ne bénéficia pas du tout du sérum.

Lorsque je la vis, le 20 avril 1905, sa température était de 40,3, son pouls de 150 et sa respiration de 40 à la minute. L'auscultation me révéla une immense cavité du sommet gauche, avec un ramollissement considérable du même poumon et du poumon droit.

La malade toussait constamment, crachait beaucoup, et n'avait aucun appétit, ni inspirait abondamment la nuit, avait des trissons l'après-midi et la diarrhée fréquente. La débilité était extrême. Elle toussait environ depuis 7 à 8 mois, et venait de passer l'hiver à Ste Agathe où son état s'était régulièrement et rapidement aggravé.

Huit mois auparavant, les crachats contenaient déjà les bacilles dont ils bourraient alors, contenant en plus, de nombreuses chaînettes de streptocoques, et une grande variété d'autres microbes.

La terminaison fatale à brève échéance était certaine, et j'en avertis le mari qui réclamait énergiquement le sérum.

J'obtins de faire examiner la malade par mon excellent confrère le docteur Hervieux, qui confirma mon diagnostic et mon pronostic, et conseilla cependant l'essai du sérum, comme dernière planche de salut.

Je donnai donc six injections de sérum, mais sans aucun effet. La respiration et le pouls devinrent même plus rapides, la température s'éleva encore, et la diarrhée augmenta de fréquence.

Je cessai donc le sérum et ne revîs plus la malade, mais je suis convaincu que la terminaison fatale ne se fit pas longtemps attendre.

Quoiqu'il en soit, et en présence de l'insuccès du sérum dans le cas présent, sans entrer dans des discussions trop longues, je crois pouvoir être remarquer que nous n'avions pas à combattre ici seulement l'infection tuberculeuse, mais bien des infections multiples, ainsi que le démontra l'analyse des crachats. Ces infections étrangères à la tuberculose, et contre lesquelles le sérum est naturellement impuissant, ont-elle pu être la cause principale de la marche particulièrement rapide de l'affection chez cette malade, et de son extrême gravité? Naturellement, non, n'en avons-nous rien vu juste, mais il est permis de le croire. Ce que nous savons, en revanche, c'est que le sérum antituberculeux ne saurait en rien entraver leur évolution.

Mais, en dehors même de ces infections multiples, il faut encore considérer que le poumon n'avait pas été le seul à souffrir, à subir le ramollissement et la destruction de nature tuberculeuse ou autre, et que, sans doute, l'intestin, les reins, le foye, le système nerveux, même, étaient gravement atteints. De sorte que la malade profondément intoxiquée, n'aurait plus aucune force de résis-

tance, aucune énergie vitale au moment où je lui injectai le sérum pour la première fois. Et il est plus que probable que si, à ce moment, il eût été possible de supprimer d'un coup toutes les infections, de chasser de l'économie tous les bacilles et tous les microbes qui l'infectaient, la malade serait morte quand même, l'intoxication générale étant trop complète, et les dégénérescences organiques trop profondes.

Ainsi meurt du fait de l'intoxication l'enfant diphtérique malgré le sérum qui améliore ou même guérit les lésions locales. Ainsi meurt l'ibodidique au quel on supprime trop tard l'alcool.

DEUXIÈME OBSERVATION — MADAME DAN — BR

Madame Dan Br. vint me consulter le 11 mai 1905.

Venue en voiture, elle était épuisée d'avoir monté les quelques marches de mon perron, et je dus la faire reposer avant de pouvoir l'examiner. L'intention de sa compagne, en attendant, car elle était trop faible pour être venue seule.

Après qu'elle eût dit malade depuis trois ans et demi, environ, et que sa maladie avait commencé à la suite d'un accouchement, au cours duquel elle avait été infectée, car elle avait eu des frissons. Quelques semaines plus tard, eût survécu au décès du sein, suivi d'une fistule qui existe et suppure toujours.

C'est peu de temps après que la malade se mit à tousser, à maigrir, et qu'elle eut des hémorrhagies peu abondantes, mais répétées. Enfin, vers le mois de mai 1903, elle perdit la voix et éprouva des douleurs pendant la déglutition, ce pourquoi elle se fit examiner et traiter par mon honorable ami le docteur Boulet. Déjà, à cette époque, elle avait beaucoup maigri et commençait à transpirer la nuit. Des troubles de famille, des ennuis d'argent vinrent encore se joindre à toutes ces causes de dépressions, et la malade découragée cessa tout traitement et fit un séjour dans les montagnes pendant quelques mois.

Soit étiré ne faisant qu'empiéter, elle revint à la ville et me fut envoyée par une amie. A l'auscultation, je constatai une caverne au sommet gauche, avec un ramollissement s'étendant jusqu'au cinquième espace intercostal. A droite, il y avait aussi du ramollissement assez étendu. Température 103, pouls 122, respiration 24.

La malade est complètement aphone et la déglutition est des plus difficile et des plus pénible, l'alimentation étant ainsi rendue presque impossible. Elle n'a d'ailleurs, aucun appétit, elle est d'une extrême faiblesse, transpire la nuit abondamment, au point qu'on doit changer son linge, et elle a de la diarrhée fréquente. Elle toussé beaucoup et l'expectoration est très abondante.

Les crachats, examinés par le docteur Mercil, contiennent beaucoup de bacilles, de chlamydettes streptococciques et de microbes divers.

Afin de compléter mon diagnostic, je fis examiner la malade par mon excellent collègue le docteur Duhamel, qui trouva un abcès du larynx, de la grandeur d'une pièce de 25 sous, et beaucoup d'œdème.

La gravité de l'état actuel, la longue durée de la maladie, la multiplicité des infections et la présence d'une grande quantité d'albumine dans les urines ne me laissaient pas grand espoir de réussir avec le sérum.

Il me fallut pour que le sérum pût être vraiment efficace, en donner de hautes doses, et l'état des reins les contre-indiquait absolument.

Je mis la malade en observation pendant quelques jours, faisant prendre,

toutes les deux heures, la température qui oscilla de 96,3 le matin, à 101,2 l'après-midi.

Dès lors, je n'eus plus aucun espoir de succès, mais comme la malade insistait pour prendre les injections, je les essayai quand même. Elle les supporta très mal. Les moindres doses provoquèrent des érythèmes douloureux, inflammatoires, et firent encore monter la température qui atteignit 105,2 les soirs d'injection, qui ne purent être répétées que tous les quatre ou cinq jours.

Cependant, après trois semaines, le poumon semblait se dégager un peu, et la déglutition était plus facile. Si la température atteignait toujours 103 ou 103,2 le soir, elle ne descendait jamais plus bas que 98 le matin.

À l'examen, le docteur Duhamel constata une amélioration réelle, mais peu considérable. La malade reprenait espoir. Mais de nouveaux chagrins domestiques et de plus graves embarras d'argent virent braver et tout courage. Elle fut trois semaines sans prendre une injection, et quand je la revus, elle était au lit, épuisée, pouvant à peine boire quelques gorgées de lait. Je repris les injections, qu'elle supporta plus mal encore que la première fois. Une injection de quatre centimètres provoqua, le lendemain, un œdème généralisé, qui persista plusieurs jours. J'abandonnai donc un traitement qu'il m'était alors impossible de faire et la malade mourut un mois, plus tard, c'est-à-dire quatre mois après m'être venu consulter.

Les causes de l'inefficacité du sérum dans ce cas sont faciles à comprendre, et ne demandent pas qu'on s'y arrête longtemps. L'état des reins ne permit d'employer que des doses de un à deux centimètres de sérum, là où il eut fallu en injecter dix ou quinze pour avoir chance de réussir, et tous les deux jours, au lieu de tous les quatre ou cinq jours, ainsi que je fus forcé de le faire.

Le cas était d'ailleurs mauvais à l'extrême, et eut sans doute résisté aux plus fortes doses de sérum, en raison des infections multiples sur lesquelles il n'aurait eu aucune influence, de la profonde intoxication de tout l'organisme, et même des chagrins qui enlevèrent à la malade, déjà si affaiblie, toute force de résistance.

TROISIÈME OBSERVATION. — DULLE ROSA B.

Autre exemple, démontrant que l'infection, l'intoxication et les lésions organiques sont choses différentes, et que s'il est possible de lutter contre le développement du microbe, et même de l'enlever, on n'a plus la même puissance pour réparer les dégénérescences organiques et nerveuses produites par la longue action des toxines microbiennes ou autres.

Mademoiselle Rosa B. m'arriva le 22 avril 1905, porteuse de deux cavernes, une petite à droite, une grande à gauche, entourées toutes deux d'une vaste zone de ramollissement. La température 102 1/5, le poids 132, respiration 27.

La malade, âgée de 24 ans, obligée de travailler pour vivre, avait subi, de ce fait, de fortes privations. Courageuse, elle avait travaillé jusqu'à ces derniers jours, et ce n'est que devant l'extrême faiblesse qu'elle venait réclamer assistance.

Les crachats, abondants et épais, étaient remplis de bacilles et de streptocoques, sans compter une infinité d'autres microbes.

La malade avait une hérédité très chargée, son père, sa mère, ses cinq oncles étant morts de tuberculose. Elle-même ne travaillant que de deux à sept mois. C'était donc une tuberculose à évolution particulièrement rapide.

Rien ne manquait au tableau : l'inappétence absolue, toux fréquente, fati-gante, amaigrissement considérable, diarrhée et sueurs profuses la nuit.

La première série parut améliorer un peu le malade. La température qui montait à 101 n'atteignit plus que 102½ ou 103. Le poumon sembla se dégager, mais le pouls et la respiration ne furent pas sensiblement modifiés.

Cette trêve ne fut d'ailleurs pas de longue durée.

Dès la seconde série, il fut facile de comprendre que le sérum serait impuissant à améliorer le malade. Mais, comme elle était pauvre et les réclamant instamment, je continuai les injections qui eurent tout au moins un effet moral, et mon excellent ami le docteur Marcé eut le dévouement de me remplacer auprès de la malade pendant mes vacances.

Sauf à de très rares exceptions, la malade supporta très bien le sérum, et reçut enfin un soixante injections. A deux ou trois reprises, elle souffrit de dou-leurs articulaires dans les poignets, et une fois dans la région sacrée.

La malade mourut vers les premiers jours de septembre.

QUATRIÈME OBSERVATION. — EDMOND GAL.

L'histoire de ce malade est des plus intéressante, à plusieurs points de vue, ainsi que vous le verrez dans cette courte observation.

Il m'arriva le 9 mars 1905, porteur d'une immense cavité du poumon gauche, et d'un ramollissement fort étendu du poumon droit. De plus, la res-piration était à peu près silencieuse dans la moitié inférieure du poumon gau-che, et très faible dans la même partie du poumon droit.

L'état général était des plus mauvais. Le malade était d'une telle faiblesse qu'il pouvait à peine se tenir debout une minute, tout courbé, et qu'il passait la journée au lit, ou dans un fauteuil de malade. La toux était fréquente, et l'ex-pectoration des vingt quatre heures pesait de 8 à 10 onces, formée de gros cra-chats jaunes, visqueux, dans lesquels fourmillaient les bacilles.

Le malade était d'une maigreur que j'ai rarement rencontrée, n'avait au-cun appétit, et vomissait souvent ce qu'il parvenait à manger. Il avait de la diarrhée plusieurs fois par jour, et transpirait la nuit, abondamment, et depuis plusieurs mois.

La température oscillait entre 96 le matin et 101 le soir, le pouls variant de 100 à 120, et la respiration de 25 à 30.

Le malade était si faible qu'à peine on l'entendait parler.

Son état semblait si désespéré, son fin si prochaine, que j'hésitai à lui don-ner le sérum.

C'est le moment où la Société Médicale de Montréal venait de former une commission pour étudier le valeur du sérum.

Je fis examiner le malade par mes honorables confrères, les docteurs Her-vioux, Cléroux, Dangle et LeSage, qui bsdnnet partie de cette commission.

Messieurs les docteurs Hervieux et Cléroux reconurent le cas absolument désespéré, et firent un pronostic fatal à brève échéance. Ils jugèrent, en toute sincérité, qu'il avait injuste de faire entrer un tel malade en ligne de compte, et que si le sérum ne produisait pas une impossible amélioration, on ne saurait en justice en conclure à son inefficacité.

Ils examinèrent le malade le 24 mars, alors qu'il avait eu déjà six injec-tions de sérum de Marmorek, et que l'état local commençait à s'améliorer, les

gargouillements ayant beaucoup diminué, et le poumon droit était déjà un peu débarrassé.

Je pris bonne note de leur opinion et je continuai courageusement les injections, que le malade supportait très bien du reste.

Or, le 25 mars, la température resta normale toute la journée, et le malade mangea le soir un assez gros morceau de steak saignant. Il s'était senti très bien toute la journée, avait fait une marche d'une demi-heure le matin et l'une heure l'après-midi, sans être trop fatigué.

Il a engraisé d'une manière notable. Le 10 mars, il pesait 108 livres. Le 17 mars, 110 livres; le 25 mars, 113 livres.

En revêch l'expectoration qui, les premiers jours, était de 300 à 350 grammes, est descendue à 50 grammes le 26 mars.

Ainsi l'état général et local sont améliorés. A partir de ce jour la température varie de 98 le matin à 100 l'après-midi, sans qu'aucun accès de douleurs la fait monter à 101 pour une demi-heure ou deux.

Le malade continue à s'améliorer, à manger avec appétit, et à engraisser. Sur la feuille d'observation, j'écris que le 4 avril l'expectoration des 24 heures a pesé 25 grammes.

Le 7 avril, à peu près un mois après le commencement du traitement, le malade pèse 117 livres. Il mange toujours bien, et dort de même; ses crachats des 24 heures ont pesé 36 grammes. Il se promène sans fatigue, une heure matin et après midi. Depuis le 3 avril la température varie entre 98 et 99.

De temps en temps survient une sécheresse de nuit, vers les 4 ou 5 heures du matin. A part cela la digestion se fait très bien.

Le 17 avril, les crachats sont de 17 grammes en 24 heures. Le malade va toujours très bien. Il passe l'après-midi dehors tous les jours.

Le 21 avril, je recommence les injections du sérum, discontinuées depuis le 31 mars.

J'emploie alors un sérum reçu récemment, que les malades supportent assez mal, en général, et qui est mis à contribution, en particulier, des accès de douleurs et fréquents, presque à chaque injection, et fait un peu monter la température. Les crachats qui étaient tombés à 15 grammes par 24 heures, sont remontés à 31 et parfois même à 45 grammes. Cependant le malade dort bien et mange bien, sans le soir de l'injection, éprouve d'une certaine impatience et même d'un léger mal de cœur.

Le malade remarque la différence dans l'effet des injections, et s'inquiète si j'emploie toujours le même sérum. Cependant il continue à augmenter de poids, et le 6 avril, avec des habits plus légers, il pèse 117½ livres.

Le 8 avril, la dixième injection de la dixième série cause une congestion généralisée très intense, accompagnée de mal de cœur et de diarrhée, ainsi que de douleurs sacrées très vives. Le malade en est très effrayé, car pendant quelques minutes il *manque d'air*, et n'a pas la sensation de respirer.

Cependant le pouls est régulier, ne dépasse pas cent, et l'auscultation fait entendre des râles sonores et sous-cupulants, qui rappellent tout à fait une crise d'asthme.

La température, normale à midi, au moment de l'injection, était de 102 à deux heures, de 99½ à deux heures et demie, et redevenue normale pour le reste de la journée.

Le soir, le malade mange très bien, et continue à se bien porter les jours suivants, avec une température de 98 et 99.

Il quitta l'hôpital le 10 mai, deux mois après son entrée, pesant 118 livres. Il vint passer quelque temps à Montréal, pour visiter la ville avant de retourner chez lui.

Le 10 mai, l'amélioration persistait. Le malade pesait 119½, toussait peu, mangeait beaucoup, n'avait plus de transpiration, montait gaillardement les deux étages de sa chambre, où vint le revoir et l'ausculter mes honorables confrères les docteurs Hervieux et Cleveux. Le poumon droit était complètement dégagé, et on y entendait une respiration supplémentaire, un peu râle, à expiration un peu prolongée et quelques petits râles sifflants.

Le poumon gauche n'avait pas moins bénéficié du traitement, mais il restait avec ses lésions, ses parts de substance. Cependant, au niveau de la caverne, si on entendait encore des craquements, il n'y avait plus de gargouillements. La respiration était absolument silencieuse dans la fosse sus-épineuse avec une matité complète, mais elle s'entendait beaucoup mieux dans le reste du poumon, avec des râles impetueux en avant et sèches en arrière.

J'ai dit que cette observation était intéressante à plusieurs points de vue, et je le répète. D'abord par la manière dont débute cette phthisie, évidemment contractée par le malade en question pendant des mois sa femme, morte de phthisie à évolution rapide, huit mois environ. Le malade qui se sentait moins bien déjà, depuis une nevre typhoïde subie quelques années auparavant, eut beaucoup de fatigue. C'est la maladie de sa femme et beaucoup de chagrin après sa mort. Il avait 26 ans, 24 ans, et c'était environ 11 mois avant son entrée à l'hôpital.

Après cette mort, il fut environ deux mois triste, abattu, sans goût au travail et sans appétit. Brusquement, sans avoir toussé, survint une hémorragie assez abondante qui l'éffraya beaucoup. Très fors, il se mit au repos complet, conseillé par le médecin. Un mois après la première, survint une seconde hémorragie, beaucoup plus forte, évaluée à 8 onces, c'est à dire à 250 grammes environ, ce fut la dernière.

Vers le milieu de mars 1901, un an avant de me venir consulter, il se mit à tousser beaucoup sans presque cracher. Il n'avait plus d'appétit et maigrissait rapidement.

C'est en juillet 1901 qu'il se mit à transpirer la nuit, et ce plus abondamment, ce qui le lassait très fatigué le matin. Dans l'après-midi, il était bruleux et, pendant l'hiver, il restait tout près du poêle.

La tuberculose avait donc évolué rapidement, puisqu'elle avait produit en douze mois une caverne considérable et un véritable état cachectique. Étant donné cette rapidité d'évolution, et cette cachexie avancée, il était plus que probable que la terminaison fatale serait assez rapprochée. Surtout si l'on considère que ce malade, avec la compagne, avait toujours vécu au grand air, venait peu souvent s'entretenir dans l'hôpital, milieu si défavorable pour tous les malades, surtout pour ceux de la compagne.

Avec le sérum, et en dépit de ces conditions défavorables, l'évolution de la maladie fut curieuse et une amélioration incroyable se produisit rapidement et régulièrement, tant que le sérum fut employé, et malgré l'emploi d'un second sérum, sur lequel débute un deuxième, très irritant et moins actif.

Cette amélioration se continua même de longs mois après le départ du malade qui m'écrivit en fin de mois d'octobre dernier qu'il se portait toujours bien comme lors de son retour et n'avait pris ni médicaments ni sérum, ce que je regrette beaucoup. Je lui avais en effet demandé de voir son médecin, de me mettre en communication avec lui, afin de pouvoir reprendre les injections qu'à un certain temps de repos. Il n'en fit rien, sans doute effrayé par la congestion survenue lors de la dernière injection. Et je me demandai ce que nous aurions obtenu en continuant le sérum dans de bonnes conditions, le malade rendu à l'exercice. La caverne déjà asséchée, se serait-elle peut-être tout à fait résorbée, le poumon gauche, à l'exemple du poumon droit se serait peut-être complètement dégagé. Et, étonnante amélioration, obtenue contre toute attente et en un peu de temps, permettait en effet de tout espérer. Cependant ce sont là de simples hypothèses qu'on peut énoncer sans doute on ne saurait arguer. Les faits tels qu'ils ont été vécus me semblent d'ailleurs largement suffisants pour démontrer, même en l'absence de guérison, la puissante action antituberculeuse du sérum de Marmionk.

Le malade est mort le 2 mars 1906.

CINQUIÈME OBSERVATION. — GELLE JULIETTE.

Je vis cette malade pour la première fois le 6 septembre 1905. Elle était âgée de 21 ans. Sa pâleur et sa maigreur étaient extrêmes. Respiration 12, température 103, pouls 141.

Le malade est assise dans un grand fauteuil, tousse constamment, parle avec difficulté à cause de l'oppression.

A l'auscultation je constate une très grande caverne au sommet gauche, qui donne lieu à des craquements, et du ramollissement de tout le reste de ce poumon, se révélant par des craquements humides et des râles sous-crépitants dans toute son étendue.

Le poumon droit est également pris du sommet à la base, et l'on entend partout des craquements humides. Petite caverne au sommet.

La malade n'a aucun appétit, ne peut même rien manger, et de la diarrhée fréquente, qui la fatigue beaucoup. La toux est incessante, et l'expectoration très abondante. Sueurs profuses la nuit.

La maladie a débuté par de la fièvre les premiers jours de août, et l'on a fait le diagnostic de fièvre typhoïde, à cause de l'élévation de la température, et bien qu'il n'y eût pas à ce moment de diarrhée.

Vers la fin de juin, comme la température restait toujours élevée, et que l'état général me ressemblait plus tout à fait à la typhoïde, on avait envoyé la malade à la campagne, où elle passa le mois de juillet. Elle en revint très affaiblie, toussant, et respirant le tout, et avait de la diarrhée et crachait abondamment. Depuis lors elle n'avait fait qu'empirer.

Le pronostic fatal à brève échéance s'imposait, et j'en avais fait mille fois.

Comme on réclamait quand même le sérum, je retentais de donner à moins que mon diagnostic et mon pronostic ne fussent confirmés. La malade fut donc examinée de nouveau par mon ami le docteur Hervieux. Son pronostic fut en tout semblable au mien. Bien que le cas fut pour lui absolument désespéré, il crut qu'il fallait recourir à la malade les injections qu'elle réclamait absolument.

Je donnaï donc à la malade dix injections de sérum antituberculeux et trois injections de sérum antistreptococcique de Marmorek (les crachats contenant des bacilles, des streptocoques et beaucoup d'autres microbes), mais sans résultat important. Il y eut bien diminution de la diarrhée et de la transpiration nocturne, mais tous les autres symptômes persistèrent, comme il fallait d'ailleurs s'y attendre, et la malade mourut dans les derniers jours d'octobre.

Je me bornerai à faire remarquer que cette malade fut véritablement traitée en extrême. Le traitement ne lui fut même pas donné comme tentative de guérison, mais comme pure consolation. Cette observation prouve tout au moins l'innocuité du sérum.

SIXIÈME OBSERVATION — MADAME S. L.

Madame S. L. âgée de 46 ans vint me consulter pour la première fois le 21 octobre 1901.

Son père est mort de phthisie, à l'âge de 52 ans.

Deux de ses jeunes sœurs sont mortes, également de phthisie, âgées respectivement de 21 et de 22 ans.

Elle-même, a toujours été bien portante jusqu'au mois d'août 1902, alors qu'elle fit une pleurésie, qui l'obligea de garder le lit pendant près de deux mois, et qui "guérit", en laissant des douleurs dans le côté gauche, douleurs qui persistent encore aujourd'hui.

Depuis cette pleurésie, la malade ne s'est jamais sentie aussi bien qu'aujourd'hui. Les douleurs de côté la gênent pour travailler, et la mûrhe la fatiguent beaucoup. Cependant elle ne croit pas qu'elle ait continué de tousser, sauf pendant "des rhumes", qu'elle prit au cours des hivers 1902-1903 et 1903-1904, et qui durèrent assez longtemps.

Mais ce qui l'inquiète beaucoup, ce fut un dernier "rhume", qui commença au mois de mai 1904 et donna lieu à une toux sèche, excessivement fréquente, et très fatigante, et pour laquelle elle fit tous les remèdes en usage dans les campagnes, mais sans résultat.

Au mois de juin, elle consulta le médecin, qui lui prescrivit un traitement. La toux continua. Peu de temps après, elle expectora plusieurs crachats de sang, après une quinte de toux survenue le matin.

Les jours suivants tout alla bien mal. Les hémorragies se répétèrent, à des intervalles plus ou moins éloignés, et surtout, aux environs des règles, les crachements de sang se reproduisirent, plus ou moins abondants.

Elle cracha parfois assez de sang pour couvrir entièrement le fond d'un bassin. Ces hémorragies étaient composées de sang clair. La malade se mettait alors au lit, et, le lendemain, elle ne crachait plus que des enflots, encore assez nombreux, et qui allaient diminuant les jours suivants.

Elle eut ainsi cinq hémorragies, qui durèrent chacune trois ou quatre jours.

Elle eut donc environ une hémorragie par mois, jusqu'au moment où elle vint me consulter.

Durant ces quatre mois, la toux avait continué, et l'expectoration avait régulièrement augmenté.

En même temps, la malade avait beaucoup maigri et perdu ses forces. En septembre, elle commença de transpirer la nuit.

Quand je l'examinai pour la première fois, la malade était d'une très gran-



de faiblesse. Depuis quelque temps, elle pouvait à peine marcher, et passait son temps au lit, ou dans un fauteuil.

La toux était fréquente, l'expectoration, abondante et facile, se composait de gros crachats jaunes verdâtres, dans lesquels, les docteurs Mercil et Desmarais trouvèrent des bacilles et des streptocoques très nombreux, et quelques staphylocoques.

Bien que l'appétit fut à peu près conservé et qu'il n'y eût pas de diarrhée, la maigreur était extrême.

À l'auscultation, je trouve, au sommet du poumon droit, une inspiration très rude, avec de l'expiration prolongée, de l'exagération des vibrations et une légère submatité.

Le reste du poumon semble normal.

Mais le poumon gauche est pris dans toute son étendue. Au sommet, craquements humides s'étendant dans les fosses sous et sus-épineuses, dans les creux sus et sous-claviculaires, et jusqu'au cinquième espace, en avant, où ils sont gros et donnent l'impression de gargouillements. Au dessous, râles sous-crétants assez gros, et murmure vésiculaire très faible, qui devient tout à fait nul vers la base, où l'on perçoit des frottements pleuraux.

En arrière, au dessous de la fosse sous-épineuse, la respiration est très faible, et devient rapidement nulle, silencieuse, vers la pointe de l'omoplate.

En avant, matité dans toute l'étendue du poumon, sauf au niveau des cinquième et sixième espaces, où il y a submatité. De même, en arrière, matité du sommet à la base, sauf dans un très petit espace, entre l'omoplate et la colonne vertébrale.

Ainsi donc, chez cette malade, les deux poumons étaient pris, mais très inégalement.

Le poumon droit présentait seulement de l'induration du sommet, alors que le poumon gauche était ramollé dans sa moitié supérieure, où existait une assez large caverie, et que sa moitié inférieure se dilatait très nul et était congestionnée, infiltrée, ainsi qu'il arrive souvent à la suite des pleurésies tuberculeuses.

La malade habite la campagne. C'est pour elle un sacrifice à tous les points de vue, que de rester à la ville le temps de faire les injections. Elle manque du confort auquel elle est habituée, et s'ennuie beaucoup. De plus, ce séjour à la ville constitue pour elle une dépense considérable, qui la forcera de retourner plus tôt qu'elle ne devrait.

C'est dans ces conditions défavorables que les injections sont commencées. Le 9 novembre, après 8 injections, la malade qui se sent un peu mieux part à la campagne où elle passe dix jours, pendant lesquels elle est atteinte d'une diarrhée qui l'a beaucoup affaiblie, et dont tout le monde a souffert chez elle, surtout sa fille aînée qui l'accompagne, à son retour, le 19, et qui, est elle aussi, très affaiblie, diarrhée infectieuse, avec laquelle le traitement n'a rien à voir.

Du 19 au 26, 5 injections, et la malade repart à la campagne.

La malade se trouve mieux, la température qui se maintenait entre 99 et 101 est descendue à la normale depuis quelques jours.

Quinze décembre. Pendant le repos, à la campagne, l'appétit a été excellent, et il n'y a pas eu de diarrhée. La malade a beaucoup moins toussé, mais la température est remontée jusqu'à 99½.

Le 30 décembre, après 8 injections, la malade repart à la campagne. L'état général est très amélioré, ainsi que les signes d'auscultation.

Ainsi, à droite, il n'y a plus qu'une très légère diminution de la sonorité, et une respiration un peu exagérée, mais sans rudesse.

À gauche, les craquements du sommet sont moins nombreux, il n'y a plus de gargonilllements, et la matière complète est remplacée, en avant, par la submatité.

En revanche, à la base, il y a encore beaucoup de râles sous-crépitaux, et de craquements secs, avec matité.

En arrière, le murmure vésiculaire est très faible.

La malade, qui mange très bien, se sent plus forte et a engraisé. Elle fait maintenant des marches de vingt et trente minutes sans se sentir fatiguée. Elle dort bien et toussé très peu durant la journée et la nuit. Le matin seulement, elle tousse en se levant, et crache assez abondamment.

La malade part à la campagne et en revient le 23 janvier. Les injections sont reprises le lendemain, et l'auscultation pratiquée le 8 février, montre : à droite, une respiration sensiblement normale, empauvtrée, mais sans aucune rudesse ; à gauche, il n'y a plus que des craquements secs dans la moitié supérieure, et des frottements pleuraux très forts à la base.

La malade repart à la campagne le 11 février, ayant terminé sa seconde série d'injections, et considérablement améliorée. Elle en revient le 1er mars, après trois semaines de repos, et se sentant beaucoup mieux, et l'auscultation ne révèle rien d'anormal à droite.

À gauche, au sommet, craquements secs, à la base frottements pleuraux à bruit de cuir neuf. Le murmure vésiculaire s'entend maintenant jusqu'à la base.

La malade est beaucoup plus forte, elle vient facilement à pied jusqu'à mon cabinet de consultation.

Reprise des injections.

Le 6. La malade fait de l'infection intestinale. A eu des selles fétides, et la température est montée à 101,2. Je prescrivis un peu d'eau de Carabana chaque matin, et je réduis un peu l'alimentation.

Le 16. Les selles sont bonnes et la température sensiblement normale. La malade tousse peu, dort bien, et son appétit est excellent, même exagéré.

Le 18. L'injection de la veille a causé beaucoup de douleurs locales et de rougeurs. La température est montée à 100, mais la douleur est actuellement disparue, et la température est normale.

Le 21. La troisième série est terminée. L'amélioration de l'état général est considérable. Cette malade qui, au début du traitement, pouvait à peine marcher, qui passait ses journées au lit ou dans un fauteuil, toussant constamment, expectorant beaucoup, est aujourd'hui en état de faire des marches d'une demi-heure ou trois quart d'heure sans fatigue. Depuis plus d'un mois elle n'a pas une seule fois transpiré la nuit. Elle passe des journées sans tousser une seule fois, et tousse rarement la nuit. Une seule quinte de toux, le matin, auène une expectoration composée d'une douzaine de gros crachats purulents, qui renferment encore des bacilles, des streptocoques peu nombreux, et des staphylocoques.

L'auscultation montre un égal degré d'amélioration de l'état local. On ne découvre rien d'anormal du côté droit, ou existaient des signes évidents d'induration.

À gauche, dans la partie supérieure du poumon, les craquements humides ont fait place aux craquements secs, et la matité complète est remplacée par la submatité.

Le lobe inférieur où les bruits respiratoires étaient nuls est devenu perméable. Même, on y entend, en arrière, une expiration prolongée. La partie inférieure du poumon se dilate très bien, ainsi que nous le prouvons des frottements pleuraux très forts.

Depuis le commencement du traitement, l'état de la malade s'est régulièrement amélioré. Ceci nous permet donc d'espérer que cette amélioration se continuerait si la malade continuait le traitement. Malheureusement, elle est forcée de retourner chez elle, où elle essaiera de se faire donner des injections. Mais le médecin le plus voisin demeure à trois milles de chez elle, et il lui faudra faire ce trajet en voiture pour aller prendre une injection. Ces conditions, on le voit, ne sont pas très favorables.

Le 5 mai, la malade revint me consulter pour une hémorragie, peu abondante, survenue dans la nuit du 23 au 24 avril.

Du 21 mars au 12 avril, la malade s'est reposée et s'est très bien portée. Elle a même engraisé. La température n'a pas dépassé 99,1.

Mais les injections reprises le 11 ont été mal supportées. Beaucoup d'irritation locale et fortes élévations de température. Le 20, la température monte à 102,2, et le lendemain la malade expectore quelques crachats rougeâtres.

Le 23, l'injection cause encore beaucoup d'irritation locale, et la température monte à 101,1. Dans la nuit, la malade crache du sang, comme autrefois, ce qui l'effraie beaucoup.

Le 25, les crachats rouges ont complètement disparu, et la malade se sent assez bien. Le soir, quelques crachats de sang coagulé, noir.

L'auscultation montre que les craquements humides sont reparus au sommet gauche, et qu'il y a un peu de congestion au sommet droit.

À part cela, les signes sont sensiblement les mêmes que le 21 mars.

La malade a beaucoup craché pendant quelques jours, puis les crachats sont devenus petits et plus blancs.

Je conseille donc à la malade d'interrompre un traitement si mal supporté, quitte à le reprendre dans deux ou trois semaines, ce qu'elle a fait. Mais les injections causant toujours de la douleur, et un peu d'élévation de température, l'une d'elle ayant causé un abcès qui fut très long à guérir, je lui conseillai, le 20 août, de les abandonner définitivement, ce qu'elle a fait.

Depuis lors, la malade s'est assez bien maintenue. Elle a continué de tousser et de cracher, surtout le matin. Elle n'a plus eu d'hémorragie, et n'a transpiré la nuit que rarement. Cependant elle n'a pas pris de force, et elle a plutôt maigri.

Je l'ai vue l'automne dernier. La tuberculisation du poumon gauche continuait d'évoluer et il n'y avait qu'un peu d'induration au sommet droit.

Au mois de mai de cette année, l'état de la malade est sensiblement le même. Les hémorragies n'ont pas reparu.

Messieurs, je ne crois pas que cette malade ait complètement guéri par le sérum.

Cependant je me demande quel degré d'amélioration nous aurions obtenu, si le traitement eût pu être continué dans de bonnes conditions.

SEPTIÈME OBSERVATION. — MARTIN M., 31 ans.

Je vis le malade pour la première fois le 6 octobre 1905.

Aucun antécédent tuberculeux. Deux frères morts à l'âge de dix huit mois ou deux ans.

Le malade est cochar de fiacre et adonné à l'alcool depuis des années. Depuis trois ou quatre ans, surtout, il en absorbe de grandes quantités chaque jour, et ne peut plus s'en passer. Il boit régulièrement une bouteille de cognac par jour, et prend, en plus, plusieurs verres, avec des amis, surtout l'hiver.

Toussait depuis deux ans, mais depuis six mois, il est incapable de faire son travail, et a dû prendre un repos forcé, sans cesser cependant l'alcool. Il transpire la nuit depuis plus de six mois. Dernièrement, les transpirations sont devenues très abondantes et le laissent épuisé le matin.

Le malade est d'une extrême maigreur, n'a aucun appétit, et se plaint de diarrhée.

Il toussait beaucoup. L'expectoration très abondante, et composée de gros crachats purulents, qui renferment des bacilles et des streptocoques en quantité.

Respiration, 30; poids, 438; température, 40,2.

Au sommet, à droite, au sommet, inspiration rude, expiration prolongée, exagération des vibrations vocales, quelques râles, et légère submatité.

À gauche, craquements humides nombreux, du sommet à la base, où ils se confondent avec des râles sous-crépitants.

Mutité dans les espaces sus et sous-claviculaires, qui se transforme en submatité à partir du troisième espace.

Tout le poumon gauche est donc envahi par des tubercules ramollis.

Les lésions pulmonaires sont cependant moins graves que l'état général.

Le malade est un véritable cachectique, et la consommation est ici un épiphénomène.

J'avertis donc la famille du malade qu'il n'y avait pas d'espoir de guérison, et qu'il était à peine permis d'espérer une amélioration de quelque importance. Je consentis cependant à faire au malade les injections que lui-même et sa famille réclamaient impérieusement.

Du 10 octobre au 30 je fis dix injections, qui ne donnèrent pas grand résultat. Les transpirations nocturnes cessèrent presque complètement, mais je ne pus arriver à faire manger le malade, qui continua de prendre chaque jour de fortes quantités de cognac, dont il prétendait ne pas pouvoir se passer.

Je me bornai, pendant le mois de novembre à prescrire des toniques et des amers, et à essayer de faire diminuer la quantité d'alcool absorbée chaque jour. Le tout, sans aucun résultat.

Pendant le mois de décembre, je dus donner malgré moi, une deuxième série d'injections, que je déclarai devoir être absolument inutiles, et qui le furent en effet.

Le malade, qui gardait le lit, continua d'absorber environ une bouteille de cognac par jour, et refusa constamment toute nourriture. A peine fut-il possi-

ble de lui faire absorber du lait, un ou deux verres par jour, dans lesquels il faisait mettre du cognac.

La diarrhée augmenta beaucoup pendant le mois de janvier résistant à tous les moyens. Les transpirations reparurent et la température s'éleva de plus en plus. Le malade mourut dans les premiers jours de février.

HUITIÈME OBSERVATION — MADAME M. J. PETIT, 29 ans.

Père mort à 45 ans, paraît avoir fait de la tuberculose.

Mère bien portante.

Un frère a fait de l'arthrite tuberculeuse du coude. Une sœur est atteinte de tuberculose pulmonaire.

Elle-même, mariée depuis 7 ans. Deux enfants vivants, un garçon de 6 ans, un bébé de moins d'un an. Deux enfants morts.

Santé toujours délicate.

A commencé de tousser il y a plus de 18 mois. Est devenue enceinte peu après. La grossesse l'a beaucoup fatiguée. Les suites de couches ont été très longues. C'est à partir de l'accouchement que la toux a augmenté, ainsi que l'expectoration. En même temps, la malade maigrissait rapidement, et dut bientôt garder le lit continuellement. Elle passa les mois d'août et de septembre à la campagne sans reprendre de forces. De retour à la ville, la maladie continua de progresser.

Je vois la malade pour la première fois le 27 mars 1905. Elle est au lit, et tellement faible qu'on doit l'aider à s'asseoir ou à changer de place. Elle tousse continuellement et expectore de gros crachats verdâtres, contenant des légions de bacilles, de streptocoques et une infinité d'autres microbes. L'appétit est nul. La malade absorbe avec peine trois œufs crus par jour, et quelques verres de lait.

La malade peut à peine dormir quelques instants, chaque nuit, à cause des quintes de toux perpétuelles, et s'éveille épuisée par des sueurs d'une abondance extrême, qui durent depuis des mois.

Maigreur excessive. Température 101 3/5; poids 135; respiration 31.

Auscultation. Les deux poumons sont pris. A droite, petite caverie au sommet, révélée par des gargonillements. Ramollissement étendu, les craquements humides s'entendent, en avant, jusqu'à un cinquième espace, et en arrière, jusqu'à la pointe de l'omoplate. Au dessous, râles divers. Matité au sommet. Submatité dans le reste du poumon.

A gauche, large caverie au sommet, donnant lieu à des gargonillements, du souffle caverneux et de la voix caverneuse.

Au dessous, craquements humides, râles sous crépitants, et disparition presque complète du murmure vésiculaire. Matité dans toute l'étendue du poumon.

Je néglige d'ausculter en arrière, la malade étant trop épuisée.

Le mari insiste pour que je donne les injections que réclame la malade, bien que je lui affirme qu'il n'y a aucun espoir.

Je commence donc le traitement le 29 mars, et je fais examiner la malade, quelques jours plus tard par mon ami le docteur Cléron.

La première série se compose de 10 injections de sérum antituberculeux, et d'une injection de sérum antistreptococcique de M. Arnorek.

Dès la quatrième injection, un mieux sensible se produisit dans l'état général de la malade. C'est à ce moment je crois, que M. le docteur Cléroux l'examina pour la première fois. L'état local n'était pas modifié.

L'amélioration de l'état général se continua régulièrement jusqu'à la fin de la série, terminée le 18 avril, et pendant les jours suivants.

Dès le 10 avril, la malade a pu manger un bon morceau de bifteck, et a continué les jours suivants. Elle mange avec appétit, se sent plus forte, et s'assoit chaque jour dans sa berceuse pendant une demi-heure ou une heure.

Le 22 avril, à ma visite, je la trouve habillée, assise dans la salle à dîner, qu'elle n'a pas vue depuis des mois.

Elle est pleine d'espoir, car l'appétit est meilleur encore que les jours derniers, et parce qu'elle a passé une très bonne nuit, sans presque tousser et sans transpirer du tout.

La température qui variait autrefois de 96 à 101, et même 102, oscille maintenant de 97 à 99 ou 99 2/5.

L'état local est également amélioré. A droite, il n'y a plus de gargouillements au sommet, et les craquements humides sont moins nombreux et s'étendent sur une moins grande surface.

A la base, la respiration est plus libre, plus dégagée, il n'y a presque plus de râles.

A gauche la caverne paraît s'être vidée. On n'entend que quelques gargouillements, et le souffle caverneux est plus intense. Il semble que les craquements humides sont moins nombreux. A la base, il y a des râles de bronchite, et l'on entend un peu mieux le murmure vésiculaire.

L'expectoration, qui dépassait 7 onces au début du traitement est tombée à 3 onces, à 2 1/2 onces, et la couleur des crachats est changée.

Notons que la malade a abandonné dès les premiers jours d'avril, la préparation opiacée qu'elle prenait le soir pour dormir, d'ailleurs sans résultat, et que ses nuits sont bonnes, son sommeil réparateur.

Tout alla bien jusque dans la matinée du 26, alors que la malade ressentit à gauche un point de côté violent, qui l'empêchait de respirer. Et même temps, la température qui s'était maintenue entre 97 et 99 1/2, monta brusquement à 101.1. La malade ne pouvait respirer qu'en immobilisant son côté gauche, sur lequel elle se couchait.

L'auscultation ne permit pas de rien préciser, d'abord parce qu'elle fatiguait beaucoup la malade et fut très incomplète, ensuite parce que la malade se retenait de respirer et qu'il y avait auparavant, en cet endroit, respiration presque silencieuse et matité.

Mais il était facile de comprendre que la malade faisait une de ces pleurésies limitées qui se produisent si fréquemment dans le cours de la tuberculose pulmonaire.

Je fis à la malade trois injections de sérum antistreptococcique, les 27 et 29 avril et le 1er mai, et fis appliquer une forte épaisseur d'ouate sur le côté.

Le point disparut très vite, et la malade put dormir tranquille, sans trop tousser, ni transpirer. Cependant la température s'éleva chaque jour à 101, de 97 qu'elle était le matin. La malade n'en paraissait pas incommodée, continuait de manger avec appétit, et de prendre des forces, parlant même de s'occuper un peu du ménage.

Le 7 mai, je recommençai les injections de sérum antituberculeux.

La courbe de la température fut visiblement modifiée par cette nouvelle série, mais pas autant que la première fois. Prise toutes les deux heures, la température s'éleva chaque jour de 98 à 101, 101 1/2. Si je n'étais borné à la faire prendre matin et soir, elle eut pu osciller entre 98-99, car la température s'élevait seulement à deux heures de l'après-midi pour redescendre dès quatre heures.

Vers la fin mai, M. le docteur Cléronx revint voir le malade, et put juger de l'extraordinaire amélioration produite. Il la trouva, assise dans le sledon, en train de lire. Remarquons, en passant, qu'à sa première visite, la malade ne pouvait se remuer dans son lit.

Le 31 mai, malgré mes recommandations, voulant éprouver ses forces, la malade se rendit à bicyclette sur sa mère, demeurant à 9 1/2 mille, et y passa deux jours. Elle en éprouva une fatigue considérable, et resta, les jours suivants, comme épuisée, ne pouvant aller plus d'avantage, mais n'ayant aucun appétit, et gardant volontiers le lit pendant la journée. Pendant quelques jours encore la température ne monta pas plus haut que 100, mais descendit, le matin, à 95. Dès lors la maladie empira rapidement, malgré une nouvelle série d'injections commencée le 20 juin.

La température monta graduellement jusqu'à atteindre 104. La toux rede vint de plus en plus fréquente, et l'expectoration de plus en plus abondante. Les sueurs nocturnes reparurent. Bref, le malade suivit sa marche habituelle vers la terminaison fatale, qui se produisit le dernier jour de septembre.

À vrai dire, nous eûmes ici contre nous un grand nombre de circonstances défavorables. Par exemple, le mois de juillet et août furent exceptionnellement chauds et humides, et contribuèrent beaucoup à affaiblir la malade, qui habitait un petit appartement dans une partie basse de la ville, où l'air manquait tout le temps, et où, pendant les heures de soleil, il faisait une chaleur insupportable.

Quoiqu'il en soit, je crois que le sérum a donné, dans ce cas, une preuve évidente de son action antituberculeuse, par l'amélioration considérable et la longue survie qu'il procura à la malade, et ce, contrairement à toutes les prévisions.

En effet, l'honorable confrère, très compétent d'ailleurs, qui traitait moi cette malade, avait déclaré qu'elle ne verrait pas la fin d'avril, et moi-même le docteur Cléronx lorsqu'il vit le malade pour la première fois, pronostiqua, aussi, une fin très prochaine, et jugea inutile de faire un traitement, toute amélioration lui paraissant impossible. Ce qui n'empêcha pas la malade de s'améliorer régulièrement, jusque vers le milieu de juin, au point de me donner, pendant un certain temps, l'espoir de voir la marche de la maladie enrayée pour un temps assez long, et pour en user à mon ami le docteur Cléronx plus que de la surprise, lors de sa deuxième visite.

Et si, au lieu de se trouver dans les conditions défavorables que j'ai dites, la malade eût pu bénéficier d'une bonne hygiène, du repos absolu dans un air pur, dans un sanatorium, par exemple je suis convaincu que l'amélioration obtenue se fut maintenue pendant de long mois.

Cette observation termine la série des malades traités à la dernière période de phthisie, car je ne compte pas un dernier malade, R. L., typographe, phthisique au dernier degré, alcoolique avancé et grand fumeur de cigarettes, auquel je donnai trois injections, qu'il supporta d'ailleurs très mal et que je dus abandon-

ner, parcequ'il ne voulait rien faire du traitement prescrit, notamment de se reposer, et d'abandonner l'alcool, le tabac et le reste, et qui mourut deux ou trois mois plus tard.

On admettra sans peine, je l'espère du moins, que si le sérum n'a pas guéri ces malades cela ne prouve pas qu'il soit sans action antituberculeuse.

Voici maintenant des observations de malades traités à ces divers degrés que l'on range d'habitude sous le dénomination de deuxième période parce qu'ils présentent tous des tubercules ramollis.

Je citerai tout d'abord cinq observations qui se ressemblent beaucoup au point de vue des symptômes locaux et généraux, et dont les malades ont peu bénéficié, ou n'ont pas bénéficié du tout du sérum.

Je les résumerai très brièvement.

SEPTIÈME OBSERVATION. SAMUEL FRANK, 51 ans.

Ce malade me consulta pour la première fois le 1er septembre 1905.

Son histoire de famille était excellente. Aucun antécédent bacillaire, et huit frères ou soeurs bien portants.

Lui-même, qui est très maigre et vouté n'a jamais été malade jusqu'il y a deux ans, alors qu'il commença de tousser, et partit presque aussitôt pour un sanatorium, dans les Adirondacks — où l'on trouva de bacilles dans ses crachats, et où il passa sept mois, durant lesquels il prit un peu d'embouppoint, mais continua de tousser, et d'où il revint sans amélioration. Il passa l'été près de Toronto, au repos complet, toussant toujours. Il passa l'hiver suivant dans la Californie, où malgré le traitement d'un spécialiste, le repos et la suralimentation, sa maladie fit des progrès réguliers, ainsi que pendant l'été, qu'il retourna passer dans sa famille près de Toronto.

Dès le début la température fut élevée, mais l'appétit se maintint assez bien.

Depuis deux mois, le malade transpire beaucoup la nuit, et a maigri de 15 livres. C'est donc un cas rebelle au traitement.

A l'auscultation, je trouve des craquements humides dans le tiers supérieur du pommou droit, et dans la moitié supérieure du pommou gauche, avec une température de 101.5, une respiration de 23, un pouls de 96, à deux heures de l'après-midi.

Les crachats renferment des bacilles, des streptocoques et d'autres microbes.

Pendant cinq jours, le malade reste en observation. La température monte chaque jour à 102, et même 103.

Du cinq septembre au 20 novembre, le malade subit deux séries d'injections, sans grand résultat. Les transpirations nocturnes disparurent presque complètement, et les craquements devinrent moins nombreux, mais la température après avoir été abaissée d'un degré pendant deux ou trois jours, remonta à 102, et le malade continua de maigrir un peu. La toux ne fut pas améliorée,

l'expectoration diminuée.

En conséquence, je conseillai au malade d'abandonner le sérum, et il partit pour le Colorado.

Je n'ai plus eu de ses nouvelles.

DIXIÈME OBSERVATION. — DURK P... , 38 ans.

Vu pour la première fois le 28 septembre 1905.

Histoire de famille impossible à élucider.

Lui-même, boucher, toujours très fort, jusqu'à il y a trois ans.

Est alors "malade au lit", et a toujours toussé depuis, et régulièrement perdu du poids. De 175 livres, il est descendu à 125. Il touse maintenant et crache beaucoup. Les crachats renferment de petites bacilles, streptocoques, des staphylocoques et le reste.

Il y a du ramollissement dans les deux poumons, surtout à gauche, où les craquements humides occupent presque tout le poumon. La température du malade oscille de 99 à 102.

Il n'y a pas de transpirations nocturnes, mais l'appétit est nul.

Du 28 septembre au 30 décembre, le malade fait deux séries de 15 injections.

Après la première série, se produit une amélioration notable de la toux, et de la température, qui varie de 98 à 99½, pendant près d'une semaine.

Mais les signes d'augmentation restent à peu près les mêmes, l'appétit ne s'améliore pas et le malade maigrit encore.

D'ailleurs, cette amélioration fut de courte durée, et le malade reprit bien tôt sa marche régulière.

Sur mon avis, le malade cessa le traitement. Je n'ai pu en dire ses nouvelles depuis.

ONZIÈME OBSERVATION. — OMER LEV... , 48 ans.

Aucun antécédent direct, mais plusieurs cousins et cousins-morts de phthisie.

Me consulta pour la première fois le 23 octobre 1905.

A toussé tout l'hiver et a beaucoup maigri (25 livres) ce printemps, à la suite d'une diarrhée qui n'est pas encore guérie, et s'accompagne de douleurs dans le ventre.

Dans les crachats, bacilles, streptocoques, staphylocoques et d'autres variétés microbiennes.

Respiration 28, poids 138, température 101 2/5 à trois heures de l'après-midi.

À droite, respiration très rude au sommet, très faible à la base. Submatité au sommet.

À gauche, craquements humides dans les creux claviculaires, et un peu au dessous, avec submatité marquée. À la base, quelques râles fins. La respiration est très faible dans toute la partie inférieure.

En plus des quelques points ramollis, et de l'induration du sommet droit, il y a donc probablement de l'infiltration d'une grande partie du poumon gauche, ce qui explique la respiration rapide et incomplète.

En observation pendant cinq jours, la température saine de 95 2/5 le matin, à 101 3/5 l'après-midi.

Du 30 octobre au 26 novembre, le malade reçoit 16 injections de sérum, dont quatre de sérum antistreptococcique.

La température semble quelque peu améliorée vers la troisième semaine de novembre et se maintient entre 97 et 101. Mais la toux et les douleurs de ventre ne sont pas améliorées. Les craquements sont peut-être plus nombreux le 26 novembre qu'au début.

Je renvoie donc le malade dans sa famille. Son état continua de s'aggraver lentement.

DOUZIÈME OBSERVATION — VICTOR L. M. — 28 ans

Cas très anodin au début. N'a pas d'antécédents tuberculeux. S'est toujours bien porté. Commence à tousser au mois de septembre 1905. Vient me consulter le 28 janvier 1906 (soit huit le mois de plus), et avoue être maigri de 20 livres depuis deux mois. La température est 37,09-1,5, la toux ne laisse aucun repos au malade, qui peut à peine dormir la nuit.

Le poulmon droit est induré au sommet. L'expiration prolongée, petits râles sibilants, légère submaturité.

À gauche, les craquements s'entendent dans toute l'étendue du poulmon, avec presque du gargouillement au sommet.

Du 1 février au 1 juin, le malade reçoit douze injections, sans grand résultat. Le malade continue même de maigrir.

Le 5 mars, il retourne chez lui, où la maladie continue d'évoluer, comme auparavant.

TREIZIÈME OBSERVATION — L. P. — 15 ans

Le père de ce malade est mort de syncope cardiaque. La mère souffre d'intermittences fréquentes, sans léon, à l'origine. Lui-même est atteint d'une large insuffisance mitrale depuis plusieurs années.

Il commença de tousser il y a les premiers jours de septembre, et vint me consulter à ce sujet le 22 novembre 1905.

Toujours très nerveux, le malade est très inquiet, et se plaint surtout de sa respiration courte, et de frisson l'après-midi.

En même temps, existe un peu de diarrhée, avec douleurs de ventre.

L'appétit est nul.

Dans les crachats, bacilles nombreux et streptococciques.

À gauche la respiration est très faible dans tout le poulmon. À droite, craquements humides au sommet, avec quelques râles sous-crépitateux. À la base, râles fins.

Comme la mère redoute le sérum, je prescris le repos, la campagne, si possible, des amers avant les repas, un vésicatoire au sommet droit, répété tous les cinq ou 8 jours, et de l'antiseptie intestinale.

Le 27 novembre, je revois le malade, dont la température varie de 37 le matin à 400, quelque fois un peu plus, le soir.

Depuis qu'il est au repos, dans sa famille, il toussait un peu moins, et mange de meilleur appétit.

Je revois le malade tous les 8 ou 10 jours. La maladie fait des progrès rapides. Le 26 décembre, les craquements sont plus nombreux à droite, et le poulmon se dilate très mal.

À gauche il y a de l'exagération des vibrations, et de la submaturité.

Le 9 janvier le malade toussait plus, la température est plus élevée, l'appétit diminue, et il y a un peu de transparence la nuit.

Le 2 février, l'état général du malade est très mauvais. Il n'a plus d'appétit, toussait beaucoup, s'essouffait au moindre effort.

En présence, et également les crâtes sous-crâpôtants occupent une grande étendue du pommou droit.

Le malade redonne dors le sérum, et je commence les injections le 6 février. Le malade en reçoit 19 du 6 février au 19 mars, et est supporté très bien, mais n'obtient pas d'amélioration réelle.

Le 20 mars, sous son température s'élève à 102,5°, et le malade me se lève les yeux ouverts. Le malade est très oppressé. Au sommet droit il y a quelques engorgements. Le malade fait une petite toux tuberculeuse.

Le 24 avril, comme il y a beaucoup de streptococcis dans les crâtes, je lui prescrite un sérum de qui est à l'échelle de injections rectales de sérum antistreptococcique, mais sans résultat. Je cesse alors tout à fait le sérum.

Le 24 mai le malade au mor de mai. La maladie avait continue son évolution régulière.

Après de ces observations malheureuses, où le sérum échoue, et qui se ressemblent étonnamment entre elles, j'en présenterai maintenant de toute différente.

DEUXIÈME OBSERVATION — ROCHELE.

Je vis ce malade pour la première fois le 10 février 1905, en consultation avec mon excellent collègue le docteur George Piché. Il avait une pneumonie. Il était malade depuis quatre jours, la température etait à 102°, le pouls à 128, la respiration à 15, le point de côté d'une extrême violence.

Avec le traitement institué par le docteur Piché, et auquel je me gardai bien de rien changer, parce qu'il était le meilleur à mon avis, tout alla bien, et le 18 février survint une crise, après quoi tout rentra dans l'ordre, du moins pendant quelques jours. Le malade se levait, mangeait un peu, mais ne se sentait pas très bien, et continuait à tousser. Il avait des petites frissons. Enfin le 1 mars appelé de nouveau, je trouvais le malade abattu, affaibli, se plaignant de céphalée intense et d'une extrême faiblesse dans les jambes. La langue saburrale, la diarrhée fétide de quelques jours, les gargouillements dans la fosse à droite gauche, nous firent conclure, au docteur Piché et à moi, à une fièvre typhoïde, opinion que l'analyse du sang, faite deux fois de suite par nos amis Marcel et Desmarais, vint confirmer.

Cette fièvre, bénigne d'ailleurs, à températures peu élevées, guérit complètement en trois semaines, et à la fin du mois, le malade se sentait si bien qu'il mangeait de tout, malgré les conseils du docteur Piché, et se sentait disposé à aller faire des excursions.

Le malade engrassa, reprit sa vie ordinaire, jusqu'au 18 avril. Ce jour-là, il fut surpris par une pluie violente, à cinq ou six milles de Montréal, et dut revenir en voiture. Revenu chez lui, il se sentit frissonneux, et, le lendemain, commença à tousser. En quelques jours, il perdit complètement l'appétit, et maigrit rapidement. Il avait perdu environ 10 livres, lorsque je le vis de nouveau le 7 mai.

Il toussait alors constamment, et expectorait abondamment de gros crachats purulents. Il n'avait aucun appétit, se sentait d'une extrême faiblesse, et transpirait abondamment la nuit.

L'auscultation me fit constater à gauche des râles sous-crâpôtants et une respiration faible. À droite, je trouvais au sommet, des craquements humides

et au dessous, des râles sous-crépitants. A l'expiration, une respiration silencieuse, avec des vibrations vocales presque disparues.

Le diagnostic venait assez embarrassant. Le malade avait-il fait une pleurésie avec épanchement abondant, partiellement résorbé, et laissant un pommou induré, presque imperméable? Il n'y a pas d'égaophonie, pas de percussion aphone, et j'étais aussi embarrassé que mon ami le docteur Piché.

De plus les râles sous-crépitants de la partie moyenne du pommou, les craquements humides du sommet joints aux symptômes généraux nous faisaient redouter qu'une pneumonie tuberculeuse ne fut venue se greffer sur le terrain de l'ancienne pneumonie franche et favorisée par la fièvre typhoïde.

Cependant l'examen des crachats ne montra que des streptocoques et des globules de pus abondants.

En l'absence de bacilles, je conseillai les injections de sérum antistreptococcique de Marmorek, et le docteur Piché fit, le lendemain, la première injection de 5 c. c., qu'il renouvela tous les deux jours jusqu'à la dose de 10 c. c., et d'ailleurs sans résultats, ainsi qu'on le verra en consultant la feuille de température. En effet cette dernière continua à osciller régulièrement entre 100 ou 101, le matin, et 103½ ou 101, le soir.

Le 26, l'examen microscopique montre quelques bacilles dans les crachats, et le 27, le docteur Piché donna sa première injection de sérum antituberculeux de Marmorek, à dose de 5 c. c. Les injections furent répétées tous les deux jours, jusqu'à concurrence de douze.

L'effet fut presque subit. Deux jours après la première injection, la température tombait à 99, et ne remontait le soir qu'à 101, qu'elle atteignit encore pendant deux jours, puis tomba à 100, et enfin, le 6^e jour, après la 10^e injection la température resta à la normale.

Du 7 mai au 2 juin, le malade avait encore perdu 13 livres. Il commença alors à manger, engraisa rapidement de deux et trois livres par semaine, quoi qu'il toussât et crachât assez abondamment. Mais les transpirations nocturnes avaient graduellement disparu, et le malade renaissait vraiment à la vie.

Le 7 juin, encore faible, il ne présentait plus à l'auscultation que de l'inspiration rude et de l'expiration précipitée avec de l'exagération des vibrations au sommet droit. Dans la fosse sus-épineuse droite, de l'expiration prolongée et de la respiration ronflante. Les craquements et les râles sous-crépitants avaient complètement disparu. Dans la moitié inférieure du pommou, submatité très prononcée et de la matité tout-à-fait à la base, avec une respiration très faible, et de petits râles secs.

Un résultat si rapide, et peu fréquent, je dois le dire, portera sans doute à discuter ce cas. L'abaissement brusque de la température fera penser à la crise qui termine les pneumonies ordinaires. Mais je ferai remarquer que le malade offrait toutes les conditions requises pour le développement de la tuberculose, par ses multiples causes d'affaiblissement antérieures.

Y a-t-il eu de la pneumonie tuberculeuse du lobe supérieur? Cela est possible, bien que le docteur Piché, qui a vu le malade tous les jours depuis le 18 avril jusqu'au 7 mai, jour de la consultation, n'ait jamais perçu de souffle tubaire, ni constaté l'apparence rouillée ou sanguine des crachats, et que le

malade ne s'est jamais plaint de ce point de côté qu'il connaissait si bien, pour l'avoir éprouvé peu de semaine auparavant.

L'apparence générale du malade ne concordait pas beaucoup non plus avec l'idée d'une pneumonie, non plus que la marche de la maladie. Il n'avait pas pris le lit, et je le trouvais sié dans un grand fauteuil, avec un crachoir à moitié rempli de gros crachats jaunes et épais, sur un chaise près de lui. Il n'avait jamais eu, et n'avait pas eu de cette oppression spéciale de la pneumonie, lui le se sçavoir. Les toux, peu fréquente au début, avait irrégulièrement augmenté de fréquence. L'expectoration était devenue de plus en plus abondante, et l'hémorragie avait été rapide et régulière. L'appétit avait régulièrement diminué. Il était absolument nul au moment de la consultation. Le trait principal n'était pas celui de la débilité, puisqu'elle, du point de vue de la vie, bien que la température restât en élèvement la même, et qu'elle commençât de diminuer après les premières injections de sérum, précédaient comme la débilité, commençant à se faire.

Le malade n'avait pas fait, non plus, une simple pleurésie, bien qu'il y eût de l'épanchement à la base et que les frottements pleuraux vinrent confirmer plus tard le diagnostic. La pleurésie, légère en somme, était ici d'importance secondaire à côté de l'épanchement si rapide de la partie supérieure du poumon. Cette pleurésie était évidemment de nature tuberculeuse, et l'on admettra volontiers que, règle générale, la débilité, dans un cas si aisé, rapide ni au point de vue de la pleurésie tuberculeuse.

Il faut donc, par exclusion, s'en tenir au développement rapide des tubercules dans le péricardium d'un individu fortement affaibli par deux maladies graves et récentes. Cet épanchement, accompagné de l'élévation des températures, et de pleurésie de la base, fut rapidement suivi de ramollissement.

Et, suivant toute apparence, la terminaison eut été fatale et prochaine sans l'intervention du sérum antituberculeux.

Certes, pour qui ne connaît pas les effets, surprenants, presque magiques, du sérum dans les tubercules récentes, et quelle que soit d'ailleurs leur gravité, il est malaisé de croire que quatre injections aient pu produire un changement aussi radical que celui constaté sur les feuilles de température, après six jours de traitement. Mais il n'a rien de surprenant pour celui auquel est familière l'action du sérum dans ces cas de tubercules récentes et récentes.

A quelques jours près, ce sont presque toujours les mêmes résultats, ainsi qu'on pourra le constater en lisant d'autres observations.

Il me reste à parler de l'état actuel du malade. Il est resplendissant. Il pèse 198 livres, et en parfaite santé, et travaille chez son père, comme garçon boucher.

Je l'ai anéanti dernièrement. Les deux poumons sont parfaits. Peut-être existe-t-il un petit foyer catarrhal, à la base droite. Rien autre, le malade est absolument guéri.

QUINZIÈME OBSERVATION. — H. C.

Monsieur H. C. me vint consulter, pour la première fois, le 10 octobre 1904.

Je ne l'avais pas vu depuis plus d'un mois, et je fus frappé de sa pâleur verdâtre, de son maigreur excessive et de son apparence de profond épuisement. Malade dans le fauteuil, il tenait presque continuellement, expectorant de gros crachats purulents, et sa première phrase fut pour me dire qu'il se croyait guéri.

Au mois d'avril, il avait contracté ce qu'il croyait être une de ces bronchites dont il avait coutume d'être atteint plusieurs fois chaque hiver.

Cette pseudo-bronchite fut donc traitée comme les autres, par le morphine et quelques sirops. Mais, à l'encontre des autres, qui guérissaient tant bien que mal, celle-ci persista tout l'été.

Dès le mois de juillet, le malade commença de maigrir un peu, mais ne s'en occupa que médiocrement, et continua de mener joyeuse vie. Au mois d'août, il partit pour New York, où il avait l'intention de passer deux ou trois mois. Mais les choses empirèrent rapidement. La toux devint très fréquente, très fatigante, le sommeil mauvais, l'appétit nul. Enfin les sueurs nocturnes apparurent. Le malade dut revenir à Montréal. Il arriva dans les premiers jours de septembre, complètement épuisé. En trois semaines, il avait considérablement maigri. Il passa pour au moins dix jours au lit les trois premiers jours qui suivirent son arrivée.

Quelques jours plus tard, il expectora plusieurs crachats striés de sang qui l'inquiétèrent assez pour le faire consulter le docteur Lejeune, qui l'examina, jugea le cas très grave, et, comme à ce moment il ne voulait pas recevoir de malades, me l'adressa.

Avant de me venir voir, le malade attendit deux ou trois semaines, pendant lesquelles son état s'aggrava davantage.

Quand je le vis, l'appétit était absolument nul, la faiblesse extrême, la toux incessante, le sommeil presque impossible, et les sueurs nocturnes profuses.

L'état local était aussi de plus inquiétant. Le pommou gauche était à peu près normal, mais le pommou droit était entièrement pris. On y entendait du sonnet à la base, des crépitements humides, confluent et de râles son crépitements. Matité dans le creux sous-claviculaire et la fosse sus-épineuse, submatité très prononcée dans la moitié supérieure du pommou, et allant en diminuant d'intensité vers la base.

Le malade, qui est d'une indifférence peu commune, me demanda ce que le sérum pourrait bien faire dans un cas aussi mauvais que le sien. Je ne lui ai pas pu que d'être très embarrassé. Cependant, comme le début de l'affection ne remontait qu'à six ou sept mois, et bien que tout un pommou fut pris, et que l'état général fut mauvais, si non avéré affiné à une infection tuberculeuse pure, sans streptocoques, il y avait grande chance de guérison, étant donné que l'hérédité était excellente.

Il est vrai que lui-même avait toujours et en tout temps et en crachats. Il avait en régulièrement des bronchites chaque hiver, depuis son enfance. Mais il convient de dire qu'il s'y était abondamment exposé, et que, de plus, elles avaient toujours assez bien guéri sans traitement.

Les crachats examinés contenaient des bacilles en quantité, quelques microbes vulgaires et pas de streptocoques.

Du 13 au 15, la température ne dépassa pas 39,3.

J'ingura donc assez bien de l'avenir, et je crus pouvoir donner de grandes espérances à la famille du malade.

Les injections furent commencées dès le 15 octobre. L'amélioration fut manifeste, pour moi, dès la dixième injection. Elle le fut pour l'entourage du malade après un mois de traitement. Les injections furent à bien tolérées, que j'en donnai 21 en une seule série, du 15 octobre au 2 décembre.

Le malade était alors considérablement amélioré. Certes, il toussait encore, mais au moins la toux n'empêchait pas un sommeil réparateur. Les sueurs nocturnes avaient presque complètement disparu et l'appétit était assez bon. Le malade avait engraisé.

À l'auscultation pratiquée le 15 décembre, les craquements sont beaucoup moins nombreux et localisés au sommet. Les râles sous crépitants sont localisés à la partie moyenne du lobe inférieur.

La seconde série fut commencée le 19 décembre. Elle fut de dix injections, ainsi que les suivantes, dont la dernière se termina vers le 13 avril 1905.

En février, le malade se portait très bien, et l'on ne percevait plus grand chose à l'auscultation. Il ne toussait plus guère que le matin, au lever, et pour expectorer des crachats qui contenaient parfois de rares bacilles, mais dont souvent l'examen restait négatif.

Je dois dire, à l'avantage du sérum, que mon ami fut un mauvais malade. Dès le mois de janvier, il commit de nombreuses imprudences, et il ne fut jamais possible par la suite de l'astreindre au plus simple régime, de lui faire abandonner les 30 et 40 cigarettes égyptiennes dont il aspirait chaque jour la fumée, non plus que les femmes, qu'il persistait à connaître trop souvent au sens de la bible. Tout cela n'allait pas, on le comprend, sans les nombreux verres de *scotch*, apparemment nécessaires à la manifestation de la politesse et de l'amitié canadiennes.

Malgré tous ces contre-temps, la santé était parfaite dès les premiers jours de mai, et l'auscultation ne faisait rien constater d'anormal dans les poumons.

À plusieurs reprises, depuis le mois de janvier, j'avais prié le docteur Lepage de recevoir le malade afin de constater les résultats du traitement. Mais ne voulant recevoir aucun tuberculeux, il avait refusé. Je le priai de nouveau de le voir durant le mois de mai, lui assurant que le malade ne toussait plus, et que l'on ne percevait plus rien dans les poumons. Il refusa cependant, préférant attendre encore.

C'est alors que je priai le docteur Hervieux de bien vouloir examiner mon ami, ce qu'il fit de la meilleure grâce du monde. Il ne put rien découvrir d'anormal dans les deux poumons. Rien ne lui faisait même soupçonner lequel des deux avait été malade.

Cette constatation est très importante, comme on le verra plus tard.

À ce moment, mon ami était resplendissant de santé et pesait 175 livres, de 117 qu'il pesait quand il m'était venu consulter.

Mais il s'occupait et s'occupe encore d'automobilisme, et il avait repris ses anciennes habitudes.

Il s'imposa tant de fatigues, fit de telles imprudences qu'il prit, en juillet, une très violente bronchite. Je l'examinai et le fis examiner de nouveau par le docteur Hervieux. Les deux poumons étaient remplis de râles sous-crépitaux et de râles sonores.

Le docteur Hervieux conseilla, (le malade étant tuberculeux) de reprendre les injections et mon ami consentit à en prendre, très irrégulièrement d'ailleurs, à partir du 20 juillet. Mais aucun avis de ma part, aucune application de la part de sa famille ne parvint à lui faire abandonner les longues courses en automobile, souvent à des heures avancées de la nuit, les cigarettes, les petits verres et le reste.

Les résultats furent défavorables. La bronchite s'améliora, mais les craquements reparurent au sommet droit, d'abord peu nombreux, puis augmentèrent lentement.

Pendant le mois d'août le malade prit six injections.

Dès les premiers jours de septembre apparut une irritation très fatigante de la gorge, s'accompagnant de gêne pendant la déglutition. Bientôt la gêne fut remplacée par une véritable douleur, au point que l'alimentation devint difficile et que le malade se mit à maigrir rapidement. Le docteur Duhamel constata une petite ulcération laryngée accompagnée d'oedème. Au lieu du repos, du silence, des vaporisations conseillées en plus des applications locales, le malade continua à fumer des cigarettes et à conduire son auto.

Cependant son état s'aggravait rapidement. Il y eut des craquements strisés de sang, l'alimentation devint très difficile, les sueurs nocturnes reparurent. La toux était fréquente et douloureuse.

Les craquements augmentèrent en nombre et en étendue, au sommet droit et l'ulcération s'agrandit.

En même temps que les craquements, persistent des râles de bronchite dans les deux poumons.

Pendant les mois de septembre et d'octobre, le malade prit encore une vingtaine d'injections dont quelques-unes de sérum antistreptococcique. Mais elles furent de peu d'effet, le malade refusant de se mettre au repos et ne pouvant, d'autre part, s'alimenter convenablement.

Cependant, vers la troisième semaine d'octobre, l'état général était si mauvais, les douleurs laryngées si vives que le malade consentit à garder la chambre, et à réduire considérablement le nombre de ses cigarettes. En quinze jours, pendant lesquels il prit régulièrement ses injections, l'amélioration fut considérable.

Après trois semaines, la déglutition était plus facile, la toux beaucoup moins fréquente, les sueurs presque disparues. A l'auscultation, on ne trouvait plus que de rares craquements au sommet droit et quelques râles de bronchite dans les deux poumons.

C'est alors que le docteur Espérance consentit à examiner le malade.

Il le trouva très amélioré et admit que le traitement par le sérum avait été très efficace. Je lui fis remarquer que nous avions affaire à un « secourle » infectieux, la première ayant été complètement enrayée par le sérum, et que dès le mois de mai, l'auscultation ne faisait plus rien percevoir d'anormal dans les poumons. Il n'en voulut rien croire, prétendit que c'était impossible. Il eut même l'air de suspecter ma bonne foi. Je lui fis remarquer que je n'étais pas le seul à avoir constaté la chose, mais que notre excellent confrère, le docteur Hervieux avait aussi examiné le malade.

Le docteur Espérance n'en persista pas moins dans son opinion.

Quoiqu'il en fut, le malade prit encore quelques injections de sérum pendant le mois de novembre et dans les premiers jours de décembre il partit en assez bon état pour la Caroline du Sud, passa l'hiver dans un luxueux hôtel, jouant au golf et montant chaque jour pendant plusieurs heures.

Il est revenu au mois d'avril en excellente santé. Les poumons n'offrant rien d'anormal à l'auscultation.

Il a repris, avec quelque modération, ses habitudes d'autrefois, et jusqu'à présent tout va bien.

Il a reçu près de 90 injections de sérum.

Ce malade est-il guéri? La tuberculose ne se manifesterait-elle pas chez lui par une nouvelle infection, ou même par le réveil d'anciens tubercules réellement indolents? Je n'en sais rien. Mais ce qu'on ne saurait nier, c'est qu'à deux reprises il fut en proie à une tuberculose pulmonaire grave, et que les deux fois il s'en est guéri avec une rapidité peu habituelle, que je crois avoir raison d'attribuer au sérum de Marmorek, puisque ce fut le seul traitement employé.

J'insisterai encore une fois, et pour finir, sur le fait que la guérison de la première attaque fut si rapide qu'elle parut impossible au docteur L'Espérance, qui a une vaste expérience en fait de tuberculose.

SEIZIÈME OBSERVATION — OSCAR BRU...

Je vis ce malade pour la première fois le 23 avril 1905, en consultation avec mon ami le docteur Georges Piché. Il était âgé de 26 ans.

Les antécédents du malade sont parfaits. Le père et la mère sont en très bonne santé. Un frère et une sœur sont morts en bas âge de maladies contagieuses, sans doute probablement. Les oncles et les tantes, des deux côtés, sont bien portants.

Lui-même s'est toujours bien porté, jusqu'en mars dernier, c'est-à-dire en 1904. Il eut alors un "rhume" très violent, pour lequel il fut arrêté pendant 7 semaines. Depuis lors, même après avoir repris l'ouvrage, il ne s'est jamais senti aussi bien qu'auparavant. Il avait moins de courage au travail, rentrait plus fatigué le soir, et même, continuait à tousser un peu le matin, mais pas tous les jours.

Au mois d'octobre, il reprend le rhume, et toussé beaucoup, surtout la nuit. Ce rhume, loin de se passer, va plutôt en s'aggravant, et, "vers les fêtes", la toux est si fréquente, la nuit, si fatigante, qu'elle l'empêche de dormir.

Les choses vont ainsi de mal en pis. Au mois de février, il est obligé de laisser l'ouvrage, car il est d'une très grande faiblesse.

Dès le mois de février, il transpire la nuit, et peut à peine dormir quelques heures, à cause de la toux. L'appétit est presque nul, et l'amaigrissement considérable.

Quand je le vois au mois d'avril, (le 28), la maigreur et la faiblesse sont extrêmes. Le malade peut à peine marcher, toussé constamment, et che en très grande abondance, et a des frissons, l'après-midi.

L'auscultation fait entendre des craquements humides et des râles sous crépitants et sibilants dans toute l'étendue du pommou gauche, en avant et en arrière, avec une submatité très prononcée.

La partie supérieure du pommou droit ne présente pas de râles ni de craquements, mais la respiration y est faible, alors qu'on devrait la trouver compensatrice. A la base, il y a des râles de congestion.

La température est de 100.3, le poids de 118, et la respiration de 30, le malade étant assis de pur repos.

Les crachats furent examinés le lendemain. Ils renfermaient des bacilles de Koch très nombreux, des staphylocoques et quelques streptocoques.

Le malade étant pauvre, et incapable de se procurer les soins, la diète abondante et les conditions hygiéniques si nécessaires à son état, le pronostic devenait plus grave qu'il n'eût été dans d'autres circonstances, bien que sa gravité, dans les meilleures conditions possibles, aurait été très grande déjà.

Je donnai donc peu d'espoir au malade, ainsi qu'à mon ami le docteur Piché, qui voulut bien cependant commencer les injections de sérum réclamées par le malade.

La première série, commencée le 26 avril, fut de 20 injections de 5 centimètres cubes chacune, et faites tous les deux jours.

L'amélioration fut sensible dès la deuxième semaine, et considérable avant la fin de la série. La température redevint sensiblement normale après la deuxième injection, pour ne plus remonter après la vingtième. L'appétit reparut dès la deuxième semaine de traitement, et le malade commença d'engraisser régulièrement.

Vers le milieu de mai, c'est-à-dire trois semaines après le commencement du traitement, ce malade qui, au début du traitement ne pouvait presque pas marcher, se promenait tous les jours pendant une heure, le matin et l'après-midi.

Le 15 juin, la respiration était normale dans tout le poumon droit, et le poumon gauche était considérablement dégagé. Il y avait encore des craquements au sommet, dans les creux sus et sous claviculaires, et dans les fosses sus et sous épineuses, mais au dessous on ne percevait plus que des râles peu nombreux, et la respiration s'entendait presque normalement à la base.

Les symptômes subjectifs étaient aussi très améliorés. Le malade, qui avait engraisé de 19 livres, mangeait avec un appétit extraordinaire, toussait très peu, dormait très bien, et se sentait si bien, qu'il voulait recommencer à travailler un peu, ses finances ne lui permettant pas le repos. Nous fûmes cependant assez heureux pour obtenir de lui qu'il se reposât encore quelques semaines, pendant lesquelles le docteur Piché fit une deuxième série de 12 injections de 5 centimètres cubes.

À la fin du mois de juillet, le malade avait l'apparence de la santé parfaite. Il pesait plus qu'il n'avait jamais pesé, ne toussait que très rarement, ne crachait plus, ne ressentait de fatigue qu'après une marche rapide, et avait commencé, depuis une semaine, à travailler comme garde-moteur sur un tramway, ce qui le fatiguait tout de même un peu.

À l'auscultation on ne trouvait que des râles peu nombreux, localisés au sommet gauche, avec en cet endroit, de la suinité, et des vibrations exagérées. Le reste du poumon gauche et le poumon droit paraissaient normaux.

Pendant le mois d'août qui fut très chaud, le malade passa quelques jours à la campagne. Mais, à partir de la fin d'août, le malade reprit le travail régulier, qu'il n'a pas abandonné depuis.

Ce printemps, il s'est loué comme manœuvre, et, pendant ce mois, il a porté "Poiseau" pour les convieurs du nouvel élévateur. Il montait ainsi plusieurs fois par jour, 280 marches avec un poids très lourd sur l'épaule, et sans s'arrêter.

Je l'ai revu au mois de mai. Depuis deux jours, il ne travaillait pas, s'étant écorché une main, ce qui lui causait de violentes douleurs. À part cela il était très bien, ne toussait plus depuis un an.

Je l'ai ausculté. Je dois dire que le sommet du poulmon gauche laisse à désirer. On y trouve encore un peu de submatité et de petits craquements secs peu nombreux, dans l'inspiration forcée. La dilatation y est d'ailleurs défectueuse, et les vibrations vocales exagérées.

Mais il faut considérer que ce malade n'a pu faire qu'un traitement absolument insuffisant, qu'il lui a été impossible de faire un séjour à la campagne de quelque durée, et qu'il a dû reprendre trop tôt un travail très rude, et dans de mauvaises conditions. Malgré tous ces désavantages, il est resté pratiquement guéri depuis un an, puisqu'il a repris la vie commune, et ne toussé pas. Il reste donc simplement en état d'infirmité, du fait de la perte de substance subie au sommet gauche.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION. — LOUIS P. — 41 ans.

Ce malade vint me consulter pour la première fois le 25 mars 1905. Il était malade depuis environ deux ans, toussant beaucoup, ayant perdu l'appétit depuis longtemps, et beaucoup maigri, 35 à 40 livres environ. Depuis 3 ou 4 mois, les transpirations nocturnes le fatiguaient beaucoup. Très affaibli, il avait dû abandonner tout travail, et la moindre marche le fatiguait, le mettant à bout de souffle et en transpiration.

Traté depuis un an par des confrères anglais distingués, il était parfaitement au fait de son état, dont on ne lui avait pas caché l'existence. On lui avait même conseillé, comme dernière ressource, et sans formuler cependant de grandes espérances, le séjour dans les Adirondacks. Quant à rester à la ville, il ne fallait pas y songer, sous peine de terminaison fatale de la maladie, et à brève échéance.

Les crachats examinés à l'hôpital Victoria, il y avait un an, contenaient déjà des bacilles.

Au moment de l'examen, l'expectoration était très abondante, très pure et lente et contenait beaucoup de bacilles, des streptocoques, des staphylocoques et des microbes vulgaires en abondance.

L'hérédité était bonne, le malade ne connaissant aucun cas de tuberculose dans sa famille.

L'auscultation me fit constater au sommet gauche des craquements secs et humides, s'étendant jusqu'à la quatrième côte, et aussi des râles sous-crépittants jusqu' vers le cinquième ou sixième espace, avec de la submatité. Ceci, en avant.

En arrière, craquements secs et petits râles sous-crépittants dans la fosse sus-épiphyse, avec submatité. Dans l'espace interscapulaire, de la respiration rude, et de la respiration ronflante à la base.

À droite, la respiration est seulement faible dans toute l'étendue du poulmon.

Les injections de sérum furent commencées le 27 mars. Dès la fin de la première série de dix injections, l'état général était beaucoup amélioré. Le malade mangeait avec appétit, et avait engraisé de plusieurs livres, mais les signes d'auscultation n'avaient pas beaucoup changé. Ils le furent après la deuxième série, et les craquements disparurent complètement, les râles sous-crépittants, seuls, persistant, et la submatité réduite de beaucoup. Quant à l'état général, le malade ne se reconnaissait plus. Il était gras, augmentation de 15 livres, fort bien portant, ne transpirant plus la nuit, capable de faire sans fatigue de longues marches, et mangeant avec un appétit extraordinaire.

Ce malade a pris environ 70 injections de sérum, par séries de dix à douze injections.

L'état général est aujourd'hui parfait. Le malade se sent très bien. De fait, ingénieur civil de profession, il est parti faire du "prospectage" dans les régions environnant Cobalt. Il vient de m'écrire qu'il travaille comme deux, et mange comme quatre. Il couche sous la tente, fait dans la journée des marches de 15 et 20 milles, porte souvent 60 à 70 livres sur son dos, et ne ressent pas plus la fatigue que les autres explorateurs qui l'accompagnent.

Cependant, au moment de son départ, au mois d'avril, je l'ai examiné. Il y avait encore des râles sèches dans le poumon gauche, et la sonorité n'était pas parfaite au sommet. Il se "grattait" la gorge de temps en temps, surtout quand il marchait très vite, ce qui est son habitude. Le matin, après s'être lavé la bouche, et s'être gargarisé, il toussait encore un peu, et expectorait deux ou trois crachats blancs et aérés, qui ne contenaient pas de bacilles.

Il restait donc avec un peu d'irritation des bronches.

Ce malade est-il guéri ?

Cela dépend de ce que l'on entend par guérison. Il est "apparemment" guéri, comme on dit dans le langage des sanatoriums, puisqu'il n'a plus de bacilles, et ne présente plus de signes de tuberculose pulmonaire.

Il est même plus que cela, puisqu'il a pu reprendre la vie commune et accomplir depuis deux mois un travail très rude, sans être en rien accommodé.

Et si l'on songe que ce malade avait donné lieu à un pronostic des plus graves, de la part de médecins expérimentés, on voudra bien admettre que le sérum a produit ici un assez beau résultat.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION — ARTHUR BRU... 26 ans.

Ce malade, ouvrier burreur de son métier, vint me consulter pour la première fois, le 14 novembre 1904.

Pas d'antécédents connus, au point de vue tuberculeux. Quatre frères et sœurs bien portants, lui seul est malade dans la famille.

Il est malade depuis le mois de mai, six mois. Depuis le commencement de sa maladie, il est traité par un confrère anglais, qui lui ordonne de partir pour les montagnes, ce qu'il n'a pas le moyen de faire.

Depuis le commencement, la maladie s'est régulièrement aggravée. Depuis trois mois, il transpire la nuit. Il a graduellement perdu l'appétit, et malgré, depuis plus de deux mois, il ne fait aucun travail.

Actuellement, il toussé et crache beaucoup, ne peut presque pas manger, transpire la nuit au point de mouiller de sueur sa chemise de nuit, son drap et la couverture de son matelas. La moindre marche l'épuise. Il passe ses journées assis dans sa chambre la fenêtre ouverte.

Les crachats, examinés il y a six mois, contenaient des bacilles. Ils en contiennent aujourd'hui beaucoup, ainsi que quelques staphylocoques.

La température monte tous les jours à 100, 100½, vers 2 hrs de l'après-midi.

A l'auscultation, je trouve une respiration faible dans les deux poumons, avec une diminution de la sonorité à droite et au sommet, et de la submatité franche au sommet gauche, on existe de l'exagération des vibrations, quelques craquements humides et des râles sons crépôtants.

En arrière, la respiration est faible des deux côtés, surtout à gauche, mais il n'y a pas de râles.

J'oublie de mentionner que le malade, de la diarrhée, et qu'il a eu une hémorrhagie assez abondante, il y a deux semaines.

La première série d'injections fut commencée le 16 novembre, et se composa de dix injections de 0 c. c., chacune.

Dès la deuxième injection, le malade, qui n'avait aucun appétit depuis plus de deux mois, et de orbat à contre-cœur toute nourriture, eut, tant le matin, et, à sa visite, il me demanda si le sérum "était pour donner l'appétit".

A cette époque, nous donnâmes les injections tous les jours, par petites séries de quatre injections, avec un intervalle de quatre jours de repos, et deux injections, suivies de dix ou quinze jours de repos, et même de trois semaines.

Le 20 novembre, c. à d., après la quatrième injection, le malade transpira moins la nuit. L'appétit était déjà meilleur. La toux n'était pas encore modifiée.

Le premier décembre, après la dixième injection, l'amélioration était vraiment remarquable. La température ne dépassait guère 99, le sommeil était excellent, les transpirations nocturnes disparaissent, l'appétit magnifique, et le malade engraisseait. De 136 livres qu'il pesait au début du traitement, il en pesait alors 140.

Pendant la période de repos, qui dura jusqu'au 20 décembre, l'appétit diminua graduellement, la température, vers les derniers jours remonta au dessus de 99, et si les transpirations ne reparurent pas tout à fait, le malade s'éveilla le matin avec la peau moite.

La deuxième série fut commencée le 20.

L'amélioration se manifesta surtout pendant cette série, sur la toux, qui diminua beaucoup. Les transpirations disparurent de nouveau, tout à fait, dès la quatrième injection. L'appétit ne sembla pas être aussi bon pendant cette série, et le malade n'engraissa pas. Cependant la température se maintint sensiblement normale, et le malade se sentit plus fort, capable de faire de bonnes marches, sans fatigue. La respiration devint plus longue, plus ample, plus facile.

La deuxième série fut terminée le 3 janvier.

A l'auscultation, il n'y a plus de craquements ni de râles, d'un des poumons gauche, et la subémité est de beaucoup moins prononcée. La respiration s'entend mieux à la base, mais est encore très faible au sommet, et manque de plénitude, de netteté. A l'inspiration forcée, on sent que le poumon se déplace mal.

A droite, la respiration est encore un peu faible, mais c'est tout.

Le malade ne revint que le 13 février. Pendant ces six semaines, il a dû subir des fatigues considérables. Pendant sa maladie, il a pris pour conduire son petit atelier de bonneur, un parent qui la volé. Après la deuxième série, se sentant en état de travailler, il a commencé la révision de ses livres, et de son stock, et a constaté le vol. Il s'est mis alors à voir tous ses clients pour remettre les choses en ordre, etc., etc. Ses affaires étant dans un très mauvais état, il en a été très affecté, très inquiet, très abattu, fatigué d'autre part par toutes les courses, toutes les démarches inévitables, par l'inventaire et le reste.

Cependant, il a pu résister à travers toutes ces fatigues, continuant à manger assez bien, à ne tousser presque plus, à ne plus transpirer.

Le 13 février, à l'inspiration il n'y a plus de râles ni de craquements à gauche, où la respiration est encore faible. À droite, la respiration est normale, peut être même un peu exagérée. La troisième crise est donnée du 15 février au 16 mars. L'amélioration s'est maintenue dans l'état des poumons, mais le malade, au cours de cette crise, a eu près de vingt-cinq à cent des troubles gastriques, douleurs après les repas, assez violentes, qu'il a dû traiter par quelques calmants et des laxatifs.

La série terminée, le malade a repris son travail activement, travaillant même double pour rattraper le temps perdu. Il a continué à se bien porter, et n'a plus fait de traitement depuis, c'est à dire depuis 11 mois.

Jusqu'à vers le mois de mars ou avril de l'année dernière, la santé s'est assez bien maintenue, le malade n'a tout fait pas ou presque pas, en mangeant bien, et continuant à travailler. Malheureusement, ses affaires ne se sont jamais tout à fait rétablies, il a perdu un enfant de méningite tuberculeuse, et le décevantement l'a graduellement amené à des habitudes d'héthyisme, aujourd'hui très graves. Je l'ai revu en commencement de juin. Il est changé, pâle, amaigri, et toussa, mais pas trop souvent, et crache. Il transpire un peu la nuit, et le travail le fatigue. Cependant son état général est meilleur qu'il n'était en novembre 1901, au début du traitement.

À l'inspiration, j'ai noté un peu d'exagération des vibrations vocales, et de l'expiration prolongée au sommet droit, et une respiration très faible à la base.

Au sommet gauche, la respiration est très faible, et on entend de la crépitation à l'inspiration forcée, avec sibilance.

J'ai tenté d'encourager ce malade, et de le persuader d'abandonner l'alcool et de recommencer le traitement. Il a promis d'essayer, mais il n'est pas venu me voir, et je sais par un de ses amis, qu'il continue à se "donner du courage" avec ces petits verres. Pour comble de malheur, son autre enfant, son aimé, fat de la tuberculose des vertèbres. Sa femme est malade, et lui-même est profondément découragé.

Si je cite ces faits, c'est qu'ils ont une grande importance. On connaît l'influence du moral sur le physique, influence déprimante par excellence. Or, les tuberculeux ont besoin de toute leur énergie, de tous les encouragements. Le repos moral leur est aussi nécessaire que le repos physique.

Or, en dépit des pires circonstances, voilà un malade qui a été amélioré dans des proportions considérables par le sérum, alors que tous les traitements n'avaient pu auparavant empêcher son état de s'aggraver, bien que le malade fût alors dans de meilleures conditions morales et matérielles.

N'est-il pas raisonnable de croire que les résultats eussent été meilleurs, encore, et de beaucoup, si le malade eût été dans des conditions plus favorables, s'il eût pu bénéficier d'une bonne hygiène, au lieu d'en être amené à se jeter dans l'abus de l'alcool? — Si, par exemple, au lieu de travailler double, et d'interrompre trop tôt son traitement, il eût pu se reposer pendant un temps suffisant, et continuer son traitement?

En tout cas, et tel qu'il est, le résultat dû au démontre clairement l'action antituberculeuse du sérum chez ce malade.

DIX SEPTIÈME OBSERVATION — M. FRED BRO, 25 ans.

Ce malade vint me consulter pour la première fois le 2 janvier 1905.

Il me dit qu'il s'était toujours bien porté jusqu'au mois d'août de l'année précédente, et qu'il avait eu alors une hémorragie "à propos de rien", qu'il

s'était fait examiner à ce moment, par un spécialiste qui l'avait envoyé dans les montagnes, où il avait passé quatre mois et demi.

Dans la famille, aucune trace me dit-il de tuberculose.

Cependant, en interrogeant le malade de plus près, j'appus qu'il avait fait deux pleurésies, à la suite de froids pris après des exercices violents. La première est en effet un pouce de base ball, et, deux années de suite, il lui arriva de faire une pleurésie, à la suite de parties trop chaudement contestées. L'une fut une pleurésie sèche, l'autre nécessita une ponction qui donna beaucoup de liquide.

La dernière pleurésie remontait à deux ans. Depuis lors, il ne s'était pris contre maladie, mais avait tout de même abandonné le jeu de base ball.

J'appus de plus qu'il avait reçu sur le nez un coup violent, qui avait déterminé une hémorragie des plus graves, pour laquelle il avait dû garder le lit pendant plusieurs semaines, et qui avait donné de grandes inquiétudes à son médecin. Cela remontait à trois ou quatre ans, et depuis cette époque, il avait souvent des hémorragies plus ou moins sérieuses à la suite de fatigue, ou seulement de chaud et froid. Cependant il avait pris les plus grandes précautions, et avait fait traiter son nez par un spécialiste, qui avait pratiqué des cautérisations répétées.

Lorsque l'hémorragie pulmonaire survint au mois d'août, il toussait déjà depuis quelque temps.

Quand je vis ce malade, son apparence générale n'était pas très rassurante. Son séjour dans les montagnes de St. Agathe ne lui avait pas profité. Pendant les premières semaines, il avait un peu engraisé, étant au repos complet. Mais le deuxième mois, il était resté stationnaire, comme poids, et l'appétit n'avait pas continué. De plus continuant à garder le repos, il avait perdu des forces. Il en était arrivé à ne pouvoir prendre que peu à manger. Le moindre exercice le mettait à bout de forces. Pâle, et d'une maigreur extrême, il toussait beaucoup, parlait avec précaution, pour ne pas se fatiguer.

Le malade me raconte qu'il est marié depuis 5 mois, que ses hémorragies ont eu lieu à son retour de son voyage de noces. Il en a eu cinq en tout en une semaine, et la première a été moins abondante que les autres.

A l'auscultation je ne découvris pas de craquements, ni de râles, mais seulement une respiration très faible dans tout le poumon gauche, surtout dans la moitié inférieure, où la respiration ne s'entendait pas, bien que la voix y résonnât parfaitement. Au sommet, il y avait exagération des vibrations vocales, sans diminution nette de la sonorité.

A droite, peu de chose, bien que ce soit de ce côté que la ponction ait été pratiquée.

Les crachats ont été examinés quelques jours auparavant et l'on n'a pas trouvé de bacilles.

Malgré l'absence de bacilles, je n'hésitai pas aujourd'hui à donner le sérum, mais alors j'avais moins d'expérience, et j'étais dominé par la volonté impérieuse de démontrer l'efficacité de la méthode, et ne voulais pas m'exposer à rapporter des résultats qu'on aurait pu discuter. J'étais aussi moins convaincu qu'aujourd'hui de l'importance d'instituer le traitement tout à fait au début, ou, pour le moins, aussi près que possible du début de l'affection.

Je refusai donc de commencer les injections que le malade me demandait, et, en cela, je commis une faute qui n'eut heureusement pas de conséquences

trop graves, mais contre laquelle j'ne saurais m'empêcher de mettre en garde ceux de mes confrères qui voudraient essayer les injections. Je n'insisterai jamais sur l'importance capitale qu'il y a de commencer le traitement à une date la plus rapprochée que possible du début de la maladie.

Je renvoyai donc le malade avec une ordonnance ordinaire, lui recommandant de continuer à pratiquer l'hygiène à laquelle il s'était habitué dans les montagnes. Je conseillai les mouchoirs moires au sommet, des cachets de levain parce que les crachats contenaient beaucoup de staphylocoques, et du sirop de Coromilas, au culture de carbone-térébenthine.

Le 26 janvier, je revu le malade qui se portait assez bien, et mangeait bien, de bon appétit et semblait tousser un peu moins. Cependant, il avait maigri de cinq livres durant ces trois semaines.

Les signes d'auscultation étaient sensiblement les mêmes que la première fois, et les crachats, examinés le lendemain, ne contenaient toujours pas de bacilles. Je continuai donc le même traitement, en y ajoutant cinq gouttes d'une solution de cacodylate de soude à 3 %.

Le 25 février, le malade se sent "malade". Depuis deux jours, il a pris "un rhume" et tousse beaucoup. La toux est sèche. Il n'y a pas d'expectoration. La maladie se sent fébrile, mais n'a pas de température.

Le même traitement est continué.

Le 11 mars, le malade tousse beaucoup, et expectore de gros crachats, dans lesquels on trouve des quantités de bacilles. Il puis trois ou quatre jours, la température monte chaque jour à 100,2, 101.

A l'auscultation, on entend des petits râles sans crépitements, ou des crépitements humides au sommet gauche, avec de l'aggrégation des vibrations, et il y a de la submatité. A la base, la respiration est toujours très faible.

A droite, il y a quelques râles sèches.

Je commence donc immédiatement les injections de sérum à 5 c. c. Le malade en prend 6 qu'il supporte très bien, malgré un mal de tête assez abondant.

Le 25 mars, l'amélioration est considérable. Le malade est en traitement depuis 15 jours, et depuis une semaine, il a pu se rendre à son bureau tous les jours. La toux est beaucoup diminuée, et l'appétit est excellent.

Je laisse reposer le malade pendant quelques jours.

Du 6 avril au 1er mai, deuxième série de dix injections, très bien supportées, et amélioration constante pendant le traitement. A la fin de cette deuxième série, les signes d'auscultation se bornent à de la faiblesse respiratoire, et la toux est presque nulle. L'état général est excellent. Le malade a recommencé de suivre son bureau depuis un certain temps, et sans aucune fatigue.

Le 15 Mai, le malade, qui est comier en domine, et qui depuis la dernière visite a beaucoup travaillé, s'est exposé au froid, à la pluie, tousse un peu depuis deux ou trois jours. Mais il ne veut pas cesser de travailler, et se sentant très bien. Il préfère prendre simplement quelques injections de sérum à faibles doses. Je les commence donc le soir même, à 3 c. c., j'insiste pour que le malade se repose tout de même le plus possible.

Le 22 mai seulement le malade revient prendre une injection, parce que la précédente a causé des douleurs articulaires qui ont duré deux jours, mais n'ont pas été violentes. Nouvelle injection de 3 c. c.

Le malade revient seulement le 5 juin. L'injection n'a pas causé de douleurs, ni de l'érythème du bras gauche, et du scrotum. De plus le malade n'a eu beaucoup d'ennuis, et de chagrin, causés par la mort de sa mère. Depuis quelques jours il "se gratte la gorge" le matin, et a remarqué aujourd'hui des crachats striés de sang. Troisième injection de 3 c. c.

Le malade continue de la sorte à prendre une injection par semaine, et à travailler très fort. C'est la saison, et l'ouvrage presse.

Le 21 juin le docteur Hervieux voit le malade et ne trouve que de la respiration râleuse, au devant et à gauche.

L'état général est bon, mais le malade se sent fatigué le soir, et il est de tant qu'il travaille avec excès, tentant souvent d'aller jusqu'à huit heures du soir. Cependant, depuis les premiers jours de juin, il n'a plus craché de sang, et ne tousse un peu que le matin. Cette quatrième série de coupes de 5 injections seulement.

Je ne reviens plus le malade jusqu'au 18 octobre, pour une forte grippe qui dure depuis quelques jours avec douleurs dans les membres, fièvre élevée, etc, et pour laquelle je me borne à prescrire un peu de quinine.

Je conseille cependant au malade de reprendre les injections, ce qu'il fait dès que l'attaque est passée. Du 23 octobre au 11 novembre, il prend 8 injections, qui toutes causent une réaction assez marquée. C'est là un contre temps qui me force à suspendre le traitement.

Ce malade continue à travailler, à manger comme un ogre, et ne pas se sentir fatigué. Cependant le 26 janvier 1906, bien que le malade croit ses suites parfaites, je trouve quelques râles au sommet gauche. Mais le malade refuse de se mettre au repos, ne se reconnaissant pas malade, et ne consent qu'à prendre une injection de sérum tous les 8 ou 10 jours, à cause des érythèmes douloureux qu'il occasionne. Il prend ainsi une dizaine d'injections, en l'espace de deux mois.

Malgré l'insuffisance du traitement, l'état général continue à être très bon, et l'état local du péricardium plus satisfaisant. Pendant des semaines, il n'y a rien comme signes d'auscultation, puis on trouve des râles pendant un certain temps. C'est ainsi que pendant le mois de mars, le malade n'étant beaucoup fatigué, et ayant soulevé des objets trop lourds a éprouvé une forte gêne dans le côté gauche, même de la douleur, et que des râles sonores très forts se sont produits qu'on entendait parfaitement à distance, comme des râles asthmatiques, mais qui ne fatiguaient pas le malade, et qui ont duré une semaine environ, puis ont graduellement disparu. A la suite de cet incident, il semble que la respiration soit devenue plus ample, plus profonde, comme si de vieilles adhérences s'étaient rompues entre les deux plèvres, et que la respiration s'entendait beaucoup mieux.

J'ai revu le malade le 6 juin. Son état général est toujours le même. Il tousse un peu et crache le matin, mange mieux que bien, dort parfaitement, et travaille beaucoup et régulièrement. Comme les injections hypodermiques de sérum causent trop d'ennuis, je lui ai conseillé de prendre une série d'injections rectales, ce à quoi il n'a consenti qu'après de nombreuses objections.

J'ai oublié de dire que depuis la première série d'injections, la température de ce malade qui était auparavant de plus de 100, est restée normale, sauf, bien entendu pendant son attaque de grippe.

Ce malade n'est donc pas guéri par le sérum. Mais il a bénéficié des injections dans une proportion considérable. L'invalidité qu'il était lorsqu'il suivait la cure d'air et de repos dans les montagnes, toussant constamment, incapable presque de marcher, il est transformé en homme actif, accomplissant une tâche très dure sans plus de fatigue que les autres, sa toux s'est considérablement améliorée et les lésions pulmonaires se sont améliorées aussi, malgré l'insuccès du traitement, et toutes sortes de circonstances défavorables.

C'est donc en somme un bon résultat.

VINGTIÈME OBSERVATION — DANIEL LONG — 42 ans

Je vis ce malade pour la première fois le 3 juin 1905, en consultation avec le docteur Carrel, de Lyon, et le docteur Piché, de Montréal.

L'hérédité du malade était excellente, le père et la mère se portent bien et il n'y avait dans toute la famille qu'un cas de tuberculose, chez une cousine germaine morte l'année précédente.

L'histoire du malade est intéressante.

Il commença à tousser dans les premiers jours de janvier, et son état s'aggrava régulièrement jusque vers le 25 février, alors que le docteur Piché vit le malade en consultation, fit le diagnostic de pleurésie ponctionna le malade et retira de 9 cents à mille grammes de liquide citrin, bien que la ponction fut extrêmement incomplète.

Au moment où le docteur Piché examina le malade pour la première fois, la matité était complète dans tout le pommou droit et la respiration était si rauque et si gênée, que le malade menaçait d'étouffer, et que la syncope était imminente.

Le malade fut graduellement soulagé par cette ponction, et son état s'améliora pendant quelque temps, bien qu'il continuât de tousser.

Vers le mois d'avril, la toux sembla redevenir plus fréquente, et le malade se mit à maigrir beaucoup. Bientôt, il ne mangea plus, se mit à transpirer la nuit, et prit l'apparence cachectique qu'il avait, très prononcée, lorsque je le vis. Il était alors d'une maigreur extrême, avait les pommettes saillantes et rouges, la taille courbée, la voix cassée, la respiration à 42, le pouls à 128, et la température sautant plusieurs fois par jour de 99 à 102, et même 103.

L'auscultation fit découvrir du côté gauche des râles sonores, et à droite, des craquements humides au sommet, avec submatité, et matité à la base, avec absence complète des bruits respiratoires, et des vibrations de la voix. Il y avait donc des tubercules ramollis au sommet, et encore un peu d'épanchement à la base, ainsi que le démontra la ponction, pratiquée quelques jours plus tard, et qui donna environ 250 grammes de liquide assez épais, mais transparent.

Le malade fut mis à l'Hôtel Dieu, où les crachats furent examinés. Ils contenaient beaucoup de bacilles et de streptocoques.

La première injection de sérum fut pratiquée le 7 juin.

Cette première injection de 2 c. c. fut bien supportée, mais il n'en fut pas de même de la plupart des autres, qui causèrent de l'érythème douloureux, accompagné d'élévation de température, et durent être, à cause de cela, espacées de trois ou quatre jours.

Le malade reçut en tout dix injections.

La température ne redevenit normale qu'après la dernière injection, c'est-à-dire le 2 juillet, et resta entièrement normale par la suite.

A ce moment, l'état général du malade était sensiblement amélioré. Il se sentait assez bien pour jouer, mais il était encore bien pâle, toussait assez souvent, et l'auscultation faisait encore percevoir des râles sous-crépitants au sommet droit, et une respiration très faible à la base, avec matité presque complète, mais avec résurgence de la voix.

Le malade partit alors à la campagne, où le grand air, les bons soins, une alimentation reconstituante achevèrent la guérison.

J'ai revu le malade les premiers jours de ce présent mois de juin. Il existe une forte dépression au sommet droit. Mais la respiration est douce, régulière, ample dans tout le poumon, quoiqu'un peu plus faible que du côté gauche, et la sonorité est parfaite.

Ce malade n'a pas toussé depuis les premiers jours de juillet de l'an dernier. Il s'est développé, il est fat, joue et court aussi bien que ses camarades de son âge, il est parfaitement guéri. Je ne dis pas qu'il soit immunisé, vacciné pour toujours.

Ce cas, je crois, est assez démonstratif. Ce malade qui n'avait fait qu'empirer malgré les meilleurs soins, le traitement le plus attentif, étant à la campagne, par conséquent dans d'excellentes conditions, vint à la ville, d'abord dans un hôpital, puis dans une maison de pension, dans une chambre petite et mal éclairée, où la nourriture était inférieure de beaucoup à celle qu'il avait chez lui, où il s'emphyait terriblement, et manquait d'air, pendant un mois très étendu. Et, malgré tous ces contretemps, ces conditions désavantageuses, avec le seul sérum, son état s'améliore rapidement et régulièrement.

Lorsqu'il partit pour la ville, son état était si grave, que le confrère qui le traitait de concert avec le docteur Piché, pronostiqua une fin prochaine, et fit part de son pronostic à la famille.

VINGT-UNIÈME OBSERVATION. ARTHUR D.

J'arrive maintenant à une observation des plus intéressante et que je regrette de n'avoir pas le temps de citer en entier, ce que je ferai bientôt du reste.

Le père est mort de phthisie à 45 ans, après 5 ou 6 ans de maladie.

Une sœur a fait de la coxalgie. Une autre a fait également de la coxalgie et fait aujourd'hui de la tuberculose pulmonaire à la période de ramollissement.

Le malade, âgé de 21 ans, maigre et nerveux, s'est toujours bien porté jusqu'en juillet 1904. Il eut alors une hémorrhagie assez abondante pour premier symptôme, ce qui l'effraya beaucoup.

Peu de temps après, il se mit à tousser et, sur l'ordre de son médecin, partit à Ste-Agathe, où son état s'est également aggravé jusqu'au trois décembre jour de mon premier examen.

Il me raconta que depuis quatre mois il vivait dehors, au repos absolu, faisant de la suralimentation. Il a eu effet la figure rouge brune des malades qui suivent ce régime, mais il est très maigre.

Je trouva des signes évidents d'inflammation au sommet droit et de ramollissement au sommet gauche.

Sommet droit — exagération des vibrations, expiration prolongée, sonorité très diminuée dans la fosse sus-épineuse. — A la base, respiration rouillante.

Sommet gauche — râles sous-crépitants, craquements humides, matité dans la fosse sus-épineuse, submatité dans les creux sus et sous-claviculaires.

Comme il est forcé de retourner à Ste-Agathe, je lui enseigne à prendre sa température et le prie de la prendre et la marquer toutes les deux heures ; je profite de ce temps d'attente pour faire analyser les crachats qui contiennent des bacilles peu nombreux et des staphylocoques. Pas de streptocoques.

Close étonnante, la température du malade, revenu le 20 décembre, s'est maintenue constamment au-dessous de la normale, qu'elle n'a touchée qu'à deux heures de l'après-midi. Le matin 97, le soir 98.

Les injections sont commencées le 20 décembre, à dose de trois c. c. Le malade les supporte bien.

Le malade revenu ne pouvant à peine marcher, s'épuisant au moindre effort, reprend rapidement des forces et commence à travailler vers le 20 janvier, c'est-à-dire un mois après le commencement du traitement. Il est agent d'assurance, ce qui lui impose un travail de bureau et des courses nombreuses. Depuis ce moment il n'a interrompu son travail que pour de rares et courtes promenades à la campagne et, en février 1905, pour se payer le luxe d'une grippe assez sévère qui dura six jours, pendant lesquels la température atteignit et dépassa 105.

Sous l'effet du traitement, les progrès de la guérison furent réguliers et rapides.

J'ai revu le malade le 21 du présent mois. Depuis plus de deux mois il ne tousse plus du tout. A l'auscultation, on n'entend plus ni râles ni craquements. Au sommet gauche, la respiration manque seulement de souplesse et la sonorité est un peu diminuée.

Comme le seul sérum a constitué tout le traitement, je crois qu'il faut lui attribuer le mérite de la guérison obtenue dans des conditions si désavantageuses.

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION — HENRI F. . . IS AUS

Le jeune Henri F. vint me consulter pour la première fois le 2 septembre 1905, pour une toux qui durait depuis quatre ou cinq semaines, et qui s'était beaucoup aggravée depuis une semaine environ.

Ce jeune homme travaillait dans une manufacture de cigares, où l'air est rare, et avait beaucoup souffert de la chaleur pendant le mois d'août, qui avait été très chaud. Depuis une quinzaine, il se sentait si fatigué, si faible, ne dormait pas la nuit, à cause de la fréquence de la toux, qu'il avait abandonné tout travail.

En l'interrogeant avec un peu de soin, j'appris qu'il se sentait affaibli depuis trois ou quatre mois. D'abord, il avait remarqué une plus grande fatigue le soir. Il se sentait trop fatigué pour revenir à pied. Cependant, il n'avait fait aucune attention à ce symptôme. Puis, dans le mois de juin, l'appétit avait considérablement diminué. Le matin il éprouvait de la répugnance à se lever. En même temps il avait commencé à maigrir. Mais ce n'est que vers la dernière moitié de juillet, qu'il commença de tousser et c'est à ce moment qu'il reportait le début de sa toux. Mais il est clair qu'il faut tenir compte des sept ou huit semaines pendant lesquelles il n'a pas toussé, mais a commencé à s'affaiblir et à maigrir.

Au moment de la consultation, il avait maigri de plus de 15 livres, toussait constamment, transpirait la nuit, et sa faiblesse était très grande. L'appétit était absolument nul.

Chez ce malade, l'hérédité était excellente. — Aucun cas de tubercules, dans sa famille, qui n'est commune.

L'auscultation révéla peu de chose, mais l'apparence du malade est celle d'un tuberculeux avancé. — La taille est voûtée, le visage très pâle, les yeux agrandis, les sclérotiques blanchâtres, les lèvres presque blanches, les ongles hippocratiques.

Au sommet droit, il y a de l'exagération des vibrations, expiration prolongée, et légère submatité, ainsi que dans la fosse sus-épineuse. — Dans le reste du poumon, la respiration est très faible, ainsi que dans la partie antérieure du poumon gauche.

A trois heures de l'après-midi, le pouls est de 86, la respiration de 16 et la température de 99,4.

Le malade l'aurait donc au commencement de tuberculisation du sommet droit.

J'adressai le malade à mon excellent collègue, le docteur Cléroux, qui l'examina attentivement et partagea mon avis.

L'expectoration se composait de petits crachats blancs, dans lesquels on ne trouva pas de bacilles.

Je n'en maintins pas moins mon diagnostic, car la toux si fréquente, ne pouvait être le résultat d'une bronchite, qui aurait donné lieu à bien d'autres signes stéthoscopiques. — Le père du malade et le malade lui-même acceptèrent mon diagnostic, et le traitement fut commencé dès le surlendemain.

Les examens de crachats furent répétés toutes les semaines, et au quatrième examen, on trouva des bacilles. — Mais le malade était en traitement depuis un mois, et son état était considérablement amélioré. — On eût perdu un temps précieux si l'on eût attendu de trouver les bacilles pour commencer les injections, qui furent très bien supportées. — Une fois ou deux seulement, elles provoquèrent de l'érythème douloureux qui disparut rapidement.

Le malade reçut en tout douze injections, du 1 septembre au 5 octobre.

L'amélioration fut très rapide.

Le 14 septembre, il toussait moins, surtout la nuit, et l'appétit est meilleur, ainsi que le sommeil. — La température ne dépasse plus 99.

Le 22 septembre, la température ne dépasse pas la normale, le malade toussait très peu et mange beaucoup.

Le 1 novembre, le malade ne toussait plus. — Les injections sont cessées depuis un mois. — Le malade devient imprudent. — Malgré tous les avis, il sort le soir, fréquente les salles de billard, où il respire pendant des heures un air enfumé, dans une atmosphère surchauffée.

Le 1 décembre, le malade ne toussait toujours pas, il a engraisé de 5 livres durant le mois, ce qui porte à dix-huit livres son augmentation de poids. Il pèse 120 livres. — Il marche comme un ogre, mais il est toujours très pâle. — Cependant il se sent fort et peut un peu parler et de reprendre le travail. — Je me borne à prescrire 5 gouttes d'une solution de carodylate de soude, à 3%, après les repas.

Le 1 janvier, le malade ne toussait pas, se porte tout à fait bien et veut absolument reprendre le travail. — Mais, comme il y a encore de la respiration indécise et de l'augmentation des vibrations au sommet droit, je m'oppose.

Le 25 janvier, le malade vient me dire qu'il a repris le travail le 5. Il est pâle, mais ne se plaint de rien, se disant bien portant. Cependant les signes d'ansémentation n'ont pas changé. J'essaie de lui faire comprendre que l'atmosphère d'une manufacture de cigares est très mauvaise pour lui et qu'il devrait se reposer, vivre dans un meilleur milieu, le malade me répond "qu'il faut bien qu'il gagne sa vie". Il ajoute qu'il mange très bien, qu'il ne s'est jamais mieux porté, et que d'ailleurs il a toujours été pâle. Il a encore engraisé de quatre livres.

J'ai revu le malade le 9 juin. Il pèse 132 livres, c'est-à-dire 7 ou 8 livres de plus qu'il n'a jamais pesé. Il a toujours travaillé régulièrement depuis le mois de janvier, et n'a pas toussé de l'hiver ni du printemps, ce qui ne lui est pas arrivé depuis des années, car il a toujours eu de gros rhumes tous les hivers.

A l'auscultation, la respiration est douce, mais l'expiration est un peu prolongée au sommet droit. Les vibrations y sont un peu plus fortes qu'à gauche, mais ne sont pas exagérées.

Peut-on déclarer guéri ce malade qui n'a pas toussé depuis sept ou huit mois, et ne s'est jamais si bien porté? La légère anomalie de la respiration au sommet droit ne doit-elle pas nous être suspecte, et nous faire redouter un retour offensif de la maladie à la première occasion?

Je n'en sais rien. En tout cas, le sérum lui a permis de se débarrasser rapidement d'un commencement de tuberculisation déjà redoutable. C'est un résultat qui me paraît assez démonstratif.

VINGT TROISIÈME OBSERVATION. — BELLE L'CRÈCE I.

Cette malade vint me consulter pour la première fois le 2 Septembre 1905.

Le père et la mère se portaient bien, mais un oncle maternel, et deux tantes de la mère sont morts de phthisie. Du côté paternel, une cousine germaine est morte de tuberculose aigüe, un an auparavant.

La malade elle-même, depuis trois ans a eu des rhumes tous les hivers, rhumes qui durent assez longtemps.

Au mois de mars 1904, étant pensionnaire au couvent, elle eut une hémorrhagie à la nuit. A la suite de ce accident, elle fut ramenée dans sa famille, et traitée avec le plus grand soin. La toux n'en persista pas moins jusqu'au mois de Mai. Elle dura depuis le mois de février.

La malade se porta très bien pendant l'été, et pendant l'hiver qui suivirent, jusqu'au mois d'avril. Elle eut alors un gros rhume qui ne dura pas très longtemps, mais dont elle ne se débarrassa pas complètement. Pendant tout l'été, elle toussa un peu le matin. En même temps, elle ne se sentait pas très bien, et maigrissait. Au moment de la consultation elle était encore grasse, mais avait perdu 17 livres. Depuis un mois la toux était devenue plus fréquente.

A l'auscultation, peu de chose. Au sommet droit, dans les creux sus et sous claviculaires, dans les fosses sus et sous épineuses, de l'augmentation des vibrations et de l'expiration prolongée. A gauche, respiration faible dans la partie supérieure du poumon.

Du 2 au 5, la température, prise toutes les deux heures se maintient entre 99, et 100.

La première injection, faite le 5 septembre, causa un érythème douloureux avec rougeur et gonflement considérables, et beaucoup d'élévation de tempé-

ture, 105 le lendemain). Les jours suivants, la température descendit à 97, 98.

Les injections suivantes, au nombre de 12, furent très bien tolérées. Deux seulement causèrent de l'urticaire, et une de la douleur au niveau des vertèbres cervicales.

Les effets du sérum furent très marqués et très rapides. Le Soir de la première injection, et toute la journée le lendemain, la malade toussa presque sans arrêt. Mais, le quatrième jour, la toux cessa presque complètement.

Le 21 septembre, la malade croyait ne plus tousser du tout.

La malade retourne alors dans sa famille, à la campagne, et vient tous les quatre ou cinq jours prendre son injection.

Les règles, disparues depuis trois mois, reparaissent le 29 septembre.

Le 16 octobre, la malade ne toussa plus depuis près d'un mois, et a beaucoup engraisé. La température reste un peu inférieure à la normale, 97,3, 98.

La dernière auscultation remonte au 31 octobre. La respiration était normale et donc dans tout le poumon.

Le 17 novembre, la santé était toujours parfaite. Je n'ai plus eu de ses nouvelles depuis, ce qui me porte à croire que tout va bien.

Je veux terminer par l'observation d'une malade atteinte de tuberculose aiguë, traitée à la sixième semaine de sa maladie, et guérie ainsi que vous le verrez.

VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION. — DILLI, FLORENCE D., 18 ans.

Cette malade me consulte pour la première fois le 23 mai 1905, pour une toux excessivement fatigante, qui a commencé dans les premiers jours du mois de mai.

Son grand père et onze oncles et tante maternels sont morts de phthisie, ainsi qu'une trentaine de cousins et de cousines.

Elle-même a toujours été excessivement frêle. Elle habite depuis 11 mois un bas de maison où un jeune homme est mort de phthisie. L'appartement a été lavé, nettoyé, mais non pas désinfecté.

Dès le mois d'avril, la malade s'est sentie fatiguée, mal portante. Un soir, elle rentre de son travail par une pluie battante. Le lendemain, elle se met à tousser, et doit cesser tout travail. La toux dure depuis lors, et a toujours augmenté de fréquence. Actuellement, elle ne laisse aucun répit à la malade, et l'empêche de dormir. Cependant elle a consulté un confrère, qui a cru à une toux catarrhale, puis à une légère bronchite, et a donné divers sirops, sans résultat. La malade est très pâle, et a beaucoup maigri, car, depuis plus de trois semaines, elle ne peut plus manger, ayant un dégoût absolu pour les aliments. Depuis le même temps, on à peu près, la malade se sent très frileuse l'après-midi, se couvre d'un châle, se tient près du poêle et transpire la nuit. Jusqu'à ces tout derniers jours, la malade ne crachait pas. Expectore maintenant de petits crachats blancs, et un grand nombre de petites parcelles jaunâtres.

A trois heures de l'après midi, la température est de 103, le pouls 120 et la respiration 30.

Auscultation très difficile, la malade toussant continuellement.

À droite, dans la fosse sus-épineuse et les creux sus- et sous-claviculaires, expiration prolongée et diminution de la sonorité. — Au dessous, quelques frottements pleuraux, restes de la pleurésie mitiale. — Dans tout le lobe inférieur, la respiration est excessivement faible.

À gauche, au sommet, râles sibilants, quelques crépitations, submatité légère. — Dans tout le reste du poumon, la respiration est excessivement faible.

Les crachats furent examinés le lendemain. Ils contenaient des bacilles de Koch, petits, et se coloraient fortement.

La marche de la maladie m'aurait fait le à reconstruire. Il y a eu pleurésie du sommet droit, puis la tuberculose s'est développée rapidement chez cette malade prédisposée, c'est-à-dire sans résistance, et a pris la forme aiguë.

Je fis le diagnostic de tuberculose aiguë, de consommation galopante, et refusai de commencer le traitement avant que la malade n'eût été examinée par mon confrère compétent, et mon diagnostic confirmé.

La malade fut examinée le lendemain par mon ami le docteur Hervieux qui confirma mon diagnostic et avoua la mère que, suivit toutes probabilités, la malade serait morte dans six ou huit semaines, et fut d'avis que, dans ces conditions, on pouvait tout de même essayer le sérum.

Pendant les deux jours qui précédèrent les injections, la température fut de 99 le matin, 102½ l'après-midi.

La première série fut commencée le 25 juin et terminée le 2 août. Elle se composa de 16 injections de sérum antituberculeux, des trois premières de 9 c. c. l., faites tous les deux jours, et de 1 injection de sérum anti-streptococcique.

La malade supporta assez bien ces injections, sauf la deuxième, qui causa un érythème très douloureux, suivi d'une élévation de la température, qui atteignit 105, le lendemain de l'injection.

Le 3 juillet, après la 4^e injection, la température est de 98,1 le matin, et ne monte qu'à 101 l'après-midi. — Pour la mère, qui suit de près la malade, l'amélioration est certaine, quoique peu marquée.

Le 19 juillet, la malade toussé moins, dort mieux, mais n'a pas d'appétit. La température ne dépasse plus 101.

Le 14 juillet, l'appétit commence à renaître. — La malade a pu manger un assez gros morceau de bifteck. — Depuis deux jours, la malade a bien dormi, et très peu toussé, et n'a pas transpiré la nuit.

Le 20 juillet, le docteur Mareil me remplace. — La malade ne toussé guère que le matin et le soir.

Le 30 juillet, l'appétit est bon ainsi que le sommeil, et la malade toussé très peu.

L'amélioration se continue de la sorte, régulièrement.

À partir du 18 août, la température ne dépasse plus cent, et la malade, qui mange bien, très bien même, et fait tous les jours une petite marche sur la galerie, ne toussé presque plus.

La deuxième série est commencée le 23 août. À ce moment, la température reste sensiblement normale toute la journée, et la malade, qui est tous les jours faible, mange et dort bien et toussé à peine. Cette série se compose de douze injections, et se termine le 12 septembre.

La température varie alors de 98 à 99.

Le 1 septembre, je trouve au sommet droit de l'inspiration saccadée, sans expiration prolongée, avec un peu d'exagération des vibrations vocales et de diminution de la sonorité. Il n'y a plus trace de frotements pleuraux. Dans le reste du poumon, la respiration est table.

Au sommet gauche, quelques râles fins, et un peu de submatité. Respiration table dans le reste du poumon.

L'état local est donc amélioré, mais moins que l'état général.

A l'examen des crachats, on trouve, le 15 septembre, des streptocoques, et deux seuls bacilles.

Le 3 octobre, la malade revient de la campagne, où elle a passé quinze jours, et pris un peu de froid au cours d'une promenade en voiture. Elle a eu un peu de fièvre et de douleurs "dans le dos" pendant deux ou trois jours. A part ces deux jours, la température n'a guère dépassé 99°. Elle tousse un peu, et elle est inquiète. Cependant elle dort très bien et mange beaucoup.

Troisième série d'injections, commencée le 5 octobre, terminée le 21 et composée de 10 injections.

La malade qui pesait 93 livres le 27 septembre en pèse 102 le 21 octobre.

Le 6 novembre, elle pèse 105 livres.

Le 25 novembre, la malade se porte toujours très bien. A l'auscultation, le poumon droit semble normal. Au sommet gauche, il y a de petits râles sibilants.

2 décembre. La malade s'est fatiguée le 19, jour de sa fête. Depuis, la température est montée chaque jour à 99,2, et la malade est très inquiète. Mais les signes d'auscultation sont les mêmes qu'en novembre.

Depuis lors, la malade a continué de se bien porter. La température a été normale, légèrement inférieure même à la normale, sauf pendant quelques jours par ci par là.

De même, elle n'a pas toussé, sauf à la suite d'imprudences, pour s'être refroidie, allé les pieds, avoir pris du froid, et alors, n'a toussé que pendant quelques jours. Je lui ai donné en ces occasions quelques injections de sérum, mais non des séries.

Je l'ai auscultée au mois de mai. Elle respire mal, étant très nerveuse. Mais enfin, il n'y a plus de râles d'aucune sorte aux sommets, et la respiration, pour être un peu table, s'entend cependant très bien aux deux bases.

Elle est allée sur ma demande, voir M. le docteur L. chez lui. Il ne l'a pas reconnue, tant le changement pour le mieux est appréciable, et a pu inutilement l'examiner.

La malade a repris ses forces. Elle a quelques toux qui paraissent en partie guéries.

Elle est en effet momentanément guérie. Le sera-t-elle définitivement, c'est à dire, ne redeviendra-t-elle pas tuberculeuse? Je n'en sais rien. Je la crois aussi exposée à s'infecter à nouveau qu'elle l'était avant d'avoir été guérie. Mais une nouvelle infection de la maladie ne saurait empêcher qu'elle ait été guérie une première fois, même on ne signifie pas vaccination.

DE L'ACTION DE LA TOXINE TUBERCULEUSE ET DU SÉRUM ANTITUBERCULEUX.

Par les observations qui précèdent, vous avez pu constater combien les résultats obtenus par l'emploi du sérum varient suivant les diverses périodes de la tuberculose. D'une efficacité peu prononcée à la troisième période, produisant des effets très variables à la deuxième période, il paraît tout puissant à la première, même dans les cas de la plus haute gravité.

Il convient de nous demander à quoi tiennent ces différences.

La raison en est très simple. Elle nous apparaîtra clairement, si nous savons comprendre en quoi consiste l'action antituberculeuse du sérum.

Au cours des discussions soulevées par la découverte de Marmorek, on a répété à l'envie que le sérum n'avait aucune action directe sur les bacilles tuberculeux. Cela est vrai. Mais on en a conclu que le sérum ne possède aucune action antituberculeuse, et cela est faux.

A ce compte, il faudrait nier la valeur de tous les sérums, dont aucun n'a d'action directe sur les microbes de la maladie qu'il combat. Le sérum de Roux lui-même, cause de toutes les erreurs, n'a aucune action sur les bacilles diphtériques. En voulez-vous la preuve ? Mon ami le docteur J. B. Laberge a bien voulu faire pour moi sur ce sérum une culture de bacilles diphtériques qui a parfaitement réussi. La culture pousse sur du sérum concentré, on diluë dans un bouillon quelconque. Le sérum ne possède donc aucune propriété antibacillaire. Et l'on ne saurait pourtant nier son action antidiphtérique.

Au début, beaucoup de médecins la nièrent pourtant, et contestèrent la valeur du traitement, dont les effets si rapides, si nets, semblaient faits pour imposer l'immédiate conviction, et qui se présentait au corps médical, sous le haut patronage de Roux et de Behring. On accusa même les injections de méfaits nombreux, de complications redoutables, d'effets éloignés très graves. Je me rappelle un article dans ce sens publié par un clinicien distingué de Paris, et auquel Roux répondit avec une mauvaise humeur évidente, et avec une violence qui fit grand bruit. Il était sorti de son caractère. Il ne faut donc pas être trop surpris, s'il m'arrive, à moi

aussi, de sortir du milieu, qui est généralement paisible, lorsque j'entends répéter pour la millième fois peut être ces mêmes attaques contre le sérum de Marmorek, dont l'action plus lente à se manifester et pour des raisons multiples dont je parlerai plus loin, est par cela même plus difficile à prouver.

Mais revenons au mode d'action du sérum.

Dès le début, on a fait fausse route: on croyait que les sérums devaient posséder une action antibacillaire puissante, et agir à la manière des antiseptiques, en rendant l'économie impropre à la culture des bacilles. On vient de voir qu'il n'en est rien. C'est donc à tort qu'on exigeait du sérum de Marmorek une action rapide constante, toujours égale, pour lui reconnaître les propriétés anti-tuberculeuses que Marmorek lui attribuait. C'est à tort qu'on assimilait l'organisme à un grand milieu de culture, et le sérum à un antiseptique.

Depuis la découverte de Koch, on avait compris que la tuberculose que l'on croyait une maladie exclusivement héréditaire était une maladie contagieuse. Mais sa plus grande fréquence chez les descendants de tuberculeux empêchant qu'on mit complètement de côté la question d'hérédité. C'est alors que les vieilles expériences de Ranin sur la culture de *Aspergillus niger* firent songer à expliquer la prédisposition des descendants de tuberculeux par le ritage du "terrain" favorable.

On sait que Ranin avait montré qu'une culture d'aspergille est très favorisée par l'adjonction de petites quantités d'oxyde de zinc, et presque arrêtée par des traces d'argent, impossibles à déceler par l'analyse.

On supposa que l'économie pouvait contenir des substances favorables ou défavorables au bacille de Koch, d'un terrain favorable ou défavorable à la tuberculose.

Cette explication paraît en effet très rationnelle. Et peut-être réellement elle une part de vérité. Mais elle est loin d'être toute la vérité. L'organisme n'est pas un milieu de culture inerte. C'est un milieu vivant, soumis à des réactions constantes, un milieu essentiellement transformable, constamment transformé, où entrent en jeu des forces multiples qui s'opposent et se font équilibre les unes aux autres. Voilà ce qui différencie l'organisme d'un milieu de culture, et qu'il ne faut pas oublier.

D'ailleurs si les expériences de Ranin paraissent favorables à l'idée de terrain, celles de Pasteur sur la ponte refroidie, la combattent absolument. En effet ce n'est pas le terrain, c'est à dire la

constitution intime des tissus, des cellules elles mêmes, que le bain froid pouvait modifier chez la poule. Le bain froid n'apportait à ces éléments aucun corps étranger pouvant modifier leur composition chimique. Et pourtant la poule de réfractaire devenait inoculable. Elle prenait le charbon.

Bien plus, si on laissait la poule dans le bain froid, elle mourait du charbon. Mais si on la réchauffait, elle guérissait.

Le bain froid et la chaleur capotants à modifier le terrain en quelques instants modifiaient cependant quelque chose. Et ce quelque chose, c'était "les conditions dans lesquelles s'accomplissent les échanges organiques ou cellulaires", c'est à dire les conditions mêmes de la vie. Ce que le bain froid prolongé modifiait chez la poule, c'était sa *vitalité*, qui était diminuée. On diminue la vitalité, c'est un affaiblir les moyens de défense contre l'invasion bactérienne. Et ces moyens, quels sont-ils, sinon cette plagiocytose dont Metchnikoff nous a révélé les merveilles ?

Cette expérience de Pasteur, nous la reprenons journellement en clinique, lors que nous traitons les inflammations locales, telle l'apendicite, par les saes de glace. Nos aïnés la faisaient dans un sens différent, avec leurs cataplasmes. Cataplasmes et glace ne font, en somme, que modifier les conditions locales dans lesquelles s'accomplissent les échanges cellulaires.

Il faut encore tenir compte de la modification de la température, qui peut être favorable ou défavorable au développement des microbes. Ainsi, en abaissant la température de la poule à 38°, de 42°, qui est la normale, le bain froid favorisait le développement des bactéries charbonnenses, dont la température préférée est 35°.

La glace, au contraire, en abaissant la température locale, rend plus difficile la culture des streptocoques, par exemple, qui préfèrent les hautes températures.

Mais, dans les deux cas, le terrain reste le même.

Je sais bien qu'on a encore invoqué ce fameux "terrain" de la théorie du terrain, la vaccination plus ou moins parfaite que laissent après elles certaines maladies. On en a conclu que le terrain était épuisé, qu'il n'offrait plus aux microbes les éléments nécessaires à leur existence. Mais outre que ce préjugé de la vaccination reconnaît de toutes autres causes, il ne se passe, précisément, rien de tel dans la tuberculose dont une première atteinte l'un de nos vaccinés, rend, au contraire, le milieu plus vulnérable. Le terrain, loin de s'épuiser, et à l'encontre de ce qui se produit pour les autres maladies, naît donc en s'enrichissant par les cultures répétées, car le

maladie qui se développe lentement au début, voit ses progrès devenir de plus en plus rapides à mesure qu'elle s'aggrave.

Et, chose étonnante, pendant que l'on adopte la théorie si claire si précise, de la phagocytose pour toutes les autres maladies, pour la seule tuberculose, on s'en tient à la théorie du terrain.

Comme il est simple, pourtant de comprendre que si un sujet résiste moins qu'un autre, ce n'est pas qu'il présente un terrain plus favorable, mais que sa phagocytose est inférieure, ses moyens de défense moins bons.

C'est encore la phagocytose qui est modifiée par toutes les causes qui favorisent la tuberculisation d'un individu jusque là réfractaire, comme le surmenage, le manque d'air et de soleil, l'alimentation et l'hygiène défectueuses, l'alcoolisme, toutes ces causes produisant de profondes altérations du sang. Et les anémiques, les chloromémiques ne sont-ils pas plus exposés que les autres?

De même, tous les moyens préconisés et reconnus, donés d'une certaine efficacité ne sont-ils pas aptes surtout à combattre ces altérations du sang, à faire disparaître l'anémie? Ce sont le repos, la cure d'air et de suralimentation, les arsénicaux, les phosphates, la viande crue ou les poudres de viande, etc. tous moyens propres à donner un sang riche, bien plus qu'à produire une modification quelconque du milieu.

Au contraire la créosote et ses dérivés, qui avaient pour but de modifier le milieu se sont montrés inefficaces, et sont aujourd'hui délaissés par ceux-là mêmes qui en furent théoriquement enthousiastes.

Tout semble donc se réunir pour démontrer que l'influence du terrain est pour le moins bien secondaire.

La question se réduit donc vraisemblablement pour la tuberculose comme pour les autres maladies à la lutte entre les phagocytes et les bacilles.

Cependant il était malaisé de comprendre comment les phagocytes étaient à ce point impuissants contre l'invasion de bacilles primitivement peu nombreux, et se développant lentement.

Marmorek a pensé que la toxine tuberculeuse avait sur les phagocytes une influence paralysante, et les empêchait d'accomplir leurs fonctions. Il se dit que si l'on pouvait neutraliser la toxine, les phagocytes nous débarrasseraient facilement des bacilles, et c'est comme neutralisant de la toxine qu'il présenta son sérum.

Voyons d'abord si les faits paraissent s'accorder avec la théorie de l'influence paralysante exercée par la toxine sur les phagocytes.

En premier lieu nous voyons que les sujets qui possèdent une meilleure phagocytose résistent mieux que les autres. C'est que la quantité de toxine sécrétée par les premiers bacilles ne suffit pas à paralyser des phagocytes nombreux et vigoureux. Quelques uns sont peut être paralysés, mais d'autres arrivent plus nombreux, qui échappent à l'action de la toxine devenue insuffisante, et englobent les bacilles, supprimant le foyer commençant.

Mais lorsque ces individus résistants voient leur vitalité diminuée par les causes dont j'ai parlé plus haut, les phagocytes moins nombreux et affaiblis subissent plus facilement l'action de la toxine, et le foyer s'installe.

De même façon débute la tuberculose chez les individus à phagocytose naturellement inférieure.

De même la tuberculose aura-t-elle plus de chances de se développer au sommet du poulmon, qui est la partie de l'organe qui respire le moins, ainsi que l'a démontré Peter, celle où la circulation est la moins abondante, celle où les phagocytes sont les moins nombreux, celle où il faudra la plus petite quantité de toxine pour les paralyser.

De même pouvons nous comprendre pourquoi le foyer tuberculeux reste si longtemps inactif, au début. C'est que la toxine est à ce moment capable de paralyser les phagocytes sur place, c'est à dire autour du foyer, mais n'exerce sur eux aucune action dès qu'ils sont entraînés dans le torrent circulatoire, où ils se débarrassent de leur toxine, et reprennent leur énergie première. Les bacilles isolés, entraînés par le sang, et incapables de sécréter une quantité de toxine suffisante pour se protéger, seront facilement englobés par les phagocytes qui les entourent de tous côtés.

Cette période dure plus ou moins longtemps, par ce que les phagocytes partant du foyer, chargés de toxine, ne s'en débarrassent qu'en l'abandonnant dans le sang. A chaque nouveau passage au foyer tuberculeux, ils emportent ainsi une dose de toxine qu'ils mêlent ensuite au sang. Or, comme le foyer grandit, la toxine devient plus abondante. Les phagocytes en emportent chaque jour davantage, qui se dissout dans le sang. Le sang finit donc par en contenir une assez forte proportion, et alors les phagocytes ne se débarrassent plus aussi facilement de leur toxine qu'au début. Ils en subissent les effets dans tout le parcours circulatoire, et restent constamment affaiblis, et de plus en plus jusqu'au jour où ils n'ont plus même la force d'englober les bacilles isolés. C'est le moment de la dissémination des foyers, par ce que les bacilles circulent im-

pinement dans le sang, a voit s'implanter en des endroits plus ou moins éloignés.

Au début, la toxine créant autour des bacilles comme une zone de protection dans laquelle les phagocytes ne pouvaient accomplir leur fonction. La tuberculose ne peut être considérée à ce moment comme une infection locale. Les symptômes généraux, au contraire, souvent, on n'est généralement pas très marqués.

Mais lors que la toxine contenue à se répandre dans le sang, l'organisme tout entier subit ses effets, les symptômes généraux se manifestent avec plus ou moins d'intensité, les bacilles envahissent l'organisme tout entier, et la tuberculose est une maladie générale.

C'est le moment où l'infection tuberculeuse se complique d'infections secondaires auxquelles revient, désormais une part constamment croissante de la gravité totale de la maladie.

Dès lors il sera de plus en plus difficile de savoir quelle part des symptômes doit être attribuée à la tuberculose et quelle part aux autres infections.

Enfin, à la troisième période, l'économie est saturée de toxines de toutes sortes (toxines tuberculeuses, streptococcique, staphylococcique, et le reste). Des suppurations prolongées ont donné lieu à d'inévitables résorptions purulentes, et les phagocytes ne sont plus seulement paralysés, mais plus ou moins dégénérés. C'est la cachexie.

A cette période, l'infection tuberculeuse ne constitue plus qu'une partie de la gravité totale de la maladie, et le rôle de la toxine tuberculeuse en est diminué d'autant. Et ce n'est pas tout.

Les infections secondaires, l'affaiblissement ou la dégénérescence des phagocytes ne sont pas les seuls obstacles qui viennent s'opposer à l'action curative du sérum de Marmorek, et qui échappent à son influence. L'étude de la tuberculose pulmonaire serait fort incomplète qui ne s'occuperait pas des lésions organiques, du ramollissement des tubercules et de la destruction du tissu pulmonaire qu'elle entraîne, cavernules ou larges cavernes, de l'épaississement de la plèvre, des adhérences pleurales, etc., qui aggravent considérablement la situation générale, le fonctionnement du pommou, favorisent l'accumulation du pus et la culture des microbes de toutes sortes dans des cloques impossibles à nettoyer, etc.

Contre toutes ces lésions, le sérum, inutile de le dire, est absolument sans effet. Plus elles seront considérables, et plus sera puissant l'obstacle qu'elles apportent à la guérison du malade. Il peut devenir insurmontable.

Or vous le savez, ces lésions dans les formes ordinaires de la tuberculose pulmonaire sont véritablement nulles au début de l'infection, et elles se développent lentement et parallèlement à l'infection elle-même.

Messieurs, si cette théorie de l'action pural sante de la toxine est vraie, et tout port, jusqu'à présent, à le croire, vous pouvez dès maintenant prévoir les effets que produira la neutralisation de cette toxine.

Vous pouvez juger à priori que les effets seront d'autant plus rapides et plus complets que la toxine à neutraliser sera moins abondante que le malade possède une meilleure phagocytose, et que les lésions organiques seront plus légères, c'est à dire au début de la maladie que l'action du sérum sera d'autant plus rapide et moins efficace que la quantité de toxine sera plus grande, que les phagocytes seront plus affaiblis, que les lésions organiques seront plus considérables, c'est à dire que la maladie durera depuis plus long temps.

Vous comprendrez que la neutralisation de la toxine est sans effet sur les infections secondaires et qu'elle perd de sa valeur à mesure que ces infections deviennent plus graves, que les lésions organiques sont plus étendues.

Vous comprendrez que les malades ne bénéficient pas également de la neutralisation de la toxine parce qu'ils n'en bénéficient pas suivant la quantité de toxine neutralisée, mais suivant la valeur de leur phagocytose.

Or vous avez vu que c'est précisément ce qui se produit avec les injections du sérum.

Leur emploi démontre donc en même temps que le bien fondé de la théorie sur l'action de la toxine tuberculeuse, la réelle valeur antitoxique, c'est à dire antituberculeuse, du sérum.

ACTION COMPAREE DES SÉRUMS

On a eu pouvoir opposer l'action du sérum de Behring dans la diphtérie, à celle du sérum de Marmorek dans la tuberculose, et j'estime qu'on a eu grand tort, car tout concourt à nous démontrer que les deux sérums agissent d'une manière identique.

Si le sérum de Behring avait une action directe sur les bacilles de Klebs, cette action serait constamment la même, quels que fussent la durée de la maladie et l'état de santé du malade. Or, il n'en est rien.

Dans la diphtérie comme dans la tuberculose, l'action du sérum est toute puissante au début, et s'affaiblit à mesure qu'on s'en éloigne.

Dans la diphtérie comme dans la tuberculose, les infections étrangères antérieures, et tout ce qui peut affaiblir le pouvoir phagocytaire diminue l'efficacité du sérum.

Et l'on ne voit pas bien quelle *action directe sur le bacille* pourrait exercer ce sérum qui est lui-même un excellent milieu de culture pour le dit bacille. Ce qu'il ne fait pas, *in vitro*, et à l'état concentré, comment le ferait-il une fois dilué au millième dans le sérum du malade ? Et comment transformerait-il l'organisme en un *mauvais milieu de culture*, alors que lui-même en est un excellent ?

Non, il faut abandonner cette théorie, et chercher une autre explication de l'action anti diphtérique du sérum de Behring.

Il n'en est pas de plus simple, de plus plausible, de plus concordante avec les faits journellement observés, que celle de la neutralisation de la toxine, donnée par Marnorek. Elle jette sur toute la question une lumière très vive. Elle ne rencontre aucune objection sérieuse. Elle explique parfaitement l'étonnante rapidité d'action du sérum, due à ce que : 1^o l'attaque de diphtérie débute brusquement chez un enfant en pleine santé, dont les phagocytes possèdent toute leur puissance ; 2^o que l'action de la phagoeytose se trouve grandement facilitée par l'étendue restreinte d'un foyer d'infection siégeant à la surface de la muqueuse, sous forme de fausse membrane plus ou moins épaisse, mais ne pénétrant pas dans l'épaisseur des tissus.

Cette fausse membrane il est vrai renferme des millions de bacilles. Mais de ces bacilles, la proportion est bien petite de ceux qui sont en contact direct avec la muqueuse, à laquelle ils font adhérer la fausse membrane.

Or, il suffit que la phagoeytose s'exerce au point de contact, et que, pour ainsi dire, une seule couche de bacilles soit détruite, et remplacée par un exsudat muqueux, séreux ou purulent, comme cela se produit, pour que la fausse membrane perde pied, se détache par sa base, et soit expulsée au moindre effort emportant dans son sein des légions de bacilles encore vivants, capables de transmettre la diphtérie par inoculation, sur lesquels la phagoeytose ne s'est pas exercée, et n'avait pas à le faire.

Vous voyez combien, en somme, le travail à accomplir par le sérum antidiphtérique est simple facile, et peu considérable, dans les cas ordinaires, les plus fréquents, et ceux d'ailleurs dans les

quels il réussit le mieux : ceux qui ont servi de point de comparaison, afin de montrer la différence qui existe entre les effets des deux sérums : celui de Behring, et celui de Marmorek.

Or voyons ce qui se passe dans la tuberculose, et qu'elle est la tâche du sérum de Marmorek.

Dans la tuberculose pulmonaire, le foyer d'infection ne siège plus à la surface, mais bien dans la profondeur des tissus.

Ce n'est plus un tout petit foyer, mais son étendue est toujours considérable, même au début, et s'accompagne plus tard de destruction organique.

Les bacilles ne sont plus enfermés dans une fausse membrane facile à exulser, mais dans des tubercules, véritables forteresses naturelles, difficilement accessibles aux phagocytes, qui devront cependant y aller détruire, non pas une partie des bacilles, mais tous les bacilles. Travail gigantesque, si on le compare à celui du sérum antidiphthérique, et qui ne saurait s'accomplir en peu de temps.

Et comme l'on conçoit sans peine que ce travail sera d'autant plus long et plus difficile, que les bacilles seront plus nombreux et plus virulents, et que les phagocytes seront moins nombreux et moins vigoureux.

Et qu'il est facile également de comprendre que certaines proportions par trop défavorables aux phagocytes, rendront la guérison matériellement impossible.

De même le sérum antidiphthérique est impuissant à guérir le malade dans certaines circonstances exceptionnelles de gravité ou de durée trop longue de l'infection. Vous savez, par exemple que les enfants traités au cinquième jour de la maladie donnent encore une assez forte proportion de mortalité. On dit que l'enfant est trop profondément intoxiqué. Cela est exact. Mais l'intoxication porte surtout sur les phagocytes, qui ne peuvent plus réagir. Du moins, cette hypothèse est-elle très probable.

Messieurs, cette théorie de la neutralisation de la toxine par le sérum, explique également l'action du sérum antistreptococcique, ou premier sérum de Marmorek, dont l'application au traitement de l'anthrax, nous fournit l'occasion d'étudier cette action d'une

manière quasi expérimentale, du moins, pour qui connaît bien la marche et la durée de cette affection, traitée par les moyens ordinaires. Elle expliquera vraisemblablement aussi, l'action de tous les sérums à venir.

CONCLUSION

J'exposerai maintenant les conclusions auxquelles je suis arrivé en me basant uniquement sur mon expérience personnelle de la sérothérapie antituberculeuse.

Ne m'autorisant que de faits cliniques observés personnellement, je n'avancerai rien dont je ne sois absolument convaincu.

1. L'emploi du sérum de Marmorek dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ne présente aucun danger.

2. Les légers accidents qui surviennent quelquefois après les injections, n'appartiennent pas en propre au sérum de Marmorek, mais s'observent avec tous les sérums.

3. L'action antituberculeuse du sérum de Marmorek est manifeste.

4. Cette action est d'autant plus puissante qu'on injecte le sérum à une époque plus rapprochée du début de l'infection.

5. Les maladies antérieures, les dégénérescences organiques, les déchéances individuelles, la présence de larges cavernes pulmonaires, l'existence de suppurations anciennes et toutes les causes d'affaiblissement du malade entravent ou compromettent l'action du sérum.

6. Le sérum est sans effet sur les infections étrangères qui viennent compliquer et aggraver la maladie. Il est donc important de les reconnaître afin de les combattre, si possible.

7. Les contre indications du sérum antituberculeux sont celles de tous les sérums.

8. Dans les tuberculoses récentes, même dans les formes graves, survenant chez des individus jusque là bien portants, l'action curative du sérum de Marmorek est indéniable, manifeste, et rapide.

DISCUSSION

M. H. TRIBOULET (Paris). — En réponse à une interpellation du Dr S. Lachapelle sur l'état de la question en Europe, M. Triboulet dit qu'il n'a aucune expérience personnelle du sérum de Marmorek, mais il ne croit point, à l'encontre de l'opinion émise par M. de Martigny, que les expériences faites dans le service de Dieulafoy n'aient pas été faites avec toutes les garanties morales qu'elles

méritaient. Il faut qu'une découverte de laboratoire soit confirmée par la clinique, et il ne croit pas que cela ait toujours été le cas ici. Il connaît des médecins qui, après l'avoir sagement expérimenté, l'ont abandonné. *Il pense que Marmorek a parlé trop tôt.*

M. A. LOIR (Paris). Pour ce qui est de Marmorek, je vous dirai que je le connais très bien, que nous avons travaillé ensemble à l'Institut Pasteur. Marmorek est vraiment un homme très remarquable. C'est un savant du plus grand mérite et son bagage scientifique est considérable. Ainsi que l'a dit M. le docteur de Martigny, la découverte de son sérum antistreptococcique fut une découverte très importante. La faveur du sérum antistreptococcique a subi des variations. Tout d'abord les expériences furent très probantes. Puis on eut des insuccès dans certains cas, ce que Marmorek attribua à la multiplicité des familles de streptocoques. Il a donc immunisé ses chevaux contre tous les streptocoques à la fois, et, depuis qu'il est polyvalent son sérum a de nouveau donné lieu à des expériences absolument probantes, et sa valeur est admise aujourd'hui par tout le monde.

Quant au sérum antituberculeux, j'étais à l'Institut au moment où Marmorek fit des expériences de laboratoire très probantes. Depuis, je suis parti pour l'Afrique, et je n'ai pas connaissance de ce qu'il a produit au point de vue clinique.

M. A. Lanreudeau, de Saint-Gabriel de Brandon, ne croit pas beaucoup au sérum de Marmorek, et il pense que c'est dans l'isolement qu'on trouvera le meilleur moyen de prophylaxie.

M. D'Amours se prononce pour l'ouverture de sanatoriums, et il souhaite que le Congrès appuie ces institutions. Il propose la nomination d'un comité permanent chargé de veiller à l'émission et à l'exécution des vœux du congrès.

M. de Martigny répond à ceux qui ont critiqué le sérum de Marmorek. Il explique la défaveur avec laquelle Marmorek a été accueilli par le fait que ce médecin est un juif hongrois et qu'il souffre de la défaveur qui s'attachait aux Juifs à l'époque du premier procès Dreyfus. Quant à lui, il a la plus grande confiance dans le sérum.

TUBERCULOSE D'UN ADÉNOMYOME DE L'UTERUS

Par le Dr J. L. ARCHAMBAULT, de Cohoes, N. Y.

Avec rapport pathologique par le Dr RICHARD M. PEARCE, du "Bender Laboratory", Albany, N. Y.

C'est un fait reconnu que les tumeurs en général ne sont pas sujettes aux invasions bactériennes, sauf lorsqu'il s'agit des micro-organismes du groupe pyonégique. On mentionne bien de temps à autre la rencontre simultanée du carcinome et de la tuberculose dans le même organe, mais par contre on ne parle guère que par exception de l'invasion d'autres tumeurs par le bacille de la tuberculose. Ceci est surtout vrai des myomes utérins qui sont rarement impliqués, même dans les infections tuberculeuses de l'utérus les plus étendues. L'intérêt du cas que nous rapportons réside non seulement dans le fait qu'il présente cette condition inusitée, mais aussi dans le fait non moins digne de remarque que la tuberculose a respecté la muqueuse de la cavité utérine dans sa totalité, alors qu'elle a produit une autre lésion très légère de l'une des trompes. La tuberculose du myome et celle de la trompe paraissent indépendantes l'une de l'autre, bien que secondaires à la tuberculose pulmonaire. Elles paraissent aussi sans la dépendance d'une affection par voie sanguine. Nos recherches ne nous ont pas permis de relever de cas analogue dans la littérature médicale. C'est ce qui nous a porté à publier cette observation.

Voici d'ailleurs le rapport détaillé du cas.

HISTOIRE CLINIQUE.— Hattie E. (vingt ans), est admise à l'hôpital de Cohoes, le 10 janvier 1906. Elle est fille unique, et son *passé familial* est assez chargé ; on y remarque en effet les points suivants : mère en perspective de tabes ; père mort à 46 ans, de lésions cardiaques formant partie d'un cortège franchement spécifique ; grand-père maternel se tirant à plusieurs reprises, avec un rare bonheur, de manifestations tertiaires fort persistantes ; grand-mère maternelle moins favorisée, tombant il y a des années victime de la paralysie générale ; enfin oncle paternel succombant à un carcinome de l'estomac associé à de la phthisie pulmonaire. Ce dernier cas est le seul cas de tuberculose qu'on relève dans l'histoire de la famille.

Elle-même offre dans ses *antécédents personnels*, en outre d'une rougeole en bas âge, une plaie de la jambe qui se montre vers la cinquième année ; cette plaie est située au côté externe du tibia, vers son milieu, et guérit lentement en trois mois, laissant une marque serpigineuse indélébile. On a supposé que c'était la suite d'un coup, quelque chose comme une fracture négligée. Ne pourrait-on pas penser plutôt à une ostéo-myélite, ou tout aussi bien à une gomme nleérée, surtout si l'on ajoute à cela que, tout en étant bien prise de taille et bien développée, la malade a le nez ensellé ; ensellure qui toutefois ne s'accompagne ni d'ozène ni de rhinite atrophique.

De plus, elle a menstrué assez tard, à seize ans : périodes insuffisantes et irrégulières, toujours en retard, souvent de cinq à six mois ; sujette alors à de fréquentes épistaxis. Au début, les menstrues n'étaient pas douloureuses, plus tard elles le devinrent. Ce n'est que très rarement qu'elles ont été précédées ou suivies de leucorrhée. Le 11 décembre 1904, à la suite d'un retard plus long que d'habitude, faisant lui-même suite à plusieurs menstruations de plus en plus insuffisantes et douloureuses, la malade se décida à un examen. Cet examen révéla un *utérus à type infantile en état de rétroversion modérée*, mobile et indolore, mais s'accompagnant d'*annexes gauches légèrement sensibles*.

Avant cela, le 30 juillet, la malade avait été subitement prise d'*hémoptysie*. Elle paraissait à ce moment en parfaite santé. Cependant, par un examen attentif, il devint facile d'établir l'existence d'une pleurésie adhésive localisée au sommet gauche. On décelait en même temps une tuberculisation de ce sommet assez étendue pour atteindre jusqu'à l'espace axillaire. On avisa la malade de passer l'été au bord de la mer, puis à l'automne de se diriger vers les montagnes. A la fin de décembre, elle accusait une amélioration notable : il y avait régression sensible des signes physiques ; en certains endroits ils étaient même disparus. L'hiver de 1905 fut tout entier passé dans les Adirondaeks. En avril, l'amélioration était encore plus marquée. Le 15 juillet, nous eûmes à enregistrer une seconde hémoptysie, légère toutefois et de courte durée, car deux jours plus tard notre malade repartait pour les montagnes, où elle se remit rapidement. En effet, le 5 octobre, elle accusait une augmentation de poids de onze kilos, et le 13 novembre, de trois autres kilos et demi. C'est peu de temps après, alors que le mal semblait enrayé ou en voie de l'être, que notre patiente ressentit les premières atteintes de sa *présente maladie*.

Sondamment, vers le 21 novembre, elle fut prise de sensibilité dans la région hypogastrique : douleurs sourdes, intermittentes, revenant surtout vers la fin du jour, et exagérées par la fatigue et la station debout. Comme elle n'avait rien vu depuis le 28 juin, c'est à dire depuis cinq mois, elle mit cela sur le compte de l'approche probable de ses mois. Une semaine se passe sans amener aucun changement : les douleurs se continuaient et les règles faisaient toujours défaut on lui fit dire de revenir. A l'examen, voici ce que le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, permit de constater : Col petit, refoulé en avant et en haut vers le pubis ; *corps utérin retroussé dans le cul-de-sac postérieur* ; le *fundus hypertrophié* donne la sensation d'une *masse ferme*, du *volume d'une mandarine*, de forme quelque peu irrégulière, plus large à gauche, et très peu mobile ; dans le *cul-de-sac latéral gauche*, *autre masse* moins dure et moins volumineuse, n'offrant ni la résistance ligneuse du fibrome ni la fluctuation du kyste, et *semblant se continuer avec le corps utérin* ; du côté droit, les annexes ne paraissent offrir rien de particulier. Notons, en passant, la différence entre la condition présente et celle qui existait onze mois auparavant.

A ce point, il importait de préciser l'état pulmonaire. On constatait de ce côté un changement très appréciable ; le processus tuberculeux avait évolué dans une autre direction. Tandis que la régression des lésions au sommet gauche et à l'aisselle correspondante s'était maintenue, deux nouveaux foyers étaient apparus ; l'un à la partie postérieure et inférieure du poumon gauche, l'autre dans l'espace interscapulaire droit, tout près de la colonne vertébrale. Ce dernier foyer qui correspondait à peu près à la cinquième et à la sixième côtes, était très limité et n'offrait que quelques craquements secs avec un peu de résonance. L'autre au contraire, à la base du poumon gauche, comprenait tout l'espace situé entre les huitième et dixième côtes dans un sens, et entre la colonne vertébrale et la ligne du milieu axillaire dans l'autre. Ici le frottement pleurétique était bien marqué et il s'accompagnait d'un nombre considérable de râles mouillés fins et de quelques sous-crépitations.

Si l'on se reportait maintenant à la condition générale, ici encore on remarquait qu'il s'était produit quelque altération. Le sang s'était appauvri, l'échelle de l'hémoglobine ne donnant plus que 65% ; il y avait plus de rapidité dans l'action du cœur, et le deuxième son pulmonaire était plus accentué.

A partir de ce jour, on crut devoir faire un relevé exact de la condition du poids et de celle de la température. Il fut avec le temps démontré que le poids battait rarement moins de cent, très

souvent plus, et que la température généralement normale le matin, subissait une hausse invariable vers le déclin du jour et le soir venu ; cette élévation, toutefois, malgré son caractère suggestif du type hecticque, demeurait légère, oscillant entre 37,5 et 38° Centigrade.

Le 15 décembre, les règles survinrent et durèrent cinq jours. Après un intervalle de quelques jours, il y eut reprise d'une décharge sanguine légère. Cet écoulement persista dans la suite et d'une manière plus ou moins continue jusqu'au moment de l'opération. Les douleurs que nous avons signalées comme ayant été le premier symptôme à apparaître, ne furent en rien atténuées par l'apparition de cette menstruation ; elles se continuèrent après comme avant, jour par jour, avec la même intensité et le même caractère gravatif et intermittent. De fait, elles en virent plutôt à s'aggraver, et à la fin il fallut recourir à différents sédatifs pour les rendre supportables.

Le 5 janvier, un examen des crachats révéla la présence de quelques bacilles de Koch associés à un grand nombre de diplocoques et de streptocoques. Trois examens antérieurs étaient demeurés sans résultat.

Vers ce même temps, la masse pelvienne donna la sensation nette d'avoir augmenté de volume.

Quelle était la nature exacte de cette masse ?

De prime abord, on devait penser à une tumeur solide, et le diagnostic d'un fibromyome, logé dans la paroi postérieure de l'utérus, semblait s'imposer.

A ce compte, surtout si l'on s'arrêtait à considérer l'état des poumons, il y avait lieu d'hésiter sur la meilleure méthode de traitement à suivre. Toutefois, à mesure que la marche progressive du mal s'affirmait, il devenait évident qu'on ne pouvait s'attendre à aucune amélioration de la condition pulmonaire avant qu'on eût rectifié la condition pelvienne. D'autre part, une étude plus approfondie du cas dans tous ses détails conduisit insensiblement à se demander si on n'était pas en présence d'une tuberculose de l'utérus. Quand cette conviction se fut une fois emparée de notre esprit, ce qu'elle comportait de gravité additionnelle fut expliqué à la famille.

Comme de juste, en raison de leur rareté, le diagnostic des tuberculoses pelviennes, sous quelques formes qu'elles se présentent, ne se fait guère qu'à l'ouverture de l'abdomen, et même alors le plus souvent seulement après que la pièce est passée aux mains

du pathologiste. La tuberculose utérine en particulier n'a pas de symptomatologie bien définie. Si dans la présente observation on a porté un diagnostic assez probable d'un état tuberculeux de la tumeur utérine avant l'opération, et si l'opération a été entreprise avec cette réserve, c'est en admettant volontiers qu'on s'attendait à rencontrer des lésions analogues du côté des annexes et du péritoine, c'est-à-dire une tuberculose abdominale généralisée.

Tout portait à le croire; surtout la pré-existence de la bacillose pulmonaire, et en particulier le tableau clinique qui avait prédominé du côté de l'abdomen dans les derniers temps. Ce fut donc une surprise, quand le ventre fut ouvert, de constater que nous étions en présence d'adhérences nombreuses et très étendues, mais de nature purement inflammatoire, tandis que le péritoine, soit qu'il recouvrit la cavité générale ou celle du petit bassin, était décidément libre, du moins macroscopiquement, de toute apparence tuberculeuse.

OPÉRATION. Le 11 janvier, *laparotomie*. Section médiane longue de neuf centimètres. Pas de fluide dans la cavité abdominale. Adhérences générales de l'épiploon au bord supérieur du ligament large et en partie à la face antérieure de l'utérus rétrodévié; adhérences très intimes à gauche et requérant une résection notable de la frange épiploïque. En dessous, délibération d'une anse intestinale qui avait été attirée dans le petit bassin où elle adhérait fermement à l'utérus au voisinage de sa corne droite. A l'insu s'expliquèrent ces douleurs intestinales déchirantes et ce dérangement profond des fonctions digestives qui avaient formé une partie si saillante du tableau clinique. Ces adhérences étaient si fermes que, pour les séparer, il fallut trancher dans la séreuse même de l'utérus, quitte ensuite à débarrasser avec soin l'anse intestinale de ce tissu douteux et à recouvrir la surface cruentée par trois sutures au fil de soie. Les deux ovaires étaient fibro-kystiques; l'un des kystes de l'ovaire droit contenait à peu près dix centimètres cubes d'un liquide citrin, et un autre de l'ovaire gauche à peu près trente centimètres cubes; au cours des manipulations ce dernier kyste se rompit et le contenu en fut reçu sur des compresses protectrices et rapidement épongé. Le corps de l'utérus, qui avait maintenant acquis le volume d'une orange ordinaire, légèrement irrégulier de forme, plutôt globulaire que pyriforme, était engagé profondément dans le cul-de-sac postérieur; il était pris dans les adhérences qui le rendaient difficile à extraire. De fait, on ne put l'extérioriser, et il fallut recourir, en pratiquant une hystérectomie subtotale, à la technique de Kelly, procédant de droite à gauche, puisque c'était du côté

té des annexes gauches que les adhérences étaient le plus résistantes. On rechercha l'appendix; il était sain, et ne fut pas enlevé; l'opération avait déjà été suffisamment longue. Malgré son état de grande débilité et les craintes qu'inspirait son état pulmonaire, la malade ne souffrit pas trop du choc opératoire; la réaction fut rapide et soutenue.

SUITES OPÉRATOIRES.— Absolument négatives; pas même le météorisme habituel de la deuxième et troisième journées; liberté des intestins entretenue par de simples énémas, et cessation de toute douleur. Température la plus haute, 38°C., au lendemain de l'opération; la plus haute après cela, 37-5, au seizième jour, à cause d'une racine de dent ulcérée qu'il fallut extraire; pas de température ni le matin ni le soir durant les quatre derniers jours qui précédèrent son départ de l'hôpital. Le douzième jour, les sutures de support au crin de Florence sont enlevées, dénotant guérison par première intention, et le vingtième jour, le 31 janvier, la malade quitte l'hôpital. Le 21 février, elle part pour les Adirondacks, et le 16 avril, dans une note qu'on nous communique, elle accuse une augmentation de poids de cinq kilos, elle sort habituellement et par tous les temps, et elle se livre à tous les sports.

Le jour même de l'opération, les parties enlevées, que nous avons conservées avec soin, furent envoyées au "Laboratoire Bender" pour être soumises à M. le docteur Pearce. C'est à son obligeante courtoisie que nous sommes redevables de l'étude macroscopique et microscopique qui va suivre, et dont l'importance n'échappera à personne, puisqu'elle donne réellement à notre contribution sa principale valeur, en ce sens que nous avons dû à cette analyse d'être en définitive fixés sur la nature exacte de l'affection.

RAPPORT PATHOLOGIQUE

(Pièce du Dr Archambault, examen du Dr Pearce).

DESCRIPTION MACROSCOPIQUE. — Le spécimen est composé de l'utérus et des annexes. L'utérus est excessivement ferme et de forme presque globulaire; il mesure 17.5 centimètres de circonférence exactement au-dessous du niveau d'insertion des trompes de Fallope, et 19.5 centimètres de circonférence antéro-postérieure un peu en dehors de la lèvre cervicale. Le col s'allonge au-delà du corps globulaire en forme de canal circulaire, court et aminci, 0.8 cm. en longueur et 0.4 cm. en épaisseur. Les bords en sont polis, arrondis et de couleur couleur blanc grisâtre. Les surfaces péritonéales sont recouvertes plus ou moins uniformément d'épaisse ad-

lières fibreuses. Sur une coupe sagittale, la longueur entière de l'utérus du col au fundus est de 6,8 cm., et la plus grande épaisseur dans une direction antéro-postérieure de 5 centimètres. Le corps lui-même est 5,6 cm. de longueur. La paroi antérieure est d'apparence normale, bien que légèrement épaissie; elle mesure 1,1 cm. à la partie moyenne de la cavité utérine. Le fundus est 1,7 cm. d'épaisseur. La paroi postérieure est occupée par une masse globulaire qui s'étend du fundus à l'orifice intense du col (5,2 cm.) et latéralement du péritoine à la cavité utérine (1 cm.). Cette masse est formée par un tissu blanc grisâtre ferme et dense, d'apparence verticillée et ressemblant d'une façon générale à la structure du myome, mais partout criblé de cavités de différentes grandeurs, les unes aussi petites qu'un grain de millet et d'autres ayant jusqu'à 0,5 cm. de diamètre. De ces cavités s'échappe un pus jaune épais et plus ou moins visqueux. Les parois des plus grandes cavités, après l'écoulement de leur contenu purulent liquide, paraissent recouvertes d'un enduit jaune granulaire et comme caséifié. Ces zones s'étendent de la tumeur à la périphérie jusqu'à 2 millimètres de la surface péritonéale, et de la tumeur au centre jusqu'à la muqueuse qu'elles intéressent; verticalement, elles atteignent en haut la ligne médiane du fundus, et en bas le niveau de l'os interne. Le col lui-même n'est pas atteint. Le canal utérin mesure 1,7 cm. de longueur, dont 1,2 cm. représente la partie cervicale; ce canal est très rétréci, et presque entièrement oblitéré à 2 cm. au-dessous du fundus. La muqueuse recouvrant la partie inférieure de la tumeur présente de nombreuses zones d'apparence jaunâtre, finement pointillées et tassées les unes contre les autres. Cette disposition ne se remarque pas sur la muqueuse de la paroi antérieure ni sur celle du col.

Les trompes et les ovaires sont atrophiés; la trompe et l'ovaire du côté gauche adhèrent à l'utérus par des bandes fibreuses; du côté droit, ils sont libres et leur surface péritonéale est lisse et polie; les deux ovaires contiennent plusieurs petites cavités kystiques.

BACTÉRIOLOGIE. Des préparations sur lamelles colorées au bleu de méthylène donnent des cellules de pus qui prennent bien la coloration, d'autres cellules nécrotiques qui se colorent mal, et une abondance de débris granulaires, mais pas d'organismes. Des lamelles colorées pour la recherche du bacille de la tuberculose et pour le gonocoque demeurent négatives.

Des cultures sur agar et sur sérum sanguin demeurent stériles après 72 heures.

DESCRIPTION HISTOLOGIQUE. — Sections passant à travers la paroi utérine et la tumeur. Les coupes pour la plupart, font voir un processus tuberculeux se diffusant au milieu d'un tissu composé de fibres musculaires lisses, elles contiennent des glandes tubulaires rarement espacées. La paroi utérine proprement dite a 3 millimètres d'épaisseur. La couche péritonéale est légèrement épaissie et ne contient pas de tubercules, mais entre cette couche et la musculature on voit çà et là quelques tubercules de petite dimension. Dans le muscle lui-même, dans lequel on remarque une augmentation de tissu conjonctif, on remarque aussi quelques tubercules bien développés, à centres caséux. Les vaisseaux sanguins sont entourés de nombreuses cellules lymphoïdes. On ne peut pas établir de ligne de démarcation entre la musculature normale de l'utérus et la tumeur. La muqueuse qui recouvre la tumeur dans la partie supérieure de l'utérus est intacte, mais dans la sous-muqueuse il y a des agrégations irrégulières de cellules lymphoïdes. Tout au-dessus du col, la muqueuse est atteinte et a contracté adhérence avec la paroi opposée de l'utérus. A la limite même où cesse la texture précise de la musculature on passe abruptement à un tissu tuberculeux diffus au milieu duquel on découvre de nombreuses cellules géantes, le tout dans un état avancé et caractéristique de caséification; on y remarque quelques tubercules tout à fait typiques. Ici et là, au travers de ces différents foyers, on retrouve des îlots de fibres musculaires lisses traversées par des glandes tubulaires. Ces glandes, pour la plupart, sont tapissées de plusieurs couches de cellules cylindriques, du type rencontré dans les glandes utérines; elles sont en outre dilatées et tortueuses. Il n'est pas rare de les voir affecter une disposition en grappes, envoyant de-ci de-là des ramifications pourvues d'un revêtement épithélial unique. Dans les couches musculaires, on remarque une certaine quantité de tissu conjonctif, de même qu'une légère infiltration de cellules lymphoïdes. Les glandes existent partout dans le tissu nouveau, même à une distance de 2 cm. de la paroi utérine, et n'ont aucun rapport avec celles de la muqueuse. Il n'y a rien pour indiquer que ces glandes aient été la voie d'infection du processus tuberculeux.

Des coupes prises à trois différents niveaux de façon à passer chaque fois au travers de la paroi totale de l'utérus et dans les parties apparemment normales de sa substance, à un point opposé à la tumeur, ne donnent aucune trace de tuberculose. La muqueuse dans chaque coupe est normale. Des coupes du col sont aussi normales. Une coupe entière du canal utérin pratiquée au point de

constriction maxima ne révèle pas de tuberculose de la muqueuse. La lumière du canal est oblitérée par un petit bouchon de mucus, des leucocytes et des cellules en desquamation.

Trompe de Fallope droite : muqueuse entièrement détruite. La surface se compose de tissu granulaire chronique avec formation plus ou moins notable de tissu fibreux. Les cellules épithéolées ne sont pas en grand nombre et affectent une répartition diffuse. On ne décèle qu'un seul tubercule bien défini avec cellule géante typique. On trouve à part cela une ou deux zones fibreuses offrant l'apparence de tubercules anciens. Il y a quelques foyers de calcification. Dans les couches profondes de la tunique musculaire on isole des masses de cellules lymphoïdes et de pigment sanguin altéré, mais pas de tubercules.

Trompe de Fallope gauche, atrophiée, mais d'ailleurs n'offrant rien de particulier.

OVAIRES — fibreux et renfermant plusieurs kystes de petit volume, pas de trace de tuberculose.

Un examen soigneux du péritoine qui recouvre l'utérus, les trompes et les ovaires, ne décèle pas la moindre trace de tuberculose.

DIAGNOSTIC PATHOLOGIQUE.— Tuberculose d'un adénomyome de l'utérus. Tuberculose de la trompe de Fallope droite. Atrophie des trompes et des ovaires. Périmérite et pèrisalpingite fibreuse chronique.

REMARQUES.— Comme nous l'avons dit plus haut, la rareté très grande de telles observations nous a porté à rechercher dans la littérature l'existence des faits semblables, mais ni dans les traités classiques, ni dans les revues périodiques, que nous avons consultés, avons-nous pu relever aucun cas analogue.

Le cas qui s'en rapproche le plus est une observation suivie par Ch. Bole (du Loel) à la clinique gynécologique de Zurich et rapportée dans la *Gynecologia Helvetica*, 1903, p. 39. La *Revue de Gynécologie*, de Paris, 1904, p. 373, en donne le résumé suivant : Femme de cinquante ans, tuberculeuse héréditaire, réglée à treize ans ; les règles durent cinq jours, et sont profuses ; fleurs blanches. La malade, mariée deux fois, n'a jamais eu d'enfants.

En 1895, les règles augmentent de durée, et s'accompagnent de douleurs abdominales qui finissent par empêcher tout travail. La malade voit ses forces diminuer. En 1898, on diagnostiqua une tumeur de l'utérus.

ÉTAT ACTUEL : Vagin de dimensions moyennes, lisse, col dur, long de trois centimètres. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent

une tumeur du volume du poing, de consistance dure, et semblant adhérer d'une façon diffuse à la paroi utérine.

Utérus en antéflexion, du volume d'une tête d'enfant, mobile, légèrement douloureux à la pression. Le fond se trouve à quatre travers de doigt de la symphyse, les annexes ne purent être senties. Pas d'allumettes. Diagnostic: fibrome utérin.

LAPAROTOMIE. — Hystérectomie totale suivant la méthode de Heurdt. La tumeur s'élève sur du volume de deux poings. L'utérus sectionné met à nu une fibrome sous-muqueux intra pariétal de la partie inférieure. La tumeur se continue d'une façon diffuse avec la musculature de la partie supérieure. Les voies de nécrose, sont réservées pour un examen plus approfondi qui démontre qu'il s'agit d'une infiltration tuberculeuse de l'utérus.

L'examen macroscopique démontre qu'il s'agit en effet d'un cas rare de fibrome associé à une tuberculose utéro-tubaire ascendante.

Il est curieux de remarquer que le cancer est indemne...

L'étiologie ne peut être trouvée.

Une seconde observation, qui offre beaucoup de ressemblance, a été présentée à la "Société Clinique de Londres" le 27 janvier 1905, sous le titre de *Tuberculose du corps de l'utérus*. Cette observation est consignée dans la "Presse Médicale" du 18 février 1905, p. 110, et dans la "Revue de Gynécologie" 1905, p. 531. Voici l'analyse qu'en donne C. Jarvis dans la Presse médicale.

M. Bland-Sutton apporte un utérus présentant des lésions tuberculeuses, probablement primitives, au niveau du corps. L'organe avait été enlevé dans sa totalité par la voie abdominale chez une femme de quarante six ans qui présentait des hémorragies depuis deux ans. A l'ouverture de l'utérus, on trouva, implantée sur la partie antérieure, une tumeur, non encapsulée, arrondie et sessile. Sur une coupe, on voit des zones de caséification dans lesquelles on a décelé la présence de bacilles de Koch.

Un autre cas est signalé dans la "Presse Médicale" du 17 juin 1905, p. 383, mais les détails manquent. Voici la courte mention qui en est faite.

A la *Société de Chirurgie* du 14 juin 1905: Tuberculose utérine (gomme de la face postérieure). M. Reynier présente la pièce obtenue par l'opération (hystérectomie vaginale).

Comme on s'en rend facilement compte, ces deux dernières observations ressemblent en quelque façon à la nôtre, mais elles sont loin de lui être analogues. Dans l'une la tumeur est sessile,

non encapsulée, implantée : dans l'autre on en parle comme d'une gomme. Les deux paraissent avoir tiré leur origine de la membrane muqueuse et faire saillie sur la surface interne de l'organe. Ni l'une ni l'autre ne sont interstitielles. Évidemment ces deux observations diffèrent de la nôtre. La première elle-même ne lui est pas identique. Ici, en effet le fibrome est bien interstitiel, mais il est simplement et comme par hasard associé à une tuberculose utéro-tubaire ascendante. Rien ne dit qu'il est lui-même affecté de tuberculose, la muqueuse seule paraît l'être. Et cette conclusion semble s'imposer davantage si l'on s'arrête à remarquer sur quels tissus ont porté les recherches histologiques : "les parties superficielles, en voie de nécrose."

Kelly, dans son "Operative Gynecology," ouvrage aujourd'hui classique pour tout médecin américain, parle brièvement à la page 381, Vol. II, de la tuberculose de l'endomètre, laquelle il considère excessivement rare comme complication des gros utérus myomatoux. Lui-même n'en avait rencontré qu'un cas, et dans ce cas unique la maladie s'était propagée aux deux trompes.

De ces quelques comparaisons on semble donc en droit de conclure que notre observation n'est pas loin d'être un cas unique.

Il est un dernier point qu'il convient de ne pas négliger.

C'est la *mode d'infection*. Comment se fait la transmission de la tuberculose au parenchyme utérin ?

D'abord, il est admis que "la tuberculose peut être multiple chez le même sujet, et que des tuberculoses locales, en apparence autonomes, seraient en réalité presque toujours une évolution parallèle" (MM. Pierry et Arbez, Presse Médicale, 1905, p. 613). On ne peut dire qu'il en ait été ainsi dans notre observation, le développement successif des deux processus tuberculeux s'y étant accompli pour ainsi dire sous nos yeux.

Au point de vue de la pathogénie des lésions locales, il semble raisonnable d'admettre que l'adénomyome a constitué la lésion primitive et que l'infection tuberculeuse s'est faite secondairement. Mais comment cette infection s'est-elle produite ? En d'autres termes dans ce cas-ci, comment l'infection s'est-elle propagée du foyer pulmonaire primitif ? Ou en élargissant le cadre, comment en général se produit l'infection tuberculeuse de la sphère génitale ?

Sur ce chapitre, cinq théories principales semblent avoir cours.

1^o L'inoculation directe ou par contact (Tédenat, Presse Médicale, 1905, p. 645 ; Schakoff, Revue de Gynécologie, 1905, p. 355).

2° La voie de contiguïté ou simple transport de voisinage (Prüsmann, Archiv. f. Gynaek., 1903, Bd 68, II, 3).

3° La voie digestive ou voie péritonéale (Duret, Presse Médicale, 1905, p. 615).

4° La voie lymphatique (Tédénat, loc. cit.).

5° La voie sanguine (S. Gottschalk, Archiv. f. Gynäk., 1903, No 70).

D'après l'histoire clinique de notre observation, de même qu'en s'appuyant sur les apparences générales de la cavité du péritoine au moment de l'opération — en effet, au cours de la laparotomie, en dépit des adhérences fort étendues, l'absence de toute péritonite bacillaire a pu être constatée, aussi bien que l'absence de toute tuberculose viscérale appréciable, au moins *de visu* — il semble permis de soutenir que la propagation des lésions du poulmon au tissu utérin s'est faite par la *voie sanguine*, et par cette même voie à la seule trompe atteinte. Il est certainement digne de remarque que ni l'autre trompe ni les ovaires ne se trouvèrent impliqués.

Dans cette disposition à incriminer la voie sanguine, on trouve un fort appui dans les conclusions auxquelles s'arrête M. Schakoff dans sa thèse de Genève intitulée "Contributions à la connaissance de la tuberculose des organes génitaux de la femme", et publiée dans la Gynäk. Helvet., 1901, p. 139. Voici quelques-unes de ses conclusions :

La tuberculose génitale chez la femme est une affection relativement rare.

Elle est ordinairement secondaire le plus souvent à une tuberculose floride ou latente des poulmons ou des ganglions péri-bronchiques, plus rarement à une tuberculose intestinale.

La tuberculose génitale se propage en général par voie sanguine, à l'exception de la tuberculose vaginale qui peut provenir d'une inoculation par contact.

La péritonite tuberculeuse se montre fréquemment au cours de la tuberculose génitale, particulièrement après la salpingite tuberculeuse.

Toutes les parties du tractus génital peuvent être atteintes; la trompe est prise le plus fréquemment, le vagin le plus rarement.

Ces inoculations se font par voie sanguine; de là l'utérus ou l'ovaire peuvent s'infecter par contiguïté.

En général l'utérus est infecté par contagion descendante; il peut cependant l'être d'une façon primitive; une maladie préexistante ou l'état puerpéral peuvent être des causes prédisposantes.

La tuberculose atteint rarement le col utérin.

La tuberculose ovarienne est presque toujours secondaire à une tuberculose des trompes, du péritoine ou du rectum; la propagation se fait par contiguïté et par voie d'adhérence. On peut cependant trouver dans l'ovaire des foyers isolés sans lésions du voisinage, qui se sont alors établis par voie sanguine.

De ces différentes conclusions de Schakoff, les deux points de valeur pratique pour nous sont les suivants :

Que " la tuberculose génitale chez la femme est ordinairement secondaire le plus souvent à la tuberculose pulmonaire", et

Que " dans la tuberculose de l'utérus ou de l'ovaire, quand les lésions tuberculeuses existent à l'état de foyers isolés sans lésions du voisinage, l'inoculation s'est faite par la voie sanguine".

Qu'il en soit ainsi semble indiqué par l'absence de tuberculose non-seulement de la muqueuse de la cavité utérine en général, mais aussi de celle qui formait le revêtement de la tumeur elle-même. Il se peut que des obstacles apportés à l'irrigation sanguine de la tumeur y aient provoqué un état de dégénérescence ou de néerose qui a fini par établir un *locus minoris resistencie*, créant du coup un terrain éminemment favorable pour la fixation des bacilles de Koch en circulation dans le courant sanguin.

TUBERCULOSE

Par le Dr Albert Laurendeau, de Saint-Gabriel de Brandon.

Je n'ai rien à ajouter, rien à dire sur la tuberculose dans son étiologie, dans ses diverses modalités, de même que son traitement pathologique : ces divers aspects de cette question ont été épuisés par Messieurs les Rapporteurs, et par ceux qui m'ont précédé dans cette discussion.

Il est, je crois, admis sans conteste, qu'actuellement, nous n'avons aucun spécifique à opposer au bacille de Koch, sauf le sérum de Marmorek, que les esprits sérieux ne prennent guère au sérieux, et l'espoir un peu nuageux que Behring a mis au cœur de ceux qui ont foi en lui.

Puisque nous sommes à peu près désarmés contre ce microbe que l'on pourrait qualifier d'ennemi social, devons-nous en face de ce danger nous croiser les bras et répéter, avec le prophète d'Allah : " C'était écrit ! " Il y a, Messieurs, des retraites aussi glorieuses que des victoires. Puisque nous ne pouvons faire face à cet ennemi, eh bien ! isolons-le, tournons lui les talons et fuyons.

Il est singulier que les lois de notre province imposent l'isolement, la quarantaine aux personnes atteintes de maladies légères, quasi-inoffensives et presque inévitables, comme par exemple la rougeole, et permettent aux tuberculeux, même aux périodes ultimes de l'affection de disséminer des milliards de microbes dans les habitations, dans les voitures de transport, dans les églises, les théâtres, les lieux publics, les rues, etc.

Je crois donc que dans l'état actuel de la science, tous nos moyens d'action doivent se concentrer sur la prophylaxie de la tuberculose, et que cette prophylaxie ne sera effective qu'en autant que l'on pourra rigoureusement isoler les malades dont les lésions sont ouvertes : c'est-à-dire ceux qui sèment des bacilles aux quatre vents de l'horizon; il y a là, Messieurs, une lacune, je dirais presque une imprévoyance coupable de nos lois hygiéniques, qu'il appartient à notre Congrès de signaler à nos législateurs, et de révéler au public.

Et les dangers de contagion sont si éminents, si graves, et si difficiles à éviter, qu'il faudrait à mon sens user de méthodes radicales pour secouer le joug de cette peste qui étreint l'humanité.

Je dirai au début de ce Congrès les propositions que je soumettrai à l'issue de nos délibérations, afin que chaque membre ait le temps d'y réfléchir et d'y ajouter quelques modifications, s'il y a lieu.

Je voudrais que chaque district, ou du moins chaque section du pays, prenne à sa charge la construction et l'entretien d'un hôpital d'isolement pour les tuberculeux à lésions ouvertes.

Je voudrais qu'un bactériologiste compétent fût attaché à chacun de ces hôpitaux muni d'un bon laboratoire, où nous pourrions envoyer les crachats, les liquides d'épanchement, les biopsies de nos tuberculeux, et faire faire gratuitement les examens de ces produits.

Je voudrais, enfin, que tous les tuberculeux qui extériorisent leurs bacilles, fussent enfermés d'urgence dans ces hôpitaux, et que leurs résidences, effets, meubles, etc., fussent désinfectés rigoureusement.

Je sais, Messieurs, que notre province, notre race n'a pas la réputation de tenir la tête dans le domaine de l'hygiène; je crois que nous avons là une belle occasion de rompre avec la routine qui nous a créé cette réputation.

Je suis de ceux qui croient qu'il ne faut pas tergiverser avec cette hydre devant laquelle pâlirait celle de Lerne. Et du reste, si d'une part on supputait la somme des ruines accumulées par la tuberculose, et d'autre part, la dépense qu'occasionneraient la création et l'entretien de tels hôpitaux d'isolement, il y aurait encore un énorme profit à la réalisation de ce projet.

Et de cette façon, se trouveraient conciliés les intérêts financiers, et ceux plus importants d'ordre hygiénique et humanitaire.

DEUXIÈME JOUR

Séance consacrée à l'Hygiène Infantile

HYGIÈNE DE LA SECONDE ENFANCE

Par le Dr J. E. DURÉ

Docteur en médecine de l'Université de Paris, agrégé à l'Université Laval,
médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal. Rapporteur.

Mon intention est de tracer rapidement les règles de l'hygiène de l'enfant âgé de sept ans et plus.

1^o L'enfant dans sa famille.

2^o L'enfant à l'école.

L'ENFANT DANS SA FAMILLE.

Logement: — Une des premières choses qui doivent nous arrêter, c'est l'habitation. Chez l'ouvrier de la ville aussi bien que chez le cultivateur de nos campagnes le logis se compose d'une grande cuisine qui sert d'habitude de salle à manger, de quelques petites chambres à coucher et d'un salon généralement aussi grand qu'inutile. Toute la famille est souvent parquée pour la nuit dans ces petites chambres mal éclairées et mal ventilées.

J'ai vu une mère de famille et ses trois grandes filles passer la nuit dans une petite chambre avec fenêtre close, alors qu'elles avaient un boudoir et un salon inoccupés. Un autre client passait la nuit avec sa femme et deux enfants dans une petite pièce, tandis que la servante couchait à côté dans une chambre noire avec deux autres bébés, alors qu'ils auraient pu se partager en plus un salon et un boudoir. Ce sont là deux exemples entre mille, qui montre de quel côté nous devons diriger nos efforts. J'ai réussi non sans peine, chez ces deux clients à répartir la famille un peu dans toutes les pièces pour le repos de la nuit.

L'industrie fabrique aujourd'hui des sofa-lits, des lits-armoire, des lits-bibliothèque qui ne déparent pas un salon ni un boudoir et qui répondent aux exigences de l'hygiène.

En outre, les maisons modernes se comportent plus ces vastes cheminées qui ornaient presque toutes les pièces des anciennes demeures. Ces cheminées formaient autant de bouches de ventilation et il est malheureux que les logements modernes n'en aient pas. La simple vue d'une photographie prise d'une ville, permet, à coup sûr, de dire qu'il s'agit d'une ville Européenne ou Américaine. En effet, nous savons avec quelle profusion les cheminées garnissent le toit des maisons françaises, par exemple; alors que nos édifices à plusieurs étages n'en ont que deux.

Si nous avions l'appui des architectes, nous pourrions avant longtemps voir les constructions devenir mieux ventilées; qu'ils reviennent aux anciennes pièces de cheminées en attendant mieux. De notre côté, il faut nous efforcer d'apprendre aux parents à utiliser, pour la nuit au moins, toutes les pièces de leur logement. Devenons les apôtres des fenêtres ouvertes, pour l'été et obtenons pour l'hiver, l'installation d'un carreau mobile.

Vêtement : Je ne disenterai pas la question de savoir si la laine vaut mieux que la toile dans les vêtements de dessous pour les enfants. Il y a des arguments en faveur ou contre l'une et l'autre. Je crois, tout de même, qu'avec nos hivers rigoureux, la laine est encore supérieure.

Ce qui m'a toujours frappé dans le costume des enfants pour l'hiver, c'est qu'on accumule trop de fourrures, cache-nez de toutes sortes autour de leur cou et de leur tête, alors que les membres inférieurs ne sont pas suffisamment protégés. Je voudrais qu'on en mette moins en haut et plus en bas.

Alimentation : L'observateur remarque bien vite que nos enfants mangent trop et presque toujours des aliments qui devraient leur être défendus.

En effet, s'il n'est pas rare de rencontrer des bébés d'un an qui mangent de tout, c'est-à-dire comme le reste de la famille. Il est difficile de trouver des enfants de sept ans et plus qui ne mangent pas force charcuterie, qui ne boivent pas du thé ou du café, etc., etc. Il est temps, je crois, que le médecin réagisse contre cette tendance regrettable. Cette nourriture qui convient au bûcheron ou au manœuvre est la cause de bien des maladies chez l'enfant. Il faudrait remplacer les viandes de charcuterie, le thé, café, etc., par des viandes fraîches faciles à digérer, du lait, des œufs, etc.

Inutile d'ajouter que les enfants qui se nourrissent en partie de bombons et de gâteaux, ne sont le plus souvent, que des étiolés et des petits malades pour plus tard.

Sommeil : — A la campagne, les enfants comme les parents d'ailleurs, se couchent de bonne heure, mais dans nos villes, les familles veillent tard et les enfants s'amusent dans les rues jusqu'à une heure avancée le soir. Les médecins devraient engager les parents à mettre ces petits enfants au lit avant huit ou neuf heures. Le sommeil est un grand réparateur, un fortifiant puissant et les enfants devraient reposer au lit au moins huit à dix heures.

Amusements : — L'enfant à la campagne trouve facilement pour s'amuser de grands espaces remplis de verdure et de bon air, c'est tout un problème que d'amuser les enfants des villes. Il faudrait des parcs ou des lieux d'amusement dans tous les quartiers populeux, et c'est précisément ce qui manque. Les petits écoliers n'ont pour jouer que le trottoir et la rue, c'est-à-dire qu'ils jouent dans la poussière lorsqu'ils ne barbotent pas dans une boue malpropre. Les médecins, ceux des villes naturellement, devraient sans plus tarder engager les autorités municipales à s'intéresser au sort de ces pauvres petits.

Bain et toilette : — La propreté est une vertu et c'est un médecin qu'incombe le devoir d'en enseigner les lois chez ses clients. Les enfants devraient être baignés tous les jours ou tous les deux jours ils devraient être habitués au nettoyage de leur dents, à l'entretien de leurs cheveux, etc.

Le bain doit-il être donné froid ou chaud ? Le bain de toilette, celui qui est accompagné d'un savonnage doit être tiède. Il est excellent de le faire suivre d'une lotion froide ou d'un plongeon froid.

L'ENFANT A L'ÉCOLE.

D'autres rapporteurs doivent vous entretenir sur la nécessité de l'inspection médicale des écoles, du problème de la ventilation des classes etc., etc. Je ne m'attarderai donc pas sur ce sujet. Je m'occuperai des heures de travail, de la récréation et de l'enseignement de l'hygiène aux élèves des écoles et des pensionnats.

Heures de travail : — Je voudrais voir entre les mains de nos éducateurs, un livre de Marcel Prévost, intitulé "Lettres à Françoise." Dans ces lettres, l'auteur si connu nous fait voir avec beaucoup d'esprit le ridicule des longues heures de classe que subissent encore les élèves de nos écoles et de nos pensionnats. Dans les écoles, les élèves arrivent en classe à huit heures et n'en sortent que pour aller dîner à 11½ hrs a. m. Ils y retournent à une heure pour y rester jusqu'à quatre heures. Dans plusieurs institutions, les élèves continuent de travailler jusqu'à six hrs. Dans nos pensionnats, le lever a lieu à six heures et même plus à bonne heure. Les élèves

passent la presque totalité de leurs journées en classe et à la salle d'étude. À l'école comme au pensionnat, il n'y a pas assez d'heures de récréation, l'esprit de l'élève est trop tendu par l'effort constant qu'il doit faire pour suivre l'enseignement de ses maîtres. C'est contre ces habitudes routinières, que Marcel Prévost fulmine, et il se fait avec raison le champion des pauvres élèves en réclamant pour eux moins d'heures de classe et plus de récréation. Pourquoi pas, en effet, laisser les élèves pensionnaires à leur sommeil une heure de plus le matin ; pourquoi ne pas couper par une heure de récréation les classes de l'avant midi et de l'après-midi. Les enfants seraient moins fatigués et prendraient plus de goût à leurs études.

Bain :— Je voudrais voir une salle de bain ou au moins une salle de douche dans tous nos pensionnats. Les élèves se familiariseraient avec l'idée de se baigner et de se laver fréquemment.

Dortoir :— L'attention des directeurs de nos pensionnats devrait être attirée sur l'importance de ne pas encombrer et surtout de bien ventiler les dortoirs de leurs institutions.

Enseignement de l'hygiène aux élèves des écoles et des pensionnats : Plusieurs pensionnats ont déjà des professeurs d'hygiène. Il faut espérer que cet exemple sera bientôt suivi par toutes nos maisons d'éducation. Le médecin de ces institutions peut facilement s'acquitter de cette tâche.

Pour les écoles de nos villes, les médecins inspecteurs, quand ils seront nommés, deviendront des professeurs excellents et j'espère que les commissions scolaires sauront les charger de cette partie de l'enseignement.

Puisque l'occasion se présente à nouveau, je tiens à répéter ici que les élèves ne devraient être admis au commencement de l'année scolaire qu'avec un certificat de santé : De même les professeurs devraient être forcés d'obtenir chaque année un certificat de leur médecin. Cette coutume si simple deviendrait un de nos meilleurs moyens de lutte contre la tuberculose.

En terminant cette communication, que l'on me permette de proposer à notre Association, un moyen de travailler plus pratiquement à la propagation des choses de l'hygiène dans notre population.

La société médicale des Trois-Rivières vient de nous donner un exemple admirable que nous devrions suivre.

Sous l'inspiration de son président, M. le Dr Panneton, cette société a publié une petite carte de conseils d'hygiène pratique aux jeunes mères. Cette carte est adressée à tous ceux qui en font la de-

mande. Elle a été placée dans les baptistères des églises et, sur la demande de l'évêque des Trois-Rivières, les curés les distribuent aux parents après chaque baptême.

M. le Dr Pameton a publié en plus, un petit catéchisme d'hygiène qu'il dédie aux jeunes mères.

Notre confrère a entassé dans ces quelques pages d'un style très simple toutes les choses d'hygiène qu'il n'est pas permis d'ignorer.

Ce que la société des Trois-Rivières vient d'accomplir dans son district, notre Association pourrait le faire dans tout le pays. Notre association pourrait adopter le même moyen de lutte contre la tuberculose, contre l'alcoolisme contre tous les gros péchés dont notre pays est coupable envers l'hygiène.

Pourquoi n'aurions-nous pas un comité permanent, composé de plusieurs membres des villes et des campagnes, et qui serait chargé de composer et de publier par tout le pays des cartes, feuillets, livrets, etc.

Par exemple, pourquoi notre association ne distribuerait-elle pas à tous les médecins et les curés de notre province au moins, la carte et le livret de la société médicale des Trois-Rivières.

Pourquoi ne ferions-nous pas la guerre à l'alcoolisme et ne préferions-nous pas notre assistance au clergé par la publication de feuilles volantes, livrets, etc., faisant voir au public toute l'étendue de cette plaie qui déshonore notre population.

Pourquoi ne pas faire la lutte à la tuberculose avec les mêmes moyens que la ligue anti-tuberculeuse de Montréal entre autres. C'est-à-dire, par des feuilles volantes, livrets, etc.

Pourquoi ne pas distribuer dans nos campagnes des instructions sur l'hygiène de l'étable, des beurriers, etc., etc.

Pourquoi à tous ces moyens si utiles, n'ajouterions-nous pas des conférences faites dans plusieurs endroits par des médecins de bonne volonté.

Toute cette organisation ne coûterait pas cher, mais demanderait beaucoup d'énergie et de bonne volonté. L'impression des feuilles volantes pourrait être payée à même le surplus habituel de la caisse du trésorier après chaque convention. Le comité permanent trouvera facilement des confrères qui fourniraient gracieusement la matière à imprimer.

Si nous voulons montrer que notre association possède de la vitalité et que son but est d'être utile, adoptons ce mode de vulgarisation que vient d'illustrer si avantageusement la société médicale des Trois-Rivières.

HYGIÈNE INFANTILE

Par le Dr H. HERVIEUX.

Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie à l'Université Laval,
médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal. Co-rapporteur

Le Docteur J. E. Dubé de Montréal, rapporteur général de la question de l'hygiène infantile, ayant pris pour sujet de son rapport, l'hygiène de l'enfant âgé de sept ans et plus, je me bornerai à quelques considérations ayant trait à l'hygiène de l'enfant au-dessous de sept ans.

Je traiterai ce sujet en trois parties :

I. Hygiène de l'enfant, par la mère, pendant sa vie intra-utérine.

II. Hygiène du nourrisson.

III. Hygiène de l'enfant jusqu'à l'âge de son entrée à l'école.

* * *

La natalité au Canada, dans la Province de Québec surtout, est très élevée. Voilà une proposition qu'il serait peut-être assez difficile de prouver catégoriquement, par des statistiques qui n'existent pas, mais tous les Bas-Canadiens peuvent se fier à témoigner de la vérité de mon assertion. Les étrangers n'ont qu'à se promener à travers la Province pour se rendre compte de la fécondité extraordinaire de la femme canadienne-française. Des familles de six à douze enfants sont la règle ordinaire, très souvent l'on rencontre douze enfants et plus sous le même toit ; au-dessous de six enfants se trouvent plutôt rarement et je crois que l'on pourra compter au tant de familles qui ont dix-huit, vingt enfants et au-delà que de familles canadiennes-françaises qui n'ont que deux ou trois petits.

La natalité dans la Province de Québec n'est donc pas en faute si la population n'augmente pas dans les limites du possible. C'est la mortalité, qui est indéniablement très élevée, qu'il faut accuser, car c'est elle qui met obstacle à notre rapide accroissement.

Les statistiques municipales nous donnent comme moyenne de la mortalité chez les enfants au-dessous de cinq ans, 56,31 par cent pour l'année 1905.

Si l'on donne à la première année, comme cela lui revient sans le moindre doute, la grosse part de ce terrible pourcentage. On peut imaginer quelle économie de vies l'on pourrait faire par une hygiène sérieuse, la natalité restant la même.

Je suggère comme encouragement, non plus à procréer, mais à élever des enfants, le rappel de la loi Mercier, octroyant un certain nombre d'acres de terre meuble à tous les pères de douze enfants, et la création d'une loi accordant une pension viagère aux vieux parents qui ont trimmé dur tout leur vie pour donner à leur pays six, huit ou douze canadiens ou canadiennes forts et bien portants qui ne demandent qu'à suivre l'exemple de leurs parents. Voilà un bon moyen d'augmenter le chiffre de la population et de rendre celle-ci vigoureuse.

Le gouvernement devrait peut-être aussi défendre aux compagnies d'assurance de prendre des risques sur la vie des nouveaux-nés et ne jamais permettre à quelqu'un d'assurer la vie d'une tierce personne, sans le consentement de cette dernière. Tous les médecins qui sont trop souvent appelés auprès de petits moribonds en vue du certificat de décès, saisiront parfaitement la portée de ma pensée et trouveront que j'ai raison d'exprimer ce vœu.

Comme conclusion préliminaire, nous pourrions dire

I. La meilleur moyen d'augmenter la population, c'est pas tant d'augmenter la natalité qui est très élevée au Canada, mais c'est de réduire la mortalité infantile.

* * *

Les enfants meurent en grand nombre dans la première année de naissance, et souvent, ils sont fatalement voués à la mort par leur débilité congénitale. Quelque soient l'intelligence et le dévouement de la mère, l'enfant qui naît débile, ne se développe pas ou se développe mal et la moindre faute contre l'hygiène, la cause la plus futile le tuera en dépit de la sollicitude maternelle.

Les convalesces artificielles peuvent rendre des services dans certains cas spéciaux, mais ne seront jamais un moyen national de développement de la population d'un pays.

Les enfants forts, ayant atteint un développement intra-utérin parfait, résistent mieux et vivent souvent malgré le milieu dénué d'aisance et d'hygiène où ils naissent; ce qui nous autorise à tirer la conclusion suivante:

II. Plus les enfants sont forts et bien constitués, à la naissance, et plus ils ont de chances d'échapper à la statistique de mortalité à l'état de la première année de l'existence.

Les effets du repos et de l'hygiène sur le développement du fœtus sont faciles à constater, bien qu'ils doivent nécessairement varier et être en rapport direct avec le genre du repos et l'excellence des pratiques d'hygiène.

Pinard, éliminant les cas pathologiques, nous fournit un tableau comparatif du poids de quinze cents (1500) enfants nés, soit au refuge de l'avenue du Maine, soit au dortoir de la Clinique de Bandeloque.

Cinq cents femmes avant le jour de leur accouchement ont donné

Poids d'enfants, 1,505,000 grammes; par enfant, 3,010

Cinq cents femmes avant le jour de leur accouchement ont donné

Poids d'enfants, 1,015,000 grammes; par enfant, 2,030 grammes; 100,000 grammes en plus.

Cinq cents femmes avant le jour de leur accouchement ont donné

Poids d'enfants, 1,683,000 grammes; par enfant, 3,366 grammes; 100,000 grammes en plus.

Ces chiffres établissent indubitablement l'influence heureuse du repos et de l'hygiène sur le développement intra-utérin de l'enfant et nous autorisent à établir la conclusion suivante:

III. — Les possibilités de l'hygiène et de l'alimentation pendant la grossesse.

Si les femmes qui travaillent jusqu'au moment de leur accouchement donnent les enfants de poids moyen, est-ce qu'elles ne souffrent pas, le fœtus souffre de cette activité, car le placenta souffre également à cette période abrégée de la vie intra-utérine?

Cela nous est difficile à établir, car nous ne pouvons pas mesurer la durée de temps que s'est écoulée pendant la grossesse. Néanmoins, les causes d'erreur sont nombreuses et nous ne pouvons établir par des chiffres, une comparaison.

Chez mille (1000) femmes, le poids des enfants nés pendant la grossesse de 280 jours est de 1824 grammes, et pendant la grossesse de 270 jours est de 2790 grammes.

Pendant la grossesse de 280 jours est de	1824
Pendant la grossesse de 270 jours est de	2790
Autres jours = 270 jours est de	2000

de 1000) les femmes ayant souffert au refuge ou dans les hôpitaux pendant les temps qui s'est écoulés entre les dernières règles et l'accouchement, a été :

de 180 jours et plus..... 660 fois

de 170 à 180 214 "

de moins de 170 jours..... 126 "

Il est cloqué, un peu brutale, de ces chiffres, nous montre bien que le développement du fœtus n'est complet que si la grossesse se prolonge jusqu'à la maturité. Mais elle nous enseigne ce qu'il faut faire pour que la période de gestation ne soit pas troublée :

Les habilités de naissance et abstraction facile de la jeune femme, les maladies des précoces, sont réglées et elle le fait avant terme.

Le repos possible par un repos suffisant prescrit d'empêcher la mort.

La jeune femme française, règle générale ne change rien à sa vie antihygiénique, qu'elle devient enceinte.

Quand je dis : elle ne change rien à sa vie antihygiénique, ce n'est pas par esprit de dénigrement. La canadienne française est active, propre, d'habitudes sobres et régulières, mais tout cela elle l'est naturellement, parcequ'elle a grandi dans un milieu où ces vertus domestiques étaient en honneur.

Où donc aurait-elle pu apprendre les règles générales d'hygiène ?

Pas à l'école sûrement, ni à la maison où non-seulement l'on ne trouve pas cette science au programme, mais où souvent les pratiques les plus élémentaires d'hygiène manquent absolument.

Et l'hygiène spéciale à la grossesse, qui l'enseignera à la future mère ? Qui réglera sa diète de façon à lui éviter les infections ou la constipation ? Qui lui fera comprendre les méfaits de la compression par le corset, les effets nuisibles du surmenage, la répercussion dangereuse sur le produit de la conception d'une trop forte impression d'émotion, les dangers d'un coït trop violent à certaines périodes de la grossesse, l'action préjudiciale de la danse, des voyages en voiture ou en chemin de fer, etc. etc. ?

Inutile de penser à la mère de la jeune femme qui, par un trait de mœurs que je ne puis m'expliquer, non-seulement ne fait pas profiter sa fille de l'expérience que lui a donnée la maternité, mais s'abstient d'une façon absolue, de la renseigner sur les premières

fonctions génitales physiologiques de la jeune fille, la menstruation, et sur les devoirs qu'elle aura à remplir dans la vie.

C'est au médecin qu'incombe cette tâche pleine de responsabilités.

VI. Le médecin a le devoir absolu de ne pas répondre légèrement à la femme qui vient lui demander des conseils au commencement de sa grossesse. Il doit chaque fois que l'occasion s'en présente, prendre la direction hygiénique de la femme enceinte.

Les femmes vont assez volontiers consulter le médecin, lorsqu'elles souffrent de maux au cours de leur grossesse, ou bien quand déjà elles ont eu des complications ou des accidents à leurs accouchements antérieurs.

Ce n'est qu'exceptionnellement, et pour des raisons spéciales, qu'il arrivera à la femme de penser à son enfant dans ces consultations. Il appartient donc au médecin, de s'enquérir des habitudes de sa cliente et de voir si le développement du fœtus peut en souffrir.

VII. Les prescriptions d'hygiène ne doivent pas seulement tendre à faire disparaître les maux de la gestation et à préparer un accouchement heureux, mais elles doivent de plus favoriser le parfait développement du fœtus.

* * *

La première maladie qui menace le nouveau-né, c'est l'ophtalmie purulente et ses conséquences si terribles : les infirmités définitives, si fréquentes, de la vue qui peuvent aller jusqu'à la cécité complète.

Y a-t-il un moyen pratique et sûr de faire, à l'accouchement, le diagnostic d'une infection gonococcique chez la femme ?

Je n'en connais pas, et le mieux, c'est encore, de faire, avant la délivrance, une désinfection soignée des voies génitales de la mère et de, toujours et dans chaque cas, doter à l'enfant des soins faciles, à la portée de tous et qui le mettront sûrement à l'abri de l'infection gonococcique et de l'ophtalmie purulente, sans lui faire courir le moindre danger.

À la naissance de l'enfant, l'on doit, sans tarder, lui faire un lavage soigné des yeux : paupières, commissures, points lacrymaux, avec de l'eau bouillie tiède ou une solution boriquée tiède. Après lavage, l'on sèchera au moyen de coton absorbant ou d'un linge propre. L'on instillera ensuite, dans le coin de l'œil, quelques gouttes de jus de citron, prenant le soin d'entr'ouvrir les paupières pour que l'œil et les conjonctives en soient baignés, puis l'on asséchera une dernière fois.

Ce procédé, si simple, est un excellent moyen de prophylaxie et à part les cas d'infection aigüe d'une virulence très grande chez la mère, l'on peut assurer qu'il suffit à protéger contre l'ophthalmie des nouveaux-nés.

D'autre part, cette intervention étant d'une innocuité parfaite, il n'y a pas lieu de craindre de l'employer et l'on peut, en toute sûreté, tirer la conclusion suivante :

VIII. L'ophthalmie des nouveaux-nés est une affection qui ne doit pas exister. Il est facile à tout médecin accoucheur de prévenir son apparition. Celui qui néglige ces pratiques si simples de prophylaxie est criminellement responsable des infirmités qui peuvent en résulter.

L'enfant naissant doit être placé dans un milieu où les règles générales d'hygiène sont strictement observées. Sa croissance ne sera normale qu'en autant que cette prescription sera fidèlement suivie.

Si l'enfant passe les premiers mois, les premières années de son existence dans un taudis infecté, mal chauffé, mal éclairé, mal ventilé, il est évident qu'il s'étiolera et sera plus exposé à prendre les maladies du premier âge, à cause de son état de faiblesse.

Le préjugé qui veut que pauvreté soit synonyme de santé tombera devant une observation plus juste des faits. La pauvreté n'est pas un état incompatible avec la santé, mais la pauvreté anti-hygiénique, la misère exclut l'idée de force et de santé.

Les vêtements doivent être amples et suffisants à protéger contre les refroidissements, sans cependant gêner la respiration non plus que l'action de l'estomac. La bande de corps serrée est aussi malfaisante à l'enfant que le corset à la femme. Elle nuit à la digestion, s'oppose à la croissance des muscles du tronc et peut même produire des atrophies définitives.

IX. Les règles générales d'hygiène s'appliquant à l'habitation (chaleur, lumière, ventilation, etc.), à la personne (bains, vêtements, etc.), sont aussi nécessaires à la croissance du nouveau-né qu'à la santé de l'adulte.

Quand à la diète du nouveau-né elle est toute trouvée et ne doit pas être cherchée en dehors de la mère. La nature le veut ainsi, du reste, ayant donné à la femme les organes de la lactation.

"Toute mère doit allaiter son enfant. Ce qu'il faut au nouveau-né et au nourrisson, c'est le lait de sa propre mère." (Marfan).

"Quelle que soit sa situation sociale, toute femme qui ne présente pas de tare pathologique est presque toujours une nourrice suffisante." (Le page).

“ Les femmes qui n'allaitent pas, à part quelques rares exceptions, ne le veulent pas, on ne le peuvent pas par situation sociale.” (Pinard).

Le lait de la mère, convient naturellement à l'enfant par les proportions des matières premières qui le composent, parce qu'il est pris directement dans la glande qui le secrète et passe dans l'estomac sans temps d'arrêt et sans contact étrangers qui permette une fermentation pathogène et cause une viciation fatale de l'aliment.

Peut-on rêver une alimentation plus parfaite? Est l'assurance d'un développement normal, d'une belle santé chez son nourrisson n'est-elle pas suffisante pour payer la mère des sacrifices que lui impose l'allaitement?

X. L'enfant doit être nourri au sein de la mère.

Dans les cas exceptionnels, où la mère ne peut nourrir son enfant, elle peut toujours surveiller sa diète, voir elle-même à ce que les soins convenables soient donnés à son petit. Il n'est pas dans les habitudes des femmes de notre pays d'envoyer les enfants en bas âge en nourrice et de les confier à des bonnes qui ont plus ou moins de compétence, et qui ne sauraient montrer grand dévouement alors que la mère en a si peu.

Dans la classe pauvre, les enfants sont souvent mis en garde, dans des mains étrangères pendant que la mère va travailler en dehors. L'on ne saurait trop blâmer ces pratiques et à moins de force majeure.

XI. La mère qui ne peut pas allaiter son enfant doit au moins le garder avec elle. Il ne pourrait y avoir qu'une exception à cette règle absolue, c'est celle de la tuberculose ouverte chez la mère.

Il y a sur tous les marchés du monde, une foule de préparations alimentaires destinées au nourrisson. Aucune d'elles n'a les qualités naturelles du lait de vache. Mais la difficulté c'est d'obtenir ce dernier dans les conditions voulues de propreté et de composition. Le lait est de tous les aliments celui qui est le plus adultéré. Puis il y a des habitudes générales presque universelles de malpropreté chez ceux qui font la traite des vaches, qui souillent infailliblement le lait. La conservation et la distribution mauvaises achèvent de faire de cet aliment, qui devrait donner la force et la santé, un poison qui tue sûrement et rapidement le nourrisson.

Combien de fois n'avons nous pas eu l'expérience, d'enfant ville, malingres et chétifs, renaissant sous l'influence d'un simple déplacement à la campagne où le lait frais d'une vache saine opérant

la résurrection que le traitement le plus scientifique du médecin de ville n'avait pu opérer.

Il est difficile, je dirais même matériellement impossible, dans les conditions actuelles, d'obtenir en ville un lait pur et propre à l'alimentation du nourrisson. C'est la raison qui rend la stérilisation nécessaire et qui nous fait tirer la conclusion suivante :

XII. Le lait de vache, de bonne qualité, pur ou coupé (selon l'âge de l'enfant) et stérilisé d'après la méthode de Soxhlet, moins les bouchons en caoutchouc, constitue le meilleur mode d'administration artificielle du lait au nourrisson en ville, à la condition que ce lait ainsi stérilisé soit pris dans les deux ou trois jours qui suivent sa stérilisation.

Les procédés de stérilisation, bien que simples, exigent cependant des appareils spéciaux et certaines connaissances, faciles à employer dans les classes aisées et instruites; il ne reste pas moins avéré qu'il est bien difficile de généraliser cette méthode dans les classes pauvres et ignorantes, qui non-seulement saisissent mal les explications qu'on leur donne, mais ne comprennent pas l'importance d'une telle pratique.

Le moyen le plus simple est encore de fournir à cette fraction moins éclairée de la population un lait tout stérilisé, à un prix aussi bas que le lait ordinaire fourni par le vendeur de la rue.

XIII. L'établissement des "gouttes de lait" est le meilleur moyen connu pour la conservation de la santé et de la vie des bébés, dans les classes pauvres des villes.

Le lait stérilisé peut devenir le meilleur aliment, dans certains cas de faiblesse congénitale ou de maladie de la digestion chez le nourrisson.

Ce n'est pas tout d'avoir un aliment de toute première qualité, il faut de plus, pour que le nourrisson soit en bonne santé, et pour qu'il se développe de façon normale, que les repas soient fixés à des intervalles réguliers, et qu'ils soient ni trop peu, ni trop copieux.

Je crois qu'il est plus facile d'établir une règle de dosage et de régularité dans l'alimentation artificielle du nourrisson que dans l'allaitement maternel. La nourrice est toujours prête à donner le sein au bébé qui pleure, et ne s'inquiète guère de l'heure; ce qu'il faut c'est fermer la bouche de l'enfant, et ne plus entendre ses cris. La nuit, les mères vont plus loin : elles laissent l'enfant au sein, toute la nuit de peur de l'entendre crier et d'être forcées de se lever. Elles font ainsi subir à leur nourrisson une suralimentation, un gavage dommageable qui amène des troubles fonctionnels de la digestion, sans parler des fatigues inutiles qu'elles s'imposent à elles-mêmes.

Il faut laisser au nourrisson le temps de faire la digestion du repas ingéré avant de le forcer à lui en faire absorber un autre.

XV. Le dosage du lait et la régularité des repas sont des pratiques de toute première importance.

* * *

Le SEVRAGE. Il y a deux manières de faire le sevrage du nourrisson : d'un seul temps, ou alors de façon progressive et lente. La seconde manière est la meilleure. Le passage trop rapide du lait, nourriture absolument nécessaire et uniforme à une diète variée, peut faire naître des malaises, des digestions difficiles et quelquefois des maladies de l'estomac qui durent longtemps quand elles ne sont pas définitives.

Il faut donc opérer le sevrage de façon lente et graduée. C'est ainsi qu'au lait on peut d'abord ajouter des farineux, puis des potages, des légumes, pour en arriver étape par étape à la diète générale ordinaire.

Le sevrage se fait du neuvième au quinzième mois de la vie de l'enfant, sans cependant qu'il y ait de temps déterminé. Certaines mères n'allaitent pas du tout, on sèvre leur nourrisson au premier mois ; d'autres continuent l'allaitement aussi longtemps que possible, non pas dans l'intérêt de leur enfant, mais dans l'espoir d'éviter, par ce moyen, une grossesse nouvelle.

Plus l'enfant est jeune et plus le sevrage est difficile, et plus on doit procéder avec lenteur et douceur.

Dans tous les cas, on peut tirer sans crainte la conclusion suivante :

XVI. Le sevrage, période de transition, s'opère mieux graduellement et avec une très grande prudence. Le passage trop rapide de la diète liquide à une diète solide pourrait être le point de départ d'affections sérieuses de l'estomac.

* * *

Les enfants qui se développent, en acquérant de la force physique, prennent aussi plus de liberté. Ils sortent de la surveillance immédiate de la mère ou des parents, et sont laissés un peu plus à leur initiative personnelle. Souvent même, les parents un peu ennuyés de leur turbulence, préfèrent les envoyer jouer dehors, les petits garçons plus que les petites filles, et leur recommandent de ne rentrer que pour les repas.

C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir des petits revenir le soir, fourbus, rendus de fatigue, ayant déployé tout le jour une suractivité musculaire qui constitue un véritable surmenage physique.

D'autres fois ce sont les parents eux-mêmes qui surmènent leurs enfants sans trop s'en rendre compte. Les excursions du dimanche, les magasinages, les théâtres même où l'on voit des mères amener leur petits pour ne pas manquer une représentation, sont autant de causes de surmenage manifeste pour les enfants.

XVII. Les surmenages physiques sont très fréquents chez les jeunes enfants et les mettent en état de moindre résistance vis-à-vis des agents d'infection, (jeux, promenades des parents etc.)

Il y a un préjugé populaire qui veut que tous les enfants, sans exception, soient soumis à certaines infections et c'est ainsi que l'on entend souvent dire *qu'il faut* qu'un enfant ait la rougeole, la scarlatine, etc., et que le plus tôt, c'est le mieux.

Prena-t-on en considération le peu de notions d'hygiène que l'on trouve chez le public, les occupations de dissémination si nombreuses, il n'est pas surprenant que ce préjugé soit si fortement enraciné dans notre population.

Si l'on pratiquait l'isolement des contagieux de façon consciencieuse, non-seulement en empêchant la fréquentation du petit malade, mais en ne permettant pas aux gens de la maison d'aller colporter les germes de contagion dans les églises, dans les théâtres, dans les chemins de fer, dans tous les endroits publics, dans les rues, l'on trouverait vite qu'il est facile à un enfant d'éviter ces maladies du jeune âge.

XVIII. Les maladies contagieuses de l'enfance pourraient être évitées dans la très grande majorité des cas. Les grandes personnes sont le plus souvent les agents de contagion de ces maladies.

* * *

L'enfant a bon appétit : il a beaucoup d'activité, il a en outre besoin de matériaux nombreux qui aident à sa croissance ; d'autre part, son estomac est tout neuf, il est solide, n'ayant encore subi aucun des processus de dégénérescence, qui infailliblement s'établissent avec l'âge.

L'enfant mange donc beaucoup et digère bien, et cela est naturel et bon. Mais il doit y avoir une sage limite à cette suralimentation du jeune âge. Il n'est pas rare de voir des enfants de 2 à 7 ans faire des repas qui seraient trop copieux pour un adulte bon mangeur. Les parents trouvent cela drôle et prennent plaisir à exercer les capacités gastronomiques de leurs petits hommes, sans penser au mal qu'ils leur font.

XIX. Les repas trop copieux sont les fautes de diète les plus communes chez les enfants de 2 à 7 ans. Les maladies des organes de

la digestion chez l'adulte, trouvent souvent leur origine, dans les écarts de régime de la première enfance. Les jeux et la diète de l'enfant doivent être l'objet d'une surveillance attentive et intelligente de la part des parents.

DISCUSSION

Le Dr TRIBONLET (de Paris), pense que le Dr Dubé a bien fait de parler de l'hygiène des enfants depuis l'âge de 7 ans; on néglige trop souvent cet âge qui est exposé au surmenage de l'école. Cependant il faut faire attention à ce que les cours d'hygiène à l'école soient donnés par des gens qui possèdent une science médicale suffisante. Les sociétés qui s'occupent de l'hygiène de l'enfant feraient bien de s'affilier à la société française de l'hygiène des écoles, qui groupe ensemble les médecins, les professeurs et les familles.

Le Dr Tribonlet parle aussi des désordres gastriques qu'on rencontre si souvent chez les enfants des familles à l'aise. L'enfant devient de plus en plus intolérant pour le lait maternel. On est forcé dans ces cas, de se servir de l'allaitement mixte, ce qui conduit souvent à la maladie de Barlow. Cessez alors le lait, et remplacez-le par le régime des bouillons de légumes.

L'HYGIÈNE SCOLAIRE

UN POINT DE VUE DE LA PROPHYLAXIE.

Par le Dr ALBERT CHEVRIER,

III, Ontario.

Si nous abandonnons un instant la discipline classique des microbes et considérons dans le monde de la contagion, non plus les agents; mais plutôt les victimes de la contagion, nous nous trouvons en présence de trois catégories de sujets :

1° Les sujets "contagieux" proprement dits; c'est-à-dire ceux qui sont atteints d'une vraie maladie contagieuse.

2° Les sujets "contaminés", ou ceux qui sont en état de développer une maladie contagieuse ayant été exposés à l'infection soit par contact direct ou indirect, soit par l'eau ou les aliments.

3° Les sujets "non contaminés" mais susceptibles de le devenir.

Nous constatons avec orgueil le glorieux progrès de la médecine préventive depuis les simples mesures d'isolement jusqu'aux retentissantes découvertes du vaccin et des sérums à immunité active ou passive, jusqu'aux héroïques labeurs de ces travailleurs infatigables qui ont entrepris courageusement la lutte contre la tuberculose. Nos frères d'outremer, dont les représentants distingués honorent ce congrès de leur présence si appréciée, soutiennent l'honneur du nom français dans le monde des arts et des sciences, et, n'en doutons pas, la France nous donnera un jour le Pasteur de la Peste Blanche.

Cependant, malgré tous les travaux accomplis jusqu'à nos jours pourrions-nous faire remarquer qu'un grand nombre de sujets appartenant à quelques-unes des catégories nommées plus haut n'ont pu profiter dans toute sa mesure des bienfaits de la médecine préventive. Je veux parler des enfants d'écoles.

La classe écolière pourrait être décrite, surtout en temps d'épidémie, comme appartenant à la catégorie des "contaminés" et à celle des sujets les plus susceptibles à le devenir. Singulier groupement de sujets dont la vie en commun a désastrement paralysé en bien des cas les efforts dirigés contre l'invasion des maladies contagieuses. L'écolier est souvent l'agent transmetteur d'une de ces maladies du foyer paternel à l'école ou de l'école à son domicile.

On voit donc l'importance qu'il y a d'exercer sur les enfants d'écoles une surveillance plus active. L'inspection médicale de nos écoles est d'une absolue nécessité, si nous voulons coopérer à l'œuvre des divers bureaux d'hygiène et permettre aux diverses mesures sanitaires imposées par les pouvoirs publics de réaliser toutes nos espérances.

Inspiré par les œuvres remarquables de MM. Pagé, Doury, Gedent, des associations médicales des principales villes des États-Unis, ainsi que par la campagne active conduite par les revues scientifiques américaines, j'ai demandé, un des premiers, dans la presse française l'inspection médicale de nos écoles. Peu de temps après la publication de mon travail, la Ligue de l'Éducation d'Ontario a adopté une résolution recommandant l'application d'une telle mesure. Mais il appartenait à la plus importante ville de la province française du Dominion, il appartenait à la métropole du Canada de prendre les devants dans ce mouvement humanitaire et de consacrer officiellement le principe de l'inspection médicale obligatoire en créant, le premier dans ce pays un bureau de médecins-inspecteurs de ces écoles. La ville de Montréal mérite donc nos sincères félicitations.

Je ne m'attarderai pas à exposer tous les motifs qui justifient cette demande et démontrent la sagesse et l'humanitaire prévoyance d'une telle mesure. Vous les connaissez, plusieurs d'entre vous, honorables confrères, les ont invoqués défendus dans des écrits remarquables. On me pardonnera donc de passer immédiatement à la considération de l'application générale de cette mesure.

Les différents auteurs que j'ai lus, du moins ceux qui au Canada depuis un an ou deux ont abordé cette question ont insisté surtout pour obtenir l'inspection médicale des écoles de ville. Je me demande pourquoi celles de la campagne seraient privées des bienfaits d'une inspection médicale régulière d'autant plus que celle-ci est reconnue nécessaire à la ville il me semble qu'elle le soit d'avantage à la campagne.

En premier lieu les résidents de la campagne ont généralement moins d'expérience que leurs frères de villes en fait des notions élémentaires des maladies contagieuses. Ils n'ont pas l'avantage d'assister aux nombreuses conférences telles qu'il s'en donne dans les villes sur des questions d'hygiène. Il résulte de cette inexpérience que les enfants sont souvent envoyés à la classe quand ils devraient être retenus à la maison.

La distance quelque fois très considérable qui sépare les cultivateurs des médecins les plus rapprochés est la cause que dans bien

des cas les malades n'appellent on ne voit ce dernier que beaucoup plus tard qu'il ne convient. Le médecin de campagne est rarement appelé au début d'une maladie. Soit à cause de la dépense que l'on voudrait bien légitimement s'épargner, soit à cause de l'éloignement du médecin ou de son attention à d'autres cas, celui-ci voit ordinairement son patient dans un état pathologique franchement déterminé, et quelquefois même, à une période avancée de la maladie. Si cette dernière est contagieuse on voit d'ici toutes ses chances de propagation, si à part le délai dans le diagnostic et le traitement, les enfants quand même n'ont pas cessé de fréquenter l'école.

En troisième lieu, les conditions sanitaires des maisons d'école de campagne sont loin de répondre aux exigences de la science hygiénique dont les prescriptions sont généralement mieux suivies dans la construction des écoles de la ville.

De plus les classes de ville sont plus spacieuses, mieux éclairées et plus facilement aérées. Le groupement d'élèves par classe uniformes quand à l'âge et à la taille. A la campagne nous avons le plus souvent une vaste salle aux couleurs plutôt sombres, toutes les divisions et toutes les classes n'y forment qu'un même groupe d'élèves de taille et d'âge bien différents réunis dans un même appartement, ce qui en temps d'épidémie favorise grandement la propagation des maladies contagieuses.

En cinquième lieu il n'est pas rare de voir dans ces écoles bon nombre d'élèves souffrant de la gale, de l'eczéma, de la teigne. Vu le peu de gravité de ces maladies les enfants cessent rarement d'aller à l'école. On les y enverra toujours, car en campagne on reçoit avec un scepticisme marqué nos conseils et nos avis relativement à la contagion possible de certaines maladies. Seule l'inspection médicale ferait cesser cet abus.

Enfin si nous jetons les regards sur les rapports des inspecteurs de la Province de Québec nous constaterons que dans un grand nombre d'écoles les moyens de ventilation sont nuls ou insuffisants, que les prescriptions de l'hygiène y sont totalement ou partiellement ignorées, et les écoles les plus en cause dans ces rapports, comme dans les rapports analogues des autres provinces sont les écoles de campagne.

Pour ces raisons donc, il est bien important que nos législateurs s'intéressent vivement à la question de l'inspection médicale de toutes les écoles. Les gouvernements provinciaux seraient ils disposés à accueillir avec faveur cette mesure, qu'ils hésiteraient peut-

être à l'entreprendre à cause des dépenses élevées qu'elle occasionnerait. Les dépenses qui diminueraient d'autant les fonds consacrés à l'éducation proprement dite.

Je dois dire cependant, vu la force expansive prodigieuse de notre race, que ce congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord ne peut mieux faire que de frapper à la porte de la province française de Québec et lui demander d'inaugurer le système de l'inspection médicale des écoles comme service public. N'appartient-il pas à son gouvernement de reconnaître que cette mesure s'impose non seulement à son cœur mais aussi à son devoir comme éducateur et protecteur de la santé publique ?

Mes remarques s'arrêteraient ici, si je ne songeais que, pour obtenir à l'école tous les fruits de l'inspection médicale, il est absolument nécessaire de compter sur la coopération des parents des écoliers, et des maîtres ou maîtresses.

D'abord coopération des parents. Ceux-ci devraient aider aux pouvoirs publics dans leurs efforts pour enrayer les épidémies. Si quelque maladie contagieuse se déclare sous leur toit, ils appelleront un médecin immédiatement, et surtout ils garderont chez eux tous leurs enfants. Même dans les cas douteux où ils auraient raison de craindre l'existence d'une maladie de nature contagieuse, en attendant la décision du médecin ils n'enverront pas leurs enfants à l'école. En tout temps ceux qui souffrent de la gale, de l'eczéma, de la teigne, ou d'éruption quelconque ne devront jamais se présenter en classe à moins d'être parfaitement guéris.

Mais comment les parents jugeront-ils qu'ils doivent retenir au foyer leurs enfants ? Pour l'enseignement des familles, ne pourrait-on pas préparer un "Indicateur hygiénique scolaire" à l'usage des parents, sous la forme d'un tableau des symptômes initiaux des maladies contagieuses, des règles à suivre en temps d'épidémie, accompagné d'une description brève en langage populaire de toutes les maladies dont la présence à la maison ou l'existence chez les enfants exigerait l'éloignement de ces derniers de l'école.

En quelques lignes les parents auraient ainsi le résumé des devoirs qu'ils ont à remplir de vis à vis leurs enfants au point de vue des obligations envers la société. Un indicateur de ce genre pourrait avec profit être mis, au moyen de la presse, ou par distribution gratuite, à la disposition des familles. Ou tout au moins tous les instituteurs ou institutrices, devraient-ils être renseignés sur ce sujet de cette façon, ou autrement, jusqu'au jour heureux où l'hygiène sera une matière obligatoire dans le programme d'études de nos écoles supérieures, normales et pédagogiques.

Reste à considérer la coopération des élèves et celle des maîtres ou maîtresses.

De la part des élèves cette coopération sera d'autant plus efficace que les maîtres et les parents se donneront la peine à l'obtenir.

Tout d'abord, les enfants devraient être habitués à porter un mouchoir et à s'en servir. S'ils n'en ont pas, ou s'ils ne s'en servent pas quand ils en ont un, ils sont portés à cracher sur le plancher. Ne pourrait-on pas aussi faire perdre aux écoliers l'habitude qu'ils ont de porter sans cesse à leur bouche une extrémité ou l'autre de leurs crayons d'une propreté souvent incertaine ? Ces crayons séjournent la plupart du temps dans des étuis rarement nettoyés, au fond de serviettes de cuir ou de toile qui ont perdu leur fraîcheur, ou bien dans les poches d'un habit qui n'est pastoujours neuf, ou encore sur des pupitres poussiéreux ; on peut s'imaginer le grand nombre de microbes que ces crayons peuvent révéler au microscope.

Faisons cesser encore la pratique des crayons empruntés. C'est un autre moyen de contagion. "Chacun le sien" devrait être la devise de tous les écoliers. Agissons de même pour la non moins condamnable habitude des enfants d'écoles de se moniller les doigts avec leur langue ou leurs lèvres pour tourner les pages de leurs livres ou cahiers. C'est un moyen infallible d'introduire dans la bouche une foule de microbes.

Les maîtres ou maîtresses devraient connaître les notions élémentaires de la science de l'hygiène. Ils pourraient ainsi suppléer à l'oubli quelquefois involontaire, ou à l'ignorance des parents. Leur devoir est de renvoyer les élèves qu'ils auraient raison de croire véritablement indisposés, et surtout tous ceux qui exhibent sur leurs mains, le cou ou la face, la présence de taches, de boutons ou de rougeurs.

Mais je leur demanderais par-dessus tout d'apporter le plus grand soin dans le choix de leurs punitions. De ces dernières, il en est une fréquemment imposée aux écoliers, repoussante au point de vue du sentiment de la dignité qui doit être cultivé chez l'enfant, et non moins répréhensible au point de vue de l'hygiène, je veux dire celle qui consiste à faire baisser le plancher aux enfants. Les divers ministères de l'instruction publique devraient émettre des instructions précises et sévères interdisant ce genre de punition.

Imaginons nous une classe de 60 à 70 élèves qui passent et repassent, allant les uns de leur siège au tableau, les autres à l'espace libre devant le professeur pour la récitation de la leçon : cette

division et pour l'arithmétique ; cette division là pour la lecture. Quand une division retourne à sa place, une autre vient la remplacer. — C'est un mouvement continu jusqu'à l'heure de la récréation. Les enfants sortent et reviennent de leurs jeux les chaussures chargées de poussières de provenance douteuse. — Le même mouvement recommence, et le plancher qu'on lave à peine tous les huit jours, quelquefois moins souvent — est recouvert d'une couche invisible mais réelle de poussières de toutes sortes, débris de tabac, de plumes, de poils, de peaux, de coton, sable, glaise, que sais-je ? Des élèves même crachent sur le plancher. Représentons nous donc un enfant en place pour appliquer sa bouche — cette porte ouverte à l'infection — sur ce foyer vivant de microbes ! La punition est dégradante et au point de vue de l'hygiène, c'est un crime de lèse-humanité que de condamner plus longtemps les enfants à baiser le plancher.

Si l'on veut faire de l'hygiène scolaire, étudier les problèmes de la ventilation, de l'éclairage, du chauffage, du surmenage, nous en sommes et de tout cœur ! Mais avant tout, attaquons nous aux habitudes anti-hygiéniques de l'école : car avec la meilleure ventilation, l'éclairage parfait, les plans de construction les plus modernes — nous aurons toujours en face de nous le problème de la poussière — ce fidèle complice de la tuberculose — de la poussière dans les salles de classe, des vitres souillées par la poussière des livres, des ballons, des papitres, et surtout du plancher.

Et si malgré tous les soins et toutes les précautions que les règles de l'hygiène enseignent, nos enfants portent constamment à leur bouche un bout de crayon — souvent emprunté d'un voisin, qu'ils ne se servent pas d'éponges pour nettoyer leurs ardoises, qu'ils crachent sur le plancher ; si ce plancher n'est pas lavé plus souvent que tous les huit, quinze ou trente jours ; si on ne s'occupe pas de le recouvrir de certaines substances ayant la propriété d'absorber la poussière ou d'en diminuer considérablement la quantité libre dans l'air ; si les enfants atteints de la gale, de l'eczéma et autres maladies de la peau ont la liberté de fréquenter l'école ; si enfin les maîtres ou maîtresses ne perdent leur déplorable habitude d'assuettir leurs élèves à l'ignoble obligation de baiser le plancher, je crois que les chances de la contagion par l'école ne seront pas grandement diminuées.

Mais, au contraire, s'il appui des savants qui ont écrit sur la science de l'hygiène, à l'appui des pouvoirs publics qui accordent toute leur attention à cette importante question, vient s'ajouter la coopération effective d'un service public de médecins-inspecteurs,

secondés dans leurs travaux par la même volonté, le concours intéressé des parents, des écoliers et des maîtres, alors la médecine préventive pourra espérer, avec ces moyens d'ensemble, produire dans toute sa plénitude la mesure de ses bienfaits et opposer une barrière efficace au fléau des maladies contagieuses.

On me pardonnera bien, j'espère, d'avoir, dans cet humble travail, considéré plutôt des questions de détails, avant songé à ce que l'expérience prouve tous les jours, c'est-à-dire que si un échafaud s'écroule au péril de plusieurs vies, ce n'est pas tant parce que tout l'échafaud a été mal construit — mais parce qu'un détail, un simple détail a causé l'accident.

L'ŒUVRE DES CONSEILS AUX MÈRES DE FAMILLES

Par le Dr E. L. PANNETON, des Trois-Rivières.

L'œuvre des conseils aux mères de famille est de date tellement récente qu'il n'y a pas à en faire l'historique. Établie il y a quelques mois, dans la ville des Trois-Rivières, il ne s'est pas encore écoulé un temps suffisant depuis sa fondation, pour pouvoir juger des fruits qu'elle devra porter. L'hygiène a fait, surtout depuis quelques années, des progrès très marquants; mais la diffusion des données de cette science parmi toutes les classes de la société est nécessairement lente à se produire. On l'a constaté depuis longtemps, la mortalité infantile atteint chez les canadiens-français, un chiffre malheureusement trop élevé. D'un autre côté, il est depuis longtemps prouvé que le chiffre élevé de la natalité est bien souvent en raison directe de l'état de pauvreté des familles. De ces faits découle il me semble, l'importance de toutes mesures, tendant à mettre à la portée des familles pauvres surtout, les préceptes si sages de l'hygiène infantile. De là est né chez moi, l'idée de cette œuvre des conseils aux mères de famille; soumise à l'étude dans plusieurs réunions de l'Association médicale des Trois-Rivières, elle reçut l'approbation de tous les membres de cette société fondée dans le but de vulgariser la science. Notre société médicale a, dans ce but, fait imprimer des cartes sur lesquelles sont écrites dans un style clair et simple les principales notions concernant les soins à donner aux jeunes enfants. Ces cartes portant la signature des officiers de l'association médicale du district des Trois-Rivières, sont envoyées à Messieurs les curés des différentes paroisses, qui les donnent gratuitement au père de famille lors du baptême de chaque nouveau né.

Voici quels sont les douze conseils que contiennent nos cartes.

I. — Le lait maternel est la seule nourriture qui doit être donnée à l'enfant jusqu'à l'âge de douze mois; ce n'est que par exception qu'on peut après huit mois permettre des nourritures préparées ou des bouillies légères. Ces dernières doivent, dans tous les cas, être très bien cuites et préparées avec beaucoup de soin. (1)

(1) — Les données en caractères plus petits inscrites à la suite de chacun des douze conseils ne sont pas contenues dans la carte volante distribuée par l'Association Médicale du district des Trois-Rivières. Ces conseils supplémentaires sont surtout tirés des rapports publiés par le Bulletin Mensuel de la Société d'Hygiène de l'Enfance de Paris.

L'anguentation excessive ou insuffisante du poids d'un bébé résulte ordinairement d'un allaitement excessif ou insuffisant.

On ne doit pas, sans de graves raisons, sevrer un enfant durant les mois de juillet et août. Le nombre de mères qui ne peuvent nourrir leur enfant est beaucoup moindre qu'on ne le pense.

Le sevrage fait courir d'autant plus de risques à l'enfant que celui-ci est plus jeune. Le sevrage progressif doit être préféré au sevrage brusque. Il doit se faire lorsque l'enfant est en bonne santé et préféralement pendant le calme qui suit la sortie de plusieurs dents.

Une mère ne doit jamais nourrir son enfant quand elle est en transpiration; elle doit aussi éviter les grandes fatigues.

II. Lorsque l'allaitement maternel est impossible ou insuffisant, on doit donner le lait ordinaire qui sera préparé de manière à ressembler autant que possible au lait maternel, quant à sa composition et à sa température. Pour cela le lait doit être légèrement sucré et contenir pendant les deux premiers mois, deux tiers d'eau bouillie pour un tiers de lait; de deux à quatre mois un tiers eau et moitié lait, et de quatre à six mois un tiers d'eau pour deux tiers de lait. A huit mois on donne le lait pur qui n'occasionne jamais de maladie.

Le lait ne peut jamais être remplacé par les compositions diverses et les nourritures préparées que le commerce recommande.

Avant de donner du lait à un enfant, il convient de le goûter et de s'assurer qu'il n'a ni mauvais goût ni mauvaise odeur.

Ce sont surtout les erreurs commises dans l'alimentation des jeunes enfants qui causent la mortalité excessive de la première année de la vie.

III. Pour les enfants encore plus que pour les adultes, il est important de prendre la nourriture à des heures régulières, et on doit au besoin éveiller l'enfant pour assurer cette régularité. Le lait doit être donné à la chaleur du sang et toutes les deux heures et demie jus qu'à deux mois, de deux à quatre mois toutes les trois heures et de quatre à six mois toutes les quatre heures. On peut cependant faire boire l'enfant un peu moins souvent durant la nuit.

Pourvu que l'on s'y mette de suite après la naissance, une quinzaine de jours suffisent pour faire contracter à l'enfant l'habitude de ne s'éveiller qu'au moment de prendre sa nourriture.

IV. Pour faire boire les enfants on ne doit jamais se servir de bouteilles nourries à tube; on ne doit pas non plus laisser les enfants garder constamment dans leur bouche les sucs en caoutchouc surtout celles qui ont une ouverture.

V. S'il survient de la diarrhée, il faut suspendre toute nourriture surtout le lait, jusqu'à ce que les selles deviennent naturelles.

ou peut durant ce temps donner au petit malade de l'eau de riz, de l'eau de blé ou seulement de l'eau pure.

Il suffit dans la majorité des cas de suspendre le lait pendant 24 heures.

On ne doit jamais donner de préparations contenant des liqueurs fortes, à un enfant qui a de la diarrhée.

On doit surtout quand un bébé est malade, changer les linges chaque fois que l'enfant est sali ou mouillé.

C'est en été surtout que les diarrhées sont dangereuses.

VI. Il faut baigner tous les jours les jeunes enfants surtout quand ils sont malades.

Le bain ne doit pas être de trop longue durée et l'eau plutôt fraîche que tiède.

Il est préférable de baigner un enfant le matin, cependant très souvent un bain pris le soir à l'heure du coucher procurera un sommeil plus calme.

VII. L'habitude de donner aux enfants des sirops calmants ou des potions contenant des boissons fortes est tout à fait condamnable.

Toutes les fois que l'on en fait ainsi un enfant, c'est le sommeil de l'ivresse que l'on produit.

Toute femme qui nourrit doit s'abstenir de liqueurs fortes et même de bière.

VIII. À partir de douze mois on peut donner, outre le lait, des bouillons dégraissés et surtout des œufs peu cuits; ne donnez jamais de bouillons aux enfants.

Les fruits trop verts ou trop mûrs sont dommageables.

Ne permettez jamais aux enfants de cet âge, d'être assis à la table commune. L'enfant imitera ce que vous l'accoutumerez à manger.

IX. La dentition ne cause jamais la diarrhée et très rarement d'autres maladies.

L'erreur de ceux qui mettent les maladies d'un enfant sur le compte de la dentition est d'autant plus regrettable qu'elle est la cause de retards irréparables.

Certains aliments favorisent plus spécialement la sortie hâtive des dents: les œufs.

X. Au besoin surtout dans les chaleurs, stérilisez le lait; pour cela mettez dans de petites bouteilles nourrices ou autres, la quantité de lait suffisante pour le repas de l'enfant; placez debout dans une chaudière ou dans un appareil à stérilisation acheté chez le pharmacien, autant de ces bouteilles que l'enfant boira de fois dans les 24 heures. Remplissez cette chaudière d'eau froide jusqu'au niveau du lait, puis faites bouillir cette eau pendant trente minutes. Enlevez les bouteilles de lait, gardez les bien bouchées et sur la glace si c'est possible.

Il est entendu qu'il faut refroidir le lait avant de le donner à l'enfant, ce qui peut se faire facilement en plongeant ces bouteilles dans de l'eau un peu froide.

XI. L'usage du berceau est pour le moins inutile ; surtout on ne doit jamais bercer un enfant qui vient de boire.

L'enfant sera toujours couché sur le côté et non sur le dos.

L'habitude de bercer constamment un enfant peut certainement lui causer quelquefois des maladies sérieuses.

XII. Les vêtements du bébé ne doivent en aucune manière gêner les mouvements de la poitrine ou des membres ; le maillot ou la bande abdominale trop serrés sont préjudiciables à la santé.

Plus un enfant a de liberté dans ses mouvements, plus il sera robuste et bien conformé.

L'usage du maillot, qui enveloppe et sert ensemble le corps et les membres, doit être absolument rejeté.

Évidemment, il n'y a là, que quelques unes des principales données de l'hygiène infantile. La crainte de nuire au succès de cette œuvre a fait mettre de côté toute expression technique et ramener dans un cadre très restreint ces avis pourtant si utiles. Le rôle du médecin n'en sera que plus grand et plus efficace, car l'étude du contenu de ces cartes conduira nécessairement les parents à recourir au médecin pour plus amples informations.

Espérons que cette œuvre encore dans l'enfance se développera et produira les fruits que nous sommes en droit d'en attendre.

COMMENT TRAITER LES CONVULSIONS CHEZ LES ENFANTS

Par le Dr SEVERIN LACHAPLLE

Professeur de Pathologie générale et de Pédiatrie à l'Université Laval, Montréal

Au premier Congrès de Québec, je plaidai l'égalité de l'enfant malade avec son père et sa mère — l'égalité familiale dans la maladie — et aussi l'égalité thérapeutique de l'enfant et de l'adulte, que je résumai sous la formule suivante : il n'y a pas d'exception d'âge pour la maladie, en général, il ne doit pas y en avoir pour la thérapeutique.

Au deuxième Congrès, de Montréal, je soumis une résolution en faveur de la vulgarisation des notions élémentaires de médecine infantile ; elle fut votée.

" La diffusion de l'étude de la médecine infantile, a dit le professeur Gnaista, est un des moyens de vaincre l'énorme mortalité des enfants — paroles d'une dure éloquence, pour tous ceux qui exercent l'art difficile de guérir. " (Éléments de Sémiologie infantile par Dr F. Figueire).

Aujourd'hui, à ce troisième Congrès de Trois-Rivières, je viens vous soumettre humblement quelques courtes considérations sur le traitement des convulsions.

Ne soyez pas surpris si je vous dis que les convulsions infantiles nous tuent près d'un enfant par jour dans la province de Québec, et qu'il est raisonnable de supposer que sur ce chiffre considérable, plusieurs cas peuvent être rangés dans la catégorie des convulsions sans lésions, et conséquemment curables ; car c'est bien là la division que nous devons faire des convulsions : convulsions avec lésions et convulsions sans lésions, c'est à dire idiopathiques, essentielles, déterminées par des infections ou des actes réflexes.

Pour la description des convulsions, lire les Cliniques de Troussseau à l'Hôtel Dieu de Paris. Cette étude est suivie de trois annexes.

Dans l'étatistique — Annexe No. 1 — qui est la statistique de 1963 — les convulsions infantiles de la première année sont dans une proportion de 3 à 1 avec les convulsions au dessus d'un an.

Le développement insuffisant des centres supérieurs qui devront plus tard tempérer l'irritabilité de la moëlle épinière, serait l'explication à donner de la fréquence des convulsions durant la première année.

Le point sur lequel je me permets d'attirer l'attention de ce congrès est la nature même du trouble auquel nous avons à faire, et l'urgence d'intervenir promptement et efficacement.

La convulsion est une névrose de nature spasmodique. Or, en vertu d'une loi inhérente au système nerveux, toute impression reçue sollicite le retour de la même impression, comme s'il y avait une tendance irrésistible à en assurer la durée et à en empêcher l'interruption.

Une convulsion s'alimente donc d'elle-même, se fortifie de son propre fonds, et présente d'autant plus de résistance à l'action médicamenteuse, qu'elle a fait un siège plus long dans la place, et, en deuxième lieu, son empreinte est d'autant plus ineffaçable que cette action médicamenteuse a été insuffisamment énergique.

C'est au berceau, dans les convulsions premières laissées à elles mêmes, qu'on peut souvent retracer toutes les névroses de la vie: la chorée ou danse de St-Guy, la petite hystérie et la grande hystérie, l'éclampsie puerpérale.

Les conditions des convulsions infantiles se rencontrent certainement à tous les âges, sans être accompagnées du même trouble; il faut donc conclure que le vitalisme des nourrissons présente un terrain de culture facile à cette névrose terrible, et que cet âge en est l'âge d'élection. Les convulsions essentielles idiopathiques lui appartiennent en propre.

Dans l'annexe No. 2, vous trouverez le traitement des auteurs suivants:

Bouchut, *Maladies des Nouveaux Nés*, Barthet et Samé, 1881; Hatfield, 1891; P. E. Mercier, 1892; Dr Fenwick, 1897; Ed. Ellis; L'Espine et Picot; Le Gendre et Broca; A. Vogel, 1892; West; Blache et Guersant; Kating; Comby; Josias; Variot; Good Hart, 1903; Weill; Rotch; Henoeh; Grancher et Comby, 1905; Comby, 8ième édition, 1902; De Grandpré, 1902. (Premier Congrès de Québec.)

En parcourant les nombreuses autorités en thérapeutique infantile, on ne peut s'empêcher de constater l'esprit routinier qui y préside, et la fausse confiance toujours continuée, toujours la même, en un traitement à peu près uniforme et impuissant.

Je souligne trois seulement de ces opinions, qui résument toutes les autres, tout le monde médical, à ce sujet.

WEST veut la saignée, et *ensuite* le chloroforme ; mais il *crain*t son emploi confié à la famille.

GOOD HART, auteur anglais, 1903 : Méthode dérivative ancienne, bains chauds, laxatif, émétique, glace, et bromure avec chloral après les attaques.

GRANCHER ET COMBY : Si ces moyens restent inefficaces, on recourt aux inhalations de chloroforme, mais surtout aux bains tièdes prolongés.

Comme on le voit, si nous faisons exception de Weill, qui recommande l'inhalation de chloroforme " même plusieurs fois par jour ", on en vient à la conclusion que le traitement des convulsions est aussi hygiénique que thérapeutique, et est à peu près le même depuis Bouehut jusqu'au grand traité de Grancher et Comby.

Et cependant, comment pouvoir espérer une action suffisamment prompte, suffisamment efficace les moyens employés ? Nous comprenons bien que lorsque nous pouvons atteindre la cause et y remédier, il y a alors médication vraiment rationnelle, et le *sublatâ causâ tollitur effectus*, nous apparaît comme un aphorisme vraiment consolateur. Mais, il suffit d'une expérience bien peu mûrie même pour pouvoir affirmer que la cause n'est pas toujours facile à constater, qu'elle n'est pas toujours l'épingle de Troussseau, et que nous sommes en face d'un trouble le plus souvent incompréhensible dans son étiologie de prime abord, et si nous ne pouvons pas nous empêcher de lui donner notre première pensée, qui nous porte à sa recherche, nous ne sommes pas moins, en même temps, entraînés à combattre à la hâte et énergiquement le danger qui constitue tout le tableau apparent de la maladie.

Vaincre le spasme, voilà l'indication première, directement par l'antispasmodique le plus puissant que nous possédions, tout en ayant en même temps un œil à la poursuite de l'inconnu, c'est-à-dire la cause.

Or, cet antispasmodique puissant, où le trouver ailleurs que dans le chloroforme ?

Nous savons tous combien l'enfant est naturellement armé contre les accidents cérébraux du chloroforme, qui consistent dans l'anémie chloroformique : le cerveau physiologiquement congestionné de l'enfant nous offre une garantie sûre contre cet ordre de danger qui semble le plus à craindre.

Le danger que l'on craint toujours chez l'adulte, semble ainsi ne pas exister chez l'enfant. Nous n'avons pas au Canada une statistique infantile suffisante à ce sujet, heureusement que nous la trouvons ailleurs. Ainsi, nous voyons dans "Pédiatrie", page 79, janvier 1906 que 1,113 cas de chloroformisation à Moscou, pour opération, n'ont présenté aucun danger chez les enfants.

Une troisième annexe contient 12 cas de chloroforme chez les nourrissons les plus jeunes, sans accident. Cette statistique locale a été préparée, sur notre demande, par M. le Dr Maréchal, assistant médecin, à la Crèche de Montréal.

Comment administrer le chloroforme ?

Jusqu'à un relâchement musculaire complet nous donnerons cinq gouttes à la fois. Alors, il faudra cesser, et recommencer aussitôt qu'une agitation quelconque fait prévoir un retour de l'accès.

L'accès vaincu ne présente pas de retour dans ces conditions.

Le chloroforme préparé sous forme d'ampoule d'un centimètre cube n'expose pas à la toxicité qui lui vient de son exposition à l'air. L'ampoule ne pouvant servir deux fois.

Parmi toutes les notions de médecine pratique que tout médecin doit répandre dans les familles qui lui sont confiées, celle de l'administration du chloroforme de la manière indiquée doit avoir sa place.

Nous savons qu'il faut agir promptement, que le médecin n'est pas toujours sous la main, à la ville comme à la campagne, la mère intervenant immédiatement, en attendant son arrivée, empêchera l'évolution progressive de l'accès, en amoindrira du moins la violence, et le système nerveux moins sec ne rentrera plus facilement dans le calme naturel et les chiffres de la mortalité infantile par les convulsions et les névroses secondaires seront ainsi amoindries.

Répetons, en terminant les paroles déjà citées de Guaiata

"La diffusion de la médecine infantile est un des moyens de vaincre l'énorme mortalité des enfants" paroles d'une dire éloquente pour tous ceux qui exercent l'art difficile de guérir, et disons en conclusion que le médecin demandé auprès d'un enfant en convulsion, ne doit pas oublier son ampoule de chloroforme.

N. B. — La publication des Cédulés annexes I, II et III devant prendre une trop grande place, l'auteur croit qu'il peut se dispenser d'en donner la publication, l'article étant suffisamment complet par lui-même.

SÉANCE CONSACRÉE A L'ALCOOLISME

ALCOOLISME

Par le Dr GEORGE BOUQUETON de Trois-Rivières, Rapporteur

En prenant la parole, permettez-moi de vous exprimer, tout le plaisir que j'éprouve et tout l'honneur que je ressens d'avoir à présenter devant vous ce rapport sur l'alcoolisme.

Bientôt le Congrès sera clos, bientôt aussi chacun de vous retournera à ses travaux, pour se consacrer plus entièrement encore à sa clientèle. J'ose espérer que vous garderez bon le souvenir de votre passage ici et que le troisième Congrès des médecins de langue française tenu aux Trois-Rivières restera un fait heureux et appréciable au cours de votre carrière de praticiens.

Messieurs les Délégués, le travail que je soumetts devant vous, n'apportera pas à votre connaissance une série de faits nouveaux, peut être en apportera-t-il même.

La parole n'est pas non plus le devoir d'un rapporteur. Le rapporteur n'est pas un orateur, un créateur, sans doute il doit par tous les moyens à sa disposition s'efforcer de mettre en relief les choses inconnues, de définir le problème du fait mystérieux, mais l'objet cher est surtout de faire de son rapport, un résumé des plus complets de tout ce qui a été dit sur le sujet qu'il expose, son travail est celui d'un compilateur.

J'ai essayé le plus possible de résumer quelques-uns très détaillés, quelques-uns passés rapidement, mais tout ce qui a été dit, tout ce que j'ai pu m'emporter sur l'alcoolisme.

Donc, c'est à la suite d'un examen personnel, soignée, parmi les auteurs qui ont traité ce sujet si passionnant de l'alcoolisme, que j'ai élaboré ce rapport.

Je dois avouer que le meilleur d'entre eux, celui qui fut un aide précieux de chaque instant et que j'ai suivi le plus, peut être un peu trop, mais son autorité est si complète sur le sujet, qu'il me fut guère permis d'agir différemment. C'est notre distingué confrère, le docteur Triboulet, que j'avois l'honneur d'avoir au milieu de nous, comme délégué officiel du gouvernement français.

Nous devons ressentir grandement cet honneur, messieurs, et c'est là une belle manifestation de sympathie de la part du gouvernement français de s'être fait représenter à notre Congrès.

Personnellement, comme trilluvien d'abord, comme ancien élève des hôpitaux de Paris, ensuite, j'adresse au Dr Triboulet, délégué officiel du gouvernement français, et mon meilleur collaborateur, mes sincères remerciements d'être venu au milieu de nous.

Je remercie aussi tous les docteurs distingués qui sont venus, soit de loin, soit de près, relever de leur présence l'éclat de ce congrès, qui marquera dans notre cité trilluvienne, une ère de grandeur, presque ignorée jusqu'à ce jour.

Messieurs, je vais avoir le plaisir de vous exposer mon rapport sur l'alcoolisme.

HISTORIQUE DE L'ALCOOL

Ouvrez Hefner "Histoire de la Chimie", vous trouverez que le mot alcool est un terme d'origine arabe et signifie "quelque chose qui brûle". Ce terme lui-même serait un dérivé d'un verbe chaldéen qui exprimerait une action de se consumer.

Plus tard, ce terme prit un sens plus étendu, une signification plus large. Ainsi, jusqu'au dix-septième siècle, on faisait entrer sous le nom d'alcool les poudres impalpables. "Les pierres, les bols, les terres et quelques autres parties d'animaux" dit Moïse Charis (1618-1678), "sont réduits en poudre fine qu'on nomme alkohol".

Les chimistes modernes en ont étendu le sens et appellent alcool "tous les corps organiques définis dont la fonction chimique est de s'unir aux acides pour former des éthers". Sans nous occuper ni de l'alcool en poudre, ni des acides ou des éthers de nos chimistes modernes, nous conviendrions de désigner par le mot alcool les boissons fermentées, les boissons distillées que nos ancêtres extraient du raisin et celles que l'industrie permet d'extraire de toutes les plantes qui contiennent du sucre.

Or, cet alcool tel que désigné est connu depuis les temps les plus reculés. Ainsi, les Indiens, les Chinois, sont supposés avoir

l'antiquité la plus ancienne pour le premier. Plus tard, dans l'histoire de la civilisation, on apprend que les Hébreux et les Égyptiens n'igno- raient pas les effets de l'alcool. Les Grecs connaissent la bière dont la recette leur venait des Égyptiens, les Germains et les Celtes en fusaient usage. L'appelaient *weiss*.

C'est encore aux Grecs que l'on attribue l'origine du cidre que ils dénommaient *cyser*.

Chez les Romains, l'alcool ou plutôt le vin avait déjà une place prépondérante, personne n'a oublié les orgies de la Rome antique qui suggèrent au poète Horace des odes restées célèbres.

Du côté de l'Égypte le vin jusqu'à quatre mille ans avant Jésus-Christ, on le découvre par le tombeau de Poutah Holop, que les Égyptiens en fusaient usage.

Et certes on peut même aller plus loin, s'il faut en croire Heer, ou au moins trouver dans les restes de poteries préhistoriques des papirs de vignes cultivées et L. Poutès et R. Ruysen dans leurs traités de la vigne et ses produits, 1886-89, affirment que « le raisin figurait avec les fruits de cornouiller, les pommes et les noisettes dans le menu des tables des Cités florissantes » (1).

Le plus vieux document qui permet de retracer la distillation du vin est la Mappa Mundi ou Clé de la peinture parue au XII^{ème} siècle qui fut déchiffrée par M. Bartholin. En mêlant du vin pur et très fort avec trois parties de sel et en le chauffant dans des vases destinés à cet usage, on obtient une eau inflammable qui se consume sans brûler la matière (2).

Cet historique qui précède se rapporte à la distillation du vin, mais les alcools retirés de la distillation des matières amylacées sont, eux aussi, vieux de plusieurs siècles.

Le médecin saxon Libavius (1500-1616) dans ses *Opera Medico-Chimica* dit comment extraire l'alcool de la bière, il ajoute que la chose est parfaitement connue et Angelius Sala (mort en 1640), écrivait : « tous les habitants des contrées du nord savent faire l'eau de vie avec le fruit des céréales » (2).

Il faut se rendre au dix-neuvième siècle pour reconnaître qu'on peut retirer l'alcool de toute substance contenant du sucre et au- jourd'hui on fait l'alcool avec des pompes de terre, des betteraves etc. etc.

On a été même jusqu'à dire qu'on distillait les vidanges, pari- sienne pour en faire de l'alcool, et, un abbé, qui a publié en 1900,

(1) Triboulet, M. Guin & Mignot, Traité de l'Alcoolisme, Page 18.

(2) Hydrologie, par Angelus Sala.

un volume fort intéressant sur l'alcoolisme, l'Abbé Ract, disait : " Il y a dans certains centres que je connais, des usines où l'on distille les choses les plus innocentes."

A titre de renseignement, je puis citer cet autre fait que l'air et la vapeur d'eau mis en contact de l'arc électrique, produisent de l'alcool. Certes, ce ne peut être là un procédé pratique car le prix de revient d'une telle fabrication reste très élevé (650 francs pour à peu près 30 ou 40 grammes). Il est malheureux que ce ne soit pas là la seule façon de se procurer de l'alcool car à ce prix, bien peu n'est pas, pourraient en abuser.

Cela termine un historique succinct de l'alcool.

BOISSONS ALCOOLIQUES OFFERTES A LA CONSOMMATION

Voyons maintenant, comment et dans quelles proportions est usité l'alcool qui rentre dans les diverses boissons dites boissons alcooliques et qui sont offertes à la consommation.

Pour être explicite dans ce qui suivra, nous diviserons en deux catégories les différentes boissons alcooliques :

1. — Celles qui proviennent d'une fermentation.
2. — Celles qui proviennent d'une distillation.

Parmi celles qui proviennent d'une fermentation, les plus connues sont les différentes sortes de bières qui sont fabriquées à l'aide de la féculé des graminées : féculé de l'avoine (bière de Louvain) féculé de riz (Inde & Indo-Chine) féculé de maïs (États-Unis, Amérique du sud), et surtout féculé de l'orge (bière proprement dite) (1).

Leur force alcoolique varie entre 1% jusqu'à 3%.

Inutile d'insister ici sur les différentes façons de préparer les bières suivant les différents pays. Qu'il nous suffise de dire qu'elles sont dues à la fermentation des différents produits cités plus haut, par des levures groupées sous le nom de saccharomyces.

Après la bière, la boisson fermentée la plus répandue est le vin et, par là, on entend le produit de la fermentation de jus de raisin, le saccharomyces ellipsoïde assisté du *S. pastorianus* fait ici la fermentation du sucre. Ces fermentations se font spontanément et les ferments étant à la surface du raisin passent avec celui-ci dans la cuve, et ne sont pas enlevés comme ils le sont pour la bière.

Mais ici encore il nous faut distinguer les vins secs, les vins

(1) — Triboulet, Mathieu et Mignot — Traité de l'Alcoolisme — Page 9.



mousseux et les vins de liqueurs. Alors, qu'il y a de 5 à 15% d'alcool dans les vins secs et les vins mousseux, il peut y avoir jusqu'à 25% dans les vins de liqueurs.

Le cidre est aussi une boisson alcoolique de fermentation; il résulte de la fermentation de pommes ou de poires, et contient une proportion de 9% dans le premier cas et de 10% dans le second.

Nous arrivons maintenant aux alcools que nous avons antérieurement définis comme étant le produit de la distillation du vin, des fruits, de certains grains. Parmi ceux-ci, nous citons le cognac qui est tiré du vin, le rhum de la canne, le tafia de la mélasse de canne, le kireh et le maraschino des merises, le uare du raisin, le gin et le whiskey des grains, le vodka russe du seigle, tous ces alcools sont mis dans le commerce avec une proportion moyenne de 50%.

Enfin, nous pouvons presque dire qu'il y a une troisième catégorie de boissons alcooliques; ce sont les liqueurs.

Ces dernières semblent résulter à la fois des alcools de fermentation et des alcools de distillation, et, on peut avec le Dr Mathieu, les désigner comme "étant des boissons artificielles, en général fortement spiritueuses, obtenues en additionnant l'alcool, les eaux de vie ou les vins (alcoolisés au préalable) de sirop de sucre, de colorants, et de principes aromatiques variés". Leur composition est toujours complexe. Voici, par exemple, la formule du vermouth de Turin, dosée pour cent litres.

Grande absinthie.....	125 grammes
Gentiane.....	60 "
Racine d'angélique.....	60 "
Chardon béni.....	125 "
Calamus aromatique.....	125 "
Année.....	125 "
Petite centaurée.....	125 "
Germadrée.....	125 "
Cannelle de Chine.....	100 "
Muscade.....	45 "
Oranges fraîches.....	6 "
Vin blanc de Piepoul doux.....	95 Litres
Alcool à 85 degrés.....	5 "

Faire infuser cinq jours soutirer et coller.

Laisser reposer 8 jours soutirer à nouveau et coller avant de mettre en bouteille.

Pour être plus explicite, nous diviserons en deux groupes cette catégorie de boissons alcooliques :

1^o. Celles désignées sous le nom de liqueurs douces et dont les plus connues sont l'anisette, le curaçao, la bénédictine, la chartreuse, etc., etc., dans lesquelles on trouve du sucre en forte proportions.

2^o. Celles appelées vulgairement apéritifs, parmi lesquelles on peut citer l'amier Picon, au titre alcoolique de 27%, et les différentes Absintthes, dont le titre alcoolique varie de 45 à 75%. (Noton en passant que Absinthe est un mot d'origine grecque qui désignait non potable, imbuvable.)

Cette liste de boissons alcooliques ne serait pas complète si l'on n'y ajoutait point tous ces médicaments vendus à force de grosses réclames et qui sont pour la plupart d'origine américaine.

En première ligne nous citerons le Peruna, dont la consommation est énorme, tout particulièrement chez les femmes ; nous pourrions ajouter aussi, si nous en croyons les journaux à grand tirage, que Peruna doit surtout sa réputation à quelques citoyens plus ou moins colonels ou généraux de la république voisine.

La proportion d'alcool dans Peruna est de 28%. Parmi les autres remèdes de même nature, nous pouvons citer le Pain celery Compound qui contient 21% d'alcool et le Hostetter's Stomach Bitters qui en contient 11,13%.

TOXICOLOGIE DE L'ALCOOL

L'alcool est un poison, la chose est parfaitement prouvée par les expériences multiples et les observations si intéressantes que l'on trouve dans les différents auteurs qui se sont occupés de la question. Mais quelle est la dose toxique ? Il faut d'abord considérer l'intoxication aiguë et l'intoxication chronique.

Intoxication aiguë. — Par rapport à l'intoxication aiguë, prenons les expériences qui ont été faites avec l'alcool éthylique pur : sur ce sujet, je ne puis mieux faire pour être très explicite que de citer toute une série d'expériences pratiquées sur des animaux normaux, expériences rassemblées et données par le Dr Mathieu au chapitre de la toxicité de l'alcool dans le *Traité de l'alcoolisme*, page 57. (Voir Tableau à la page 9.)

Dans ces expériences, comme on le voit, on a surtout injecté soit l'alcool pur, soit l'alcool dilué dans la glycérine et l'eau, soit l'alcool dilué avec de l'eau et ces injections sont pratiquées sous la peau.

En effet, d'accord avec le Dr Mathien, nous croyons que le mode d'injections sous la peau est le plus certain car l'ingestion dans l'estomac provoque des vomissements et l'injection directement dans les veines provoque des caillots; quant à l'injection sous la peau, elle produit quelque fois il est vrai, des abcès, mais ceux-ci n'ont aucune importance et n'avancent en rien la mort de l'animal.

Cependant, pour arriver à quelque chose de défini, il faut d'abord établir quel est l'équivalent toxique de l'alcool; pour cela, nous prendrons comme définition de cet équivalent celle que donnent MM. Geoffroy & Serveaux et qui se lit comme suit: "L'équivalent toxique d'un corps est la quantité minima de matières toxiques qui, contenues entièrement à un moment donné dans le sang d'un animal, tue fatalement un kilogramme de matières vivantes".

Cet équivalent toxique tel que défini ci-dessus d'après les expériences de ces mêmes auteurs serait pour l'alcool éthylique de 11 cc 70.

ALCOOL ÉTHYLIQUE PUR (*injection sous cut.*).
(On n'a relevé que les expériences sur animaux normaux.)

N ^{OS} SÉRIES	QUANTITÉ PAR KILOG.	BAISSE DE TEMPÉRAT.		MORT (1)	OBSERVATIONS
		tem- pore	défi- nitive		
	gr.	degrés	degrés		
1	1,58	0,4	"	"	"
2	4,31	0,5	"	"	"
3	6,8	2	"	quelques jours	abcès sous cut.
4	8	2	1,6	36 heures	abcès s. c.
5	7,18	2,70	"	3 jours	"
ALCOOL DILUÉ (<i>gluérine et eau</i>)					
1	6	"	4,8	1 1/2 jour	abcès s. c.
2	7,20	"	4,7	30 heures	"
ALCOOL DILUÉ (<i>eau</i>)					
1	6,46	5	1,4	1 1/2 jour	"
2	6,57	2	1,4	36 heures	"
3	6,62	3,3	0,10	40	"
4	6,63	3,3	1	36	"
5	7	2,2	1,3	3 jours	"
6	7,09	3,8	fièvre	39 heures	"
7	7,21	5,6	2,1	2 jours	"
8	7,27	3,1	1,9	2	"
9	7,49	4,4	1,8	36 heures	"
10	7,50	5,7	2,7	2 jours	"
11	7,55	11,3	1,3	20 heures	"
12	7,80	"	14,8	24 à 30 heures	"
13	7,83	"	14,1	24 à 30 heures	"
14	7,95	15,7	12,5	25 heures	"
15	8	"	16,2	30	"
16	8,50	"	18,4	12	Résolution complète en 15 minutes
17	14,24	"	fièvre	3	Contractions spasmodiques
VOIE STOMACALE (<i>alcool dilué</i>)					
18	2	"	"	survie	vomissements
19	5,62	"	4,6	24 heures	"
20	4,86	"	"	survie	ligat. de l'œsophage 2
21	5,51	7,3	5,8	24 heures	"
22	5,65	"	3,5	3 1/2 heures	ligat. convulsions
23	6,25	"	6,3	moins de 20 h.	"

(1) Du Jardin et Aubergé notent, comme cause de mort plus rapide, le froid ambiant.

(2) Les auteurs admettent que la rapidité relative de la mort, dans ces cas, est en partie due au traumatisme opératoire.

Passons sans plus tarder aux alcools de consommation et voyons quelle est leur puissance toxique. D'après le Dr. Mathieu, un litre de cognac (authentique de 1893), tueait 64 k. 005.

Un litre de Kirsch vrai tueait 64 k. 603.

Un litre d'eau de vie de cidre tueait 65 k. 115.

Un litre d'alcool mauvais goût de tête tueait 66 753.

Et si l'on continue les expériences avec les autres espèces d'alcool, on arrive à trouver que la loi de Rabuteau qui veut que la toxicité augmente avec le point d'ébullition et le nombre d'atomes de carbone est bien vrai.

C'est ce qui faisait dire au Dr. Mathieu d'après les expériences de MM. Geoffroy et Serveaux: "On voit que l'on a commis une erreur au point de vue de l'alcoolisme en attachant une importance capitale aux impuretés des eaux de vie commerciales."

Sous le rapport de la toxicité aigüe, nous pouvons dire avec le Dr. Mathieu: "Ce qui donne aux boissons alcooliques la plus grande partie, ou pour mieux dire, la presque totalité de leur toxicité, c'est l'alcool éthylique, car s'il est le moins toxique des composés, il les dépasse tellement en quantité qu'il joue un rôle prépondérant dans l'intoxication alcoolique." Ou encore, avec le Dr. Pippingskiöld: "Nous autres médecins finlandais, et autant que je sache, presque tous les médecins du nord, sommes d'avis que c'est plutôt le trop haut titre d'alcool éthylique que les petites traces d'alcool amylique et d'autres huiles de nos eaux de vie qui est cause de l'alcoolisme."

Intoxication chronique. L'intoxication chronique par l'alcool, ne fait aucun doute pour personne car elle se révèle tous les jours aux yeux du médecin sous forme de lésion au foie, au cerveau, et au système nerveux.

Nous en ferons l'objet d'une autre partie de ce rapport: puisque nous en sommes à des considérations purement expérimentales de la toxicité de l'alcool, citons encore le résultat des expériences de MM. Geoffroy et Serveaux, résumées dans un tableau succinct et publiées dans le traité de l'alcoolisme par le Dr. Mathieu, à la page 78.

Voir ce tableau

NOM DE L'ALCOOL	ANIMAL	QUANTITÉ MOYENNE par jour ou par kilogramme	MODE D'INTOXICATION	DUREE DE L'EXPERIENCE	SYMPTÔMES ET TERMINAISONS
Éthylique (100)	chien	20	régulière	jours	troubles psychiques, survie
	chiacme	2	intermittente	1 mois	Épilepsie, mort
	chien	0,80	grave entretenue par petites doses régulières	8 1/2 mois	mort
Méthyléque	chien	2,5	—	—	survie légère paralysie
	chien	1,5 à 2	—	1 an	même, troubles nerveux, mort
Amylique	chien	0,4, 50	régulière	8 mois	bonne santé, survie
Aldéhyde	chien	0,4, 11	régulière	6 semaines	organes lésés mort accident.
Furfural	chiacme	0,4, 50	intermittente	8 mois et 15 mois	grossesses, survie
	chien	0,4, 11 par 0,15	régulière régulière	11 mois 5 1/2 mois	bonne santé survie

— Rappelons que 1 cc de mortelle pour un chien de 15 kilogrammes, est de 130 à 140 centimètres cubes de cet alcool en injections intraveineuses. Intoxication aigüe.

Dans ce tableau, on constate que plusieurs produits qu'on croyait être très toxiques, comme l'alcool amylique, l'aldéhyde, le furfural, n'ont pas sur les animaux d'expériences, l'effet qu'on en attendait en tant que l'intoxication chronique est concernée. On pourrait même ajouter que pour certains d'entre eux, l'effet n'est pas aussi toxique que pour l'alcool éthylique.

Il est bon de remarquer en passant qu'il est impossible d'administrer certains de ces produits, comme par exemple le furfural, à une aussi haute dose que l'alcool éthylique à raison de l'intoxication aigüe qu'il produit.

PHYSIOLOGIE

Il est impossible de considérer la physiologie de l'alcool sans revenir un peu sur la toxicité, car ce qui frappe le plus dans l'action de l'alcool, c'est son passage immédiat dans le sang pour en modifier les propriétés dans un sens nuisible à la nutrition. En

effet, il est nettement prouvé que l'alcool est un déshydratant et étant admis que le protoplasma ne peut fonctionner qu'à la condition de contenir une certaine proportion d'eau, on peut établir que la cellule ne travaillant plus, la nutrition se trouve en partie arrêtée. De là, l'explication d'une grande partie des mauvais effets de l'alcool. D'autre part l'alcool paralyse l'irritabilité, la sensibilité, la contractilité de la cellule vivante, il suspend les mouvements amboboules et entrave les phénomènes d'osmose. L'alcool produit bien il est vrai, une sensation de chaleur, mais cette sensation est en somme fictive, puisqu'il reste encore prouvé qu'il refroidit le sujet qui l'absorbe, et ce phénomène se comprend assez facilement, si on se rappelle que l'alcool diminue la sensibilité à un tel point que le sujet alcoolisé ne cherche plus à se soustraire au froid. c'est ainsi que meurent un grand nombre d'ivrognes.

Nous avons donc dit que l'alcool par son séjour en nature dans le sang et dans les tissus ralentit la nutrition par déshydratation du protoplasma; c'est par ce mécanisme que se produit la diurèse, l'hypersecretion salivaire, les sueurs, la diarrhée.

C'est ainsi qu'après un excès d'alcool le sujet désire boire de l'eau, que sa langue soit si sèche. Pratiquement parlant, pour ce qui est de la toxicité, il faut tenir compte de la dilution. "C'est ainsi", nous dit le Dr. Triboulet, "que l'alcool ingéré à un degré de concentration élevé (eau de vie) est infiniment plus nuisible que l'alcool absorbé dans le vin ou dans la bière, et c'est pour cela que l'alcool est plus nuisible à jeun que lorsqu'on le mêle aux matières alimentaires." (1). Il ne faudrait pas croire cependant qu'en prenant l'alcool dilué on évite tout effet nocif, mais, on évite simplement son action.

C'est surtout l'absorption directe et par elle, au foie, que s'attaque le vin, tandis que l'alcool concentré agit surtout sur la muqueuse de l'estomac, provoque des troubles circulatoires des centres nerveux supérieurs et de leur côté, les essences agissent sur le système nerveux dans sa substance, c'est à dire les cellules et les prolongements.

Il ne faudrait pas perdre de vue que les réactions contre l'alcool, sont individuelles et il y a 40 ans déjà Lasègne disait: "Il y a inséparabilité devant l'alcool, chacun réagit par son idiosyncrasie." Craquer cite le fait d'un enfant de six mois qui meurt en neuf heures après absorption de deux cuillerées de cognac diluées dans une potion. Or, d'après les expériences qui furent faites et que nous

(1) Traité de l'alcoolisme, page 89.

avons exposées précédemment, cet enfant pesant six à sept kilos avait théoriquement droit à 10 grammes d'alcool pour mourir, il n'en prit que 10,80. Il est donc vrai de dire que le coefficient de notre résistance n'est pas toujours le même, il peut varier suivant des causes bien diverses, entre autres la fatigue, le surmenage physique, intellectuel et moral. C'est ainsi qu'il est des états nerveux où un sujet peut absorber une quantité considérable d'alcool sans paraître en ressentir l'effet. Ainsi entend-on souvent dire : " Il était tellement énervé qu'il a pris un grand verre d'alcool et ça ne lui a rien fait." C'est pour la même raison qu'en certains moments, un sujet hystérique peut absorber impunément des quantités fantastiques d'alcool sans en ressentir aucun ou à peu près aucun effet.

D'après ces données, on voit qu'il est à peu près impossible ou au moins imprudent de généraliser les effets de l'alcool, ils varient suivant les individus, et les conditions dans lesquelles ces individus se trouvent.

Nous prendrons maintenant, les effets physiologiques sur les différentes parties de l'organisme.

Nous commencerons par *l'estomac* mis au contact de la muqueuse de l'estomac, l'alcool le congestionne, s'il est très concentré il peut même provoquer une brûlure.

" L'alcool," nous dit le Dr. Triboulet, " stimule l'estomac et provoque une sécrétion plus abondante de sue gastrique, mais cette stimulation musculo nerveuse, cette sécrétion muqueuse ne sont en rien des phénomènes favorables; elles témoignent uniquement d'une défense instinctive du viscère contre l'agent irritant; on observe les mêmes effets avec l'acide." (1)

Or, les supposés bons effets de l'appétitif étant basés sur ces deux raisons, on a tort de croire que les boissons connues sous ce nom ont la propriété qu'on leur prête.

D'autre part, le Dr. Chittenden qui fut chargé par le gouvernement des États-Unis, de faire un rapport sur les effets physiologiques de l'alcool, adopte les conclusions suivantes que nous résumons aussi succinctement que possible: l'alcool augmente d'une façon très marquée la sécrétion du sue gastrique, il l'augmente non seulement par le fait de sa présence dans l'estomac, mais aussi après son absorption dans l'intestin, en vertu de la stimulation qu'il produit sur les centres nerveux qui réagissent sur les glandes.

L'effet de la stimulation ne porte pas seulement sur la quantité,

(1) Triboulet, Traité de l'alcoolisme, page 95.

mais aussi sur la qualité. L'acide gastrique ainsi produit est toujours plus concentré et plus fort que le suie normal. Ce même docteur fait des expériences sur les réactions chimiques de l'alcool, sur la digestion, et conclut ainsi : les alcools ordinaires tels que le whiskey, le rhum, le brandy, le gin, etc., ne produisent aucun effet appréciable sur les réactions digestives normales qu'il y ait 10% d'alcool dans la masse à digérer. A 20% les effets retardatifs se font sentir d'une façon bien marquée et diminuent la vitesse normale de la réaction digestive de plus de moitié.

Et comme conclusion générale il n'y a point de retardements appréciables qui forment la quantité d'alcool présent dans l'estomac est suffisante pour produire l'intoxication. C'est comme normal.

Enfin, considérée à ce point de vue de détail, l'efficacité l'action de l'alcool sur le processus complet de la digestion ne paraît pas être fort marquée. Elle paraît même nulle, car si les réactions chimiques sont retardées par le simple fait de la présence dans l'estomac, l'accroissement de la sécrétion du suc gastrique et l'augmentation de la puissance réactive de l'œdème compensent et au delà, toutes les pertes subies d'un autre côté.

Cependant, il est bon de se rappeler l'expérience pratiquée par Claude Bernard, qui fut la suivante : dans trois verres, placez un morceau de sucre concassé dans le numéro un, versez de l'eau ordinaire, dans le numéro deux, du vin dans le numéro trois, du cognac.

Le suie du No. 1 est dissous en 15 minutes, celui du No. 2 en 55 minutes, celui du No. 3 en 10 à 18 heures.

Pourquoi ne pas supposer que la même chose se passe dans l'estomac ? Et Schulz n'a-t-il pas dit qu'à 2% l'alcool ralentit la peptonisation, à 10% il l'interrompt et à 15 et 20% il la supprime. " Bien plus " nous dit le Dr. Triboulet, " les sues de l'estomac modifient l'alcool et le transforment en acide acétique et en acétates " / 10 qui sont, comme on le sait, des substances très nuisibles.

Ainsi, d'après le Dr. Chittenden, l'alcool, sous quelque forme qu'il soit absorbé par l'individu normal ne produit d'effet appréciable sur la digestion stomacale, que si le sujet en fait une consommation excessive et suffisante pour produire les effets toxiques qui lui sont propres.

Cependant, d'après le Dr. Triboulet, les seuls effets avantageux de l'alcool dans l'estomac sont de dissoudre les graisses et de

produire une action antiseptique, et il ajoute avec raison que c'est bien peu si on les compare aux effets nuisibles qu'il produit.

Intestin. Les effets de l'alcool sur l'intestin sont mal connus, tout ce que l'on sait, c'est qu'il provoque de la diarrhée avec des selles où l'on rencontre des aliments non digérés.

L'alcool étant absorbé directement par l'estomac avec une rapidité telle qu'il a presque complètement disparu des aliments qui peuvent passer par le pylore, il en résulte que la digestion intestinale se trouve très peu affectée par lui. Enfin, l'absorption de l'alcool sous quelque forme qu'il soit, est tellement rapide, que 10% dans l'estomac, et 20% dans l'intestin grêle, d'après Clatenden, comme d'ailleurs, d'après Sir W. Roberts, son effet sur la digestion intestinale, peut être considéré comme nul.

Foie. L'alcool excite d'abord la fonction de la cellule hépatique et pancréatique, mais, dit le Dr. Triboulet : "On ne doit pas oublier combien sont dangereuses ces excitations artificielles et combien la déchéance fonctionnelle est près du travail exagéré." (1) Puis, à cette excitation de la cellule succède une torpeur fonctionnelle, et si l'ingestion d'alcool se prolonge, la fonction hépatique est arrêtée par paralysie des cellules. Si on prolonge l'intoxication un peu plus loin, on arrive à l'ictère grave, c'est à dire à la mort. C'est surtout dans le foie qu'on retrouve l'alcool, puisque d'après le Dr. Triboulet, la distribution de l'alcool dans l'organisme serait la suivante : sang, une partie, cerveau, deux parties, foie, quatre parties." (2)

Sécrétion Urinaire. Tout le monde sait que l'alcool produit la diurèse et cette diurèse n'est pas nerveuse.

Sang. On est arrivé à affirmer que l'alcool passe dans le sang et il est facile de comprendre comment longtemps qu'il y existe, il distribue le poison dans les tissus et produit par là des symptômes d'ivresse. De plus, l'alcool s'associe avec une partie de l'oxygène du sang, pour passer à l'état d'acétone et de cet élément de l'hématose, et de cette diminution d'oxygène dans le sang, il en résulte un abaissement de température.

Circulation. Sous l'influence de l'alcool, la circulation s'adapte d'abord précipité, et ralenti. La diminution de la circulation sanguine que l'on observe chez l'alcoolisé, est un effet direct du contact direct du cœur par l'alcool. On peut même, par l'usage de l'alcool, produire une arythmie grave du cœur.

(1) Triboulet. Traité de l'Alcoolisme, page 96.

(2) Traité de l'Alcoolisme (Triboulet), page 96.

Respiration — Pour ce qui est de la respiration, l'alcool en augmente la fréquence, mais elle reste régulière — après quelque temps, la fréquence des mouvements respiratoires diminue et ils deviennent très lents. Les échanges respiratoires sont diminués, comme le prouve le refroidissement du bœuf.

Excrétion et Sécrétion — Une certaine quantité de l'alcool absorbé est éliminée par le pœmon et l'urine. D'après Binz, le rein en élimine 2,20%, le pœmon 1,60% et l'urine 0,11%. L'alcool passe même dans le sang maternel et dans le sang foetal.

Chez la femelle nourrice, on le retrouve encore dans le lait — peut être expliquer et on peut l'hériter. — Bien plus, on le retrouve dans les glandes suivantes: testicules, prostate, ovaires, on le trouve aussi dans le liquide des glandes seminales, dans le sperme, et Nieloux ajoute: "Ainsi se trouve bien déterminée la gènèse de ce que j'ai proposé d'appeler l'alcoolisme congénital."

Système Nerveux — Sur le système nerveux, l'alcool produit une excitation apparente, mais une dépression réelle. Les professionnels du sport savent par expérience que l'alcool ne donne ni force ni résistance. M. L. Schneider, après avoir étudié l'action de l'alcool sur la force musculaire, en arrive à des conclusions contraires à la théorie de l'alcool aliment de forces musculaires.

L'alcool est un puissant anesthésique. C'est ce qui amène le retard dans la perception des impressions tactiles et auditives chez l'alcoolique. Le sujet s'imagine pourtant que ces sensations sont rapides. La cause de ce phénomène, d'après le Dr. Triboulet, "c'est que les centres nerveux supérieurs ou cérébraux, paralysés par l'alcool, ne peuvent contrôler le fonctionnement des centres inférieurs bulbo-médullaires" (1).

D'après Nieloux, l'anesthésie partielle est obtenue avec des doses variant de sept à dix cc. d'alcool absolu par kilogramme d'animal. On connaît l'anesthésie proverbiale de l'ivrogne, on peut le pincer, le chatouiller, lui toucher la conjonctive ou la cornée, sans effet, le sujet d'après une expression bien juste est "à la mort".

D'après A. Smith & C. Turner, le fonctionnement de l'intelligence est entravé par l'alcool, et plus le sujet est un cérébral, plus l'excitant est dangereux. Il y a anesthésie morale, et, privé du frein moral, l'alcoolisé se révèle dans sa réalité absolue: les uns sont expansifs, confiants, voient tout en rose, les autres sont sombres, concentrés, méfiants, prédisposés au délire qui se traduit par des actes criminels tels que le suicide, l'homicide, etc., etc.

(1) Traité de l'Alcoolisme Triboulet, page 116.

L'alcoolisé est un anesthésié. "La brute alcoolique" nous dit le Dr. Triboulet, son crime accompli, s'endort d'un lourd sommeil, avec perte de souvenirs au réveil. (1) Marthaler nous dit que La psychophysiologie du buveur consiste précisément dans les troubles de l'harmonie entre les diverses facultés.

L'intoxication par l'alcool éthylique atteint d'abord le système nerveux psychique, puis le système nerveux médullaire, et le système nerveux bulbaire, et enfin, toutes les cellules de l'économie.

Alcool Aliment. L'alcool est-il un aliment? Voilà une question qui a considérablement passionné les esprits et qui a fait verser beaucoup d'encre. Duclaux a même été jusqu'à dire dans les *Annales de l'Institut Pasteur*: "que l'alcool étant un stade du progrès de la vie animale que subit la molécule sucrée, il était impossible que l'alcool n'apparaisse pas pendant la digestion du sucre et que, par conséquent, de l'alcool ne soit forcément brûlé dans la profondeur des muscles, même de ceux qui le reponssaient religieusement en nature." (2) Cela a soulevé nécessairement des discussions considérables, et, la seule conclusion raisonnable qui découle de tout cela, c'est que par l'alcool, comme par tout hypnotique, il y a arrêt des échanges.

"C'est en envisageant," nous dit le Dr. Triboulet, "l'action de l'alcool sur la nutrition, sur la température et sur les échanges respiratoires que l'on reconnaît le vice d'appellation d'aliment d'épargne que l'on donne à l'alcool, expression ajoute-t-il qu'il faudrait bannir du langage médical." (3)

Et M. Atwater ne dit-il pas encore: "L'alcool est un aliment, c'est un détestable aliment, c'est un mauvais aliment." (1) Et, ajoute le Dr. Triboulet, cette affirmation est celle à laquelle ont abouti tous les observateurs. De plus, Bunge, Nemmann, Brunton, Woodhead, etc., etc., tous croient que l'alcool est un aliment nuisible. Il n'y a pas de liquide alcoolique hygiénique comme l'ont dit et répété Darenberg & Debove. "D'après bon nombre de savants et d'hygiénistes de divers pays" nous dit le Dr. Triboulet, "l'alcool n'est pas une nécessité, c'est un luxe dont la tolérance est subordonnée à la valeur organique des diverses catégories humaines." (2) "Nous voyons tous les jours" ajoute le Dr. Triboulet à la Société Thérapeutique, "la dose qui fait du mal, et en tout

(1) Traité de l'Alcoolisme Triboulet, page 120.

(2) E. Duclaux: Ce que c'est qu'un aliment *Ann. Inst. Pasteur*, 25 avril 1903, t. XVII, p. 307 et suiv.

(3) Triboulet, Traité de l'Alcoolisme, p. 147.

que médecin, je demande à connaître la dose d'alcool qui fait du bien."*

D'après les expériences faites par M. Mruel, de Toulouse, expériences basées sur des chiffres aussi justes qu'il est possible de les établir, un homme moyen en tout et partout, ne doit pas boire plus d'un demi litre de vin par jour, mais si on suppose qu'on a affaire à un individu chez qui la nutrition est ralentie, comme par exemple l'arthritique, ce n'est plus la même chose, en a dit Lemoine, "un homme sobre souffrira peu de son arthritisme, un homme exempt de diathèse pourra s'alcooliser longtemps avant de devenir alcoolique, un diathésique le deviendra rapidement." (3)

Quant à l'action anti-infectieuse de l'alcool, elle n'a jamais été prouvée, au contraire, on a conservé dans l'alcool des bacilles d'Eberth, on en a conservé dans la bière, la même chose pour le coli-bacille.

Kassowitz soutient que l'alcool n'a aucune valeur nutritive, que son emploi n'est nullement autorisé dans le traitement des maladies. (4)

Après ces études de toutes les discussions soulevées sur cette question, nous arrivons sur ce sujet aux conclusions formulées par Labbé, et qui sont les suivantes :

1o. "Un premier point est bien établi : l'alcoolisme chronique diminue la résistance de l'organisme animal à l'infection ; l'alcoolisme aigu aggrave les infections et accélère leur évolution fatale. Ce résultat expérimental concorde avec l'observation clinique, il montre la gravité des infections chez les anciens alcooliques et les dangers de la thérapeutique par l'alcool à haute dose.

2o. Le deuxième point reste douteux ; l'alcool à petites doses à titre d'excitant dans le traitement des infections, ne paraît avoir aucune influence sur leur évolution. Il ne paraît agir, ni heureusement, ni défavorablement. Les bienfaits de l'alcool à dose médicamenteuse sont donc incertains : peut-être ainsi que le soutenait Fuch, de Zurich, n'agit-il qu'en paralysant les centres nerveux des malades, en diminuant leurs souffrances et en les plongeant dans un

(1) Atwater, communication verbale à La Conférence de l'Institut Physiologique, Paris, 15 nov., 1903

(2) Triboulet, Traité de l'Alcoolisme, page 153

(3) Lemoine de Lille, Gaz. Méd. de Paris, 1891, p. 130

(4) Kassowitz Deutsch Med. Woch., août, 1900.

état d'émphonie qui les fait paraître mieux qu'ils ne le sont en réalité (thérapeutique de Narcose). (1)

PATHOLOGIE

Dans ses recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique, le professeur Joffroy a dit : " Nous ne connaissons rien encore des lois générales qui relient ces deux ordres de phénomènes distincts l'empoisonnement lent et l'empoisonnement rapide, brutal. Il faut donc faire l'étude de l'intoxication chronique des différents corps alors même que nous connaissons l'intoxication aiguë. Plus tard, alors que nous aurons une série assez complète de faits bien coordonnés, nous parviendrons peut-être à mettre en lumière les rapports qui relient les intoxications aiguës et chroniques, et à en déduire des lois générales, mais jusque là, nous ne pouvons qu'avouer notre ignorance sur ce point." (2) Ainsi, on voit par là, qu'il est difficile et même impossible de déterminer l'état anatomo-pathologique de l'alcoolisé à ses différentes périodes.

Comme on l'a vu dans la physiologie, l'effet de l'alcool est de congestionner la partie avec laquelle il arrive en contact, d'en altérer la cellule en en déshydratant le protoplasma ; cependant, ce désordre n'est que temporaire.

Sans insister davantage sur ce point, passons de suite aux lésions établies et trouvées dans les différents organes, en commençant par l'estomac.

L'estomac sera dilaté ou rétracté suivant que l'alcoolisé est un buveur de bière, de cidre ou de vin, ou qu'il est un buveur d'eau de vie (Lancraux). Dans la gastrite alcoolique, on passe par tous les degrés de la dégénérescence muqueuse à l'atrophie des glandes jusqu'à la dégénérescence scléreuse ; à chacun de ces degrés, la gastrite peut être ulcéreuse.

Les lésions *intestinales* sont mal connues et on doute encore de l'existence de la péri-entérite alcoolique, quoiqu'on la définisse dans les traités de médecine.

Le *pancréas*, à l'exemple des autres organes se sclérose.

Passons de suite au *foie*, qui est indubitablement l'organe le plus touché chez l'alcoolisé. Cependant, sa sensibilité est encore individuelle, et peut dépendre aussi de certaine condition pathologique du sujet. Ainsi, le foie des enfants, des sujets syphilitiques

(1) F. Joffroy, Traité de l'Alcoolisme, p. 162.

(2) Joffroy, *Rech. expérim. sur l'Alcoolisme*, Paris, 1907-08.

ou palludéens, est plus sensible à l'action de l'alcool, et d'autre part, chez d'autres sujets, on rencontre des cas exceptionnels où avec des quantités fantastiques d'alcool, on trouve un foie relativement peu touché : " Boix cite un début seulement probable de cirrhose chez un homme qui à l'âge de 55 ans avait, en trente ans, bu environ dix mille neuf cent cinquante bouteilles de cognac, dix mille neuf cent cinquante de whiskey ou de gin, dix mille neuf cent cinquante de vin ordinaire, cinq mille cinq cent soixante-quinze de champagne, cinq mille quatre cent soixante-quinze de vin généreux, vingt et un mille neuf cent apéritifs et trente-deux mille huit cent cinquante verres de bière. (1)

Dans la France médicale du mois d'août 1895, Lanceraux, avec de sérieuses statistiques prétendit que le vin produit plus de cirrhose que n'importe quelle autre boisson alcoolique ; il dit que le plâtrage et l'acidité du vin sont pour beaucoup dans la cirrhose. Dans son article sur l'alcool du traité de Brouardel, il dit : " Nous sommes parvenus à rendre des animaux cirrhotiques, en leur faisant prendre simplement pendant cinq à six mois du bisulfate de potasse." (2) Malgré cela, un grand nombre de médecins prétendent encore que c'est l'alcool qui altère la cellule hépatique. L'opinion de Joffroy est que les substances qui engendrent la cirrhose du foie sont multiples : l'alcool d'abord, puis les sels de potasse peuvent être incriminés.

Ceci est bien prouvé d'ailleurs, par le fait qu'on rencontre la cirrhose très fréquemment dans les pays où on ne boit pas ou presque pas de vin ; personne n'ignore l'expression anglaise si communément employée pour désigner un foie cirrhotique, à savoir : " *Gin drinkers liver* (foie du buveur de gin)." La description des lésions du foie dans la cirrhose tant atrophique qu'hypertrophique ne trouve pas sa place ici, on la trouvera parfaitement bien décrite dans les traités de médecine entre autres celui de Brouardel.

Rappelons cependant que dans la cirrhose atrophique il y a étouffement du tissu glandulaire et dans la cirrhose hypertrophique, surcharge et dégénérescence graisseuse du foie.

Rein : Les altérations rénales, les néphrites d'origine alcoolique sont rares et même exceptionnelles. Impossible de dire quelle part revient à l'alcoolisme chronique dans la production des néphrites.

(1) Boix Arch. Médecine Expériment., août 1902, p. 75 et suiv., d'après Triboulet, Traité de l'Alcoolisme.

(2) Lanceraux, Traité Médecine, Brouardel & Gilbert, Tome I.

Les buveurs ont cependant de gros reins, peut-être est-ce là la conséquence du fonctionnement exagéré de cet organe.

Organes Génitaux : L'alcool en passant dans les testicules, en détermine l'atrophie; chez la femme, des troubles ovariens sont parfaitement établis et même Audébert cite un cas d'avortement déterminé par l'alcoolisme de la mère et où il invoque l'athérome des vaisseaux ombéliques, comme cause déterminante. (1)

Système Circulatoire : On a vu en physiologie que l'alcool passe dans le sang, le modifie et par là, s'attaque aux capillaires et aux radicules de la veine porte. Lanceraux ne veut pas que l'alcool s'attaque aux artères, il ne veut pas non plus qu'il produise de l'endocardite. Cependant, en Allemagne, Ausercht (*Semaine Médicale*, 1895, page 668), cite et décrit une entité pathologique qui serait une myocardite d'origine alcoolique. En France, Pierre Merklen, dans la presse médicale du 7 janvier, 1903, donne la dilatation hypertrophique du cœur d'origine pléthoro-alcoolique. D'autre part, pour ce qui est des vaisseaux, Armaingaud prétend que l'apoplexie est plus fréquente chez les buveurs de vin.

Ègren (*Die arterio sclerose Leipzig*, 1899, cité dans Metchnikoff : *La Nature Humaine*) donne 25% des cas d'arterio sclerose dûs à l'alcoolisme chronique.

Lanceraux fait remarquer les lésions fréquentes de l'artère pulmonaire dont la composition se rapproche de celle de la veine porte.

Pour ce qui est des *voies respiratoires* sous l'influence de l'alcool, la muqueuse et les glandes se congestionnent, les vaisseaux capillaires s'hypertrophient et produisent ainsi la pharyngite chronique, la laryngite des buveurs. On sait d'ailleurs que les affections broncho-pulmonaires sont rendues beaucoup plus graves chez les buveurs.

Système Nerveux : C'est plutôt des lésions microscopiques que macroscopiques que l'on rencontre dans l'encéphale de l'alcoolisé.

"D'après Klippel, ce serait une dégénérescence granulo-graisseuse et pigmentaire des artérioles et des capillaires de l'écorce cérébrale, et une altération de même nature des éléments nerveux eux-mêmes." (2) Il ne veut pas que le délire soit dû à ces lésions nerveuses, seules elles ne s'y rattachent que d'une manière indirecte et ce délire est plutôt lié aux lésions rénales, hépatiques et digestives. Klippel veut encore expliquer la titubation de l'ivresse

(1) Audébert, Journal Lucas Championnière, 1902, art. 19, 189.

(2) Triboulet, Traité de l'Alcoolisme, page 184.

par une lésion cérébelleuse ; " la même chose se produit, " dit-il, " chez les malades souffrant de tumeurs du cervelet."

La méningite chronique est peut être une des lésions les plus fréquentes que l'on rencontre en anatomo-pathologie de l'alcoolisme ; elle est ordinairement locale, mais peut se généraliser et produire la pachyméningite diffuse avec lésions de l'encéphale. Les paralysies alcooliques qui peuvent se révéler sur chacun des membres de l'alcoolique sont le résultat de névrites périphériques avec dégénérescence wallérienne.

ETUDE CLINIQUE DE L'ALCOOLISME

Parce que les alcools consommés dans ce pays sont surtout l'eau de vie, le cognac, le gin, le whiskey, nous ne prendrions pas la division de Lanceraux qui traite d'émilisme, d'absinthisme, etc., etc., et nous diviserons ce chapitre en alcoolisme aigu ou ivresse et en alcoolisme chronique.

Alcoolisme Aigu : Nous connaissons tous l'alcoolisme aigu ou ivresse, dans laquelle le buveur voit son système nerveux surexcité.

A cette période, les mouvements perdent de leur certitude, ils sont irréguliers, d'où la démarche caractéristique de l'homme ivre que MM. Klippel et Triboulet veulent attribuer à l'influence de l'alcool sur le cervelet.

L'homme ivre pousse ses sentiments à l'extrême, qu'ils soient bons ou mauvais, que ce soit la tristesse ou la joie ; l'influence de l'alcool agit sur ses différentes facultés ; son regard s'embrouille, tout semble tourner autour de lui, il souffre de son estomac. S'il vomit, il peut arrêter l'intoxication, s'endormir pour se réveiller parfaitement bien ou simplement avec un mal de tête et des symptômes de gastrite. Ce passage de la période d'excitation à la période de malaise stomacal peut être provoqué par différentes causes, comme, par exemple, les changements trop brusques de température ; ainsi, un individu parfaitement bien au grand air, après avoir passé plusieurs heures au cabaret, rentre chez lui et se trouve subitement ivre.

Les différents symptômes de l'ivresse varient avec les différentes boissons absorbées ; c'est ainsi que le plus souvent le champagne produira une ivresse gaie, l'absinthe et l'eau de vie de grains, excitent aux passions violentes, et aux actes criminels, la bière alourdira, endormira, et affectera surtout l'estomac.

Lors que l'ivrogne ne vomit pas et qu'il a ingéré suffisamment d'alcool, il passe de l'excitation à la paralysie et sa langue s'embarasse, l'intelligence s'anéantit, le malade perd connaissance et tombe dans le coma alcoolique, il est ivre-mort, toutes les excitations extérieures ne peuvent le sortir de ce sommeil comateux, il a même perdu le réflexe cornéen. Pendant toute son ivresse, l'ivrogne a perdu complètement la mémoire et, chose plus extraordinaire, "un buveur," nous dit le Dr. Triboulet, "ayant oublié l'endroit où, étant ivre, il avait déposé un objet, s'enivra de nouveau et put le retrouver." (1)

Quoique le délirium tremens, la manie ébrieuse et l'attaque épileptique soient des manifestations de l'alcoolisme chronique, comme ils se produisent, chez ces alcooliques, à l'occasion de l'alcoolisme aigu, nous croyons qu'on peut les décrire sous cette dernière rubrique.

Le délirium tremens, comme son nom l'indique, est un délire avec agitation et tremblement des membres, lequel délire se produit à la suite d'excès alcooliques chez les alcooliques chroniques. Il peut survenir encore chez ces derniers à la suite de traumatismes, de maladies infectieuses, et d'arrêts subits de boissons alcooliques.

Outre le tremblement, le symptôme prédominant de cet état psychique est l'illusion : les idées se succèdent avec une rapidité extraordinaire et cela pendant que le sujet est parfaitement éveillé, et c'est avec raison que Régis disait : "Les intoxiqués délirants ne sont pas des dormeurs ordinaires assistant passivement et en simples spectateurs aux objectivations cinématographiques de leur automatisme mental, ce sont, des dormeurs actifs en mouvement." (2)

Les délirants voient les choses les plus extraordinaires, se trouvent dans les situations les plus embarrassantes et ont la manie de la persécution. Le plus souvent, les tableaux qui circulent devant eux sont constitués par des reptiles fantastiques et des animaux ante diluviens. La proportion en grandeur des animaux et des choses vues varie avec les sujets.

Je me rappelle un alcoolique en délire qui voyait de petits diables noirs de quatre ou cinq pouces se promenant sur les cadres des meubles et même entrant dans ses bottes placées à côté de son lit. Chez ces délirants alcooliques, la sensibilité semble disparue et j'ai

1 - Triboulet, Traité de l'Alcoolisme, p. 200.

2 - Triboulet, Traité de l'Alcoolisme, p. 324.

moi-même en connaissance d'un délirant alcoolique marchant sur une jambe fracturée, sans en ressentir aucune douleur.

Sous l'influence de ce délire, l'alcoolique peut exercer de grandes violences, il peut même se suicider, soit parce qu'il ne veut plus endurer les hallucinations auxquelles il est soumis, soit parce que ne se rendant pas compte de ses actes, il aurait pris par exemple une fenêtre pour une porte et se sera tué en tombant.

C'est ainsi que d'après Casper, on trouva à Berlin 25% des suicides causés par l'alcool.

D'après Lunier, en 1849, en France, 6,69% des suicides sont causés par l'alcool.

D'après Lunier, en 1869, en France, 12,98%.

D'après Gabner, en 1886, en Russie, 20%.

D'après Marthaler, en 1898, en Suisse, 30%.

Ce délire alcoolique peut durer de deux à six jours, et peut même se terminer par la mort : c'est la terminaison fréquente de certaines maladies infectieuses survenues chez les alcooliques invétérés, comme par exemple la pneumonie, l'érysipèle, et même la fièvre typhoïde.

À côté du delirium tremens se place la manie ébriense responsable de tant de meurtres. "Ce trouble mental" nous dit le Dr. Triboulet, "peut éclater immédiatement après l'ingestion de l'alcool ou après plusieurs heures." (1) Les actes auxquels se livre le malade, sont souvent fort dangereux, car contrairement à ce qui s'observe dans l'ivresse, les forces musculaires sont conservées et il n'existe ni maladresse, ni ataxie ; d'ailleurs, l'absence de toute crainte, de tout réflexe inhibitoire déceuple véritablement la vigueur du sujet." (2) D'après Krafft-Ebing : "La manie ébriense survient chez des névropathes, mais elle n'est possible qu'à la condition qu'il existe un trouble dans le tonus vasculaire cérébral, dû lui-même à un traumatisme passé, à la syphilis, à l'épilepsie, à l'alcoolisme chronique ou à une maladie cérébrale au début ou bien à des facteurs qui agissent synergiquement avec l'action vasoparalytique de l'alcool." (3)

C'est ainsi, comme nous le disions, il y a un instant, que s'expliquent un foule de meurtres commis par des individus ivres, meurtres plus horribles les uns que les autres : tous vous avez à la

(1) H. Triboulet, Traité de l'Alcoolisme, p. 205.

(2) H. Triboulet, Traité de l'Alcoolisme, p. 206.

(3) Krafft-Ebing Médecine Légale des aliénés, trad. à Remond, p. 481.

mémoire l'affaire de la petite Aheru, à Montréal, et dernièrement, ce jeune télégraphiste américain qui, sous l'influence de l'alcool, tue une personne, en blesse six autres, et se tue ensuite lui-même.

Le professeur Geoffroy a dit : " Pour faire de l'épilepsie, il faut une aptitude spéciale, l'aptitude convulsive provenant d'une déviation de l'organisme. (1)

Cependant, l'alcoolisme chronique chez des sujets prédisposés et à l'occasion d'alcoolisme aigu, peut provoquer une crise épileptique." Bien plus, le Dr. Triboulet nous dit : " Qu'on a observé chez des enfants assurément prédisposés, des attaques convulsives dues à l'allaitement par une nourrice alcoolique." (2) Ces attaques sont provoquées surtout par l'absinthisme ; elles peuvent se répéter par séries et finalement amener la mort.

Pour terminer avec l'alcoolisme aigu, disons que si le sujet a ingéré l'alcool trop rapidement, et à dose trop forte, la mort peut survenir et très promptement.

Alcoolisme chronique : Il y a une quarantaine d'années, Magnus Huss, un médecin suédois, décrivit les ravages causés dans l'organisme, par un usage continu et constant des boissons alcooliques ; il leur donna le nom heureux d'alcoolisme. Il ne s'en suit pas pour cela qu'on ne connaissait pas depuis longtemps les affections des différents organes causées par l'alcool, puisqu'on trouve chez les auteurs les plus anciens la description de la cirrhose.

L'alcoolisme chronique n'est pas toujours celui qui s'enivre souvent ; cette forme d'alcoolisme se déclare sans avoir jamais été précédée d'alcoolisme aigu. En effet, avec les habitudes sociales que l'on a acquises de nos jours, on boit à propos de tout ; a-t-on chaud, il faut boire pour se rafraîchir ; a-t-on froid, il faut boire pour se réchauffer.

On conçoit qu'avec de telles habitudes, on parvienne aisément si on ne réagit pas, à ingurgiter une dizaine de verres par jour, si on plus. Et ceci continué régulièrement, pendant un certain nombre d'années, amène plus ou moins vite, suivant le caractère de l'individu, des troubles physiques qui constituent ce qu'on est convenu d'appeler avec Magnus Huss, l'alcoolisme chronique.

Une autre façon bien commune de s'alcooliser chroniquement,

(1) Archives de Médecine Expérimentale et d'Anatomie Pathologique, No. 1 juillet, 1897.

(2) Le Dr. Triboulet, d'après le Dr. Veruay, de Lyon. Traité de l'Alcoolisme, p. 343-344.

et cela, surtout chez les femmes, c'est la façon qu'on a aujourd'hui de chercher à se tonifier avec une foule de médicaments tous à base d'alcool, à commencer par les vins toniques si nombreux que l'on prescrit à propos de tout et surtout à propos de rien, puis un whiskey pur et simple que l'on prend sous forme de Perina, ou de Paine Celery Compound, etc., etc.

Le goût de l'alcool, n'est pas naturel, c'est un goût acquis, et c'est d'abord avec dégoût qu'on absorbe les premières doses, il faut que le goût soit acquis pour que le sujet l'aime.

Peu à peu cependant, ce goût se développe, c'est l'accoutumance, et bientôt le sujet accoutumé à l'alcool, ne peut se passer de lui, il lui est devenu nécessaire et l'alcoolisme est constitué. Les effets de cet alcool, pris régulièrement et quotidiennement, font surtout ressentir sur le tube digestif et sur le système nerveux. On a vu dans la partie de ce travail qui traite de l'anatomie pathologique de l'alcoolique, les lésions produites par l'alcool sur l'estomac, avec de telles lésions, le buveur ne saurait manquer d'offrir les symptômes d'une affection digestive.

En effet, on remarque chez lui une inappétence confirmée, des douleurs à l'épigastre et enfin, symptôme caractéristique, la pituite matinale, consistant en vomissements de matières glaireuses le matin au lever.

Comme nous l'avons vu, à chaque des périodes de la gastrite alcoolique, l'ulcère rond de l'estomac peut se produire avec tous ses symptômes.

L'alcool absorbé par la veine porte, vient altérer la cellule du foie et produire les différentes sortes de cirrhoses: cirrhoses hypertrophiques, cirrhoses atrophiques, que vous connaissez tous. Notons en passant que la cirrhose du foie est le plus souvent alcoolique.

Le Dr. Triboulet s'est demandé si ces cirrhoses alcooliques n'étaient pas tuberculeuses, et il a trouvé avec Jousset, du bacille de Koch dans deux liquides de cirrhose sur sept examens pratiqués.

Parmi les manifestations de l'alcoolisme sur le système *nerveux*, l'une des premières à se révéler, est le tremblement que l'on observe d'abord aux membres supérieurs, cela est probablement dû à ce que l'on exige des mains et des doigts des mouvements plus précis et plus délicats. Faites étendre les mains d'un alcoolique et vous les verrez agitées d'un mouvement fébrile. Ce tremblement se manifeste d'ailleurs, dans l'écriture. Il est surtout accentué le matin à jeun, il disparaît après l'absorption d'une certaine quantité d'alcool. C'est une raison qui encourage le buveur à s'alcooliser davantage.

Peu à peu, ces tremblements s'étendent jusqu'aux membres inférieures et les crampes apparaissent, la paralysie s'accroît jusqu'à ce que la démarche du buveur offre le mouvement appelé par Charcot, et si bien décrit par lui, le *steppage*. C'est alors qu'apparaissent dans les muscles des douleurs vives que l'on peut comparer aux douleurs des ataxiques : les membres sont sensibles à la palpation et les réflexes sont abolis.

Cependant, lorsqu'ils n'ont pas duré depuis longtemps, et si les excès sont arrêtés, ces troubles peuvent encore disparaître : mais, si sous l'influence de nouveaux excès, ces troubles viennent à réapparaître, ils persistent alors pour ne plus disparaître. (1)

Ces troubles nerveux peuvent s'étendre jusqu'à la paralysie généralisée qui dure de trois semaines à trois mois, avec terminaison fatale par extension de névrite aux nerfs de l'appareil respiratoire et au diaphragme.

Citons en passant l'amblyopie des alcooliques que les travaux de Uthoff ont si bien mis au point. Le Dr. Triboulet prétend qu'un alcool même à la dose de deux petits verres par jour, peut déterminer une amblyopie notable.

Parmi les troubles causés par l'alcoolisme chronique, on ne saurait manquer de citer les troubles de la peau, parmi lesquels le plus fréquent est la couperose ou l'acné rosacée. A ce propos, citons le résultat des observations de Kaposi, d'après lequel le nez du buveur de vin serait rouge vif ; celui des buveurs de bière, cyanotique ou violet ; celui des buveurs d'alcool, mou, volumineux, et d'un bleu sombre.

Personne n'ignore l'influence néfaste de l'alcool sur les eczémateux, et c'est pourquoi on doit toujours défendre toute espèce d'alcool dans le régime de ces malades.

Quand il est pris régulièrement, on a vu quelle influence l'alcool pourrait avoir sur les maladies par ralentissement de la nutrition, entre autres l'arthritisme ; bien plus, d'après le Dr. Triboulet, "il fait le diabète." (2)

Mais, c'est lorsque se produit une maladie infectieuse que l'on voit la résistance tant diminuée de l'alcoolisme chronique : je ne ferai que vous rappeler le pronostic si grave des pneumonies, des érysipèles, des fièvres typhoïde, de l'influenza, chez les alcooliques chroniques, que vous avez tous eu l'occasion de constater vous-même.

(1) Opinion exprimée par Triboulet, Traité de l'Alcoolisme, p. 247.

(2) Triboulet, Traité de l'Alcoolisme, p. 258.

Nous en arrivons ainsi aux relations de l'alcoolisme et de la tuberculose, ce que je ne crois pas que cette relation intime ne fasse de doute pour personne. Hayem n'a-t-il pas dit que la tuberculose se prenait sur le vin, et ensuite Bronardel, au congrès tenu à Londres en 1902, disait encore que l'alcoolisme est le plus puissant facteur de la tuberculose. D'ailleurs, nous avons l'avantage d'avoir au milieu de nous un des maîtres les plus distingués de la science médicale française, qui devra dès ce soir développer devant vous ce sujet important. Reste encore à débattre la question d'alcoolisme, comme cause déterminante d'affections mentales.

L'alcool agit de différentes façons sur la mentalité des sujets et de même qu'on voit des alcooliques boire toute leur vie, et boire beaucoup, sans que leur état mental en soit considérablement affecté, de même aussi, on voit des buveurs faire très facilement du délire, et même de l'alcodomanie. Il faut donc qu'il y ait prédisposition chez le sujet pour qu'il fasse de l'aliénation mentale par suite de l'alcoolisme.

Parmi les troubles mentaux produits par l'alcoolisme, on cite, en première ligne, la dipsomanie. La dipsomanie aurait peut être sa place plutôt avec l'alcoolisme aigu, puisqu'elle survient à l'occasion d'un excès aigu, mais nous n'avons pas voulu la séparer des troubles mentaux de l'alcoolisme. Le mot dipsomanie, qui désigne cette disposition d'esprit caractérisée par un désir morbide de l'alcool est un mot faux et erroné, nous dit le Dr Lee Howard, dans le *New York Medical Journal*.

En effet, il n'y a pas dans cette affection de désirs insensés de boire, c'est ni plus ni moins qu'un désir morbide incontrôlable pour un narcotique qui donnera un repos à une agitation mentale périodique et à une faiblesse physique. Comme le mot semblerait l'indiquer, il n'y a pas de soif poussée jusqu'à la folie, pas de désirs enragés et fiévreux, pour les liquides. Je suggérerais avec le même auteur, d'appeler cela de la narcomanie; je crois que ce serait un terme plus correct.

Ce trouble mental survient chez des neurasthéniques cérébraux et, ces nerveux peuvent ingurgiter des quantités d'alcool de toute espèce pendant plusieurs jours, sans en ressentir un effet trop considérable jusqu'à ce qu'un état pathologique survienne; alors ils appellent le médecin; l'attaque passée, ils ne prennent plus d'alcool.

On a soulevé des questions très intéressantes pour distinguer le dipso-maniaque de l'ivrogne chronique et les opinions sont encore controversées.

D'après notre maître, le Dr Triboulet, voilà comment on différencie le dipsomane de l'ivrogne : " Le premier lutte et combat jusqu'au premier verre, et dès qu'il a cédé, il se satisfait, le second ne pense jamais à lutter, il aime à aller au cabaret, à se vanter de ses excès, etc., etc., le dipsomane a honte il se cache." (1)

Après ses excès, l'ivrogne n'aspire qu'à recommencer, tandis que le dipsomane jure qu'il ne boira plus. (2) S'il sent revenir l'accès, ou s'il n'est pas sûr de lui-même, il se soumettra à tout pour s'empêcher de boire, même à l'intermèdit ou à une surveillance étroite pratiquée par une personne en qui telle il a confiance.

Il y a encore les délire systématisés alcooliques qui sont pour la plupart greffés sur l'alcoolisme chronique, qui se répètent pour conduire à la fin, un sujet à la démence.

A citer encore comme effet de l'alcoolisme chronique, la paralysie générale progressive.

Dans un travail présenté au congrès de cette même session tenu à Montréal en 1901, travail intitulé " Contribution de l'étiologie de la paralysie générale progressive, le Dr Chagnon, appuyé en cela, par les Drs Villeneuve et Triboulet, émettent la conclusion suivante : " Sur 110 observations de paralysie générale progressive faites à la Longue-Pointe, nous pourrions conclure d'après l'analyse de ces 110 cas, que l'alcoolisme est la cause la plus fréquente de la paralysie générale, quels que soient l'état social et la profession du malade, et que la syphilis est le facteur étiologique, dans cette maladie, vient en second lieu." (Rapport du 2nd Congrès des MM. de L. F., p. 519).

Voici ce que nous dit avec Rousset, notre maître, le Dr Triboulet, au sujet de cette question : " Nous ramènerons à ces deux les opinions émises au sujet du rôle de l'alcoolisme, dans l'étiologie de la paralysie générale :

- 1o. La paralysie générale est habituellement due à l'alcoolisme (Renandier, Peters, Calmeil) ;
 - 2o. Il n'y a pas de paralysie générale alcoolique, mais il y a une pseudo-paralysie générale alcoolique (Ball & Régis) ;
 - 3o. L'alcoolisme est une cause occasionnelle, quand il agit sur un terrain prédisposé (Geoffroy).
- 1o. Il faut distinguer nettement les manifestations de l'alcoolisme chronique et celles de la paralysie générale, mais l'intoxi-

(1) Triboulet, Traité de l'Alcoolisme, p. 312.

(2) Triboulet, Traité de l'Alcoolisme, p. 312.

caution chronique par l'alcool, peut aboutir à la paralysie générale (Magnan)

Ce sont surtout ces deux affections — la démence alcoolique et la paralysie générale progressive, qu'on rencontre dans les asiles, comme aliénation mentale causée directement par l'alcoolisme.

Nous avons cherché à établir combien dans nos asiles de la province de Québec, nous avions de ces admissions d'alcooliques, et voici ce que nous avons trouvé :

*ALCOOLISME COMME CAUSE DIRECTE D'ALIÉNATION MENTALE D'APRÈS UNE
STATISTIQUE FAITE SUR LES DONNÉES LONGUE-POINTE, BERNARDIN ET VERDUN.*

ANNÉES	NON-ALCOOLISÉS			FOLIE ALCOOLIQUE			POURCENT
	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	
1901	330	316	646	17	3	20	3.09
1902	328	334	662	23	9	32	4.83
1903	332	343	675	35	1	36	5.40
1904	320	359	750	38	11	49	6.24
1905	375	424	799	30	3	33	4.13

Il y aurait encore à citer en terminant, le délire de jalousie, si fréquent chez les alcooliques et cause, comme nous dit le Dr. Triboulet, d'un certain nombre de crimes dits passionnels.

L'alcoolisme serait encore une cause considérable de dépopulation et abrégérait la vie d'une façon étonnante.

D'après Jean White, secrétaire de l'Alliance du Royaume-Uni, contre l'alcool, les contrôles des diverses grandes compagnies d'assurance, ont permis de constater un fort appréciable abaissement de mortalité chez les abstinentes.

TABLE STATISTIQUE PORTANT SUR 29 ANNEES.

<i>Consumers of Alcohol</i>		<i>Abstainers.</i>	
Décès prévus	Décès	Décès prévus.	Décès
8,836	8,617	6,689	1,368

Sur 1,000 ismétés abstincts, 590 atteignent l'âge de 65 ans.

Sur 1,000 buveurs, 154 atteignent l'âge de 65 ans.

Sur 100 vies, 60 décès sur 1,000.

Il est à remarquer et combien sont aggravés les traumatismes des alcooliques contre la chloroformisation qui est rendue très difficile chez eux, ceux-ci se rétablissent très mal, les plaies guérissent très lentement et ils sont exposés à des accidents secondaires, pneumonies, etc., etc.

Ceci termine notre étude sur l'alcoolisme chronique et nous passons maintenant au traitement.

TRETIEME.

Avant d'entrer dans l'étude du traitement proprement dit de l'alcoolisme, je voudrais établir une chose qui ne semble pas absolument évidente pour la généralité des gens en Canada, et cela, peut-être parce que la profession médicale qui serait surtout en état d'établir et de fixer la question, n'y attache pas tout l'intérêt qu'elle mérite.

Il s'agit de prouver que l'alcoolisme est une maladie, et qu'il existe un traitement pour le guérir.

En effet, vous, messieurs, qui pratiquez depuis nombre d'années, avez-vous vu en grand nombre à votre consultation, des alcooliques venir vous demander de les guérir du besoin incontrôlable qu'ils avaient de boire, et si oui, les avez-vous traités ou leur avez-vous dit qu'il n'existait aucun traitement?

Il est pourtant bien certain que l'alcoolisme est une maladie, et que celui qui en souffre, dépend beaucoup plus du médecin que du légiste.

Nous ne sommes plus, il est bien vrai, comme à l'époque de François Ier, où l'on faisait battre de verges ou couper les oreilles aux alcooliques, ou plutôt aux personnes trouvées publiquement ivres.

Mais encore, et en Canada, on considère l'ivresse comme une offense, et dans le dernier rapport des inspecteurs de prisons et d'asiles d'aliénés, sous le chapitre *offense*, à la lettre "I," on constate que le nombre de personnes ivres, se chiffre par 1716. Il

est bien vrai que vous y voyez aussi à la lettre "A." sous la même rubrique, le mot *aliéné*, qui se chiffre par 17, mais l'un n'exclut pas l'autre.

Que disent nos maîtres à ce sujet? Le Pt. Triboulet nous dit : " L'idée de considérer les buveurs invétérés et les ivrognes non comme de simples délinquants, mais comme des malades qu'il faut traiter et assister avant tout, remonte à plus de 1,500 ans. Elle a été formulée par le juriconsulte romain l'ipic. En 1717, elle fut reprise par Condillac, qui demandait des hôpitaux spéciaux pour les maniaques de la boisson. (1)

En feuilletant Legrain, dans son remarquable ouvrage sur la dégénérescence sociale et l'alcoolisme, ne trouve-t-on pas ces lignes : " L'ivrogne récidiviste est un cérébral, un infirme qui n'est pas plus libre de s'empêcher de boire que l'impulsif ne l'est de se maîtriser." (2)

Il reste donc bien prouvé aujourd'hui, de l'aveu des gens les plus compétents, que l'alcoolisme n'est pas un crime, mais bien une maladie.

Cependant, si vous feuillotez les traités de médecine et tous les ouvrages qui se sont occupés d'alcoolisme, vous trouverez rarement un traitement recommandé. On admet généralement avec Legrain, que la volonté est la seule thérapeutique sérieuse contre l'alcoolisme, " la dilution d'un peu de volonté avec beaucoup d'eau," nous dit Legrain.

Je ne suis pourtant pas d'avis de me ranger avec ce dernier, car il ne fait plus de doute pour personne, que dans ces institutions, Gold Cure ou autres, soit par influence morale ou autrement, on obtient un résultat appréciable. Encore une fois, je sais moi-même des cures que j'ai pu observer comme durables, depuis plusieurs années. Voici d'ailleurs quelques chiffres recueillis dans un Gold Cure du pays, par le gérant de l'institution :

Depuis 1891, 8,791 patients ont été traités dans cette institution. Sur ce nombre, les cas de rechutes qui sont connus, se chiffrent à 6%. Le patient n'est congédié que lorsque sur son témoignage personnel, il se sent guéri. Quelque nombre de cas souffraient à leur entrée de delirium tremens, jamais on n'a eu de morts. 35% des cas traités sont des cas héréditaires. Chez les femmes, le gin est la boisson favorite. Les médecines patentées dans la plupart des cas sont responsables des rechutes.

(1) Triboulet, Traité de l'Alcoolisme, p. 365.

(2) Legrain, Dégénérescence sociale et alcoolisme, p. 191.

Pourquoi ce traitement ne serait-il pas fait par un médecin qui est bien plus en état d'agir même sur le moral d'un alcoolique, que n'importe quel gérant de Gold Cup. D'ailleurs, dans d'autres pays, la chose est directement sous le contrôle de la profession médicale; chez nos voisins, aux États-Unis, l'asile de Binghampton nous donne 61% des guérisons sur une statistique de 1,200, pendant 10 ans. A Fort Hamilton, N. Y., 49% maintenus depuis 8 ans. Crothers nous dit: "L'impression est que tout au moins 35% de tous les cas obtiennent une guérison durable." Enfin, le Dr. Triboulet dit que de toutes les statistiques qu'il ait étudiées il décompte que 43% des buveurs sont curables.

Ici, nous n'avons pas, ou mieux, pas assez d'asiles et d'hôpitaux pour recevoir les alcooliques; bien plus, les règlements de nos différents hôpitaux comportent que l'on ne doit pas y admettre les alcooliques, et d'un autre côté, les médecins eux-mêmes n'ont jamais songé à travailler à guérir l'alcoolisme.

N'y a-t-il pas là, messieurs, une réforme considérable à opérer?

D'abord, puis que aujourd'hui, il est établi que l'alcoolique est un cérébral, ne serait-il pas à propos d'insister fortement auprès de nos gouvernants pour l'établissement d'un plus grand nombre d'asiles ou d'hôpitaux où seraient internés et soignés ces malades du cerveau? La chose existe partout, en Allemagne, en Suisse, en Russie, aux États-Unis, etc., etc.

En effet, que deviennent nos alcooliques ramassés sur la rue, où les a jetés leur maladie? On les relègue à la prison où ils sont en contact avec des criminels, et comme pour ces faibles du cerveau, la criminalité est pour ainsi dire contagieuse, ils deviennent eux-mêmes bientôt des criminels. Mais, le moyen qui serait le plus efficace, celui qui nous intéresse le plus, c'est de nous convaincre de l'importance qu'il y a pour la profession médicale de traiter l'alcoolisme.

Quand bien même arriverion-nous à guérir vingt, ou même dix pour cent des alcooliques, que nous pourrions traiter, ce serait encore un résultat et un résultat meilleur, que celui obtenu jusqu'ici puisque cette partie de la thérapeutique a été négligée jusqu'à ce jour. Ceci étant dit, nous aborderons ce que devrait être le traitement de l'alcoolisme; nous le diviserons comme pour l'étude clinique, en deux parties: en alcoolisme aigu et en alcoolisme chronique.

Contrairement à la marche que nous avons suivie dans l'étude clinique, nous ferons entier dans l'alcoolisme chronique le traite-

ment du délire, et des accidents qui surviennent à l'occasion d'une alcoolisation rigide, chez des alcooliques chroniques.

Alcoolisme Aigu : Si l'ivresse n'est pas grave, le malade vomit, puis s'endort et se réveille brisé, mais cette fatigue disparaît bientôt avec une alimentation généreuse.

Si l'intoxication est grave, il faut par tous les moyens à notre disposition, vomitifs ou sondes stomacales, faire sortir le poison de l'estomac. L'ammoniaque aromatique, à dose de 10 ou 15 gouttes dans un peu d'eau, reste toujours le remède populaire pour dégriser.

Une chose très importante est de tenir le malade à la chaleur.

Quand l'ivresse a provoqué une gastrite, il vaut mieux tenir le malade à un régime sévère, de préférence, le régime lacté pendant quelques jours.

Contre la gastrite, personnellement, j'ai l'habitude de prescrire la teinture de capsicum à la dose de 4 ou 5 gouttes dans un peu d'alexir simple.

Alcoolisme Chronique : Le médecin est généralement appelé à traiter un alcoolique chronique, lorsque celui-ci, à la suite d'un excès plus considérable, prolongé pendant plusieurs jours, s'est rendu bien malade. Mais de suite, une question importante s'impose : doit-on arrêter complètement tout alcool ? On a dit et on prétend encore, dans certains milieux, qu'il fallait arrêter petit à petit, par degré, surtout parce qu'un arrêt subit pouvait provoquer du délire.

Cependant les autorités les plus compétentes nous conseillent de supprimer de suite tout alcool : " Le malade sera vigoureusement sevré de toute boisson alcoolique distillée ou fermentée " nous disent Magnan et Sérieux, dans Robin, *Traité de thérapeutique*. " Les buveurs rebelles seront entièrement privés de leur stimulant jus qu'au jour où le besoin ne s'en fera plus sentir " (Lamee-ranx). Le grain nous dit : " Jamais, après avoir traité des milliers de buveurs, je n'ai vu un seul de mes malades se montrer avide d'alcool au lendemain de son sevrage " et le Dr. Triboulet déclare avec lui que jamais le sevrage d'alcool, même brusque, n'entraîne de phénomène d'innutition.

Avec de semblables témoignages, il n'y a pas à douter qu'il tant pratiquer le sevrage brusque et c'est ce que j'ai fait dans les quelques cas que j'ai eus à traiter depuis quelques années, et jamais je n'eus à m'en repentir.

Je puis même ajouter que dans certaines circonstances j'eus à traiter des malades intoxiqués depuis plusieurs mois, et chez les-

quels j'ai pratiqué le sevrage brusque, sans observer chez ces malades aucun symptôme fâcheux.

Une autre question, c'est de calmer l'état d'énervement du malade qui lui-même demande et insiste pour qu'on lui procure du sommeil, et c'est seulement à ce prix qu'on l'empêchera de se lever, surtout dans la clientèle privée où on ne peut le séquestrer ni l'empêcher de boire. Pour arriver à obtenir ce sommeil, il existe de nombreux médicaments, parmi les plus usités : les bromures, le chloral, l'opium sous toutes ses formes, et enfin, la paralaldéhyde. Ajoutons à ceux-ci le trional et la caféine.

Le chloral associé au bromure agit bien chez les alcooliques, mais il faut s'en servir avec une très grande prudence. D'après Mauquat, il faut le donner à doses fractionnées : un gramme toutes les quatre ou cinq heures au maximum. Maguan et Sérieux le prescrivent à la dose de deux ou trois grammes, dose prise au moment du dîner, avec, deux heures après, une dose de bromure de 3 grammes.

Je crois, cependant, que chez les alcooliques âgés, ou plutôt avancés, il est nécessaire d'insister le chloral avec une très grande prudence.

L'opium produit un très bon effet chez les alcooliques : on le donnera surtout en injections hypodermiques sous forme de sulfate de morphine associé au sulfate d'atropine. Plus loin, nous verrons qu'on peut porter ces doses à un degré très élevé.

A ma connaissance, de tous ces médicaments, celui qui produit le meilleur résultat est la paralaldéhyde, non pas à la dose telle qu'indiquée dans les auteurs, mais à deux ou trois fois cette dose.

Quand je suis appelé auprès d'un alcoolique que je veux calmer et faire dormir, je commence d'abord par lui donner deux ou trois cuillerées à thé, c'est-à-dire 15 grammes de paralaldéhyde, dans un peu d'eau ; au bout de deux ou trois heures, le malade se réveille et alors, ou je répète la dose, ou bien, je lui donne une injection de morphine $\frac{1}{4}$ de grain, avec $\frac{1}{150}$ d'atropine. Cette dose peut être répétée deux ou trois fois sans aucun danger. On arrive ainsi à produire un sommeil réparateur d'autant plus que la paralaldéhyde peut être donnée au malade qui demande du whiskey et calmer sa manomanie en même temps qu'elle calme ses nerfs.

A la suite de ce sommeil réparateur, pendant lequel le malade se désalcoolise on peut administrer avec avantage un purgatif salin tel que le sulfate de soude, sous forme de Carabana et des boissons diurétiques. On peut encore contre l'agitation persistante et l'in-

sommeil, prescrire les bains tièdes prolongés et les applications d'eau froide sur la tête.

Quand le malade est guéri de sa période la plus aigue, une agitation moins intense continue et peut l'empêcher de sommeiller : contre celle-ci, le trional donné jus qu'à la dose de 1 gramme 50 et même répétée pendant la nuit, aura raison de cette insomnie. Cependant, j'ai vu des cas où le trional et même le chloral, n'avaient pu réussir. Et où une injection hypodermique de caféine de 0,25 centigrammes amenait le sommeil.

Quelquefois, pour la gastrite, comme après l'ivresse aigue, il est bon de prescrire la teinture de capsium à la dose de 1 ou 5 gouttes répétées quatre ou cinq fois par jour dans de l'éléxir simple. Il est des cas où avec du delirium tremens très grave, ce qu'on est convenu d'appeler le delirium tremens fébrile, le malade résiste au traitement et présente une agitation telle qu'il faut le séquestrer, et l'empêcher de se nuire à lui-même et de nuire à son entourage.

Cependant, il ne faut jamais attacher un délirant alcoolique de même qu'il ne faut pas lui mettre la camisole responsable d'une foule de conséquences fâcheuses, surtout du côté de la respiration qu'elle entrave.

Le maillot contrairement à la camisole, peut être appliqué sans danger et protège le malade contre le froid : il sera léger en été et plus lourd en hiver.

Le malade ainsi revêtu du maillot sera placé dans une chambre matelassée et sous la surveillance constante des gardiens. Tous les matins, un bain tiède prolongé pendant une demi-heure débarrassera le malade de toutes les matières excrétées.

Mais tout cela ne porte que sur le traitement de la forme aigue de l'alcoolisme chronique : après ce traitement, et à une époque plus ou moins rapprochée, le malade est nécessairement destiné à succomber de nouveau. C'est contre cela surtout qu'il faut lutter, c'est contre cela, je crois, qu'il nous faut agir.

J'avoue que mon expérience sur le sujet est bien restreinte. Mais, j'ai ici, comme je le disais ailleurs, des statistiques et des cas de guérisons qui se maintiennent depuis plusieurs années déjà, et ces guérisons ont été obtenues par le traitement que je vais dès maintenant vous exposer.

Tout d'abord, prenons la séro-thérapie anti-éthylrique.

Après la révolution opérée en thérapeutique par Pasteur et tous les suivants qui ont fait après lui, des découvertes si considérables, on conçoit que la thérapeutique de l'alcoolisme ait été diri-

gée sur le principe de la séro thérapie. En effet pourquoi la chose n'existerait pas au sujet de l'alcoolisme comme pour toute autre maladie, et pourquoi le sérum des animaux atteints d'alcoolisme ne serait il pas curatif comme l'est le sérum des animaux rendus diphtériques et charbonneux? C'est ce que l'on a essayé d'établir et après les résultats obtenus, la chose ne semble pas absolument dénuée de fondement. En effet, Charles Broca, Sapelier, et V. Thébaud, en 1899, ont fait des travaux sur ce sujet et sont arrivés aux résultats suivants qu'ils expriment ainsi: " Nous avons produit chez le cheval, l'accoutumance à l'alcool, absorbé de bon gré par la voie buccale.

Son sang a fourni un sérum qui, injecté à des animaux ayant pris préalablement l'habitude et même le goût de l'alcool a produit chez ces animaux un dégoût tel de l'alcool, qu'ils ont préféré s'abstenir de boisson ou de nourriture plutôt que de continuer d'absorber de l'alcool. Il nous a été impossible de provoquer chez ces animaux aucun accident local général, ou toxique, par l'injection sous-cutanée, même à des doses excessives de ce sérum.

Les essais cliniques faits chez des buveurs ou alcooliques ont confirmé les résultats expérimentaux obtenus sur les animaux. L'alcoolomane traité par l'anti éthylé perd le goût de l'alcool, des boissons fortement alcoolisées comme l'absinthe, l'eau de vie, le rhum; il peut même en avoir le dégoût et ce perdre l'accoutumance." (1)

Le Dr. Sapelier nous donne une statistique de 60% de guérisons résultant de cette méthode.

Les injections sont de 5 centimètres cubes répétées tous les trois jours et peuvent être données jusqu'à 20 cc. Ce traitement quoique paraissant très sérieux, demande à être confirmé pour être admis tel que présenté; il serait très à propos que la chose soit sérieusement étudiée car si les résultats qu'a pu obtenir Sapelier, sont réels, ce traitement est destiné à apporter un bien-être considérable dans tous les pays civilisés.

Le traitement le plus en vogue dans nos contrées est celui préconisé par les Gold Cure. La base de ce traitement est évidemment la strychnine et l'atropine sans compter le chlorure d'or et l'influence morale produite, tant par le prix que l'on impose aux clients que par l'apparat dont on les entoure.

Nous avons vu ailleurs, d'après des statistiques, que ce traitement de l'alcoolisme produisait des résultats appréciables, et je

(1) R. Broca, Sapelier, V. Thebaud Acad. Méd., 13 mai, 1899.

crois réellement qu'il y a là un moyen de traiter l'alcoolisme, qu'il est important d'étudier.

Je trouve dans le *British Medical Journal* un article excessivement intéressant signé du Dr. C. A. McBride, de Toronto, et je crois que cet article résume un peu le traitement que l'on fait dans les Gold Cure.

Le Dr. McBride arrive à la conclusion, d'après des observations nombreuses, que la détention prolongée n'est pas absolument nécessaire et qu'après un traitement de 6 semaines, on peut généralement guérir un alcoolique ; sur ce sujet, le Dr. McBride prétend que si le traitement est bien fait, le résultat doit nécessairement être la guérison.

Chez un adulte, dit-il, quand il n'y a pas de délire ou de sérieuses complications, voilà les doses que j'administre :

1o. Le sulfate d'atropine, en commençant par 1/200 gr. trois fois par jour, en augmentant graduellement pendant la première semaine jusqu'à ce que les pupilles soient affectées et que la bouche devienne sèche. Dans la plupart des cas, 1/50 de gr. sera la dose maxima.

2o. Le nitrate de strychnine, donné en même temps et hypodermiquement à une dose commençante de 1/60 de gr. et augmenté jusqu'à 1/20 de gr. dans la majorité des cas.

3o. L'extrait fluide de quinquina rouge donné toutes les heures par la bouche aux doses ordinaires (2 à 4 grammes).

Le Dr. McBride ajoute que dans une administration aussi énergique de médicaments, il faut se servir considérablement de son jugement, et que dans certains cas, il est nécessaire de modifier le traitement.

Les méthodes auxiliaires peuvent être aussi d'une très grande valeur parmi lesquelles on doit mentionner le traitement de la santé générale du patient, les bains chauds, une diète spéciale et un exercice régulier. Dans les cas de délire ou de symptômes maniaques, on aura recours aux traitements spéciaux.

Même au risque de diminuer la force du malade, il est généralement à propos de donner une purgation rigoureuse en commençant, pour favoriser l'élimination de l'alcool.

Pour appuyer son traitement, le Dr. McBride nous fournit 1 observations qu'il a choisies parmi celles qu'il possède ; ce sont les suivantes :

OBSERVATION No. 1. — E. M., âgé de 45 ans, entre pour traitement au mois d'août 1895, d'apparence cadavérique, physique

faible, remarquablement nerveux, santé générale mauvaise, souffrant beaucoup d'insomnie : est un grand fumeur. Ses attaques d'alcoolisme étaient périodiques et duraient une nuit ; pendant les deux ou trois mois d'intervalle, il n'avait aucun désir pour les stimulants. Pendant qu'il vaquait à ses affaires il était soudainement saisi par un désir incontrôlable pour les stimulants, se sauvait et disparaissait pour quelque temps : il était retrouvé plus tard dans une chambre d'auberge où il avait bu une quantité considérable de whiskey. Pendant ses débauches, il parlait raisonnablement, mais après, il ne se souvenait de rien. Avant le traitement, le patient était trouvé, par ses amis, après s'être caché pendant trois jours, prêt à recommencer une nouvelle débauche.

Trouvant le patient très sensible à la strychnine je n'ai pas donné plus de 1-30 grain (0,0022) trois fois par jour, avec cela j'ai donné le sulfate d'atropine en commençant avec 1-200 de grain (0,0003) en augmentant la dose jusqu'à ce que les yeux et la bouche soient affectés ; cette dose fut maintenue pendant une quinzaine.

On donna aussi au patient, toutes les trois heures, un mélange de quinquina rouge de gentiane et de capsicum. La dose de strychnine fut maintenue jusqu'au vingt-huitième jour alors qu'elle fut cessée en la diminuant tous les jours à la fin de la cinquième semaine. Le capsicum dans le mélange ne fut administré que dans la première quinzaine et le mélange simplifié fut continué pendant le reste du traitement. Le patient perdit la soif des stimulants le troisième jour ; le jour suivant l'insomnie disparut, son état général s'améliora avec une rapidité remarquable et il quitta le sanatorium à la fin de la sixième semaine en excellente santé. En 1901, quand je l'ai vu, pour la dernière fois, il était encore parfaitement bien et n'avait pas encore *rechuté*.

OBSERVATION No. 2. — W. B., âgé de 45 ans, entre en novembre 1896, marié ; à l'époque de son traitement, il y avait cinq ans qu'il buvait excessivement. Son système nerveux était complètement ébranlé et l'action du cœur très affaiblie ; il était très émacié et anémique. Le traitement fut le suivant : Strychnine en injections quatre fois par jour en commençant par 1-60 grain (0,0011) et le sulfate d'atropine commençant par 1-200 grain (0,0003).

À la fin du second jour le goût pour l'alcool était complètement disparu. Le matin du troisième jour je fus forcé d'abandonner temporairement l'atropine parce que le patient développait des symptômes de delirium tremens. Une injection d'un demi grain de morphine fit dormir le malade pendant dix heures. Au réveil le délire était à peu près disparu, les injections d'atropine furent

reprises le jour suivant et continuées comme dans l'Observation No. 1, et la strychnine fut rapidement augmentée de telle sorte que le quatrième jour je donnai à mon malade 1.20 de grain (0.0032) à chaque injection et cette dose fut continuée pendant vingt jours, de là graduellement réduite et abandonnée à la fin de la quatrième semaine. Le reste du traitement comme celui du No. 1.

Le patient fut tellement satisfait des résultats que pendant les deux années qui suivirent sa guérison il convainquit un certain nombre de clients de sa ville natale à suivre le traitement qu'il avait suivi lui-même. Je puis ajouter que je reçus en septembre, 1903, les rapports les plus satisfaisants sur ce patient.

OBSERVATION No. 3. — A. B., âgé de 32 ans, marié, un enfant, entre en traitement en mai 1891, méninge, de faible constitution, très nerveux, pas de signes de maladies viscérales, a bu à l'excès depuis trois ans, il entrait par contrainte et refusait conséquemment aucun traitement, et ce ne fut qu'avec difficulté que je réussis à le convaincre de se soumettre au traitement en lui permettant du whiskey, par intervalles. Il prit des stimulants pendant deux jours, mais, au matin du troisième, il ne pouvait plus en supporter l'odour, et quoique faisant des efforts pour prendre un verre de whiskey, il ne le pouvait plus.

Étant un homme intelligent, il reconnut que quelque changement s'était opéré chez lui, et décida alors de suivre le traitement complet.

A partir de ce moment, il ne me donna plus aucun trouble, mais au contraire devint très intéressé au progrès qui s'opérait chez lui de jour en jour. Le traitement hypodermique consistait en quatre injections par jour de nitrate de strychnine et sulphate d'atropine en commençant par 1.10 de grain et 1.200 respectivement. En même temps, on lui administrait toutes les trois heures, une composition de quinquina rouge, gentiane et capsicum. La dose de strychnine fut rapidement augmentée, de telle façon que le troisième jour on donnait au patient 1.20 de grain à chaque injection, et cette dose fut maintenue pendant 21 jours alors qu'elle fut graduellement réduite à rien à la fin de la 15^{ème} semaine. La dose d'atropine fut lentement augmentée jusqu'à ce que les symptômes physiologiques usuels apparurent au 5^{ème} jour et que cette dose fut maintenue jusqu'au 11^{ème} jour alors qu'elle fut graduellement réduite et finalement arrêtée au 16^{ème} jour.

Le coca et le opium dans la mixture furent donnés seulement dans la première quinzaine et la mixture simplifiée fut continuée pendant le reste du traitement lequel dura 5 semaines en tout.

Pendant toute la durée de ce traitement, après le 6ème jour, le patient résida avec sa femme dans une auberge du voisinage : là, il avait toutes les facilités pour retourner à ses anciennes habitudes, et avait toute liberté de le faire. Rapidement, il reprit ses forces, son appétit revint à la première semaine, et est demeuré excellent ; il dormait bien, et aimait à prendre l'exercice prescrit ; il retourna chez lui en parfaite santé.

J'ai rencontré ce patient il y a 3 mois et il m'a assuré que depuis le traitement, il éprouvait une aversion considérable pour toute boisson alcoolique, je puis ajouter qu'il y a sept ans il traversa une crise financière importante et fut très déprimé. A cette époque, il vivait dans un pays étranger, loin de ses amis, et dans un endroit où on buvait beaucoup. Je lui demandai naturellement si dans ce temps il ressentit quelque inclination à prendre des stimulants, il me répondit qu'il n'y avait jamais pensé. Avant ce traitement, son médecin de famille m'informa qu'il ne vivrait pas deux mois, à moins qu'il n'arrêtât ses excès.

OBSERVATION No. I. C. II., âgé de 50 ans, marié, commis-voyageur, traité en mai 1891. Il commença à boire à l'âge de 20 ans, mais ne but excessivement qu'à l'âge de 35 ans. Quoique étant un homme très habile, ses habitudes intempérantes l'amènèrent très bas jusqu'à l'obliger de vendre ses meubles pour avoir de l'argent pour boire. Il avait toujours été gras, mais à ce temps il avait perdu beaucoup de son poids, il avait une hypertrophie du foie, des douleurs à la région hépatique, le cœur était faible, mais sans lésion, les facultés mentales, même quand il était sobre, étaient affaiblies. Le patient était une éponge nerveuse, la moindre chose le faisait pleurer ou rire.

On lui administra le traitement suivant : trois injections de strychnine administrées comme pour le cas No. 113. L'atropine fut commencée de la même façon, mais abandonnée après deux jours, parce que des symptômes de delirium tremens se manifestaient. Des doses de whiskey étaient permises périodiquement, et pour obtenir du sommeil, 30 graines (2 grammes) de bromure de potassium étaient ajoutés au dernier verre. Quoique ayant dormi, les symptômes de délire persistaient encore la seconde nuit. Le matin du troisième jour on lui fit sous la peau une injection de $\frac{1}{2}$ grain de morphine, après de six heures l'excitation étant augmentée, un autre demi grain était injecté. Après une heure et demie, n'ayant pas le résultat désiré, un autre quart de grain était injecté. Une dizaine de minutes après le patient s'endormit complètement, le sommeil dura sept heures et au réveil je lui donnai du borax et

une injection de strychnine le patient s'endormit de nouveau et dormit encore six ou sept heures.

Pendant le court laps de temps qu'il fut éveillé il fut nourri et traité comme ci-dessus, enfin de compte il dormit pendant 24 heures après lesquelles les injections d'atropine furent reprises et continuées comme dans le cas No 3. Il trouva en revenant à lui même que le désir pour les stimulants était beaucoup diminué et les deux jours suivants ce désir n'était pas seulement disparu mais il était remplacé par une aversion complète pour l'alcool. En exceptant quelques légères modifications nécessaires à la condition du patient le traitement fut très peu de celui tant au cas No 3. Il retourna chez lui avec ce qu'il se plaisait à dire "in a pink of condition" son traitement avait duré cinq semaines.

Sa carrière subséquente a prouvé que son rétablissement était complet. On pourrait ajouter que trois ans après son traitement il prenait sans y songer une saucée au brandy, l'effet en fut remarquable parce qu'il eut à peine le temps de laisser le saladin à manger pour la restituer. Il était encore bien en janvier 1904.

Mieux encore, le Dr McBride cite un cas d'alcoolisme aigu chez un homme de 30 ans. Il le voit en consultation, avec son médecin. Le traitement lui est administré chez lui, sans que le malade n'ait aucune idée de la chose, le whiskey et le soda sont laissés tout près de lui. Le cinquième jour il demandait qu'on les place hors de sa vue, parce que cela lui procurait de mauvais es.

Cela peut paraître douteux, nous dit-il, mais je suis en état de le garantir, et ce n'est que quand le traitement fut terminé et que le patient fut guéri qu'on lui dit la chose.

Quand j'ai eu des nouvelles du malade il y a trois ans, il n'avait pas eu de rechutes.

Le Dr McBride dit avoir une expérience de 13 ans, et avoir traité des centaines de cas avec un succès considérable: il a même appliqué son traitement aux cocainomanes, toujours, dit-il, avec de bons résultats.

Comme je le disais il y a un instant, ceci résume un peu le traitement que l'on fait dans les Gold Cure, en y ajoutant le chlorure d'or que l'on mêle à la mixture de quinquina et qui ne peut avoir une très grande importance.

Je crois réellement que ce traitement donne des résultats. Je l'ai moi-même essayé, entre autres, sur un alcoolique âgé, et je suis parvenu à l'aide de ce traitement à lui enlever le goût du whiskey quand je ne réussissais avec aucun autre traitement.

Ce traitement cependant est d'une application excessivement difficile sinon impossible dans la clientèle privée, car on comprend qu'il n'est pas facile de rejoindre un client, lequel ne se prête pas volontier à se laisser voir, quatre fois par jour.

En terminant cette étude sur le traitement de l'alcoolisme, laissez moi insister encore sur la nécessité qu'il y a de fonder des établissements ou asiles où on traiterait les alcooliques.

Comme nous l'avons vu il est important d'isoler les alcooliques qui sont des malades du cerveau, mais il est aussi important, sinon plus, d'éviter entre les criminels et eux, un rapport direct parce que plus que tout autres, ils subissent l'influence du contact.

Une chose s'impose donc très fortement, c'est l'établissement d'asiles exclusivement appliqués au traitement des alcooliques, puisque d'après les observations recueillies dans les différents pays où sont établis ces asiles, 83% des buveurs sont guéris.

Comme le dit notre maître le Dr. Triboulet "de l'avis de tous ceux qui se sont occupés du traitement des buveurs, il faut séparer et traiter différemment

(a) Les alcooliques curables ;

(b) Les alcooliques aliénés ;

(c) Les alcooliques incurables.

Les premiers doivent être traités dans des hôpitaux de traitements pour les alcooliques curables ;

Les seconds ont leur place à l'asile d'aliénés ;

Les troisièmes doivent être séquestrés dans des hospices spéciaux." (1)

Nous devrions donc, messieurs, insister fortement auprès de nos gouvernants pour les obliger à s'intéresser à cette question de fournir aux alcooliques, ces malades du cerveau, les mêmes avantages qu'ils donnent aux aliénés ordinaires.

Nous passerons maintenant à la statistique.

STATISTIQUE

Il est très difficile de faire des statistiques absolument correctes sur la consommation de l'alcool et cela explique quelque peu comment on peut, avec un semblant de preuve, avancer sur certains pays, les choses les plus fausses.

C'est ainsi que le Canada fut l'objet en plusieurs circonstances, de critiques sévères, et celles là portaient spécialement sur notre

(1) Mignot & Triboulet, Traité de l'Alcoolisme, p. 377.

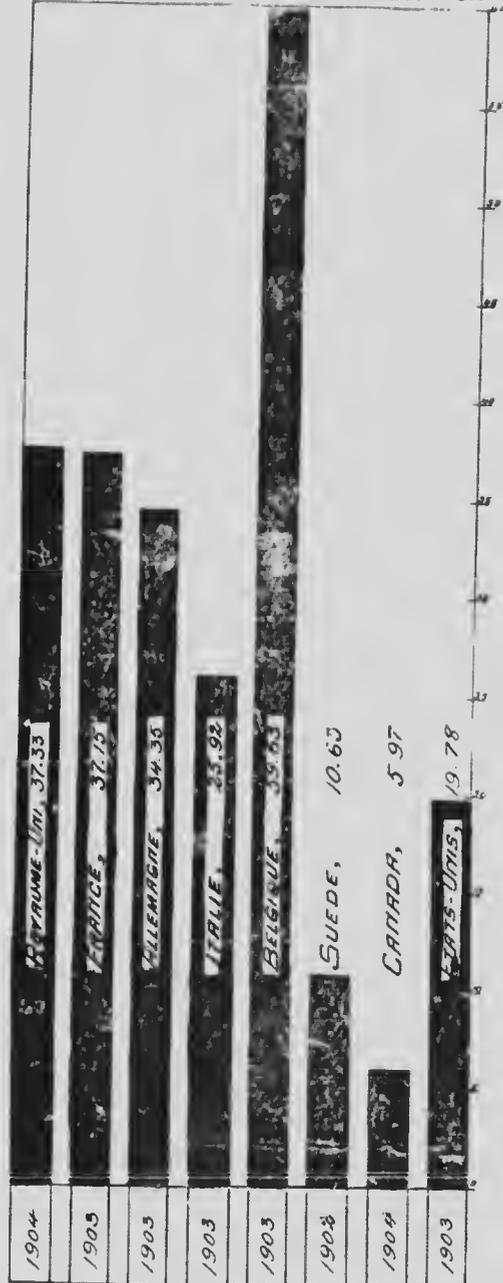
population de la province de Québec. Il est de mon devoir de protester énergiquement contre ces excès fondés sur aucune preuve sérieuse, puisque d'après les statistiques que je produis aujourd'hui sur la consommation de l'alcool, le Canada arrive au huit des principaux pays du monde en dernière ligne. En effet, ouvrez l'annuaire statistique du Canada en 1904, vous voyez le tableau suivant à la page 369.

PAYS	GALLONS ALCOOL DE CHAQUE HABITANT				Année finissant
	Spiritueux	Facit	Vin	Total	
Royaume-Uni	0.96	37.66	0.31	37.33	Mar. 31, '01
France	1.74	7.92	23.78	37.15	Dec. 31, '03
Allemagne	1.48	31.33	0.31	34.35	Sept. 30, '03
Italie	0.27	0.29	23.09	25.92	Dec. 31, '03
Belgique	1.00	6.61	1.02	29.63	" 31, '03
Suède	1.49	8.99	0.15	10.63	Sept. 30, '02
Canada	0.93	4.92	0.10	5.95	June, 30, '04
États-Unis	1.02	18.37	0.29	19.78	" 30, '03

On appréciera encore plus facilement ces chiffres avec le tableau suivant.

CONSOMMATION DE SUIFFE EN BIÈRE ET VIN COMME
 LIQUIDES SANS DIFFÉRENTS JANS

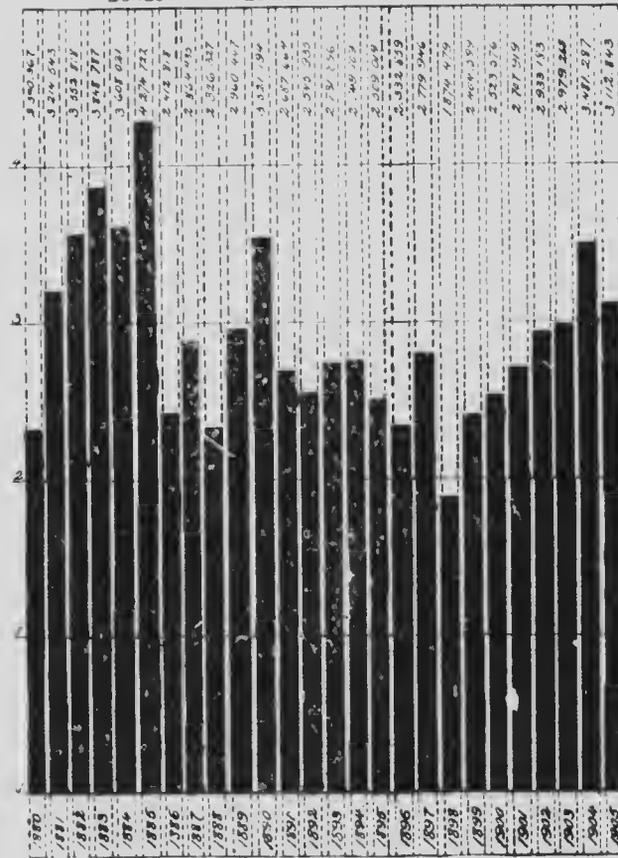
GALLONS PAR TÊTE DE POPULATION



Ce n'est pas, il est vrai, un résultat extraordinaire, mais ceux qui nous jettent la pierre sont certainement plus coupables que nous, surtout si l'on considère qu'au Canada on obtient très difficilement le vin et que l'alcool que l'on boit se prend surtout sous forme de whiskey et de bière anglaise, c'est à dire, très forte en alcool.

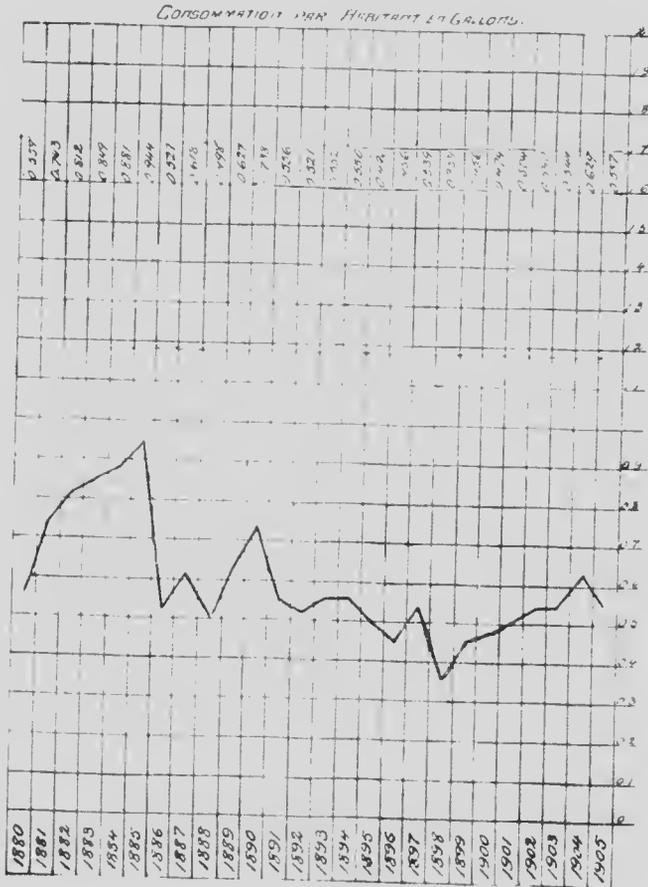
Quelle fut maintenant la consommation du whiskey pendant les différentes années depuis 1880? C'est ce que le tableau suivant devra nous indiquer.

CONSOMMATION DES SPIRITUEUX EN CANADA.
CONSOMMATION GÉNÉRALE EN MILLIARDS DE GALLONS.



Par le tableau suivant on verra le nombre de gallons de spiritueux consommé par habitant

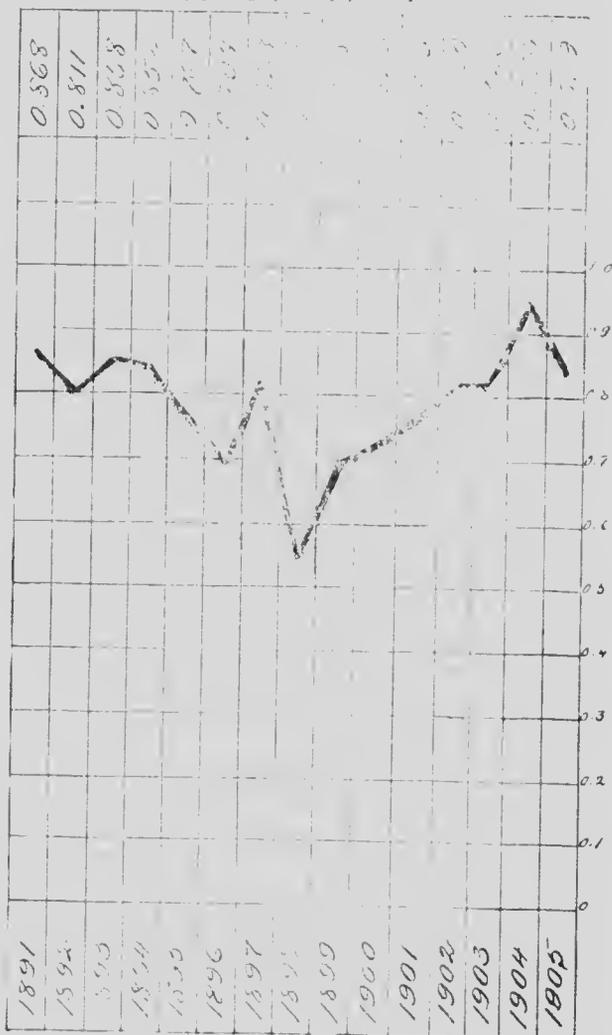
CONSUMMATION DES SPIRITUEUX EN CANADA



J'ai cru que ce tableau ne montrait peut être pas exactement la quantité de spiritueux consommés par chaque tête d'habitants, car au Canada, où l'usage du vin est presque inconnu, on peut affirmer que les gens au dessous de 15 ans, tant homme que femme, ne boivent pas : nous avons donc tracé un autre tableau pour les 15 dernières années, établissant la proportion de spiritueux consommés par tête d'habitants, tant hommes que femmes au dessus de 15 ans.

CANADA

CONSUMMATION, EN GRAMMES PAR HABITANT, DE
LIQUEURS DE 100 P. 100.



Nous voyons que cette proportion n'est peut-être pas aussi élevée qu'on pourrait s'y attendre, vu que ce sont surtout des spiritueux que l'on consomme dans ce pays.

Une statistique qui n'a jamais été faite et qu'il serait très intéressant de publier, c'est celle établissant le nombre d'endroits où l'on vend de l'alcool, tant au verre qu'à la mesure.

Le peu de temps que j'ai en à ma disposition ne m'a pas permis d'en faire un relevé complet. Cependant je puis vous donner ce soir, le nombre de débits qu'il y a dans la province de Québec, dans le Nouveau Brunswick et dans la province d'Ontario.

Quant à la Colombie Anglaise, il y a là 16 municipalités qui donnent des licences indépendamment du gouvernement, et il faudrait s'adresser à chacune d'elles pour en connaître le nombre : je me propose de faire ce travail plus tard.

Quant à l'Île du Prince-Édouard et la Nouvelle Écosse, la prohibition existe dans ces deux provinces sous le principe de la loi Scott, c'est-à-dire l'option locale appliquée aux municipalités et il n'existe dans ces deux provinces que trois ou quatre licences. Pour le Manitoba, je n'ai pu avoir de données exactes.

Donc, mes tableaux se réduisent aux trois provinces suivantes, savoir : Ontario, Québec et le Nouveau Brunswick.

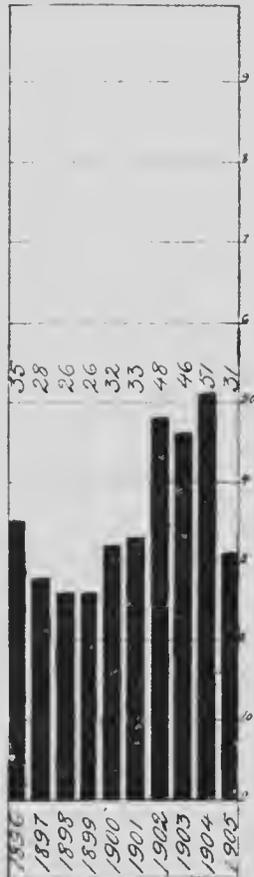
NOUVEAU BRUNSWICK

ÉCARTS DU LITRE BOIT DES
BOISSONS ALCOOLIQUES

ET, EN LE MULTIPLIANT PAR L'ÉCART DU LITRE BOIT DES BOISSONS ALCOOLIQUES POUR 1930, 55 DE LA POPULATION
EN 1904 - 611 POUR 1898 DE LA POPULATION.

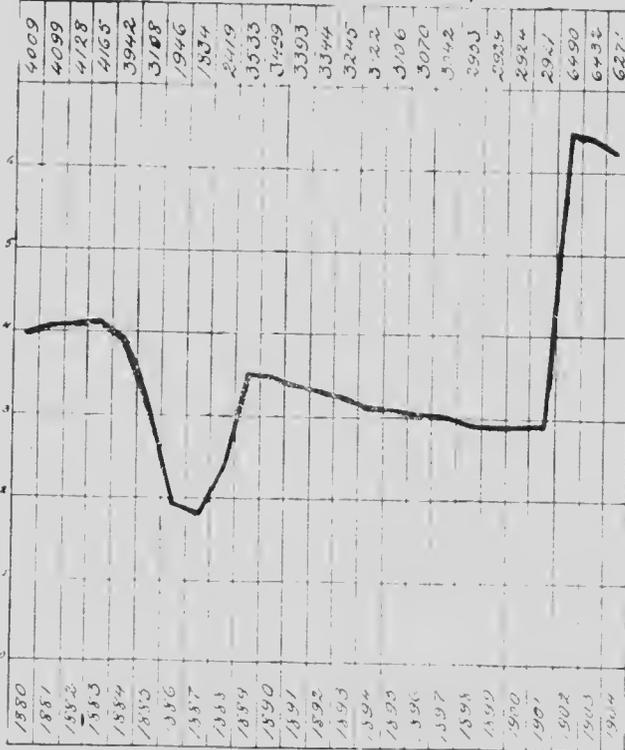


ÉCARTS DU LITRE VENDU DES
BOISSONS ALCOOLIQUES



ONTARIO

ENDROITS OU L'ON BOIT DES BOISSONS ALCOOLIQUES

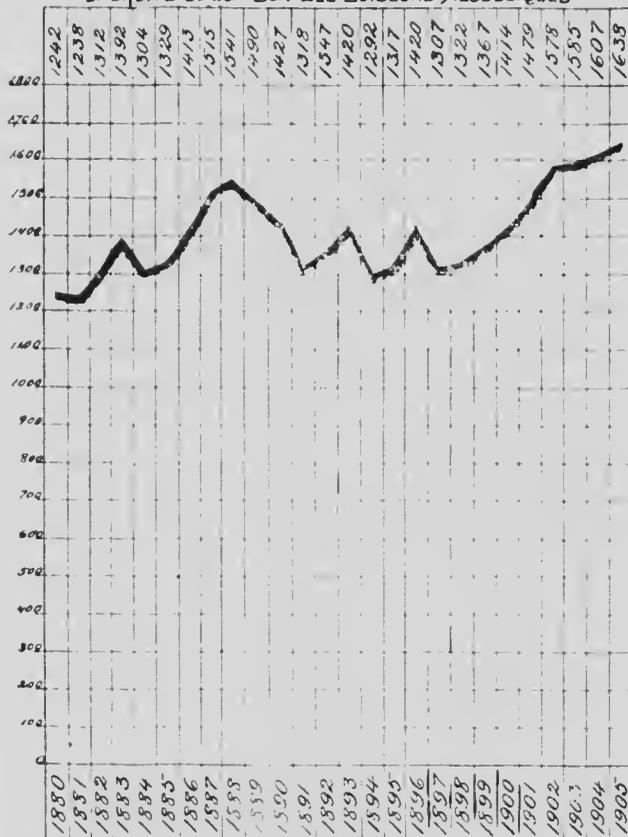


En 1891 on comptait un endroit ou l'on boit des boissons alcooliques pour 631.39 de la population.

Et 1904 - un pour 351.38 de la population.

PROVINCE DE QUÉBEC

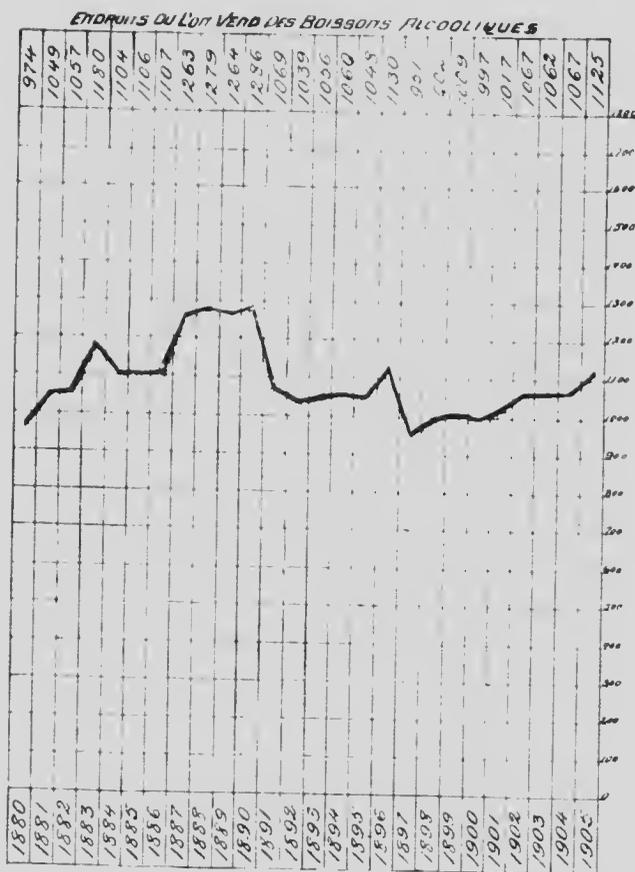
ENDROITS OU L'ON BOIT DES BOISSONS ALCOOLIQUES



En 1881 on comptait un Endroit ou l'on Boit des boissons alcooliques pour 1097.84 de la population.

En 1905 - un pour 1045.81 de la population.

PROVINCE DE QUÉBEC.



Si l'on établit une comparaison entre ces trois provinces on constate que, calcul fait d'après la population, la province d'Ontario est celle qui compte le plus grand nombre de cabarets, Québec venant ensuite et en dernier lieu celle du Nouveau-Brunswick. La proportion serait la suivante : alors qu'on trouve un cabaret où l'on détaille, au verre, de l'alcool par 351,38 de population dans Ontario, on en trouve un par 1015,81 de population dans Québec, et un par 1898 de population dans le Nouveau Brunswick.

Comme on le constate, de ce qui précède, il résulte que toute proportion gardée — par rapport à la population, la province d'Ontario possède trois fois plus de cabarets que la province de Québec.

Je vous ai fourni, dans la partie de mon travail qui traite de la pathologie, quelques chiffres sur l'alcoolisme comme cause directe d'aliénation mentale d'après une statistique recueillie dans les asiles Longue Pointe, Beauport et Verdun. Voilà des chiffres qu'il est très difficile d'apprécier parce qu'ils varient d'une façon considérable suivant ceux qui font les observations. On verra cependant que le nombre d'alcooliques qui deviennent fous parce qu'ils sont alcooliques n'est pas aussi considérable qu'on serait porté à le croire.

Il n'en serait pas de même s'il s'agissait d'hérédité alcoolique comme nous l'avons dit déjà, nous avons laissé à notre confrère le Dr. Chagnon, le soin de résoudre ce problème.

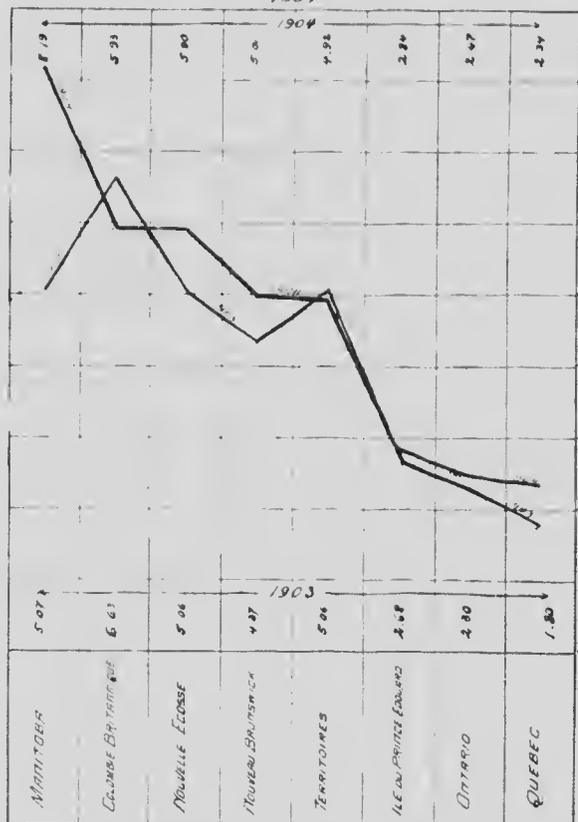
Il n'existe aucun doute que l'alcoolisme joue un rôle considérable dans la criminalité, mais autre chose est de l'établir d'une façon bien correcte. Cependant, grâce au travail de M. St Denis, le secrétaire du Bureau de Recensement et des Statistiques du Canada, nous pouvons dire d'après son rapport publié en 1901, que — du total des personnes condamnées en 1901, 60,18% faisaient un usage modéré de boissons enivantes et 27,02% étaient des buveurs immodérés. Ceci représente donc 67,50% des condamnés qui sont des buveurs tant modérés qu'immodérés.

Si l'on compare ces chiffres à ceux de l'année précédente, on trouve 57,89 soit 58,52 de buveurs modérés et 29,37 de buveurs immodérés.

Ces chiffres élevés montrent assez combien l'alcool est responsable de la criminalité dans notre pays, pour qu'il soit nécessaire d'insister davantage.

On voit dans le tableau suivant quelle est la proportion, par province, de condamnations prononcées pour ivresse.

PROPORTION DES CONDAMNATIONS POUR IVRESSE PAR PROVINCE DANS LES ANNEES
1903-1904
D'APRES LE RAPPORT STATISTIQUE QUINQUENNALE POUR L'ANNEE 1904
LE 30 SEPTEMBRE 1904



LA MOYENNE GENERALE POUR LE CANADA EN 1903 - 2.99
1904 - 3.37

Ce tableau nous prouve encore que la province de Québec fournit moins de condamnations pour ivresse qu'aucune autre province du Dominion même celle d'Ontario.

D'après les dernières statistiques, il s'ensuit donc que la province de Québec est celle où l'on consomme le moins d'alcool.

Pour ce qui est des lois qui régissent la vente des boissons alcooliques en Canada, en voici un résumé succinct:

1o. L'acte de tempérance de 1861, communément appelé "Loi Dunkin". C'est une option locale. Pour l'obtenir, 25 électeurs

avant droit de vote) à l'élection d'un membre de la chambre des communes présentent une pétition au secrétaire d'État. Ce dernier permet que la voté soit pris, et si le vote en faveur de la pétition est le plus considérable, la prohibition est établie dans la division électorale qui l'a votée.

20. La loi des douanes qui frappe toutes les liqueurs importées de droits fort élevés varie suivant la qualité d'alcool qu'elle contient, suivant leur valeur marchande ou suivant qu'elles sont importées en fûts ou en bouteilles.

30. La loi du revenu de l'intérieur exige que tout distillateur, brasseur ou fabricant à l'entrepôt obtiennent licence. Cette licence est accordée sur paiement des honoraires et droits requis par la loi au Percepteur du Revenu Fédéral, après enquête faite par l'inspecteur du Revenu, et permis accordé par le Ministère de l'Intérieur dans le cas de fabrication en entrepôt. Outre cette licence, que le fabricant est obligé de payer, tous les spiritueux qu'il produit sont encore soumis à un droit d'accise variant suivant la mesure et les substances employées pour leur production.

En vertu d'une loi provinciale appelée "Loi des licences de Québec" toute personne qui veut faire le commerce des liqueurs dans la province de Québec, doit préalablement obtenir une licence.

Excepté dans les divisions minières, les licences sont accordées pour un an seulement, au nom du Lieutenant-Gouverneur par un officier qu'on appelle "Percepteur du Revenu Provincial" sur accomplissement des formalités exigées par la loi.

Certaines licences sont accordées sur simple paiement des droits au Percepteur du Revenu, telles sont les licences de bayettes dans les bateaux, les licences pour la vente des liqueurs en gros dans les cités.

D'autres licences sont accordées sur permission du Lieutenant-Gouverneur en Conseil, comme les licences de clubs, de wagons, restaurants, de buffets de chemin de fer, d'hôtels dans les places d'eau.

Enfin d'autres encore, comme les licences d'auberges, de restaurants, celles établies pour la vente des liqueurs en gros dans les villes et villages régis par le Code Municipal, pour la vente des liquiens en détail, sont accordées sur présentation d'une requête, accompagnée d'un certificat signé par 25 électeurs municipaux de la division où telle licence doit être établie et d'un affidavit du requérant attestant qu'il a les qualités voulues pour l'obtenir.

Les droits et honoraires payables au Percipient du Revenu varient suivant la nature de la licence et suivant qu'elle est accordée dans une ville, village ou cité, dans la cité de Montréal suivant le montant du loyer payé pour l'immeuble où la licence est exercée.

Les droits et honoraires payables aux Corporations sont régis par le code municipal, les règlements municipaux et les chartes des cités et villes incorporées.

PROPHYLAXIE

Maintenant, que nous avons vu que, d'une part, l'alcool n'est pas nécessaire, mais qu'au contraire, même à des doses relativement faibles, il est un poison, et qu, d'autre part, la quantité consommée dans les différents pays, sans en exclure l'Inde qui, fort heureusement n'est pas au haut de l'échelle, est énorme et va toujours en augmentant, il s'agit maintenant d'examiner quels sont les moyens à prendre pour en arrêter le fléau grandissant de jour en jour.

Inspirons nous d'abord sur ce qui a été fait dans les autres pays pour en tirer les conclusions les plus rationnelles.

Il est une chose absolument bien reconnue par tous les auteurs compétents qui se sont occupés de la question — Il n'est pas de loi, si rigoureuse qu'elle soit, qui puisse directement entraver l'alcoolisme.

Lorsqu'en janvier 1873, on discutait à Paris, la loi Théophile Roussel, le sénateur Testelin s'écriait avec combien d'à propos et de bon sens : "La nature le condamne à mort (en parlant de l'ivrogne) et il continue" — est ce parce que vous le condamnez à quelques francs d'amende qu'il se corrigera?" — Ces lois ont quand même une certaine raison d'exister," comme le dit Bertillon, "pour la propreté de la rue". Cependant, nous restons convaincus que l'alcoolique est un malade et qu'il faut plutôt le traiter et l'interner comme un cérébral qu'il est, que le jeter en prison.

À propos, citons en passant, combien est sagesse cette loi au Danemark qui oblige le cabaretier à ramener, à ses propres frais, l'homme qui s'est enivré chez lui.

En Norvège, le cabaretier qui expulse un ivrogne de son cabaret est responsable personnellement de tous les accidents qui peuvent lui arriver et de tous les délits qu'il peut commettre. Cela, croyons nous est rempli de logique et de sagesse. Les responsabilités où elles doivent être placées.

Que dire de la limitation du nombre de débits? — C'est là une question qui fut l'objet de très sérieuses discussions. On s'est

demandé si le fait d'écarter le débit absolu ne pouvait être une cause valable de l'augmentation de la quantité d'alcool consommé ?

La Commission de Suède, après une enquête minutieuse et internationale, faite en 1880, répond : « Il ne paraît pas avoir de corrélation constante ou directe entre l'ivrognerie et le nombre de établissements où l'on vend publiquement du bon vin ». — Pays Bas, après Kammier, la même chose est observée. — La France, la même chose, d'après M. Bertillon, d'après M. de Meunier, pas que la limitation du nombre des débits doive rendre compte de ce qu'on en espère. — 4.

Le monopole de la vente et de la fabrication de l'alcool que l'État fait essayer dans différents pays, prenons comme exemples obtenus en Russie, où l'on ne compte guère avec l'augmentation de même je pourrais dire avec les intérêts du peuple.

La façon de se procurer l'alcool en Russie, dans les endroits où l'on se procure, même où l'on peut boire, est tel qu'il est défendu d'ouvrir la bouteille que l'on achète. — La consommation diminue sous l'influence de cette loi de 3 litres 25 par tête, en 1886 elle tombe à 2-50 litres, en 1894. — Cependant, le nombre d'individus poursuivis pour ivresse augmente d'une façon ordinaire et le buveur qui ne peut plus boire au cabaret, boit dans la rue et on le ramasse dans l'égout.

L'ivrognerie, à domicile, nous dit l'auteur, a augmenté considérablement, elle a passé du cinquième à la famille.

La prohibition complète n'a pas donné, après les expériences qu'on en a faites dans certains pays, et surtout dans l'État du Maine, tout ce qu'on en attendait.

D'après M. Bertillon la prohibition absolue peut réussir dans les campagnes, mais ne peut réussir dans les villes, c'est, dit-il, ce que MM. Rowntree & Sherrill ont très clairement établi. — Dans le Maine, la prohibition n'a eu pour effet que de changer les endroits où on débitait l'alcool, du cabaret, aux pharmacies, aux tavernes établies dans les sous-sols, entre et dépourvus de ventilation et de toute condition hygiénique.

Bien plus, dans cet état du Maine, lorsqu'on ait fait une assez longue expérience de la prohibition pour en connaître les résultats, l'autorité est d'une indolence déplorable pour l'application de la loi, telle qu'elle est, le protégé, même, pourrait on affirmer sans crainte de se tromper, le débit ou d'liquoreux, qui se trouve par ce fait, en dehors de la loi.

Dans Portland capitale du Maine, au moins cinq des principaux hôtels vendent des liquieurs aux bars.

On peut même en obtenir de sa chambre ou à table. Comme on suppose que ces hôteliers sont plus en état de payer que les propriétaires de bars ordinaires, on les taxe à \$100 par mois, mais en considération de ce montant, on leur accorde une grande protection. En voici un exemple. A l'un des principaux hôtels de Portland, à deux heures un samedi après midi, on apporte le message suivant :

They are coming at three o'clock. They n'était ni plus ni moins que les officiers du sheri qui avant d'opérer une descente avaient eu soin d'en avvertir préalablement ceux qui y étaient concernés. Naturellement ont été les préparatifs nécessaires pour recevoir les agents, et leurs perquisitions dans l'hôtel ne donnèrent aucun résultat.

Les pharmacies sont encore une grande source d'ivrognerie à Portland. Il y en a 15 dans la ville — on y vend le dimanche comme d'habitude — on peut affirmer qu'il y en a au moins dans Portland, 20 pharmacies où l'on ne vend que de l'alcool.

Pourquoi dans les pays où est établie la prohibition ce commerce ne trouve-t-il exploité par le pharmacien? N'est ce pas, par suite de ce fait, que jusqu'à maintenant, on a toujours considéré l'alcool comme un aliment, et surtout comme un médicament? Nous avons prouvé dans le cours de ce travail que l'alcool est un mauvais aliment et qu'on pourrît très facilement s'en passer en thérapeutique. Se fondant sur ce principe le pharmacien ne devrait donc pas avoir le droit de vendre l'alcool.

A ce sujet aussi permettez moi de dire un mot des certificats que l'on sollicite du médecin pour avoir de l'alcool le dimanche. Pour ma part, je n'en ai jamais donné, et je n'en donnerai jamais, car je trouve la chose absolument déplacée. Je puis ajouter que j'en ai souvent refusé. Je ne comprends pas comment un médecin peut prescrire une chopine de cognac ou un flacon de gin dans un but thérapeutique. Si la loi a voulu pu lui rendre service aux malades, elle manque son but complètement, car au contraire, c'est ainsi qu'elle fabrique des malades.

N'est ce pas dans ces pays où règne la prohibition que se détaillent surtout les toniques alcooliques dont nous avons souvent parlé — puisqu'on ne peut pas prendre de bon whisky ou puisqu'on ne veut pas en prendre, par respect pour ses principes de "total abstinence," on prend du mauvais alcool, sous prétexte qu'il faut se donner des forces. Combien de personnes se scandalisent si on leur offre un

verre d'alcool, mais qui croient devoir prendre régulièrement leur dose de Perina, de Paine Celery Compound ou tout autre de ces fameux toniques qui n'ont acquis leur réputation que par l'alcool qu'ils contiennent.

Fausse prudence, hypocrisie méprisable, et qui, je crois, fait un tort considérable aux anti-alcooliques. Les gens qui se cachent pour boire sont certainement ceux qui sont le plus portés à faire des excès. Quand un homme entre dans un bar, comme sont nos bars, où il est forcé de s'accouder au comptoir, pour prendre au plus vite son verre d'alcool, afin de céder sa place à un autre, croyez-vous qu'il puisse prendre là de l'alcool pour une autre raison que pour l'effet qu'il produit, c'est-à-dire l'ivresse?

On parle de combattre la "traite" ou pour être plus explicite, la façon de se payer à l'un et l'autre, une consommation, mais auparavant ne serait-il pas opportun de changer notre système de bars, d'en changer l'aménagement.

J'ai admiré à ce sujet, la façon dont on boit en Europe, et surtout en France; il est certain que la France qui consomme plus d'alcool que la plupart des autres pays, a raison de réagir vigoureusement, surtout contre les bars ou marchands de vin et les bouilleurs de cru. Mais les cafés ou les restaurants où vous allez ouvertement prendre un verre de bière très peu alcoolique, la bière à 2% d'alcool, en causant ou en lisant les journaux et les revues que vous trouvez dans tous ces cafés, ne vous semblent-ils pas plus intelligents et moins dangereux que nos bars room où l'on conduisoit des pocharis et où l'on n'a rien autre chose à faire que de boire.

Il existe un système qui me semble plus logique et plus raisonnable que tous les autres, surtout, pour la vente en détail de l'alcool: c'est le système de Gothembourg, qui a si bien réussi à la Suède et au Norvège.

Le nombre des licences est déclaré fixe pour chaque année, et ces licences sont mises à l'enchère, mais ne peuvent être acquises que par des personnes reconnues parfaitement honorables. Voici, d'après Foschier, comment on a appliqué ce système (1): "Certaines sociétés de tempérance, usant d'un pouvoir accordé par la loi aux sociétés, se rendirent adjudicataires des licences de débit, afin de les exploiter dans un but hygiénique et de façon à restreindre la consommation de l'alcool. Ces sociétés tenancières de débit, sont donc des sociétés de bienfaisance et non de spéculation; en Suède, elles portent le nom de *Solags* et en Norvège de *Samlags*.

(1) E. Foschier. — L'Alcoolisme devant la loi pénale. — Paris 1900.

Ces sociétés sont des sociétés par actions qui, dans une commune, accaparent tous les débits ; lorsque la société a en mains les débits d'une localité, elle y met en pratique un régime qui doit détourner autant que possible, les consommateurs du cabaret. A la tête de chaque cabaret, on place un gérant qui reçoit un traitement fixe, en dehors de son traitement, il peut réaliser des bénéfices sur la vente des aliments et des boissons non alcooliques. Il ne touche pas un centime des bénéfices réalisés sur la vente des alcools ; la société prélève simplement l'intérêt des capitaux engagés et verse le surplus à la caisse d'une œuvre de bienfaisance. Le gérant n'a donc aucun intérêt à pousser ses clients à la consommation de l'eau de vie et des liqueurs fortes. Bien au contraire, la perspective d'un gain l'encourage à répandre les boissons salutaires ; l'influence néfaste du cabaretier est ainsi conjurée.

Le cabaretier n'est plus dangereux ; reste le cabaret. On a voulu le rendre antipathique aux buveurs. Le règlement intérieur fait des débits des lieux fort peu hospitaliers. Jamais on ne vend à crédit dans les *Samlags* ; le prix de la vente au détail est en outre assez élevé. On a soin d'éviter tout confort qui engagerait les buveurs à y séjourner ; on n'a pas de sièges, on ne peut y fumer. Sur les murs s'étalent des sentences morales, des versets de l'Écriture, ainsi que des avis dans le genre de ceux-ci ; " Il est interdit de parler haut. Celui qui est servi est tenu à vider les lienz." Quant à l'ouverture et à la fermeture des débits, elles sont rigoureusement fixées à certains jours et à certaines heures : on ouvre le matin à 8 ou 9 heures, on ferme le soir à 8 heures. Les veilles de fêtes et de dimanches, à 5 heures, le débit est clos, avant que la paye ait été remise aux travailleurs, et reste fermé jusqu'au surlendemain. Il en est de même des jours d'élections, de marché, toutes les fois, en un mot, que la ville reçoit un plus grand nombre d'individus qu'à l'ordinaire."

Ceci est peut être un peu sévère et produirait un effet quelque peu analogue à celui produit par la prohibition complète. Mais pourquoi n'adapterions-nous pas le système des licences vendues à l'enchère et acquises par des sociétés de tempérance qui tiendraient des cafés dans le genre de ceux que l'on voit en France ? Car, il n'y a pas à se le cacher, il est nécessaire qu'on fournisse à toutes les classes de la société, des endroits où elles puissent se délasser, se reposer et se distraire du labeur du jour. Il est vrai que ce but est obtenu dans plusieurs pays, sans l'alcool, et surtout en Angleterre ; personne n'ignore l'existence des " Coffee taverns " anglais, qui se chiffrent aujourd'hui à 7000. Il y a encore les " Sailors home "

et les "Rowton house." Cependant, nous avons vu par l'expérience en Malaisie qu'il ne pouvait avantageusement supprimer l'alcool complètement; pourquoi alors n'en pas faire contrôler les débits par des sociétés de tempérance et ne pas chercher à y intéresser le client autrement que par l'absorption du whiskey? Si nous faisons comme en Suède et en Norvège et que nous établissons des *Samlags* et des *bolags* c'est-à-dire un débit d'alcool tapissé de maxims et de leçons, avec des employés intéressés à ne pas vendre d'alcool, c'est encore une fois, je crois, une mesure trop rigoureuse et qui produirait exactement le même effet que la prohibition.

Puisqu'il est question de dormir, surtout à l'ouvrier, un endroit pour qu'il se repose des labours du jour, ne trouvez-vous pas comme moi que c'est là une question qui mérite toute la considération de ceux qui s'occupent de sociologie et surtout celle de nos gouvernants? Comment voulez-vous qu'un homme qui passe sa journée à travailler, et à travailler dur, ne ressente pas le soir venu, le besoin de se procurer un peu de distraction? Voulez-vous pour cela, qu'il s'en aille dans le réduit qu'il habite, retrouver sa famille que le manque de confort empêche de vivre dans un état hygiénique, et je pourrais ajouter, dans un manque de propreté qui rendrait le *home* attrayant? Non, il lui faut autre chose que la famille telle qu'elle est, et comme il n'y a pas à choisir, il va au cabaret.

Combien est rempli de vérité ce passage d'une lettre d'ouvrier anglais, au conseil fédéral suisse: "Un cercle d'ouvriers, confortablement installés, une cité ouvrière, avec des logements sains et agréables, vaut mieux que dix mille allocutions dans des réunions de tempérance et qu'un million de témoignages sur les effets désastreux de l'alcool?" Il faut prendre les leçons où on les trouve, et quand bien même celle-ci viendrait d'un ouvrier, ce n'est pas une raison pour que les hommes instruits se refusent à l'accepter.

Il est une chose absolument vraie et qui s'impose de jour en jour à mesure que la civilisation pénètre au milieu des peuples, c'est que le travail doit rapporter à l'homme plus que toute autre chose. Cela n'entraîne pas la supériorité de l'intelligence, car l'homme, supérieurement intelligent qui travaille, est dans une position meilleure que celui qui lui est inférieur intellectuellement. D'autre part, le pauvre ouvrier qui passe sa journée à travailler ardemment pour subvenir aux besoins de sa famille, n'a-t-il pas droit lui aussi, à quelques douceurs? Ne doit-on pas songer à lui donner le confort qu'il n'a pas chez lui? Je crois avec cet ouvrier anglais, que des logements sains et les cercles ouvriers confortablement installés, seraient de nature à détourner l'ouvrier du cabaret, et par conséquent à l'empêcher de boire.

En Belgique, et surtout en Angleterre, depuis quelques années, on a cherché à prendre l'enfant dès son plus bas âge pour lui inspirer le dégoût de l'alcool, et cette façon de faire semble produire des résultats fort appréciables.

En Belgique, et en France, l'un des moyens que l'on emploie est de chercher à impressionner les enfants en leur mettant devant les yeux des tableaux qui font représenter les méfaits de l'alcool.

En Angleterre, les enfants s'écroulent dans les écoles aux "Bands of Hope," on en compte trois millions. La chose existe aussi en Canada, surtout dans les écoles protestantes.

Nous croyons que cette idée de montrer à l'enfant lorsqu'il est jeune ce qu'est l'alcool, lui faire comprendre dès son plus bas âge, que c'est un véritable poison pour l'organisme, poison dont il faut toujours se méfier, est une excellente idée, et que cette idée est destinée à rendre des services incontestables aux anti-alcooliques et à la société.

Cependant, de l'avis de tous les auteurs que nous avons en l'occasion de consulter pour la confection de ce travail, il reste toujours un fait accompli : c'est que la lutte contre l'alcoolisme ne peut se faire par l'État, parce que ses représentants sont trop intéressés à continuer le statu quo, mais par les sociétés anti-alcooliques, dans le sens que nous leur avons déjà donné.

Que les sociétés anti-alcooliques, s'emparent des licences pour les exploiter dans un sens raisonnable, et péremptoirement désintéressé ; que ces sociétés comprennent et entreprennent la campagne qu'il faut faire, pour donner à l'ouvrier qui travaille tout le jour le confort qu'il requiert quand il laisse son travail, en s'emparant des cafés, en améliorant les logements, pour les rendre plus salubres.

Que ces sociétés dirigent l'esprit de ces héros du travail manuel, vers le travail intellectuel qui pour eux est un véritable repos. Que ces sociétés de tempérance s'intéressent à convaincre l'enfant qui fréquente l'école que l'alcool est un poison, qu'elles lui montrent au moyen de tableaux, comme on le fait en France et en Belgique, combien l'alcool est fatal à l'organisme, qu'elles lui montrent quelles sont les maladies auxquelles s'expose celui qui en fait un usage continu, qu'elles fassent comme en Angleterre, qu'elles enrôlent des enfants aussi bien que des adultes dans leurs rangs, enfin qu'elles fassent comme en France qu'elles se servent d'affiches pour convaincre le peuple que l'alcool est dangereux :

Nous en reproduisons une ci-dessous que nous choisissons parmi toutes celles que nous possédons grâce à l'amabilité du Dr Triboulet.

AUX PARENTS.

Vous craignez pour vos enfants le Croup, le Feu, le Chien enragé... Vous avez raison... Mais pensez-vous que vos enfants, puissent être **EMPOISONNÉS** sans danger ?

Il est criminel de donner de l'alcool à vos enfants, sous une forme quelconque : avec ou sans *Café*, avec ou sans *Sucre*, le connu *Apéritif*, ou comme *Digestif*, caché ou non dans du sirop.

Le développement physique et intellectuel est retardé ou entravé par l'usage de l'alcool.

De plus, il est criminel de donner à votre enfant un alcool pur, parce que c'est une manière d'empoisonner sans motif et de nuire... Les enfants d'alcooliques sont marqués d'une tare héréditaire.

Où L'ALCOOLIQUE N'EST PAS NECESSAIREMENT UN IVROGNÉ; c'est souvent un homme et une femme, mais qui a ruiné tout le savoir sa propre constitution par l'usage qu'il fait de l'alcool.

On a suivi trois générations de Français de 215 familles différentes; sur le total des individus examinés on trouve :

Criminels.	11 pour 100
Epileptiques.	17 " "
Aliénés.	19 " "
Enfants atteints de convulsions.	22 " "
Alcooliques (27, soit)	50 " "
Dégénérés.	60 " "

Heureusement, tous les enfants de l'alcoolique ne vivent pas... Sur 114 enfants victimes d'un abus parent, on compte : 46 morts-nés, 37 naissances avant terme, 55 cas de tuberculose et 121 morts prématurés... Total : 219... Et l'on s'étonne que la France se dépeuple ?

Parents ! ne dites plus jamais : " En bavant, je ne fus de tort qu'à moi-même... C'est faux.

AYEZ PITIE DE VOS ENFANTS

Renoncez à l'usage des spiritueux... joignez-vous à une **Société de Tempérance** ou à une **Ligue contre l'Alcoolisme**.

Et s'il y a des pères et des mères qui sont dévoués à laisser le poison sur la table de famille qu'ils ont le droit et le devoir de protéger, l'enfance contre eux mêmes, et qu'ils en fient... alors petits dans les **Lignes Scolaires** qui luttent contre l'alcool.

ABONNEMENT : Non timbré 5 Fr. 20 par an (3 affiches chaque trimestre).
S'adresser à M. BOURRETTE, 65, rue Courmartin, Paris (IXe).

ADRESSES UTILES : Société Française de Tempérance de La Croix Blanche, 33, rue des Saints-Pères, Paris (Protestante) ; Ligue nationale contre l'Alcoolisme, 30, rue des Ecoles, Paris (Nentre) ; Fédération Française de La Croix Blanche, 19, Boulevard Raspail, Paris (Catholique).

Ne pas afficher à l'extérieur sans timbre de 18 centimes, ni aux endroits réservés, sauf autorisation

Que, d'un autre côté, nos gouvernements établissent des hôpitaux ou asiles sous le même principe que sont établis les asiles d'aliénés, pour y interner les alcooliques déjà existants, qui jamais ne devraient être mis au contact des criminels ; que dans ces asiles, on s'évertue à traiter l'alcoolisme — puis qu'on obtient une guérison de 13% dans les établissements privés, pourquoi n'obtiendrait-on pas la même chose dans les établissements publics ?

Rendre à la société 1/3% des alcooliques guéris n'est-ce pas une œuvre à laquelle il vaudrait la peine de s'arrêter ?

Nous nous émerveillons devant les sérums divers qu'on lance aujourd'hui dans la thérapeutique, même quand ils ne produisent parfois qu'une action bien moins effective que le traitement donné de l'alcoolisme ; pourquoi alors, ne nous laisserions-nous pas convaincre qu'il faut traiter l'alcoolisme et qu'il faut le traiter énergiquement ?

Pour moi, la prophylaxie de l'alcoolisme, se résume à ceci : 1o. Traitons l'alcoolisme médicalement. 2o. Impressionnons l'intelligence de l'enfant dès son plus bas âge en faisant une campagne anti-alcoolique à l'école. 3o. Faisons des sociétés anti-alcooliques qui veillent aux débits de l'alcool, et qui instruisent le peuple en lui faisant connaître les mauvais effets du poison alcoolique.

Ceci termine l'étude que je me suis efforcé de faire, aussi complète que possible, de l'alcoolisme. Quand bien même je ne serais arrivé à vous convaincre que : 1o. Il faut traiter l'alcoolisme, et que le traitement étudié dans ce travail donne des résultats appréciables. 2o. Que le Canada et surtout la province de Québec, que l'on a un peu partout fait passer pour un pays d'alcoolisés, est le pays le moins alcoolisé du monde, et cela fondé sur des statistiques publiques, je serai déjà satisfait du résultat et convaincu que j'aurai agi en véritable patriote.

Cela ne doit pas nécessairement nous empêcher de lutter contre l'alcoolisme ; bien plus, parce que nous sommes sur un terrain supérieur comparativement aux autres pays il faut que les résultats soient supérieurs.

En effet, nous avons pour nous l'avantage d'être un jeune peuple où l'alcoolisme héréditaire se fait moins ressentir et d'autre part la quantité d'alcool consommé dans le pays est beaucoup moindre qu'ailleurs.

Empêchons donc le Canadien de devenir alcoolique par les différents moyens que nous avons donnés et nous aurons fait la meilleure œuvre sociale que l'on puisse imaginer.

LA PROPHYLAXIE DE L'ALCCOLISME

Par le Dr L. J. O. SIBOT, de Saint-Ferdinand d'Halifax, en rapporteur

Les maux de l'alcoolisme s'accroissent de jour en jour

Qu'il ruine la santé, obscurcisse l'intelligence, brise les liens de l'humanité, que la vitalité de la race, encombre les prisons, les asiles d'aliénés et les hôpitaux de ses victimes, tout médecin le sait. Comment donc arrêter ses progrès desolants? — Problème d'autant plus difficile à résoudre que la médecine, la sociologie et l'économie politiques en partagent les données.

Depuis l'époque où les Spartiates exposaient des ilotes, en état d'ivresse, sur les places publiques, pour inspirer l'horreur de l'ivrognerie à leurs fils, jusqu'à nos jours où le clergé, la profession médicale, les philanthropes s'unissent pour dénoncer l'empoisonnement alcoolique, ce fléau a été le sujet d'études et de tentatives aussi variées que les différentes civilisations sur lesquelles il a laissé son empreinte.

Grâce aux découvertes qui ont marqué l'essor de la médecine dans la dernière moitié du 19^{me} siècle, la peste, la variole, la diphtérie, le typhus, ces terribles maladies qui décimaient autrefois des populations entières, ont pu être enrayées. Une hygiène intelligente suffit pour en arrêter la marche et les dépouiller de leur redoutable caractère épidémique. Pour être mieux connu dans ses manifestations multiples, on ne peut en dire autant de l'alcoolisme. Affection contractée, volontairement mais insidieusement, ses pernicieux effets dépassent les bornes de la médecine préventive. Ses causes relèvent à la fois de l'hérédité, des habitudes, du commerce, de l'industrie, des nécessités du fief, ne sauraient être supprimées d'un seul coup. — Par l'union de toutes les bonnes volontés, l'entente de tous les intérêts en jeu, on peut, cependant arriver à en diminuer considérablement les ravages. — Pour atteindre ce but il faut compter sur les mesures édictées par les autorités gouvernementales s'adressant à la collectivité et sur les efforts de l'initiative privée s'adressant à l'individu.

I

Prohibition. — A première vue la prohibition totale de la fabrication et de la vente des alcools semble un remède radical aux effets

de l'intempérance. Il faut toutefoix compter avec la nature humaine. On ne peut rendre les hommes vertueux par acte du Parlement, et la morale repose sur tout autre chose que les codes. Pour être effective, toute loi doit être demandée, appuyée et soutenue par l'opinion publique. C'est dire que la prohibition totale est hors de question dans la province de Québec : le vote donné lors du dernier plébiscite le prouve. Notre population, soit amour de la liberté, soit crainte du surplus de taxe requis pour combler les vides créés dans les caisses fédérales, provinciales et municipales par la suppression du trafic de liqueurs, ne veut pas des mesures restrictives de ce genre. En outre, l'expérience des États voisins, le Maine et le Vermont, n'est pas encourageante pour les prohibitionnistes. La prohibition, les observateurs sagaces et désintéressés l'admettent, n'y a pas fait décroître l'ivrognerie : par contre elle a engendré la corruption, le parjure et une foule de tripots décorés du nom de pharmacies. Le souvenir de ce qui s'est passé dans nos territoires du N. O. peut aussi nous éclairer sur ce sujet. Les quantités énormes d'eau de Floride, d'eau de Cologne, etc., qui y étaient introduites, avant l'abolition du régime prohibitif, démontrent à quels subterfuges on a recours pour satisfaire une passion profondément enracinée. Donc, inutile de songer à la prohibition totale, tant que nous n'aurons pas une population assez éclairée, assez convaincue de ses avantages pour en assurer une application rigoureuse et efficace.

Inspection. — En revanche, le gouvernement fédéral peut exercer une surveillance plus étroite sur la qualité des liqueurs vendues dans le pays. Nous entendons souvent des plaintes sur la mauvaise nature des alcools fabriqués ici ou importés de l'étranger. Nul doute que parmi ces whiskeys, ces gins, ces cognacs, ces vins de toutes marques et de toutes les nationalités qui encombrant nos marchés et voient prôner leurs vertus dans les journaux, beaucoup laissent à désirer sous le rapport de la pureté et de l'innocuité de leurs ingrédients. Nos analystes officiels trouveront là un vaste champ ouvert à leurs investigations. Pur ou impur l'alcool est toujours l'alcool, c'est vrai, mais le contrôle de la qualité milite toujours sur la quantité.

Distillation illégitime. — Un autre point sur lequel les autorités fédérales doivent se montrer inflexibles est la poursuite des propriétaires d'alambics privés. Ces distillateurs improvisés, disséminés dans toutes les parties de la province, et beaucoup plus nombreux qu'on ne le pense, ne méritent aucune considération. Leurs produits, fabriqués sans aucune notion scientifique, avec des appareils primitifs et souvent dangereux à raison de leur composition, leurs

produits, disons-nous, sont de véritables poisons. Les médecins pu ont en à traiter certaines affections causées par leur usage savent quelle impression profonde ils font sur l'organisme. Cette fabrication à domicile encourageant la consommation familiale, est une véritable école d'intempérance où parents et enfants s'alcoolisent à qui mieux mieux — il est facile de le comprendre. C'est le pendant du privilège des bouillans le crus en France. Nous ne saurions trop encourager l'État à persister dans la lutte contre les alambics clandestins. Un moyen de écarter de ces empoisonneurs qui, chaque année, procurent un titre à la justice démontre l'étendue et la profondeur du mal dont ils sont la cause.

Monopole d'État. — La chronique ouvrière l'un grand journal de Montréal suggérant l'hiver dernier le "Monopole d'État" comme remède souverain contre l'alcoolisme. La division des pouvoirs constitués par l'Acte de la confédération et la jurisprudence établie dans la fameuse cause des licences d'Ontario rendent douteux le droit pour le gouvernement fédéral ou les gouvernements provinciaux d'établir un tel monopole. De plus, les résultats obtenus en Suisse et en Russie par ce système n'ont pas répondu à l'attente de ses promoteurs. Enfin notre monde politique est déjà assez malade sans lui coller au flanc la plaie du fonctionarisme, conséquence nécessaire de ce monopole d'État.

Voilà à quoi peut se résoudre la part des autorités fédérales dans la lutte contre l'alcoolisme, que pouvons-nous exiger du gouvernement provincial?

Loi des licences. — La loi des licences dans la province de Québec tout comme la loi électorale a vaut mieux dans sa rédaction que dans son application. Si chacune de ses clauses étant scrupuleusement observée et mise en force, elle se rapprocherait de l'idéal de ceux qui veulent la tempérance sans aller jusqu'à l'abstinence. Ainsi, le système "d'option locale" devrait faire disparaître la vente de l'alcool dans les deux tiers des municipalités de cette province qui ont adopté des règlements de prohibition, pour le territoire sous leur juridiction. Pratiquement, les débits clandestins n'y existent ils pas, créant des désordres d'autant plus graves que le commerce illégitime s'exerce dans l'ombre, que ces vendeurs sans vergogne ne résistent rien à leurs meilleurs clients — les ivrognes invétérés, qui se constituaient délinquants le jour où leur passion ne pourrait être satisfaite?

Cette partie de la loi réglant la manière de tenir les buvettes est assez sévère pour prévenir les abus, assurer le maintien de l'ordre

et la tranquillité, soit dans les familles, soit dans les rues et les places publiques. Mais hélas ! l'expérience d'un chacun prouve combien il est difficile de faire respecter l'esprit et la lettre de cette loi pourtant très libérale. Existe-t-il dans cette province un débitant de liqueurs qui puisse dire, la main sur la conscience : " Je me suis strictement conformé aux ordonnances, et j'ai fidèlement rempli les obligations qui m'ont été imposées par ma patente ? " En existe-t-il un seul qui ait refusé de la boisson aux ivrognes, aux gens ivres, aux mineurs, etc. ? Nous en doutons, car pour se plier aux exigences du statut il faut un tempérament de caractère, une énergie, une volonté qui s'allient mal avec l'espoir de gagner de l'argent. Puisque la loi est sévère, diriez-vous, pourquoi ne pas l'appliquer rigidelement ? Malheureusement ici, se révèle le défaut de la cuirasse. L'opinion publique voit d'un œil indifférent les violations des règlements, bien plus, son indifférence les sollicite. Y aurait-il autant de débits licencés ouverts le dimanche et durant les heures prohibées, autant de vendeurs sans licence et sans scrupules, si le public désirait réellement le respect de la loi ? Non, le vendeur de boissons exerce une influence trop considérable sur certaines couches de l'électorat pour ne pas jouir d'une impunité relative. Traduisez-le devant les tribunaux, d'étonnantes sympathies pour sa cause surgiront de droite et de gauche. Gagne-t-il son point, son habileté lui vaut des félicitations. Est-il condamné, s'il peut faire jouer les ficelles requises — et Dieu sait si elles sont nombreuses sous notre régime parlementaire — le gouvernement lui fera remise, en tout ou en partie d'une pénalité richement méritée. Comment voulez-vous que le peuple s'incline devant la majesté de la loi, quand le mauvais exemple part de si haut ?

Seule, l'éducation populaire permettra de modifier cette mentalité désolante, et de tirer tout le bien que nous sommes en droit d'attendre de la réglementation du commerce des liqueurs.

Amendements. Notre loi des licences est susceptible de modifications propres à en assurer le bon fonctionnement. Par exemple, cette clause (165), qui impose : au Conseil de toute " municipalité, où une loi prohibitive est en vigueur, le devoir de poursuivre toutes les contraventions à la loi des licences, " est d'une application assez difficile. Le dénonciateur, craignant les ressentiments, hésite ou refuse de rendre publics les faits qui sont à sa connaissance : le nom des témoins étant connus d'avance, l'accusé peut trouver moyen de les subtiliser, enfin les conseillers eux-mêmes n'aiment guère à se créer des ennemis. Pourquoi, alors, ne pas confier au Maire seul ou à un officier spécial le soin de veiller à l'exécution de la loi ?

Puis que la loi donne aussi aux municipalités le droit de prohiber la vente de la bière, pourquoi leur imposer l'obligation de faire approuver leur règlement par "à une majorité de leurs inscrits?"

Cette restriction paraît insignifiante, mais elle annule tout de même l'adoption d'un tel règlement par le Conseil Municipal, parce que les absents et les électeurs résidant en dehors de la municipalité représentent toujours une proportion importante des électeurs inscrits. Dans une municipalité des Cantons de l'Est tel règlement prohibitif ayant été approuvé par près de deux cents voix de majorité ne put, cependant être mis en vigueur tant de quelques votes de personnes absentes. Pourtant la bière, alcoolisée comme le whiskey et le cognac. Ses effets sur l'organisme sont redoutables, l'Angleterre et l'Allemagne en savent quelque chose. Grâce à la chimioserie légale dont nous parlons, les combinateurs font un commerce florissant dans les endroits où la vente des liqueurs enivrantes est prohibée. Sur leur passage on se cotise, on prélève des contributions, surtout parmi les jeunes gens pour acheter quatre, cinq, six douzaines de bière, et la noce s'en suit, laissant entre autres résultats, le goût des stimulants.

Une chose qui nous paraît encore assez singulière, c'est la distinction créée par le statut entre le marchand de détail et le marchand en gros. Le premier a des obligations onéreuses à remplir dont la violation entraîne des pénalités sévères, le second paye sa patente et exerce son commerce à sa guise. L'un est puni d'une amende, et l'autre de la prison au cas de récidive. S'il donne de la boisson à un mineur, l'un a, fournit impunément aux vendeurs sans licence les boissons qu'il distribue aux mineurs, aux ivrognes, etc. Si le commerce de gros était réglementé comme le commerce de détail on ne verrait pas tant de buvettes interlopes surgir dans les villes et surtout dans les campagnes. Qu'on ne parle pas d'intraves au commerce, le jour viendra où parmi les signes caractéristiques d'une civilisation avancée, on comptera les lois restrictives et efficaces du trafic des boissons enivrantes.

Les gouvernements ont besoin de revenus, nous le comprenons; mais ils ne doivent pas les prélever au détriment de la morale et de la santé publique.

Traite. On a beaucoup parlé, ces derniers temps, pour empêcher le mot consacré de *Pabulum de la traite*. Ce serait là un excellent moyen de diminuer de moitié la consommation des liqueurs, et supprimer l'occasion pour plusieurs de s'alcooliser à leur aise, la plupart du temps par un motif propre, mal placé. Combien d'individus ne mettraient-ils le pied dans une buvette, s'ils n'y

étaient entraînés par des amis? Comme les vins, les bitterns, des cocktails décroîtraient vite si le mode de payer le vin fait comptant avait dîné allait disparaître? Que d'ivrognes se rendraient à de multiples sentiments s'ils ne pouvaient plus compter sur les connaissances d'occasion ou le hasard des rencontres pour étancher leur soif. Laissés à leur propres ressources, ces hommes ne chercheraient une autre atmosphère que celle des tripots, — suivant l'expression de Mirabeau — l'agglomération des hommes, comme celle des pommes, engendre la pourriture? Pendant la dernière session, un projet de loi a été présenté à la législature d'Ontario pour interdire l'usage de payer la traite. Sous prétexte que le public exercerait un empiétement à la liberté individuelle ou d'ailleurs, et que. Et la loi des licences elle-même, qu'est-elle, sinon une restriction à la liberté de s'empoisonner, à bon marché, par l'alcool? D'ailleurs, si tous les articles qui touchent la liberté individuelle étaient retranchés de notre code civil, nous verrions bientôt l'avocat aller crier famine chez le législateur, son voisin. En attendant, on ne saurait entreprendre croisade plus fructueuse que celle de convaincre le peuple de la nécessité de cette réforme.

Système de Gothenbourg. — Dans la presse et la législature de Québec, il a déjà été question de substituer le système de Gothenbourg à notre législation actuelle.

Qu'est-ce donc que ce système de Gothenbourg?

Tel qu'il existe en Norvège, il se résume en ceci:

Vendre à une compagnie de citoyens honorables et désintéressés les patentes ou licences de débits de liquemens, avec l'entente formelle qu'un intérêt de 5% sur le capital placé dans l'entreprise, constituera les seuls bénéfices réalisés. Le gérant de ces brevets reçoit un salaire fixe pour la vente des liquens fortes, et en plus une commission très élevée sur la vente des liquens douces pour qu'il en favorise la consommation. Dans ces établissements, il est défendu de vendre à crédit, de donner de la boisson aux mineurs, aux gens en état d'ébriété ou même de semi-ébrété, il est aussi défendu de parler à voix haute, de s'asseoir et de fumer, le client servi doit ingurgiter son verre et s'en aller. Peu de ressemblance, comme vous le voyez, avec nos bars luxueux. Les débits sont fermés le dimanche, de huit heures de soir à huit heures du matin les jours ouvriers, et à une heure après midi le samedi. A part les frais d'administration et d'intérêt sur le capital payé, il reste de profits bénéficiaires en Norvège ils s'élèvent à un demi-million de dollars annuellement, ces profits sont répartis comme suit: 15% à la commune, 20% à des sociétés de tempérance et institutions de bienfaisance, la

France, l'impôt sur les alcools est le produit de l'impôt de consommation le plus important. Les alcools sont donc des marchandises de luxe, mais les boissons alcoolisées ordinaires et les dépôts de vin sont des marchandises de consommation courante.

C'est évident que les alcools sont vendus dans les pays industrialisés à un prix plus élevé qu'ils ne le méritent. Le nom de « alcool » est utilisé pour désigner un grand nombre d'impuretés, mais les alcools purs ne sont pas soumis à un impôt. Les impôts sur les alcools sont donc des impôts sur le revenu. Les alcools sont vendus à un prix plus élevé qu'ils ne le méritent, ce qui est dû à l'introduction de nouvelles habitudes de consommation. Les alcools sont vendus à un prix plus élevé qu'ils ne le méritent, ce qui est dû à l'introduction de nouvelles habitudes de consommation.

Les alcools sont vendus à un prix plus élevé qu'ils ne le méritent, ce qui est dû à l'introduction de nouvelles habitudes de consommation. Les alcools sont vendus à un prix plus élevé qu'ils ne le méritent, ce qui est dû à l'introduction de nouvelles habitudes de consommation. Les alcools sont vendus à un prix plus élevé qu'ils ne le méritent, ce qui est dû à l'introduction de nouvelles habitudes de consommation.

Les alcools sont vendus à un prix plus élevé qu'ils ne le méritent, ce qui est dû à l'introduction de nouvelles habitudes de consommation. Les alcools sont vendus à un prix plus élevé qu'ils ne le méritent, ce qui est dû à l'introduction de nouvelles habitudes de consommation. Les alcools sont vendus à un prix plus élevé qu'ils ne le méritent, ce qui est dû à l'introduction de nouvelles habitudes de consommation.

Il est évident que les alcools sont vendus à un prix plus élevé qu'ils ne le méritent, ce qui est dû à l'introduction de nouvelles habitudes de consommation. Les alcools sont vendus à un prix plus élevé qu'ils ne le méritent, ce qui est dû à l'introduction de nouvelles habitudes de consommation.

Il est évident que les alcools sont vendus à un prix plus élevé qu'ils ne le méritent, ce qui est dû à l'introduction de nouvelles habitudes de consommation. Les alcools sont vendus à un prix plus élevé qu'ils ne le méritent, ce qui est dû à l'introduction de nouvelles habitudes de consommation.

s'il a commis quelque délit en matière pénale, et entre la victime et simplement des « victimes » (art. 61). On pourrait faire plus et mieux pour la victime et le poste d'aide. Néanmoins la solution de ce problème passe par l'opération des experts en la matière depuis un demi-siècle, qui ont vu les choses évoluer dans les sociétés suivant les circonstances. Les législateurs des pays d'Europe est au dessus de tout soupçon. Les modifications profondes et elle a été faite en tous les pays, et elle a été faite des nouvelles législations. Les lois de la Suisse de 1911 sont compétentes. Toutefois certaines d'entre elles ont été modifiées imposent à l'attention de médecins de l'Europe, et de la Suisse.

1. Les devoirs de l'aide.
2. Les devoirs des médecins.
3. Les devoirs des juges.

Tout ce qui concerne l'impunité de l'aide les attend.

Pour les seconds, les juges spécialisés devant examiner. Vraiment malade, qui a été admis, n'est qu'une manifestation de la maladie, et il est évident que l'idiotie morale (Ford) et mémoires, l'idiotie morale, la prison et l'asile de l'aliéné, constituent un véritable danger pour la société. L'abus, leur perversion en fait les mêmes, sous les autres, sont des éléments de désordre dans la société, les abus de la détention.

Enfin, la situation des principaux cas spéciaux démontre que l'abus de la détention est évitable. L'état peut être évité de venir au secours de malheureux dont la guérison en fera de bons citoyens, et amènera la paix, la tranquillité et la concorde sans en tant de souffrances. Qu'il y ait grosse de conséquences, mais à laquelle les gouvernements appuyés sur la science et l'expérience sont tenus de donner une réponse.

La Suisse semble nous montrer la voie à suivre.

D'après la loi du Canton de Saint-Gall

Art. I. — Les personnes qui s'adonnent habituellement à la boisson peuvent être traitées dans un établissement de traitement des buveurs.

Art. II. — La durée du placement varie, en règle de droit, de dix-huit mois. En cas de rechute, la durée du séjour sera prolongée.

Art. III. — Le placement dans un établissement de buveurs s'effectue sur le bas d'un certificat médical.

b. D'après la décision du Tribunal de la ville de Zurich de résidence du buveur.

" Art. V. — Le placement dans un établissement de traitement " de l'ivrogne ne peut être décidé que sur la présentation d'un " certificat médical lequel constate la " passion de boire " (alcoolisme) et la nécessité du déplacement afin d'obtenir la guérison.

" Art. VI. — L'ordonnance du Conseil municipal est communiquée à l'intéressé sous la responsabilité de l'office du district " et nécessaire, pour être exécutable, la ratification du Conseil " d'Etat."

Les frais de déplacements sont prélevés d'une manière assez identifique à ceux des aliénés dans la Province de Québec.

a) Les placements volontaires rencontreraient l'approbation générale. La popularité dont ont joni, à une certaine époque, les " Guilds" ou " institutions," sur ce continent, le démontre. Le bon vouloir d'un grand nombre d'ivrognes à subir un traitement quelconque, l'anxiété des parents et des amis à les faire soigner, souvent au prix de sacrifices pécuniaires énormes, sont la garantie qu'un asile spécial où ces infortunés seraient traités suivant les principes d'une thérapie qui n'en est plus aux tâtonnements de l'expérimentation, serait fort achalandé. Les ivrognes y recourraient d'autant plus volontiers qu'ils n'auraient plus à redouter l'exploitation du plus vulgaire des charlatans.

b) Les placements d'office sont l'écueil à redouter dans la réalisation de cette réforme. Sur ce terrain, législateurs, juristes, consultants et magistrats ne veulent pas s'aventurer aussi loin que les médecins légistes et aliénistes. Ils hésitent à décréter la séquestration d'un homme jouissant, croient-ils, de sa lucidité d'esprit, l'éternelle objection du respect de la liberté individuelle les rend perplexes. Pourrait, dans ce pays où nous respirons la liberté comme l'air pur, on ne craint pas d'isoler un père de famille nécessairement de fermer une maison d'éducation, de déteur en quarantaine des paquebots chargés de nombreux passagers, de suspendre la circulation de trains de chemin de fer pour une membrane diphtérique, une pustule de variole ou une squamme scarlatineuse. Et l'on s'inclinerait devant la liberté de certains individus qui par leurs scandales, leurs sollicitations, leur déséquilibre moral sèment autour d'eux la pire des contagions — celle de la ruine et du vice ? Une tentative de suicide dont la sincérité est souvent problématique, appelle un emprisonnement sévère, et l'on tolérerait ce suicide par empoisonnement chronique dont l'ivrogne se rend coupable ? Puisque la loi reconnaît l'interdiction du buveur en matière civile, pourquoi ne pas appliquer le même prin-

cipe pour son bien-être intellectuel, moral et physique, pour la protection de sa famille, de sa génération, de la société en général ?

Nous prévoyons une autre objection, plus sérieuse, celle-là, au point de vue électoral — La pénurie du trésor provincial.

Les frais d'administration de la justice et des asiles d'aliénés, dans cette province, s'élèvent, chaque année, à un million et quart près. Or, au congrès pénitentiaire, tenu à Budapest, en septembre dernier, où vingt huit États étaient représentés, il a été établi que parmi les causes de criminalité, l'alcoolisme monopolise le chiffre de 50%, et tient aussi le premier rang dans l'étiologie de l'aliénation mentale. D'après les dernières statistiques criminelles, publiées par le gouvernement fédéral, sur 11,100 offenses commises dans la province de Québec, en 1901, on compte 3,986 convictions pour ivrognerie proprement dite, et 87½ % des recensés reconnaissent faire usage de spiritueux. En sorte que, si diminuer l'alcoolisme c'est faire décroître le nombre des criminels et des fous, la création et l'entretien d'asiles sociaux pour le traitement des buveurs exigeraient un simple virement de fonds.

Pourquoi s'arrêter à cette misérable question d'argent ? Stimuler la vitalité de la race, accroître la population, entretenir le pouvoir d'endurance de l'individu, exiger de tous l'effort, soit intellectuel, soit physique, qui contribue à la prospérité générale, en un mot développer chez chaque citoyen le "*sana mens in corpore sano*", pris dans son sens le plus large et le plus élevé, n'est-il pas un des devoirs les plus sacrés de l'État ? L'alcoolisme étant une cause de déchéance physique et intellectuelle, de ruine morale, de pertes matérielles incalculables, doit être l'objet des préoccupations d'un véritable homme d'État. Car cette terrible maladie sociale, vertu des lois de l'atavisme, "a des conséquences graves, en ce sens qu'elle "éternise une intoxication qui dès la première génération s'est "montrée retransmissible", et "il faut rompre un cercle vicieux aussi "fécond en désastres que celui en vertu duquel l'alcoolisme crée "la dégénérescence, et la dégénérescence crée l'alcoolisme." (Legrain).

En attendant la réalisation de ces desiderata, nous livrons à la méditation de nos gouvernants ces paroles graves, tombées de la bouche d'un homme politique belge.

"Les questions sociales dont la solution inquiète notre époque "nous enveloppent, vous ne réussirez pas à les résoudre avant "d'avoir vaincu l'alcoolisme.

II

Les moyens prophylactiques dont nous venons de faire l'énumération concernent plutôt la nation en général que l'individu en particulier. C'est, cependant, à ce dernier qu'il faut s'adresser pour obtenir des résultats tangibles et durables. Sans l'appui de l'opinion publique, synthèse des convictions individuelles, inutile de préconiser des réformes, préconiser des mesures préventives, introduire dans nos codes des lois répressives pour entraver le fléau qui mine lentement mais sûrement l'édifice social. À la base de tout mouvement destiné à cicatriser cette plaie rougeante dont la morsure s'enfoncé au flanc de tous les peuples, il faut avant tout développer les énergies et affermir les volontés.

Par quelle voie atteindre ce but ?

Clergé. — Dans cette province où les convictions religieuses ont conservé leur fraîcheur primitive et exercent un empire incalculable sur les âmes, le clergé peut jouer un rôle prépondérant dans la lutte contre l'alcool. Il était tout naturel de voir, dans ces derniers mois, l'épiscopat prendre la direction d'une croisade qui va s'étendre dans le pays et secouer la torpeur où les sociétés de tempérance paroissiales s'étaient laissées choir depuis quelques années. Ces sociétés de la croix noire font un bien immense, surtout dans les campagnes, en enrôlant les jeunes gens qui contractent des habitudes de sobriété dont ils se départissent rarement plus tard, en soutenant les tables et maintenant dans la bonne voie des ivrognes que l'exemple entraîne, enfin en supprimant les causes d'intempérance car où il y a une société de tempérance bien dirigée les tavernes se font rares et les violateurs de la loi n'ont pas la vie douce.

Médecins. — Parallèlement à l'action du clergé qui fait appel aux lois de la conscience, doit s'exercer l'action du médecin qui démontrera au peuple que dans son intérêt physique la tempérance et la sobriété doivent être des vertus d'une pratique universelle. Tâche parfois peu agréable, souvent ingrate, toujours onéreuse à laquelle notre position et le devoir professionnel nous défendent de nous soustraire.

L'observation nous l'apprend, une des grandes causes d'alcoolisme prend sa source dans les préjugés et l'ignorance populaires. Si on pouvait éliminer les idées fausses répandues dans toutes les classes de la société sur les effets de l'alcool, la bataille serait aux trois quarts gagnée.

L'alcool médicament — Parmi ces erreurs, plaçons au premier rang la croyance aux effets médicaux des diverses boissons alcooliques. Pour notre peuple l'alcool panacée sans rivale, même dans ce siècle où il a tant de drogues guérissant de tous maux, on l'emploie sans discernement, à propos de rien. Au nourrisson quelques gouttes de cognac ou de genièvre procurent le sommeil pour l'accouché, une bonne dose — souvent répétée des mêmes liquides calme les douleurs post partum et la nourrice mère ne saurait avoir des poupons gras et gonflés sans l'usage habituel de bière et de porter. Rien de souverain comme la boisson pour les maladies de la seconde enfance — aussi garçons et fillettes ingurgitent ils, parfois, des quantités de liqueurs dont ne rougirait pas un Polonais, et certain gamain, devenu chaud partisan de cette thérapeutique, pourrait s'écrier, parodiant un vers célèbre,

“ Mon verre n'est pas grand, mais je bois *plein* mon verre.”

Tout refroidissement, le plus léger frisson, l'indisposition la plus bénigne nécessitent l'usage, pour nous servir de l'expression du terroir, de la fameuse “ *pon* ” qui a été, malheureusement l'origine, de bien des funestes habitudes.

Un convalescent peut il consciencieusement attendre le complet rétablissement de la santé, sans aider, en sous-main, les prescriptions d. son médecin, par l'ingestion d'un peu de brandy, de vins plus ou moins généreux, ou de cordons qui sentent plus la distillerie que l'officine du pharmacien.

Que dire de cette plaie de notre époque, “ la manie des toniques ” dont S. Weir Mitchell, le neurologue américain, a si bien fait ressortir les conséquences dans son ouvrage intitulé : “ Delusion of tonics. ” Que valent après tout, ces vins médicaux, décorés de noms de saints ou de grands ordres monastiques, sans doute, comme garantie de leurs vertus. Combien de nos jolies patientes se trouveraient scandalisées si on leur prouvait que l'élément véritablement actif de leur tonique favori est le vulgaire alcool et qu'il y a relation de cause à effet entre cet usage et la bouteille de fine champagne dissimulée sous les tentures du boudoir.

Médicines brevetées — N'allons pas oublier certaines médecines brevetées, les appétits qu'elles éveillent et entretiennent. La lumière commence à se faire sur leur rôle redoutable dans cette question de l'alcoolisme. En dépit des influences dont disposent les manufacturiers enrichis par l'exploitation de la crédulité populaire, le Parlement fédéral a cru devoir intervenir. C'est le préside. L'ennemi qui sera rude, mais dont les premières escarmouches nous ont

été favorables. Car au moment où l'association des fabricants de drogues brevetées tentait, par la voix de son président, de payer d'audace en révoquant en doute le désintéressement de la profession médicale, le ministère du revenu de l'Intérieur lançait un bulletin donnant les résultats de l'analyse de seize de leurs merveilleuses préparations, dont treize contenaient de l'alcool dans la proportion de 1,51 à 51,87%. Comme conclusion de ce rapport, l'analyste en chef, M. McFarlane, écrivait : " Ces préparations " contiennent une quantité si minime de médicament actif et une si " grande quantité d'alcool que leur usage comme boisson enivrante " n'est pas rare." Il ajoutait : " la quantité d'alcool trouvé dans le " Perma (10%) est considérablement plus élevée que celle du vin " d'Oporto le plus fort et équivalant aux deux tiers de celle du whiskey ordinaire. Il est douteux que les pharmaciens qui n'ont pas de " licence pour la vente des liqueurs puissent le vendre légalement." Appuyés sur ces constatations officielles, nous pouvons nous moquer des bravades de ces charlatans en automobile, et continuer à dénoncer les dangers de leurs élixirs pour la santé publique.

L'Alcool abrutit. Une autre erreur enracinée dans l'esprit populaire est celle-ci : l'usage de l'alcool, en quantité modérée, stimule l'appétit, donne des forces, accroît la résistance à la fatigue et augmente la puissance au travail sans altérer la santé. Cette croyance pour ainsi dire universelle justifie la consommation quotidienne de trois ou quatre petits verres. Allez dire à ces braves cultivateurs, à ces robustes ouvriers, que cette continue mine leur santé, abrège leurs jours, ou vous répondra par un sourire d'incrédulité. Affirmez à l'élégant clubman que l'ingestion répétée d'apéritifs, poussa café et autres décoctions savantes reprises par son palais blasé, prépare infailliblement sa débâcle physique et intellectuelle, il vous croira mûr pour l'asile. Pour le gros public, l'alcoolisme et le polichrome font qu'un ; d'où la certitude que l'usage modéré de l'alcool est inoffensif. L'histoire, l'observation, la clinique, l'expérimentation, entre autres, les expériences si concluantes de Laborde et Chruvein, prouvent subabondamment que l'alcool est un poison qui, même pris à petites doses répétées, s'attaque à tous les organes du corps humain, paralyse leur action, détruit leurs fonctions et aboutit fatalement à leur complet anéantissement.

S'efforcer de détruire ces préjugés, oblitérer ces idées fausses et leur substituer les données exactes de la science, sera donc le premier devoir du médecin dans la lutte contre l'alcoolisme. Les relations avec les clients, les amis, les connaissances, lui fourniront

L'opportunité de répandre la saine doctrine. Prudent dans ses prescriptions il n'abusera pas des stimulants, évitera leur usage prolongé, veillera à l'éclosion de goûts et d'habitudes qui peuvent devenir incontrôlables. Il rendra, enfin, son apostolat plus fructueux en n'oubliant pas le vieil axiome : " verba movent, exempla trahunt."

Presse. — La presse constitue un excellent agent de pénétration des masses : on lui fera appel pour enseigner des notions justes sur l'usage et l'abus des liqueurs enivrantes. Un article concis, mis à la portée de toutes les intelligences ; quelques commentaires sur un de ces nombreux événements quotidiens où figure l'alcool ; quelques réflexions sur nos lois et nos habitudes, publiées de temps à autre finiront par laisser des impressions durables.

Conférences. — Les conférences ou lectures publiques constitueraient un des meilleurs moyens de propagande. Notre peuple canadien-français aime mieux écouter que lire : Les sociétés médicales auront ici un beau rôle à jouer. Il n'est pas de ces associations qui ne comptent dans leurs rangs quelques membres dotés du don de la parole, habitués aux joutes des tréteaux populaires. En temps d'élection, il est toujours étonnant de voir surgir autant de cicerons des rangs de la profession. Pourquoi ne pas détourner un peu le flot de cette éloquence au profit de la croisade anti-alcoolique ? Comme les conférences agricoles, ces causeries sur des sujets touchant à l'hygiène et à la médecine — ces séances de vulgarisation scientifique en tableaux propres à frapper l'imagination tels que les voulait Taine, feraient un bien immense dans nos campagnes, où les cultivateurs, avides de s'instruire, mais normands par nature, commencent par dire " non," tout en pensant " oui " et finissent par se rendre à l'évidence. La profession médicale doit prendre la direction de ce mouvement, car une fois l'âme populaire conquise, il sera possible de l'orienter dans le sens des réformes législatives déjà mentionnées. La crainte des électeurs, est, règle générale, pour les gouvernements le commencement de la sagesse.

Médecins législateurs. — Lorsque la législature s'occupe de la réglementation du commerce des liqueurs enivrantes, nos confrères qui forment partie de la députation pourraient, en élevant la discussion au-dessus du terre-à-terre des intérêts de parti ou des mesquines considérations budgétaires, exposer à leurs collègues quelles conséquences aurait au point de vue économique et social, sinon la disposition, du moins la diminution de ces fléaux contemporains, l'alcoolisme et la tuberculose. Il y a là matière à discours dont la nouveauté des idées, l'originalité des aperçus, la largeur des

horizons explorés. L'importance des conclusions trancheraient avec avantage sur le fond, d'ordinaire assez terne, de nos débats parlementaires.

Sociétés de bienfaisance. — Les sociétés de bienfaisance sont encore un champ où l'on peut jeter, à pleines mains, la bonne semence. Les relations étroites du médecin avec les associations de secours mutuels lui promettent d'y exercer une influence bienfaisante. Toutes ces sociétés ont dans leurs règlements un article exigeant la sobriété de chacun de leurs membres, sous peine de déchéance. Si tous les sociétés se donnaient la main pour appliquer l'esprit et la lettre de ce règlement, convaincre les faibles d'abord, expulser les récalcitrants ensuite, ces associations deviendraient, dans un avenir rapproché, de véritables écoles de tempérance.

Écoles. — Enfin, comme il vaut mieux prévenir que guérir, il importe d'apprendre aux enfants, aux jeunes gens surtout, à redouter les conséquences de l'alcoolisme. L'école primaire n'est certainement pas le milieu où il serait pratique de donner un enseignement anti-alcoolique; on peut cependant y faire appel à l'imagination des enfants par l'image ou des récits appropriés à leur âge. Mais dans les écoles commerciales, les écoles normales, les collèges, le convent, les élèves devront acquérir des notions exactes sur la nature, l'action physiologique, les effets morbides de l'usage des alcools. Prévenir, contre ces dangers, nos jeunes gens entreront dans la vie pratique armés contre les tentations qui, une fois satisfaites, entraînent rapidement sur la pente de la passion.

La multiplicité des moyens préconisés contre l'alcoolisme révèle l'étendue du mal et le caractère varié des obstacles à surmonter pour obtenir des résultats sensibles. Rappelons-nous, puisque le corps médical doit prendre une part prépondérante dans la lutte, que les résultats nous improvisent pas; ils sont l'œuvre du temps, de l'éducation, de la réflexion, des efforts combinés d'individus animés d'un même invincible courage, d'une même infatigable ardeur pour atteindre le but désiré. À l'exemple des Bergeron, des Lamécians, des Lalonde, des Magnan, des Legrain, des Debove, des Triboulet, dont les membres de cette association doivent tirer leurs inspirations, à l'exemple de ces maîtres de la médecine française qui, les premiers, ont poussé le cri d'alarme et révélé l'imminence du péril alcoolique pour l'ancienne patrie, resserrons nos rangs et que chacun, dans les limites de ses moyens et de ses capacités, revendique sa petite part de cette œuvre à la fois patriotique

vie et humanitaire. Sans nous préoccuper du succès, ayons le seul souci de la lutte et de l'accomplissement du devoir qui nous est imposé par notre profession dans la société. Ayons, enfin, toujours présent à l'esprit, en dépit de l'indifférence et de l'ingratitude populaires, ces belles paroles de Pasteur : " Le médecin doit s'inquiéter de ce qu'on dira de lui dans un siècle, non des injures ou des compliments du jour."

HYGIÈNE DES BOISSONS ET TUBERCULOSE INFLUENCE CAUSALE DE L'ALCOOLISATION

Par le Dr H. L. F. PÉRON, médecin des hôpitaux, ancien vice-président de la Ligue Nationale contre l'alcoolisme, ancien directeur de la Gouvernerie militaire, ancien directeur de la Société française d'hygiène et de l'Association française contre l'alcoolisme.

Les maladies alcooliques, les prises d'alcool, la syphilis, contemporaines, ont été, au cours de ces dernières années, les méthodes sérothériques, en particulier, ont été, en fait, déjà la guérison de certaines affections d'origine grave, mais tout cela comme, comme possible leur efficacité, les résultats sont d'autant multiples. Notre espoir est d'autant plus exalté que le malade, comme est plus grand, plus méconnu, et vous savez tous, dans ce qui concerne l'attente nous sommes sûr de l'efficacité, qui est la base du traitement de la tuberculose.

Nous n'avons pas pu nous arrêter à ces détails pour essayer la maladie de la cause, nous n'avons pu le dire sur la vitalité du bacille de Koch, nous en sommes réduits à ces deux précautions essentielles :

a) Éviter la contagion microbienne

b) Résister à ses attaques

La contagion peut se effectuer de deux façons :

1. Par l'écoulement

2. Par l'inspiration de l'air contaminé, ou par contamination de l'air, poussières, ou des produits d'alimentation.

1. L'écoulement, provoqué par les uns, rejeté par les autres, comme l'écoulement de tubercules, est une de ces causes que nous sommes réduits à admettre, ou à nier, sans que nous puissions agir sur elle. Dans un avenir lointain, on peut espérer des garanties plus sérieuses contre le mariage des tuberculeux, mais si ce n'est pas une méthode, du moins n'est-ce pas là une formule actuellement efficace.

2. J'en dirai presque autant de la question de prophylaxie visant la contagion par les tuberculeux. Mais nous reconnaissons que si le virus du malade, des tuberculeux et des sujets tuberculeux est éliminé, la contagion est plus rare, qu'on ne croit, et la plupart des symptômes, elle n'est contre les mesures de rigueur qui entraîneraient à isoler les tuberculeux, ou de molles, léproseries.

La lutte contre les poussières bacillifères suit son cours. Le balayage à sec, l'époussetage, l'enlèvement sans précautions des ordures mélangées sont peu à peu combattus comme mesures malsaines favorisant la contagion, mais, appelés à vivre longtemps dans des locaux malsains et dans des agglomérations non disciplinées, les humains n' peuvent trop souvent encore, échapper à la contagion quasi fatale.

C'est aussi un sérieux progrès qu' de s'être pu mettre en garde contre les aliments bacillifères, et nous savons tous, à ce sujet, combien sont grandes les chances de contagion par le lait des vaches tuberculeuses. Mais en attendant que BARRING ait arraché son secret à ce malin laitier et à la vaccination qu'il espère en déduire, que d' enfants s'obscurent encore de bacilles avec leur alimentation.

Après ces rapides considérations sur la propagation de la tuberculose, une conclusion reste évidente pour le médecin. Faction très lente, à échéance lointaine, des mesures de prophylaxie contre la contagion.

J'ajoute que si l'asepsie est difficile et lente, l'antiseptie proprement dite est de peu d'efficacité et le résultat de notre impuissance actuelle contre la pénétration du germe funeste ne se constate que trop aux chiffres de nos statistiques sur la fréquence de la tuberculose.

Contagionné, à bon escient ou à son insu l'être humain n'a qu'une ressource : *résister aux attaques du bacille*.

Pour résister, il faut être fort, et la force est chose innée ou acquise. Bénéficiaire ou victime d'une hérédité bonne, moyenne ou mauvaise, l'homme se doit, vis à vis du mal menaçant, de bonifier sa constitution faible ou médiocre, se doit à maintenir ses chances bonnes ou moyennes.

Que pouvons nous en cette matière ?

Existe-t-il un sérum vampire ? des médicaments microbiocides ou secondaires ?

A vrai dire, Messieurs, rien de *positif* contre la tuberculose. Nous ne savons pas la guérir.

Notre intervention est, si j'ose dire ainsi, *d'ordre négatif* : nous pourrions, dans une certaine mesure, *éviter* encore, l'*éviter* ; nous pourrions, par ailleurs, dans une proportion vraiment forte, l'atténuer, lui *résister* même, par quels moyens ? c'est ce que nous enseignons.

LA PROPHYLAXIE

L'étude des agglomérations humaines nous fait saisir sur le vif la genèse de la plupart des étiologies contemporaines.

L'émigration des campagnards vers les villes, la population sans cesse croissante des grands centres, ont pu être, avec l'encombrement, des conditions si favorables à l'évolution du bacille de Koch : diminution de la ration d'air et de lumière, propagation rapide des états miliumiteux infectieux des voies aériennes, et déclinaison dans la nutrition par non-entretien de l'exercice musculaire, d'un moindre fonctionnement pulmonaire, moindre hématos, diminution de l'appétit, etc.

Les chances de contagion sont plus nombreuses, les éléments de résistance moindres.

Mais que, par passages successifs dans les organismes, le bacille gagne en virulence, les êtres humains ont augmenté leur étiologie. Dans ces conditions, la tuberculose a suivi les progrès de la civilisation, et les statistiques sont là pour le prouver.

Or, Messieurs, les conditions de milieu (air, lumière, habitation, professions malsaines, surmenage, misère, etc.), dont l'influence est prédominante, interviennent à ce point en dehors de nous, de notre volonté, et de nos moyens d'action, que la lutte contre elles, à peine commencée, demandera une série d'efforts, à résultat fort éloigné.

Ces questions qui, se sont louté, nous doivent préoccuper tous, rentrent dans ce que j'appellerai *La prophylaxie à longue échéance*.

Une autre cause, associée aux précédentes, qui, comme elles, prépare ou favorise la tuberculose, c'est *l'alimentation défectueuse*.

On se nourrit mal, soit par insuffisance de nourriture, soit par excès, soit par un mauvais choix des aliments.

Parmi les crimes de l'alimentation, la plus dangereuse consiste, pour l'homme, à s'adresser à certains produits peu alimentaires, trompeurs de la sensation d'appétit, et qui, en outre, peuvent nuire, directement ou indirectement, à ceux qui les absorbent : tel est *l'aliment toxique*, l'alcool.

Après vingt années d'observation clinique, j'ai vu naître et mourir bien des théories, bien des méthodes, bien des illusions sur la genèse et sur la prophylaxie de la tuberculose. Il y a deux mois, à peine, au lendemain du grand Congrès International d'octobre 1905, l'Académie de Médecine ayant à covisager cette même ques-

tion des mesures prophylactiques anti-tuberculeuses, nous avons pu en outre la discussion se clore par un éloquent plaidoyer du Dr Huchard qui se résume ainsi :

« Tout que vous n'avez pas agi contre l'alcoolisme, vous n'avez rien fait contre la tuberculose. »

Cette donnée d'étiologie doit pour nous, messieurs, primer momentanément toutes les autres, parce qu'il est au pouvoir de l'homme, sinon de la supprimer, du moins, de la modifier, et qu'elle lui permet ainsi de réaliser une *prophylaxie immédiate*.

Si sa mise en œuvre n'entraîne, d'ailleurs, en rien, celle des autres mesures de défense, ce sont des moles d'action connexes, complémentaires les uns des autres. *l'Hygiène Alimentaire* se plaçant tout naturellement parmi les autres chapitres de *l'Hygiène Sociale contemporaine*.

PREMIÈRE PARTIE

DOCUMENTS STATISTIQUES

Il faut bien l'avouer, la question de l'alcoolisme, à la fois d'ordre économique, d'ordre moral, et d'ordre médical, est difficile à aborder pour le médecin. Il n'a pas toujours su, mieux que les autres, échapper entièrement au parti pris, et son premier devoir, pour faire œuvre prophylactique utile, est de se dégager des idées préconçues et des théories, et de s'en tenir aux faits bien prouvés.

C'est dans cet esprit d'indépendance que je voudrais, messieurs, développer devant vous tout ce qui concerne les rapports entre les progrès de l'alcoolisation contemporaine, et ceux de la tuberculose.

STATISTIQUES GÉNÉRALES

Est-il besoin, messieurs, de rappeler dans le détail à des médecins les statistiques qui fixent les rapports de la tuberculisation avec la consommation de l'alcool ? Je crois pouvoir être bref, me permettant de vous prier de vous reporter aux sources documentaires qui font partie de notre domaine public médical.

Tous vous connaissez la colossale statistique anglaise de Tatham, portant sur 70,000 adolescents et adultes au-dessous de 15 ans, et qui nous donne cette table de mortalité *comparée* si instructive (1) :

(1) Supplement to the fifty-fifth annual report of the registrar general of births, deaths, in England at London, 1897.

Clergé	67
Cultivateurs	79
Médecins	105
Maîtres d'écoles	111
Pêcheurs	111
Ouvriers des Docks	325
Cabaretiers - Province	352
Cabaretiers - Londres	118

La conclusion qui s'en tire, c'est que dans les professions où l'homme est intempérant, la moyenne de mortalité par tuberculose est de 3 à 6 fois plus élevée que dans les autres.

En France, un maître éminent, le professeur Lamoignon a passé sa vie à démontrer et à établir les relations de la tuberculose avec le goût croissant de la population pour les boissons à base d'alcool et d'essences, parmi lesquelles l'absinthe.

La Société Médicale des Hôpitaux de Paris en 1899, a chargé plusieurs de nous d'une enquête sur l'éducation et tout le monde doit lire le réquisitoire vibrant de notre collègue Jaquet (le rapporteur de notre Commission).

Au Congrès International de la tuberculose - Londres 1901, le professeur Bromberg a mis en pleine évidence l'accroissement préoccupant, terrifiant, de la tuberculose dans nos villes, comme dans nos campagnes progressivement alcoolisées.

Le document suivant (statistique de la région de Beauvais) lui a servi de preuve.

Mortalité par tuberculose	Catégorie	Nombre de décès dans ces régions
30 à 40 décès pour 100 habitants	1	12/17
40 à 50	2	13/21
50 à 60	3	11/72
60 à 70	4	16/86
70 à 80	5	17/16
80 à 90	6	17/80
90 et au delà	7	20 à 30/1

Les indicateurs *particuliers* fournis par les observations de détail, prouvent qu'un tel rapport n'est pas seulement apparent mais *Réel* pour de nombreux secteurs de malades.

(1) *Jaquet* - Méd. Hôp. Nou. 1899 - (Pres. Méd. Hôp. Nou. 1899)

STATISTIQUES ET RECHERCHES

Observations personnelles (1). — Sur 717 hommes, j'ai pu établir qu'en bloc, 104 (14,6 %) tuberculeux soumis à mes soins et à de multiples et en moyenne trente ans d'abusivisme possèdent à son actif les motifs de décès de caractères puristes attribués de pneumonie pulmonaire (1).

Inspection générale. — KRESCIT (2) a souligné la contagion joue un rôle important pour les tuberculoses à peu près stationnaires chez les anciens soldats, chez eux et ailleurs l'élément essentiel est l'alcoolisme (3).

Rapport de JACQUET (4). — Sur 17 phthisiques étudiés de près, dans un service de l'hôpital, 16 ont subi l'abus plusieurs années, une forte alcoolisation. Trois moururent de l'abus de vie ou du rhume et des apéritifs tous prennent de l'absinthe, sans en adjoindre aux amers.

Une statistique personnelle — poursuivie dans le détail avec le concours d'un de mes élèves, m'a fourni le tableau instructif ci-contre.

Sur 39 malades tuberculeux, âgés de 24 à 50 ans, alors que l'hérédité n'intervient dans au moins deux tiers des cas, alors que nous ne pouvions relever qu'une à trois fois de contagion directe, nous voyons 14 tuberculoses spontanées, 10 est à date prise lentement dans le milieu puriste, évoluant rapide, grave, sans espoir, compliquée 8 fois par le régime au vin, 11 fois par le régime à l'alcool, 11 fois par le régime à l'absinthe (voyez plus loin). Statistique personnelle de l'Hôtel St Louis.

Pour terminer, je donne encore une statistique très probante, que j'extraits d'un remarquable mémoire du Dr de Lavaranne (5).

(1) M. TRIBOULET, L'abusivisme alcoolique rapporté avec la tuberculose pulmonaire. Congrès International de l'Alcool, Avenue, Avril 1901.

(2) KRESCIT, La tuberculose dans l'armée. Paris, 1902. O. Doussin, éditeur.

(3) Dr E. de Lavaranne, alcoolisme et tuberculose. Ann. d'Hyg. Mar. 1900.

STATISTIQUE (DE LAVARENNE)

RELEVÉ DANS UN DISPENSAIRE POUR OUVRIERS, PARIS, (Belleville)

Nombre de Malades	Hérédité double Tuberculose alcool	Contagion	Age	Séjour urbain	Profession	Alcoolisme
50	5 fois	7 fois	de 20 à 30 ans	11 nés à Paris	Fondeurs mécaniciens	Sur 32 hommes
dont		dont 5 chez des alcool	12 de 30 à 40 ans	20 depuis 5 ans	Cisclens	26 alcooliques
32 hommes			10 de 40 à 50 ans.	1 depuis 18 mois	Hommes de peine 6	Sur 18 femmes
et					Employés 1	2 alcooliques.
18 femmes					Bouchiers 2	
tuberculeuses graves					Courtiers 2	

" Je ferai remarquer, dit le Dr de Lavarenne : que presque tous ces tuberculeux étaient des hommes solides, robustes, que rien ne prédisposait à la tuberculose. Tous avaient des salaires suffisants pour ne pas endurer de privations; seul l'alcoolisme intensif, peut être invoqué chez eux comme cause de tuberculose."

Mais, ne préjugeons pas de l'explication; contentons nous de clore ce chapitre, en invoquant le témoignage des cliniciens de toutes nos provinces.

Brunon, (de Rouen) Aubry, (de Nantes) Dubois, (de Lille) Béringier, (de Toulouse) Constan, (de Montpellier) Carrière, (d'Alais) Lassabatie, (de Toulon) Herbel, en Normandie, L. Renault, en Bretagne. Voyez aussi la thèse du Dr Imbault, 1901, « Fréquence de la tuberculose chez les alcooliques », etc.

Messieurs, peut être ai je abusé du document statistique? Je m'en excuse, mais sachez toutefois que ce que j'ai énuméré n'est qu'une minime partie de ce que nous donnent toutes nos statistiques régionales, et ce que donnerait, dans le même sens, les statistiques du monde.

De tous ces faits, ressort une conclusion formelle, définitive, déjà tant de fois exprimée

L'Alcoolisme, dans une forte proportion, chaque jour croissant, d'ailleurs, prépare la voie à la tuberculose pulmonaire. (Lancet, aux Landonzy, etc.

DEUXIÈME PARTIE

A. PREUVES PATHOGÉNIQUES

Eh ! quoi, disent beaucoup d'entre nous, messieurs, les statistiques sont chose bien élastique : l'Alcoolisme est si répandu, surtout dans les classes sociales qui fréquentent nos hôpitaux, qu'on le retrouve à côté d'une foule de maladies (cancer, syphilis, tuberculose).

Aussi bien, vais-je avoir, Messieurs, à côté des documents statistiques qui font naître une impression, à développer ici les preuves qui font cette conviction : Il y a rapport de cause (alcoolisation) à effet (tuberculisation).

Nos preuves sont : d'ordre *expérimental*, et d'ordre *clinique*.

A. PREUVES PATHOGÉNIQUES D'ORDRE EXPÉRIMENTAL.

La tuberculose, expérimentale ou spontanée, des hommes et des animaux est faite de deux éléments qui entrent en lutte chez le sujet tuberculisé :

Le bacille qui attaque, l'organisme qui se défend.

Je passe rapidement sur ce qui a trait au bacille de Koch parce que nous n'avons pas d'arguments à invoquer pour démontrer que l'alcool ait, ou non, une influence directe, favorable, ou contraire à son développement, en nombre et en virulence. Contre l'attaque du bacille tuberculeux, et de ses toxines, et les autres microbes, l'organisme met en jeu trois influences connexes, qui sont la leucocytose, les réactions de défense du système hépatique, et, dominant les deux, ce que j'appellerai les réactions de sollicitude du système nerveux.

Nous devons demander à l'expérimentation ce qu'elle peut nous fournir actuellement en faveur, ou à l'encontre, de l'influence adjuvante, débilitante, ou contraire de l'alcool aux moyens de défense sus-énoncés.

De nombreux mémoires, dont vous trouverez l'exposé dans l'important travail de Taav. Laitinen et dans celui de M. Labléd, nous font reconnaître pour les infections en général, et pour la tuberculose, en particulier, qu'avec le régime à l'alcool tant soit peu élevé :

a) La leucocytose est diminuée ;

b) Les viscères, chargés de la défense de l'organisme et de l'émonction (*pu et reins*) sont moins actifs.

À petites doses, on ne constate guère sur les fonctions précitées, effet appréciable ni en bien ni en mal, mais

est très insaisissable pour le système nerveux. À forte dose, l'alcool, même à petites doses, paralyse dans une certaine mesure les fonctions du névraxe.

On pourrait tenter d'interpréter, dans un sens favorable à l'action de l'alcool les expériences de Mircoli et de A. Gervino.

Chez l'homme, Mircoli, imitant de la tuberculine de Maragliano, veut de la sembler des tubercules plus antitoxique que celui des sujets non alcoolisés. A Gervino, précise expérimentalement, et, d'après lui, 500 d'alcool de vin par kilogramme chez le lapin, ne tenant la résistance à la tuberculose, après tuberculisation.

Or, avec M. Labbe, il est bon de faire remarquer, que la tuberculine de Maragliano ne représente qu'une partie des toxines tuberculeuses. Rien ne prouve que ce qui est vrai pour cette toxine, soit également vrai pour tous les poisons secrets par la bacille de Koch.

EXPERIENCES DE PROF. ACHARD

De 1903 à 1905, ont été entreprises par le professeur Achard, des inoculations sur des séries d'animaux, les uns soumis, les autres, non, à l'influence préalable ou concomitante d'une intoxication alcoolique, celle-ci réalisée sous trois modalités variées : inhalation, injection, déglutition.

En voici le résumé

ALCOOLISME TUBERCULOSE

Expérimentation — PROF. SECT. ACHARD — 1905

RÉSUMÉ EXPERIENCES

Alcoolisation par voie hypodermique et par voie gastrique

PREMIER LOT	DEUXIÈME LOT	TROISIÈME LOT	QUATRIÈME LOT
20 cobayes	20 cobayes	20 cobayes	20 cobayes
Simplement tuberculisés	tuberculisés par inhalation	tuberculisés par injection	indemnes de tuberculose, simplement alcoolisés
15 jours	15 jours	15 jours	15 jours
8 jours	8 jours	8 jours	8 jours
10 jours	10 jours	10 jours	10 jours

2^{ème} EXPÉRIENCE

Alcoolisation par inhalation

PREMIER LOT	DEUXIÈME LOT	TROISIÈME LOT
TEMOINS		TEMOINS
20 cobayes	20 cobayes	20 cobayes
simplement tuberculisés	tuberculisés, puis alcoolisés par inhalation	indemnes de tuberculose, simplement alcoolisés
TEMOINS		TEMOINS
SURVIE 98 jours	SURVIE 43 jours	SURVIE 112 jours

b. Proux chimiques — Observés dans nos hôpitaux ou dans notre clientèle urbaine, les sujets tuberculisés ont pour se défendre ces trois mêmes moles de réaction biologique que nous avons reconnus chez les animaux de laboratoire luttant contre l'infection, en général, et contre la tuberculose, pour notre étude particulière. Ce sont

Leur *leucocytose* digestive et générale contre les germes

Leur *calera hépatique* et rénale qui les met à l'abri des toxines

Leur *système nerveux* qui avertit, qui dirige la défense

Pour ces trois éléments l'alimentation normale est le plus sûr garant, tandis que, par contre, pour ces trois éléments l'erreur d'alimentation est compromettante, imminente ou fatale.

L'erreur alimentaire peut exister sous trois formes : insuffisance, excès, anomalie.

Insuffisance — Je n'existe pas sur l'insuffisance, nous en savons tous la valeur absolue, immédiate. — *Tant vaut l'estomac, tant vaut le malade*, et ne pas nourrir suffisamment c'est préparer la tuberculisation chez les uns, c'est, chez les autres, laisser s'accomplir sans lutte la tuberculose en cours.

Toutefois, j'insiste sur l'insuffisance alimentaire, en ce qu'elle favorise presque toujours l'immunité — le sujet qui ne se nourrit pas suffisamment de rien, de substances variées, et particulièrement de l'alcool le complément indispensable pour son total de calories.

Excès — L'excès en tout est un défaut, et trop favorablement accueillie de tant de médecins, la doctrine moderne de la *sur-alimentation* et de celles qui justifient ce proverbe : *Surcharge alimentaire égale surcharge toxique*, d'où surmenage, et décléance possible hépato-rénale chez les sur-alimentés, conséquence réalisée d'autant

plus vite si l'alimentation est toxique par elle-même, notamment au cas de suppléments à base d'alcool. Vins, liqueurs, et, disons le bien haut, en *med culpa*, et, . . . médicaments.

Anomalie — L'insuffisance comme l'excès dans notre alimentation sont des conditions fâcheuses pour lutter contre la tuberculose — mais combien moins le sont elles que l'alimentation défectueuse — « l'alcool ». Tandis qu'on voit de nombreux sujets supporter longuement leur tuberculose malgré une alimentation relative, tandis qu'on en voit lutter avec apparence de succès momentanée par la surcharge alimentaire *simple*, il n'est pas un malade qui ne trouve dans l'alcoolisation *supplémentaire* un élément d'amoidrissement ou de déchéance plus rapide.

DES ACCORDS CLINIQUES APPARENTS

Messieurs, si je parle à des convaincus, je romps de bien inutilisables lances contre l'alcool — mais — parmi nos confrères — parmi vous, peut être, l'opinion qui condamne l'usage de l'alcool chez les tuberculeux est loin d'avoir un tout puissant crédit.

« A part les phthisiques nerveux, à part ceux qui tout naturellement des hémorrhagies il y avait lieu d'exclure temporairement le traitement préconisé par B. et C. et par B. et W. chez les tuberculeux, » vient d'écrire Wolf dans un travail tout récent. Ce traitement s'appuie sur les qualités de l'alcool comme « aliment d'épargne », et comme « stimulant nerveux », se résume à « l'innocuité des faibles doses », et possède à son actif « des guérisons incontestables ».

Il faut bien le reconnaître, messieurs, la complexité des faits de notre observation clinique est telle qu'il n'est pas un de nous qui ne se soit plus d'une fois trouvé ébranlé dans ses convictions les plus fermes. — C'est, pour nous étonner, la tuberculisation de tant de gens sobres, la non infection d'une foule de buveurs, c'est la possibilité de formes graves chez les premiers, la fréquence de formes atténuées ou lentes chez les seconds. — C'est en un mot le défilé des influences étiologiques, le renseignement des conditions pronostiques.

Que dis-je ? le désaccord peut aller jusqu'au paradoxe — puisque — pour les cliniciens — certains faits d'observation paraissent démontrer non seulement une résistance passive, mais même une action favorable *active* du régime à l'alcool. — Après Magnus Huss, Lendet de Rouen, beaucoup de nos confrères, en France et en Angleterre, ont

attire l'attention du monde médical sur ce fait clinique incontestable : *un régime à l'alcool et la phisie tuberculeuse de la bœufs d'alcool.*

Où, *phisie, sclérose*, sont les expressions reconnues de la réaction organique favorable contre l'infection tuberculeuse. Nous voyons la sclérose réalisée spontanément chez les sujets qui résistent à l'écou "arthritique" dont nos pères nous ont montré le tempérament comme antagoniste de la tuberculose.

Voilà, Messieurs, la toute puissance du syllogisme. Le régime à l'alcool est facteur d'arthritisme, on ne saurait le contester, comme tel, ce régime peut favoriser la sclérose périltuberculeuse; cette fibrose est une des réactions heureuses que nous nous efforçons d'obtenir par notre thérapeutique antituberculeuse.

De là à conclure que l'alcool est le *médicament*, sinon même *l'aliment* de choix pour nos malades prébacillaires ou bacillisés, il n'y a qu'un pas. Ce pas fut franchi maintes fois, et le serait encore, si on suivait les indications de Wolff et de bon nombre d'autres.

Voilà bien, Messieurs, entre la logique *apparente* et la réalité *vraie*, une série de conflits troublants qui ont eu une grosse influence et qui l'ont en outre sur l'hésitation du Corps médical à se faire une conviction ferme. Voilà pourquoi, à mon avis, l'opinion publique n'est pas formée.

Il n'y aura de prophylaxie de la tuberculose et de l'alcoolisme, et de l'une par l'autre, que quand les médecins auront fait comprendre au grand public la nature des liens et l'étroitesse des rapports qui unissent ces deux données; mais pour cela, il faut tout d'abord que les premiers nous levions nos propres dents. Dans ce but, j'estime comme absolument indispensable de dissiper entièrement cette redoutable équivoque sur un prétendu antagonisme entre le régime à l'alcool et l'évolution de la tuberculose. Pour y parvenir, je vous demanderai, Messieurs, de vouloir bien suivre avec moi l'exposé des faits éclairés par les enseignements de la pathologie générale.

Depuis les beaux travaux de Glénard de Vichy, nous avons appris à ne plus voir dans les modalités de la diathèse arthritique que les réactions du parenchyme hépatique sollicité défectueusement dans ses complexes fonctions.

La série des observations de Glénard est du plus haut intérêt étiologique, parce qu'il s'agit de sujets appartenant, non plus seulement au prolétariat, toujours mis en cause pour l'alcoolisme, mais

de bourgeois riches ou aisés, et que chez eux et l'alcoolisme moins tapageur peut être demandé à être suivi plus minutieusement dans sa marche. — *Finis*.

Lentement, si l'on agit de vigoureux campagnards, plus rapidement si on observe des citadins. L'usage prolongé du vin des d'ois et des apertits, en des proportions variables à l'infini, peut amener une succession de phénomènes que Gibbard nous a appris à échelonner suivant un axe fixé par une physiologie pathologique presque précise.

Les mêmes sujets venus à Vichy au début de leur alcoolisme au 20^e ou 30^e trentaine, pour de la gastrite avec poussées congestives hépatiques, ont évolué de 30 à 40 ans vers une obésité d'apparence flatteuse, qui n'est que le prélude d'un diabète qui fit son apparition et qui s'installe vers la quarantaine.

On ne cesse d'être diabétique c'est à dire il ne pas vivre, avoir déclin gravement dans sa résistance vitale au regard de la tuberculose. — Nous le savons tous, qu'il s'agisse d'une simple glycosurie d'origine purement hépatique, d'un diabète méchant ou d'un diabète par réaction, qu'il s'agisse encore sans glycosurie, d'une légèreté ou d'une hépatique, il y a toujours possibilité d'une tuberculose, et rapide, et grave.

Voilà donc des êtres primitivement forts dont le taux hépatique a fléchi au point d'en faire des arthritiques *non résistants* et cela par voie *d'altération osseuse*.

La déposition à ses divers degrés, en provoquant dans le tractus digestif et dans le tore des modifications fâcheuses, persistantes, plus durables, peut faire l'échelon Pêtre Innaam, de la *résistance* pulmonaire la plus haute au plus faible, *soit seulement vis-à-vis de toutes les toxico-infections*, y compris la tuberculose.

Les lois de biologie générale qui régissent la maladie intercurrente nous ont fait à l'attaque, toxico-infection, à la défense, annihilation ou élimination de la toxine. Pour assurer cette double défense, nous avons leucocytose, hépatisme et tonction nerveuse. Elle existe cette défense à des degrés divers, chez les êtres les plus forts, elle se retrouve chez la plupart d'entre nous, êtres moyens, elle est encore apparente chez les faibles.

Fortes, moyens ou faibles quand il y a la maladie, nous avons agité l'impénétration d'alcool, nous avons adjoindre d'un toxique nous en devons nos organes mûrs à se défendre en même temps que de la toxique intercurrente.

En présence du toxique nous réagissons par défense spontanée. Qu'en matière de tuberculose on dénomme l'arthritisme cette heureuse réaction spontanée, qu'envisageant sa double origine hépatique et nerveuse on parle de l'«*neuroarthritisme*», peu importe les mots, ce qu'on veut dire, c'est que le sujet résiste.

Eh! bien il n'est pas douteux, messieurs, que de tous les moyens à notre disposition *l'arsenic spontané* ne soit le meilleur, le vrai, le *bon* arthritisme.

Il est légitime de vouloir parler le même langage, mais il est d'un médiocre intérêt de vouloir faire mieux que nature, et c'est pourtant ce que je presse continuellement quand nous voulons *par nos médulations* et par le travail et par l'emploi d'excitants factices tel l'alcool, noquer le compte que coûte un *arthritisme provoqué*. C'est là, messieurs, de bon *arsenic arthritique*. Tant vaut l'estomac, tant vaut le malade, nous dit un vieil aphorisme, c'est à dire, en généralisant, tant vaut l'estomac, le foie, le pancréas, l'intestin, tant vaut notre nutrition, ce que nous prouve physiologie et clinique.

A titre d'asthme, d'asthme subaiguë, je place ici les intéressantes recherches de P. Kolar sur le coefficient respiratoire, si différent chez l'asthmatique et chez les résistants.

Les échanges respiratoires des asthmatiques — diminution du quotient respiratoire C₀ — valent moins bien de la nutrition, de Bouchard ont remarqué que les asthmes, dans son ensemble, comme dans ses éléments, ont un syndrome dont nous avons reconnu la presque constance chez les phthisiques.

L'antagonisme clinique entre les deux maladies se retrouve dans leurs échanges respiratoires, et par conséquent dans les actes cliniques dont ceux-ci sont l'expression, et l'on voit là, au moins l'une des raisons pour lesquelles les arthritiques jouissent d'une certaine immunité contre la tuberculose.

Mais sous diverses conditions, surmenage, diabète, et notamment *obésité*, les échanges de l'asthmatique peuvent s'élever au taux des tuberculés ordinaires, l'asthmatique perd alors l'immunité préliminaire de son terrain, la phthise évolue chez lui comme tout autre prédisposé. (1)

Et alors, en clinique, s'expliquent ces déchéances passagères intermittentes ou durables, ces invasions de fâcheuses poussées congestives, non suivies de réaction locale, favorisant l'infiltration

(1) Voir Rôles et Bouchard, B. de Thérap. Avanc. 1905, p. 226.

tuberculeux du parenchyme, la fonte des granulations, en un mot l'évolution de la vulgaire plitiscie tuberculeuse, chez les soi-disant arthritiques, tout comme chez les autres sujets. (1)

En matière d'hémoptysies, notamment le régime à base d'alcool et les excès les plus fâcheux, le Dr Sabourin a vu souvent l'adjonction d'une dose, même faible, provoquer chaque fois, chez certains sujets, l'enrichissement de sang.

C'est pour faire apprécier de tous les cliniciens le néant de la prétendue *résistance* par le régime à l'alcool que j'ai fait dresser une statistique personnelle maintiens.

Sur les 30 sujets tuberculeux alcooliques, on constate avec surprise, si l'on n'est pas mis en garde, que ce sont les buveurs d'absinthe qui, tout en donnant un pourcentage étiologique *quantitativement considérable* de 11/30, fournissent la moins mauvaise proportion *qualitative*, *en d'autres termes* à dire le moindre nombre de formes aiguës et graves. — On trouve, en effet, 6 cas à évolution lente, et 3 ans de longue résistance préalable.

Allons nous en conclure que l'intoxication par l'absinthe est défavorable à l'évolution tuberculeuse ?

Où, enquête faite, je vois que 9 de mes tuberculeux absinthiques ont près de 40 ans *quantitativement*, ce qui n'est pas l'âge de la mort par tuberculose dans nos milieux urbains (20 à 30 ans). La tuberculose chez la plupart d'entre eux a débuté tardivement; elle a été lente, parce que ces gens là étaient des forts, les hommes de grande vigueur originelle, nés pour braver les infections avec succès, la tuberculose comme les autres. Ce n'est qu'après des défis sans nombre à l'hygiène qu'ils ont fini par se laisser envahir, et par succomber, devenant *en quelque sorte* complices de la maladie.

Ce que je dis pour l'absinthe, poison national, et parisien par excellence, je le répéterai pour les eaux de vie et autres produits alcooliques. Ces boissons, dès que l'usage en est hors de proportion avec l'équilibre fonctionnel d'un organisme humain, font devenir celui-ci de *très* fort, il devient moins fort, de *moins* fort, il devient *faible*.

La vraie force, la force supérieure, c'est de ne pas se laisser toucher en profondeur par l'infection; le degré de force moindre, bien qu'appréciable encore, c'est de résister aux atteintes infectieuses, et plus particulièrement à la tuberculose, par voie de réaction fibreuse. Mais si l'on est faible, mieux vaut s'en remettre à

(1) Voy. J. Bernard, Presse Méd. déc. 1905.

ses propres forces, que de recourir aux palliatifs toxiques. Quand le régime au vin, à l'absinthe, à l'absinthe, est institué chez un faible, le débile, le courage ne lui fait que gagner en vitesse. J'en appelle à l'observation quotidienne de tous les médecins, et je signale, pour les incrédules, mes faits cliniques, 1, 10, 12, 14, 19, 29 et 30, dans lesquels la plus âgée des victimes n'a pas trente-cinq ans, et où les sept malades en cause succombent à des formes aiguës ou subaiguës, c'est à dire à des formes de non résistance (1).

STATISTIQUE PERSONNELLE. Hôpital St-Louis 1902

	Hérédité	Contagion	Age	Séjour urbain	Professions
1	Pas d'hérédité	?	31		Sommelier
2	Pas d'hérédité	?	45	Né à Paris	Journelier
3	Pas d'hérédité	?	59	40 ans	Couvreur
4	Pas d'hérédité	?	50	12 ans	Charretier
5	Pas d'hérédité	?	49	3 ans	Mécanicien
6	Pas d'hérédité	?	34	10 ans	Laitier
7	Pas d'hérédité	?	35	11 ans	Garçon livreur
8	Pas d'hérédité	?	29	12 ans	Journalier
9	Pas d'hérédité	?	50	3 ans	Rédacteur
10	Pas d'hérédité	?	49	4 ans	Peintre
11	Pas d'hérédité	?	31	Né à Paris	Comptable
12	Pas d'hérédité	?	23	Né à Paris	Garçon marchand de vin
13	Pas d'hérédité	?	2	Né à Paris	Docteur
14	Pas d'hérédité	?	37	11 ans	Garçon de Restaurant
15	Mère suspecte au titre tuberculeux	?	27	9 ans	Homme de peine
16	Pas d'hérédité	?	30	Né à Paris	Peintre
17	Pas d'hérédité	contagion dans une eau que vivaient des tuberculeux	31	12 ans	Journalier
18	Pas d'hérédité	Adémite cervicale de 10 ans reconquint auprès de personnes tuberculeuses	31	25 ans	Employé de commerce
19	Mère phthisique	?	25	Né à Paris	Garçon boucher
20	Pas d'hérédité	?	50	20 ans de mililite	Serrurier
21	Pas d'hérédité	Colomes, syphilitis	46	30 ans	Chaudronnier
22	Pas d'hérédité	?	49	23 ans	
23	Pas d'hérédité	?	52	9 ans	Homme de peine
24	Pas d'hérédité	?	48	15 ans	Journalier
25	Pas d'hérédité	?	46	15 ans	Coiffeur
26	Pas d'hérédité	?	47	15 ans	Vermouleur
27	Pas d'hérédité	?	47	9 ans	Chaudronnier
28	Mère phthisique	?	46	Né à Paris	Journalier
29	Pas d'hérédité	?	33	7 ans	Serrurier
30	Pas d'hérédité	?	26	7 ans	Journalier

(1) H. Triboulet. *Traité de l'Alcoolisme*, p. 239.

STATISTIQUE PERSONNELLE. Hôpital St-Louis 1902.

Forme et Evolution de la Tuberculose	Mode d'Abolition
1. Cirrhose et tuberculose pleuro-pulmonaire	
2. Tuberculose 1 ^{er} degré. Evolution rapide	REVIERS
3. Cirrhose. Tuberculose des sommets à marche torpide. Evolution lente	
4. Tuberculose en voie de généralisation. Les poumons. 22 mois	FI
5. Début de tuberculose à forme broncho-pneumonique	AIN
6. Tuberculose à pneumonie à évolution favorable	
7. Tuberculose pleuro-péritonéale très lente	
8. Tuberculose ulcéreuse chronique	
9. Cirrhose. Sommet suspect. Evolution lente	
10. Tuberculose lente. poussée aiguë pneumonique double. Evolution égale	
11. Tuberculose ulcéreuse 3 ^{ème} degré	
12. Phthise ultime	
13. Début de tuberculose pulmonaire	
14. Infiltration. Sommet droit. Hémoptyses, vomites tardives	REVIERS
15. Tuberculose ulcéreuse subaiguë	
16. Tuberculose ulcéreuse chronique classique. Type subaiguë	
17. Tuberculose commune 1 ^{er} période. Type subaiguë de phthise gripante	DEVAUD
18. Tuberculose commune 1 ^{er} période	
19. Tuberculose commune 1 ^{er} période	
20. Phthise ulcéreuse. réaction asthéniforme. Evolution lente	
21. Phthise ulcéreuse, bande. Intercité. Evolution lente	
22. Phthise ulcéreuse. Evolution lente	
23. Phthise ulcéreuse. Evolution lente	
24. Tuberculose pleuro-péritonéale. Cirrhose	
25. Ancien bacille d'absinthie. Phthise depuis trois ans	REVIERS
26. Tuberculose rénéale. longtemp. continue. Actuellement tuberculose pulmonaire	
27. Ancien absinthique. Tuberculose pulmonaire. 1 ^{er} période. Evolution subaiguë	DEVAUD
28. Tuberculose 2 ^{ème} , 3 ^{ème} période. Evolution subaiguë	
29. Tuberculose 1 ^{er} degré. Evolution assez rapide	
30. Tuberculose 2 ^{ème} , 3 ^{ème} période	

En continuant à suivre l'évolution des désordres digestifs et hépatiques chez les sujets observés par Glénard, nous voyons chez un certain nombre à dater de la cinquantaine apparaître des symptômes précurseurs de cirrhose hépatique et parfois à brève échéance la cirrhose est constituée, avec gros foie ou sans, à forme atrophique.

Je crains, messieurs, d'avoir trop souvent détourné votre attention sur des sujets un peu disparates, en apparence, et je ne veux

pas me lancer ici dans une nouvelle digression. Toutefois, je vous engage à méditer la question de la cirrhose hépatique dans ses rapports avec la tuberculose, pour bien comprendre en quoi la sclérose par l'alcool n'est ni chose définitivement prouvée, ni chose avantageuse, témoignant d'une acquisition de force.

Avec Lancereaux, avec Kelynaek de Londres, il y a lieu de se demander si bon nombre de cirrhoses à gros foie ne ressortissent pas à l'influence tuberculeuse, autant qu'à l'action de l'alcool, tout comme la cirrhose hypertrophique graisseuse du type Hutinel-Sabourin. Grâce au procédé de l'inscroscope de Jousset, j'ai pu dans un certain nombre de cas, reconnaître la tuberculose dans des ascites enkylées de cirrhoses à gros foie, ce qui m'a conduit à poser devant la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, cette question: Pourquoi la cirrhose relativement si fréquente à Paris, est-elle si rare en réalité dans les campagnes, même dans les régions de grosse consommation vinique et alcoolique? c'est peut-être en raison de la tuberculose, absente ici, et toujours présente là. — Encore l'alcool complice de la tuberculose qu'il appelle.

En résumé, Messieurs, je conclus de tout ce qui précède que, si l'alcool aime le foie, le foie n'aime pas l'alcool. Ainsi, par vicériorité de la nutrition lente ou brutale, par *hépatisme* dans le sens le plus large du terme, depuis la nuance minime d'hypofonction, jusqu'à la lésion la plus confirmée du foie, le terrain organique peut se trouver préparé à la tuberculose. La résistance primordiale des sujets atteints peut orienter les réactions parenchymateuses vers la sclérose, mais celle-ci n'est en rien un bénéfice. Témoignage d'une déchéance vitale relativement moindre chez les scléreux, elle n'en accuse pas moins une tuberculose, c'est à dire une tare à laquelle la force initiale du sujet eût permis primitivement d'échapper, ce que le tempérament avait de bon, l'alcool est intervenu pour le compromettre.

TARES NERVEUSES ET L'ALCOOLISME

ALCOOLISME ET TUBERCULOSE

Les troubles du gastro-hépatisme qui constituent notre "arthritisme" ont comme conséquence une auto-intoxication par des produits variés insuffisamment éliminés. Plus sensible que nos autres organes, le système nerveux prend pour lui la meilleure, c'est à dire la plus part de ces déchets toxiques, et lâchement modifié par eux, dévie vers les troubles fonctionnels innombrables qui vont du nervosisme mal défini à l'hystérie, à la neurasthénie, à l'excitation morbide, à la dépression psychique, accompagnés de



phénomènes vaso-moteurs gênants ou graves. Que le neuro arthritisme soit congénital ou acquis, il n'a certes pas de meilleur adjuvant que le régime alimentaire défectueux, et tout le monde s'accorde à voir dans l'alcool le pire ennemi de l'arthritique nerveux.

Or, messieurs, l'expérience médicale, déjà longue, et si chargée de faits, nous a depuis longtemps édifiés sur le peu de résistance des déchas nerveux à l'infection et particulièrement à la tuberculose.

La débilité acquise au contact des toxiques, qu'il s'agisse de l'arsenic (statistiques de Kelymack, épidémie de Manchester), de l'opium (statistiques des médecins colomans), ou de la morphine pour l'européen, réalise bien la préparation optimale à la tuberculisation grave et rapide.

Les faits accumulés par Lauceaux et par ses élèves, (Besançon, Pol Vassal) font jouer à l'alcool un rôle identique que tous les médecins ont pu apprécier. L'arrivée d'une tuberculose sur le terrain humain préparé à l'alcool est l'origine de ces formes aiguës pleuro-pulmonaires, de ses formes suraigües granulaires dans lesquelles les méninges subissent les plus violents contre-coups.

Pour expliquer les allures de ces syndrômes nerveux primitifs en apparence, qui rappellent en partie l'hystérie toxique, mais qui prennent bientôt l'aspect confirmé de la méningite avec son excitation entrecoupée de coma et avec ses modifications des pupilles, du pouls et de la vasomotricité, vous ne trouverez pas toujours in situ les granulations méningées : la mort rapide, fondroyante, ne leur a pas donné le temps d'évoluer. Le sujet est mort d'hypérintoxication alcoolique et tuberculense, et de l'alcool vous reconnaîtrez l'influence prédominante à ces lésions des émonctoires, notamment du foie, sous forme d'hépatite dégénérative, graissense ou non, comme l'ont montré Gilbert Ballet, Faure et Gilbert. Vous pourrez même trouver la cirrhose de Laënnec, déjà confirmée chez des sujets très jeunes (femmes de 28 à 31 ans) comme je l'ai pu constater deux fois en une même semaine, dans un service de l'hôpital Lariboisière.

Ainsi se réalisent les pires variétés de tuberculoses, avec la fatale complicité de la débilité nerveuse avec l'alcool et par l'alcool.

À côté de ces faits, exceptionnels, je le reconnais, mais chaque jour plus nombreux, de tuberculisation et d'alcoolisation suraigües, à pathogénie évidente, se place l'interminable série des tuberculoses subaigües ou chroniques, dont la genèse reste plus obscure :

quel rapport voyez-vous, raisonnablement, me demandera-t-on, entre l'alcool et tous ces faits de tuberculose banale ?

Eh ! bien, Messieurs, je crois encore fermement que, pour un grand nombre, ces bacilloses ressortissent de l'intoxication alcoolique, comme cause prédisposante majeure, et je m'en explique.

Excitant du système nerveux pour une très courte période de son action, l'alcool devient rapidement un déprimant de la fonction nerveuse : et cette dépression c'est, pour la sensibilité, l'anesthésie, pour la motricité, la parésie, pour les vaso-moteurs, la paralysie.

Anesthésié, l'alcoolisé peut l'être de diverses façons, favorables toutes à la germination tuberculeuse. L'insensibilité relative au transmatisme des parenchymes profonds, comme des téguments, comme des muqueuses, autorise le contact plus prolongé des germes nocifs (ici bacille de Koch) permet son implantation sur les muqueuses respiratoires, atténue les réactions, ou les tient imperçues du sujet : comme l'ivrogne continue à vouloir se servir de sa jambe fracturée ou broyée, insensible, inconscient, l'alcoolisé, l'expression garde ici toute sa force, l'alcoolisé "marche sur son mal." Et quand il vient consulter, il arrive souvent que le progrès des lésions a constitué la tuberculose, grave, irréparable. Anesthésié, l'alcoolisé peut l'être par son tube digestif. Les individus (et ils deviennent légion) ai je pu dire, il y a déjà trois ans (1) qui boivent à jeun une rasade d'alcool, recourent à ce moyen, souvent d'ailleurs, inconsciemment, pour abolir la sensation de faim, et ils y réussissent ; de même agit *l'apéritif* pris avant le repas. Comme le sauvage mange sa feuille de coca, le *civilisé* boit son verre d'alcool. Le but et le résultat sont le même : *anorexie*.

En dehors de ses effets fâcheux sur la nutrition intime, l'alcool, pris à jeun, invite l'individu à se passer pour un certain temps, de nourriture, ce qui, dans nos milieux urbains où tout être qui mange insuffisamment se révèle éminemment tuberculisable, est comme une complicité, comme un suicide.

Ce même alcool, qu'il *paralyse* les vaso-moteurs de la peau (refroidissement), qu'il fasse la congestion active du poumon (par son élimination), ou la congestion passive de cet organe (par intoxication nerveuse), ce même alcool infériorise les voies aériennes, déjà compromises par l'anesthésie des muqueuses. Ce sont bien là, les conditions, n'est-il pas vrai, expérimentales les meilleures qu'on puisse requérir pour la genèse d'une tuberculisation certaine, et active ?

(1) H. Triboulet - L'alcool dans l'alimentation - Soc. Thérap. juin 1900.

J'aurais, pour terminer ce trop long martyrologe des victimes de l'alcool, à entrer encore plus avant dans l'intimité de l'affreux drame humain. Avec les Magnan, les Joffroy, les Legrain, nous pourrions envisager la série des altérations cérébrales, et montrer leur influence sur la genèse de maintes tuberculoses. Il est plus poignant, peut être, mais plus instructif assurément de mettre en pleine lumière ici cette conséquence, effroyable parmi toutes les autres, de la dégénérescence de la race par l'alcool. Ce poison frappe tantôt le père, tantôt la mère, et corrompt les sources vives de la génération. Si, avec Gréhant et Nieloux, nous savons retrouver l'alcool ingéré dans le sang de la mère et du fœtus, et dans le lait de la nourrice nous assistons bien à la destruction systématique de l'espèce.

En ce qui nous concerne, les résultats de l'alcoolisation des parents sur leur descendance sont d'irréfutable évidence. Comme des enfants de vieux, les petits d'alcooliques succombent à la tuberculisation précoce, sans résistance : catarrhes suffocants, bronchopneumonies, granulé à terminaison méningée, voilà le sort de ces petites victimes. D'après Roulinowitch et d'après Ladrague, 50% des enfants des grands centres industriels meurent avant l'âge de trois ans, cette mortalité se partageant entre l'hérédité alcoolique et l'hérédité tuberculeuse (ces deux causes parfois réunies).

Sur une série de 1506 enfants, le Dr Arrivé trouve une proportion formelle de 36,19 d'hérédité alcooliques pour 100 tuberculoses (y compris les morts par méningite). (1)

Quand il a franchi le pas difficile des premières années, l'hérédité éthylo bacillaire est poursuivie par la fatalité : " Le fils de qui a bu boira ", et il est écrit aussi que le fils de qui a bu se tuberculisera !

COMMENT, DANS LA VIE COURANTE, LA TUBERCULOSE SE PRÉPARE PAR LE RÉGIME ALIMENTAIRE DÉFECTUEUX.

Nos statistiques générales du début nous ont montré comment un régime de boissons déplorable préparait la déchéance organique pré-tuberculeuse. Sans y revenir, il y a lieu d'insister sur quelques détails de cette étiologie, pour prouver que si nos contemporains boivent tant, ils savent cependant ni boire, ni manger hygiéniquement.

De Lavarenne (loc. cit.) insiste sur ces données instructives à ce point de vue :

(1). ARRIVÉ. Th. Paris, 1900.

Si, dans nos villes, si en Normandie, si en Bretagne, avec des conditions hygiéniques générales moins mauvaises, qu'autrefois, on se tuberculise davantage, c'est qu'intervient quelque cause nouvelle, et à côté de la contagion plus fréquente, il est vrai, l'alcool semble intervenir comme une des plus puissantes influences susajoutées. Il suffit de signaler ce que représente, à ce point de vue, le privilège des bouilleurs de cru.

Dans certains milieux familiaux de Bourgogne et de Normandie, la consommation par tête atteint et dépasse le chiffre de 30 litres d'alcool pur par an. Les résultats de ce régime sont saisissants, et, d'après Brunon, de Rouen, la plupart des riches fermiers normands atteints de tuberculose, sont devenus tuberculeux grâce à l'alcoolisme. De même, au dire de Crivelli, de Melbourne, se tuberculisent bon nombre de riches fermiers australiens.

Et pourtant, qui n'envierait la situation matérielle et hygiénique apparente, le milieu et le mode d'existence du "gentleman farmer" pour faire de la bonne cure antituberculeuse ?

O Fortunatos nimium sua si bona norint

Agricolas, . . .

et s'ils ignoraient l'alcool !

A priori tous les malades qui nous consultent à l'hôpital ont des habitudes hygiéniques mauvaises à l'égard du régime des boissons.

On peut par l'interrogatoire tirer des aveux de la plupart.

Le médecin n'a donc besoin de statistiques pour former son opinion : nos malades sont plus ou moins *des alcooliques*, c'est-à-dire des gens ayant le goût du vin et des liqueurs.

Mais tous sont ils *alcoolisés* ? Ici il ne suffit plus d'une impression de sentiment, il faut des faits. Or, si, au lit du malade, avec le temps nécessaire, il est possible de relever chez des sujets un certain nombre de stigmates caractéristiques de l'alcoolisation, à la consultation des hôpitaux la chose est plus difficile. Il faut se contenter souvent d'un examen superficiel, et même, dirions-nous, d'une impression.

Or, cette impression a ici une haute valeur. Si, en effet, nous pouvons, chez certains sujets, à première vue, dépister l'alcoolisation, en dehors, ou à côté de l'affection clinique qui les amène à la consultation, il faut reconnaître que le degré de celle-là est alors bien accentué chez eux, et l'on peut considérer comme définitivement alcoolisés, c'est-à-dire, en général, perdus pour le milieu social, les êtres qui sont portés sur nos statistiques.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE

CONSULTATION, (STATISTIQUE PERSONNELLE)

Série de 8 jours prise au hasard, mai 1905

Nombre des consultants.	Nombre des Alcoolisés
Hommes..... 153	Hommes..... 60
Femmes..... 376	Femmes..... 16

Notre statistique a porté sur ces deux données — *Age et profession*

Pour l'âge, ce résultat, à lui seul, par sa démonstration saisissante, justifie l'importance d'une statistique de ce genre. C'est entre 20 et 40 ans que se place le maximum d'alcoolisation chez l'homme et chez la femme, c'est-à-dire à l'âge où, socialement, par la reproduction, les êtres sont utiles au maximum à la communauté.

Entre 20 et 40 ans, on trouve 1/60, c'est-à-dire la moitié des alcoolisés chez l'homme et 11/16, c'est-à-dire les 5/8 des alcoolisées femmes.

Nombre des Alcoolisés	De 10 à 20 ans	De 20 à 30 ans	De 30 à 40 ans	De 40 à 50 etc.
Hommes 60	3	9	21	18
Femmes 16	0	3	5	5

La statistique de la morbidité chez les alcooliques comprend des faits complexes : plusieurs phénomènes morbides peuvent se rencontrer à la fois chez le même sujet.

Il ressort de notre statistique que les *troubles digestifs* viennent presque à égalité de fréquence avec les *manifestations thoraciques*.

Chez nos 76 alcoolisés nous trouvons

Phénomènes douloureux vagues	Troubles digestifs	Désordres respiratoires
Rhumatoides 17	Gastrite 19	Bronchite 12
Névralgie 6	Ictère 1	Tub. pulm. 5
	Éntéralgie 2	Points thoraciques 1

Le Dr De Lavarenne a insisté sur une particularité intéressante, et qui n'est pas sans une certaine valeur pronosticque : les allures de la tuberculisation chez la femme. Il y a quelque 30 ans, alors que la misère représentait le plus grand facteur de tuberculose, la femme payait au fléau un tribut proportionnellement plus lourd que celui de l'homme ; aujourd'hui les proportions sont renversées, et ce retournement coïncide avec la prédominance de l'alcoolisation chez l'homme.

" C'est, en quelque sorte, dit-il, une preuve de l'influence de l'alcoolisme *par le contraire* ;" et il en donne des exemples précis.

" Sur 18 cas, 11 fois l'hérédité, 9 fois, privations et surmenage.

" Malgré cela, 7 de ces femmes avaient quarante et cinquante ans. Bien que nées débiles, malgré le travail et les privations, malgré les grossesses, elles avaient pu lutter et luttèrent encore : elles étaient sobres.

" Par contre, 2 femmes robustes, l'une de trente ans, l'autre de quarante ans, toutes deux sans antécédents tuberculeux, mais toutes deux alcooliques, devenaient tuberculeuses, et présentaient des cas graves."

Pour terminer, je place sous vos yeux ces statistiques si vivantes, établies par le professeur Letulle, à l'hôpital Boncieraut, spécialement affecté à la tuberculose, et celles plus détaillées encore que le professeur Landonzy et M. Labbé ont dressées à l'hôpital Laënnec.

LETULLE : Quelques observations de tuberculeux alcooliques

10. Charretier, 48 ans ; salaire, 5 frs ; dépenses pour la nourriture, 1f.80 ; dépenses pour la boisson, 1 litre $\frac{3}{4}$ de vin, 1f.10, 1 café avec alcool, 30 c. Total 1f.70.

Soit plus du tiers du salaire pour la boisson.

20. Journalier, 24 ans ; salaire, 1f.50 ; dépenses pour la nourriture, 2 frs ; dépenses pour la boisson, 1 litre $\frac{3}{4}$ vin, 1f.10 ; 2 apéritifs, 10 c. ; total, 1f.80.

Soit deux cinquièmes du gain journalier pour la boisson.

30. Caneleur, 51 ans ; salaire, 6 frs. ; dépenses pour la nourriture, 1f.40 ; dépenses pour la boisson, 1 litre $\frac{1}{2}$ de vin, 1f.20, 1 café rhum, 35 c. ; total, 1f.55.

Soit le quart de son gain journalier.

Il est à remarquer que le malade buvait 1f.55 plus qu'il ne mangeait (1,10).

LANDONZY et M. LABBÉ. — Érapâtes sur l'alimentation d'une centaine d'ouvriers et d'employés parisiens présentée au Congrès International de la Tuberculose.

Voy. Press. Médicale, 1^{er} nov. 1905.

De tels documents n'ont pas besoin d'aucune explication, ils la fournissent à simple lecture.

Le contraste saisissant si bien mis en relief par le professeur Landonzy comporte à lui seul tout l'esprit généralement antituberculeux par anti-alcoolisme. En nous montrant " ce qui est", avec ses

défectosités (insuffisance et erreurs) en soulignant "ce qui devrait être", le Maître a réalisé une vivante leçon de choses, et cette leçon que tout médecin doit désormais savoir par cœur, est la plus utile mesure prophylactique contre la tuberculose.

CONCLUSIONS

À notre époque, et jusqu'à nouvel ordre, pour se défendre contre l'agression tuberculeuse, pour résister à la tuberculose déclarée, un des éléments de lutte immédiate les plus puissants est la nourriture, normale en quantité et en qualité.

Est *aliment* toute substance qui agit *en bien* pour notre nutrition, avec le minimum de mal. Parmi les erreurs de l'alimentation, la plus dangereuse consiste, pour l'homme, à adresser à certains produits, peu alimentaires, trompeurs de la sensation d'appétit, et qui, en outre, peuvent nuire directement ou indirectement à ceux qui les absorbent. Pour de tels produits, il y aurait lieu, comme le disait le professeur Debove, de créer une dénomination spéciale : *aliments-poisons*. Ils sont condamnés par l'hygiène, dès qu'ils représentent pour celui qui s'en nourrit, un minimum de bien, et un maximum de mal possible.

Vous avez tous encore présente à l'esprit la discussion engagée dans le monde savant, en 1903, sur la question de l'alcool-aliment. Chargé par la Société de Thérapeutique de Paris, d'un rapport sur ce grave sujet, j'ai eu pouvoir répondre aux sophismes scientifiques par les arguments du *bon sens clinique*, toujours vainqueur des théories stériles : L'alcool fait-il du bien à l'être humain ? non. Lui fait-il du mal ? oui. En conséquence, aliment ou non, au point de vue spécifiquement, l'alcool n'est pas fait pour la pratique alimentaire humaine.

Une telle réponse, messieurs, ce n'est pas du sectarisme, c'est de l'hygiène.

L'alcool n'est-il donc que nuisible ? À quelle dose, me demandera-t-on, faites-vous commencer son influence fâcheuse ?

Ne me taxez pas de paradoxe, messieurs, si je vous réponds : *"en alcoolisme, comme en tuberculose il n'y a que des résistances"*.

Tels êtres, à la force primordiale intacte, peuvent subir, sans paraître fléchir sensiblement, les contacts des microbes, et l'intimité des petits verres ; mais, à ce dernier régime, que gagnent-ils, sinon de s'amoinrir ? À les suivre le temps voulu, nous assistons, tôt ou tard, à la faillite et à la ruine de ces belles réserves de santé humaine.

D'autre part, à envisager la gamme des déchéances viscérales et nerveuses des alcoolisés, nous savons qu'avec l'affaiblissement progressif, ceux-ci peuvent arriver aux plus justes proportions repues entre microbes et terrain, si bien qu'alors, *un* bacille peut faire de la tuberculose, tout comme *un* dose d'alcool pourra faire de l'alcoolisme.

Mais le vin ? mais la bière ? mais le cidre ?

Bous par leur teneur en éléments nutritifs, ces produits, vous dira la physiologie, ne gagnent rien à renfermer de l'alcool, et c'est par cet alcool qu'ils peuvent arriver eux aussi, à nuire, comme le prouvent les statistiques, et les observations cliniques.

Si nous connaissons tous des faits de tolérance considérable pour les boissons alcoolisées chez les campagnards, ou chez les citadins peu raffinés, chacun de nous connaît, par contre, de ces civilisés, organismes en équilibre instable, chez qui le moindre supplément d'alcool ajouté à la ration d'entretien aboutit à une plainte immédiate de la santé générale.

On voit les apologistes de l'alcool alimentaire ne montrer qu'il faut quelquefois 20 à 30 ans pour tuer des êtres exceptionnellement vigoureux, ce qui peut servir à illustrer cette sentence : " comment l'être humain résiste à l'alcool ; " mais on m'accordera que c'est par un détestable procédé de logique qu'on veut faire de la phrase précédente l'équivalente de celle-ci : " l'art d'améliorer l'homme par l'alcool. " Avec de bons vins, et un foie intact, nos contemporains paraissent supporter un certain temps le régime des boissons à base d'alcool, sans modification appréciable ; mais, nous, nous ne nous y laissons pas prendre, tolérance relative et pure indifférence, encore moins profit.

L'indifférence, on ne peut nous faire accepter ce terme à nous qui savons qu'un petit trouble fonctionnel peut être le prélude de la maladie qui se constitue.

A peu près en équilibre apparent, tant qu'il ne s'agit pour eux de suffire aux détails peu compliqués de la vie courante, nous voyons les êtres imprégnés d'alcool, fléchir dès qu'il y a nécessité de demander aux fonctions un surcroît d'activité (travail physique ou intellectuel, émotions morales, etc.) nous les voyons fléchir, ou succomber même, dès qu'il y a à engager la lutte avec la maladie. (*Alcoolisme insidieux*).

Avec son maître Peter, après Lasègue, le Dr Richardière, dans le traité de médecine, a écrit : " suivant leur prédisposition, les

sujets sont sensibles à l'alcool, les uns par leur *tube digestif*, les autres, par leur *système nerveux*."

Je me suis longuement expliqué sur l'*hépatisme*, et j'ai rappelé comment l'*arthritisme de sauvage* contre la tuberculose était compromis par le régime à l'alcool (Glénard, A. Robin, Pascault).

Mes conclusions s'appuient sur toutes les statistiques cliniques de tous les observateurs; elles doivent être sanctionnées par des modifications de l'hygiène alimentaire, jus qu'ici mal comprises, ou non observée (tableaux de Lattille et de Landouzy).

J'ai dit, de plus comment l'influence des manquements à l'hygiène chez les sujets "nerveux," et, notamment, l'alcoolisation, ont leurs effets maximums par cumulation chez l'intoxiqué, et chez ses descendants, (formes aigües, graves, et méningite tuberculeuse).

Tous les faits biologiques s'enchaînent pour le physiologiste et pour le médecin, et pour eux la tuberculisation croissante contemporaine s'explique aisément par la modification désastreuse des mœurs qui a acclimaté l'alcoolisme. Certains groupements, de nos populations, [ouvriers des villes, campagnards, petits commerçants, bourgeoisie,] ce sont, par des habitudes nouvelles, créé pour ainsi dire une seconde nature. *L'habitude*, voilà ce qui a fait de l'alcool non plus un produit d'utilité (en cas exceptionnel de maladie, ainsi qu'il en était jadis; non plus un *objet de luxe* pour les relations sociales et familiales, aux jours de fête ou, à peine, pour les plus exigeants, "bis semel in mensa," mais bien un *objet de nécessité* pour les excitations croissantes de la vie quotidienne. Plus le sujet est sensible, délicat, plus l'alcool s'impose à lui, devient un véritable *besoin morbide*. Par la sollicitation corticale, l'alcool conduit à des conséquences qui varient avec les prédispositions individuelles: peu à peu, l'habitude devient plus forte.

Simple gourmandise, réfrénable au certain temps, chez des gens de mentalité supérieure, le besoin d'alcool devient une exigence pour les gens plus faibles. Et ils sont légion; et parmi eux grossit le groupe des êtres pour qui la consommation d'alcool devient un *besoin féroce*. Le moteur humain, entraîné à l'alcool, arrive à se passer de tout, sauf d'alcool.

Bien plus, la sensation sollicitée sans frein, s'étonne, et plus impérieuse cependant chaque jour, l'habitude vicieuse réclame. Des lais et des criminels, heureux de trouver de faciles et énormes profits à exploiter la folle passion de nos concitoyens, n'ont pas hésité à renforcer la nocivité des produits qu'ils leur livrent, pour en élargir le goût. Mêlent en des proportions variables,

des extraits et des essences à l'alcool ils sont parvenus à satisfaire toutes les exigences et dans notre malheureux pays, con-
 tent à flots les apéritifs, les amers, les *absinthys*, affreuses mixtures,
 dans lesquelles suivant la forte expression de Jaquet on en est
 arrivé à "*empoisonner le poison*."

En présence de cette fureur de destruction, le médecin se doit
 d'intervenir. Pour lui, l'erreur d'alimentation à base d'alcools,
 place parmi les causes puissantes de tuberculisation. *L'Hygiène des
 boissons* est un chapitre primordial de l'hygiène sociale.

Cette hygiène s'impose aux peuples comme aux rois, et les
 fait, la main haute, obéir à ses lois.

Il faut pour les nations, se soumettre, ou se démettre, parce
 que toute infraction à la règle d'hygiène est punie dans la personne
 du délinquant ou de ses descendants.

Émus à juste titre de la menace que fait courir aux popula-
 tions sans défense le poison instrument des boissons absinthées,
 deux petits pays ont donné un grand exemple : la Belgique et la
 Suisse, vous le savez, ont interdit, sur tout ou partie de leur terri-
 toire, la vente de l'absinthe.

Qu'il y ait là, comme on l'a prétendu, souci d'intérêts maté-
 riels plus que d'intérêts moraux, le résultat n'en est pas moins
 acquis pour la sauvegarde de la santé humaine, dans ces deux
 pays.

Le médecin, qui ignore les profits personnels, quand il s'agit
 du bien de ses semblables, peut intervenir dans la question avec sa
 conviction désintéressée, forte, inébranlable, parce qu'elle est
 motivée irréfutablement.

Cette conviction je vous l'exprime au nom de la Société de
 Thérapeutique, au nom de la Ligne Nationale contre l'Alcoolisme,
 au nom de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Ces Sociétés m'ont tout particulièrement confié cette mission
 d'honneur de venir, messieurs, vous demander tout votre appui
 pour une grande cause. Je crois être l'interprète fidèle de vos frè-
 res de France en vous soumettant ce vœu de prophylaxie immé-
 diate, la plus pressante :

*Le troisième Congrès de l'Association des Médecins de langue fran-
 çaise de l'Amérique du Nord, envisageant les rapports de l'alcoolisation,
 et notamment de l'intoxication par les essences, dans leur influence for-
 melle sur la genèse d'un grand nombre de faits de tuberculisation,*

demande aux pouvoirs publics d'acheter, en pays à titre de mesure prophylactique antituberculeuse, l'ouvrage de la petite librairie de la liqueur d'Absinthe. (1)

Hélas ! il est bien un peu égoïste ce vœu que je voudrais entre dire formuler. Les qualités mêmes de la race française, sa finesse, sa sensibilité, constituent en face de l'alcool et des toxiques une infériorité manifeste. Aussi vous avez compris, messieurs, que si j'ai parlé au nom de l'humanité tout entière, j'ai fait ici un appel plus pressant encore au nom de la grande famille française à qui nous sommes tous si légitimement fiers d'appartenir par le sang, par le cœur et par l'intelligence.

MESURES PROPHYLACTIQUES

Ce rapport me paraît aboutir à un certain nombre de mesures prophylactiques qui s'enchaînent logiquement.

1. La plupart des gens ne savent pas manger *utilement* et boivent *excèsivement*, deux conditions qui préparent la tuberculisation.

IL FAUT FAIRE L'OPINION DE MÉDECIN QUE L'ÉTAT-CHEF DU PUBLIC.

a. En donnant aux étudiants une instruction approfondie en *hygiène alimentaire* (*Hygiène des Boissons*). (Publication des tableaux du Professeur Landonzy, en nombreux médecins, et dans toutes les agglomérations publiques et privées : usines, ateliers, bureaux, etc.)

b. En attirant l'attention des médecins sur la morbidité par *alcoolisme insidieux*, et en les mettant en garde contre le *faux arthritisme*.

c. En publiant les statistiques de mortalité par tuberculose, par alcoolisme, par action réunie et privée des deux. (Nocivité spéciale des boissons à essences, et plus particulièrement de l'*absinthe*.)

d. En faisant apprécier la thérapeutique *sans alcool*, qui est en particulier prépondérante, ou même la seule, dans les Sanatoriums pour tuberculeux.

e. En faisant relever impartiallement les statistiques des milieux de tempérance, et d'abstinence.

f. En provoquant des rapports *scientifiques* sur le rôle *favorable*, possible de l'alcool dans la tuberculose, [ce qui pourrait servir de preuve, par le contraire.]

(1) Ce vœu fut adopté, par acclamation, à l'unanimité.

20. *Carollane*. — Réclamer pour les œuvres de prophylaxie et de traitement de la tuberculose une partie des revenus de l'impôt sur l'alcool [*Projet des tuberculeux du Dr Pluchet*], terme destiné à bien éveiller l'attention du public sur les rapports *alcohol tuberculosis*.

30. Enfin — Développer toutes les mesures contre l'alcoolisme

Instruction — () enfants et adolescents

Éducation — ()

Écoles ménagères

Fondations de Tempérance

4. Affirmer le mouvement de l'opinion publique, en demandant l'interdiction de la vente des boissons à essence, et notamment de la liqueur d'absinthe.

LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME AU MOYEN DES BOISSONS DITES HYGIÉNIQUES

Par le Dr A. LOUR, ancien préparateur de M. Pasteur, Professeur à l'École
Nationale Supérieure d'Agriculture Coloniale de Paris, Délégué
de l'Association Française pour l'avancement des sciences.

Un moyen de lutter contre l'alcoolisme qui a été proposé de divers côtés est de chercher à rendre plus aisée la consommation des boissons dites hygiéniques, le vin, le cidre en particulier. Depuis plusieurs années le vin entre sans payer de droits dans certaines villes de France, à Paris par exemple, il est vendu dès lors à très bon marché et le résultat ne s'est pas fait entendre, il remplace maintenant dans beaucoup de verres, l'eau de vie ou l'absinthe que l'ouvrier avait l'habitude d'y verser. Le vin étant beaucoup moins alcoolique il y a là un avantage au point de vue de la lutte contre l'alcool, c'est ce qui est un mouvement qu'il faudrait encourager.

LE VIN DOIT ÊTRE CONSERVÉ FACILEMENT

Pour le voir s'accroître, il faut livrer à la consommation des vins qui ne soient pas nuisibles. Le vin est si bon marché à l'heure actuelle qu'on ne fabrique plus cette boisson de toutes pièces, comme on le faisait il y a quelques années; mais certains négociants achètent de préférence des vins malades, parce qu'ils sont moins chers et ce sont souvent ces vins qu'on fait boire au public. Si l'on n'y prend garde, ces vins malades seraient prohibés par le corps médical, lorsqu'on s'apercevra des effets qu'ils produisent sur l'organisme.

Aussi il est aujourd'hui plus que jamais nécessaire d'avoir une méthode pour conserver le vin dans son état naturel, en l'empêchant de s'altérer. Il faut le rendre d'exportation facile pour qu'il arrive en bon état et se conserve dans les pays éloignés de sa production. Je crois qu'il ne faut pas arriver à obtenir que l'homme ne consume plus l'alcool, les abstinents seront toujours des exceptions, nous avons l'habitude de prendre de l'alcool, nos pères étaient dans le même cas, il y a là un besoin que nous nous sommes créés, il faut compter avec lui et rendre la consommation de l'alcool le moins nuisible. Le vin est la vieille boisson de nos pères communs, les Français l'ont toujours et nous devons chercher à en propager l'usage pour lutter contre l'alcool qui, pris sous ses autres formes est nuisible.

Pour cela étudions les moyens mis à notre disposition pour conserver le vin en bon état de santé.

LA VINIFICATION

La vinification est certainement de toutes les industries qui dépendent de la science des microbes, celle qui, jusqu'à ce jour, a le moins profité des travaux de Pasteur. Voici plus de trente cinq années que cet illustre savant publiait les résultats de ses observations sur les vins et on en est encore comme au temps de Noé, à mettre le produit de la vendange dans une cuve et à attendre que la conversion du sucre en alcool se fasse d'elle-même. Seulement, autrefois, on opérait sur de petites quantités, tandis que, maintenant, on augmente de plus en plus la dimension des cuves à vendange, ce qui explique la marche du phénomène. On suit timidement ce qui se passe dans la cuve: dans les pays chauds on refroidit le moût pour faciliter la fermentation, on ajoute un peu à l'aveuglette, des levures destinées à favoriser le départ du phénomène, et là se bornent les améliorations apportées dans la pratique courante, car la stérilisation des mûts et leur ensemencement par des levures sélectionnées ne sont pas encore entrées dans la pratique. Ce sont encore des expériences isolées qui, comme celles de M. Rosentheil le savant professeur du conservatoire des Arts et Métiers, donnent bon espoir et arriveront à faire de la vinification une industrie aussi scientifique que celle de la brasserie. Ce qui rend les progrès si lents, c'est que les expériences ne peuvent se faire qu'une fois par an et pendant un temps très court, celui de la vendange. Malgré cela, comme la vigne est une culture riche, on développe le vignoble d'une façon constante. Dans nos colonies les plus rapprochées, en Algérie et en Tunisie, par exemple, la culture de la vigne a pris une extension considérable. Comme dans ces pays la température extérieure atteint souvent la limite à laquelle on peut faire une bonne fermentation, on a eu des mécomptes, ce vin a été souvent mal fait, des maladies se sont développées. Ces maladies ne sont pas spéciales aux pays chauds puisque, dès 1865 M. Pasteur en découvrit les causes en étudiant les vins de France les plus réputés, mais ces maladies qui altèrent les qualités de nos vins ont été exploitées contre eux-ci. Certains médecins généralisant les effets nocifs produits sur l'estomac par des vins malades ont pu recommander l'abstention de ce liquide que nos pères appréciaient à si juste titre, et à qui on attribue la vieille gaieté gauloise. A l'heure actuelle, les personnes qui ont renoncé au vin sont, en effet, légion, au grand détriment de ceux des Français qui vivent de la culture de la vigne et au détriment de la race, car si l'on abandonne le vin,

la consommation de l'alcool augmente d'une façon inquiétante. Or, le vin n'amène pas l'alcoolisme et avait, au contraire, des propriétés nutritives et stimulantes ; mais le vin ne se conserve pas, tandis que les boissons fortement alcooliques sont d'un transport plus facile et d'une conservation indéfinie.

Il suffirait donc que proclat le vin sur l'organisme humain, soit causées par les maladies de ces vins. Le vin bien fait, bien constitué, ne s'altère pas, mais qu'une année la vendange se fasse dans de mauvaises conditions climatiques, le vin obtenu sera de mauvaise garde, ce qui arrive pour les plus grands crus ; de même qu'on cite les années de la comète, où le vin est supérieur, de même il existe des années réputées pour la mauvaise qualité des vins, qui deviennent alors mauvais en vieillissant. M. Pasteur nous a montré que de simples mesures d'hygiène garantissent le vin de toute altération ; que toutes ces maladies étaient dues au développement d'êtres microscopiques et qu'en empêchant leur développement en pasteurisant ce vin, c'est à dire en le chauffant en dehors du contact de l'air.

LA PASTEURISATION DES VINS

Le mot pasteurisation est devenu synonyme de stérilisation, mais on le conserve pour les liquides fermentés. Le vin, la bière, que M. Pasteur a étudiés plus spécialement, et dont il a indiqué parfaitement les procédés de stérilisation. On peut pasteuriser un liquide à froid par filtration, ou à chaud par élévation progressive de la température jusqu'au degré reconnu nécessaire pour tuer ses germes d'altération ou de maladies. Nous ne nous occuperons ici que de la pasteurisation à chaud, qui est la plus pratique jusqu'à présent.

La chaleur peut stériliser la plupart des liquides servant à l'alimentation. Le lait, par exemple, peut être stérilisé à chaud ; mais il faut, pour cela, le porter à une température qui change un peu son goût. C'est peut être à cette difficulté que l'on rencontre pour la stérilisation du lait qu'est due l'appréhension de certaines personnes vis à vis de la pasteurisation du vin. Grâce à son acidité naturelle, dont les acides anti-péptiques s'ajoutent à celle de la chaleur, il est inutile pour pasteuriser un vin, de le porter à des températures aussi élevées que celles auxquelles on doit amener le lait pour le stériliser si bien que le vin pasteurisé n'a jamais le goût de em, et, qu'au dire des experts les plus renommés, il est impossible de différencier un vin pasteurisé d'un autre vin non pasteurisé.

A l'heure actuelle, de nombreux commerçants exigent, avant d'acheter un vin, qu'il ait été pasteurisé. Dans de nombreux vignobles, on applique le procédé, et je pourrais citer un de nos grands crus où, depuis 1886, on pasteurise systématiquement toutes les récoltes.

M. le professeur Gayon, ancien préparateur de M. Pasteur, aujourd'hui doyen de la Faculté des Sciences de Bordeaux, a été parmi ceux qui ont le plus fait pour répandre cette pratique, comme il le dit : " Toutes les expériences, à l'heure actuelle, démontrent l'excellence du procédé ; il est l'origine et la nature du vin, le chauffage bien appliqué le préserve de toute altération malade, que cette opération n'altère pas la couleur ni le bouquet des grands vins, qu'elle ne nuit point à leur vieillissement, qu'elle ne le hâte ni ne le retarde, et qu'en outre elle est pratique et peu coûteuse." En effet, les vins ne s'améliorent pas toujours en vieillissant, malgré les soins qu'on leur prodigue ; ils subissent souvent des maladies (piqûre, graisse, pousse, tourne, amertume, etc.) Nous savons, depuis les travaux de Pasteur, que ces maladies sont corrélatives d'êtres microscopiques, de microbes, dont les germes existent un peu partout et qui éclosent et se développent quand les circonstances deviennent favorables, ce qui arrive, par exemple, lorsque la température monte dans une cuve en fermentation jusqu'à 35 ou 40 degrés centigrades. A ces températures élevées, la levure qui doit transformer le sucre en alcool pousse mal, est comme paralysée, tandis que les microbes qui causent les maladies sont dans des conditions de température parfaites pour leur développement, si bien qu'ils pullulent et envahissent le liquide, les uns produisant déjà, dans la cuve, la maladie de la mammite, par exemple, les autres, les plus nombreux, se réservant de faire leur œuvre de destruction plus tard, lorsque le vin sera une fois dans le tonneau.

Toutes les pratiques habituelles de la vinification ont pour effet, soit d'éliminer mécaniquement ces germes, soit de les empêcher d'éclore. La plupart de ces pratiques seraient inutiles si le liquide était privé de germes vivants s'il était stérilisé.

On voit par là les économies que réaliseraient les viticulteurs ayant fait pasteuriser leurs vins et dispensés d'accomplir les manipulations qu'on est obligé de faire aujourd'hui pour les vins qui ne le sont pas.

Les germes de maladie existent dans le vin, et ils éclosent et se développent quand les circonstances deviennent favorables.

Dans un vin de constitution robuste et maintenu à la température basse d'une cuve, les germes ne peuvent évoluer ; ils tombent

lentement dans les lies, d'où ils s'éliminent peu à peu aux soutirages successifs. Le vieillissement se poursuit alors dans des conditions normales sans accident, sous l'action lente et progressive de l'oxygène de l'air.

Les pratiques de la vinification ont précisément pour résultat, non seulement de rendre le vin plus limpide et plus fin, mais encore d'accroître sa résistance aux germes parasites et de faciliter sa conservation. Ainsi, par les ouillages répétés qui maintiennent le plein des tonneaux et par le méchage au soufre qui transforme l'oxygène superficiel en acide sulfureux, on empêche le développement de la fleur du vin et du miel de vin. Par les soutirages et les fouettages qui, aérant fortement le vin, le saturent momentanément d'oxygène, on paralyse les germes de la tourne et de l'amer, qui ne peuvent vivre au contact de l'air. Par les collages, enfin, et par le repos, on précipite ces germes dans les lies avec les autres matières en suspension. Les lies sont, en définitive, le réceptacle commun des levures usées et des mauvais ferments : aussi importe-t-il qu'elles ne passent jamais remonter dans le tonneau et qu'elles soient séparées avec le plus grand soin du vin limpide.

Pour les mêmes raisons, les tonneaux doivent être placés dans des caves fraîches, à température constante, afin que le liquide soit en équilibre permanent. Les soutirages ne doivent être effectués que par les temps froids, lorsque la pression barométrique est élevée et maintient le gaz en dissolution.

La plupart des pratiques vinicoles perdraient de leur importance si les vins pouvaient être absolument privés de germes vivants, s'ils étaient stérilisés.

L'industrie a, depuis un certain nombre d'années, construit, des pasteurisateurs pour pasteuriser les vins par la chaleur ; les uns donnent de bons résultats, les autres ont des défauts dont il est difficile de se rendre compte en les goûtant, si on n'est pas très au courant de la question. Ce sont ces appareils imparfaits qui jettent le plus de discrédit sur la pasteurisation. On se plaint quelquefois que le vin, chauffé dans les appareils industriels, prend un goût spécial, le "goût de cuite". Cet accident qui est extrêmement rare, paraît dû à une surchauffe momentanée ou à un refroidissement insuffisant du vin avant sa sortie de l'appareil, ce qui provoque une trop grande oxygénation, ou à un mauvais état du pasteurisateur, mais au bout de peu de temps le goût disparaît et le vin reprend ses qualités normales. Le cas ne se produit jamais dans le chauffage en bouteilles, parce qu'on chauffe en dehors du contact de l'air, et que le refroidissement se fait rapidement en dehors de toute

cause d'oxygénation. Cette simple constatation de ce qui se passe dans les bouteilles prouve bien que la méthode n'est pas en cause, mais que ce sont les appareils qui ne répondent pas tous aux conditions qu'ils devraient remplir.

LA PASTEURISATION DES VINS DANS LA PRATIQUE

Or, comme nous le disions plus haut, il est difficile de reconnaître un bon appareil d'un mauvais, aussi doit-on se reconnaître au ministère de l'Agriculture et à la chambre de commerce de Bordeaux, d'avoir ouvert dans cette ville, en 1897, le premier concours des appareils à pasteuriser les vins.

La première série des expériences consistait en un chauffage à l'eau qui devait permettre d'éliminer de suite les appareils ne refroidissant pas suffisamment le liquide chauffé avant de le laisser sortir à l'air libre, c'est à dire au contact de l'oxygène, condition essentielle pour la bonne pasteurisation d'un vin. L'eau devait sortir de l'appareil après avoir été chauffée à 65 degrés avec un écart maximum de 10 degrés entre la température d'entrée et celle de la sortie ; cette épreuve éliminatoire et tous les appareils devaient satisfaire à cette expérience à l'eau avant de pouvoir pasteuriser du vin, c'est à dire avant de commencer la seconde partie des expériences. Sur 17 appareils prenant part au concours, sept seulement ont été déclarés admissibles et autorisés à faire des expériences de chauffage de vins à des températures variées. Voilà donc toute une série de constructeurs qui ne savent pas que leurs appareils ne remplissent aucune des conditions d'une pasteurisation. Il ne faut donc pas s'étonner si la pasteurisation des vins, faite avec ces appareils, donne de mauvais résultats. En 1901, M. Mathieu, directeur de la station viticole de Bourgogne, organisa sous les auspices du ministère de l'Agriculture, une seconde exposition de pasteurisateurs. En 1905 à l'exposition d'Agriculture Coloniale de Noguet sur Mirue, au jardin Colonial nous avons réuni plusieurs appareils à pasteuriser les vins qui ont fonctionnés — avant l'oubli.

A quelle température doit on chauffer le vin pour le pasteuriser ? Cela dépend de sa constitution. Pour les vins faibles en alcool et peu acides, il est prudent d'aller jusqu'à 65 degrés ; pour les vins riches en alcool et en acide, on peut se contenter de chauffer à une température beaucoup plus basse. En somme, il faut savoir que l'alcool, l'acidité et la chaleur sont des antiseptiques ; plus l'un d'eux agira fortement moins l'action des autres sera nécessaire pour la destruction des germes de maladies qui se trouvent dans le vin. A quel moment faut il pasteuriser un vin ? Il ne faut pas

attendre que l'altération soit sensible au goût, car le chauffage n'agit que préventivement et ne peut rétablir un vin malade, il empêche seulement les progrès ultérieurs de la maladie. Si le goût et le bouquet ont été modifiés dans un sens défavorable, il est rare qu'ils s'améliorent avec le temps malgré les réactions d'une éthérisation lente. L'examen microscopique donne la plus sûre indication pour savoir si un vin est menacé de maladie. Si, en effet, après une observation attentive du vin et des lies, on ne découvre finalement, aucun bâtonnet, et si les particules ou suspensions ne sont formées que de matières colorantes ou de cellules de levures alcooliques, il n'y a rien à craindre, il est inutile de pasteuriser, à moins que l'on ne préfère pasteuriser systématiquement toute sa récolte. L'âge du vin importe peu, il n'y a aucun inconvénient à le chauffer dès les premiers mois qui suivent la vendange.

Si tous les vins étaient mis par la pasteurisation, à l'abri des altérations, les vins malades n'amèneraient pas de maladies chez l'homme, et les médecins n'auraient pas de raisons pour défendre l'usage de cette boisson qui, en général rend de grands services à l'alimentation. Mais le vigneron néglige trop les données que lui apporte la science : il faudrait que le consommateur oblige le producteur à pasteuriser ses vins. Pourtant la pasteurisation ne répondrait pas seulement au but que nous venons d'indiquer, son usage permettrait encore de créer des débouchés dans des régions où la consommation du vin se trouve forcément limitée dans nos colonies françaises par exemple. Nous n'en donnerons pour preuve que l'expérience suivante faite en Tunisie, à notre instigation, par le service de l'Intendance, sur l'ordre de M. le Ministre de la guerre.

Il est tellement difficile de conserver le vin dans les postes du sud de la Tunisie, pendant les chaleurs de l'été, que depuis plusieurs années le service de l'Intendance a renoncé à en fournir aux garnisons de ces régions. L'administration de la guerre donne une indemnité en argent, et les troupes doivent s'approvisionner elles-mêmes. On comprend les inconvénients que peut amener cet état de choses au point de vue de la santé des troupes, qui, avec cet argent, achètent tout autre chose que du vin : c'est une des raisons qui poussent ces malheureux soldats à boire de l'absinthe et de l'alcool de distillation.

Pour les approvisionnements de la guerre et de la marine, dans le nord de l'Algérie et de la Tunisie on exige du vin pesant 12 degrés d'alcool, car dans ces conditions ce liquide se conserve plus facilement dans les pays chauds que lorsqu'il a un degré alcoolique

moins élevé. Malheureusement il est difficile de trouver dans le nord de l'Afrique un vin à degré aussi fort, et c'est encore un débouché naturel de moins pour la vente des vins de cette région.

Il y avait donc intérêt à avoir une méthode permettant de conserver le vin sans crainte de le voir s'altérer, même pendant les grandes chaleurs.

Dans le cours de 1897, M. Dybowski, directeur de l'agriculture en Tunisie a fait venir, sur ma proposition, un appareil de pasteurisation des vins, qui a été mis à la disposition des colons pour leur démontrer par la pratique que l'emploi de cette excellente méthode pourrait être fait sans la moindre crainte de porter atteinte à la qualité reconnue des vins Tunisiens.

M. le Général commandant la division de Tunisie demanda au ministre de la guerre de faire faire par le service de l'Intendance une expérience de pasteurisation. Le ministre de la guerre donna l'ordre de faire cette expérience sur quarante hectolitres à répartir ensuite dans les postes du sud et à conserver pendant un an en les surveillant. Le chauffage de ce vin eut lieu sous notre direction, au laboratoire de vinification dépendant de l'Institut Pasteur de Tunis, que nous dirigeons à cette époque, le 31 décembre 1897, selon les prescriptions contenues dans une dépêche ministérielle datée du 8 juillet 1897. Ce vin pasteurisé fut envoyé dans le sud, la moitié à Médénine, l'autre moitié à Gabès. En même temps étaient expédiés au même nombre d'hectolitres de vin témoin. Le vin pasteurisé était conservé bonde de côté, c'est à dire qu'une fois sterilisé, ce vin n'a pu être adulteré par l'addition d'une petite quantité de liquide contenant des germes de maladies. M. le directeur de l'Intendance a bien voulu nous communiquer les résultats de cette expérience terminée le 31 décembre 1898.

Le vin témoin a dû être mis en distribution au mois de novembre 1898 ; il avait atteint son extrême limite de conservation. " Au 31 décembre, les vins pasteurisés étaient en bon état de conservation, dit le rapport ; il est permis de supposer que le vin conservera encore toutes ses qualités, tout au moins jusqu'à la période des chaleurs. En présence de ces faits, la pasteurisation semble donner d'excellents résultats et devoir être pratiquée sur les vins à consommer dans le sud de la régence où le vin non pasteurisé est trop sujet à l'altération."

Voilà donc une expérience qui démontre que le vin tunisien pasteurisé se conserve parfaitement dans le sud de la régence pendant les chaleurs de l'été et cela à la condition de le mettre dans des tonneaux bien stérilisés eux-mêmes et dans lesquels, si l'on

fait des orillages, qui sont du reste inutiles, on ne les fera qu'avec du vin qui aura été lui-même pasteurisé. Cette expérience démontre aux viticulteurs l'utilité de la pasteurisation des vins : cette tactique bien entendue doit être employée pour des vins en parfait état de conservation, avant tout commencement de maladie. Car nous le répétons la pasteurisation est une mesure d'hygiène qui a pour but de conserver le vin et non de le guérir de ses maladies. Nous savons, du reste, que de nombreux viticulteurs font la pasteurisation des vins ; pourquoi ne cherchent-ils pas à répandre l'usage de cette pratique ? Pourquoi ne discutent-ils pas à tous les avantages qu'ils trouvent dans l'application de ce procédé. Ils feraient bénéficier tous les viticulteurs de l'expérience qu'ils ont : le vin se conserverait plus facilement et garderait sa bonne réputation sur le marché. Il ne faut pas oublier que certains des plus grands crus de France sont pasteurisés tous les ans systématiquement ; mais cette pratique doit servir non seulement pour les grands vins, mais pour les vins les plus ordinaires et qui se vendent bon marché.

Le vin pasteurisé ne s'altère plus, ne contiendra pas les acides et autres substances qui se produisent au moment où le vin est malade et qui déterminent, sur notre organisme, la majeure partie des désordres que l'on impute au vin, que les viticulteurs cherchent donc à répandre par tous les moyens possibles l'usage de la pasteurisation des vins.

Au moment du concours de Bordeaux et lorsque les bons effets de pasteurisation ont été constatés par tous, plusieurs viticulteurs du Bordelais avouèrent qu'ils faisaient la pasteurisation depuis longtemps. Il en fut de même en Bourgogne, après l'exposition de Beaune.

On pasteurise, mais on se cache pour le faire. On sait dans le commerce que telle maison dont les vins tiennent bien pasteurisés probablement ses vins, mais on n'ose pas l'imiter parce qu'on a peur de l'effet du chauffage sur les vins. On ne connaît pas la pasteurisation, on en entend vaguement parler, il est temps cependant que cette mesure qui lorsqu'elle est faite au moyen d'un bon appareil, n'altère en rien le vin, entre dans la pratique. Ce sera un bienfait pour l'hygiène en permettant de lutter contre l'alcoolisme, aux hygiénistes donc de faire connaître cette méthode.

LA CONSOMMATION DES BOISSONS ALCOOLIQUES PAR LES DIVERS PEUPLES

Les peuples de races blanches ne sont pas les seuls à consommer des boissons alcooliques, c'est un besoin que l'on rencontre

chez tous les hommes et dans certains cas, pour certaines populations nègres de l'Afrique, par exemple, l'alcool est nécessaire pour leur permettre de varier un peu leur alimentation par trop monotone. Les boissons alcooliques arrivent alors dans l'intestin, modifient la flore intestinale et contribuent à maintenir l'état de santé. Une petite quantité d'alcool n'est-elle pas aussi utile pour nous autres qui appartenons à la race blanche ?

J'ai eu l'occasion pendant mon séjour en Afrique du sud, en Modésie d'étudier les boissons alcooliques des indigènes de ces régions et il y a dans cette étude une question qui rentre dans le programme des études de congrès à propos de la lutte antialcoolique, car si on ne donne pas à ces indigènes la bière de maïs à laquelle ils sont habitués et qui est peu alcoolique, ils consomment les autres boissons contenant de l'alcool en grande quantité et qui sont mises à leur disposition.

Les indigènes de toutes nos colonies fabriquent des boissons alcooliques. Les uns dans l'Amérique centrale se servent de la canne à sucre qu'ils font fermenter pour obtenir le rhum. En Indo Chine ils utilisent le riz dont l'amidon est transformé en alcool. En Tunisie, j'ai pu étudier la fermentation du vin de palmier. Toutes ces méthodes bénéficient grandement des recherches que l'on peut faire sur elles avec l'esprit scientifique moderne. La fermentation du riz dont l'amidon est transformé directement en alcool par l'amylomysès, si bien étudié par Calmette, en est un exemple frappant.

Dans toutes nos possessions africaines les indigènes de nos colonies ont aussi des boissons alcooliques. Ils utilisent soit le suc des plantes, soit les grains renfermant de l'amidon qu'ils mettent en fermentation. Ce qui caractérise ces boissons alcooliques c'est que les indigènes cherchent surtout, avec ces dernières, à se constituer un appoint de matière alimentaire. Ce que ces indigènes recherchent ce n'est pas simplement l'alcool mais le sucre ou l'amidon que contiennent ces boissons et qui leur sert d'aliment.

LA LUTTE ANTIALCOOLIQUE PAR LE CIDRE AU CANADA.

En somme dans tous les pays du monde, les plus civilisés, comme ceux habités par les populations les plus primitives, l'homme fabrique des boissons alcooliques, et les seules boissons qui sont les plus recommandables sont celles qui contiennent le moins d'alcool, ce sont donc celles qui sont fabriquées au moyen de la fermentation directe des fruits, celles au contraire qui sont le plus à craindre, sont celles qui contiennent de l'alcool de distillation.

Dans tous les pays on trouve des fruits sucrés qui peuvent, par fermentation, donner de l'alcool et ce sont ces boissons, que dans chaque pays, on devrait chercher à fabriquer, c'est en les livrant à bon marché et dans de bonnes conditions à la population, qu'on peut espérer en favoriser la vente et de cette façon on luttera contre la consommation des autres boissons alcooliques qui conduisent bien plus rapidement à l'alcoolisme que les premières. La science de Pasteur, nous donne des principes généraux qu'il faut adapter à chaque cas particulier, ces cas diffèrent pour chaque région du globe.

En Canada le vin pourrait être importé dans de bonnes conditions économiques grâce à la possibilité de le pasteuriser ce qui le rend inaltérable. En même temps, le cidre devrait être fabriqué et livré à bon marché et l'étude de sa fabrication dans le milieu particulier que présente le climat canadien devrait être faite avec soin pour le plus grand bien de la population et pour lutter contre l'alcoolisme envahissant qui est surtout amené par la consommation des boissons qui contiennent de l'alcool de distillation.

LE SYSTÈME DE GÖTHEMBOURG

Par M. le docteur R. P. SALVAIS de Rimonski

À la fin de la session provinciale de l'année dernière (1905), l'attention de la Chambre a été attirée sur la question de l'alcoolisme et sur l'urgence d'y porter remède.

Le système de Götheborg a été signalé comme le moyen le plus propre à combattre le fléau et à diminuer ses ravages.

Le commerce des boissons peut être réglé de différentes manières par l'État. Le fait est que les lois qui régissent, varient avec les pays. Un gouvernement peut n'avoir en vue que le profit à retirer de la vente des liqueurs et négliger complètement le côté économique et même le côté hygiénique de la question. Dans ce cas, le gouvernement n'a pas d'autre but que d'augmenter ses revenus.

D'autres États plus soucieux de l'intérêt public essayent de concilier à la fois l'intérêt de leur budget et celui de l'hygiène en augmentant progressivement les droits sur l'alcool.

Enfin quelques États plus désintéressés n'ayant pas à combler les déficits de leur budget, négligent complètement les profits réalisés par l'octroi des licences pour lutter vigoureusement contre l'augmentation de la vente des spiritueux et sa conséquence fatale, l'alcoolisme.

À la tête de ces États modèles peuvent être rangées la Norvège et la Suède.

Qu'on le remarque bien, le but du système de Götheborg est de combattre l'abus de l'alcool, d'en diminuer autant que possible la consommation. L'action de la loi qui approuve ce système et le met en vigueur est donc moralisatrice, elle est anti-alcoolique, économique et hygiénique à la fois.

L'adoption de ce système suppose que l'opinion publique est suffisamment éclairée pour en apprécier les avantages; elle suppose de plus qu'il y a dans les villes des citoyens assez indépendants de caractère et de fortune pour le mettre en pratique d'une manière loyale et efficace. Les organisateurs du système se donnent donc la mission de combattre l'intempérance et non pas de faire de l'argent avant tout.

Voyons maintenant comment le système de Gothenbourg est mis en activité.

Ce système est ainsi appelé du nom de la ville de Gothenbourg, en Suède, où il a été inauguré en 1855 sous l'inspiration de Peter Wieselgren, docteur de Gothenbourg. Depuis, il a subi plusieurs modifications.

La Norvège est regardée comme le pays où il produit les meilleurs résultats. vient ensuite la Suède. Je ne parlerai que de la Norvège pour ne pas trop allonger cet article.

Le système de Gothenbourg ne concerne que la vente des liqueurs fortes contenant plus de 21 pour 100 d'alcool.

D'après ce système, le monopole du débit des boissons alcooliques est accordé à une société composée d'actionnaires, choisis parmi les citoyens les plus honorables. Ces actionnaires reconviennent à tirer de leur argent plus de 5 pour cent d'intérêt annuel, le surplus des profits est partagé entre la ville, l'État et des œuvres d'utilité publique.

La loi interdit la vente *au détail* des spiritueux dans les campagnes.

La prohibition absolue peut être décidée par un plébiscite où les femmes ont voix égale aux hommes. Vous me croitez sans peine si je vous dis que les femmes votent en masse pour la prohibition.

En Norvège la prohibition a été votée dans 30 villes sur 60 et dans 184 villages sur 500.

L'influence du système de Gothenbourg ne se fait donc sentir que dans les villes, puisque la prohibition absolue est en vigueur dans les villages.

Le principal moyen d'action de ce système consiste en ce que le gérant d'un débit de boissons nommé par la Société coopérative (*Samlag*) n'a aucun profit à retirer de la vente au détail des boissons alcoolisées. La compagnie lui paie un salaire fixe convenable. Il n'a donc ni un intérêt à pousser les clients à boire, ni à violer les règles sévères qui lui sont imposées. Les règlements sont rédigés spécialement pour décourager les buveurs.

Dans ces établissements il est défendu de vendre à crédit au consommateur, de donner de la boisson aux enfants ni à des individus déjà excités. Il y est interdit de parler à haute voix, de s'asseoir et de fumer. Dès qu'il est servi, le client doit absorber son petit verre d'eau-de-vie, de cognac, de whisky ou de genièvre le plus promptement possible et s'en aller. Le coût du petit verre

de quinze oros ou cents, suivant le Dr. Bertillon, d'autres prétendent que la boisson y est vendue au prix exorbitant.

Comme on l'a vu, le cabaret norvégien n'a rien d'alléchant.

Le gérant ne doit pas étaler ses bouteilles de boissons — il doit les dissimuler et exposer plutôt les liqueurs douces aux regards des clients. Le pourcentage qui lui est alloué sur la vente de ces liqueurs l'engage à en augmenter autant que possible la consommation.

Ces débits de boissons s'échelonnent sur de grandes distances et il est défendu au buveur de sortir d'un cabaret pour entrer dans un autre.

Ils sont ouverts à 8 heures du matin et fermés le plus souvent à 8 heures du soir. Il sont fermés les dimanches et jours de fête et en outre pendant le samedi ou la veille du jour de fête à partir d'une heure après midi.

Tel est le système en vigueur à Christiania, capitale de la Norvège et dans quelques autres villes. La Société possède et administre directement 40 boutiques où l'on peut boire des spiritueux, soit 1 pour chaque 5,175 habitants sur une population de 207,000 âmes.

Outre ces débits de boissons, la compagnie tient aussi des *restaurants* où l'on ne mange pas, mais où l'on peut s'asseoir pour boire et causer, des cafés et enfin des magasins où l'on vend des bouteilles de liqueur à emporter.

En dehors de ces 40 débits, il y a à Christiania 13 grands cafés ou grands hôtels qui ressemblent à ceux des boulevards de Paris, où l'on peut boire des spiritueux. Il y a de plus 25 boutiques où l'on peut acheter des bouteilles d'alcool à emporter, mais non pas à consommer sur place.

Quant aux débits de vin et de bière, ils n'ont rien de commun avec le *Samlag*, leur nombre dépend de la municipalité. Elle peut les supprimer à volonté. Ces débits sont fermés tard dans la nuit. Ils sont fermés le dimanche et, en outre, le samedi à partir d'une heure.

Malgré toutes ces restrictions, le commerce des liqueurs donne des bénéfices. Depuis la création des *Samlags* en 1894 jusqu'à ce jour, près de six millions de piâtres ont été consacrés, sur leurs excédents, à des œuvres philanthropiques, autres que celles que la loi met à la charge des communes.

Quel a été le résultat de la mise en pratique de ce système ? La consommation des liqueurs enivrantes a-t-elle diminué ?

En Norvège, la consommation générale de l'alcool de vie a baissé, de 122,498 hectolitres qu'elle était en 1876 à 76,810. Elle est descendue par tête d'habitant de 7,3 litres à 3,1.

Ce résultat est *in bono* satisfaisant. Tout le mérite doit-il en être attribué au système de Gothenbourg? Je ne le crois pas, du moins autant que je puis le juger, parce qu'il faut tenir compte de la prohibition qui est presque générale dans le royaume, et aussi de l'action des Sociétés de Tempérance qui y sont très nombreuses.

J'ai dit que ce résultat est satisfaisant en partie seulement, et voici la raison. C'est que, si la consommation de l'alcool diminue dans les débits des *St. borg*, elle augmente au contraire dans les restaurants. De sorte que le peuple des villes continue à s'alcooliser, grâce à ces débits, le vin et de bière autorisés par la municipalité.

On y boit en effet un vin capiteux qui contient jusqu'à 21% d'alcool, et la bière est presque toujours accompagnée d'un verre de cognac. Soit avec le vin, soit avec la bière, et le verre de cognac qui lui ouvre le passage, le consommateur peut facilement s'enivrer. Et c'est ce qui arrive. Les arrestations pour ivresse ont augmenté considérablement en Norvège, à Stockholm, capit. de de la Suède, et à Gothenbourg même, quoique la police soit généralement très indulgente pour les ivrognes.

D'après les statistiques publiées par le Ministère du commerce anglais pour les 10 ou 12 dernières années, la Suède a consommé 57,9 litres de bière par tête d'habitant, et la Norvège, 19,6.

Ainsi tandis que les Sociétés coopératives tâchent de diminuer l'alcoolisme chronique en invitant le client à boire plutôt des liqueurs douces, la municipalité le favorise en autorisant les débits de vin et de bière, où l'on peut aussi boire de l'eau de vie.

Le système de Gothenbourg présente, lui aussi, un petit inconvénient. Il est signalé par *L'Écho Social* de Bruxelles; mais il n'a été constaté que dans quelques grandes villes, la prohibition étant en vigueur dans les petites villes et les villages.

La société ayant retiré 5% sur son capital versé doit appliquer une grande partie du surplus des bénéfices à des œuvres "d'intérêt public". Or, cet arrangement qui consiste à faire du bien au public tout en détournant de leur passion les individus qui boivent, étant si populaire que la première préoccupation à chaque élection, était d'en trouver des applications, et la question du nombre "d'objets" pour lesquels il aurait à obtenir des subsides sur ces profits, était la grande préoccupation de chaque candidat. Les ré-

formateurs désireux de subsides étaient si nombreux et leurs demandes étaient si considérables, que les débits de boissons devaient pousser la vente à l'extrême, pour réaliser des bénéfices; en fait les autorités locales fermaient les yeux sur les abus. Les arrestations pour ivresse montèrent de 6,953 en 1886, à 21,521 en 1897, et les abus devinrent si sérieux qu'en 1896 le Sénat vota une loi tendant à réduire graduellement le chiffre des sommes allouées aux œuvres d'utilité publique, de sorte que, en 1900, seulement 10 pour cent des profits reçurent cette destination; le surplus était versé dans la caisse générale de l'État."

Qui peut assurer que les électeurs et les candidats de la province de Québec ne succomberont pas à la même tentation, si un jour le système de Göthembourg y est mis en vigueur?

L'ALCOOLISME SES CAUSES SOCIALES

L'orateur Dr. L. G. Gauthier, de Québec

Les travaux qui viennent d'être soumis doucement, sur l'alcool et les désordres qu'il produit, des renseignements si nombreux et en même temps si précis, qu'ils sont osés de précéder y ajouter quelque chose. Je me bornerai donc à faire de brèves remarques sur le sujet dont le titre parait au programme.

Les causes sociales de l'alcoolisme paraissant n'avoir, avec la médecine que des relations fort lointaines, mais dans les circonstances actuelles ces relations ont acquis un peu plus d'intimité, voilà pour quoi notre profession ne peut plus s'en désintéresser.

Vous savez quelle vigoureuse campagne est actuellement menée, dans le monde, contre l'alcoolisme, non seulement par les médecins et les hygiénistes, mais par toutes les sociétés qui s'occupent du bien être physique et moral de l'homme, et particulièrement par les sociétés religieuses.

Or, dans cette campagne, certaines opinions, émises par des médecins de valeur, tendent à produire dans les esprits une impression susceptible d'écarter les efforts et de les rendre stériles.

Des praticiens, d'ailleurs, pour leur spécialité ce que d'autres font pour la leur, ont versé dans l'excès, et, à force d'étudier les désordres causés dans l'économie par les liquents fermentés, en sont venus à confondre la cause avec l'effet, et à faire une maladie de ce qui, dans la plupart des cas, n'est qu'un vice.

Je ne voudrais pas être exclusiviste comme ceux à qui on reproche de l'être, et je concède qu'il y a des déséquilibrés, chez qui le besoin de boire est une maladie, mais leur nombre est restreint, et la proportion n'en est pas plus forte chez les alcooliques que celle des épileptiques réels chez les yémés.

Il n'est pas nécessaire d'appuyer sur la gravité d'une question où le principe même de la responsabilité n'est en jeu. Qu'il me suffise de dire que certains savants ont pu en presser leurs conclusions en prétendant guérir un mal chronique, l'alcoolisme par des médicaments. L'avis opinionnaire est celui d'une foule de méthodes où le charlatanisme le plus choute conduisant trop souvent la bonne foi.

J'ai suivi quelque peu une tentative faite dans ce sens, car, chez nous, l'administration publique... dans des cas assez nombreux, donné aux pachards ramassés dans la rue l'option entre la prison et un traitement médical.

Pour être juste, je dois dire qu'il y a eu certains résultats, mais ils paraissent das moins à l'intervention médicale elle-même qu'au fait d'avoir mis, pendant quel peu de temps, ces faibles de volonté à l'abri des occasions. Comme il s'agit d'être à prévoir, le rôle de la médecine s'est borné à... et le physique délabré par les excès alcooliques, mais pour les véritables dipsomanes, dont le cas peut être rangé dans la catégorie des toges pénoïques, pour la plupart incurables, le mieux est de les interner durant les époques critiques.

Est-ce à dire que la médecine n'y peut rien ?

Pas tout à fait — mais elle a devant elle une tâche beaucoup plus féconde que celle de donner des médicaments et de faire suivre un régime — elle a, par la parole, par la plume, ... et par l'exemple, à faire remonter un courant établi depuis des siècles, et qui augmente de violence avec les âges.

Le nombre est assez petit de ceux qui commencent à prendre l'alcool par goût, pour s'en convaincre il n'y a qu'à se rappeler la difficulté avec laquelle on parvient à le faire prendre aux enfants ; comme pour le tabac il faut un effort pour s'y habituer.

Qu'est-ce donc qui porte l'homme à faire cet effort ?

C'est la mode — c'est la coutume. On commence à boire parce qu'on voit les autres le faire, et parce que cela est bien porté. Et comment ne le ferait-on pas quand tout y sollicite, et surtout dans les rencontres sociales, dans les réunions de famille, dans les banquets, et surtout dans les affaires qui ne se concluent presque jamais maintenant sans l'accompagnement obligé de un ou plusieurs petits verres ?

On ne se contente plus, comme les anciens, de boire un peu de bon vin aux repas — on aime à boire à ce carnet, à y chanter en chœur, à y payer des... Et parmi ces gens, si c'est une politesse de payer une... c'est une injure de la refuser, ce qui montre combien cette d'ingérence coutume est entrée dans les mœurs et combien il importe de la déloger.

Il faudra de la fermeté pour en arriver là ; on n'abolit pas une mode, et surtout on ne change pas une coutume du jour au lendemain — mais avec de la persévérance on finit par y parvenir.

La médecine peut et doit travailler dans ce sens.

Elle connaît le danger, le montrer, le faire comprendre, mettre tout le monde en garde contre lui, voilà son rôle.

« Il faut que l'alcool redevienne un médicament », et qu'il cesse d'être un objet de luxe, une occasion de jouissance ou d'abus comme maintenant.

Le jour où nous aurons réussi à faire reléguer dans la pharmacie, entre l'opium et la cocaïne, l'alcool leur digne émule, notre profession aura rendu à l'humanité un nouveau et signalé service.

DE QUELQUES SERVICES RENDUS A L'HUMANITÉ PAR L'ALCOOL

Par le Dr L. SCHMITT, M. D., C. M. C., C. A. C. (Anticosti).

Il est certain que, tant de vue purement médical, nous devons envisager l'alcool comme un poison et l'antidote tueur des cellules nobles et d's enzymes de notre organisme, producteur d'artériosclérose et d'athéromes, un facteur puissant de dégénérescence et de mort de l'individu et de la race. Son usage et plus encore son abus ont causé des ruines et des crimes individuels et sociaux innombrables. C'est donc au premier chef un poison de l'èse humanité.

Il faut bien reconnaître, pourtant, que du bas en haut de l'échelle sociale, les êtres humains se sont rués vers ce breuvage toxique : que l'appétit des boissons enivrantes s'est développé de plus en plus, de sorte que pour beaucoup d'organismes, son emploi est devenu par accoutumance et par léthargie surtout, un impérieux besoin. Cela se comprend quand on constate que l'alcool est un stimulant ressemblant de premier ordre à quelque civilisation moderne joint le tabac, la stréchamine, la holo, le coca, le café, le thé, l'opium et ses dérivés, les toxines de l'alimentation carnée et tant d'autres produits qui sont des excitants ou des poisons, souvent l'un et l'autre.

L'explication de cette passion pour les stimulants est dans le fait que notre humanité, si belle et si inimitable à la fois, cherche dans leur usage soit le moyen de développer le surhomme (1), soit une satisfaction factrice de bien-être, soit des consolations, soit des paradis artificiels dont la recherche suit une marche parallèle à celle de la foi religieuse, l'une s'accroissant quand l'autre décroît, et inversement.

Quoi qu'il en soit, il nous faut bien reconnaître que l'alcool est, comme la dit très justement une brochure imprimée à Québec (2),

le Grand Fleuve du mal.

Mais à côté des résultats négatifs de ce breuvage — résultats qui ont été exposés au Congrès par tant de voix plus autorisées que la

(1) "L'homme est un être qui a besoin de s'élever." Nietzsche.

(2) Le Grand Fleuve du mal, Québec, 1901.

mième, n'a-t-on pas le droit de rendre justice à l'ennemi, de reconnaître sa puissance et ses qualités sans chercher à l'humilier, à le regarder, au contraire, bien en face, afin de le mieux connaître et le mieux combattre et d'apprécier loyalement qu'il a rendu à l'humanité les plus grands services.

Peut-être ainsi, la période de réaction anti-alcoolique est-elle passée, pour nous nous revenons à notre époque, elle n'est exacte, la question et surtout nous nous avançons dans l'avenir de ce redoutable et puissant stimulant pour le plus grand bien de l'humanité. De nous nous arrivons qu'en de certains se supposent des du moins nous voyons à quel point elle le précède, qui a servi à notre marche et avant, et que les médecins, en particulier, ne sauraient jamais donner complètement oubli au le extractif liquide qui a été un remède parfois souverain.

Convenons donc une bonne fois, et sans fausse honte, de son agrément pour l'homme, de l'appétit manifesté à son égard par l'humanité entière, spécialement dans les pays froids, et admettons les services qu'il a rendus.

Si nous remontons dans l'histoire, nous voyons qu'en arabe, d'après Herbelot, *Al-Koh* est quelque chose qui brûle. Plus loin encore, nous constatons que cet élément subtil, non encore nommé, n'est de se trouver dans le vin de l'antiquité et dans les breuvages résultant de la fermentation. Son usage dans cet état marque déjà une modulation profonde dans la marche de l'humanité. Il est vrai qu'il se présentait alors dans un liquide fermenté vivant qui lui servait de véhicule, et il est possible que ses propriétés y aient été moins nocives.

De plus, la quantité de liquide qu'il fallait boire pour absorber un grand dose d'alcool provoquait souvent le vomissement, et partant sa digestion était jusqu'à un certain point, limitée.

Il semble que c'est sous son influence, sous la forme du vin, principalement, que les idées d'entreprise et de conquête se soient développées chez plusieurs peuples d'outre-mer et en particulier chez les Grecs et les Romains.

Dans le monde moderne, l'alcool prend souvent une autre forme pour être ingéré. Il est séparé du liquide vivant qui lui a donné naissance, des fermentations du raisin, de la pomme, de l'orge, du riz, du maïs, du blé, etc. Il n'est plus alors absorbé sous forme de vin naturel, de cidre, de bière, de kaiser, de pulque, de képhir, etc., mais devient un liquide mort, tué par la distillation. Ainsi séparé de son générateur et de son action, qui appa-

rait sous cette nouvelle forme dès le seizième siècle, devient plus brutale. L'esprit de conquête et d'entreprise se développe de plus en plus, l'idéalisme diminue ou, au contraire, s'exaspère en perdant le contrôle de la raison, le progrès matériel s'affirme et dans le cerveau qui flambe inbibé du nouveau breuvage brûlant, les idées surabondent nombreuses et variées, une suite de délire vient s'orienter dans les préoccupations professionnelles de chacun et les découvertes surgissent de tous côtés dans toutes les branches de l'activité humaine. C'est alors le triomphe de l'expansion coloniale, des sciences pures ou appliquées, et l'humanité toute vibrante marche à pas de géant dans la voie du progrès.

Mais cette poursuite du " surhomme " au moyen de l'alcool ne tarde pas à faire sentir ses effets désastreux, et si les premiers buveurs ne s'en trouvent guère plus mal dans leur santé, s'ils sentent leur organisme dans un optimum d'état, s'ils s'accoutrent la joie de vivre, s'ils ont la forte impression de sentir le monde décaplé, ils tombent, en revanche, massivement à des rejeons moins bien constitués qu'eux mêmes, avec, en plus, l'appétit de l'alcool. Le père était un buveur et le fils est un dipsomane.

Combien alors voyons nous de gens qui, pour chercher cette facile impression de bien être organique, passent leur temps à s'exalter au moyen d'alcool, et comme le but est souvent dépassé, à calmer ensuite au moyen de bromure ou d'autres remèdes leur être tout trémissant. Mais l'individu humain ne résiste pas longtemps à un tel surmenage. Bientôt la déchéance s'installe chez le buveur en même temps que s'accroît l'appétit du breuvage redoutable, appétit qui augmentera encore dans la des tendance jusqu'à ce que la bonne nature, qui se défend toujours, trive, comme dans la syphilis et d'autres intoxications, à l'avortement et à l'infécondité.

Mais, en attendant, tout ce qui est né dans la période intermédiaire est dégénéré — grave question dans laquelle les médecins devront venir au secours des philosophes.

Naturellement cette puissance de l'alcool ne développe rien d'intéressant dans un cerveau fruste et ne fait qu'augmenter les mauvais instincts de la nature inférieure de l'être. Il fait déjà un fonds de culture suffisant pour tirer de ce stimulant tout le profit qu'il comporte, et il faut, en outre, savoir orienter le nébre passager qu'il occasionne, sans dépasser la dose qui anéantit le cerveau. C'est donc les doses filées qui semblent le mieux adaptées à son usage pour en tirer le meilleur profit et la suppression dès que la fatigue cérébrale se fait sentir.

Dans tous les cas il faut être prudent, il faut que l'on craigne, et si l'on veut absolument en servir, on doit être très réservé dans son emploi, en ne perdant jamais de vue qu'il frappe cruellement l'individu et plus encore ses enfants. Mais, ce n'est donc n'y pas reconnu.

Quant à nous, médecins, qui savons les maladies qu'il a engendrées, les ruines qu'il a produites, les souffrances sans nombre qu'il a suscitées dans le passé, le présent, et qu'il suscitera dans l'avenir, nous avons aussi dans notre mémoire le nom des intelligences souvent illustres dont il a enrichi la science de la vie et qu'une certaine pudeur mêlée de respect nous empêche de nommer.

Les œuvres où se trouve apparaît sont multiples et nous reconnaissons s'en emparent, pénétrant dans les productions de savants, de penseurs, de poètes, de juristes, d'orateurs, d'artistes de toutes sortes, d'écrivains, d'inventeurs, d'industriels, de commerçants; dans celles de beaucoup d'hommes modernes dans leurs diverses situations. Nombreux sont ceux qui ont cherché un surcroît de force dans l'usage et l'abus de l'alcool, mais nous leur pardonnons volontiers le mal qu'ils ont fait, car ils ont fait du bien aussi, et, de plus, ils n'ont pas connu comme nous les dangers, pour eux et pour les autres, de leur similitude, favori.

Je dirai même qu'à un certain nombre d'entre eux, qui ont laissé la santé au fond du verre, nous devons une grande reconnaissance, et que c'est à ce point de vue passagèrement congestionné leur cerveau que nous sommes redevables d'une bonne partie du progrès moderne, dont les succès, les succès de nos jours paient la rançon.

Je terminerai en devant, à l'histoire, et en appelant le XIXe siècle, qui a été une merveilleuse époque de découvertes dans toutes les branches du savoir humain, le *Sorcière de l'Alcool*.

ALCOOLISME

PAR LE DR. ALBERT LAURENDEAU, de Saint-Gabriel-de-Brandon

J'ai suivi avec attention les rapports de Messieurs les Drs Bourgeois et Sirois, sur l'alcoolisme. Ces travaux contiennent de nombreuses et utiles observations ; mais il est une chose très importante et sur laquelle on n'a peut-être pas assez insisté, je veux parler de la prophylaxie de l'alcoolisme, du moins.

Il y a deux ans, l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette avait mis cette question à l'ordre du jour, et j'ai eu à traiter ce sujet dans une séance où le public était invité.

C'est vous dire, messieurs, que j'ai fait alors une étude spéciale de l'alcoolisme, sous l'angle social surtout. J'ai longuement médité sur les divers problèmes que comporte cette question, et je vous ferai part brièvement du fruit de mes observations, de mes études, de mes réflexions, de mes conclusions.

Aussi loin que l'on puisse remonter dans notre histoire, ce qui est du reste l'histoire de presque toute l'humanité, l'on voit tout à tour la science, la raison, la morale, la religion et la justice lutter contre l'alcoolisme, et je dois à la vérité de dire que toutes ces puissances ont fait faillite. La science a démontré par l'expérimentation que l'alcool est un toxine — la raison nous prouve que ce poison est le plus dangereux qui ait été mis aux mains de l'homme ; la morale et la religion réprovent les excès alcooliques auxquels se livre une énorme proportion de notre peuple ; les gouvernements taxent et surtaxent ce breuvage de malheur, pendant que la justice atteint et frappe les ivrognes ; et malgré ces freins, ces restrictions, la passion de l'alcool va toujours grandissant.

Que faire donc pour enrayer ce vice qui étreint et abrutit notre population, et qui pèse si lourdement sur notre descendance ?

A mon sens il n'y a que la prohibition, c'est-à-dire l'interdiction de la fabrication et du trafic des boissons distillées, qui puisse enrayer radicalement cette cause suprême de paupérisme social, de déchéance des individus et de dégénérescence de la race.

J'ai dit, messieurs, la prohibition, non la prohibition dans une ville, dans un comté, dans une section du pays, mais dans la Confédération. Ce qui fait que la prohibition sectionnelle n'est pas

pratique, c'est que la population soumise à ce régime a trop de facilités à se procurer l'alcool comme on le voit par cette interdiction insignifiante de la bière, le mauvais appétit du peuple.

Je n'ai pas le temps d'exposer cette question sous ses divers aspects, mais je posera une simple question aux adversaires de la prohibition, comme je l'entends.

Hors les fins industrielles et pharmaceutiques, qu'a-t-on besoin d'alcool dans notre pays?

Comme breuvage, il agit sur nos organes comme l'acide agit sur les métaux — comme alumine il coûte trois fois plus cher que les aliments de sa classe — et comme condiment il est détestable.

Si donc, je propose une mesure aussi radicale que la prohibition générale, c'est que je considère la passion de l'alcool comme un symptôme de dégénérescence psychique et morale.

Laissez-moi vous dire en passant qu'il est au moins un fait regrettable qu'en 1701, lors du débat sur l'opportunité d'interdire la fabrication et le commerce des boissons alcoolisées, la province de Québec, la seule française du Dominion, ait donné une forte majorité contre la prohibition. Les hommes instruits, les hommes de profession, le clergé surtout, ont trahi leur mission en cette occasion, et notre province, par sa vote, disordinaire, a tant manqué cette occasion unique peut être d'entamer le fleuve d'étonner le monstre de cicatriser cette plaie sociale.

Je voudrais que la fabrication et le trafic de toutes boissons distillées fussent interdits par tout le territoire, sauf pour les fins pharmaceutiques et industrielles.

Je demanderais que pour les quelques fins, les lois ne permettent que l'emploi d'un alcool dénaturé.

Et enfin je souhaiterais que l'alcool soit relégué chez le pharmacien, et nulle part ailleurs dans le compartiment des médicaments toxiques, sous la rubrique poison.

Il est triste, messieurs, d'avoir eu, je le salue, avoir recouru à la coercition pour protéger notre peuple contre ses mauvais instincts, ses penchants vicieux, mais l'éducation de notre espèce n'est pas assez avancée, dans son caractère général, pour accepter une règle de conduite fondée sur la menace de la prison ou pire. D'où la prohibition des boissons distillées s'impose comme une mesure radicale, mais nécessaire. Toutes autres mesures si elles me venaient à l'esprit, j'en suis sûr, qu'il y a de bons effets à attendre.

SATURNISME ET ALCOOLISME

Par le Dr Trouchaud, de Paris.

Les rapports étroits que présentent entre eux le Saturnisme et l'Alcoolisme se manifestent en clinique et en anatomie pathologique de façon tellement positive qu'il est permis de douter de la cause réelle des accidents.

S'empoisonne-t-on facilement par le plomb ?

En pratique, faut-il considérer que l'intoxication saturnine n'est susceptible de se développer que chez des sujets tarés au préalable par l'alcoolisme, la syphilis et toute autre intoxication ou infection capable de marquer sur le rein une empreinte définitive ?

Cette question du saturnisme qui, récemment, déchaîna en France de si ardentes polémiques demeure toujours très discutée.

Les opinions sont contradictoires, les uns prétendent que les dérivés du plomb présentent une toxicité tellement évidente qu'il faut et il faut limiter, en prohiber même l'emploi. D'autres nient de façon à peu près absolue le danger du saturnisme vrai, attribuant tous ses méfaits apparents à des causes déterminantes évidentes, au premier rang desquelles se place l'alcoolisme et aussi, ajouterai-je, la syphilis et les autres maladies à empreinte rénale — scarlatine, diphtérie, etc., toutes les maladies infectieuses.

J'ajouterai en soulignant cette cause efficiente — l'organisation peu appropriée aux lois de l'hygiène de très nombreuses usines destinées à traiter le plomb et ses dérivés.

Pour rendre le problème plus simple, posons cette simple question :

Un individu jeune, sain, exempt de toute tare sévère, usant des mesures hygiéniques suffisantes, est-il exposé à contracter aisément le saturnisme dans un établissement industriel du plomb présentant les conditions d'aération suffisantes pour éviter dans une bonne mesure l'absorption de l'oxyde de plomb par les voies respiratoires ?

Je réponds non, et je le prouve par raisonnement et par des faits.

En principe nous supposons que l'usine où travaille cet homme est organisée de telle façon que l'absorption par les voies respira-

toutes se trouve réduite à son extrême minimum. Il faut mettre aussi de côté l'insomnie qui par elle-même oblige tous les sujets de laquelle l'éducateur de l'ouvrier a été frappé, puis, en mettant des mesures d'hygiène qui d'abord lui apprennent à se tenir à les appliquer bénévolement ou en toute liberté. Les accidents attribués à l'insine. Cet homme a été bien exposé, il me dirait une quantité extrême au mine. Un peu de plomb nous considérons comme toxique aux doses supérieures, la dose toxique est nulle à la dose minima qui d'est une petite dose d'ou.

Cette toxicité est nulle et restera telle à toute dose si l'organisme est sain, si on ne le garde en une empreinte sévère, et si son fonctionnement normal trouve en lui l'effère par l'attaque du réel poison qui est le plomb.

Si toutes ces conditions ne sont trouvées par thérapeutiques, si le plomb élimine nul du fait de sa dose, un plomb qui produit tel que l'oxyde de plomb susceptible de se déposer dans l'organisme, il est évident que des accidents, soit accidentels, sont imminents. Pareil ouvrier ne doit pas être exposé, les accidents ne doit pas être acceptés à l'insine, et ce, au même titre que le mineur, le vigie marine, que l'ouvrier des mines, le mécanicien, etc. Les êtres, en état d'intérêt, les yeux de leur travail, de leur vie, ne seront jamais victimes que de leur ignorance, de leur ignorance, orgueil, qui ne pourront imprimer à l'histoire de leur vie qui un caractère spécial.

Quel sera le caractère spécial de cette fin dans un cas de saturnisme mortel, d'ailleurs extrêmement rare, d'ailleurs?

Le caractère spécial de cette fin réside, presque toujours dans la catégorie des accidents attribués à l'insuffisance d'air. L'encéphalopathie saturnine par l'insuffisance d'air suppose des accidents nerveux du mal de Bright, du mal de l'ou, ou du mal de l'éthylisme. Les paralysies saturnines qui me viennent peuvent devenir des infirmités d'infirmités, ne sont autres que le résultat de névrites périphériques tout à fait comparables à celles de l'éthylisme. Crises apoplectiformes, hystérotiques, épileptiformes, coma délire furieux, folie, paralysies, tous ces accidents disparates si première vue se rattachent à leur cause, celle de l'insuffisance, et l'insuffisance saturnine n'est en tout cela que l'occasionnelle de leur apparition.

Ces idées, que somme toute il paraît difficile de programmer de recherches, trouvent leur confirmation dans les faits suivants d'observation simple.

2^o — J'ai connu personnellement à Lille un ouvrier qui depuis 20 ans travaille dans une fabrique de céreuse convenablement installée, et qui, en plus n'a éprouvé la moindre atteinte de saturnisme. Cet ouvrier mène une vie normale : il est marié, père de famille, non alcoolique, il met en pratique les précautions d'hygiène destinées à éviter l'intoxication par le tube digestif ou par la peau. Plusieurs de ses camarades sont dans le même cas et il nous a montré que le saturnisme, sous forme de colique de plomb, n'est point que chez des individus dont le recrutement s'était imposé du fait de la nécessité d'une main d'œuvre importante, mais que, le plus souvent, ceux-ci négligeaient toutes les précautions prises en pareil cas, et cette main d'œuvre de dernier ordre fournissait la totalité du contingent des victimes du plomb pour cette raison.

La constatation du Dr Treille menée chez les peintres en bâtiment, qui se rapporte pour trait avec cette constatation, et, au point de vue général, en ce qui concerne l'époque, nous nous trouvons en présence d'une industrie qui nous est bien difficile de taxer d'insalubre, de dangereuse, si elle ne compte comme victime que ceux dont le rein a été marqué de la main éthylrique ou infectieuse.

Pour garder ce caractère d'industrie partamment salubre sous certaines réserves, les usines qui travaillent le plomb doivent, avouons-le, présenter pour l'ouvrier le minimum de danger d'intoxication par les voies respiratoires.

C'est un desiderata que l'industrie moderne se trouve en mesure de remplir. Les conditions économiques de l'industrie du Plomb se prêtent facilement à cette application, plus encore en ce pays neuf que sur l'Ancien Continent.

En Europe, la main d'œuvre n'attend pas des prix élevés, et tout le détail de la manipulation des minerais de plomb, depuis l'échantillonnage jusqu'à la fusion, s'effectue pour ainsi dire à la main. Ici la plupart des opérations s'effectuent mécaniquement. Le travail est surabondant en ce pays neuf, et la machine s'impose : dans la vieille Europe, il en va autrement et l'industriel doit se donner d'un philanthrope. Néanmoins, si, pour vous, Canadiens, la raison est impérieuse, il demeure certain qu'en faisant la guerre à une des formes de cette auto-intoxication sur laquelle le toxique oxyde de plomb imprime son cachet spécial, le saturnisme.

Les conditions essentielles qui doivent inspirer tout Directeur d'usine à Plomb, tant pour la fabrication du métal que pour celle de ses dérivés, sont les suivantes :

1o. Récemment un tiers de personnel. L'éthylisme constitue une tare inadmissible.

2o. Travail mécanique en ce qui concerne plus particulièrement le grillage des galènes ou les blends plombifères. Ce temps du traitement métallurgique des minerais comporte un pourcentage relativement élevé de cas d'intoxication dans les usines d'Europe où le travail effectué manuellement donne de 5 à 10% de cas de saturnisme. Cette question du travail mécanique, résolue en pratique, marquera donc le fin du saturnisme, tout au moins dans les usines qui fabriquent le métal, à condition, toutefois, que les dix prescriptions suivantes soient respectées scrupuleusement.

- 1o. Défense de manger pendant le travail.
- 2o. Interdiction du port de la barbe et de la moustache.
- 3o. Usage fréquent des bains sulfureux.
- 4o. Cures intermittentes à l'iodure de potassium ou de sodium.

Nous avons eu l'avantage de collaborer à la création de la nouvelle Industrie du Zinc dans l'Ouest Canadien. Notre Compagnie, Société Canadienne des Métaux (Canadian Metal Co.) a complété son organisation par la mise en marche d'une usine à Plomb en Colombie Anglaise. Crovez bien, mes chers confrères Canadiens, que nous mettons en pratique ces principes d'hygiène, ces quelques idées médicales que le docteur L. G. de l'Institut Pasteur a bien voulu se charger de vous transmettre en mon nom, en m'excusant d'être dans l'impossibilité de m'arrêter à Trois Rivières. Nous veillerons dans la plus large mesure à la santé de nos travailleurs, vos compatriotes dans l'Ouest Canadien. Nous serons heureux d'avoir pu collaborer à la mise en valeur de ce territoire de la Nouvelle France pour une Industrie dans laquelle votre beau pays est appelé à prendre un rang honorable. Idees et capitaux français ne trouveront jamais en aucun pays meilleur accueil que celui que nous souhaitons et espérons pourvoir nous être fait par nos arrière-petits-cousins de l'Ancienne France, les Canadiens d'aujourd'hui.

SECTION DE MEDECINE

Président : M. J. Forv eur

CORRIGEONS NOTRE REGIME ALIMENTAIRE

PAR DR. N. A. V.

Professeur d'ophtalmologie à l'université Laval, médecin de l'Hôpital
Notre-Dame

Le Canadien, en général, mange trop de viande et pas assez de légumes et de fruits. Nos cultivateurs ne sont pas des jardiniers comme leurs aînés les Français. Les jardins potagers sont rares dans nos campagnes et pas même encore les "backyards" qui font provision de légumes pour la longue saison d'hiver. Il en résulte que le Canadien est plutôt carnivore. Il croit fermement que l'usage de la viande est la base de la force physique et de la santé. C'est pourtant une erreur que je vais essayer de démontrer. Il y a plus, non seulement nous mangeons trop exclusivement de la viande mais nous mangeons trop en général nous sommes un peuple de gros mangeurs. Méchamment composé surtout de malades atteints chroniquement, me fournissant tous les jours des exemples qui prouvent les méfaits du régime carné intensif parmi nous.

Je me propose dans cette communication de attirer l'attention sur les effets pernicieux d'un régime carné trop intense sur l'individu, sur la famille et sur la race. Je soulignerai les modifications que nous devons faire subir à notre régime alimentaire défectueux.

EFFETS PERNICIEUX D'UN RÉGIME CARNE INTENSIF

1o *La viande n'est pas véritablement compensée par nos nourissants, mais elle a un effet dévastateur.* C'est attaquer de front un préjugé populaire canadien. Le Canadien croit que si il est fort cela est dû à son alimentation presque exclusivement carnée. Non, si le Canadien est musclé et solide il doit ces avantages à des influences de

climat et de race. Le valetti guerrière de nos ancêtres français est proverbiale, nous avons hérité d'eux la vaillance et l'endurance. Puis notre climat dans son ensemble est tonique et fortifiant. Non ce n'est pas la viande qui a fait de nous un peuple fort, au contraire, elle est en train de nous faire dégénérer en un peuple d'arthritiques. La sensation de force apparente qu'éprouve le mangeur de viande est un trompe l'œil, elle est le résultat d'une excitation. Ce pouvoir excitant de la viande lui vient de ses matières extractives. Il arrive avec la viande ce qui arrive avec tous les excitants, on se croit plus fort parce qu'on est excité. Mais malheureusement toute excitation coûte cher à l'organisme car c'est lui qui en fournit la matière et s'use d'avantage pour répondre à l'excitation. Toute excitation provoque un surcroît de travail vital qui entraîne nécessairement une dépense d'énergie et une usure de matière. Ces matières extractives, bases xanthiques et créatiniques, ont une formule chimique qui s'en rapproche infiniment de celle de la créatine, c'est ce qui explique leurs propriétés excitantes. Mais il faut considérer d'un autre côté que ces substances sont des déchets de la vie nutritive, des impuretés de la chair.

Puis, la viande n'est pas aussi nourrissante qu'on le croit généralement. Si la viande n'était accompagnée de graisse il faudrait en consommer une quantité démesurée tant elle serait insuffisante à satisfaire tous les besoins de l'organisme. Ainsi, pour un vœu de 20 kilogrammes il faut 1,500 grammes de viande pour couvrir son poids, tandis que 400 gr. de viande peuvent devenir suffisants si on ajoute 200 gr. de lait et seulement 100 gr. de viande, si on y ajoute 100 gr. de lait et 300 gr. de pain. Cela s'explique par le fait que les dépenses de l'organisme sont avant tout physico-chimiques. En effet, la machine animale a plutôt à faire de la chaleur laquelle se perd par échauffement des aliments, échauffement de l'air introduit dans les poumons, par la radiation de calorifique sur la surface cutanée, par l'évaporation pulmonaire et cutanée, par le travail mécanique. Donc, 80 à 90% de l'énergie dépensée par l'organisme l'est sous forme de chaleur et le reste sous forme d'efforts mécaniques. Le schéma suivant de M. Ch. Richet démontre cela.

La thermo-gènes domine donc l'ensemble des échanges nutritifs. Il faut à l'homme environ 2,500 calories pour maintenir sa température normale. Or, pratiquement la viande ne saurait satisfaire ce besoin physiologique. Ainsi il faudrait digérer et assimiler 600 gr. d'albumine pour fournir ce nombre de calories, or cela correspond à 3 kilogramme de viande par jour, quantité vraiment

énorme et dépense notre capacité digestive, sans compter les déchets zéroïdes qu'elle engendrait. Nous ne pouvons guère assimiler plus de 200 grammes d'albumine par jour, le tiers de la quantité d'écailles qui correspond à 1 kilogramme de viande. Or, cette quantité ne représente qu'un 5/10^e calories, soit 33% seulement du besoin total. Si nous comparons la valeur calorifique de chaque groupe alimentaire nous aurons les rapports suivants :

Hydrate de carbone	1	calories	1
Albumine	1		2
Gras	9		3

Comme on le voit le gras, sur le poids égal fournit au delà du double de calories que l'albumine et les hydrates de carbone il n'y a qu'un minimum de calories de son dixième. L'avantage de l'albumine n'est qu'apparent car une molécule d'albuminoïde étant très complexe exige pour se dissoluer, être assimilée et utilisée sous forme de carburant un travail assez long et pénible qui fatigue le système nerveux par l'exercice qu'elle produit sur lui. Elle fait donc payer cher le plaisir qu'elle donne. Tandis que les hydrates de carbone ont une combustion oxydative facile et rapide, grâce à leur richesse en oxygène et au peu de complexité de leur molécule, ils sont utilisables en beaucoup moins de temps, sans exciter le système nerveux. L'alimentaire est aussi inférieure aux deux autres groupes alimentaires si l'alimentation est excessive, car la première en ombre l'organisme de déchets nuisibles, tandis que les deux derniers s'accumulent soit sous forme de tissu gras, soit sous forme de cholestérol s'il y a un besoin.

DÉCOMPOSITION DES MATIÈRES ALBUMINOÏDES

Dissoutes — coagulées — résine — albumoses — peptones — protéines	
Syntommes — décoagulées — coagulé	(nucléo albumines)
Albumose — Albumoses — décoagulée — albumine	(bases nucléiques xanthiques
	nucléique
	acide nucléique
Peptones — vires de Kuhnle	
	Alcine urique
	Allantoin
(Plastification	Alloxane
	Xanthine
(Albumine organique	Combustion
	Hypoxanthine
	Guanine
	Urée
	C
	H

Putréfaction

de amides
colle, liège, etc

Léuon, rines

Substances aromatiques

Tyrosine, phénol, crésol, toluol

Acides sulfurés, carbonés

Acide phénol sulfurique
crésol sulfurique
scatoxy] sulfurique, etc

AZH
Ammomiacque
et
[AZH] S

Uramides

Créatine, créatinine

Composés sulfurés

Taurine, cystine

CYCLE ÉVOLUTIF DES HYDRATES DE CARBONE

Amidon Cellulose ? Saccharose Alcool
Fécule, etc

dextrine

Glucose

Maltose ?

Lécétose

Glucose

C₆H₁₂O₆

Réserves

Combustion

Glycogène

C₆H₁₂O₆

C₆H₁₂O₆

Calories

CYCLE ÉVOLUTIF DES MATIÈRES GRASSES

Graisses Acides gras Graisses phosphorées (Lécithines)

Phosphatidyl

Glycérine

PO₄H glycéric

Choline, névrine, etc

Graisses

Acides gras

Savons

Graisses

Réserves grasses

Combustion

C₆H₁₂O₆

Calories

Si l'homme, pour réparer ses 310 gr. de carbone qu'il perd quotidiennement, ne les chercheait que dans la viande, il lui en faudrait 1.600 gr., sans graisse. Mais cette quantité énorme de viande introduirait quatre fois plus d'azote qu'il n'en faut et cet excès d'azote fatiguerait les organes éliminateurs. Et que l'on n'aide pas croire que pour réparer l'insure azotée la viande soit supérieure aux autres aliments. Au contraire, il y a des aliments végétaux qui, à poids égal, contiennent autant d'albumine et d'autres substances nutritives en plus. Ainsi, tandis que 100 gr. de viande ne donnent que 20% d'albumine animale, 75% d'eau, 0,07 de sels minéraux, 100 gr. de fèves, de pois ou de lentilles donnent 21% d'albumine végétale, 55% d'amidon et de 2 à 4% de sels. Comme on le voit la comparaison n'est pas à l'avantage de la viande.

2o. *La viande produit des fermentations et des déchets toxiques, parfois, nuisibles à l'organisme.* D'abord, la viande que nous mangeons est la chair d'animaux morts depuis plus ou moins longtemps et conservée plus ou moins bien. Or, la chair d'un animal mort contient des poisons cadavériques sans compter les toxines fabriquées pendant la vie. Nous savons parfaitement que l'organisme animal est habité par d'innombrables microbes saprophytes qui s'attaquent à la chair dès qu'elle ne vit plus. Cette fermentation cadavérique produit des corps toxiques appelés ptomaines. Représentons-nous donc que nous mangeons de la chair d'un cadavre contenant des microbes saprophytes et des substances toxiques cadavériques. Et nous savons que la cuisson la plus prolongée ne détruit pas les toxines. Dans un autre côté, la viande ou chair animale est la pâture de prédilection des innombrables microbes de l'intestin. Et comme la molécule organique albuminoïde est très complexe, renfermant du carbone, de l'azote, de l'hydrogène, de l'oxygène, du soufre, du phosphore, il s'en suit que sa dislocation par le travail microbien entraîne la formation de toxines et des gaz nuisibles, tels que hydrogène sulfuré, indol, scatol, etc. Une production constante de ces substances toxiques ou irritantes produit une saturation telle de l'organisme que les émonctoires finissent par ne pas pouvoir éliminer suffisamment, le foie succombe à sa tâche de destructeur de poisons, le rein fléchit à son tour irrité par ces substances et n'accomplit plus complètement la dépuraison générale. Alors, le système nerveux, imprégné et irrité par ces diverses substances toxiques se déséquilibre et règle moins bien les phénomènes de la nutrition.

Ce trouble du système nerveux pervertit les échanges cellulaires, les troubles du foie retentissent sur le rein, les troubles du

reïn retentissent sur le cœur et la circulation, et ainsi, après une incessante série de désordres fonctionnels et nutritifs, l'organisme est précipité vers une déchéance prématurée qui s'appelle *arthritis* qui n'est en somme qu'une sénilité précoce. Le gros mangeur de viande a ainsi même à subir les défenses naturelles de l'organisme. L'abundance des plasmas a fait place à l'acidité, le système nerveux dés'équilibré par une stimulation à outrance et une intoxication incessante, ne règle plus convenablement les fonctions et réactions des tissus et organes, les occasions de morbidité et de mortalité se multiplient. Il est en effet d'expérience constante de voir la plupart des gros mangeurs de viande mourir prématurément, quoiqu'ayant bon appétit, et même par l'une des multiples complications qui engendrent l'arthritisme, telles par exemple l'apoplexie par dégénérescence artérielle, le brightisme par altération des cellules rénales et ses nombreux retentissements sur le cœur, les poumons, le cerveau, etc. l'artério-sclérose généralisée qui met des entraves à la circulation dans les organes ou localisée aux artères coronaires qui alors tue instantanément par angine de poitrine, le diabète qui provoque l'un de complications fatales, l'ulcère et le cancer de l'estomac, tous deux provoqués par une irritation trop intense et trop prolongée, les lithiases hépatique et rénale qui engendrent des complications dangereuses et parfois mortelles, l'appendicite par fermentation et irritation de l'intestin. On peut dire sûrement que l'arthritisme avec ses multiples manifestations dégénératives compromet toujours assez tôt la santé et abrège la vie d'un bon tiers, de sorte que des sujets constitués pour vivre quatre-vingts ans meurent à 55 ans.

Au contraire, si on lui pose les nonagénaires, les centennaires sur le secret de leur longévité ils répondent infailliblement qu'ils doivent celle-ci à la sobriété en général et à la sobriété en viande en particulier. « L'homme ne meurt pas, il se tue », a dit Sénèque.

Oltre ces maladies, qui tuent, l'excès de viande engendre aussi d'autres états malades sérieux par l'acide urique et autres dérivés uriques qu'elle dépose dans les humeurs et organes tels que les calculs urinaires, la goutte, les névralgies, les dermatoses, états uricémiques divers, l'artério-sclérose, etc. L'intoxication porte sur tout l'ensemble du système nerveux. Le gros mangeur de viande est plutôt somnolent, il n'a pas un sommeil calme et réparateur, il est combattu le matin.

Il est à remarquer que la plupart des grands hommes dans le monde intellectuel ont été instinctivement ou par observation plutôt des végétariens, ainsi Newton, Chevreul, Voltaire, Bernardin de

Saint-Pierre, Franklin, Roussau, Michélet, Sarcey, Fontenelle, etc. Le régime carné intensif, en irritant le système nerveux a aussi un effet marqué sur le caractère : il rend les individus irritables, agressifs, violents, méchants. — Par contre, le végétarisme calme les tempéraments violents. Cela a été compris depuis des siècles par les fondateurs d'ordres religieux qui ont la plupart imposé un régime végétal à ceux dont les passions devaient être maîtrisées. Outre les preuves d'observation il y a aussi les preuves expérimentales. Liëbig — dans ses nouvelles lettres sur la chimie, 3^eème lettre — raconte qu'un ours du musée de Giessen se montrait doux et tranquille tant qu'on le nourrissait exclusivement de pain et de légumes, mais devenait méchant et dangereux après quelques jours de régime carné. — On pouvait modifier ainsi à volonté le caractère de l'animal. Liëbig ajoute que l'irascibilité des pores peut être exaltée par l'alimentation carnée au point qu'ils deviennent agressifs pour l'homme. D'ailleurs il est à observation constante dans les laboratoires que des rats albinos s'approprient aisément et sont très maniables tant qu'ils sont nourris de grain et de pain, mais qu'ils deviennent hargneux et mordants dès qu'on les nourrit de chair. Mais rien ne prouve aussi clairement le pouvoir toxique de la viande que l'expérience comme des physiologistes sous le nom de fistule d'Éck.

Voici en quoi elle consiste. On sait que le foie arrête et détruit les poisons lui venant du tube digestif par les veines intestinales. Or, l'expérience ci-dessus empêche le sang de ces veines d'arriver au foie et par un trait dérivé le force à entrer directement dans la grande circulation. — On sait que l'expérience a pour but de supprimer la fonction anti-toxique du foie.

Eh bien ! voici ce qui arrive. Récontons ce que dit Artluis dans son traité classique de physiologie : « L'animal était doux et obéissant, à la suite de l'opération d'Éck, il devient méchant et entêté, puis faible et somnolent ; sa marche est irrégulière et ataxique ; plus tard, il est en proie à une agitation extrême... Enfin il présente des convulsions cloniques et tétaniques et du coma alternant avec des convulsions. — L'ensemble de ces phénomènes constitue une crise... On peut faire apparaître, à volonté une crise chez un animal à fistule d'Éck, il suffit de lui faire ingérer un repas riche en viande ou de la poudre de viande. L'animal nourri de lait et de soupe aux légumes survit ; alimenté de viande, il subit des crises de terrible intoxication et meurt.

Sans doute le gros mangier de viande n'a pas la fistule expérimentale qui intensifie les résultats, mais tôt ou tard il a un foie

insuffisant et l'intoxication se produit moins brusque sans doute mais lentement.

Je ne suis pas mieux résumé ce que j'ai dit précédemment qu'en citant textuellement le professeur Huchard qui dit : "Le régime carné enrichit le sang et diminue les oxydations. Il charge les humeurs de l'économie d'une surabondance de déchets azotés, demande en particulier, il augmente les alcaloides minéraux, il congestionne le foie, il entretient une constipation opiniâtre et même la dyspepsie, les embarras gastriques, l'entérite, il pousse au psoriasis, à l'eczéma, etc. Il développe les tendances rhumatismales, artériques, goutteuses et uriques. Une alimentation non pas même exclusive, mais seulement trop riche en viande ne saurait être longtemps supportée. Elle provoque l'hypertension artérielle, l'origine du cancer et de vingt une des causes prédisposantes les plus actives de l'artériosclérose." Et M. Armand Garnier ajoute : "Un régime dont l'exagération est l'origine de tant de troubles physiologiques et morbides ne saurait être favorable au bon développement de la famille ou de la race."

Voilà. Mais ce qui y a de grave en core c'est que le régime carné conduit à l'alcoolisme. Toutes les excitations s'appellent. On ne peut s'empêcher d'observer que notre race est carnivore et friande d'alcool à la fois. L'alcoolisme est intimement lié au cannivorisme. Le Dr Jacks un médecin d'un asile affirme que "pour devenir sobre en buvant il faut commencer par être sobre en mangeant." La preuve de ce que j'avance dit-il se voit tous les jours dans notre asile, car les patients eux mêmes affirment qu'ils deviennent sobres, non pas au début, par quelque considération morale, mais uniquement à cause du régime suivi." Et le Dr Jules Lefebvre affirme à son tour dans "Examen scientifique du végétarisme, page 63, qu'en somme, abattre le cannivorisme aigu c'est porter à l'alcoolisme un coup mortel."

C'est ce que j'ai récemment observé chez un patient qui, gros mangeur de viande et gros baveur d'alcool, s'est trouvé débarrassé du goût de celui-ci pendant qu'il abandonnait la viande pour guérir un psoriasis généralisé.

Si le cannivorisme fait appel à l'alcoolisme celui-ci aide celui-là à engendrer l'arthritisme. Le premier acidifie les humeurs et fournit la matière des fermentations toxiques, le second ralentit et entrave les combustions cellulaires. L'un et l'autre engendrent la famille névropathique c'est à dire la famille prédisposée à toutes les dégénérescences nerveuses et à toutes les défaillances organiques. Préposition, c'est la maladie qui sommeille. — Feréol.

Le système nerveux, épuisé par l'excitation continue et inutile prolixe par le régime carné intensif, appelle l'alcool à son secours pour le relever momentanément.

Mais d'excitation en excitation, la cellule nerveuse s'épuise, s'use, d'où il résulte un déséquilibre transmis, par hérédité, de sorte que la dégénérescence accomplie chez l'individu affecte aussi la famille et la race. Or malgré que notre race soit rebelle et bien trempée elle est menacée de dégénérescence par le carnivorisme et l'alcoolisme. Il n'y a rien qui résiste à cette force destructive continue. Corrigeons donc notre régime alimentaire.

II — MODIFICATIONS A APPORTER A NOTRE RÉGIME.

Le régime lacto-végétarien est le remède de choix pour combattre l'auto-intoxication de source intestinale. Chez les nourrissons le bouillon végétal est déjà entré dans la pratique et sert de transition entre la diète hydrique et le retour au régime lacté. De même chez les adultes le véritable antidote contre la fermentation putride des albumines animales est le régime lacto-végétarien. L'action antiseptique de ce régime est manifeste tant *in vitro* que *in vivo*.

Ainsi si on ajoute sous le verre du sucre, de la glycérine, ou de la dextrine aux substances aromatiques produites par une digestion artificielle de matières azotées animales, ces corps de la série aromatique: indol, scatol, indican, etc. disparaissent complètement. Également l'observation démontre chez le vivant que l'addition d'hydrates de carbone aux aliments azotés restreint dans une proportion considérable la production de ces substances aromatiques toxiques. Ainsi le lait, grâce à sa lactose, hydrate de carbone, résiste plus longtemps que la viande à la fermentation putride, à cause de la formation d'acide lactique et succinique qui protègent la caséine contre les microbes protéolytiques. Des expériences précises ont démontré que même chez un individu soumis successivement à la diète lactée et à la diète carnée, celle-ci produit toujours trois fois plus de substances aromatiques toxiques, c'est-à-dire nuisibles à l'organisme. La résistance de la caséine à la putréfaction est si bien due à la présence du sucre de lait que si on enlève celui-ci, alors la caséine se putrifie avec la même rapidité que les autres albumines. Cependant les aliments végétaux farineux l'emportent encore sur le lait comme anti-putrides, car ils produisent aussi de l'acide lactique et succinique et cela lentement et progressivement à mesure que l'agression microbienne se fait de plus en plus intense et en outre leur albumine végétale est moins susceptible de fermentation putride que la caséine qui est une albumine animale.

D'ailleurs il est facile pour chacun de nous de vérifier très simplement ces faits : que l'on fasse pendant quelques semaines un régime carné exclusif et l'on constatera tous les signes d'une intoxication intestinale par fermentation putride : langue chargée, combatte matutinal de gaz léthés, céphalalgie, disposition à dormir, manque de disposition pour le travail intellectuel et physique, sommeil agité, et surtout selles de couleur brun foncé très odorantes, sèches, constipation, urines rouges, très acides, qu'on fasse au contraire immédiatement après le régime lacto-végétarien ou même lacto-végétarien avec très peu de viande (viande seulement une fois dans la journée) et l'on verra sûrement, tous les symptômes précédents disparaître et donner place à une euphorie générale, à des selles pâteuses *marshmalles* de couleur jaune, et à des urines plus claires et moins acides. Nous avons là un critérium de la plus ou moins grande tendance à la fermentation. Il est impossible que l'on n'aperçoive de quel côté est l'avantage. Si l'on veut encore d'autres preuves convaincantes qu'on consulte La Presse Médicale, N. 53, page 120, 1905.

Mais si j'ai réussi à vous convaincre qu'en effet il y a une grande différence dans la toxicité d'une alimentation carnée et végétale, je vois venir deux objections basées sur nos préjugés. 1^o C'est donc le végétarisme que vous voulez imposer au peuple canadien. 2^o Or le végétarisme ne saurait donner la force physique comme la viande. 3^o Il ne saurait convenir aux habitants d'un pays froid comme le Canada. J'ai une réponse victorieuse à chacune de ces objections.

1^o Ce n'est pas le végétarisme que je conseille au peuple canadien bien que le végétarisme pur puisse être défendu scientifiquement. Je comprends qu'on ne change pas du jour au lendemain les habitudes d'une race, mais je suis convaincu que le canadien mange trop de viande, qu'il devrait la réduire au cinquième du total de son alimentation et remplir les quatre autres cinquièmes par du lait et des substances végétales.

2^o Quant à l'objection que la force physique réside dans l'alimentation carnée elle ne tient pas debout devant nos connaissances les plus positives en physiologie et devant des faits d'observation. D'abord nous avons vu et prouvé que la viande intoxique et finit par produire un trouble de la nutrition, ou il est irrationnel de supposer qu'un aliment qui intoxique le système nerveux et toute l'économie soit un aliment dynamogène. La physiologie expérimentale prouve que les hydrates de carbone fournissent le meilleur rendement en travail mécanique. C'est le glucose qui est le der-

mer terme de transformation des hydrates de carbone. Ce sont donc des aliments riches en glucose ou susceptibles d'être convertis en glucose qui doivent être considérés comme les vrais dynamogènes ou aliments de force. Il ne faut pas oublier que les éléments organiques, les muscles en particulier, vivent dans une solution sucrée à 1 ou 2 pour 1 000. Ce qui montre d'ailleurs combien le sucre est nécessaire et indispensable au moteur animal, c'est qu'il existe dans l'organisme une *jouctio in situ* productrice de glycogène qui sert à l'activité musculaire. C'est Claude Bernard qui a prouvé que le foie a une fonction glycogénique, qu'il en fait une réserve pour en assurer la distribution régulière au besoin aux muscles en travail. Or, ce glycogène est identique à l'amidon végétal. D'autre part il est prouvé que l'organisme n'emprunte pas la force à l'albumine puisque le travail musculaire n'augmente pas les déchets azotés. Les recherches de Chauveau, de Voit, de Pflüger et Wislicenus, de Wolff sont d'accord à ce sujet. Donc, l'albumine n'est pas la source de l'énergie musculaire, comme nous le croyons, ce sont au contraire les hydrates de carbone se transformant finalement en glucose et le glycogène formé par le foie qui dépend du glucose alimentaire. Bonchard a dit : "Je ne veux pas qu'on fasse du travail musculaire avec de la viande."

Les hydrates de carbone ont d'ailleurs un autre avantage sur l'albumine au point de vue du rendement mécanique, c'est qu'ils exigent un travail digestif modéré et sont beaucoup plus rapidement tenus utilisables. La viande au contraire exige un travail digestif intense qui use les forces de l'organisme avant l'être utilisable comme source d'énergie musculaire. D'ailleurs la viande est absolument privée d'amidon ou de sucre, par conséquent il n'est aucunement dynamogène. Comme nous l'avons expliqué la force qu'elle semble faire naître est factice, elle n'est due qu'à l'excitation du système nerveux comme c'est le fait de l'alcool.

Maintenant arrivons aux faits d'observation qui justifient expérimentalement les preuves physiologiques précédentes. Les athlètes de la Grèce antique ne se nourrissaient que de pain, figues, noix et fromage. Les meilleurs athlètes modernes sont végétariens. "En Angleterre, nous dit le journal "The Vegetarian" du 18 Oct. 1902, les végétariens détiennent tous les records de 101 à 277 milles.

Je prendrai encore d'autres exemples dans le livre de M. Jules Lefebvre "examen scientifique du végétarisme". En juin 1899, tous les journaux ont rapporté la fameuse course de 112½ kilomètres de Berlin à Schoenholz, dans laquelle les *six premiers places*

appartiennent à des végétariens. Or il n'y avait que 8 végétariens sur 25 concurrents.

Le 19 mai 1902 le club sportif *Königt* organisa une course pédestre de 207 kilomètres entre Dresde et Berlin. Or sur 13 concurrents les six premiers sont végétariens, avant en tête le célèbre végétarien Karl Mann, qui est médecin.

Ce dernier fit son entraînement ainsi : au début de son entraînement pour produire le L'emmusclement végétal, oeufs et lait. L'emmusclement obtenu : simple végétarisme sans oeufs ni lait ; en fin pour exécuter un travail sportif intense dans un concours, fruitarisme, sucre, albumine. Mann a pour principe de ne consommer que les aliments de *combustion presque* immédiate à savoir : fruits sucrés, céréales (*blé, avoine*), pain, la crème, un peu de beurre, des noix, des légumes courts frais, des salades crues, du pain, du vin non fermenté, c'est à dire sans alcool, lequel alors n'est qu'une riche solution de glucose, qui constitue le combustible le plus facilement et promptement utilisable par le moteur humain.

Ces faits sont de nature à bien surprendre les canadiens. Mais ce n'est pas tout : après les athlètes, les travailleurs de fonds. M. Philips démontra, au congrès végétarien de 1900, les bienfaits du végétarisme parmi les ouvriers des ateliers de construction dirigés par M. Hills à Blackwall. A Anvers, les ouvriers du port, faisant un métier très rude ont un restaurant où ils trouvent un menu végétarien.

Le Dr Capell Brook rapporte que les cochets et charretiers norvégiens qui ne connaissent pas l'usage de la viande, franchissent aisément en *un jour* 100 lieues à côté de leurs charrettes qui transportent les touristes. Duwin, qui a beaucoup voyagé, s'est émerveillé de la force prodigieuse des mineurs du Chili. Ces hommes végétariens, ne mangent que des figues, et du pain au déjeuner, des têtes cuites au dîner, et du blé rôti sur une plaque de fer, au souper. Or, ces hommes portent sur leur épaules des blocs de minerai de 100 kilogrammes, avec lesquels ils montent 12 fois par jour une échelle verticale de 70 mètres. Les troupiers de la Bolivie accomplissent, bagages sur le dos, des marches de 10 lieues *sans fatigues* ; ils ne se nourrissent que de maïs, de cocos et d'eau. (Panama Star and Herald.)

Le capitaine Joyelt d'une expédition américaine dit avoir vu un habitant des îles Canaries, porter une balle énorme de marchandises que quatre matelots de son bord essayèrent en vain de soulever. Or, les aborigènes des Canaries se nourrissent d'aliments

végétaux exclusivement. A Suvaïve des porteurs remplissent les charrettes. Ils sont nourris de pain noir, de fruits de légumes. M. Longdon, marchand américain a vu l'un d'eux porter à la fois une caisse de sucre de 200 kilogr. et deux sacs de 100 kilogr. M. Wood cite également un paysan suvaïvot qui portait sur son dos une charge de 300 à 400 kilogrammes. A Cooïa H. les ouvriers du port, aliments de riz, transportent sur des charrettes des pièces de vin de 200 à 300 kilogr. et gravissent les pentes escarpées de la ville. D'après la Revue anthropologique, l'alimentation de l'ouvrier agricole en Europe, Belgique, France, Suédois, danois, Écossais, Prussiens, Baïrois, Saxons, Allemands, Espagnols, Russes, Turcs et du Nord de la Chine, aux climats froids et rudes comme ceux de la zone tempérée, est composée de céréales, de pommes de terre, de légumes, de fruits. L'ouvrier ne paraît guère sur son table que les œufs d'œuvres. Les hommes travaillent de 16 à 18 heures par jour. Les femmes sont d'un esprit religieux et nul. Les Indiens ne mangent pas de viande, cependant leurs ouvriers — botanistes — se nourrissent exclusivement de fèves, dattes, lentilles, pois, melons, et légumes ont une force remarquable. Les porteurs de Sibonique et de Cooïa, à Antiope également végétariens sont d'une force prodigieuse. Fort comme un tigre est passé en adage. Le soldat turc est d'une vigueur remarquable et d'un courage indomptable, il est aussi d'une sobriété étonnante ne buvant que de l'eau ou des limonades, se nourrissant de riz, figues, touchant exceptionnellement à la viande.

Enfin dois je mentionner l'enlurme. Le courage qui à un autre le soldat japonais dans le dernier guerre. Lequel n'est sorti victorieux. Or, on sait que la nourriture du japonais est végétarienne se composant surtout de riz. Dois je encore ajouter un argument tiré de la physiologie comparée, et qui le prouve, qu'on n'y pense pas assez, qu'une foule d'animaux n'ont pas besoin pour avoir des muscles puissants de se nourrir de viande. L'herbe et les grains leur suffisent pour leur donner la force, l'agilité et l'endurance.

A ceux qui ne seraient pas convaincus par ce que la viande n'est pas essentielle à la force et à la santé, à ceux qui doutent que l'alimentation exclusivement végétale puisse suppléer entièrement à l'alimentation animale, je conseillerais de lire en entier la thèse du Dr Lefebvre : "Essai sur la nutrition végétale".

Mais je tiens à faire remarquer que je ne prêche pas pour mes compatriotes le végétarisme pur, je sais qu'il faut tenir compte des habitudes d'origine qu'on ne saurait briser en un jour, mais, je prêche la réduction de la viande à 1/5 de notre ration quotidienne.

Il me reste à détruire une dernière objection : la viande est nécessaire dans un climat froid. Pour détruire cette objection il y a aussi des faits expérimentaux et des faits d'observation. Les premiers sont tirés de la physiologie expérimentale qui a fixé le nombre de calories dégagé par gramme d'aliment de la façon suivante :

1 gramme d'albumine	donne 4,2 calories
" " d'hydrate de carbone	" 4,1 "
" " de graisse	" 9,3 "

On voit déjà par ce tableau que les substances grasses sont deux fois plus calorigènes que les substances albuminoïdes, et que celles-ci sont à peine supérieures de 1 dixième aux hydrates de carbone. Mais il faut aussi tenir compte d'un autre facteur, celui de la plus ou moins grande facilité pour un aliment de produire la chaleur dont il est susceptible. Sous ce rapport la viande ou l'albumine est inférieure aux hydrates de carbone, car la viande ne dégage son potentiel calorique qu'après une longue élaboration, un travail digestif laborieux surtout du côté du foie, en demandant beaucoup de dépense nerveuse, et en laissant dans l'organisme au moteur humain un grand nombre de déchets azotés plus ou moins toxiques qui entraînent des inconvénients sérieux. Au contraire les hydrates de carbone ont une élaboration digestive beaucoup moins onéreuse pour les organes digestifs et le système nerveux et cèdent leur potentiel thermique plus rapidement avec moins de frais pour l'organisme et sans laisser après eux des résidus toxiques. La graisse, quoique produisant deux fois plus de chaleur que l'albumine, ne produit pas de déchets toxiques. Si on ne l'utilise pas entièrement elle s'accumule, ainsi font également les hydrates de carbone, sans occasionner à l'organisme qu'une surcharge de poids utilisable dans un besoin pressant de dépense organique.

Sans doute on se laisse facilement tromper par les apparences, la viande, étant stimulante, et en cela elle trompe comme l'alcool, fait fonctionner d'avantage le système nerveux qui active les combustions *momentanément*. Mais comme pour l'alcool l'énergie dépensée inutilement pour les effets de stimulation est prise sur l'organisme qui est obligé de se surmener pour faire face à une double dépense. Il n'en est pas de même avec les graisses et les hydrates de carbone surtout ces derniers qui se résolvent plus vite et plus facilement en glucose, dernière transformation des aliments ternaires. Comme on le voit, le problème est de savoir quel est l'aliment qui donne au moteur humain le plus rapidement, plus abondamment, sans fatigue ni surmenage digestif, sans intoxication nutritive, le combustible nécessaire pour résister au froid.

Or, on vient de le voir, cet aliment n'est pas l'albumine ou la viande mais le glucose fourni par les hydrates de carbone. C'est dire que le miel, les fruits sucrés ou crus, les confitures sont plus thermogènes que la viande. Quant aux faits d'observation je citerai l'acclimatation au climat du Canada des Pères de Oka, les Trappistes du Lac St Jean etc. tout en conservant leur régime végétarien intégral. D'après des informations personnelles je puis affirmer que ces religieux se portent très bien, n'ont pas de maladie spéciale, leur infirmerie est presque constamment déserte, qu'ils vivent vieux, qu'ils supportent bien notre climat avec un régime strictement végétarien et en faisant des travaux manuels sur leur ferme. On doit remarquer aussi que ces religieux ont un costume qui ne les protège pas mieux que les épaisses fourrures de nos gros mangeurs de viande qui sont frileux quand même.

Ces exemples prouvent que la viande n'est pas nécessaire pour supporter un climat froid.

J'ai répondu à toutes les objections. Il me reste à conclure que :

- 1° La viande n'est pas un aliment complet, ni le plus nourrissant ; elle est avant tout excitante ;
 - 2° La viande est toxique par ses ptomaines cadavériques et par les fermentations putrides intestinales auxquelles elle donne lieu ;
 - 3° La viande produit de l'acide urique et autres corps uriques qui engendrent l'uricémie ;
 - 4° L'arthritisme et l'artério-sclérose sont les aboutissants de ces intoxications répétées et soutenues ;
 - 5° Le régime carné fait appel à l'alcoolisme ;
 - 6° Prédipose à l'appendicite ;
 - 7° En provoquant la dégénérescence de l'individu, il produit celle de la famille et de la race.
-

LA PRATIQUE DU RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LES MALADIES CHRONIQUES

Par le Dr DARDEL, d'Aix-les-Bains, (France)

Dans les maladies chroniques, les prescriptions d'hygiène et de diététique ont une importance au moins égale à celle des prescriptions médicamenteuses. " Le régime et le repos contribuent souvent et plus que les drogues médicinales à rendre la santé aux malades (1) " (Gautier). Le médecin ne saurait donc entrer dans trop de détails pour tout ce qui touche à l'alimentation de ses malades, et ceux-ci d'ailleurs lui seront reconnaissants de régler minutieusement un régime, à la condition que ce régime ne soit pas trop difficile à suivre.

Ce n'est pas seulement par les malades atteints de quelque affection chronique qu'il y a grand intérêt à faire observer une bonne hygiène alimentaire ; c'est aussi par les individus sains qui commettent chaque jour trop de fautes contre cette hygiène. La médecine tend aujourd'hui à prévenir plus qu'à guérir, et, comme le dit fort bien le professeur Landonzy, nous devons " nous montrer curateurs à la santé, éducateurs en santé, enseignant par l'hygiène alimentaire mise à la portée de tous, comment chacun doit mieux manger pour mieux vivre (2) "

Pour arriver à ce but de vulgariser l'hygiène alimentaire, nous ne manquons pas de documents, et l'on peut dire que toute l'étude théorique et chimique de l'alimentation a été suffisamment faite. Malheureusement, ce qui est plus difficile, c'est de ramener à des formules simples, faciles à comprendre et à retenir, les résultats fournis par tant de remarquables travaux, c'est en un mot de passer de la théorie à la pratique de l'hygiène alimentaire.

La nécessité du régime alimentaire est admise par tous.

Le jour n'est pas éloigné où les médecins formuleront le régime alimentaire, comme ils formulent les prescriptions pharmaceutiques. Mais la formule est incomplète si elle n'est pas accom-

(1) Gautier, l'alimentation et les régimes chez l'homme sain et chez les malades.

(2) Landonzy, H. et M. Labbé, enquête sur l'alimentation d'une centaine d'ouvriers et employés parisiens, Paris, Masson, 1905.

pagnée des directions nécessaires. En d'autres termes, après avoir indiqué au malade les aliments permis et défendus, il faut le mettre à même de se conformer facilement à ce régime.

Nous étudierons d'abord les principes généraux qui doivent diriger l'alimentation de l'individu dans l'état de santé.

Nous passerons ensuite en revue quelques-uns des régimes alimentaires préconisés dans les maladies chroniques.

Ayant ainsi en main les données du problème, nous aborderons le d'un côté délicat de la pratique, et nous rechercherons quels sont les procédés à la fois les meilleurs et les plus simples pour suivre les régimes alimentaires.

I. **PHYSIOLOGIE DE L'ALIMENTATION.** Le but de l'alimentation est de contribuer à réparer les pertes de l'organisme et de produire dans les tissus de la chaleur et de l'énergie. Pour réparer les pertes de l'organisme et l'usure journalière de nos tissus, il nous faut des albumines, de la graisse, de l'eau et des sels minéraux.

Les aliments producteurs de chaleur et d'énergie sont surtout les graisses et les hydrates de carbone; les deux tiers environ de notre alimentation sont employés à la production de chaleur, la quantité d'énergie dont nous avons besoin varie pour chaque individu selon le travail qu'il accomplit.

Ainsi donc, nous utilisons pour notre alimentation de l'eau, des sels de fer et trois grands groupes d'aliments: albuminoïdes, graisses, hydrates de carbone. On a calculé les différentes quantités de ces aliments qui doivent être consommés chaque jour et dans différentes circonstances: repos, travail musculaire modéré, travail de force.

Pour l'adulte au repos, M. Gantier fixe comme il suit la ration d'entretien:

Albuminoïdes	110 grammes	produisant	523 calories
Graisses	79		681
Hydrates de carbone	122	-	1781
Soit un total			2985 calories

La quantité d'albuminoïdes et de graisses peut être réduite, à la condition d'augmenter celle des hydrates de carbone, par exemple:

Albuminoïdes	78 grammes	produisant	328 calories
Graisses	50		465
Hydrates de carbone	188	-	2007
Soit un total de			2800 calories

Pour un homme à hâte, soumis à un travail moyen. Voût est arrivé aux chiffres suivants :

Albuminoles	118 grammes produisant	567 calories
Grasses	56	544
Hydrates de carbone	500	2110

Soit au total de 3225 calories

D'après Munk et Ewald, la quantité d'albumine indiquée par Voût est trop considérable et 100 à 110 grammes s'en suffisants.

Enfin, l'homme adulte soumis à un travail pénible doit en soulever chaque jour, d'après Gantier :

Albuminoles	167 grammes produisant	631 calories
Grasses	71	666
Hydrates de carbone	662	2837

Soit au total de 4134 calories

Tous ces chiffres n'ont naturellement qu'une valeur très relative : ils ont été calculés d'après des moyennes d'alimentation d'un grand nombre d'individus. Ils ne peuvent servir que de point de repère.

Landozy et Libbé en liquent dans le tableau suivant le besoin de l'organisme en calories :

	Par kilogramme corporel
Pour un sujet à existence sédentaire	35 calories
Pour un sujet effectuant un travail musculaire modéré	40
Pour un sujet effectuant un travail de force	48

Ainsi un homme du poids de 60 kilogrammes, effectuant un travail musculaire modéré, aura besoin de $60 \times 40 = 2400$ calories. On voit que les chiffres ainsi obtenus sont inférieurs à ceux que fournissent les tableaux de Gantier, de Voût, de Munk et Ewald.

Ces tableaux nous montrent que la quantité de calories dégagées par un aliment dans l'organisme est très variable suivant la nature de cet aliment, et c'est ce qui est fondamentale en hygiène alimentaire. On peut conclure avec Atwater que :

1 gramme d'albumine dégage	4 calories 68
1 " " " " grasse dégage	8 " " " 65
1 " " " " d'hydrate de carbone	4 " " " 88

Munk et Ewald (1) donnent des chiffres un peu plus élevés ; d'après eux :

(1) Munk et Ewald, *Traité de diététique*, d'après la 2^e édition par Heymans et Masan, Paris, Carré et Naud, 1897.

1 gramme d'albumine dégage	1 calorie
1 " de graisse dégage	9 " 2
1 " d'hydrate de carbone dégage	4 " 1

Connaissant le chiffre de calories dont nous avons chaque jour besoin et connaissant, d'autre part, la quantité de calories dégagée par un gramme de substance fondamentale (albuminoïdes, graisse, hydrate de carbone), il ne nous reste plus qu'à rappeler la composition de quelques aliments usuels. A leur tenir en ces substances fondamentales, pour avoir en main toutes les données du problème de l'alimentation.

Nous avons réuni dans ce tableau la teneur de nos aliments usuels en albuminoïdes, graisses et hydrates de carbone.

	<i>Albumine</i>	<i>Graisse</i>	<i>Hydrate de carbone</i>
Lait de vache	1 gr.	3 à 5 gr.	3 gr. 8
Œuf de poule	5 gr. 7 à 6 gr. 2	3 gr. 1 à 1 gr.	"
Viande bœuf	20 gr. 8	1 gr. 5	"
veau	19 gr. 9	0 gr. 8	"
mouton	17 gr. 1	5 gr. 8	"
Jambon fumé	25 gr.	34 gr. 05	"
Volaille	22 gr.	1 gr.	"
Saumon	21 gr. 6	12 gr. 72	"
Haricots	24 gr. 30	1 gr. 6	"
Petits pois	22 gr. 9	1 gr. 8	52 gr. 1
Lentilles	25 gr. 7	1 gr. 9	53 gr. 5
Pommes de terre	1 gr. 5	0 gr. 2	20 gr.
Riz	7 gr. 5	0 gr. 6	78 gr.
Raisins mûrs	0 gr. 6	"	14 gr.
Sucre	"	"	99 gr. 5
Gruyère	19 gr. 49	29 gr. 75	"
Pain	6 gr. 2 à 7 gr. 1	0 gr. 2 à 0 gr. 1	51 gr. 1 à 51 gr. 5

Il résulte de la lecture de ce tableau que, parmi les aliments fortement albumineux, il faut citer le gruyère, le jambon fumé, les lentilles, haricots et petits pois — puis la viande de boucherie, tous ces aliments contenant plus de 20 p. 100 d'albumine. Les aliments gras sont le jambon fumé, le gruyère, le saumon. Enfin les aliments les plus riches en hydrates de carbone sont : le sucre, le riz, les lentilles, le pain, les haricots, les pommes de terre, les raisins.

De cette constatation, nous pouvons tirer des indications précieuses pour nos régimes alimentaires. En effet, ce serait trop demander que de vouloir calculer avec précision la quantité d'aliments pouvant fournir à l'organisme le chiffre de calories qui lui sont nécessaires, on ne saurait exiger de pesées minutieuses pour chaque ration de viande ou de légumes. Mais nous avons, tout au

moins, à la seule lecture de ce tableau, la notion immédiate que les aliments qui ont nos préférences et qui paraissent le plus souvent sur nos tables ne sont pas toujours ceux qui nous peuvent fournir le maximum pour réparer nos tissus ou entretenir notre chaleur et notre énergie ; alors que d'autres aliments, au contraire, qui pourraient nous être des plus utiles, n'occupent qu'une trop petite place dans nos régimes aussi bien à l'état sain que dans les maladies chroniques.

Landonzy et Labbé, ayant étudié l'alimentation des ouvriers parisiens, ont bien montré qu'elle était "d'ordinaire irrationnelle, qualitativement et quantitativement insuffisante, relativement dispendieuse et souvent insalubre." Les travailleurs parisiens mangent trop de viande, pas assez de légumes, de pâtes, de féculents et de sucre ; ils boivent trop de boissons alcooliques. Les ouvrières ne mangent pas assez et dans leurs menus, elles font une trop large place aux crudités et aux condiments.

Ces mêmes auteurs examinent successivement les divers types d'aliments usuels, font les remarques suivantes, qui ont une grande importance pratique sur laquelle nous ne saurions trop insister : les soupes ont au premier avantage, de donner une sensation de chaleur et de bien être qui dispose favorablement pour le reste du repas ; de plus, par les légumes, les légumineuses et le pain qu'elles renferment, elles fournissent à l'organisme beaucoup d'énergie sous une forme facilement assimilable. La viande n'est pas indispensable, c'est un aliment très coûteux, donnant relativement peu de calories ; les travailleurs et les ouvriers ont donc tout intérêt à restreindre leur consommation en viande. Par contre, les légumes secs (lentilles, haricots, pois) sont "des réservoirs considérables d'énergie et de calorique, aussi sains que peu coûteux." De même les pâtes alimentaires, nouilles, macaronis, semoules, riz. Les gâteaux, biscuits, confitures qui contiennent du sucre, de la farine, du sain, du beurre ou de la graisse, ont une valeur alimentaire considérable et ne doivent pas être considérés, ainsi qu'on le fait trop volontiers, comme des friandises. Enfin le sucre est un type d'aliment énergétique et économique. Pour ce qui est des boissons, le vin peut être pris en quantité modérée ; la bière est une boisson alimentaire nourrissante et peu alcoolisée. "Boire beaucoup de vin, manger beaucoup de viande sont deux grands erreurs répandues partout et dans tous les milieux" (Landonzy).

Pour être un peu différentes, les fautes contre l'hygiène alimentaire habituellement commises dans la classe aisée ou riche ne sont pas moins nombreuses. La quantité d'aliments est alors géné-

ralement trop considérable, et le surcharge alimentaire porte aussi bien sur les albuminoïdes que sur les graisses et les hydrates de carbone. De plus, on mange beaucoup trop de viande : et Munk et Ewald conseillent de ne pas prendre plus de 75 p. 100 de la ration d'albumine dans la nourriture animale. Cette proportion est très souvent dépassée. Le Parisien mange en moyenne plus de 260 grammes de viande par jour, et ce chiffre peut être doublé pour les citadins riches et innocents. M. Gautier a pu écrire : "Je ne doute pas que la dégénérescence qu'on a remarquée dans beaucoup de familles aisées ne tienne particulièrement à l'alimentation presque exclusivement carnée."

La qualité des aliments laisse aussi souvent à désirer, en ce sens qu'on fait abus des épices, des condiments. Il faut aussi signaler l'abus des aliments riches en toxines, tels que gibier, viandes faisandées. Enfin le mode d'ingestion et l'ordonnance des repas sont habituellement assez critiquables.

Il est d'usage, en France, de faire, outre le petit déjeuner du matin, deux grands repas auxquels s'ajoute, surtout pour les femmes et les enfants, un goûter ou collation. Cette distribution des repas est assez rationnelle. Cependant une tendance, surtout à Paris, est de retarder de plus en plus l'heure du dîner. Jadis, le déjeuner avait lieu vers onze heures et le dîner vers dix heures. Le dîner tardif est certainement une habitude déféctueuse. Souvent aussi le repas du soir est trop copieux. Munk et Ewald conseillent de prendre au repas du midi la moitié de la ration journalière, l'autre moitié étant répartie entre le petit déjeuner du matin et le repas du soir, celui-ci devant être au moins le double de celui-là.

Cette règle n'est pas observée par les commerçants, les industriels, par toutes les personnes très occupées qui font un repas rapide vers le milieu du jour et reportent au soir le repas principal.

Les gens que leurs goûts ou leurs obligations sociales forcent à de fréquents "dîners en ville" se condamnent ainsi à une hygiène déplorable. Le repas a lieu rarement avant huit heures et se termine vers dix heures. Nourriture trop azotée, trop riche, trop abondante, séjour prolongé dans une atmosphère surchauffée; retour le plus souvent en voiture, c'est à dire sans avoir fait le moindre exercice.

Beaucoup d'autres facteurs interviennent, qui peuvent contribuer et dans une mesure importante, à rendre une alimentation (supposée quotidiennement la même) hygiénique ou au contraire déféctueuse. Sans parler des falsifications alimentaires, notons succinctement combien la préparation des aliments et l'art culinaire ont

une grande importance. Des aliments bien cuits, également pris intés, sont beaucoup mieux digérés et par suite l'on n'est pas le maximum de rendement. Le travail de Parlow ont montré le rôle des excitations sensitives, gustatives et autres sur les sécrétions du tube digestif et de ses annexes.¹

Un repas doit schématiquement se composer d'une substance ptyrogène, par exemple, bouillon, hors d'œuvre, ragoût; d'une substance nutritive et réparative, telle que viande, pois-sons, œufs, légumes; enfin d'une substance auxiliaire (légumes verts, salades, fruits, etc.). La plupart de ces aliments sont cuits; en effet, la cuisson offre plusieurs avantages: pour la viande, elle développe son arôme et sa saveur; elle hydrate les légumes, fait écarter les grains d'amidon, les transformant en dextrin et en sucres; enfin elle assouplisse les aliments. La cuisson des viandes nécessite des soins tout spéciaux; elle doit être poussée plus ou moins loin selon l'espèce de viande. En principe, les aliments doivent être pris chauds et les boissons fraîches; un repas entièrement froid rend difficile la liquéfaction des gélatines et des grasses et par suite leur bonne digestion.

La quantité de boissons permise à chaque repas est très variable selon les régimes institués pour les maladies chroniques; nous aurons à revenir sur ce point. Mais, pour les individus sains, on est peu d'accord sur l'influence des boissons liquides vis-à-vis des sécrétions digestives et par suite sur la quantité qu'on peut permettre sans inconvénients. On a prétendu que l'eau diminuait le titre acide du suc gastrique; il n'en est rien, les boissons chaudes ou froides prises modérément provoquent et augmentent plutôt qu'elles ne diminuent la sécrétion gastrique.

Il est aussi très utile, pour établir un régime rationnel, de connaître au moins approximativement le poids moyen de quelques portions usuelles et la contenance de certaines mesures domestiques, un verre, une tasse.

Voici quelques renseignements donnés à ce sujet par M. Pascault.²

Une côtelette	pèse 50 grammes	une bouteille, moyen	80 à 90 grammes.
En tasse de crêpes	parfois plus qu'un litre	contient	250 à 300 cc.
En verre à liqueur			25 cc.
En verre à bonbon			50 cc.
En grand verre			150 à 200 cc.
En tasse à café			100 cc.

1) Lacomblat, Hygiène de l'alimentation.

2) I. Pascault, Alimentation et hygiène de l'athlétique, Paris, 1903.

Une tasse à thé	120 cc.
Une tasse à chocolat	200 à 250 cc.
Un bol moyen	250 à 300 cc.

Un médecin qui formule une ordonnance de pharmacologie s'attache toujours à prescrire des mesures domestiques : c'est ainsi qu'il n'ordonne point de prendre tel poids d'un médicament, mais une ou deux cuillerées. Il pourrait en être de même pour la formule d'un régime alimentaire. Les chiffres ci-dessus ne sont qu'approximatifs, mais ils rendent service dans la pratique, en fournissent une base pour fixer le taux d'un régime avec une exactitude relative.

Toutes ces notions d'hygiène alimentaire, tous ces détails sur nos aliments usuels et leur valeur, vont nous permettre de mieux apprécier les principaux régimes habituellement prescrits au cours des maladies chroniques. Ces régimes doivent en effet, exception faite toutefois pour l'obésité, ces régimes doivent assurer au malade une alimentation suffisante pour réparer ses tissus et entretenir sa chaleur et son énergie ; mais le choix des aliments permis doit d'autre part s'inspirer des indications fournies par le fonctionnement défectueux, soit de la nutrition en général, soit du tube digestif, du foie, des reins, etc.

Il va de soi qu'un régime formulé dans une maladie ne saurait être absolu. C'est plutôt une règle générale soumise à variations dans chaque cas particulier, et que l'âge, l'état social, la constitution, les habitudes mêmes du sujet feront souvent modifier.

Obésité. Parmi les maladies de la nutrition, l'obésité est une de celles dans lesquelles le régime constitue presque toute la thérapeutique ; les régimes proposés sont d'ailleurs très nombreux, et nous n'avons pas, la prétention, de les citer tous. Ils reposent sur les mêmes principes : ne permettre qu'une quantité d'aliments inférieurs à la ration d'entretien ; réduire plus ou moins la quantité des boissons.

Régime de Daniel. C'est un régime sec, avec rationnement des boissons et nourriture constituée par des aliments peu hydratés.

Régime d'Harvey Banting. Il consiste dans la diminution des graisses et des hydrates de carbone. Les albuminoïdes sont donnés en grande quantité : l'obèse peut boire 1 litre à 1 litre et demi de liquides.

Régime d'Ebstein. C'est un régime riche en graisses, avec réduction légère des matières albuminoïdes et diminution très considérable des hydrates de carbone (10 grammes au lieu de 100). Lyon

Il fait remarquer que ce régime est rationnel. L'indigestion de graisse supprimant l'appétit et créant une dyspepsie difficile à guérir.

Régime d'Oertel. Le régime est basé sur la réduction des boissons. Voici les menus d'Oertel.

Le matin : 150 grammes de thé ou de café au lait, 75 grammes de pain.

À midi : 110 à 120 grammes de viande froide ou bouillie, poissons maigres, salade et légumes ; quelquefois des farineux, 50 à 100 gr. ; 100 à 200 grammes de fruits, 20 grammes de pain. Pas de boissons ; exceptionnellement 15 à 25 centilitres de vin léger.

À goûter : une tasse de café ou de thé.

Le soir : un ou deux œufs à la coque, 150 grammes de viande, 25 grammes de pain, fromage ou fruits, 15 à 25 centilitres de vin coupé.

Avec ce régime, très sévère et difficilement suivi par les malades, Oertel ajoute la cure de terrain et les exercices gradués, tels qu'il les a conseillés pour les cardiaques.

Régime de Schauneger. Il est encore plus sévère et ne peut guère être suivi dans un établissement spécial. L'obèse y fait cinq repas par jour, mais très peu abondants, et des quels sont bannis le pain, la graisse, le sucre, le lait, le vin et la bière. Le régime est complété par des massages et des bains chauds.

Régime d'Albert Robin. Albert Robin interdit les farineux, les graisses, les sucres et diminue beaucoup la ration du pain.

À 8 heures du matin : 1 œuf à la coque, 20 grammes de viande maigre ou de poisson, 10 grammes de pain, une tasse de thé sans sucre.

À 10 heures du matin : 2 œufs à la coque, 5 grammes de pain, 150 centimètres cubes d'eau et de vin, ou de thé sans sucre.

À midi : viande froide à volonté, salade au cresson, 30 grammes de pain au plus, fruits crus, un verre d'eau rouge, une tasse de thé.

À 4 heures du soir : thé léger sans sucre.

À 7 heures du soir : 1 œuf à la coque, 100 grammes de viande maigre ou de poisson, 10 grammes de pain, une tasse de thé.

En recherchant le rapport d'azote de l'urée à l'azote total des urines, Albert Robin distingue les obèses à nutrition exagérée avec assimilation trop active et les obèses à assimilation insuffisante :

1) Lyon. Traité élémentaire de clinique thérapeutique.

aux précipités, il restreint la quantité de liquide permise, tandis qu'aux seconds il conseille d'absorber une grande quantité de liquide.

Tous ces régimes prescrits aux obèses doivent être mutuellement modifiés selon les indications fournies par l'examen complet du malade. Il serait même possible, d'après G. Leven (1), de faire maigrir un obèse tout en le laissant manger à sa faim, boire à sa soif, et sans lui imposer aucun surmenage physique; d'après Leven l'obésité survient quand le système nerveux régulateur du poids est troublé dans son fonctionnement et n'est plus apte à maintenir la fixité du corps. La cause la plus fréquente de ces troubles dans le mécanisme régulateur du poids est la dyspepsie, et la première chose à faire en présence d'un obèse, est de soigner cette dyspepsie.

Goutte. — Le régime alimentaire joue un grand rôle dans le traitement de la goutte, et "le gouteux qui se médicamente, sans s'astreindre aux prescriptions relatives à l'alimentation et à l'hygiène générale, ne peut tirer aucun bénéfice de son traitement." (Lyon). Mais, comme le fait remarquer très judicieusement M. Göttinger (2), on ne saurait préciser d'une façon exacte quels sont les aliments permis et défendus aux gouteux; on ne peut que poser des règles générales, car tous les gouteux ne se ressemblent pas entre eux, et ce qui réussit chez l'un peut chez un autre provoquer une attaque de goutte.

Cette réserve faite, on peut citer parmi les aliments permis aux gouteux: les viandes rouges ou blanches, bien émincées, rôties, grillées ou bouillies; certains poissons (morue, sole, merlu); les œufs, le lait; la plupart des légumes verts (chicorées, laitues, artichauts, choux fleurs), les carottes et pommes de terre; les féculents et les pâtes (en quantité modérée); les fruits, de préférence entiers; comme boissons permises: le vin blanc léger, le café en infusion très légère.

Les aliments à éviter sont: le gibier, la charenterie (sauf le jambon), les poissons gras, les crustacés et coquillages, les condiments (champignons, truffes); les légumes riches en acide oxalique (asperges, oseille, épinard, tomate, cresson), les céleris et les navets (qui irritent le rein), les fromages fermentés et les charcuteries. Parmi les boissons, les bières, et surtout les bières fortes anglaises, sont considérées comme les plus nuisibles au gouteux; les vins

1. Gabriel L., *op. cit.*, 1. Obésité et son traitement.

2. Göttinger, *Thérapeutique du rhumatisme et de la goutte*, Paris, 1906.

moissons. Le bouillon de Lavoisier et le bisulphite de potasse. Le Bougnogue renferme le gomme dans chaque verre. Surtout éviter le miel. Pour le vin, on ne le considère comme un bon alcool utile dans le goutte, tant que l'écorché ne interdit absolument l'usage.

D'une façon générale, le goutteux n'a pas trop à lui faire de lui conseiller une certaine modération dans le boire et le manger. (Sydenham)

Rhumatis acidi (goutte) — Le rhumatisme acide est une affection qui se rapproche dans beaucoup de choses de celle du rhumatisme chronique. Les diverses formes de l'acidité chronique ont pour raison de leur étiologie et de leur pathogénie un élément commun, c'est une indication particulière.

Le rhumatisme chronique est souvent le résultat d'une alimentation substantielle et recréatrice. L'excès de nourriture diminue les forces d'intégration, quels qu'ils soient, et on voit alors les malades déprimés venant de subir une opération ou une grande épreuve, lesquel les la nécessité d'une alimentation fortifiante est évidente.

Dans le rhumatisme chronique on voit souvent un estomac dépendant d'une intoxication avec un excès de nourriture et un régime inhabituel des arthritiques. Beaucoup de malades, qui mangent trop, ils auront donc à restreindre leur alimentation. Le régime est un régime mixte, mais avec une grande restriction de la part faite aux aliments azotés et aux acides. Les légumes et la plupart des viandes sont permises, à condition qu'ils soient très modérés. Actuellement on peut se permettre de manger toutes les viandes. Toutes ces viandes doivent être traitées de façon à être faciles à digérer. Il faut interdire le gibier, le charcuterie, saumon, les viandes trop grasses et les viandes jeunes. Parmi les poissons il faut choisir les poissons à chair blanche et maigre. Ils que le merlan et le merlan, éviter les poissons gras, comme le saumon, le hareng, les crustacés et les mollusques.

Les œufs et le lait peuvent être pris en quantité modérée, mais sans en faire abus. Les légumes verts sont pour la plupart bons pour l'arthritique, tout en faisant attention à ne pas en manger trop. Les légumes secs et les légumes secs sont à recommander. Le pain de seigle est le meilleur pour l'arthritique. Les fruits sont autorisés, mais on préfère les fruits de complément. Le citron est un fruit très bon pour l'arthritique. Les jus anglais ou la diète anglaise.

Comme boisson, le vin de France est le meilleur. On peut cependant permettre un peu de vin de France.

de pain, de sucre, de beurre, de viande, de fromage, de légumes secs, de fruits secs, de miel, de sirop, de sucre d'orge, de sucre de lait, de farine de repas, de fécule, de maïs, de riz, de semoule, de nouilles, de pâtes alimentaires, de légumes frais, de fruits frais, de jus de fruits, de lait, de crème, de beurre, de margarine, de vinaigre, de huile, de miel, de sirop, de sucre d'orge, de sucre de lait, de sucre de canne, de sucre de betterave, de sucre de glucose, de sucre de fructose, de sucre de maltose, de sucre de lactose, de sucre de saccharose, de sucre de raffinose, de sucre de sucrose, de sucre de glucose, de sucre de fructose, de sucre de maltose, de sucre de lactose, de sucre de saccharose, de sucre de raffinose, de sucre de sucrose.

Diabète. — Le diabète est une maladie chronique caractérisée par une élévation anormale du taux de sucre dans le sang (hyperglycémie) et une excrétion excessive de sucre dans les urines (glycosurie). Elle est causée par un déficit relatif ou absolu de l'insuline, une hormone qui agit naturellement sur le métabolisme du sucre. Les symptômes les plus caractéristiques sont la soif excessive (polydipsie), la miction fréquente (polyurie) et la perte de poids (amaigrissement).

Le diabète est une maladie chronique qui se caractérise par une élévation anormale du taux de sucre dans le sang (hyperglycémie) et une excrétion excessive de sucre dans les urines (glycosurie). Elle est causée par un déficit relatif ou absolu de l'insuline, une hormone qui agit naturellement sur le métabolisme du sucre. Les symptômes les plus caractéristiques sont la soif excessive (polydipsie), la miction fréquente (polyurie) et la perte de poids (amaigrissement). Le diabète est une maladie chronique qui se caractérise par une élévation anormale du taux de sucre dans le sang (hyperglycémie) et une excrétion excessive de sucre dans les urines (glycosurie). Elle est causée par un déficit relatif ou absolu de l'insuline, une hormone qui agit naturellement sur le métabolisme du sucre. Les symptômes les plus caractéristiques sont la soif excessive (polydipsie), la miction fréquente (polyurie) et la perte de poids (amaigrissement). Le diabète est une maladie chronique qui se caractérise par une élévation anormale du taux de sucre dans le sang (hyperglycémie) et une excrétion excessive de sucre dans les urines (glycosurie). Elle est causée par un déficit relatif ou absolu de l'insuline, une hormone qui agit naturellement sur le métabolisme du sucre. Les symptômes les plus caractéristiques sont la soif excessive (polydipsie), la miction fréquente (polyurie) et la perte de poids (amaigrissement).

Le diabète est une maladie chronique qui se caractérise par une élévation anormale du taux de sucre dans le sang (hyperglycémie) et une excrétion excessive de sucre dans les urines (glycosurie). Elle est causée par un déficit relatif ou absolu de l'insuline, une hormone qui agit naturellement sur le métabolisme du sucre. Les symptômes les plus caractéristiques sont la soif excessive (polydipsie), la miction fréquente (polyurie) et la perte de poids (amaigrissement). Le diabète est une maladie chronique qui se caractérise par une élévation anormale du taux de sucre dans le sang (hyperglycémie) et une excrétion excessive de sucre dans les urines (glycosurie). Elle est causée par un déficit relatif ou absolu de l'insuline, une hormone qui agit naturellement sur le métabolisme du sucre. Les symptômes les plus caractéristiques sont la soif excessive (polydipsie), la miction fréquente (polyurie) et la perte de poids (amaigrissement). Le diabète est une maladie chronique qui se caractérise par une élévation anormale du taux de sucre dans le sang (hyperglycémie) et une excrétion excessive de sucre dans les urines (glycosurie). Elle est causée par un déficit relatif ou absolu de l'insuline, une hormone qui agit naturellement sur le métabolisme du sucre. Les symptômes les plus caractéristiques sont la soif excessive (polydipsie), la miction fréquente (polyurie) et la perte de poids (amaigrissement).

Le diabète est une maladie chronique qui se caractérise par une élévation anormale du taux de sucre dans le sang (hyperglycémie) et une excrétion excessive de sucre dans les urines (glycosurie). Elle est causée par un déficit relatif ou absolu de l'insuline, une hormone qui agit naturellement sur le métabolisme du sucre. Les symptômes les plus caractéristiques sont la soif excessive (polydipsie), la miction fréquente (polyurie) et la perte de poids (amaigrissement). Le diabète est une maladie chronique qui se caractérise par une élévation anormale du taux de sucre dans le sang (hyperglycémie) et une excrétion excessive de sucre dans les urines (glycosurie). Elle est causée par un déficit relatif ou absolu de l'insuline, une hormone qui agit naturellement sur le métabolisme du sucre. Les symptômes les plus caractéristiques sont la soif excessive (polydipsie), la miction fréquente (polyurie) et la perte de poids (amaigrissement).

d'amidon que la étoûte, et de plus les malades ontout moins de tendance à dépasser la dose permise, la mie étant peu appétissante (Lyon).

Enfin, d'autres médecins remplacent le pain par une petite quantité de pommes de terre.

Eczéma. De l'arthritisme et des maladies de la nutrition dépend dans beaucoup de cas l'eczéma. "Quelque peu comme qu'elles soient dans leur essence, les altérations humorales des eczémateux peuvent être comparées aux altérations chimiques du sang et des humeurs qu'on observe dans le diabète, dans la goutte et dans l'urémie." (Gaulier).

M. Petit, qui a étudié par l'examen des urines le bilan de la nutrition chez les eczémateux soignés par lui à Saint Gervais, en a tiré les conclusions suivantes pour le régime de ces malades :

"L'eczémateux mange trop; il absorbe trop d'aliments azotés et néglige au contraire les végétaux riches en sels et indispensables à la dialyse de son urée,

"Boire de l'eau ou du lait, ne manger que des crûs, des légumes et des fruits, telle doit être la règle diététique de l'eczémateux." (1).

Ajoutons que l'uroscéméiologie fournit de précieuses indications non seulement pour établir un régime, mais pour le modifier et l'adapter à l'état du malade.

Dyspepsie. Il est difficile de donner schématiquement le régime alimentaire des dyspepsies, celles-ci étant très variées par leur étiologie, leurs symptômes et le traitement devant naturellement être plus ou moins sévère selon le cas. Voici toutefois le régime de la dyspepsie dite par C. Sée, neuro-motrice et par M. Mathieu (2) sensitivo-motrice.

Les aliments doivent être aussi nutritifs que possible sous un petit volume; ils seront donc débarrassés des fibres, des noyaux, des pépins de fruits, qui constituent des résidus indigestes et irritants. Les aliments azotés doivent être finement divisés; les végétaux bien divisés et bien cuits.

Les divers régimes des dyspeptiques ne sauraient être présentés ni même résumés ici. La question a été mise au point dans un ouvrage récent Soupault *Traité des maladies de l'estomac*, Paris 1906.

Entérite. L'entéro-colite muco-membraneuse a pris, en ces dernières années, la première place dans la pathologie intestinale et

1. Clément Petit. Uroscéméiologie des eczémateux, Lyon 1906.

2. Mathieu, art. Maladies de l'estomac du traité de médecine, Bouchard et Brissaud, t. IV.

son régime a été étimé surtout en France par les médecins de Châtelguyon et de Plombières, en Suisse par M. Combe (de Lausanne).

Non, citerons la carte de régime établie par les médecins de Châtelguyon et que la majorité d'entre eux prescrivent pendant la saison thermale. C'est un régime qui rend de grands services dans le traitement de l'entérocolite. Il est un peu long pour être reproduit en entier.

Régime de Combe. M. Combe a étudié avec le plus grand soin le traitement de l'entérite muco-membraneuse (1). Le principe fondamental doit être de distinguer parmi les aliments ceux qui favorisent la vitalité des microbes intestinaux et ceux qui leur sont nuisibles : les premiers sont, les aliments putrescibles et les seconds les aliments anti putrides. On diminuera naturellement, dans la mesure du possible, l'ingestion d'aliments putrescibles, tandis qu'on augmentera celle des aliments anti putrides.

Les aliments putrescibles sont les aliments azotés, viandes et œufs, les graisses, le beurre et la crème.

L'alimentation anti putride est constituée par le régime lacto-farineux (lait, farines de céréales, riz, pâtes alimentaires).

Un autre principe important du régime de M. Combe est de ne pas boire en mangeant, le repas sec diminuant notablement la putréfaction intestinale azotée ; enfin il faut diviser la nourriture en plusieurs petits repas alternant un repas liquide et un repas solide.

M. Combe utilise toute une série de régimes, les plus sévères convenant au cours de l'entérite aiguë ou des poussées fébriles survenant au cours de l'entérite, les autres pouvant être institués progressivement dans la suite. Ce sont le régime des potages, le régime farineux sans viande, le régime farineux avec viande, le régime lacto farineux avec légumes crues, le régime complet.

Lithase biliaire. Les indications que doit remplir le régime alimentaire dans la lithiase ont été étudiées dans un article récent par M. Dufourt (de Vichy) (2).

Le régime doit remplir quatre conditions : écarter ou atténuer l'infection des voies biliaires, maintenir la composition normale de la bile, provoquer une sécrétion biliaire aussi constante que possible.

Pour éviter ou atténuer l'infection des voies biliaires, il faut donner au malade les aliments qui réduisent au minimum les putrides

(1) Combe. Traitement de l'entérite muco-membraneuse. 1 vol. Paris, F. B. Ballière.

(2) E. Dufourt. Les indications que doit remplir le régime alimentaire dans la lithiase biliaire. "Revue Médicale" 17 mars 1904.

factions intestinales, c'est à dire le lait (Gilbert et Dominici), les farineux et les pâtes alimentaires (Hoppe Seyler, Combe) ; les œufs sont inférieurs au lait et aux farineux et restant toutefois supérieurs à la viande, celle-ci favorisant au plus haut degré les fermentations intestinales.

Maintenir la composition normale de la bile par une alimentation rationnelle est plus difficile. Ainsi, on a coutume de défendre aux lithiasiques le cerveau, les œufs et le sang (par exemple le bonlin), sous prétexte que ces aliments sont trop riches en cholestérine ; il semble que la quantité de cholestérine ingérée est sans influence sur la composition chimique de la bile.

Pour provoquer une sécrétion abondante de bile, les aliments les meilleurs sont les albuminoïdes, et en particulier les viandes, puis les graisses et enfin, mais très inférieurs à la viande, les hydrates de carbone. Il ne faudra pas oublier toutefois que la viande ne doit être permise qu'avec une certaine réserve, puis qu'elle donne trop de fermentations intestinales, et que la graisse est souvent mal digérée.

Enfin, pour obtenir une excrétion biliaire aussi constante que possible, il faut se rappeler que l'écoulement biliaire se produit seulement quand le chyme passe au pylore. Ainsi donc, entre la fin d'une digestion gastrique et le repas suivant, les voies biliaires forment comme une cavité close dans laquelle la précipitation des pigments, de la chaux et de la cholestérine se fait plus facilement. Pour rendre l'excrétion biliaire aussi fréquente que possible, il suffit de faire faire au malade des repas plus fréquents que d'habitude. D'autant conseillé en plus des trois repas habituels, une collation vers 4 heures et un repas le soir avant le coucher.

De ces principes directeurs du régime alimentaire on peut tirer pratiquement les indications que voici : éviter une alimentation surabondante, la plupart des lithiasiques étant des arthritiques ; permettre la viande en faible quantité ; le poisson frais et maigre ; les œufs, les graisses (crème du lait, beurre frais, jaune d'œuf) ; les légumes herbacés en grande quantité ; les fromages frais. Réduire la quantité des hydrates de carbone tout en permettant quelques farineux. Défendre le vinaigre, les épices, la moutarde, les liqueurs et boissons alcooliques.

Faire des repas plus fréquents et légers (cinq repas par jour).

Lithiase rénale. Du régime alimentaire de la lithiase rénale, nous aurons peu de choses à dire, puisque l'uricémie est un lieu pathogénique qui relie la gravelle à la goutte, et que nous avons

déjà indiqué le régime des gouteux. Rappelons seulement qu'il faut prescrire les aliments trop riches en azote (viandes noires et fumées, gibier), les condiments, les légumes qui contiennent beaucoup d'acide oxalique (oseille, haricots verts, tomates, asperges) ; les boissons défendues sont les boissons fortement alcoolisées, gazeuses, sucrées. Aliments permis : œufs, poissons légers, viandes blanches, légumes verts cuits (1).

Albuminurie. Le régime alimentaire des albuminuriques est un peu différent, selon qu'il s'agit d'une albuminurie fonctionnelle sans lésion rénale ou d'une albuminurie liée à une néphrite chronique.

Dans l'albuminurie orthostatique, il est inutile de prescrire un régime rigoureux ; ainsi le régime lacté n'a aucune influence heureuse sur le taux de l'albumine ; il suffit d'exclure de l'alimentation les mets épicés, le gibier, les crustacés, le vin pur et les liqueurs (Lyon).

L'albuminurie d'origine digestive, qui s'observe surtout chez les dyspeptiques à estomac dilaté, réclame le traitement de la dyspepsie plutôt que le régime des albuminuriques.

Dans l'albuminurie prénuberculeuse Teissier recommande une alimentation substantielle (viandes, graisses, beurre, conserves de sardines).

Le cas que l'albuminurie dépend d'une lésion chronique du rein, néphrite parenchymateuse ou interstitielle, le régime permis doit être plus ou moins sévère selon que les signes d'insuffisance rénale sont plus ou moins marqués ; il existe toute une série de régimes, partant du régime lacté absolu, lacto végétarien, jusqu'au régime mixte assez varié. Citons à titre d'exemple la carte de régime établie par les médecins de St Nectaire (Station où l'on traite beaucoup de brightiques).

La question du régime des brightiques est d'ailleurs à l'étude, et ce régime a été pour ainsi dire révisé depuis les travaux récents sur le rôle de la rétention chlorurée dans certains accidents brightiques. M. Widal a montré l'importance du régime déchloruré chez les brightiques œdémateux et il a exposé récemment au Congrès de Liège la pratique de la cure de déchloruration. (2)

(1) — (2) — 2. art. Lithiase rénale du Manuel de médecine. Debove et Achard.

(2) — 3. art. Le régime déchloruré. VI^e Congrès français de Médecine, Liège, septembre 1903.

Les aliments qui peuvent entrer dans le menu d'un brightique à déchlorurés sont : le pain sans sel qui contient 0 gr. 70 de chlorure par kilogramme ; la viande (1 gramme de chlorure par kilogramme) de préférence le bœuf, le mouton et le poulet ; les poissons sans sel, le lait, le beurre frais, le riz, les pommes de terre, les petits pois, les salades. La gelée, l'ite, glace de viande, préparée sans sel, peut servir à donner du goût aux sauces et aux légumes. On peut en outre utiliser, à cet effet, le stragon, le thym, le persil. Comme desserts, sucreries et pâtisseries sans sel, fruits et compote. Les boissons sont les eaux minérales, la bière et le vin en petite quantité. Le lait qui doit avoir toutes ses qualités à l'exception de son sel est un aliment utile à faire entrer dans le régime, mais il n'est cependant pas un aliment inoffensif que l'on peut donner sans compter au brightique, puisqu'il contient environ 1 gr. 70 de chlorures par litre.

La ration moyenne de la régime déchloruré : viande, 200 grammes ; légumes, 250 grammes ; beurre, 50 grammes ; sucre, 10 grammes ; café, 10 centilitres ; vin, 50 centilitres ; café, 30 centilitres. Ce régime donne environ 1500 calories et renferme 60 grammes d'albuminoïdes, ce qui est suffisant pour un malade au repos. Cette ration peut être augmentée chez les malades qui ne peuvent supporter la disparition des œdèmes et des accidents qui l'accompagnent, comme le cas d'œdèmes. Le régime déchloruré est aujourd'hui très fréquemment employé, non seulement chez les brightiques, mais encore chez les cardiaques. Vaquez, et chez tous les malades ayant des œdèmes, il rend dans ces cas de grands services. Une seule réserve est à faire chez les brightiques, c'est que, dans le choix des aliments pouvant entrer dans la composition du menu, il faut tenir compte, sans doute, de la teneur en sel, mais éviter cependant les viandes en trop grande quantité, les viandes salées, etc. Car ces aliments contiennent des poisons dont l'élimination insuffisante par le rein est toujours à craindre.

Cardiops. — Le traitement hygiénique des cardiaques relève d'indications diverses. Le régime alimentaire se rapproche souvent du régime des albuminuriques. Les considérations que nous venons d'émettre à propos de la déchloruration peuvent aussi bien s'appliquer aux cardiaques qu'aux albuminuriques.

LA GRIPPE · SA PATHOGÉNIE, SES FORMES CLINIQUES SON DIAGNOSTIC

Par le Doct. P. BENOIT, médecin de l'Hôpital Notre-Dame
agrégé à l'Université Laval à Montréal

Depuis la première épidémie de 1892, la grippe est devenue à l'état endémique dans la province de Québec. Il est bien rare que tous les ans, durant les saisons humides, nous n'ayions pas à soigner quelques grippés. De temps à autre, la maladie s'étend davantage, les cas deviennent assez nombreux pour créer des épidémies locales. C'est ce qui est arrivé à Montréal l'automne dernier (1905) ; et l'infection a pris, dans un grand nombre de cas, un caractère de gravité inaccoutumée. Nous avons pu constater la chose, pour notre part, chez les malades traités à l'Hôpital Notre-Dame. Ces malades n'offraient pas un simple coryza accompagné de fièvre et de courbature, mais des manifestations thoraciques et abdominales suffisamment marquées pour faire croire, chez quelques uns, à la fièvre typhoïde, ou chez d'autres, à la tuberculose. Ces malades ont guéri ; mais quelques uns sont demeurés des semaines à l'hôpital, et leur état, à certains moments, inspirait de vives inquiétudes.

Nous sommes donc plus convaincus que jamais que la grippe est loin d'avoir toujours la bénignité que lui attribuait Peter ; une maladie qui conduit les gens à l'hôpital n'est pas une maladie que l'on guérit "les pieds sur les chenets". D'un autre côté, pour guérir une maladie qui peut devenir maligne, qui donne souvent des manifestations que l'on peut confondre avec d'autres maladies, il est évident que le premier point, le point essentiel, est d'en faire le diagnostic. Lui seul permet d'appliquer le traitement efficace, de l'appliquer à temps et avec sûreté.

Ce sont les raisons qui ont déterminé le choix de cette communication. Nous avons pensé qu'il serait intéressant et utile de rapporter à ce Congrès les cas de grippe que nous avons observés, et de faire précéder ces observations de quelques réflexions sur la pathogénie de la grippe, ses diverses formes cliniques, son diagnostic.

PATHOGÉNIE DE LA GRIPPE

De toutes les maladies infectieuses, la grippe est peut-être celle dont on connaisse le moins la pathogénie. La maladie est le plus souvent très accusée dans ses symptômes, elle peut déterminer, au même titre que la fièvre typhoïde ou que la pneumonie, des manifestations pathologiques très intenses, c'est-à-dire, essentiellement aiguës, comme depuis des siècles, et au lit de laquelle se voient souvent des étendues et très malignes. Toutefois, le mode pathogénique de l'infection demeure entouré d'un certain mystère. C'est à peine si l'on accepte la spécificité du bacille étudié par Pfeiffer dans les suppurations des bronches.

Un fait certain, c'est que la contagion se fait habituellement par les voies respiratoires. Mais comment se fait la contagion, voilà ce qu'il faudrait expliquer. Connaître le véhicule du contagion, ce serait le moyen d'établir une prophylaxie efficace.

La grippe est bien de nature infectieuse, tout le monde l'admet et il est impossible d'en douter. Elle a ses allures, une physiologie qui lui sont propres, et qui ne peuvent appartenir qu'à une infection. Le fait clinique étonnant, c'est que l'on ne puisse mettre au compte du bacille de Pfeiffer, ou, suivant certains auteurs, du microbe étudié par Teissier, Roux et Pittion, aucune lésion qui ait un caractère vraiment spécifique, un caractère pathognomonique analogue, par exemple, à l'hépatite ou à la pneumonie, à l'ulcération éberthienne ou à l'angine diphtérique. La coryza ou la bronchite grippales se traduisent localement, comme le coryza ou la bronchite simples, par de l'hyperhémie de la muqueuse, suivie d'une sécrétion catarrhale ou purulente. Il n'y a là rien de spécifique en soi. On peut même ajouter que cette lésion n'existe pas toujours, témoin la grippe à forme gastro-intestinale ou la grippe à forme nerveuse, qui peuvent très bien se manifester sans coryza ni lésion pulmonaire d'aucune sorte.

D'un autre côté, il est bon d'ajouter que les symptômes gastriques et surtout les symptômes nerveux, s'ils existent parfois seuls, ou s'ils prennent une place prédominante, de manière à créer une forme clinique de la grippe, très souvent aussi accompagnent les manifestations thoraciques de la forme pulmonaire, et se surajoutent à cette variété clinique. Non seulement ils s'y surajoutent, mais ils contribuent à lui donner son caractère grippal, comme, par exemple, les douleurs musculaires. L'adynamie, ou encore la langueur opaline si bien décrite par Faisans.

On a reproché à la grippe de déterminer facilement des suppurations. C'est un reproche qu'on peut faire à la plupart des infec-

tions, et ce n'est pas là une action spécifique. La grippe n'a pas par elle-même de tendance à suppurer. Elle favorise les suppurations en affaiblissant considérablement l'organisme et en facilitant ce qu'on a appelé les associations microbiennes. Aussi, dans les cas de méningite, de péritonite, de pneumonie franche, de pleurésie purulente, d'abcès pulmonaire qui viennent parfois compliquer la grippe, retrouve-t-on les microbes habituels de ces suppurations, c'est à dire le pneumocoque, le streptocoque ou le staphylocoque. Ce sont des complications de la grippe et non des manifestations grippales.

Ce qu'il y a de plus caractéristique dans la grippe, c'est la faculté qu'elle possède de déterminer, du côté des viscères, des poussées de congestions actives et tenaces. Ceci est surtout remarquable dans les manifestations pulmonaires de la grippe, et ne paraît pas dépendre, chez les malades, pour un certain nombre, du moins, d'une prédisposition morbide. Ces congestions ont un début brusque et une forme tout de suite aiguë; elles sont évidemment dues à une action toxique sur les centres nerveux qui non seulement modifie la circulation, mais encore paralyse la défense organique. Le microbe de la grippe — bacille de Pfeiffer ou autre — a donc ceci de commun avec le bacille de Klebs-Löffler, avec le bacille d'Eberth, avec le pneumocoque, qu'il peut agir à distance, sur le cerveau, sur la moelle, sur le système sympathique, et provoquer, du côté des viscères, des troubles vaso-moteurs, du côté des centres nerveux, des troubles d'inhibition. Et il est difficile de comprendre que cette action puisse s'exercer autrement que par l'intermédiaire de toxines.

En somme, on peut résumer la pathogénie de la grippe en disant que cette infection détermine, au point d'entrée qui est la voie respiratoire, des lésions locales peu caractéristiques, tandis que par l'intermédiaire du système nerveux, elle fait éclater au pignon, au tube digestif, aux centres nerveux, des congestions actives qui ont une allure particulière, et relèvent évidemment d'une intoxication microbienne pathogénomique.

FORMES CLINIQUES DE LA GRIPPE

Forme thoracique. — Ces notions pathogéniques de la grippe, on les trouve avec toute leur netteté dans la forme thoracique de l'infection, du moins dans les formes aiguës, franches de la maladie. Car il faut tenir compte, avec les maladies infectieuses, de l'influence du terrain. Il est certain, par exemple, que la grippe est tuberculisante, c'est à dire qu'elle fait, chez les prédisposés, sortir

de son sommet une tuberculose pulmonaire latente. Il est certain également qu'on voit, chez les débilités, la grippe thoracique s'accompagner de pneumonie lobaire ou de pleurésie purulente à grand épanchement qui ne sont pas le fait de la grippe seule.

Chez les sujets à forte constitution, dont la réaction physiologique est bonne, la grippe thoracique détermine des manifestations aigües qui sont toujours de nature congestive. Je citerai comme exemple la pneumonie grippale, où les caractères cliniques sont si différents de la pneumonie lobaire franche. On n'y trouve pas le souffle tubaire caractéristique de l'hépatite ou ni les crépitements ou les râles crépitants vrais, mais des râles sous-crépitements et un souffle moins métallique, plus doux, nettement bronchique. On entend souvent, en même temps, des râles muqueux. L'expectoration est généralement muco-purulente, bien qu'elle puisse devenir hémoptoïque. L'inflammation grippale porte donc sur la muqueuse et sur le tissu pulmonaire lui-même, mais ne détermine pas l'exudation intra-alvéolaire qui est le processus fondamental de l'hépatite ou pneumonie franche. Souvent même dans la pneumonie grippale, l'inflammation catarrhale de la muqueuse s'efface complètement, ou n'existe pas; l'inflammation pulmonaire est toute entière causée par l'action du système nerveux qui détermine, par paralysie vasomotrice, une stase sanguine pulmonaire limitée. L'on a alors les signes physiques de ce qu'on a appelé la splénisation pulmonaire, c'est à dire la mutité, la diminution des vibrations thoraciques, accompagnées d'une obscurité du murmure respiratoire qui peut aller jusqu'à l'abolition complète. Avec cela, peu de toux, très peu d'expectoration, mais une température très élevée et un état général mauvais. Il y a donc là un état spécial d'origine toxique qu'on peut attribuer au bacille de Pfeiffer, et qui ne relève certainement pas du pneumococque. Le pneumococque, d'ailleurs, a pour caractéristique bactériologique de s'épuiser rapidement dans son propre milieu, ce qui a fait de la pneumonie franche une maladie cyclique, donnant le huitième jour une défervescence définitive. La pneumonie grippale a une évolution toute autre; elle dure trois à quatre semaines et plus, et le tracé thermique offre une irrégularité remarquable. Le pouls, au lieu d'être ample et accéléré, est lent, petit, serré et dur.

Lorsque la congestion thoracique, chez les grippés, porte de préférence sur la plevre, on a généralement comme symptômes un point pleurétique accompagné de frottements légers, mais il est rare que cette congestion amène de l'épanchement, et, lorsque celui-ci existe, il est toujours léger. Seulement, comme dans la pneumonie

grippale, les symptômes pleurétiques, si légers soient ils, ont une tendance à persister ; le point de côté, la gêne respiratoire, la dépression nerveuse peuvent durer deux ou trois semaines et plus.

La congestion pulmonaire, si fréquente dans la grippe, est certainement due à une action paralysante sur le pneumogastrique. Elle peut intéresser tout un poumon ou se limiter à un seul lobe, et prêter de ce fait à des erreurs de diagnostic. Galliard a cité les caractéristiques de cette congestion grippale qui se traduit " par la dyspnée, la submatité, l'augmentation des vibrations vocales, l'atténuation du murmure vésiculaire, les râles crépitants fins, la résonance exagérée de la voix, parfois le souffle."

Les symptômes pleuro pulmonaires ne sont pas d'ailleurs les seuls qui appartiennent à la forme thoracique de la grippe. Huchard n'a-t-il pas parlé de la grippe cardiaque ? Parmi les symptômes graves que la grippe détermine parfois, il faut certainement compter l'arythmie cardiaque, la tachycardie, et surtout ces menaces de syncope ou de collapsus qu'on rencontre même chez des personnes dont le cœur est sain, dont l'âge n'a altéré ni les vaisseaux, ni les centres nerveux. On a observé également des crises d'angine de poitrine. Tous ces symptômes relèvent évidemment d'une action toxique sur le bulbe ou le pneumogastrique.

Forme abdominale. Les symptômes abdominaux de la grippe tiennent généralement une place secondaire dans l'évolution de la maladie. Les coliques et la diarrhée bilieuse sont fréquentes, les vomissements ne sont pas rares, du moins au début. Mais le plus souvent les symptômes thoraciques et nerveux attirent bien davantage l'attention, parce qu'ils sont prononcés, et parce que les symptômes abdominaux n'existent qu'au début.

Dans un certain nombre de cas, cependant ; les troubles gastro-intestinaux prennent la première place et donnent lieu à la forme clinique abdominale de la grippe.

La grippe abdominale est variable. Dans la forme la plus bénigne, les vomissements, la diarrhée bilieuse, les coliques, l'élévation de température pourraient faire croire à une fièvre gastrique. D'autres fois, il y a du ténésme, les selles sont sanguinolentes comme dans la dysenterie. Ou bien il y a de la diarrhée profuse, des crampes, de l'algidité rappelant de très près le choléra.

Le plus souvent, la grippe abdominale imite la fièvre typhoïde : le ventre devient ballonné et douloureux, la dépression est considérable, il y a de la stupeur, le malade se plaint de céphalalgie, a des épistaxis ; on a même trouvé sur l'abdomen de certains gripptes

des taches rosées lenticulaires. Nous en avons pris, chez un de nos malades, un tracé sphrygmographique du pouls qui était nettement atheroté. Enfin tout le monde sait que dans la grippe, la rate est souvent hypertrophiée.

Les cas si d'écarts sont donc très nombreuses. L'esprit tous les groupes que nous avons soignés à l'hôpital Notre-Dame cet hiver n'avaient été évacués pour de la fièvre typhoïde. Le diagnostic différentiel serait parfois difficile à établir si nous n'avions pas, comme nous en avons de véridiques, le séro-diagnostic de Widal. Cependant, dans un bon nombre de cas, l'examen clinique attentif permet de différencier l'une et l'autre infection.

La grippe conserve donc, même dans la forme abdominale, son caractère protéiforme. C'est encore là un des faits remarquables de son identité morphologique qui elle puisse produire des symptômes dysentériques, cholériques ou typhoïdiques sans créer de lésions viscérales, par le seul fait d'une infection dont l'action pourrait bien, et encore, s'exercer par des toxines. Et cette action ne s'exerce-t-elle pas sans la mise en œuvre du système nerveux.

Forme nerveuse. — Les symptômes nerveux sont constants dans la grippe. Le mal de tête, les points de côté, la rachialgie, les douleurs dans les membres contribuent pour une large part à lui donner son caractère morphologique. Ils accompagnent aussi bien la forme thoracique que la forme abdominale et ne font, en somme, que traduire l'intoxication de l'organisme.

C'est un des caractères de la grippe d'agir d'une manière marquée sur les centres nerveux et d'y produire des troubles d'innervation considérables qui paraissent intéresser surtout la sensibilité et la vaso-motilité. C'est par ses douleurs névralgiques et ses congestions viscérales que la grippe se caractérise le mieux, mais qui peuvent aussi provoquer des phénomènes d'inhibition du côté du bulbe ou du pneumogastrique, ou encore de l'excitation cérébrale se traduisant par le délire ou la pseudo-méningite. L'on comprend facilement que la grippe revêt alors une gravité exceptionnelle.

D'ailleurs, du fait même de son action nerveuse, la grippe, lorsqu'elle n'est pas arrêtée au début, lorsqu'elle détermine des manifestations viscérales a une tendance à prolonger son action. On a parfois de la difficulté à la combattre, et, même dans les cas heureux, la convalescence est longue, les malades demeurent longtemps déprimés et affaiblis.

DIAGNOSTIC DE LA GRIPPE

Quand on passe ainsi en revue les formes cliniques de la grippe, à variées et parfois si dangereuses le mot de l'irascible Boissais : "La grippe, invention de gens sans le sou," nous fait plutôt sourire. La grippe est bel et bien une entité morbide avec laquelle il faut compter. J'ajoute cependant que l'allure de ce Protée moderne est parfois déconcertante. Lorsque l'épidémie est bénigne, il est facile de la reconnaître à la multiplicité des coryzas et des bronchites qu'elle fait éclore, et qu'elle accompagne de céphalalgie, de douleurs musculaires, de dépression nerveuse générale. Ce sont les épidémies graves qui prêtent le mieux à confusion, parce qu'alors l'histoire grippale est profonde, qu'elle peut au premier abord ressembler à d'autres infections foculaires, la pneumonie ou la fièvre typhoïde, par exemple. C'est alors qu'il est bon d'examiner de près les points de repère qu'on retrouve toujours dans l'examen clinique des maladies fébriles, c'est à dire la marche de la température, les caractères du pouls, l'état de la langue, l'aspect général du malade.

La température est assez vive dans la grippe, mais elle atteint rarement l'intensité qu'on lui voit dans la pneumonie et la fièvre typhoïde. L'ascension du tracé est brusque, mais, si l'on observe la maladie au début, on remarque presque tout de suite, dès le deuxième ou le troisième jour, une défervescence qui dure douze à quarante-huit heures, et donne dans le tracé une encoche caractéristique signalée par Tarsisier. Il y a ensuite une reprise, comme si la grippe est bénigne, prolongée si la grippe détermine des troubles viscéraux, et offrant alors des irrégularités parfois de nouvelles rémissions. La défervescence est habituellement lente : ceci dépend beaucoup du traitement. On n'a jamais, comme dans la pneumonie ou la fièvre typhoïde, de température en plateau.

Le pouls est également dissemblable. Le pouls plein et dur de la pneumonie, le pouls large peu résistant dicrote de la fièvre typhoïde, ne ressemblent en aucun façon au pouls habituellement faible, petit, serré de la grippe. Même lorsque l'infection est assez forte pour amener de dicrotisme, le pouls ne prend jamais d'ampleur, il reste déprimé. Il est à noter que l'accélération du début ne persiste pas, et que le pouls de la grippe est plutôt un pouls lent.

La langue a un aspect tout spécial que Faisans a bien décrit à la Société des Hôpitaux. C'est une langue toujours humide et qui conserve sa forme normale; elle n'est pas large, épaisse, recouverte d'un enduit saburral comme dans l'embarras gastrique, elle n'est pas

petite, contractile, papille et cuit, comme dans la fièvre typhoïde, on n'y voit pas le fulgescence. C'est une langue recouverte sur toute sa surface d'une mince couche uniforme de conglomérat blanc bionte qui ne paraît être qu'un dépôt ininflammatoire, mais fait partie de la substance linguale elle-même, et lui donne un aspect légèrement faciné ou aspect opalin. On ne trouve la langue opaline (ou pas mal) qu'avec l'infection grippale; elle existe dès le début et ne disparaît qu'avec la convalescence. Elle constitue donc l'un des symptômes les plus caractéristiques de la grippe.

Quant à l'état général des grippés, il peut imiter l'état typhoïde à cause de la profonde adynamie des malades, mais il en diffère par certains autres caractères. La peau n'est pas sèche et brûlante, les grippés transpirent abondamment et fréquemment. Le visage n'est pas rouge vultueux, élargi; il est amaigri, tiré, grippé, et le teint offre une coloration terreuse, plombée qui est parfois assez caractéristique. Le malade est souffrant, préoccupé; il ne dort pas; il se plaint beaucoup; il s'agite quelquefois; on rencontre rarement le torpéur intellectuelle ou la stupeur, encore bien moins l'ataxie, sauf peut-être dans la forme nerveuse. Ce qui domine chez lui, c'est le souffrance, la courbature, le manque d'énergie. Évidemment, je parle ici de la majorité des cas; je n'oublie pas que la grippe imite parfois suffisamment la fièvre typhoïde pour faire recourir au séro-diagnostic. Et encore, le séro-diagnostic serait bien souvent inutile si l'on voulait examiner plus souvent les selles, et constater qu'elles sont, dans la fièvre typhoïde, en partie de pois, dans la grippe, tout simplement bilieuses, quand elles ne sont pas tout simplement normales. Pourvu qu'on y mette un peu d'attention, le diagnostic clinique de la grippe est toujours possible.

Le diagnostic bactériologique laisse à désirer; il est difficile et peu sûr. Le bacille de Pfeiffer est le plus petit des bacilles connus; il se colore difficilement; on ne le trouve à peu près que dans les expectorations purulentes. Il est donc inutile de le chercher dans les gripes thoraciques à formes congestives ou dans les gripes abdominales. Ce fait ajoute encore une importance plus grande au diagnostic clinique de la grippe.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — PNEUMONIE GRIPPALE. — D. T., âgé de 30 ans, est envoyé à l'hôpital Notre-Dame, le 4 décembre 1905, parce qu'on le croit atteint de fièvre typhoïde. Il est malade depuis huit jours; sa maladie a débuté par du malaise général, des douleurs

un peu partait sans point de côté, des coliques, de la fièvre et beaucoup de dépression.

Il est en effet très affaibli et transpire beaucoup. La température est à 102,0 F; le pouls est petit et accéléré (101), la langue est élargie. Mais il n'a aucune douleur intestinale, la pression abdominale n'en réveille pas, ni au cœcum ni ailleurs; on ne peut trouver ni tympanisme ni gargouillements; on remarque également que la langue est restée humide. L'enduit qui la recouvre est d'une coloration blanc bleuâtre uniforme (langue de faisans); enfin les évacuations intestinales des jours suivants n'eurent jamais l'aspect typhique, le pouls est petit, serré, nullement dicrote. Il était donc facile d'éliminer cliniquement la fièvre typhoïde sans recourir au séro-diagnostic.

D'ailleurs, l'état de dépression considérable dans lequel était plongé ce malade s'accompagnait de symptômes thoraciques. Il y avait de la toux; le malade expectorait; ses crachats étaient hémoptoïques, mais non rouillés; la percussion donnait de la matité à la base du poumon droit, la palpation faisait constater une légère augmentation des vibrations thoraciques; à l'auscultation, le murmure vésiculaire était diminué fortement; on n'entendait presque pas de râles, aucun souffle tubaire, seulement de légers frottements secs et superficiels venant de la plèvre; la respiration était à 36. Nous avions affaire à une inflammation congestive du poumon qui n'alla pas jusqu'à l'hépatisation; elle ne fut jamais accompagnée de pleurésie, mais qui traînait avec elle une pneumonie partielle qu'on a appelé la splénisation. Cet état de lésion du thorax, accompagnée d'une dépression nerveuse, était nettement de nature grippale. Ce mode de début nous fit penser; la suite de l'observation confirma le diagnostic.

En effet, la maladie évolua d'une manière lente et persistante, obligeant le malade à demeurer plus de cinq semaines à l'hôpital. Après l'application de ventouses sur le thorax, les crachats cessèrent d'être hémoptoïques; nous les fîmes analyser bactériologiquement afin d'écarter la tuberculose; on n'y trouva pas de bacilles de Koch. L'analyse de l'urine ne révéla rien de particulier. Le traitement consista en doses quotidiennes d'antipyrine (40 grains) et de carbonate d'ammoniaque (15 grains), avec du trional contre l'insomnie causée par la céphalée, et du cognac pour soutenir les forces.

La température s'abaisa progressivement et atteignit la normale vers le 1^{er} janvier; la dyspepsie s'améliora dès le 15 décembre.

Le 2 janvier, on mit le malade à la diète générale — il commença à se lever; on lui prescrivit le sirop de Fellows et le citrate de fer et strychnine. Il quitta l'hôpital le 11 janvier, en bonne voie de convalescence, le murmure vésiculaire étant revenu dans son pommou, la toux et l'expectoration ayant cessé, la dépression nerveuse persistant cependant encore un peu.

Obs. II. — BRONCHITE GRIPPALE. — D. D. âgé de 58 ans, étant à travailler, est pris de frisson et de céphalalgie. Il entre à l'hôpital Notre-Dame, le 1er Octobre 1905, ayant de la toux, de l'expectoration muqueuse, une température qui atteint bientôt 102.6 F., un pouls dur et un peu rapide (100) — une grande dépression nerveuse et beaucoup de transpiration. La respiration est peu accélérée; à la palpation et la percussion du thorax ne donnent rien; à l'auscultation on entend des râles sous crépitants. L'analyse bactériologique des crachats révèle la présence de pneumocoques, de staphylocoques et de streptocoques — pas de bacilles de Koch. La langue est de coloration blanc blématique. Il n'y a pas de troubles gastriques.

Nous avions affaire à une bronchite aiguë, accompagnée d'une altération considérable de l'état général, ayant débuté brusquement et évidemment de nature grippale. La période aiguë ne dura que du 1er au 12 Octobre. Mais le malade resta ensuite longtemps déprimé; il ne quitta l'hôpital que le 12 novembre, c'est à dire après quarante-deux jours de traitement. Celui-ci consista en caféine, Dover, carbonate d'ammoniaque pendant la période aiguë. La fièvre tombée, on donna terpine et codéine. Enfin pendant la convalescence, le patient prit du sirop de Fellows et de l'huile de foie de morue. Ce malade aurait probablement guéri plus vite si on lui eut donné soit l'antipyrine, soit la quinine.

Obs. III. — PNEUMONIE GRIPPALE. — M. L., âgé de 33 ans, est pris, vers le 22 novembre, à la suite d'un refroidissement, d'un point de côté très douloureux, accompagné de frissons, de douleurs généralisées, de malaise. Il entre à l'hôpital le 1er décembre 1905, incapable de tout travail. La température est à 100.26 F., le pouls à 100, petit et dur. Il ne respire bouillamment et se plaint beaucoup de sa douleur au côté. Cette douleur siège à la base du pommou droit, dans la ligne axillaire. A cet endroit on n'entend à l'auscultation ni râles ni crépitements pleurétiques; on constate seulement que la respiration est diminuée. Il n'y a pas d'épanchement. La langue est recouverte d'un enduit blanc blématique sans trouble gastrique.

Le malade s'améliore rapidement sous l'effet de l'antipyrine à doses répétées et des badigeonnages à la teinture d'iode. La fièvre tombe dès le deuxième jour. Mais le malade demeure dix jours à l'hôpital, le jour de sa sortie, il se plaint encore d'une douleur légère au côté; la dépression nerveuse existe toujours. Le malade fut un mois sans pouvoir reprendre le travail.

Obs. VI. — CONGESTION PULMONAIRE GRIPPALE. — J. B., âgé de 21 ans, entre à l'Hôpital Notre-Dame, le 18 octobre 1905. Il accense depuis deux jours des frissons, de la fièvre, un point de côté, de la gêne respiratoire et une toux sèche, sans expectoration. Il a déjà eu une attaque de grippe il y a plusieurs années.

La respiration du malade est peu accélérée (22), mais la douleur au côté est forte. La température est à 102° F. Le pouls, petit, serré, bat à 98. La langue est humide et opaline. La percussion du thorax ne donne pas de matité. À l'auscultation, on entend des râles fins à la base du poumon droit en arrière. La dépression nerveuse est très marquée chez le malade.

Le traitement consiste en un badigeonnage à la teinture d'iode suivi de l'administration de dix grains d'antipyrine trois fois par jour. Le malade s'améliore rapidement, la fièvre tombe le quatrième jour; le pouls se ralentit, prend de l'ampleur, l'état général se ranime; la toux et les râles disparaissent; seule la douleur persiste encore quelques jours. Le malade sort guéri le 25 octobre.

Obs. V. — CONGESTION PULMONAIRE GRIPPALE. — Mademoiselle A., âgée de 26 ans, cuisinière, entre à l'Hôpital Notre-Dame le 5 janvier; elle est affaiblie et souffrante, elle tousse, elle crache le sang. La température est à 102° F., le pouls, petit, serré, bat à 100. La langue est légèrement blanchâtre. Il n'y a pas d'histoire de tuberculose dans la famille, la malade elle-même est de forte constitution. L'auscultation d'en haut ne révèle rien aux sommets, aux bases du poumon, souffle et râles sans crépitaux.

La malade souffrait depuis plusieurs jours. On lui prescrit quinze grains d'antipyrine quatre fois par jour, des badigeonnages à la teinture d'iode un peu d'ergot. Elle s'améliore rapidement et sort guérie le 11 janvier.

Obs. VI. — PNEUMONIE GRIPPALE. — Mademoiselle C., âgée de 36 ans, entre à l'Hôpital Notre-Dame le 15 décembre 1905. La malade n'a aucune hérédité dans sa famille, c'est la première fois qu'elle est atteinte par la maladie. Elle est très déprimée, et très souffrante. La température est à 101° F., et monte le lendemain à 102° F., le pouls serré marque de 96 à 100. La langue est opaline, la respiration est accélérée à 18.

À l'examen du thorax, on trouve le poumon gauche normal, le poumon droit nous donne, à la partie postérieure du lobe moyen, des râles sous crépitants fins, et à la partie antérieure, dans la région mamillaire et vis à vis la quatrième côte, des frottements pleurétiques légers. Au sommet, la respiration est augmentée, ainsi que la vibration thoracique. La percussion ne donne, en avant et en arrière, que de la sous-matité. La toux est fatigante, les crachats sont hémoptoïques; ils ne contiennent pas de bâilles de Koch. Rien au cœur, ni aux reins.

Le traitement s'adresse d'abord à l'inflammation congestive et non hépatitante du poumon; ventouses, Dover, carbonate d'ammoniaque. On prescrit également la potion de Todd pour soutenir l'état général. La malade s'améliore assez lentement. Le 22 décembre, on est obligé d'appliquer encore des ventouses. La température prend quinze jours à se rapprocher de la normale. La malade reste déprimée.

Le 29 décembre le pouls étant meilleur, la respiration à 24 seulement, les crachats hémoptoïques ayant cessé, on prescrit l'antipyrine, dix grains trois fois par jour. Dès ce moment l'amélioration est définitive, permanente; la fièvre tombe complètement, l'état général se ranime, l'appétit revient, *les troubles pulmonaires disparaissent*. La malade sort guérie le 11 janvier 1906.

Obs. VIII. — GRIPPE INTÉSTINALE. — J. D., âgé de 23 ans, entre à l'hôpital Notre-Dame, le 9 janvier 1906. Il est envoyé comme atteint de fièvres typhoïdes.

Au premier abord, le diagnostic différentiel est difficile à établir. Le malade est très affaibli et à l'aspect typhique: figure tirée, torpeur cérébrale, affaiblissement prononcé, malaise général, combature, température à 103° F; le pouls est dicrote, ce qui est vérifié au tracé sphygmographique. Mais il n'y a pas de tympanisme à l'abdomen, ni de douleur particulière à la région iléo-cœcale; la langue est large et d'une couleur blanche uniforme.

Le malade est mis temporairement à la diète lactée; on évacue l'intestin par une purgation au calomel et au sulfate de soude, on lui donne de la quinine, cinq grains trois fois par jour, et du benzo-naphitol à la même dose.

Le troisième jour, on remarque une chute de la température à 96° F; mais la fièvre remonte le même soir à 103 4/10 F; pour se maintenir les jours suivants. Le pouls demeure aux environs de 100. Les premières selles évacuées sont de coloration jaunâtre, et liquides; elles deviennent moulées lorsque l'effet du purgatif a cessé. L'état général du malade, qui a une forte transpiration, est

d'ailleurs meilleure après sa purgation. Le séro-diagnostic pratiqué à deux reprises, demeure négatif. L'urine est normale.

Le traitement du malade est alors modifié. On le met à la diète légère, et on lui prescrit huit grammes d'antipyrine quatre fois par jour; on continue l'administration du benzo-naphtol. L'amélioration est beaucoup plus rapide. Dès le 17 janvier, on peut permettre la diète générale. La fièvre diminue graduellement. Le 29 janvier, le malade quitte l'hôpital en bonne voie de guérison; il ne lui reste qu'une dépression nerveuse assez marquée. Il préfère terminer sa convalescence chez lui.

Obs. VIII. — GRIPPE INTESTINALE LÉGÈRE. — E. L., âgé de 39 ans, est envoyé à l'hôpital Notre-Dame pour la fièvre typhoïde. Il se plaint de frissons, d'un malaise général, de céphalée, de douleurs par tout le corps; il s'est senti fiévreux; il a de la diarrhée.

On constate que la diarrhée est simplement infectieuse et n'offre aucun caractère typhique; il n'y a pas de tympanisme, ni de douleur localisée; le volume de la rate est normale. La langue est légèrement blanche, le pouls serré à 76, la température normale.

Le patient, malade depuis une dizaine de jours, est évidemment entré à l'hôpital au déclin de sa grippe. On le soumet à la diète légère; on lui prescrit deux grains de quinine et d'antikamma à prendre trois fois par jour; on désinfecte ses intestins au salophène.

L'état général s'améliore rapidement, la diarrhée cesse, le malade sort guéri le sixième jour.

Obs. IX. — GRIPPE INTESTINALE À FORME TYPHOÏDE.
Observation rédigée par le docteur G. Archambault, interne de service.

Le patient est envoyé à l'hôpital Notre-Dame pour de la fièvre typhoïde. Il est malade depuis huit jours environ; sa maladie avait débuté par des symptômes de fièvre typhoïde.

À son arrivée, il fait du délire agité. À l'examen physique, on constate faciès déprimé caractéristique de la fièvre typhoïde, langue rouge, sèche, herpès sur les lèvres, pouls à 90, large, étalé, légèrement durci, respiration à 25, température à 40,2° F. À l'auscultation, on constate des râles sibilants, surtout à droite; le malade toussé, mais n'expectore pas beaucoup. À l'abdomen, on a des gargouillements dans la fosse iliaque droite, ainsi que de la sensibilité; le malade se plaint d'être constipé depuis plusieurs jours. L'histoire antérieure n'offre aucun renseignement utile.

On institue donc le traitement de la fièvre typhoïde, et on prescrit les grands bains. Le malade prend un bain froid le jour même

du soir arrivée réaction de 103,6 F. à 100 F.), mais devient alors fureux, veut se jeter par la fenêtre — de sorte qu'on est obligé de l'attacher pour l'empêcher de se sauver, on lui donne des calmants par voie hypodermique.

Le lendemain, après une nuit assez calme, la température baisse à 99,6 F.; la langue, de rouge qu'elle était, prend une teinte blanchâtre; le faciès devient meilleur. Le séro-diagnostique de Widal est négatif, les symptômes prédominants se jettent du côté du poulmon.

On donne alors de l'antipyrine à hautes doses (dix grains quatre fois par jour) — on fait de la désinfection intestinale (benzo naphтол) tout en traitant la bronchite concomitante (codéine). Après quelques jours, le patient se relève facilement et part guéri. Il a séjourné à l'hôpital du 1er au 11 décembre 1905.

Obs. X — GRIPPE INTÉSTINALE. — D. R., âgé de 21 ans, entre à l'hôpital Notre Dame le 18 septembre 1905. Il arrive d'un voyage pendant lequel il a été pris de malaise général, de douleur à la nuque, de céphalée, d'anorexie, de transpiration nocturne, de diarrhée. Il toussa un peu, mais n'expectore pas. Il a maigri.

On constate à l'auscultation que les poulmon sont sains. La température est à 100,6 F., le pouls petit, serré, à 100, la langue étalée et blanchâtre. Il n'y a pas de symptômes abdominaux typhiques. Le séro-diagnostique donne à ce point de vue un résultat négatif.

Le malade, soumis à la diète légère, est traité par l'antipyrine (dix grains matin et soir) et le benzo naphтол (cinq grains le midi). Il s'améliore rapidement, la fièvre tombe le onzième jour, mais il reste faible, déprimé et ne peut quitter l'hôpital que le 4 octobre 1905.

Obs. XI — GRIPPE INTÉSTINALE. Note de l'interne du service.

C. L., âgé de 17 ans, entre à l'hôpital Notre Dame avec une température de 102,4 F., un pouls à 90, de la céphalée intense, du malaise général, une langue blanchâtre, de la constipation et un état assez aviné de prostration. La maladie a commencé il y a huit jours, vers le 20 septembre. Le malade guérit vite par le traitement de l'empy. Il est guéri le 10 octobre 1905.

Obs. XII — GRIPPE INTÉSTINALE. — J. D., âgé de 21 ans, entre à l'hôpital Notre Dame le 25 novembre 1905. Il se plaint de malaise général, de céphalée, de douleurs lombaires, de sécheresse de la gorge, de l'empy, au travail, il se sent nerveux.

La température est à 102° F, le pouls à 96, petit, serré. Il y a de la douleur aux intestins, de la diarrhée, mais pas de symptômes typhiques.

Traitement : diète légère, antipyrine (dix grains trois fois par jour), salophène (cinq grains trois fois par jour.)

Le malade sort guéri le 11 décembre 1905

LA GENÈSE DES EAUX THERMALES ET SES RAPPORTS AVEC LE VOLCANISME

Par M. ARMAND GAUTHIER, de l'Institut de France, professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Les eaux thermales, celles qui sortent des terrains profonds à une température élevée et avec un débit constant sont elles dues à l'infiltration des eaux superficielles, qui pénètrent à travers les fissures des strates terrestres, s'y minéralisent, s'y réchauffent en parcourant les zones rapprochées du feu central et reviennent ensuite au jour, en vertu de leur moindre densité et sous la pression des gaz et vapeurs développés, grâce à leur échauffement ?

Cette opinion est encore aujourd'hui celle de la plupart des géologues.

M. A. Gauthier, citant les témoignages de H. Jacquet, Elie de Beaumont, E. Suess, et tout en se rapprochant des conceptions de ces auteurs, croit que les sources thermales, celles, du moins à température constante et élevée sont empruntées en partie à une sorte de distillation des roches profondes qui récupèrent elles mêmes leur eau, grâce au dégagement d'hydrogène provenant du feu central, l'hydrogène, qui réduisant les oxydes qu'il rencontre, forme de l'eau nouvelle qui va réhydrater les roches profondes déshydratées par le feu.

1. La production des eaux thermales est une suite atténuée de phénomènes éruptifs.

Presque toutes les eaux minérales chaudes sortent soit des filons métallifères, exploitées ou non ou de fentes raccordées à ces filons par leur direction commune, soit des failles ayant autrefois donné issu à des produits éruptifs ou du moins contemporaines de la venue au jour de ces produits. C'est aussi l'opinion de M. Elie de Beaumont et de H. Müller. Les sources de Carlsbad, de Marienbad, d'après E. Suess, contiennent les éléments que l'on trouve dans les émissions volcaniques et qui caractérisent cette origine.

A l'appui de ce fait, que c'est surtout dans les régions à volcans, anciens ou actuels, que l'on rencontre les sources thermales actuelles l'auteur passe en revue les différentes sources, montrant leur origine et leur orientation avec de nombreux exemples et conclut en disant " que les eaux thermales sont le plus souvent en relation avec les volcans, anciens ou modernes, qu'elles sortent des

tailles mêmes qui ont donné antretout issue aux vapeurs métalliques, aux gaz et aux déjections pierreuses d'origine ignée, que ces eaux thermales paraissent donc être liées par une origine commune aux éruptions dues au feu central.

Quelle peut être la cause commune de ces phénomènes la relation directe qui doit exister entre la genèse des eaux thermales et celles des phénomènes éruptifs ?

II. Les fractures et effondrements des couches terrestres profondes sont la cause du volcanisme

L'hypothèse tendant à prouver que les eaux thermales et les volcans eux mêmes, emprunteraient leurs eaux aux pluies, aux glaciers et aux mers pénétrant grâce à la pesanteur ou par capillarité, jusques aux grandes profondeurs, n'explique pas suffisamment le phénomène du volcanisme, car il faut tenir compte quant à la pesanteur, des contre pressions qu'exerceraient l'action des gaz produits au rouge, dans cette zone de passage, grâce à l'action même de l'eau sur les matériaux ambiants. D'autre part, si par capillarité l'eau pouvait s'introduire continuellement et régulièrement dans la région des laves, il serait impossible d'expliquer les irrégularités et intermittences, souvent plus que séculaires des éruptions volcaniques. Toutes ces difficultés d'interprétations disparaissent si, comme le dit M. A. Gauthier, l'eau est brusquement apportée dans ces régions profondes du globe où règne la température du rouge, au hasard des conditions de déséquilibre qui créent les fractures et tassements subits des assises terrestres.

La réalité de ces grands effondrements est indéniable. Citons la dépression du bassin de la Hongrie, du bassin de la Mer Noire, les affaissements qui formèrent la Méditerranée, l'immense approfondissement du Pacifique et de celui du golfe au Mexique et des Antilles.

Rappelons l'engloutissement partiel de l'île de Krakatau, dans le Pacifique qui en 1883, fit disparaître dans la profondeur de la mer une montagne de 400 mètres d'altitude. Rappelons que la terrible éruption du Vésuve qui détruisit Pompéi en 1871, avait été précédée, peu d'années avant, de tremblements de terre, qu'il en est ainsi de la plupart des éruptions, elles sont accompagnées le plus souvent de séismes importants qui les annoncent ou les précèdent. Et l'auteur conclut que les éruptions volcaniques et la formation des eaux thermales ne sont que le résultat et l'expression extérieure des modifications d'équilibre mécanique et chimique, qui se passent dans les profondeurs.

III. Relations qui lient l'instabilité de l'équilibre des roches terrestres avec les phénomènes volcaniques et la formation d'eaux nouvelles.

M. Gauthier expose le résultat de ces observations, faites de 1890 à 1902, sur la constitution des roches cristallines et sur les nombreux effets de leur échauffement. Lorsqu'on porte au rouge naissant et dans le vide la poudre de roches primitives : granits, porphyres, trachytes, gneiss, etc., il s'en échappe toujours de l'eau et des gaz, parmi lesquels prédominent l'acide carbonique et l'hydrogène.

Cette eau, n'est pas une eau d'imbibition ou de carrière, car elle est, en majeure partie, combinée aux matériaux de la roche qu'elle abandonne, par le rouge. Ses éléments en sont fortement combinés, à l'état d'hydrates ou autrement, aux principes constitutifs des granits, porphyres, à la façon de la potasse ou de la silice.

En même temps que cette eau, il sort aussi de la roche, de 3 à 18 fois son volume de gaz nouveaux. Chose intéressante, ces gaz ont la composition de ceux des fumées volcaniques. La quantité d'eau mise en liberté lorsque du granit est porté au rouge, ne s'élève pas à moins de 25 à 30 millions de tonnes pour 1 kilomètre cube de cette roche, la moins riche en eau. Réduite en vapeur, cette eau occuperait à 100 degrés un volume de 43 milliards de mètres cubes et à la température de 1100 degrés le volume de 100 milliards de mètres cubes. En même temps, il se fera 7 milliards de mètres cubes de gaz, calculés à 1100 degrés. Il en résultera une pression de 7 800 atmosphères.

La prétendue pénétration des eaux de la mer dans les profondeurs ne saurait expliquer d'ailleurs la formation des sources salées thermales, qui, telles que celles de Bourbonne, Hambois, Carlsbad, sont en plein continent. En étudiant le mécanisme des eaux thermales salées nous verrons que leur arrivée directement des régions ignées, qui n'est de nouvelle formation.

L'effondrement, la dislocation ou l'écrasement, et comme suite l'échauffement subit et en masse des roches les plus profondes qui déterminent les phénomènes éruptifs, ne sont même pas nécessaires pour assurer l'écoulement continu des eaux thermales. Il suffit pour entretenir leur écoulement, d'une sorte de distillation lente des roches primitives dans cette région déjà très chaude où l'eau tend à s'échapper de la roche dès que s'élève la température, et à se recombiner à elle au moindre refroidissement relatif du milieu. C'est

ainsi que sans violence ni débâcles subites. L'eau nouvellement formée va couler régulièrement par les sources, comme se dégagent sans cesse du sol terrestre, l'acide carbonique, l'hydrogène, l'azote, qui se produisent comme l'eau et avec elle dans les profondeurs, sans qu'intervienne au point de vue des phénomènes éruptifs proprement dits. Seules les brusques et violentes émissions de vapeurs d'eau, de gaz, de cendres et de laves sont la conséquence des effondrements ou dislocations subitement survenues dans les régions les plus profondes de la croûte terrestre.

IV. Réactions chimiques génératrices des principes minéralisateurs des eaux thermales et des gaz volcaniques.

L'acide carbonique, l'hydrogène, l'oxyde de carbone et l'azote sont avec la vapeur d'eau les principaux produits gazeux émis par les volcans.

L'auteur, passe en revue la constitution et la genèse de ces différents gaz, établit leur point de formation, les échanges auxquelles ils donnent lieu, leur décomposition au contact des métaux et leurs réactions. De plus, il fait remarquer que contrairement aux hypothèses jusqu'ici admises, la formation de l'eau, de l'acide carbonique et de l'acide sulfureux se font dans les profondeurs, en l'absence complète de l'oxygène libre. L'eau résultant de la réduction des oxydes et de l'acide carbonique lui-même par l'hydrogène issu des régions incandescentes, cet acide carbonique provenant de l'oxyde de carbone agissant dans ces conditions, l'acide sulfureux et les sulfites, et les sulfates, résultant de l'action de l'hydrogène sulfuré sur les oxydes au maximum et sur l'eau elle-même. Quant à la source, qui avec l'eau est le grand agent de minéralisation, l'hypothèse la plus probable est qu'elle dérive des chlorures, sulfures ou azotures de calcium issus des réactions indiquées du noyau terrestre.

Les eaux thermales chlorurées sembleraient assurément pouvoir résulter du lavage des couches salines des terrains profonds. Mais les eaux salées les plus chaudes, celles à température constantes, celles qui s'écoulent des failles volcaniques ou en rapport avec la venue du jour des roches ayant cette origine, semblent se former bien plutôt par entraînement avec la vapeur d'eau, des exhalaisons de chlorures de sodium issus du foyer central.

Les principaux gaz des eaux thermales chaudes sont l'acide carbonique et l'azote avec ses satellites, l'argon, le néon, etc., auxquels il faut joindre l'hélium. Tous ces gaz ne sauraient provenir de l'atmosphère où ils n'exercent pas en quantités aussi grandes,

Le fluorure particulièrement se trouve, qui est en de faibles traces. Ces gaz proviennent de la région centrale du globe et qui, encore mélangés avec d'autres, forment l'hydrogène qui ils accompagnent. Ils se dissolvent ensuite dans la vapeur d'eau, en se combinant à l'élément formant ses oxydes.

Les sources thermales ne répondent pas au stade d'explosion des roches les plus profondes, ni au stade de leur distribution.

EXCLUSIONS

Comme la production violente des gaz, des vapeurs et des laves, qui caractérisent les phénomènes éruptifs. La cause des eaux thermales proprement dites dérive des réactions ignées, passant dans les régions médianes du globe. Les phénomènes volcaniques, aussi bien que la venue des eaux chaudes, sont provoquées par la destruction plus ou moins subite de l'équilibre mécanique et chimique qui présidait à l'état de roches dans les régions profondes où elles atteignent le noyau. Grâce à la contraction continue de la croûte terrestre, à l'écroulement irrégulier de ses couches sous les continents et sous les mers, à l'ascension plus ou moins rythmée des laves, et enfin, que cette pression tend à injecter à travers les failles des terrains primitifs, cet équilibre se rompt brusquement par places, à des époques essentiellement irrégulières. De l'ingestion brutale des matières fondues à travers les tractines occasionnées par ces débrâcles, résulte, suivant le mécanisme analysé dans ce travail, la production rapide d'un énorme volume de vapeur d'eau et de gaz qui tendent à s'échapper, avec les laves, par toutes les fentes et conduits de moindre résistance. Ainsi se fait l'éruption volcanique. Si, au contraire, résistant aux ruptures, les roches profondes sont lentement refroidies au contact des laves, si, au lieu d'être injectées brusquement dans les cassures et anfractuosités récentes, les matières fondues ne viennent que baigner peu à peu, ainsi dit le pied des roches déjà consolidées, les rechauffant surtout par leur conductibilité, dans ce cas, celles-ci ne perdent plus que lentement leur état de constitution, mais dès qu'elle est libre, cette dernière attaque les matériaux ambiants et produit en abondance des vapeurs et des gaz qui tendent à repousser momentanément le flot des laves remontantes.

Plus tard les produits gazeux, formés, s'étant échappés avec la vapeur d'eau vers les régions supérieures, le remontée des laves se reproduit. De là, ces pulsations rythmiques qu'on a remarquées dans la sortie de beaucoup d'eaux thermales, pulsations dues aux refroidissements et refroidissements relatifs provoqués par l'émulsion des laves qui éloignent momentanément la lente des gaz

et des vapeurs brusquement formés. Grâce à ces oscillations, l'eau distille des roches les plus profondes quand les laves remontent, et peut leur être restituée lorsque grâce aux laves qui redescendent et à la détente des vapeurs formées, le milieu tend à se refroidir sensiblement.

Des profondeurs du globe s'échappent continuellement de l'hydrogène. Il emprunte l'oxygène qui lui est nécessaire pour former de l'eau aux matériaux fondus qu'il réduit; cette eau s'unit plus loin aux silicates constitutifs des roches déshydratés formés et peut se dégager de nouveau si la roche se réchauffe postérieurement à une température suffisante.

Nous avons dans ce mémoire expérimentalement analysé les multiples réactions que la vapeur d'eau, dès qu'elle est libre produit au contact des principes rocheux ou des vapeurs salines et métalliques venues des zones méandescentes. Nous avons montré comment cette eau modifie les chlorures, les sulfures, l'hydrogène sulfuré, les oxydes libres ou sous forme de silicates, etc., et comment les produits formés (acide chlorhydrique, acide sulfurique, oxydure d'arsène, silice, etc.) réagissent entre eux et sur les roches en présence de l'hydrogène, de l'oxyde de carbone, du soufre, des vapeurs métalliques venues des profondeurs.

À la haute température de ces régions les vapeurs métalliques et minérales, la vapeur d'eau et les gaz dus à ces actions chimiques ou qui appartiennent les exhalaisons centrales tendent à s'échapper à travers toutes les tentes des terrains déjà concertés. Les vapeurs métalliques se déposent d'abord dans les tailles les plus profondes. Les vapeurs salines ensuite. Quant à la vapeur d'eau, elle ne se liquéfie que plus tard dans les régions moins chaudes, laissant d'abord cristalliser au cours de son long trajet, les sels que sa vapeur entraîne et expulsant l'excès des gaz qui l'accompagnait. De surcroît constituée avec des sels et des gaz résiduels à l'état d'eau thermominérale, celle-ci ne change la plus sensiblement de composition jusqu'à son émergence.

C'est ainsi que sous forme d'éruptions volcaniques, de volatilisations et précipitations de principes métalliques filamenteux de sources minérales, l'écoulement continue à la surface du globe des gaz acide carbonique et hydrogène; et sans doute, aussi de méthane, s'établit un vaste système de circulation qui depuis le commencement des temps géologiques, emmène du dedans au dehors du globe une partie des matériaux terrestres les plus profonds, tandis qu'en sens inverse, les constituants de l'atmosphère et de l'hydrosphère les



eaux météoriques et celles des océans, aussi bien l'oxygène qu'elles dissolvent, sont entraînés vers les profondeurs par la pesanteur, la capillarité et les actions chimiques. Fixée par les matériaux des roches qu'avait deshydratée le feu, l'eau ne revient plus à la surface, sous forme de sources thermales que si le réchauffement de la roche dans la constitution de laquelle elle est entrée détruit la stabilité de ses combinaisons.

Mais, aussitôt, cette température atteinte, l'eau redevenue libre réagit sur les matériaux ambiants, se minéralise aux dépens des principes qu'elle modifie ou qu'elle reçoit des émanations centrales et se spécialise définitivement suivant les hasards de l'intervention de ces trois principaux facteurs, la masse de vapeurs minéralisantes venues des régions ignées en chacune des régions où naissent ces eaux, la composition des roches au milieu desquelles elles se forment, enfin la nature des conduits souterrains qu'elles parcourent depuis leur lieu d'origine jusqu'au point où elles arrivent au jour.

L'OZONE DANS SON ROLE EPIDEMIOLOGIQUE ET ANTISEPTIQUE.

Par le Dr. FOVEAU DE COURMELLES,

Médecin-Electricien à Paris, directeur de "l'Année Electrique", Lauréat de l'Académie de Médecine. Président de la Société Internationale de Médecine physique, Vice-Président de la Société Médicale des Praticiens et de la Société Française d'Hygiène.

Tout est loin d'être dit, malgré des volumes nombreux, sur la question de l'ozone atmosphérique et de son rôle dans les épidémies, de l'ozone antiseptique épurateur de l'air et des eaux de consommation.

Les questions d'électricité médicale m'ont amené à étudier l'oxygène électrisé et condensé qu'est l'ozone. — Etant donné sa coexistence en excès dans l'air atmosphérique avec la grippe, j'ai pensé à des relations, sinon causales absolues, au moins prophétiques de l'épidémie. D'autre part, cela donnait à réfléchir sur l'emploi thérapeutique de l'ozone si préconisé dans les affections des voies respiratoires. N'a-t-on pas vanté en effet les inhalations d'ozone contre la coqueluche, l'asthme, la bronchite chronique. En revanche, certains auteurs ont affirmé que l'ozone avait provoqué des hémorragies et des irritations bronchiques. Des animaux plongés dans les atmosphères ozonées y sont morts de congestion pulmonaire. Cependant, les sanatoria placés sur les hauteurs où abonde l'ozone ont donné de bons résultats dans la plitisie.

Ces divergences d'opinions ne tiennent qu'à la question des doses non encore élucidée complètement. On abuse de l'ozone quand on a des accidents. On ne peut, pas plus qu'en thérapeutique ordinaire, établir de posologie. Il faut employer en tâtonnant, par très petites doses d'abord, et ici les doses se détermineront par les durées d'inhalation pour un ozoniseur déterminé.

On a fait des *ozonateurs* fondés sur la propriété catalytique de la mousse de platine portée à l'incandescence; ces appareils pour assainissants qu'ils soient, ne peuvent servir à l'usage thérapeutique; il faut pour cela des ozoniseurs par courant intermittent, qu'il émane d'une bobine d'induction ou d'une machine statique.

Les questions de dose sont certainement encore en cause dans la façon dont certains tuberculeux supportent ou non les grandes

altitudes. En dehors de la raréfaction de l'air, il y a de l'ozone en grande abondance ; cet ozone précipite la respiration et les combustions ; de là ; de la dyspnée, de la pyrexie, de l'angoisse et peut-être même un des éléments du mal des montagnes que connaissent bien les ascensionnistes et les aéroplanes.

La petite quantité d'ozone atmosphérique s'absorbe tellement de fois en ces 21,000 ou 22,000 inspirations des 24 heures, introduisant 11,000 à 12,000 litres d'air dans les poumons ; ainsi pour en arriver à un demi-milligramme d'ozone inhalé en les 24 heures. Cette quantité n'est nullement négligeable puisqu'elle pourrait parfaitement stériliser trois cents litres d'eau, et les débarrasser de ses microbes, si nombreux soient-ils. On comprend que l'organisme en ressent les effets.

J'ai institué en France, d'après le service ozonométrique de Belgique, fondé par M. D. A. Van Bastelaes, président de l'Académie de Médecine de Belgique, le service ozonométrique de France ; dont les instructions seront envoyées aux correspondants qui en feront la demande et qui pourront servir de type à tout autre service analogue. Mon éminent et regretté ami, le professeur Domingos Freire s'en était servi à Rio-de-Janeiro, et a fait plusieurs années, jusqu'à sa mort, de très beaux graphiques des relations de l'ozone et de tous les agents météoriques ; Il avait laissé pour titre à ces précieux documents dont il m'envoyait le double : *service ozonométrique de France*.

Les correspondants utilisent non l'arsénite de potasse, procédé de laboratoire, mais le papier iodé amidonné, pour constater matin et soir, la quantité d'ozone atmosphérique. Une échelle colorimétrique, l'échelle Belge de 7 nuances, indique des résultats comparables très suffisants.

La *Société Épidémiologique de France* s'est attaché le *service ozonométrique*, elle envoie à ses collaborateurs de la campagne surtout—là où les résultats sont naturels et non vicieux. L'instruction jointe à cette communication, l'échelle colorimétrique et les papiers réactifs. Ceux-ci sont obtenus en prenant du papier neutre Berzélius trempé dans l'empois suivant :

AMIDON 1 gr.
IODE RE POTASSIUM 1 gr.
EAU DISTILLÉE 100 gr.

Faire sécher à l'ombre et découper par bandelettes sensibles.

M. Van Bastelaes et N. Kuborn, tous deux anciens présidents de l'Académie et de la Société Royale de Médecine de Belgique.

ont étudié la question de l'ozone atmosphère, dont notre compatriote Houzeau avait signalé l'existence, les maxima et minima depuis longtemps. N. Kuborn a insisté beaucoup sur son importance. Pour lui, "la présence régulière de l'ozone dans l'atmosphère d'une localité est l'un des plus sûrs indices de la salubrité de localité; l'absence régulière d'ozone doit la rendre suspecte: le séjour dans les milieux régulièrement ozonisés, toutes autres conditions défavorables étant écartées, convient particulièrement aux gens surmenés, aux lymphatiques, aux chloro-anémiques, aux candidats à la tuberculose, aux sujets atteints de bronchite-chronique humide, aux dyspeptiques, à certains neurasthéniques, qui supporteraient mal le séjour marin.

M. Van Ba telnes notait en 1893 une série d'épidémies à Anvers, Ath, Mondour, Verviers, Herra, Cochristy, ... en Belgique, où la dépression du titre ozonométrique avait coïncidé.

M. le docteur Baker (de Lansing, Michigan) a également fait des années d'observations (vingt ans) a affirmé maints rapports étroits des épidémies et de l'ozone. Il y a d'autant plus de fièvres rémittentes qu'il y a moins d'ozone. L'influenza coïncide avec beaucoup d'ozone. (Solonbein, puis Foveau de Courmelles ont fait la même constatation). La pneumonie est fréquente par la saison froide où il y a peu d'ozone. La diphtérie dépend beaucoup de la vitesse du vent, de la température et de l'ozone).

Ces notions sur l'ozone atmosphérique s'expliquent parce que l'on sait de l'ozone chimique et de son action stérilisante et bactéricide, et c'est par là que je terminerai ce court mémoire en reproduisant ici le résumé de ma communication au *Congrès des Sociétés Savantes* à la Sarbonne le 18 Avril dernier. (*Journal Officiel*, 19 Avril 1906).

M. le docteur Foveau de Courmelles, de la société épidémiologique de Paris, lit son travail sur la stérilisation des eaux par l'ozone.

Un courant d'opinion entraîne les villes à épurer leurs eaux plutôt que de faire venir à grands frais des sources ou des cours d'eau se pouvant contaminer en route. Depuis plusieurs années, on a songé à traiter ainsi les eaux destinées à la consommation alimentaire, mais le prix de revient trop onéreux rendait l'organisation impraticable. En ces derniers temps, divers procédés permettant l'épuration des eaux par ce procédé à raison de 1, 2 ou 2 centimes et demi par mètre cube, montrent que le problème est résolu.

L'ozone est produit à bon marché par des ozoniseurs avec ou sans dialectriques. La pression électrique est considérable, 30,000

volts par exemple, pour une intensité très faible, de l'ordre du milliampère.

Des effluves abondantes, chargées de lumières ultraviolettes qui ozonisent l'air, donnent un air chargé d'ozone que l'on mène sous pression dans l'eau à épurer. Cette eau a dû être filtrée à travers des pierres et du sable pour la débarrasser de ses matières solides ou organiques en suspension ; elle est alors versée dans le stérilisateur où l'air ozonisé arrive par en bas. Le contact de l'ozone et de l'eau doit être parfait ; pour cela, les agitateurs peuvent mélanger le liquide à épurer et le gaz épurant. On peut encore mettre de distance en distance des lames de celluloides perforées de nombreux petits orifices, et l'on constate alors un bouillonnement énorme dans la masse liquide produite par l'ascension de l'air ozonisé qui se mélange ainsi, avec dissolution partielle, à l'eau qu'il épure. L'eau qui sort a la belle couleur bleue de l'ozone, et n'a aucune odeur (1 gr. 20 d'ozone suffit pour 1000 litres d'eau). L'eau analysée ne contient que quelques bactéries ou même pas du tout.

Il apparait donc que les villes ont actuellement un moyen pratique et peu coûteux de livrer, par l'ozone, de l'eau stérilisée à leurs habitants.

M. le professeur Peyrusson rappelle le temps relativement court pendant lequel un filtre est capable de filtrer dans de bonnes conditions. Il est nécessaire qu'un contrôle bactériologique permanent surveille les qualités des filtres d'eau des grandes villes.

Nous ajouterons à l'avantage de l'ozonisation qu'à l'inverse de la filtration toujours à nécessaire surveillance, la première se fait automatiquement et en un temps moitié moindre.

Le lait ozonisé donné sur notre conseil par des confrères à des enfants athrepsiques leur a donné des forces tant en stérilisant leur intestin.

Il y a là toute une série de recherches que nous nous sommes plutôt bornés à énoncer qu'à exposer, et qui ouvrent des voies nouvelles à la physiologie, à l'hygiène et à la thérapeutique.

LA MASSOTHÉROPIE ET LA GYMNASTIQUE DANS LES AFFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

Par le Dr PH. N. BARBATIS, de Paris.

Secrétaire général de la Société Internationale de Médecine physique, secrétaire
de la Société Française d'Hygiène.

Ainsi qu'il est pour les autres organes du corps humain, l'application du massage dans le traitement de certaines affections de l'appareil broncho-pneumo-pulmonaire, n'est pas de date récente. Broussé, en effet, nous apprend qu'en Russie le massage constitue un moyen populaire de prophylaxie contre la tuberculose.

Dans le domaine scientifique, la massothérapie appliquée dans les états pathologiques de l'arbre aérien, si elle n'a pas trouvé une réelle opposition, elle n'a pas toujours inspiré une grande confiance.

" Les maladies de l'appareil respiratoire pour lesquelles on a conseillé le massage, dit Estrahlère, sont peu nombreuses, et le succès de cet agent thérapeutique dans toutes ces affections est presque toujours incertain. Il en faut cependant excepter quelques-unes : ce sont les affections qui tiennent au défaut de perspiration spontanée. La peau ayant une fonction respiratoire assez active, toutes les fois que cette fonction sera supprimée ou diminuée, la fonction respiratoire pulmonaire doit devenir supplémentaire de celle-ci. Réciproquement, quand les fonctions pulmonaires seront diminuées par une affection des voies aériennes, la respiration cutanée devra suppléer à celle du pommou."

Et Weber avoue qu' " on ne peut compter sur le massage pour traiter les inflammations pulmonaires."

Cependant des maîtres incontestés en pareille matière tels : Nurray de Stockholm, Atagesson-Möller, de Frankfort-sur-le-Mein, Kellgren et à sa suite Cyriax, en Angleterre, Kemper, Poliakov de Filis, Smirnoff, Damont, Berne de Frumerie, Hugon, pour ne citer que quelques-uns sont des ardents défenseurs de ce mode de traitement dans les affections respiratoires. Et leurs observations démontrent d'une manière péremptoire et l'utilité et la nécessité de la massothérapie en pareille occurrence.

Mais comment le massage — qui à première vue semble incapable de modifier les maladies de cet ordre — agit ; c'est ce que je tâcherai d'expliquer.

Sur les organes contenus dans la cage thoracique, on peut agir par le massage direct du thorax ou *massage thoracique* proprement dit, soit par le *massage abdominal*, soit enfin par le *massage général*.

Massage thoracique. — En médecine on a depuis fort longtemps employé des *piédois* sur le thorax, à l'aide d'un gant de erin (gant de Cambridge, gant Prince de Galles), d'une moufle de flanelle, ou tout simplement, directement, avec la paume de la main et dans ce dernier cas dans le but de faire absorber des substances médicamenteuses, telle la créosote appliquée sur la peau sous forme de pommade. Ceci est du domaine de la médecine générale.

Mais en massothérapie les manipulations qu'on doit exécuter sur le thorax sont : l'*effleurage* — *pressions* méthodiques, pratiquées avec la face palmaire du pouce glissant par de petits mouvements de circonduction tout le long des espaces intercostaux, depuis la ligne sternale jusqu'à la colonne vertébrale ; la *percussion pointée* ; le *tapement*, léger et prudent, enfin et surtout le *tremblement*.

Toutes ces manipulations agissent sur les parties molles du thorax et sur les articulations costales et sternaï.

Sur les parties molles : Du côté de la peau, le massage agit comme un stimulant énergétique, produisant souvent une véritable révulsion, révulsion comparable à celle obtenue par l'application d'un sinapisme. De plus par son action éminemment sédative sur les terminaisons nerveuses, il amène la disparition des douleurs intercostales, cause souvent de la dyspnée, ainsi que cela se voit pour le point de côté pneumonique. Aux muscles, il restitue leur tonicité normale ; et prévient les dégénérescences anatomiques et physiologiques des organes si nécessaires au bon fonctionnement de l'acte de la respiration. Du côté de l'appareil circulatoire, il accélère la circulation du courant sanguin soit par simple action mécanique directe soit par une modification régulatrice des vaso-moteurs. Cette accélération du sang se transmet de proche en proche jusqu'aux vaisseaux profonds, où elle a pour effet d'amener de la décongestion. Enfin il stimule la circulation lymphatique, ce qui favorise la résorption des excudats.

Du côté des articulations : On connaît les merveilleux résultats que l'on obtient, c'est dire que les articulations costo-vertébrales, et sterno-costales bénéficieront, en acquérant une plus grande facilité de leur jeu et plus d'aisance dans l'étendue de leurs mouvements, et de ce fait la cage thoracique subit dans son ensemble une dilation qui relentit favorablement sur les organes respiratoires et circulatoires qui y sont logés.

Mais comme toutes ces modifications anatomo-physiologiques ne se cantonnent pas seulement à l'endroit massé, mais qu'elles se propagent sur les organes voisins, il est facile de comprendre que les plèvres, le péricarde, le poumon et les bronches, en un mot tous les viscères contenus dans la cage thoracique subiront les heureux effets de nos manœuvres. Et c'est ainsi que nous pouvons combattre l'insuffisance respiratoire chez les enfants nés avant terme, développer la poitrine déformée et défectueuse d'un rachitique, faire avorter une crise d'asthme d'origine nerveuse. "Le pétrissage des muscles des parois thoraciques, surtout au niveau de la région latérale (où siège le nerf respirateur de Ch. Bell, ou nerf de grand dentelé) produit un notable soulagement dans le cas de dyspnée très marquée chez les asthmatiques" (Berne). On peut aussi calmer la douleur de l'angine de poitrine, activer la résorption des œdèmes pulmonaires et entraver la pneumonie hypostatique, complications si graves de la typhoïde, faciliter l'expectoration, débayer les mucoosités et décongestionner la muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches, empêchant ainsi le passage du processus morbide à l'état chronique, enfin activer la résorption de l'épanchement dans le cas de pleurésie.

Massage abdominal. Le massage abdominal agit sur les organes de l'arbre aérien en régularisant et en stimulant la circulation générale. Cette action puissante sur la circulation se décèle par une diurèse remarquable. Par nos manœuvres sur les organes contenus dans la cavité abdominale la diurèse se produit rapidement surtout chez les malades porteurs d'œdèmes sous-entaux ou viscéraux; quelquefois dès le premier jour, ordinairement vers le troisième jour du massage le Dr Haeks et moi avons vu les urines monter de 250 gr. à 3000 et 3500 gr. par jour, après trois ou six séances massothérapeutiques chez des pleurétiques avec épanchement.

En 1896, en effet, Haeks et moi nous avons entrepris l'étude, de l'action du massage abdominal dans la pleurine séro-fibrineuse. Nous avons eu la bonne fortune d'employer ce mode de traitement à sept malades. Le diagnostic a été toujours formulé d'après une rigoureuse investigation. L'examen du malade ne s'arrêtait pas à la simple inspection des symptômes pathognomoniques, du début et de la marche de la pleurésie, mais il se complétait pour chaque cas, par l'exploration aspiratrice avec la seringue de Pravaz. Or les effets du massage abdominal en pareille occurrence, massage que je pratiquais deux fois par jour et par séances de vingt minutes, dépassaient toujours nos prévisions. Les urines peu abondantes atteignant à peine 250, 500, à 600 gr. par jour; chargées d'albumine

et d'autres principes chimico-pathologiques, augmentaient quelquefois au-sitôt le premier massage : ordinairement après le deuxième ou troisième jours, atteignent 120, 200, 300 gr. dans les vingt-quatre heures. La dyspnée, l'intensité du souffle, et tous les autres signes pathognomiques disparaissent peu à peu au fur et à mesure que le liquide contenu dans la cavité pleurale diminue. Bref le 17^e ou 18^e jour l'épanchement était complètement résorbé, le malade se rétablit ne gardant de son affection qu'une faible diminution du murmure vésiculaire du côté malade.

Dès lors l'utilité et la nécessité du massage abdominal dans le traitement de la pleurine séro-fibrineuse est indéniable.

"Dans l'emphysème pulmonaire, il excite presque toujours de la stase veineuse ; le massage peut rendre un véritable service, en diminuant cette stase par des manipulations abdominales ; la dyspnée et l'œdème diminuent souvent très vite sous l'influence de ces manœuvres." (Hugon).

Mis en dehors de son effet diurétique le massage abdominal active tous les échanges de l'économie. Les quantités d'oxygène absorbé et d'acide carbonique exhalé par l'organisme augmente. Le taux de l'urée monte. La température centrale ainsi que le nombre des pulsations s'élève. C'est dire que les combustions dans l'intimité des tissus sont plus actives et par suite les produits de déchets de l'organisme augmentés. La régularisation et l'équilibration de la circulation générale par le massage abdominal, se manifestent chez la femme par la régularisation du flux menstruel, la diminution de la congestion annexielle, douloureuse ou gênante de la ménopause, par la disparition enfin des migraines congestives.

Le massage abdominal donne lieu à une suractivité des fonctions vitales à la suite de laquelle se produit bientôt un sentiment de bien-être et de souplesse par les mouvements, une augmentation de l'appétit, de son sommeil et des forces bien appréciables. — l'état général en profite, le poids du malade augmente, quoique la patiente au début de la maladie diminue ce qui fait au début croire au malade qu'il maigrit.

Bas sur ces merveilleux effets, nous nous adressons au massage abdominal chaque fois que nous voulons combattre une forte déchéance organique et surtout pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. Naturellement nous n'avons aucune prétention de guérir ou améliorer anatomiquement par le traitement manuel les lésions organiques. Mais partant du principe que la tuberculose guérit en dehors de toute médication, à condition que l'organisme soit soumis à une hygiène impeccable et surtout à une alimentation

copieuse, et de ce fait que chez les personnes où l'alimentation est défectueuse, — inappétence, dyspepsie, constipation, — la nutrition générale se ralentit, l'organisme se débilite, s'anémie et finit par préparer un terrain propice au développement de la tuberculose, nous pratiquons le massage abdominal, parce qu'il est capable de guérir la dyspepsie par son influence sur les glandes, les muscles et les vaisseaux de la poche stomacale, de combattre la diarrhée rebelle d'origine gastrique, de guérir la constipation atonique ou spasmodique (1). Or, nous le savons, l'amélioration générale va de pair avec celle de chimisme stomacal, l'accélération et la régularisation de la digestion.

Il n'est donc nullement étonnant de voir des jeunes gens, des jeunes filles, tuberculeux, ne mangeant plus, se nourrissant à peine par voie rectale, tourmentés par la fièvre léthique, d'une faiblesse extrême et d'un état cachectique des plus lamentables, il n'est nullement étonnant dis-je de voir ces malades au bout de 15, 10, et même huit jours de massage abdominal commencer à s'alimenter et après trois, deux mois, après un mois même de ce traitement reprendre leur occupation, vivre de la vie de tout le monde, malgré un poumon à caverne !!

Massage hygiénique. — L'indication dans les affections pulmonaires d'exciter les fonctions entanées, afin de mettre les poumons dans une condition meilleure pour obtenir la guérison est fort connue.

Grisolle, Valleix, Hardy et Béhier conseillaient déjà les frictions sèches ou aromatiques, voir même le massage général dans le traitement du catarrhe pulmonaire et principalement de la bronchite chronique.

Cabin-Saint-Marcel dans sa thèse inaugurale en 1853, s'exprime ainsi à propos du coryza : " Dans le coryza gagnant de proche en proche le larynx et les bronches : *Protinus diebus primis multum ambulandum est.* Notre expérience d'enfance est là pour prouver l'efficacité du précepte — En effet, qui n'a vu disparaître, après un exercice violent, une affection bronchique, dont les frissons, les douleurs contusives des lombes et des membres, l'anorexie, la céphalalgie, avaient annoncé l'invasion? Plus l'organe essentiel est menacé plus il est prescrit d'insister et d'y joindre un moyen qui fait la fortune de plus d'un charlatan, *le massage.* "

Paletta, Pastorella, Mondière, Billard, Valleix, Legroux, sont les premiers qui dans la sclérose des nouveau-nés, employèrent le massage dont Brochin explique les effets de la manière suivante :

(1) Voir Ph. N. Barbatis. — La technique du massage dans la constipation habituelle. — Édition des Archives Générales Françaises de Thérapeutique Physique. Paris, 134 Avenue de Wagram, in-8°. Prix, 1 fr.

Après avoir établi que la sclérose des nouveaux nés reconnaît comme cause une inertie vasculaire, un ralentissement de la circulation capillaire, Brochu écrit : " Les premiers effets du massage sont les suivants : Au bout de quelques instants la coloration cyanique de la peau est remplacée par une teinte rosée, c'est un effet immédiat et constant. La chaleur renaît dans les parties indurées, soit par suite des modifications opérées dans la circulation capillaire, soit par transmission de la chaleur de la main de l'opérateur. Après quelques minutes de massage, les parties indurées se ramollissent, s'assouplissent; les mouvements de flexion et d'extension sont plus faciles à reproduire; quelquefois même l'enflure semble fondre sur la main pendant l'opération, dont la durée est de cinq à dix minutes au plus, suivant la gravité des cas. Toutefois la résolution complète de l'œdème exige ordinairement deux ou trois jours de soins. Le massage paraît douloureux à l'enfant car " s'agite, il veut crier. Il crie faiblement d'abord; mais bientôt, excité, par la douleur, par les mouvements communiqués, les muscles inspirateurs se réveillent, la respiration s'active, le cri s'élève et souvent, vers la fin de l'opération, l'enfant dont la voix était éteinte au début, crie avec énergie. "

" Dans les maladies de poitrine, dit Phélippeaux, telles que la bronchite chronique, le catarrhe pulmonaire, l'asthme, et dans celles du larynx et de la trachée, la plupart des auteurs qui conseillent l'usage de la flanelle, des frictions sèches, aromatiques, et des révéatifs cutanés, prescrivent aussi le massage général.

Mais comment expliquer l'action bienfaisante du massage général dans les états pathologiques de l'appareil respiratoire? Naturellement nos manipulations n'agissent pas directement sur l'arbre aérien, mais leur action se fait sentir par voie de la circulation et du système nerveux.

D'abord la peau par suite du massage est débarrassée de sa cuirasse épidermique, cuirasse formée comme on sait par l'accumulation des matières grasses, provenant des glandes sébacées, mélangées aux cellules épidermiques en desquamation. Mais en renilant à la peau sa souplesse, le traitement manuel produit, en même temps et ceci par un phénomène réflexe — une activité dans l'excrétion des produits des glandes sudoripares et sébacées et une excitation dans leur sécrétion qui augmente le nombre des éléments spécifiques et surtout la quantité d'eau éliminée. En même temps, il active la circulation sanguine et lymphatique de cette large surface cutanée et met ainsi en contact plus intime les matériaux nutritifs avec les éléments anatomiques. De ce fait, il facilite les échanges

et active la phagocytose, d'où résorption très vive des liquides éprouvés normaux ou pathologiques. Enfin par sa très puissante action sur les terminaisons nerveuses de la peau, il produit l'anesthésie des filets sensitifs et excite les filets moteurs, vaso-moteurs et trophiques. Cette action du massage sur les terminaisons nerveuses ne reste pas localisée sur la région massée; mais elle se transmet par l'intermédiaire de filets nerveux, sur le système nerveux tout entier. Or, on connaît l'importance des phénomènes réflexes dont la peau est le siège. Qu'il nous suffise de signaler ici, seulement, l'importance du réflexe entané sur les phénomènes automatiques de la respiration pulmonaire.

Le massage en régularisant et en stimulant la vitalité de tous les éléments anatomiques constitutifs de la peau, favorise et active puissamment les réflexes entanés et tout particulièrement ici, ceux du côté de la respiration.

En massant l'appareil musculaire périphérique, nous ne faisons qu'exciter les muscles, à se contracter. Or, la physiologie expérimentale nous apprend que tout muscle qui entre en contraction est traversé par un courant sanguin cinq fois plus considérable qu'à l'état de repos. Mais cette accélération du courant sanguin ne se cantonne pas seulement au muscle massé, elle se propage de proche en proche aux gros vaisseaux, puis au cœur et à tout l'arbre circulatoire. De sorte que bientôt le sang circule dans toutes les artères, mêmes les plus éloignées de la tête, avec la même vitesse que dans le muscle massé. Et la preuve, c'est l'augmentation et la fréquence du pouls. Ce résultat devient d'autant plus intense que la masse musculaire massée est plus considérable. De sorte que l'accélération du courant sanguin atteint son maximum d'intensité lorsque tous les grands muscles de l'organisme sont soumis à nos manœuvres massothérapeutiques. Ainsi donc pendant le massage général tous les organes de l'économie sont traversés par une plus grande quantité de sang. Il s'y produit une congestion active de ces organes et de là un fonctionnement plus puissant, une vitalité parfaite puisque la nutrition d'un organe est en proportion de la quantité du sang qui s'y porte. Or, le poumon, cet organe solidaire du cœur, sous l'influence de la quantité plus grande du sang qui le traverse, active son jeu pour introduire dans l'économie une plus grande quantité d'air. Les combustions vitales ainsi que cela se fait dans l'organisme entier, seront dans l'intimité de ses éléments anatomiques plus énergiques et plus complètes. Il y aura une nutrition plus parfaite, par l'excitation de l'activité des échanges et par l'expulsion plus vive des déchets de la combustion.

Tous ces phénomènes qui naissent par suite de l'action directe du massage général sur l'élément musculaire, augmentent naturellement d'autant plus que nos manipulations s'adressent en même temps sur les vaisseaux sanguins, c'est donc en favorisant les échanges, en activant la circulation, en aidant à la résorption des œdèmes que le massage général améliore la nutrition du poumon, dont la vitalité a été compromise, augmentant enfin son énergie et sa résistance aux divers agents extérieurs. Il va sans dire que cette action bienfaisante du massage général sur le poumon est aidée par l'excitation qu'il imprime aux fonctions des organes éliminateurs, (reins, intestins,) éliminant les toxines qui se trouvent dans les déchets de désassimilation et les microbes pathogènes de l'organisme.

Procédés spéciaux de massage dans les affections de l'appareil respiratoire. — La douleur intercostale qui accompagne la pneumonie fibrineuse est non seulement très pénible pour le malade, mais encore en gênant plus ou moins la respiration et partant l'expansion pulmonaire, elle entretient la congestion pneumonique. Fagesson-Möller (de Francfort sur-le-Mein) combat heureusement ce point de côté par un procédé de massage qui fait partie intégrante du traitement massothérapeutique de la pneumonie, employé en Suède depuis longtemps déjà. Ce procédé consiste à faire, avec les extrémités des doigts d'une main, des frictions peu étendues, mais très énergiques, à l'endroit précis de l'espace intercostal où siège la douleur, pendant que l'autre main exécute la même manœuvre au point correspondant du côté opposé du thorax. Le massage de ce point symétrique non douloureux a pour but d'augmenter l'effet des frictions sur la région douloureuse, la sensibilité d'un nerf se trouvant, comme on sait, diminuée pendant l'excitation mécanique d'un autre nerf. Tout d'abord ce massage provoque chez le patient un arrêt respiratoire qui d'ailleurs, ne tarde pas à être suivi d'une inspiration profonde. Puis, à mesure que l'on continue les frictions, les mouvements de respiration deviennent de plus en plus amples et faciles, tandis que la douleur intercostale s'atténue et finit par disparaître complètement. Pour obtenir ce résultat on doit souvent prolonger le massage pendant une demi-heure. Il est bon de répéter les séances à des intervalles de trois ou quatre heures.

Naegeli et à sa suite Sobel, dans le traitement des paroxysmes de coqueluche, emploient la méthode suivante: Le médecin se place au devant du patient et appliquant les index et les médians fléchis à l'angle de la mâchoire inférieure et les deux pouces chaque côté du nez, sur le maxillaire supérieur du malade, exerce des tractions

en bas et en avant. Ou bien le médecin se place en arrière du malade, place encore les index et les médus fléchis sur l'angle de la mâchoire, les pouces sur le corps de l'os, pousse en bas et en avant. Cette méthode d'après Sobel jugule les accès de la coqueluche dans la plupart des cas ; agit mieux chez les enfants plus âgés que chez les bébés ; la manipulation est inoffensive et devrait être enseignée aux mères et aux gardes-malades ; elle serait moins efficace dans les autres toux spasmodiques et les spasmes laryngés ; elle est enfin indiquée tout particulièrement chez les rachitiques, les scrofuleux, les débilités, vu surtout leur prédisposition à des complications sérieuses : bronchite diffuse, broncho-pneumonie, convulsions, épistaxis, hémorragies sous-cutanées ou sous-conjonctivales, ulcérations sublinguales.

Enfin Th. W. Kilmer de New-York, traité avec succès la coqueluche par compression de l'abdomen et du thorax. Cette méthode consiste dans l'application sur l'abdomen et sur le thorax du petit patient d'un bandage de corps, comme s'il s'agissait de monter le tronc dans un appareil plâtré. La bande s'étend des ares axillaires jusqu'au pubis et doit être assez serrée. Pour l'empêcher de glisser, on la maintient à l'aide de deux bretelles. Sur ce bandage, on fixe au moyen de quelques points, une bande élastique qui ne recouvre que l'abdomen.

Le port de cette ceinture exercerait une action très efficace sur les vomissements, particulièrement fréquents au cours de la coqueluche, et qui sont, comme on le sait, très dangereux, surtout chez les nourrissons, car ils peuvent amener l'enfant à l'inanition absolue. Si les vomissements continuent après l'application de la bande élastique, c'est que celle-ci n'est pas suffisamment serrée.

Les effets favorables de la compression ne se borneraient pas à cette action inhibitrice sur les vomissements ; pendant la période des quintes, il suffirait d'envelopper le thorax d'une bande élastique pour voir les accès diminuer d'intensité.

Le seul inconvénient peu grave d'ailleurs, du procédé de Kilmer consisterait en une éruption eczémateuse qui se montre parfois sur les vêtements sous-jacents au bandage et qui disparaîtraient, du reste, dès qu'on cesse la compression.

Gymnastique respiratoire. Suivant l'expression du Dr Lagrange, la gymnastique respiratoire représente un ensemble de procédés tendant tous au même but :

1° Augmenter consciemment et volontairement la quantité d'air introduite à chaque inspiration dans les poumons ;

2° Assurer en outre la sortie méthodique de cet air,

Nous savons que le fonctionnement normal de l'appareil respiratoire comporte une respiration : normale, suffisante, complète.

La respiration est défectueuse ou anormale lorsque l'inspiration et l'expiration se font par la bouche ; lors qu'on inspire par le nez et on expire par la bouche ; lors qu'enfin l'inspiration et l'expiration se font par une seule narine.

La respiration est insuffisante, lorsque l'air ne pénètre pas suffisamment, régulièrement et en quantités égales dans les deux poumons. Enfin la respiration est anormale ou incomplète lorsqu'elle ne produit pas la dilatation complète du thorax, la dilatation dans tous ses diamètres ; vertical, transversal, antéro-postérieur.

Cependant la physiologie nous enseigne que cette respiration normale, suffisante, complète est souvent insuffisante. Qu'en dehors de certaines affections, telles que les conformations vicieuses du thorax, congénitales ou acquises ou dues au rachitisme, ou quelque fois encore accidentelles ou consécutives à des traumatismes d'ordre chirurgical (empyème, résection des côtes, les amygdales hypertrophiées, les rhinites chroniques, etc., etc.), affections déterminant des aptitudes respiratoires anormales ; le silence même, le silence prolongé amène par suite de la diminution en fréquence du "soufflet respiratoire" une inertie très prononcée de l'organe. En effet, l'examen spirométrique révèle chez les sourds-muets, par exemple, une capacité inférieure à la normale, c'est là, du reste, la seule raison pour laquelle dans les Instituts on tend à supprimer la méthode pratique, pour la remplacer par la méthode phonétique.

Or, la gymnastique respiratoire a précisément pour but :

- 1° D'augmenter la capacité pulmonaire ;
- 2° Une hématoxe plus profonde ;
- 3° La régularisation et l'équilibration des mouvements respiratoires ;

1o De perfectionner enfin le poumon au point de vue anatomique comme aussi au point de vue de sa fonction.

On y arrive par des séries d'exercices de respiration physiologique dirigés, surveillés et contrôlés par le médecin.

L'école Suédoise a créé le "mouvement médicament" ; localisation et dosage de l'exercice. Ce sont là deux principes dont on peut s'écarter sans porter préjudice au malade.

Pour que les exercices respiratoires soient véritablement efficaces, ils doivent être exécutés avec la bonne volonté du malade qui peut à sa guise régulariser son mode respiratoire.

La gymnastique respiratoire est simple, ou associée à des mouvements actifs ou passifs des membres.

Simple. Le sujet exécute des inspirations et des expirations lentement au commencement, devant une glace, inspirations et expirations profondes et rythmées, successivement dans des attitudes variées : debout, couché sur le dos, assis. Les inspirations forcées stimulent les muscles inspirateurs et expirateurs principaux et accessoires, et développent puissamment l'ensemble de la cage thoracique.

La gymnastique respiratoire associée aux mouvements actifs des membres consiste en élévation, écartement et circonvolution des bras s'harmonisant avec les deux temps de la respiration et combinés avec des attitudes étudiées ad hoc qui renforcent les effets. Le patient ayant les bras étendus horizontalement en avant les ramène verticalement le long de la tête, fait une inspiration profonde, ramène les bras à la position initiale, fait une expiration ; même mouvement dans le plan latéral ; il exécute des mouvements de natation soit debout soit sur un tabouret ; il porte une canne, dont il tient une des extrémités de chaque main, horizontalement au-dessus de la tête, puis il l'abaisse derrière les lombes et revient à la position initiale, etc.

L'extension dorsale constitue un des exercices les plus importants pour l'obtention de la dilatation thoracique. Mais pour que cet exercice produise tous ces effets, il faut avant tout que le patient prenne une bonne position, c'est-à-dire qu'il fasse au préalable l'extension parfaite de tout son corps ainsi qu'une profonde inspiration. Dans ces conditions il effectue une flexion du tronc en arrière, les bras tendus également en arrière contre un appui : espalier, mur, etc.

Par cet exercice les côtes s'élèvent plus haut, leur nombre se modifie, leurs articulations sternales et vertébrales se mobilisent, la cage thoracique, enfin, dans son ensemble subit une dilatation favorable au bon fonctionnement et au développement des organes respiratoires.

La gymnastique respiratoire avec mouvements passifs s'exécute soit avec l'aide du médecin soit avec l'aide des machines et tout particulièrement celles inventées par Zander qui représente en effet le type le plus rationnel et le plus perfectionné.

Les exercices exécutés avec l'aide du médecin sont les suivants :

Le patient est assis sur un siège sans dossier. Le médecin se plaçant derrière, applique ses deux mains contre le thorax du malade, les deux poignes dans les aisselles. Premier temps. Dans cette

position il soulève lentement et fortement les côtes par une pression d'arrière en avant, pendant que le sujet fait une forte inspiration, ayant bien soin d'effacer les épaules et bomber son thorax en renversant un peu la tête en arrière. Le deuxième temps consiste à l'abaissement des côtes et à l'expiration.

Un autre exercice respiratoire avec mouvement passifs et l'élévation des bras en avant et leur abaissement latérales. Il s'exécute de façon suivante :

Le patient et le malade sont placés dans la même position que pour l'exercice du soulèvement des côtes. Le médecin saisissant les bras du malade au-dessous de la saignée et à la face postérieure, les entrainera en avant, 1er temps, en haut, 2e temps, et les ramènera latéralement, 3e temps, en bas, 4e temps. L'inspiration complète se fera pendant les deux premiers temps. L'expiration pendant les troisième et quatrième. Que la gymnastique respiratoire soit simple, ou associée à des mouvements actifs ou passifs, elle provoque la ventilation complète des poumons, la dilatation du thorax et fortifie méthodiquement les muscles de la respiration.

Ainsi a-t-elle été employée dans le traitement de divers états pathologiques.

Sans trop nous tarder sur les parfaits résultats obtenus sur les adénoïdiens après l'opération chirurgicale, au point de vue du développement général de l'enfant, nous mentionnerons les affections qui se traitent avantagement par les exercices respiratoires.

D'une façon générale, la gymnastique respiratoire doit être employée dans toutes les affections pneumoniques : bronchites, asthme, emphysème, dans la résolution incomplète et tardive des pneumonies, les adhérences pleurales et la tuberculose pulmonaire.

Au congrès international de la Tuberculose (Paris 1905), Rosenthal employa la gymnastique et les exercices respiratoires dans le traitement préventif et curatif de la tuberculose au stade d'invasion. On sait que la tuberculose pulmonaire est précédée d'une période de troubles fonctionnels ou d'insuffisance respiratoire caractérisée à la fois par des anomalies du mécanisme physiologique de la respiration et par la diminution du jeu thoracique et du fonctionnement du diaphragme. A ce stade de troubles fonctionnels fait suite un stade où les troubles se continuent au sommet ; ils répondent successivement à une congestion simple, puis à une congestion avec germination de granulations grises. A ce moment, on aperçoit simplement une modification du murmure vésiculaire (sommet de gauche). Les exercices respiratoires progressifs, réglés

sur l'auscultation, associés aux traitements classiques, peuvent en quelques mois supprimer l'amaigrissement et faire rétrograder les signes physiques.

Il y a quelques années encore, lorsque dans les affections tuberculeuses existait un état fébrile, le repos absolu de tout le corps était le traitement vraiment sédatif. Le malade voyait sa fièvre augmenter si même dans un but hygiénique on l'incitait à un exercice quelconque.

Or l'exercice respiratoire à employer dans pareil cas est, d'après Derecq, *le soupir*. Il peut et doit s'effectuer par les voies nasales. Pour le produire, l'attitude favorable à prendre ne comporte aucun effort, aucune fatigue; il suffit que le malade n'ait pas le tronc fléchi sur les membres inférieurs, car la masse intestinale ferait obstacle à l'abaissement complet du diaphragme.

Le soupir analyse chez un sujet sain et bien constitué, peut être considéré comme composé de trois temps. Le premier consiste en une inspiration profonde, forcée en quelque sorte, à la fin de laquelle le déplissement des deux poumons est aussi complet qu'il peut l'être.

Il met en jeu tout l'appareil respiratoire, qu'il remplit d'air dans ses moindres parties. Puis succède à l'inspiration une pause d'une courte durée, ce temps peut manquer il est vrai, ou n'être qu'à peine notable, entre l'inspiration et l'expiration. Il suffit, cependant, qu'il puisse se produire spontanément ou aussi sous l'effort de la volonté, pour qu'il ait son importance gymnastique.

Il exerce longuement et utilement l'élasticité des tissus et permet aux phénomènes de l'oxydation d'avoir lieu intégralement. Enfin le troisième temps, l'expiration se fait aussi complète que l'inspiration, l'une étant complémentaire de l'autre.

D'après Campbell, on doit dans l'emphysème chercher à sauvegarder l'élasticité pulmonaire, à diminuer la tendance à l'expansion thoracique exagérée qui caractérise l'emphysème, empêche l'immobilisation du thorax par l'ankylose des côtes. Le sujet atteint d'emphysème doit d'autre part éviter les quintes de toux et les efforts de toute sorte qui peuvent distendre encore les alvéoles. Mais les exercices respiratoires sont tout indiqués. L'immobilité du thorax empêche la sortie de l'air résiduel et l'exercice expiratoire ou la compression thoracique peuvent assurer la mobilité du thorax et en même temps prévenir la stagnation de l'air.

Willeook, pour répondre à ces indications a imaginé une sorte de camisole, bien adaptée au thorax sur laquelle sont fixées dans la

ligne axillaire des sangles qui sont ramenées en avant où elles sont pourvues d'un anneau. D'un autre côté l'appareil est complété par une chaise sur laquelle doit s'asseoir le malade et qui est munie de deux montants portant des poulies à leur extrémité. Sur ces poulies glissent des cordes portant à une extrémité une poignée en trier à l'autre un crochet qui s'attache à l'anneau de la camisole. Pour l'exercice respiratoire, le sujet tenant les poignées lève les bras dans l'inspiration, les abaisse dans l'expiration, ce résultat est que dans le premier cas, le thorax est soulevé et qu'il est comprimé dans le second. En d'autres termes l'emploi de la camisole a pour effet d'accroître le jeu thoracique sans exagérer les efforts et de suppléer aux muscles expirateurs devenus insuffisants. Tout en les exerçant chez un sujet emphysémateux atteint de bronchite et de dilatation légère du cœur, la poitrine est augmentée de volume, les côtes sont élevées et souvent même plus ou moins fixées dans l'attitude de l'inspiration. Les alvéoles sont distendues, les cloisons sont en partie détruites et l'aération est devenue très insuffisante, il en résulte une mauvaise nutrition du tissu pulmonaire avec toute ses conséquences. Le traitement mécanique a pour effet de diminuer l'effort que doit faire un organe amoindri dans son tissu et de régénérer peu à peu par l'effet du mouvement le tissu musculaire, mais à condition d'éviter tout effort. La compression sur le thorax pendant l'expiration compense la perte de tissu, l'exercice méthodique de la respiration entretient la vitalité dans le tissu qui reste et peut favoriser son développement; il n'y a plus de stagnation de l'air dans les alvéoles et l'aération pulmonaire se fait presque normalement.

Un autre avantage de ce traitement est de faciliter l'expectoration qui est accrue, ce qui supprime encore un obstacle souvent considérable à la respiration.

Mais ce ne sont pas seulement les organes intra-thoraciques dont la gymnastique respiratoire améliore le fonctionnement. La cage thoracique même en subit l'influence, surtout dans les déviations de la colonne vertébrale.

Mme Nageotte Wilbouchevitch dans son Atlas-Mammel, recommande dans le traitement orthopédique, de faire "des inspirations amples, aussi profondes que possible, sans exagération, par le nez."

D'après Huchard, les battements du cœur qui atteignent l'adolescent de 12 à 15 ans ne sont pas dus à une hypertrophie d'évolution de cet organe mais au développement insuffisant de la cage thoracique dont les diamètres transversal et antéro-postérieur sont proportionnellement très étroits. Des troubles circulatoires sont

la conséquence de la lutte engagée entre le muscle cardiaque et la paroi thoracique résistante, d'où oppression, étouffement, céphalée, épistaxis, fatigue généralisée et souvent tuberculose. Il faut donc toujours songer, en face d'un sujet à poitrine aplatie et allongée, à la possibilité d'une tachycardie précoce préparant l'économie de l'adolescent à la tuberculose. Non seulement le cœur souffre dans le cas de poitrine aplatie, mais les poumons fonctionnent mal et avec les poumons, le diaphragme, d'où hématoxémie insuffisante, facilitant la culture de tous les germes pathogènes. Le remède, à cette affection curable entre toutes, le remède vraiment puissant, est l'application d'une gymnastique respiratoire rationnellement dosée.

L'accès d'asthme est dû à ce que les poumons se laissent distendre par l'air, qu'ils chassent incomplètement pendant l'expiration. Or, le malade pour lutter contre la dyspnée ou l'asphyxie, fait à chaque instant de grandes inspirations. Il aggrave donc sa situation, parceque la grande quantité d'air qu'il intro-duit dans ses poumons les distend encore davantage. Que faudrait-il donc faire pour sortir de là? Deux choses : apprendre au malade à faire des inspirations rares et superficielles, de façon à n'introduire qu'une petite quantité d'air dans les poumons ; lui apprendre à chasser de ses poumons la plus grande quantité d'air possible, au moyen des expirations lentes et prolongées. Pour arriver à ce double résultat, Saenger s'y prend de la façon suivante :

Lorsqu'il est appelé auprès d'un malade pris d'un accès d'asthme, il lui dit de compter à haute voix et de ne respirer qu'après être arrivé à un certain chiffre. Le malade compte donc à haute voix lentement : 1, 2, 3, 4, 5, 6, et fait une inspiration superficielle ; il se remet ensuite à compter : 7, 8, 9, 10, 11, 12, fait une nouvelle inspiration légère, se remet de nouveau à compter et ainsi de suite, pendant cinq, huit, dix minutes.

D'après ce que nous venons de dire, il est facile de comprendre l'effet de cette respiration réglée et rythmique. Pendant que le malade compte à haute voix, il fait une série d'expirations lentes qui chassent de ses poumons l'air qui y séjourne, en même temps que les inspirations rares et superficielles n'y introduisent qu'une quantité d'air juste nécessaire. Peu à peu, la distention des poumons, cause première de tout le mal, diminue et l'accès se termine rapidement à la grande satisfaction du pauvre asthmatique.

Mais ce n'est pas seulement pendant l'accès aigu que l'asthmatique doit s'astreindre à cette respiration particulière. Il faut qu'il s'y exerce encore dans l'intervalle des accès. S'il veut tirer de ce

traitement tout ce qu'il peut donner, il faut qu'il fasse ces exercices respiratoires tous les jours, pendant dix ou quinze minutes, en ayant soin d'augmenter progressivement l'intervalle entre les inspirations. Si, au début, il était obligé de respirer quand il avait compté 6, il faut qu'il arrive peu à peu à compter jusqu'à 10, 12, 15 avant de faire une inspiration superficielle. C'est un véritable entraînement, qui ne présente pas de grandes difficultés. Il suffirait de trois semaines pour améliorer notablement la maladie.

Et tel est, dans ses grandes lignes le rôle de la massothérapie et de la gymnastique respiratoire dans les affections de l'appareil respiratoire.

LE MASSAGE DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DU SYSTÈME VEINEUX

Par M. MARCHAIS, ancien interne des Hôpitaux de Paris.

La thérapeutique varie avec les temps et les milieux sociaux et s'adapte nécessairement à leurs exigences variables. Autrefois, où la vie était facile et lente, la perte de temps était sans importance ; aujourd'hui, "le temps est de l'argent", il ne suffit pas de guérir, il faut guérir vite. A résultat égal, la méthode la plus rapide n'est pas seulement la méthode de choix, c'est la méthode qui s'impose, et d'une façon exclusive. Le malade ne comprend pas qu'après un traumatisme ou une infection son médecin lui dise : "Patientez, le temps fera son œuvre". S'il existe un moyen de hâter la guérison, le médecin doit l'employer et son malade ne lui pardonnerait pas, à juste titre, de laisser ce moyen de côté par négligence ou par ignorance.

De là la place conquise par le massage dans la thérapeutique moderne, et nous voudrions exposer au Congrès les raisons pour lesquelles le massage et la mobilisation, non-seulement peuvent, mais doivent être appliqués au traitement des affections du système veineux.

I. TRAITEMENT DES PHLÉBITES.

On sait qu'autrefois rien n'était plus pénible que la convalescence d'une phlébite. Lorsque le malade était resté au lit deux ou trois mois, quelquefois davantage, il était encore bien loin de la guérison : pendant des semaines et des mois la marche était impossible, très difficile ; en un mot, à la phase de maladie aiguë succédait toujours un temps plus ou moins long d'infirmité. On s'est rendu compte qu'à cette période les lésions veineuses ne jouaient aucun rôle dans les symptômes : l'infirmité est déterminée par des troubles de circulation, par des raidurs et des infiltrations musculaires, des raidurs périarticulaires causés évidemment par la phlébite, mais aggravés par l'immobilisation prolongée. A ces lésions on a opposé le traitement par le massage et la mobilisation et les résultats ont été excellents. On s'est alors demandé, puisque ce sont ces lésions secondaires qui déterminent l'infirmité, s'il y aurait un moyen de les empêcher de se produire totalement ou en partie, si l'on pourrait appliquer le massage d'assez bonne heure et, de

cette façon, réduire au minimum le temps de l'impotence fonctionnelle. La réponse fut affirmative, mais il a fallu lutter contre la routine, contre les habitudes prises, contre la crainte d'accidents graves. Aujourd'hui, après une expérience de plusieurs années nous pouvons dire que la question est au point et que nous sommes à même de traiter les phlébites dans des conditions telles que les accidents dangereux sont évités et la guérison obtenue dans un minimum de temps.

La phlébite n'est pas une affection grave en soi : le point phlébitique n'est pas, comme la pustule charbonneuse, ou la membrane diphtérique, un point où s'élaborent des toxines qui iront infecter l'organisme : c'est une lésion locale produite de l'infection, d'une infection antérieure, et si les symptômes sont graves, ce n'est pas parce que la phlébite est plus grave que d'habitude c'est parce que l'infection cause de la phlébite, est d'une gravité exceptionnelle. Aussi nous avons le droit de dire que la phlébite serait une affection bénigne s'il n'y avait à redouter deux ordres d'accidents : des accidents immédiats, l'embolie ; des accidents ultérieurs, les troubles secondaires qui déterminent l'infirmité dont nous avons parlé plus haut.

Le traitement de la phlébite consistera donc, élimination faite d'un traitement local, à éviter l'embolie et l'infirmité.

Éviter l'embolie, cela nous est impossible, nous pouvons simplement éviter de nous mettre dans des conditions qui en favorisent la production. Nous avons tous vu des malades soigneusement immobilisés faire des embolies multiples, nous en connaissons heureusement d'autres qui malgré des mouvements, n'ont pas eu d'embolie, ce sont des cas exceptionnels. En règle générale nous savons que le caillot avant d'être fixé solidement (ce qui arrive au bout de six jours. — Expérience de Cornil et Marie) peut être détaché par un mouvement brusque : flexion ou extension de la cuisse sur le bassin. Tout ce que nous pouvons faire c'est, jusqu'au jour où le caillot est solide, d'éviter ce mouvement ; mais du jour où les mouvements ne sont plus dangereux, il est urgent d'y avoir recours pour éviter les troubles de la marche. La question se ramène donc à ceci : Y a-t-il un moment où le caillot est solide et pouvons-nous, par les moyens cliniques que nous avons à notre disposition, déterminer ce moment de façon à soigner nos malades en toute sécurité ?

Oui, il y a un moment où le caillot, produit d'un travail cellulaire qui s'accomplit le long de la paroi veineuse, est fixé et les expériences de Cornil et de Marie montrent que cela se produit le

sixième jour après le début de la phlébite. Au bout de six jours il est bien établi que ce caillot ne doit plus donner d'embolie.

Immédiatement nous sommes arrêtés par une objection : Comment se fait-il qu'il se produise des embolies le 25^e, le 30^e, le 5^e jour ? Cette objection n'a de valeur qu'en apparence : ce que nous appelons une phlébite dans notre mauvaise langue n'est pas une phlébite c'est une série de phlébites successives : pendant les 15 jours, trois semaines, un mois ou six semaines que dure la maladie, il se fait des ensemelements successifs en des points différents du réseau veineux et cela nous explique qu'il y ait des phlébites dites légères parce qu'il ne se produit qu'un ou deux points phlébitiques, des phlébites graves dans lesquelles il peut y avoir 12, 15, points infectés. On comprend toute l'importance de cette notion au point de vue thérapeutique. Le caillot, avons-nous dit, est fixé au bout de six jours, mais quand le premier caillot est fixé il peut en exister un autre qui soit encore à la période dangereuse : lorsque les cinq ou six premiers caillots ont déjà fait leur évolution, il peut s'en produire un septième qui ne soit pas solidement attaché à la paroi et puisse encore donner une embolie. Nous devons donc chercher à savoir si les caillots connus sont fixés, s'il ne s'en est pas produit récemment un dernier capable de nous donner des ennuis. La clinique nous fournit un moyen, je puis dire infailible, de nous rendre compte de tout cela : il ne se produit jamais un ensemelement sans que la température s'élève. C'est à dessein que je n'emploie pas le mot de fièvre. Si en effet, la plupart du temps le début de la phlébite s'annonce par une poussée fébrile, 38^o et au-dessus, quelquefois chez les malades dont la température est habituellement basse, il peut avoir une ascension seulement de 1 ou 5 dixièmes ; cela suffira néanmoins pour que le médecin ait le droit de penser à une nouvelle poussée phlébitique, qu'il se méfie et qu'il remette le massage à plus tard.

Le médecin prendra donc la température lui-même très soigneusement (ce sera toujours la température interne) et il pourra appliquer en toute sécurité la règle que nous formulons ainsi : Pendant tout le temps où il se produira des ascensions de température, pendant les 15 jours qui suivront la chute de la température : immobilisation. Dès que pendant 15 jours la température s'est maintenue basse sans le moindre crochet, on peut et on doit commencer le massage et la mobilisation.

Ici encore une objection très importante : Qu'est-ce qui nous garantit qu'après 15 jours de tranquillité il ne se fera pas de nouvel ensemelement ? Rien ne nous le garantit que l'expérience et cela

nous oblige, en même temps, à établir une distinction fondamentale entre les différentes phlébites, distinction nécessaire au point de vue thérapeutique. Dans les phlébites des infections aiguës (phlébites puerpérale, typhique, de la variole, de la grippe, etc.), lorsque le streptocoque, le bacille d'Eberth a sommeillé pendant 15 jours, je ne connais pas d'exemple qu'il se soit réveillé pour réinfecter un autre point veineux. Au contraire, dans les phlébites subaiguës que nous appelons goutteuses, rhumatismales, variquenses, l'infection se produit sans cause appréciable et quand un point phlébitique est guéri nous ne savons pas du tout si après un mois, deux mois ou six mois il ne se produira pas une nouvelle poussée. La thérapeutique est donc assez délicate dans ces cas, car on ne peut pas laisser un malade au lit à perpétuité et s'il survient de nouvelles phlébites peu de temps après qu'on lui a permis de se lever, ou fait du massage, ou donné des bains, le malade a une certaine tendance à attribuer cette rechute au manque de prudence de son médecin. Il est donc permis dans ces phlébites chroniques d'être exagérément prudent, pour les phlébites des infections aiguës qui sont les plus fréquentes et qui frappent des sujets jeunes ayant besoin de leur activité et voulant en jouir, on peut appliquer en toute sécurité les règles que nous avons données plus haut. Sur les cent trente-huit malades que nous avons traités jusqu'ici nous n'avons pas en un seul accident et les résultats comparés à ceux que donnait le traitement antérieur sont des plus satisfaisants.

Nous n'avons plus qu'à donner les indications relatives à l'application du traitement.

1^o IMMOBILISATION. Pendant la période de fièvre et les quinze jours qui suivent la chute de la température, immobilisation absolue. Pas de mouvements ; surtout pas de flexion de la cuisse sur le bassin.

La gouttière n'est pas indispensable ; elle n'est même pas utile : le membre atteint n'a pas besoin d'être immobilisé, il reste immobile de lui-même. Bien plus, pour poser et enlever l'appareil, on est obligé à des mouvements qui peuvent être néfastes. Donc pas de gouttière.

Si les deux jambes sont atteintes, il faut recourir à la gouttière de Bonnet qui permet de donner aux malades tous les soins nécessaires sans trop les seconder.

Quant aux liniments, pommades, leur action est avant tout psychique.

Pendant toute cette période, on prend la température interne très soigneusement. Souvent on aura l'ennui, après cinq ou six

jours d'athernie et alors qu'on se croyait bien parti, de constater une ascension thermique. Tant pis, on recommence à compter quinze jours. Si l'athernie a été aussi constante, on passe à la deuxième période du traitement.

MASSAGE ET MOBILISATION. C'est la mobilisation qui commence.

Les quatre premiers jours, on ne fera que des mouvements passifs des orteils, du pied de la tibio-tarsienne : et de l'effleurage très léger du pied, de la jambe, de la région externe de la cuisse sans détacher le membre du plan du lit, en ayant bien soin de ne pas appuyer sur les veines : saphène, interne, fémorale.

Le cinquième jour, le malade fait lui-même ces mouvements et exerce ses muscles de la jambe. A la fin de la première semaine, on fait exécuter des mouvements du genou et on masse les masses musculaires. Il est inutile de faire du pétrissage, qu'on se contente d'un effleurage soutenu et qu'on respecte la région des grosses veines : interstices des jumeaux, creux poplité, canal de Hunter et triangle de Scarpa.

Vers le huitième ou dixième jour, mouvements de la hanche. Le malade pourra s'asseoir dans son lit, on le mettra debout et vers le quinzième jour, il pourra faire quelques pas. Nous recommandons aux malades de s'appuyer au bras d'un aide plutôt que d'avoir recours à des cannes ou des béquilles qui favorisent les attitudes vicieuses. Il ne faut pas non plus s'effrayer de l'œdème qui se produit aux premiers jours de marche ; cet œdème, toujours considérable, disparaîtra progressivement. Il est inutile et nuisible de comprimer la jambe dans un bas élastique ou des bandes ; il vaut mieux laisser aux muscles toute leur liberté d'action : avec un jeu musculaire normal, la circulation se rétablira plus vite, et, en voulant l'accélérer par des moyens artificiels, on retarderait le retour complet à la fonction.

Le jour où toutes les phlébites seront traitées selon les principes exposés dans cet article, la description des infirmités graves consécutives à la phlegmatia sera peut être conservée dans nos traités classiques, mais faite de souvenirs seulement et non plus d'observations actuelles.

II. — DES VARICES

A côté des affections aiguës des veines existent, on peut le dire en l'état actuel de la science, des phlébites chroniques que l'on nomme communément varices. Jusqu'ici le traitement de ces affections n'existait pas, on se contentait de pallier les accidents lors-

qu'ils se prolnaissent ou, plus exactement, de chercher à les pallier. Nous voudrions démontrer que le traitement ancien était d'une application douteuse, souvent impossible et qu'il est possible à l'heure actuelle d'opposer aux accidents un traitement efficace tel qu'il n'entrave pas le cours de la vie normale.

Toute question d'esthétique mise à part, les varices peuvent déterminer les accidents sérieux : douleurs, crampes, lourdeurs, difficulté de la marche ; cette difficulté de la marche peut être telle que certains malades doivent renoncer à l'exercice de leur profession.

Jusqu'ici on n'opposait à ces accidents que trois procédés de traitement : le repos, la compression et l'hamamelis. Le repos n'est pas un traitement ; c'est peut-être à la rigueur un palliatif et encore pas toujours puisque certains variqueux souffrent tout autant au lit que debout, mais ce palliatif ne peut pas être employé par tout le monde ; il faut être riche pour se reposer, d'autant plus que quand on est variqueux c'est pour longtemps ; après une crise variqueuse que le repos a calmée il peut s'en produire et il s'en produit toujours de nouvelles.

La compression, à notre avis, est une chose extrêmement mauvaise parce qu'elle est inefficace et nuisible. Elle est inefficace parce qu'elle n'agit pas sur les points qu'il serait important de comprimer. On peut diviser les variqueux en deux classes : ceux qui souffrent et ceux qui ne souffrent pas ; anatomiquement nous savons qu'il existe des varices superficielles et des varices profondes. Or, la compression, à moins d'être exercée très fortement, ne comprime que les veines superficielles et cette compression très forte, capable de comprimer les veines profondes n'est pas réalisable ; le seul résultat auquel on aboutisse, c'est de comprimer les muscles des jambes et d'en déterminer l'atrophie. Encore nous plaçons nous ici dans l'hypothèse la plus favorable, celle où la compression est faite très régulièrement sur tous les points du membre inférieur. Or, au bout de très peu de jours, s'il s'agit d'un bas élastique, suivant le hasard de l'application si la compression est faite avec des bandes, la compression se fait de façon très inégale, sur différents points ; la jambe est divisée en zones où la pression est différente et la circulation veineuse se fait plus mal que si le malade ne portait rien.

Quant à l'hamamelis, l'examen sérieux des observations montre qu'on n'a le droit de lui accorder aucune valeur curative.

Pour faire un traitement rationnel des varices il faut se rappeler certaines données d'anatomie et de physiologie pathologiques.

Dans un premier stade la veine se dilate puis le sérum sanguin infiltre la tunique externe ; il existe déjà des troubles de fonction-

nement musculaire dus à la pression des fibres musculaires par les veines dilatées. Plus tard les muscles eux-mêmes sont infiltrés par la sérosité ; enfin la tunique périvasculaire réagit, se sclérose et la périphlébite vient toucher le filet nerveux qui chemine parallèlement à la veine. Le traitement doit donc se proposer de diminuer dans une certaine mesure l'hypertension veineuse et d'éviter l'infiltration, surtout l'infiltration des muscles et l'infiltration des tissus cellulaires périveineux des veines profondes.

La marche remplit la première indication; la contraction successive, rythmique, des différents groupes musculaires du membre inférieur détermine l'ascension du sang veineux de la plante du pied vers le cœur. Le massage répond à la deuxième, fait disparaître l'infiltration profonde ; de plus les muscles des jambes retrouvant leur tonicité jouent vis-à-vis des veines profondes le rôle de compresseurs physiologiques, de bas élastiques qui ont toutes les qualités de ces bas sans en avoir les inconvénients.

Voici comment nous comprenons le traitement des varices :

INTERDICTIONS. *A. Ne plus porter de bas élastiques ou de bandes.*— Ceci est assez difficile à obtenir des malades; depuis si longtemps on les a condamnés à la compression en les menaçant d'accidents terribles de toutes sortes s'ils y renouaient, qu'ils ne se soumettent pas à cette suppression sans crainte. Au moins pendant les premiers jours du traitement, car, par la suite, ils sont étonnés de ne pas avoir davantage d'œdème ou de douleurs. Nous ne faisons d'exceptions à cette règle que dans un cas : si pour une raison extraordinaire (soirée, réception), le malade est absolument obligé de rester debout pendant deux ou trois heures.

La suppression de la compression n'amène même pas de gonflement extraordinaire de la jambe, si le sujet observe sévèrement l'interdiction suivante :

B. Ne jamais rester debout et ne jamais marcher lentement.— On sait que la contraction prolongée des muscles détermine un arrêt de la circulation dans les veines qui traversent les muscles contractés. Or, n'oublions pas que tous les sujets que nous traitons ont fait de la compression plus ou moins longtemps, c'est-à-dire que leurs parois veineuses ont perdu l'habitude de se contracter et que les muscles striés, atrophiés, ne soutiennent plus et ne compriment plus les vaisseaux comme à l'état normal. Si donc, au moment où on supprime le soutien artificiel, on se met dans de mauvaises conditions physiologiques, il se produira un œdème physiologique, c'est pourquoi, dans les premiers temps du traitement, il faut être très sévère sur ce point.

Né jamais prendre de bains chauds prolongés.—Ceci est dans le même ordre d'idées. Après un bain chaud prolongé, les muscles sont flasques, même chez les sujets bien portants. Les variqueux remarquent qu'alors l'œdème est plus prononcé qu'en temps ordinaire.

PRESCRIPTION : A. *Hydrothérapie froide* si possible et sous la forme préférée : douche, tub. Le but est de tonifier la musculature.

B. Massage. Le massage ne représente qu'un moyen adjuvant, c'est une mise en marche. Il est indispensable chez les malades ayant de l'œdème prononcé, des douleurs, des crampes. Si on a affaire à des varices récentes, il peut n'être pas nécessaire. Il consistera en effleurage de tout le membre et en pétrissage du triceps sural et du triceps crural. Il est inutile de masser les veines elles-mêmes : quel est l'obstacle ? Si la sclérose n'a pas supprimé les éléments contractiles des parois veineuses, la suppression de la compression et le retour à la fonction leur rendront une partie de leurs propriétés. Si on voit ou sent sous la peau ou dans les muscles des dilatations avec ou sans phlébolithes, qu'on les respecte. C'est par les muscles qu'on améliore ses varices, c'est sur les muscles qu'on doit faire porter ses efforts. Suivant les cas on fera du massage tous les jours pendant quinze, vingt, trente jours. Dès que le malade pourra sans fatigue fournir la marche que nous prescrivons, le massage sera abandonné.

C. Marche. Pour être efficace, la marche doit être effectuée sous certaines conditions : à certaine allure et longtemps.

L'allure a une certaine importance : la marche lente, où les muscles restent un certain temps contractés, produit des effets comparables à ceux de la station debout. La cadence à recommander est la cadence militaire de 100 à 120 pas à la minute. Tous les malades pourront marcher à cette allure, même au début du traitement, quitte à s'arrêter au bout de peu de temps et à faire des pas plus petits que d'habitude, ce qui nous est indifférent.

L'efficacité du traitement sera en raison directe du temps de marche. Il faut donc arrêter très vite, le plus vite possible, à fournir un minimum de deux heures et demie. Cela semble effrayant au premier abord. Mais qu'on réfléchisse bien que nous n'exigeons pas deux heures et demie de marche continue ; ce temps peut être fragmenté en autant de fractions qu'on le voudra. Nous conseillons même de le fragmenter autant que possible—5 marches d'une demi-heure, 10 d'un quart d'heure, 15 de dix minutes peuvent nous importer. La seule règle est celle-ci : le malade doit s'arrêter dès

qu'il se sent un peu fatigué, et s'arrêter cela veut dire s'asseoir ou s'étendre et non pas rester debout. Comme conséquence, il devra se promener en des endroits tels qu'il puisse se reposer dès qu'il en sentira le besoin ou bien avoir recours à un pliant léger qu'il aura constamment par devers lui.

On arrive rapidement à fournir ce temps de marche et sans fatigue, en faisant un entraînement progressif.

Les trois ou quatre premiers jours, le malade marchera une heure — 12 fois cinq minutes, ou 6 fois dix — puis il fera une heure un quart, puis une heure et demie, etc., et, en général, vers le quinzième jour du traitement les deux heures et demie seront atteintes. Il n'est pas interdit de faire davantage, au contraire. Nous indiquons ce temps moyen parce qu'il est souvent difficile de trouver davantage de temps libre dans une journée.

Nous le répétons, le malade est juge de la somme d'efforts qu'il peut fournir par heure et par jour.

Le traitement doit être suivi rigoureusement deux ou trois mois suivant l'âge du malade, l'âge des lésions, leur cause. Mais, à l'exception du massage cessé après trois semaines en moyenne, les prescriptions, si strictement observées soient-elles, n'apportent aucun changement à la vie normale et ne constituent pas un traitement empyeux.

Il ne faut pas oublier qu'une fois un résultat obtenu, le malade continue à subir l'influence de sa diathèse ou de son hérédité. Il doit donc — sans pour cela se traiter à proprement parler — persister dans l'observance des règles d'hygiène : c'est-à-dire éviter de rester debout et profiter de toutes les occasions à lui offertes de faire une marche à bonne allure, si courte soit-elle. Et si, après quelques mois, les accidents réapparaissent en partie à cause d'une négligence ou à la suite de fatigues inévitables, il suffirait de quinze à vingt massages et d'un traitement rigoureux de marche de quinze à vingt jours pour tout remettre en état. Nous soignons de vieux variqueux à lésions très accentuées auxquels une cure de trois à quatre semaines tous les huit ou dix mois permet depuis trois ans — en l'absence de tout bandage — de mener une vie normale après des années de quasi-infirmité.

NOTE SUR LE TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DE CERTAINES PARALYSIES TRAUMATIQUES

Par le Dr CHARLES VERGE, chef du service d'Electrothérapie à l'Hôtel-Dieu, de Québec.

J'exclus à dessein du cadre de ce travail les paralysies traumatiques, ou chirurgicales comme on les dénomme parfois, d'origine médullaire ou centrale, comme celles qui se produisent à la suite d'une chute sur la colonne vertébrale, de fracture ou luxation de celle-ci, ou encore de simple contusion avec ou sans hémorragie sous-méningée; aussi les paraplégies consécutives au mal de Pott, que l'on peut inclure avantageusement dans la même catégorie. De même pour les paralysies obstétricales, et cette forme de paralysie faciale traumatique principalement liée aux affections du rocher ou aux otites. Je désire surtout m'en tenir ici et limiter ces notes à quelques observations, la plupart prises à mon service d'Electrothérapie de l'Hôtel-Dieu de Québec, et portant sur plusieurs cas de paralysies traumatiques du *membre supérieur*, de beaucoup les plus fréquentes généralement à une telle consultation. Cette restriction faite, et avant de vous donner le compte rendu détaillé de chaque cas particulier que j'ai l'honneur de rapporter à ce Congrès, qu'il me soit permis de faire précéder ceux-ci de quelques explications sémiologiques qui mettront peut-être en meilleur relief leurs respectifs syndromes, comme elles prouveront, j'espère, la raison d'être de l'intervention électrique dans cette forme pathologique, au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et surtout du traitement.

Les sept observations que j'ai à vous présenter peuvent être réparties comme suit :

Paralysies radiales 3

Paralysie cubitale 1

Paralysie du circonflexe 1

Paralysies associées du plexus brachial 1

Paralysies associées du plexus brachial, du circonflexe et du thoracique postérieur (branche du plexus brachial, née des 5^e et 6^e paires cervicales, qui innerve le muscle grand dentelé, et que j'associe pour cette raison aux paralysies du bras) 1

De ces différentes formes, qui, à part la paralysie du médian, comprennent toutes les paralysies traumatiques *isolées* du membre supérieur, la forme radiale est certainement la plus commune; les

raisons d'ailleurs en sont évidentes : localisation sous-cutanée à l'aisselle, position dans la gouttière de torsion humérale puis suivant le bord externe de l'os, se prêtant ainsi aisément à la compression. Celle-ci, qu'elle soit de peu de durée ou plus ou moins permanente, est la cause la plus ordinaire de la paralysie radiale ; citons ensuite les fractures de l'humérus intéressant le nerf soit par lésion indirecte, par compression, ou enfin enclavement dans le cal osseux. Une assez fréquente forme de paralysie passagère du radial est celle produite pendant le sommeil, quand le bras plié sous la tête est en même temps comprimé de l'autre côté, favorisant ainsi une élongation forcée. Les mineurs qui sont obligés de travailler parfois sur le côté dans la position horizontale sont fréquemment atteints de paralysie radiale. Les béquilles peuvent encore s'ajouter à l'étiologie par leur compression prolongée sur l'aisselle.

Le radial étant un nerf *extensor* par excellence du membre supérieur, quelle attitude caractéristique sa paralysie amènera-t-elle ? La main tombe et demeure en demi-pronation, avec toute extension des doigts naturellement abolie ; la supination devient impossible lorsque le coude est étendu, par la paralysie du long supinateur. Le triceps n'est presque jamais intéressé, et c'est ce qui rend si rare l'abolition de l'extension de l'avant-bras sur le bras, pour la raison que les filets moteurs innervant ce muscle sortent du tronc radial au-delà de l'endroit généralement comprimé. Les troubles sensitifs se résument la plupart du temps à une simple paresthésie. Dans cette forme de paralysie, la réaction de dégénérescence manque habituellement ; on n'y trouve en général qu'une diminution des contractilités galvanique et faradique ; donc pronostic déjà favorable au point de vue de la stimulation électrique future. Il va sans dire qu'avant d'entreprendre celle-ci la cause aura dû déjà être supprimée, et s'il y a compression ce n'est naturellement que lorsque le chirurgien aura dépisté et aboli celle-ci qu'on sera en droit d'attendre de l'électricité ce qu'elle est en mesure de donner dans un cas semblable. D'ailleurs la cause étant disparue, le traitement local devient tout entier électro-thérapeutique.

Mais la question qui s'impose incidemment en premier lieu à cet endroit est la suivante : Quelle est la valeur tant diagnostique que pronostique des réactions électro-musculaires pathologiques qui se présentent dans cette catégorie de paralysies en particulier ? Pardonnez-moi d'empiéter sur votre temps pour en repasser brièvement avec vous les grandes lignes. Posons d'abord comme principe qu'un muscle ou nerf moteur ne réagissent tout à fait normalement à l'excitation électrique quelle qu'elle soit, que lorsqu'ils sont parfaite-

ment normaux et sains. Ceci étant admis, on comprendra facilement qu'une simple fatigue musculaire suffira pour provoquer un léger affaiblissement de la contractilité, mais pour que les contractions électro musculaires s'écartent d'une façon notable de la réaction physiologique, il faut que dans le muscle, dans le nerf moteur, ou dans le système nerveux central il y ait un trouble pathologique permanent ou transitoire. Donc toute modification appréciable de l'excitabilité, par rapport à l'état physiologique, provoquée par les variations de potentiel de courant, traduit en réalité une lésion de l'appareil moteur nerf ou muscle. Dans certains cas cette excitabilité sera accrue, dans d'autres diminuée, parfois abolie. Souvent elle présentera le syndrome connu sous le nom de réaction de dégénérescence (D R) et chacune de ces modifications correspond à des lésions différentes. Vous voyez d'ici déjà, l'utile élément de diagnostic et de pronostic ainsi à notre disposition dans bien de ces sortes de cas. En pédiatrie, je vous cite comme exemple plus frappant peut-être, l'exagération de la contractilité qui permettra d'établir absolument un diagnostic hésitant entre un cas d'hémiplégie congénitale (d'origine cérébrale) et de paralysie infantile (médullaire, poliomyélite antérieure) qu'il est très souvent chez les tout jeunes enfants, impossible de distinguer autrement l'une de l'autre. Dans le premier cas l'augmentation de la contractilité éliminera de suite le diagnostic de poliomyélite, tandis que la présence constante de la D R dans la paralysie spinale, aussi limitée qu'elle soit, permet d'écarter à coup sûr l'idée d'une origine cérébrale de l'affection. L'exploration dans ce cas a donc permis de faire immédiatement le diagnostic avec la maladie de Little ou l'hémiplégie infantile, car, je le répète, certaines paralysies spinales très étendues affectent la forme d'une véritable hémiplégie d'origine cérébrale. Pour revenir à un exemple moins fréquent, mais de la forme qui nous occupe: Dans la paralysie radiale saturnine, l'exploration électrique montrera la présence de la D R dans les muscles paralysés, le plus souvent absente dans la forme traumatique où l'on constate un simple affaiblissement des deux contractilités, galvanique et électrique. De plus elle permettra de préciser le degré atteignant l'intégrité de la contractilité électrique des supinateurs, car, on le sait, sont indemnes dans la paralysie saturnine, tandis qu'ils sont atteints dans la forme radiale traumatique.

Maintenant, avant de passer directement aux observations en question, rendons nous compte du point de vue curatif de la forme de traitement qui nous occupe. Ce qui nous amène à l'électricité sa véritable supériorité comme agent thérapeutique dans les paralysies trau-

matiques, c'est que, comme l'a si bien dit Boudet, " parmi les formes de l'énergie qui sont à notre disposition, elle est la seule qui puisse remédier à la plupart des accidents et exercer des réparations plus ou moins complètes dans une partie quelconque organique ou fonctionnelle de la machine musculaire avariée." La soi-disant stimulation musculaire par un courant n'est en réalité qu'une stimulation des filaments nerveux intra-musculaires eux-mêmes; le muscle à son tour réagit alors indirectement et se contracte. Quand donc, dans une paralysie radiale traumatique, par exemple, nous stimulons les points moteurs ou régions d'élection, c'est-à-dire les endroits particuliers de la surface du corps où les différents muscles peuvent être le plus facilement excités et où se produit l'effet maximum d'excitation, découverte que nous devons à Duchenne de Boulogne, qui nous permet aujourd'hui de fixer avec *la plus grande précision* ces endroits de choix dans la stimulation -- quand donc, dis-je, nous faradisons le groupe musculaire suivant à ses points moteurs en plaçant l'électrode successivement sur : le triceps (extension de l'avant-bras sur le bras) le long supinateur (flexion), le cubital postérieur (adduction et extension de la main), les 1er et 2e radiaux externes (extension de la main), l'extenseur commun des doigts (extension de la main et des lères phalanges) -- comme dans la paralysie radiale, -- nous atteignons les multiples effets de stimulation des filaments terminaux du nerf radial qui les innerve, aidant ainsi la régénérescence comme la formation de nouvelles fibres, en même temps que par phénomène indirect ou contractera artificiellement le muscle lui-même avarié ou devenu peut-être plus ou moins atrophié, ce dernier puissant stimulus réparateur venant donc se greffer au premier. Les modifications favorables de calorification qui suivent bientôt cette thérapeutique viennent à leur tour prouver que les troubles vaso-moteurs dont le membre paralysé était le siège à la suite du traumatisme, sont pratiquement disparus. Von Ziemssen, après la découverte de Duchenne cité plus haut (découverte qui depuis complétée par celle de l'identité des régions d'élection et des points d'entrée des ramifications nerveuses dans les différents muscles), a constaté de plus qu'un tel muscle peut être stimulé non seulement à ces points d'entrée ou moteurs (généralement situés sur le bord de la masse musculaire), mais aussi par stimulation directe du nerf lui-même qui innerve ce muscle, à un endroit quelconque accessible du trajet de ce nerf, c'est-à-dire partout où celui-ci gît près de la surface du muscle. Certains muscles n'ont qu'un *point moteur*, correspondant en général à l'endroit où le nerf moteur est le plus rapproché du tégument, c'est au point d'entrée du

nerf dans le muscle ; d'autres muscles, au contraire, ceux qui sont volumineux, comme le deltoïde, les jumeaux, ou larges ou plats comme la trapèze, le grand dentelé, etc., ont généralement plusieurs points moteurs, l'excitabilité de chacun de ces points déterminant la contraction d'un faisceau musculaire isolé. En voilà suffisamment, j'espère, pour établir d'une manière claire et précise la valeur unique du processus réparateur obtenu par le traitement électrique bien dirigé de ces maladies.

J'ai insisté au long sur la paralysie radiale, que j'ai décrite ici comme type du sujet qui nous occupe, sa place étant tout à fait prépondérante cliniquement parlant, en fait de paralysies traumatiques. Les autres cas que j'ai eu à traiter ont été les suivants : *Paralysie cubitale*. Il y a ici un signe bien pathognomonique, c'est la "griffe cubitale," amenée par la paralysie d'un certain groupe de muscles qui, à son tour, cause par la persistance de l'action des antagonistes, cette attitude particulière qui consiste dans une extension exagérée de la 1ère phalange avec flexion exagérée des deux autres. Phénomène curieux, malgré sa situation superficielle au coude, le cubital est bien plus rarement atteint que le radial. Je n'ai aucune observation à rapporter de paralysie isolée du médian, qui est encore plus rare et qui a pour étiologie ordinaire la compression ou la brûlure de la paume de la main, avec névrite ascendante consécutive. En revanche, je puis citer un cas très net de paralysie du nerf circonflexe par lequel, comme vous savez, est innervé le détoïde, et deux autres de paralysies associées, l'une intéressant à la fois le plexus brachial, le circonflexe et le thoracique postérieur (innervant le muscle grand dentelé), guérie par le galvano-faradisation, l'autre du plexus brachial forme ordinaire ; survenus tous deux à la suite de luxation sous-coracoïdienne de l'épaulé. Dans un de ces cas, la D R était présente.

OBSERVATION 1. — *Paralysie radiale par compression*. — Joseph G., Sacré-Cœur, Co. Rimonski, âgé de 14 ans, employé à la manufacture de pulpe Price-Porritt de Rimonski, à la suite d'un accident dans lequel le nerf radial se trouve intéressé, est envoyé au Service d'Electrothérapie de l'Hôtel-Dieu le 14 juillet 1905, par le Dr Arthur Simard, chirurgien du même hôpital, qui doit vous faire part, je crois, du traitement chirurgical essentiel et causal qu'il lui a d'abord fait subir. Paralysie typique complète de toute la région radiale de l'avant-bras. Contracture légère des fléchisseurs. Parésie du triceps. Excitabilité faradique légèrement diminuée, galvanique normale. Traitement par le courant statique induit de Morton chaque jour du 14 juillet au 2 août ; à cette

dernière date amélioration déjà marquée, extension du ponce et de l'index qui commence à se faire, excitabilité faradique rétablie. Du 2 août au 14 septembre j'emploie alternativement la faradisation individuelle des supinateurs et extenseurs, vibrateur lent, interruptions lentes, et le statique induit. L'amélioration est journalièrement progressive, les différents mouvements redeviennent à mesure possibles; enfin le 14 septembre après deux mois au juste de traitement, le malade quitte l'hôpital—après constatation par mon savant confrère le Dr Simard—absolument guéri.

OBSERVATION 2. — *Paralysie radiale par compression*.—J. F., âgé de 7 ans, est affecté de paralysie radiale à la suite d'une fracture de bras avec formation subséquente de cal volumineux qui enlève le nerf dans son épaisseur et que M. le Dr Simard dégage habilement. État présent, septembre 27, 1905; Paralysie de toute la région radiale et du triceps. Réaction de dégénérescence présente. Diminution de la sensibilité tactile de l'avant-bras et main (zone radiale). Traitement galvanique du siège de la lésion et des muscles, du 27 septembre au 27 octobre, alors que l'amélioration porte surtout sur le triceps permettant l'extension du bras, ci-devant impossible. Après un intervalle d'absence dans sa famille, le malade reprend le traitement pour une couple de mois régulièrement, courants mortoniens gradués et galvanique, alternativement. Sous leur influence le progrès augmente, et moins la contracture des fléchisseurs qui cède lentement, le succès serait complet et assuré bientôt, si le patient n'avait été forcé de quitter le Service après ce temps. Dans les muscles la D R persiste encore quoique très manifestement diminuée.

OBSERVATION 3. — *Paralysie radiale par compression*. — Allau F., demeurant en Virginie, É.-U., en promenade à Québec, âgé de 5 ans. Se réveille un matin avec fourmillements très marqués dans les mains et avant-bras, sans cause appréciable. La paralysie s'accuse bientôt et quelques jours après l'accident — après grand usage de liniments, etc., de la part des parents, — ceux-ci me l'amènent avec toute l'anxiété que leur cause le spectre d'une poliomyélite nerveusement entrevue. Je constate une paralysie radiale caractéristique, causée tout vraisemblablement par la compression prolongée du nerf pendant le sommeil. L'excitabilité faradique et galvanique est normale. Je galvanise le nerf chaque jour pendant 5 minutes, positif sur le plexus, négatif à la main dans l'eau d'une cuvette, le tout suivi de faradisation avec primaire, intermittences lentes. L'amélioration est immédiate et continue, la guérison totale à lieu après 27 jours de traitement.

OBSERVATION 4. — *Paralysies associées du plexus brachial.* — Arthur H., 22 ans, menuisier, à la suite d'une chute du haut d'un échafaudage, se luxa l'épaule (luxation souscoracoïdienne) qui n'est réduite que quelque temps après l'accident, ayant évidemment donné lieu aux symptômes paralytiques du bras et englobant presque totalement les branches nerveuses émanant du plexus. Le malade se présente ainsi à mon service le 15 janvier dernier plusieurs mois après l'accident. Impotence *complète* du membre, tout mouvement impossible, D R présente. Par suite de traumatisme à la région deltoïdienne lors de la chute, le circonflexe (qui innerve le deltoïde) est aussi intéressé. L'atrophie générale du membre est considérable. Au bout de trois mois de traitement régulier et persistant pendant lesquels sont mis en réquisition successivement les courants galvanique, statique induit et faradique le malade voit se rétablir graduellement ses mouvements d'élévation de l'épaule, extension du bras, pronation et supination débutantes. La flexion et l'extension de l'avant-bras ne font qu'apparaître pour ainsi dire, à la date présente, date à laquelle le cas est encore sous traitement, démontrant que les nerfs radial, cubital, musculo-cutané et médian intéressés principalement dans la compression du plexus, ne font que commencer leur régénération, qui sûrement promet devoir s'établir complètement à plus ou moins brève échéance.

OBSERVATION 5. — *Paralysies traumatiques associées du plexus brachial, intéressant très nettement le nerf circonflexe (muscle deltoïde) et le nerf thoracique postérieur (muscle grand dentelé).* — Ce cas que j'ai vu conjointement encore avec mon confrère le Dr Simard, est celui de Louis L., cultivateur, âgé de 27 ans, qui se présente à mon service de l'Hôtel-Dieu le 9 janvier 1906, avec cette forme de paralysie bien définie survenue à la suite d'une luxation de l'épaule souscoracoïdienne, du reste réduite et constatée comme telle à la radioscopie. L'exploration électrique dénote une simple diminution de la contractilité faradique. Le malade ne peut soulever le bras jusqu'à l'horizontale, et d'ailleurs le deltoïde est dûment atrophié. Après environ 3 semaines d'un traitement comprenant de fortes étincelles de haute fréquence sur le deltoïde et galvano faradisation (conjointe) du bras, le malade quitte l'hôpital avec recouvrement absolu et complet de ses mouvements. Malheureusement l'atrophie est peu améliorée malgré qu'elle soit légère, mais le retour de la motilité semble satisfaire abondamment notre patient qui s'empresse de retourner chez lui.

OBSERVATION 6. — *Paralysie traumatique isolée du circonflexe.* — A. M., âgée de 40 ans, me consulte le 23 mars dernier à la suite

d'une chute sur l'épaule où les chirurgiens n'ont constaté ni fracture ni luxation et ayant amené une parésie au niveau de cette région avec impossibilité de soulever le bras jusqu'à l'horizontale. Une vive douleur s'est d'abord manifestée chez ce malade dans la région deltoïdienne sur le trajet du circonflexe. Tous les autres mouvements du membre sont demeurés normaux. Guérison absolue au bout de huit séances de 15 minutes, chacune consistant en de fortes étincelles de haute fréquence sur le deltoïde.

OBSERVATION 7. *Paralytic par compression du cubital.* — A la suite d'une chute sur le coude en tombant sur la glace vive à Québec, cet hiver, et pour laquelle je suis appelé à l'examiner d'abord aux Rayons X sans constater aucune lésion osseuse, R. B., de Halifax, N.-É., âgé de 18 ans, développe peu après le syndrome caractéristique de cette paralysie: "griffe" bien marquée (extension exagérée de la première phalange et flexion exagérée de la deuxième et troisième), abolition des mouvements du petit doigt, troubles sensitifs bien limités au côté interne de la main, etc. Excitabilité normale aux deux courants. Traitement: galvanisation directe du cubital au coude, faradisation avec interruptions lentes des muscles atteints. Guérison complète après trois semaines de traitement.

Ces quelques notes, Messieurs, qui s'adressent strictement aux paralysies chirurgicales, font bien ressortir l'étroite relation qui s'établit aujourd'hui et doit dorénavant exister entre les méthodes électriques modernes, scientifiquement raisonnées et appliquées, et la chirurgie. Parmi les observations précédentes, plusieurs vous feront observer que l'électrothérapie est venue heureusement aider et compléter l'intervention chirurgicale primitive. Si tel est le cas évident dans les paralysies par compression dont je viens de vous entretenir, le rapport s'établit clairement encore dans d'autres formes de paralysies où la ténotomie entre en jeu, indispensable pour une guérison que d'un autre côté l'électrothérapie subséquente — et de toute importance — des muscles paralysés antagonistes, rendra seule durable.

ANTAGONISME DE L'OPIUM ET DU VERATRUM VIRIDE, DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Par M. J. C. S. GAUTHIER, d'Upton, Professeur adjoint à l'Université Laval, Montréal.

Depuis quelques années, nous lisons souvent dans les journaux de médecine des travaux et des observations sur les bons effets du veratrum viride, dans le traitement de l'éclampsie puerpérale.

L'usage de cet excellent remède, qui est assez récent dans notre pays, a été d'abord suggéré par des médecins américains. — Toute l'humanité, les femmes enceintes et les médecins en particulier, doivent rendre hommage au Docteur Bakee, de l'Alabama, qui le premier a signalé ce remède et l'a mis en usage.

Les spécifiques en thérapeutique sont très rares ; cependant, on est convenu d'accorder ce titre au Quinquina, au Mercure, qui l'ont acquis depuis longtemps. La science moderne l'accorde aussi au sérum anti diphthérique ; en effet il guérit la diphthérie lorsqu'il est appliqué à temps.

Je crois que le veratrum viride mérite d'être ajouté à la liste des quelques rares remèdes à qui l'expérience a décerné ce titre de spécifique, car il le mérite sans conteste.

Pour preuve de mon avancé, je n'ai qu'à consulter l'expérience de ceux qui font usage de ce remède héroïque dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, l'appuyant d'une médication raisonnée venant au secours du veratrum viride, pour obtenir une guérison certaine et permanente de cette terrible maladie.

Au reste, je ne désire pas aujourd'hui vous parler de la méthode de traitement que j'emploie depuis longtemps, dont j'ai cité les observations dans des écrits antérieurs et qui sont connus du public médical de Québec. Je désire simplement attirer l'attention des médecins sur certaines erreurs dans la médication, spécialement sur *l'antagonisme qui existe entre l'opium et le veratrum viride dans le traitement de l'éclampsie puerpérale*.

Les théories sont nombreuses pour expliquer les causes de l'éclampsie puerpérale. Les uns en font une maladie essentiellement nerveuse, les autres l'attribuent à un mauvais fonctionnement des reins, par compression ou antrement, d'autres accusent le foie et les

intestins ; certains auteurs sérieux en font une intoxication placentaire. N'a-t-on pas invoqué jusqu'à la théorie microbienne et l'anémie qui a semblé pendant longtemps expliquer de la manière la plus satisfaisante cette entité morbide.

Toutes ces théories sont maintenant plus ou moins ébranlées dans leurs bases. — Il en est de l'éclampsie comme de beaucoup d'autres maladies dont l'étiologie n'est pas encore connue, les théories pleuvent, mais aucune n'est satisfaisante.

Néanmoins, je me suis arrêté à la théorie de l'auto-infection, la toxicohémie de la femme enceinte, par manque d'élimination rénale, hépatique, intestinale et cutanée, enfin de tous les émonctoires naturels, et je erois être dans la bonne voie, car tout le prouve.

N'est-il pas vrai que les femmes enceintes qui souffrent le plus souvent d'éclampsie sont celles qui pèchent le plus gravement contre les règles de l'hygiène ? En commençant par les jeunes primipares qui manquent de l'expérience nécessaire pour mener une grossesse à bonne fin, préférant souvent les avis de personnes ignorantes à ceux d'un médecin éclairé, et ces filles-mères, qui torturées par la crainte, le remords et la honte, arrivent à la fin d'une grossesse clandestine, sans connaître la moindre règle de l'hygiène de la grossesse. Combien d'autres multipares, qui ne s'occupent guère d'une constipation de quelques jours, d'une alimentation défectueuse, de la malpropreté de la peau, qui ne pensent même pas de prendre un bain pendant tout le cours de la gestation, qui négligent de consulter un médecin et ne songent pas à faire examiner leurs urines. Voilà autant de sujets voués à l'éclampsie puerpérale, ce sont eux-là qui paient un large tribut à cette terrible maladie et qui fournissent aux médecins de la campagne un vaste champ d'observation. C'est à la campagne en effet, que l'éclampsie fait le plus grand nombre de victimes et les préjugés nombreux qui règnent en souverains dans notre population rurale expliquent facilement ces désastres que nous constatons avec chagrin.

Le traitement prophylactique ne vient-il pas à son tour prouver la théorie de l'auto-intoxication ? Que fait le médecin lorsqu'il découvre les symptômes de l'albuminurie chez une femme enceinte ? Il cherche à ouvrir tous les canaux pour débarrasser le système des poisons qui l'assiègent, purgatifs d'abord, régime lacté absolu, bains de vapeur, légers diurétiques ; en somme, il ouvre l'intestin, combat l'insuffisance rénale et favorise l'élimination cutanée. — Par ces seuls moyens il évite souvent la crise éclamptique qui peut tuer la malade,

La dernière preuve sur laquelle je désire trouver la théorie de l'intoxication générale de l'économie n'est fournie par le traitement de l'éclampsie puerpérale. Si je cherche parmi tous les traitements les plus efficaces de cette maladie, je trouve encore que l'élimination par les divers émonctoires forme la base du traitement.

Le médecin qui, connaissant la gravité des accidents de la crise éclamptique puerpérale, a préconisé depuis longtemps un des moyens les plus prompts et les plus énergiques pour conjurer le danger, *la saignée* : ne faisait-il pas de l'élimination ?

Le traitement moderne le plus efficace, spécifique je pourrais dire, et qui est à la portée de tous, est certainement par le vératrum-viride, ce remède qui produit une véritable saignée intense, n'ouvre-t-il pas dix comp toutes les voies de l'économie entière ? Il agit sur la peau en produisant une transpiration abondante, sur l'estomac et le foie par des vomissements alimentaires et bilieux, sur le rein en augmentant la diurèse.

Quel est celui d'entre nous qui n'a pas été témoin de cette sédation nerveuse et circulatoire produite sur le vératrum-viride ? Le collapsus éprouvé par la malade et l'abaissement de la tension circulatoire produits par une dose physiologique de ce remède en réduisant promptement le pouls qui s'abaisse à cinquante pulsations à la minute en constituent un moyen sûr de guérison, car on ne voit jamais une convulsion nouvelle se produire dès que le pouls est descendu à 50 pulsations à la minute.

Si je puis m'exprimer ainsi, c'est la masse du sang artériel qui est vidée dans le système veineux, produisant l'effet d'une saignée sans perte de sang.

Je dis donc que tout concourt à prouver la théorie de l'intoxication hygiénique, le traitement prophylactique et le traitement curatif, et j'affirme que la médication la plus efficace de l'éclampsie puerpérale est celle par le vératrum viride et par l'hypodermoclyse au sérum artificiel, tenant en solution de l'acétate de soude à la dose de dix à quinze grammes au litre. Je préfère l'acétate de soude à l'acétate de potasse à cause de sa toxicité moindre.

Ceci étant admis, je me demande à quel titre on a pu se décider à compromettre une médication aussi efficace par l'usage de l'opium ou de son alcaloïde, la morphine. Celui qui songe à l'antagonisme de ces deux remèdes, aux incompatibilités physiologiques et dynamiques qui sont admises par tous les thérapeutes, ne peut s'empêcher de condamner cette erreur.

Considérons pendant un instant les effets immédiats et éloignés de l'opium sur l'économie. La seule raison qui puisse motiver son emploi, est son effet calmant sur le système cérébro-spinal, mais à quel risque n'expose-t-il pas cette éclamptique intoxiquée jusque dans la moëlle de ses os, en lui fermant toutes les issues par lesquelles le pourra se débarrasser du poison qui assiège son organisme, en augmentant son insuffisance rénale, hépatique, intestinale et en lui *en emprisonnant le loup dans la bergerie*.

Naturellement l'opium vous donnera quelques instants de répit, de fausse sécurité, à vous et à l'entourage de la malade, en calmant les convulsions éclamptiques qui font la terreur et l'épouvante des assistants. Satisfaction passagère que la malade a souvent payée au prix de sa vie.

L'opium augmente la tension circulatoire, à la première période, accélération du pouls, sécheresse de la peau et de toutes les muqueuses, diminution de la diurèse, constipation. Ces effets physiologiques hâtifs, qui viennent s'ajouter aux tendances à l'hyperhémie des centres nerveux de la seconde période, ne sont-ils pas des entraves au traitement raisonné de l'éclampsie puerpérale ?

D'un autre côté, le vératrum-viride ne doit-il pas avoir votre préférence, lui qui diminue promptement la tension sanguine, qui ouvre les pores de la peau, combat l'insuffisance rénale, hépatique, intestinale et qui agit sur le centre cérébro-spinal, non pas en le congestionnant mais en l'anémiant ?

J'ai toujours été l'ennemi des polypharmques, des médications simples et effectives doivent être préférées à celles qui réunissent des médicaments qui se détruisent mutuellement dans leurs effets et qui possèdent des incompatibilités physiques, chimiques ou dynamiques. — Si nous consultons les auteurs, nous ne trouvons pas que l'opium soit l'auxiliaire du vératrum viride. — *Bartholin*, lui reconnaît des effets physiologiques si contraires, qu'il en fait un antidote.

Desrosiers cite l'opium comme antagoniste au veratrum-viride.

En terminant je dirai avec lui : que les associations médicamenteuses ne constituent pas la meilleure manière de traiter les malades et le succès du praticien est loin de dépendre toujours du nombre de médicaments qu'il sait accumuler dans son ordonnance.

LE VERATRUM VIRIDE DANS L'ECLAMPSIE PUERPÉRALE

Par le Dr J. P. GIGLIÈRE, de Chapeau, Ont.

Il y a quelques années, je lisais dans une Revue Médicale de Montréal, une série d'articles et d'observations par un gynécologue éminent sur l'emploi du veratrum viride dans les convulsions puerpérales. Je n'ai qu'un cas à rapporter à l'appui de la valeur du veratrum dans ces cas, mais, son action presque magique, à deux différentes phases de la maladie, avant et après l'accouchement, donne à ce cas unique une valeur équivalente à deux observations sur différents sujets.

Observation — Femme, 30 ans, antécédents bons, excepté une infection après la naissance du premier enfant que mit au monde une des vieilles sage-femmes qui abondent ici. A eu trois enfants depuis, sans médecins et sans accident. Histoire de famille est bonne du côté paternel; une sœur de la mère est morte de briglisme. La patiente elle-même est portée à l'obésité, mais a toujours dit se bien porter. Depuis trois semaines, elle a de l'œdème des jambes. Je n'ai pas vu la femme depuis des années.

Je suis appelé à 6 hrs. A. M., le 1er août 1905, en grande hâte par le mari qui me dit que sa femme est sans connaissance. J'arrive à 7.30 et je trouve la malade dans les grandes convulsions éclamptiques. L'on me dit qu'elle est à 7 mois de grossesse et qu'elle est en convulsions depuis 4 heures. J'administre l'éther, à défaut de chloroforme que j'aurais préféré dans ce cas; je fais un examen et je trouve un col effacé, dilatable, non dilaté, tête accessible au-dessus du détroit supérieur. A partir de ce moment, les convulsions se répètent toutes les demies heures mais sont facilement somnifères par l'éther. A 9.30 j'envoie chercher un confrère à Pembroke pour m'assister dans l'accouchement forcé que je considère inévitable et je donne la première injection de veratrum viride, un vieil extrait, 20 m. De ce moment, les convulsions cessent, le pouls de 110 tombe à 80 dans la demi heure et une heure après était à 60. Les vomissements commencent, jaunes, bilieux inébranlables, pas d'effet sur les intestins. A 11 a. m. la malade redevient agitée, le pouls remonte à 72; je donne une seconde injection de 15 m. et le calme renaît, le pouls tombe à 44, la malade semble dormir profondément.

A 11, 40 a. m., mon confrère arrive et, après consultation, nous décidons d'attendre que la dilatation se fasse au moins en partie avant d'agir ; mais, à 12,30 les convulsions, recommencent mitigées et ne montrant pas le type franc de l'éclampsie, au point que mon confrère met quelque peu en doute mon diagnostic jusqu'à 1,30, alors que le type franc apparaît de nouveau pour le convaincre et nous nous décidons à agir sans retard. Le forceps est appliqué sans trop de difficulté et à 2,35 un enfant mâle naît en état de mort apparente, mais que je réussis à ranimer après une heure de respiration artificielle (Sylvester). La mère est délivrée heureusement et nous formons des vœux pour que les convulsions ne reviennent plus. La femme est bien, mais insensible ; pouls 72, respiration 22. A 4 p. m., nouvelle convulsion, me antre à 4,30, puis mon confrère me laisse. A partir de ce moment, les crises augmentent de violence et de fréquence au point que vers 7,30 il n'y a presque plus moyen de distinguer entre la fin d'une convulsion et le commencement d'une autre (subintrantes). A 8,15, malgré l'extrême épuisement de ma malade et comme dernière ressource, je me décide à essayer encore le veratrum et j'injecte d'emblée 25 m qui, cette fois, n'amène ni nausées, ni vomissements, mais abaissent le pouls à 56 et calment la malade que l'éther paraissait plutôt exciter. A 9 heures, le pouls remonte à 60 et je donne encore 15 m. qui font tomber le pouls à 50 en 10 minutes ; il se tient à 50 jusqu'à 10 heures quand survient une crise légère, mais le pouls reste à 50. A 11 p. m., je donne une autre injection de 15 m. qui, non plus, n'amène ni vomissements ni sudation prononcée mais une copieuse évacuation des intestins. Le pouls est à 46, la respiration à 11 et du pur type Cheyne-Stokes pour la première fois ; la cause est considérée comme perdue par tous les assistants ; je suis le seul à inspirer le courage. En effet, le reste de la nuit se passe sans alarmes ; la respiration C. S., disparaît après deux heures, la malade urine pour la première fois depuis 24 heures, les selles liquides continuent. A 6 a. m. je retire par le cathéter $\frac{1}{2}$ oz. d'urine brun foncé contenant 50% d'albumine. La malade est toujours inconsciente, mais les muscles sont au repos, la face est calme, le pouls à 50, la respiration normale, et je crois pouvoir prononcer un pronostic favorable. A 7,30, 24 heures après mon arrivée, ma patiente ouvre les yeux et me répond avec assez de sens ; elle a soif et prend un demi verre de lait et se rendort. Je la laisse ainsi avec instruction de continuer le régime lacté exclusif, un demi-verre toutes les 2 heures.

Le lendemain (2) la femme est en parfaite connaissance mais ne se souvient de rien de ce qui s'est passé avant ; pouls à 62,

temps normal, oedème des jambes presque disparu ; le 3 je la revois et le 5 je lui annonce que tout danger est disparu.

La marche de cette observation est, d'après moi que :

1o Dans l'administration du Ver. Vir, il faut être brave jusqu'à la témérité, nous avons affaire à une maladie qui ne pardonne pas et il faut la vaincre d'emblée.

2o Tenir le pouls en bas de 50. Sitôt que le pouls remonte au-dessus de ce nombre, les spasmes reparaissent. C'est le pouls qui doit déterminer le dosage du médicament.

LE TRAITEMENT DES KÉRATITES PAR LES HUILES SUPERIODÉES

Par le Dr L. C. BACHAND, de Sherbrooke, Qué.

L'iode et tous ses composés ont joué et jouent encore un grand rôle dans les maladies générales et dans celles de l'organe visuel. Hutelison a été l'un des premiers médecins à proclamer l'iodure de potassium comme le plus efficace spécifique des affections chroniques.

Mais je n'embrasserai que les nouvelles combinaisons de l'iode telles que l'iodipalmé, l'iodipin, le lipiodol et le "Petrogen Iodine". Ces préparations sont peu connues et méritent de l'être du praticien.

Autrefois on prescrivait presque uniquement les iodures de potassium et de sodium, mais aujourd'hui, à cause des progrès de la chimie organique, on va plus loin. L'iodoforme et ses succédanés les biniodures d'hydrargyre y trouvent leurs places, ainsi que l'iode pure en dissolution avec l'éther, le chloroforme l'alcool et les huiles. L'huile de foie de morue dans laquelle on a fait dissoudre 5% d'iode est encore en vogue chez quelques praticiens. Ces diverses préparations sont cependant irritantes et difficiles à supporter. En 1901 l'huile d'olive avec 10 % d'iode pure fut ajoutée à la thérapeutique par le Dr. Pagel de Nancy. Depuis ce temps avec l'huile de sésame et d'oeillette on est parvenu à produire une combinaison forte, variant entre 10, 25 et 40%. Ces dernières préparations sont facilement tolérées et leur pouvoir curatif est puissant. Ce sont: l'iodipin, le lipiodol, l'iodipalmé et le "Petrogen Iodine" de Wyeth & Co.

L'iodipin, produit qui contient 25% d'iode, se présente sous forme de liquide huileux, d'un brun plus ou moins foncé selon qu'il contient plus ou moins d'iode. Il est incipide et non caustique. Il est un peu moins dense que l'eau. On dit que cette découverte appartient à un médecin allemand qui s'est servi d'huile de sésame.

Le Lipiodol à 40%. Ce produit est celui du Dr. Lafay. C'est l'huile d'oeillette dont il se sert pour faire sa solution. Il est insoluble dans l'eau et l'alcool, mais il est soluble dans l'éther, la benzine et le chloroforme. Sa couleur et le goût sont ceux de l'huile elle-même.

L'iodipalme est une imitation des deux premiers.

Le " Petrogen Iodine " de Wyeth & Co est aussi une imitation de ces trois produits.

Ces produits prennent leur importance dans leur non toxicité et leur complète innocuité, fait connu et attesté. C'est le cas de dire que les Allemands ont prescrit ces remèdes à la force de 6 grammes et demi d'iode pure par 24 heures. Leur innocuité proviendrait de la combinaison d'iode dans l'organisme, de sa localisation rapide dans le tissu adipeux et de la lenteur de mise en liberté de l'iode.

MODE D'ADMINISTRATION:

On peut administrer ces remèdes de trois manières: par voie stomacale, anale et par injection sous-cutanée. Je préfère ce dernier mode et je le crois plus pratique et plus curatif. Je me sers pour cela d'une seringue à sérum. Je ferai remarquer que l'on ne devra pas chauffer l'huile au delà de 35° centigrade avant de l'administrer, car c'est à ce degré qu'elle commence à se décomposer. Si elle est surchauffée elle prendra une couleur plus foncée. Le procédé le plus prompt et le plus facile est bien l'emploi des tubes hypodermiques de Chevreton & Lematte. Le lieu d'élection est dans le tissu celluloadipeux, soit dans le gras de la fesse ou dans les régions dorsale, lombaire et scapulaire. Je n'ai jamais dépassé 10 c. c. par 24 heures et je n'ai jamais fait plus que 15 piqûres consécutives quoique certains praticiens en aient faites plus que 20.

Ces produits s'éliminent surtout par les voies urinaires, et jusqu'à présent, je n'ai constaté aucun cas d'iodisme depuis les trois années que j'en fais usages. La tolérance et l'innocuité sont parfaites et leur administration par la peau n'est pas douloureuse si on la fait lentement. Comme en phlogose oculaire il faut agir promptement, je n'ai jamais hésité d'avoir recours à ces produits, qui m'ont donné d'ailleurs pleine satisfaction dans presque tous les cas, non seulement chroniques, mais aussi dans les cas de kératites aigües suppuratives ou non, suites de traumatisme et inoculations exogènes. Cependant les cas chroniques donnent de meilleurs résultats et c'est pour ceux-ci que j'en recommande l'usage.

1°. *La kératite phlycténulaire*, exulcération plus ou moins profonde des conchues cornéennes antérieures qui s'étend jusqu'à la membrane nasale. Elle laisse souvent après elle des néphéliions, des taies ou des ectasies. Ces cicatrices sont indélébiles la plupart du temps et elles diminuent l'acuité visuelle plus ou moins.

2°. *Les kératites vésiculeuses antérieures*, à la suite d'herpès de la cor: (e. (*herpès ou fébrile ou zoster*)).

3°. *La kératite trophique*, ou neuro-paralytique, par paralysie partielle ou totale du trijumeau.

4°. *La kératite d'Hutchison*, dite interstitielle, avec ses trois périodes: opacification, vascularisation et guérison. Elle peut être circonscrite, diffuse, unoculaire ou binoculaire.

5°. *La kératite desmétique*, avec iritis ou irido-cyclite, complication qu'il est d'habitude de rencontrer à des degrés différents.

Dans ces phlogoses, l'infection est sûrement idiosyncrasique et pour cette raison le traitement iodique est bien celui qui paraît être le plus plausible. Fort de ce raisonnement je n'ai nullement hésité à me servir de ces produits, qui d'ailleurs, m'ont donné des résultats pratiques et substantiels. A l'heure actuelle j'ai sous traitement un cas qui d'abord m'a paru désespéré; c'est un cas de kératite desmétique qui a passé par toutes les phases sérieuses ci-haut mentionnées. Et ce mauvais cas va guérir et laisser une acuité visuelle passable.

POISONS ALIMENTAIRES ET MÉDICINAUX

Par le Dr A. N. RIVET.

Professeur de chimie et de Toxicologie à l'Université Laval, Montréal.

Il y a un peu plus de trois mois, je présentais à la Société Médicale de Montréal une courte étude sur les dommages causés à la santé de nos concitoyens par la multitude de poisons que nous ingérons, sous toutes les formes, tant alimentaires que médicamenteux. Je n'étais pas le premier, tant s'en faut, à ouvrir la voie. Aux États-Unis, les journaux s'étaient déjà emparés d'une partie de la question, celle des médecines brevetées et le Gouvernement Fédéral avait de son côté constitué une commission devant s'enquérir sur ces mêmes remèdes brevetés. Mais là ne réside pas tout le mal. Pour quiconque veut bien examiner cette question de près, une foule de subdivisions s'imposent demandant chacune d'elles une étude spéciale. Cette étude spéciale apparaît nécessaire à nous, médecins, par la connaissance que nous avons de tous ces cas d'empoisonnement, soit alimentaire, soit médicamenteux, volontaires ou non, qui nous tombent si souvent dans les mains. N'avez-vous pas comme moi, comme bien d'autres, déploré qu'il n'existait pas dans notre beau pays, des lois assez fortes ou mieux observées pour empêcher de tels abus. C'est lors que nous touchons du doigt le mal que nous sentons davantage l'absence ou la faiblesse du remède dont nous disposons. Aussi, disais-je à la Société Médicale, bientôt un congrès va s'ouvrir : ne serait ce pas une belle occasion de présenter aux confrères nos plaintes et nos besoins, afin que, d'une telle assemblée, les vœux qui en sortiraient puissent mieux être entendus en plus haut lieu que la voie d'une modeste société médicale. L'auditoire qui m'écoutait ce soir-là m'a encouragé fortement à venir vous trouver, et voilà pourquoi, messieurs, soutenu par mes savañts collègues, je suis venu vous porter par mon pauvre organe, la plainte de la multitude exploitée et empoisonnée par des gens sans scrupule.

Il est temps, semble-t-il, que de telles exploitations prennent fin. Le sol d'Amérique paraît être un terrain aurifère où tout moyen semble bon pour en faire sortir le vil métal. "Per for et nefas." Ce mot des anciens est mis en pratique. Les notions d'honnêteté commerciale, de scrupule en affaires, sont lettre morte

pour les honorables fabricants de tout acabit qui nous vendent de quoi nous nourrir ou nous guérir. Ce qui se passe chez nos voisins, où l'on voit le corps médical tout entier se désintéresser en présence de la lutte entreprise par les journaux mondains contre les charlatans est une honte pour lui. Notre Gouvernement semble ébranlé en faveur d'un tel mouvement, et nous devrions profiter, il me semble, de cette apparence de bonne volonté pour le pousser vers des mesures devant conserver la santé de nos compatriotes.

Le travail que je viens vous présenter couvre un champ assez vaste, il est vrai, mais il se trouve contenu dans un cercle bien fermé, le peril auquel se trouve exposée la santé publique. Ainsi me semble-t-il nécessaire de faire passer sous vos yeux, rapidement, trop même, les différents dangers qui nous menacent. Ainsi, nous avons les médecines brevetées, les matières alimentaires, les médicaments toxiques livrés avec trop d'aisance par les pharmaciens, et enfin les médicaments falsifiés. Ces quatre grandes parties peuvent elles-mêmes se subdiviser, et s'il fallait mettre en détail tout le mal qu'elles comportent, un volume suffirait à peine.

Abordons donc le sujet, et voyons les médecines brevetées ou patentées. On peut les diviser en trois parties bien distinctes, celles qui ne contiennent rien ni pour ni contre la santé. Elles sont un mélange quelconque d'ingrédients donnant une couleur et un goût quelconque à de l'eau. Nous n'avons pas à nous en occuper, sinon pour dire que leur vente est simplement un vol. Ainsi l'Ozone et le Liquozone sont de l'eau renfermant des traces d'acide sulfureux. Une autre classe est plus importante, c'est celle des préparations à base d'alcool. Elle est nombreuse, et un certain nombre d'entre elles analysées par le Gouvernement fédéral, après enquête faite aux États-Unis, nous ont montré leur réelle valeur.

Vendues sous toutes sortes d'étiquettes menteuses, elles ne sont alléchantes pour le public que pour leur effet stimulant, action d'origine inconnue de celui-ci qui s'y laisse prendre. Le grand danger de ces préparations ainsi que celles de la classe qui va suivre est l'accoutumance avec la dégradation qui s'ensuit. La plus funeste de ces préparations, celle qui a créé tant de bruit autour de son nom, "le Peruna," en deux mots n'est que de l'alcool à 22%, presque du whiskey ordinaire. Rien d'étonnant que tant de personnes accoutumées aux stimulants y prirent goût. Menacés dans leurs plus chers intérêts, les propriétaires, se voyant déçus, voulurent lui donner une apparence de remède et y ont ajouté depuis, paraît-il, une préparation cathartique; ceux qui en abusent

doivent en ressentir les effets. A ceux qui nieront les effets intoxicants du Pérnu, nous pouvons leur citer le nom d'une personne qui, ne voulant plus boire, prit un jour une pinte de Pérnu, et fut ramassée dans le délirium tremens. Mais cette préparation n'est pas la seule renfermant beaucoup d'alcool. De vieux remèdes patentés, comme nous les nommons, tels que la Salsepareille de Bristol, celle d'Ayer, renferment la première, 22.09%, la seconde, 22.18% d'alcool; il est facile de voir que ces trois préparations vont bien ensemble pour griser leurs clients.

Le Paines' Celery Compound, pour sa part, renferme 18%, le Burdock Blood Bitters, 16% d'alcool et des traces de médicament pour colorer leur pavillon. J'en passe, la liste serait trop longue. On voit d'ici le danger d'absorber ces drogues. Inconsciemment le malade s'y habitue, et bientôt, il ne peut plus s'en passer au détriment de sa santé, de sa fortune et de son avenir.

Si nous passons maintenant à la troisième partie, des préparations toxiques autrement que par l'alcool, le danger est encore plus grand. Comme un serpent qui se faufile dans les herbes, il nous tue sans que nous le sentions venir. Sous toutes sortes d'aspects et de costumes; ces poisons nous arrivent afin de guérir toutes les affections. Les préparations alcooliques sont surtout destinées à tonifier, stimuler, selon leur étiquette, mais les autres viennent pour détruire le catarrhe, les rhumes, bronchites, la tuberculose, la diarrhée, les névralgies, rhumatismes, diabète, etc., et c'est ainsi que seront absorbés l'opium, la morphine, le chloral, la cocaïne, l'acétanilide, etc. Les étiquettes affirmeront qu'aucun narcotique ne s'y trouve, tandis que, toujours il est là. Hélas, que de morts, ou plutôt de d'assassinats, le mot n'est pas trop fort, n'avons-nous pas à déplorer par l'usage de ces poisons? Combien y en a-t-il de mères qui ont regretté pour toujours une dose trop forte de sirop calmant donné à leur enfant; que de fous à l'asile, que de suicidés même, les poudres ou pommades pour le catarrhe n'ont-elles pas été l'agent?

Aussi, n'est-il pas évident que l'obligation pour les fabricants de médecines brevetées d'apposer sur l'étiquette la formule complète n'est pas de trop? Je vous en laisse juges.

Après avoir étudié les produits du charlatanisme médical, passons maintenant à ceux du charlatanisme alimentaire.

Ce n'est pas chose nouvelle pour le médecin de dire et d'entendre parler de matières alimentaires sophistiquées. Les journaux politiques, les revues médicales, les sociétés d'hygiène tous les mois jettent les hauts cris sur la mauvaise qualité d'aliments trouvés

dans le commerce. Que ce soit de la viande, en conserve ou autrement, des légumes, des épices, des pâtisseries faites avec des matières premières de sixième qualité, nous savons que nous sommes souvent exposés à nous servir d'aliments bien plus propres à infecter le système qu'à nous maintenir en santé.

Passons en revue la série des matières alimentaires que nous employons, nous les voyons toutes plus ou moins contaminées.

La fleur est adultérée par des matières minérales afin d'en augmenter le poids, on y ajoute de l'alun ou du sulfate de cuivre pour lui donner une meilleure couleur ; au pain on ajoute de l'alun ou du sulfate de cuivre pour le blanchir, du plâtre pour donner du poids.

La crème de tartre ou tartrate acide de Pot., si employé par les ménagères est très souvent mélangé à de l'amidon, de l'alun, du phosphate de chaux ; on ira même en vendre composé seulement d'amidon, de phosphate de chaux et d'alun, sans crème de tartre. L'huile d'olive est bien sujette aux falsifications ; en Amérique, elle est le plus souvent additionnée d'huile de coton ou d'arachide ; quelquefois, il n'y aura pas d'huile d'olive du tout, ce sera de l'huile de coton, ou un mélange d'huile d'arachide et d'huile de coton. L'huile à salade que les pharmaciens vendent est très souvent adultérée ; ceux-ci en sont bien innocents, ils l'achètent comme ils la vendent, c'est le producteur qui est responsable. On a même été jusqu'à ajouter 15 à 20% d'huile de ricin, et on dit qu'à cette proportion le goût n'est aucunement altéré.

Dans les huiles d'olive qui ne sont pas destinées à la table, toutes les huiles même celle de pétrole sont employées pour la falsifier.

Si nous prenons le chocolat, d'un emploi si répandu aujourd'hui dans nos familles, voilà encore un produit falsifié bien souvent. L'amidon, la fleur, bien d'autres corps sont employés pour lui donner du poids ; des mélanges ferrugineux ou l'aniline lui donneront de la couleur ; parfois aussi on y ajoute du sulfate de cuivre, du chromate de Pot., du sulfate de nickel pour la couleur et souvent des arachides. des gâteaux d'amandes et autres graines oléagineuses, après que l'huile en a été retirée par pression, Un produit alimentaire national, délicieux, qui fait la joie des enfants et aussi des grandes personnes, je veux parler du sucre et du sirop d'érable, est attaqué de tous côtés par les falsificateurs. On fait aujourd'hui du sirop d'érable en grande quantité avec du sirop de glucose ou de sucre ordinaire auxquels on ajoute de l'extrait de

l'écorce de noyer pour lui doner le goût. On a été jusqu'à prendre un brevet aux États-Unis pour ce procédé. Maintenant, ce que l'on ajoute au sirop d'érable pour en augmenter le volume : du sirop de glucose, de l'infusion de graine de lin, du sirop de cassonade, et combien d'autres choses n'y a-t-on pas mis. Le sucre d'érable de même, ne se défie-t-on pas communiément, dans le public, du sucre que l'on achète ?

Pour nous, Canadiens, si un produit alimentaire avait dû être protégé, c'est bien celui-ci, n'est-ce pas ? Eh bien, voyez sur la rue St Paul, à Montréal prospère une manufacture en gros de sirop d'érable. En toute saison, en automne comme au printemps, les voitures sortent tous les jours chargées de caisses de sirop d'érable que l'on expédie dans les campagnes et aux États-Unis, et ce, sous les yeux des inspecteurs du Gouvernement.

Le thé, le café, les épices, les bonbons, les conserves de fruits, les liqueurs fortes, cognac, rhum, les liqueurs de dessert nous donnent des preuves en grand nombre qu'elles sont frelatées. Si nous passons aux viandes, nous voyons que les bouchers, les charcutiers sont aussi habiles que leurs confrères pour masquer la mauvaise qualité de leur marchandise. On fera de la saucisse avec des débris de viande gâtée et on lui donnera du corps et de la couleur avec des procédés chimiques. Les bouchers ont de la viande trop vieille, qui est noircie et dont l'odeur commence à donner des preuves de son âge : il leur est facile de faire disparaître tout cela au moyen de certaines poudres ou liquides nommés préservaline, avec lesquels ils arrosent ou saupoudrent leur marchandise gâtée.

Quelles sont les matières employées en général pour empêcher les aliments de se gâter ; s'il fallait toutes les donner, ce serait bien long, mais les principales et celles que l'on retrouve le plus souvent sont : l'acide benzoïque, le benzoate de soude, l'acide salicylique, le bêta-amylitol, la saccharine, l'abrastol, la formaldéhyde, les fluorures, les silico-fluorures, les sulfites, le borax, l'acide borique. Il m'est impossible de rien donner en détail, ce serait interminable. J'ai cru seulement devoir vous donner un très léger aperçu de ce qui se passe. Avec des médecins cela suffit, me semble-t-il, à les convaincre qu'un mouvement, et un très fort, doit être tenté pour sortir de ce danger de tous les instants.

Les artisans de l'emploi de ces matières conservatrices, et ils sont nombreux, même si on ne prend que les manufacturiers qui s'en servent, prétendent que l'usage de ces préparations ne sont aucunement dommageable à la santé, surtout avec les quantités mini-

mes employées. De plus, disent-ils, les médecins emploient la plupart de ces matières comme remèdes dans le traitement des malades. Cela est vrai, mais ce qui est bon d'une façon passagère, et pour opposer à un mal existant dont ce remède est l'adversaire, sera-t-il toujours bon lorsqu'il n'y a rien à lui opposer, et peut-on prétendre que ce remède pourra être employé indistinctement dans les aliments, sans causer un dommage appréciable, soit aux organes en particulier par où il doit passer, ou pour le système en général? Si cela était vrai, il n'y aurait aucune raison pour que tout ce que nous mangeons ne puisse être soigné. Figurez-vous donc une personne mangeant du pain coloré avec de l'indigo, du beurre coloré avec une né à un semblant de ricin, herbe par des composés chimiques et de la couleur d'aulme, du lait avec de la formoline, de la viande avec de la précipaline, du miel avec du sulfite de soude, de la sauce aux tomates à l'acide salicylique, les légumes et vinaigre à l'acide sulfurique, des légumes en boîtes dont la belle couleur est due au sulfate de cuivre, du thé noir à l'oxide de plomb ou du thé vert coloré au bleu de Prusse, indigo ou chrome, comme dessert un chocolat au chrome. Potassium on sulfate de nickel et comme liqueur de dessert, le vin de votre de rhum dont le goût est donné par de l'acide ou un éther sulfurique, et l'on voudra prétendre qu'un régime tel poussé pendant un an, et ceci n'est pas illogique, un tel régime nous remettra une personne en santé aussi parfaite des organes aussi indemnes qu'au début de cette alimentation. Jusqu'aujourd'hui, nous n'avons pas encore rencontré un médecin au fait de sa physiologie qui ait soutenu une telle théorie. Il faut donc combattre et jusqu'à ce que nous ayons remporté une victoire éclatante. Fini le règne des voleurs, et qu'une loi sévère les paralyse à tout jamais dans leur commerce frauduleux.

Pourquoi faut-il tant combattre, demandera quelqu'un, n'y a-t-il pas des lois au Canada qui empêchent un commerce aussi coupable. La réponse est bien facile à donner. Actuellement, l'autorité ne fait rien et pourquoi? C'est parce que l'intérêt des uns, l'ignorance ou le peu d'attention donné par les autres à ces questions ont paralysé jusqu'aujourd'hui les quelques bonnes volontés qui se sont produites au Parlement.

Autrefois on fit une loi qui est encore en force et qui permet de frauder tout, du moment que l'on ne cherchera point à vendre sous l'étiquette de produit pur. Notre législation là-dessus est absurde ou pour mieux dire, elle n'existe pas. Ainsi on fait de très nombreuses analyses chimiques tous les ans, et sur toutes sortes de produits chimiques ou alimentaires; pour une bonne moitié

on constate de la fraude. Croit-on que les autorités s'émeuvent devant les rapports des analystes. Voilà des années que cela dure et rien n'a encore été fait. On peut offrir en vente de la terre pulvérisée pour du poivre, du chocolat pour du thé de bœuf, du café pour du thé et mille entrave, du moment qu'il n'y a que l'indication du produit à vendre, sans garantie de pureté.

Les fraudes sont constatées, conclues sur du beau papier qu'on envoie dormir au fond des voûtes du ministère du Revenu. L'établissement d'un laboratoire d'analyse pour la Puissance du Canada n'a été qu'une copie de ce que l'on fait en Europe. L'on n'a pas voulu montrer que l'on restait en arrière et l'on peut maintenant dire qu'en Canada, comme dans tous les pays civilisés, on analyse tout ce qui sert à la vie, mais passez-moi ce mot, on n'a fait que singer, on n'a pas imité. Si l'on avait voulu bien faire, on aurait aussi copié les mesures restrictives de la fraude, et nous ne serions pas aujourd'hui témoins de tant de falsifications de tout genre.

La loi est-elle plus sévère pour les drogues falsifiées que pour les aliments. Nous serions peut-être en droit de croire que si la loi laisse passer les aliments contaminés sans sévir, ce serait pour la raison qu'une nature saine peut toujours réagir.

On se trompe grandement si on croit qu'elle veille au moins sur les médicaments, afin que l'enfant ou le vieillard malades pourront être sûrs d'un médicament dosé selon leur âge et leur état de maladie. La loi qui innocente les empoisonneurs ne sévit pas plus contre les voleurs de remèdes. Que de mécomptes les médecins n'ont-ils pas subi sans savoir d'où venait leur échec. De même que les clients pouvaient accuser leur médecin d'ignorance, le médecin lui-même a pu être ébranlé dans la force de sa science ou douter d'une médication lui donnant de si piètre résultat, lorsque tout le mal provient d'un médicament affaibli. Des preuves de ceci abondent : n'a-t-on pas vu du bismuth, par exemple, contenir 50% de phosphate de chaux. Allez donc traiter un ulcère de l'estomac par exemple là où ou la masse surtout du bismuth doit agir ; donnez à un bébé souffrant de diarrhée violente un tel médicament, croyez-vous qu'à la dose que vous jugerez à propos de l'administrer, il aura l'effet que vous en attendez ? De la pepsine contenant de l'amidon, de l'acide cyanhydrique vendu comme tel ne contenant rien ou presque rien de cet acide ; de l'eau vendue pour de l'esprit d'éther nitreux, l'analyse officielle en fait foi ; en 1898, on analyse 22 spécimens de tr. de quinquina et de vin de quinine, la moitié n'avait pas la force voulue ; 22 spe. de tr. d'opium et autant de cit. de fer et quinine, la moitié de ces 44 spe. n'avaient pas la force de

quinine ou de morphine requise etc., etc., etc. Je ne puis aller jusqu'au bout de l'énumération ; pour cette partie encore de cette étude, ce serait trop fastidieux. Qu'il me suffise de vous dire que le Gouvernement ne fait pas assez souvent de ces analyses et que les détenteurs de telles drogues devraient être sévèrement punis. Comment nous traitons avec tout le zèle et le dévouement possible et nous ne pouvons pas même compter sur la bonne qualité des médicaments que nous employons. Comment traiter avec assurance et efficacité, lorsque l'appui principal peut nous manquer pour guérir ou soulager nos malades ? Après de telles constatations, si nous reportons nos regards sur Ottawa, nous restons surpris par l'apathie des ministres. Tant de fraudes laissées impunies nous étonnent, et il nous est impossible de trouver un motif capable de paralyser ainsi tous les ministères qui se sont succédés à la capitale. Nous devons ensuite croire fermement au dévouement sans bornes du Gouvernement pour le bien-être de ses administrés.

Une autre conséquence de cette extrême vigilance des autorités sur ce qui regarde la santé publique est la grande liberté dont jouissent les pharmacies de détail dans le commerce des médicaments toxiques. Là existe une plaie sociale qui ronge notre société du haut en bas de l'échelle, va du riche au pauvre en affaiblissant les intelligences et ruinant les fortunes.

Une loi existe, une loi provinciale faite il y a maintenant vingt et quelques années dans laquelle est donnée une liste des poisons dont il est défendu au pharmacien de vendre sans signature et adresse de l'acheteur. Les infractions à cette loi sont quotidiennes, et a-t-on jamais entendu dire qu'un pharmacien a été poursuivi pour ce fait ? D'ailleurs, cette liste de poisons est vieillie, il faut la renouveler, au lieu de vingt-cinq à trente poisons, il faudrait maintenant en mettre une centaine, et faire des règlements assez sévères pour faire aimer la Justice par les pharmaciens qui ne la connaissent pas.

Il y a deux ou trois ans, je lisais les règlements sévères appliqués par le Gouvernement de Suède et de Norvège à la vente des produits toxiques employés en médecine.

Cette lecture fit naître le souhait de voir notre Gouvernement suivre cet exemple et réglementer si bien tout ce qui a trait à la médecine et à l'alimentation, que les abus si criants qui existent devraient disparaître. La réglementation est si simple qu'une fois faite on ne peut l'oublier. La voie : des inspecteurs désignés vont tous les ans, à périodes indiquées, dans tous les magasins de gros

de produits chimiques et de pharmacie. Là, le marchand lui produit le livre d'entrées spécial qu'il est obligé de tenir et où sont inscrits les achats faits à l'étranger et les ventes au détail à l'intérieur du pays, de tous les poisons qu'il a en stock.

Muni de ce livre, l'inspecteur lui-même contrôle ce qui est en magasin, et voit si tout concorde avec le livre et ce qu'il y avait lors de la dernière inspection.

Les visites de gros terminées, il va au détail avec la liste qu'il a prise des pharmaciens, chez les importateurs, avec la quantité achetée par chaque détaillant. Ces derniers ont aussi leur livre d'entrée où les achats avec leur total sont consignés avec les ordonnances et leurs répétitions faites sur les ordres réitérés seuls du médecin. Ils ne peuvent sous aucun prétexte vendre quoi que ce soit de toxique sans en avoir l'ordre écrit du médecin.

Il est facile alors de tout contrôler parfaitement et malheur au pharmacien qui ne pourra four nir une explication valable pour une absence de quelques grains seulement de poison.

Ce qui frappe dans cette législation, c'est la parfaite surveillance exercée, suivant pas à pas un 1-10 de grain de morphine, depuis son passage à la frontière jusque sur la table de nuit du malade.

Un abus qui fleurit parmi nous et dont le succès est très grand dans le pays, c'est l'emploi quotidien de ces préparations, lesquelles sous l'étiquette menteuse de guérison de telle maladie d'enfants ou d'adultes, font absorber en amenant petit à petit à l'acoutumance, une foule de médicaments, parmi lesquels il faut ranger surtout la morphine et la cocaïne.

Si j'insiste là-dessus, car j'en ai déjà parlé au début de ce travail, c'est parceque le public trouve aisément à se procurer de ces poisons, connus sous le nom de sirops calmants et de sirops contre le rhume, non seulement dans les pharmacies, mais même dans les épiceries.

C'est une classe intéressante que celles des épiciers, ils sont aujourd'hui tout aussi vendeurs de remèdes que de cassonade, dans les villes comme dans les campagnes. Ils partagent dans les bénéfices des pharmaciens sans en encourir les risques. Ils en sont rendus aujourd'hui jusqu'à débiter les cachets contre le mal de tête, non seulement en boîte, mais même au cachet.

Ils sont par la grande liberté dont ils jouissent dans ce genre de commerce et par le bas prix qu'ils ont apporté dans la vente des médecines brevetées, une grande cause de la propagation de cette

habitude qu'a le public aujourd'hui de chercher à se traiter seuls sur la foi des annonces lues dans les grands journaux quotidiens. Il est bien entendu, que si on veut légiférer contre le pharmacien, il ne faudra pas oublier l'épicier, il y a droit.

Si nous cherchons à restreindre la trop grande liberté du pharmacien dans la vente des poisons, n'est-ce pas avec raison? Ne sommes-nous pas des gardiens acceptés de la santé publique? Ne sommes-nous pas tous les jours les témoins des ravages causés par l'abus criminel de certaines drogues, de drogues vendues par de nombreux pharmaciens trop complaisants? Les exemples fourmillent, et malgré tout le mal que nous avons sous les yeux, nous semblons l'accepter comme un mal inévitable; nous ne cherchons pas à mettre un frein au manque de scrupule de la grande généralité des pharmaciens. Il y a de nombreuses exceptions parmi ceux-ci, mais il est impossible de prétendre que le petit nombre seul vendra des toxiques, de quelque genre que ce soit, morphine ou sublimé, seulement avec l'assentiment du médecin.

A deux reprises, je fus appelé pour des cas d'empoisonnement volontaire par le sublimé; les deux personnes étaient des jeunes filles qui s'étaient procuré ce poison à la pharmacie, sur une simple demande. Une jeune femme, d'une des bonnes familles de Montréal, habituée à la morphine, et aujourd'hui rejetée par les siens dont elle fait le désespoir, ne se contente plus de la morphine, il lui faut des liqueurs fortes. Si les pharmaciens n'avaient pas aussi aisément renouvelé une première ordonnance, cette personne n'aurait pas été amenée à gaspiller son avenir et peut être celui de ses enfants.

Mais que me sert de citer des exemples. Tous, nous en avons plus d'un et de tout genre pour appuyer ce que je viens vous affirmer que le pharmacien jouit de trop de liberté dans la vente des poisons, et qu'il est plus que temps de poser une barrière assez solide pour l'arrêter dans toute tentative de lucre.

Encore quelques mots, Messieurs, et je termine. J'ai essayé, quoique bien faiblement, à faire passer sous vos yeux des faits que vous connaissiez sans doute déjà. Ce n'est pas la première fois que vous entendez dire que nous mangeons et que nous buvons des choses sans nom, ou qu'il faudrait baptiser d'un nom autre que celui par lequel on veut nous les faire accepter. Tout au long de quelque côté que nous le désirons, je défie personne de trouver ici, en Canada, une matière alimentaire ou pharmaceutique que l'on puisse prendre sans scrupule. Tout y a passé, et la gamme d'altération a été jouée et se joue encore avec une maestria sans égale.

Depuis le quartier de bœuf dans l'étal du boucher qui nous paraît d'un beau rouge de viande fraîche jusqu'à l'humble poudre de quinine que le malade doit avaler, tout a pu être fraudé et l'est bien souvent.

C'est ce danger qui nous entoure de tous côtés et que nous devons écarter. Il le faut, et nous devons en prendre les moyens. Imitons nos voisins des États-Unis. Depuis quelques mois, vous le savez, une lutte à mort est engagée par quelques journaux honnêtes contre les médecines brevetées. Ici, faisons plus et faisons mieux ; étendons le champ de bataille, nous, les médecins, et n'assistons pas les bras croisés à une lutte entre le public et le monstre, ce serait intolérable. Montrons que nous avons dans ceci comme dans le reste de l'hygiène, souci de préserver nos amis, nos compatriotes d'un danger, qui, plus que menaçant, a déjà commencé à causer plus d'un malheur parmi nous.

En terminant, je sou mets à l'assemblée plusieurs résolutions. Elles se terminent par un vœu spécial que le congrès prie fortement le Gouvernement de vouloir bien examiner de près, ces vœux que le congrès ose lui adresser avec l'assurance que non-seulement la santé, mais la vie de milliers de personnes est en jeu.

LES DIFFÉRENTS FACTEURS DE GRAVITÉ DE LA SYPHILIS

Par le Dr D. E. LECAVELIER, de Montréal.

" L'observation et l'expérimentation instruisent le médecin tous les jours "

La syphilis est toujours à l'ordre du jour, car elle est la cause du désordre durant bien des jours et bien des nuits. Il existe plus de syphilitiques que d'alcooliques et de tuberculeux. A Montréal Québec et Trois-Rivières l'on pourrait compter plus de 30,000 syphilitiques. Je ne veux pas établir qu'il y a plus de ces maladies dans la Province de Québec qu'ailleurs (dans Ontario) le contraire serait peut-être vrai.

Je ne veux pas non plus diminuer la crainte de la vérole chez ceux qui ne l'ont pas, car on a dit en plaisantant: Si tu ne crains pas Dieu, crains au moins la vérole; mais il importe de mettre au point que la syphilis n'a pas dans notre pays l'excessive gravité qu'on lui attribue en Europe, et qu'il ne faut pas effrayer outre mesure le malade qui a été assez malheureux de contracter cette maladie.

La découverte du spirille pâle, par Shaudinn, vient de mettre à l'étude dans tous les laboratoires du monde entier la question de virulence de la syphilis et de ses différents facteurs de gravité. Pour les uns, la majorité, la vérole trouve EN DEHORS D'ELLE ses moyens d'intensité, à la faveur d'un milieu éminemment propice à son évolution et à son exaltation (loi de moindre résistance), pour les autres, " RARI NANTES " la syphilis trouve en ELLE-MÊME, indépendamment de toute condition du milieu, sa virulence propre, plus ou moins grande et grave. De là les partisans du TERRAIN et les partisans de la SEMENCE.

D'après l'école des partisans du terrain, la source de la vérole n'en change pas la qualité et il n'y a, disent-ils, aucun rapport d'intensité entre la syphilis donnée et la syphilis reçue, elle est la même pour tous, chacun la porte ou conduit à sa manière.

Très souvent, écrit M. le professeur Fournier, une syphilis grave peut résulter d'une syphilis légère et le VIRUS EST INVARIABLE, chacun fait sa syphilis à sa manière, suivant sa san-

té habituelle, son tempérament, ses habitudes, ses prédispositions héréditaires ou acquises, son hygiène, son milieu, ses tares morbides et la façon dont il se soigne."

Voilà donc, clairement exposée, la doctrine du terrain, qui est encore à la mode, car on n'en trouve point d'autre dans les auteurs classiques.

Chacun connaît les facteurs de gravité qu'elle a groupés en faisceaux et dont les principaux, à peu près par ordre d'importance, sont: l'alcoolisme et, avec lui, toutes les intoxications connues; la tuberculose (scrofule, scrofulo-tuberculose, lymphatisme); le paludisme aigu et surtout le paludisme chronique; l'arthritisme avec toute la série de ses multiples affections; les maladies nerveuses, les maladies infectieuses, en un mot, toute la pathologie; les surmenages de toutes sortes, la mauvaise hygiène, la misère physiologique, les tares héréditaires ou acquises, l'âge, le sexe, etc., etc.

Assurément la question du terrain et avec elle ses facteurs de gravité qui s'y rattachent, joue un rôle très important dans l'évolution d'une syphilis, il faut très bien connaître les forces de constitution de chaque organe pour porter un pronostic. Mais cette importance pour être très grande, n'est pas capitale, c'est ce que nous voulons établir. Il est incontestable et il demeure incontesté que les circonstances d'âge, de sexe, d'hygiène, d'habitudes, d'état (grossesse) de climat, etc., etc., que les maladies de toutes sortes aiguës ou chroniques; que les tares héréditaires de toute nature; que les intoxications et les infections quelconques; tout ce qui est déjà une cause de souffrance et d'affaiblissement pour l'organisme, rendra celui-ci moins apte à résister à une nouvelle maladie générale, à manifestations multiples, à longue échéance, à lente évolution, comme *la syphilis*. Mais ce sont là des facteurs "a priori" de gravité. Rien ne prouve que telle ou telle affection donne à la syphilis une allure maligne, par le seul fait qu'elle coïncide avec elle, qu'elle l'ait précédée, accompagnée ou suivie. C'est une coïncidence fâcheuse, mais rien de plus; et la preuve, c'est qu'un traitement bien dirigé, dans l'immense majorité des cas réussit à guérir aussi bien des syphilis malignes précoces que des bénignes. Dans tous les cas, la syphilis garde son autonomie; elle subit pour son propre compte, comme si elle évoluait seule, les influences heureuses du traitement spécifique, sans préjudice des autres maladies concomitantes de l'individu; alcoolisme, tuberculose, impaludisme, saturnisme, etc. sur le compte desquelles on en rejette toute la gravité.

La preuve, c'est que nous avons vu évoluer et guérir des syphilis malignes portées par des sujets manifestement alcooliques et

tuberculeux. Que de fois n'avez vous pas vu des syphilis précoces graves évoluant sur des sujets qui ne boivent ni vin, ni alcool. Pourquoi chez l'Arabe si tempérait et le Russe hierucléen la syphilis est elle accompagnée des complications les plus sérieuses? On rencontre des patients *sans aucun laxi pathologique quelconque*, chez lesquels la syphilis se présente avec tous les caractères de la plus grande malignité.

Alors où sont nos facteurs de gravité ?

La doctrine du terrain s'est posée, mais ne s'est pas affirmée, rien n'est prouvé; l'empirisme et la routine ne sauraient former une règle invariable. Les facteurs de gravité sur lesquels elle s'appuie pour expliquer la malignité d'une syphilis, sont indéfinis et contingents, ils n'ont rien de spécial à la syphilis, ils sont tellement vagues qu'ils apparaissent comme des *passé-partout* s'appliquant aux pronostics de n'importe quelle autre maladie.

La question du virus, *de semence* est toute autre et les principes sur lesquels elle repose, ont la force d'une véritable loi. La source d'une syphilis doit en varier la qualité et il existe un rapport d'intensité entre la syphilis donnée et la syphilis reçue: entre celle du contaminant et celle du contaminé. La syphilis est la même pour tous prise à la même source, mais elle varie selon le degré de virulence de la semence.

" Ce qui fait la gravité de la syphilis, dit le professeur Gémy
 " ce n'est pas la nature du terrain, c'est la nature du virus. Une
 " syphilis, contractée à une source vierge de tout traitement depuis
 " un nombre indéterminé de générations, par conséquent non atté-
 " nuée par le traitement, c'est-à-dire non traitée par le mercure,
 " donne toujours une syphilis, grave et souvent mortelle.

" Une syphilis, contractée à cette même source, atténuée par le
 " même traitement, c'est à-dire tenue en échec par un traitement
 " parasiticide constant, demeure latente et ne produit aucune mani-
 " festation, ou tout au moins ne dénonce son existence que par des
 " accidents légers, et alors que ce traitement est suspendu.

" Une syphilis contractée à une source méthodiquement
 " atténuée c'est-à-dire longtemps traitée par le mercure, sera béni-
 " que et guérira rapidement avec des doses relativement faibles de
 " parasiticide."

Telle est, exposée et résumée en quelques principes, la doctrine de la semence clairement définie et rationnellement établie. A l'appui de cette thèse, vous pouvez dans vos souvenirs thérapeutiques trouver de nombreuses preuves. J'ai l'honneur de vous pré-

sender quelques observations personnelles qui apportent de nouveaux faits à la démonstration des différents facteurs de gravité dans la syphilis.

Jusqu'à ces dernières années l'inconnu de la pathogénie de la syphilis faisait regarder cette affection comme maladie de virus toujours identique et également virulent. Les récents travaux de MM. Roux et Metchnikoff ont démontré que la virulence du virus syphilitique était très atténuée par son passage à travers le macaque et que ce virus ainsi atténué produisait une sorte d'immunité artificielle. Avant même cette preuve expérimentale, l'on ne pouvait rationnellement refuser à cette affection si évidemment contagieuse toute la gamme de virulence que l'on trouve dans toutes les autres maladies microbiennes.

La microbiologie nous enseigne que l'on peut, par différentes méthodes, faire perdre la virulence à des microbes très pathogènes et les ramener à l'état de saprophytes ou inversement donner de la virulence à des saprophytes qui en sont généralement dépourvus. Aujourd'hui la syphilis ne saurait être considérée comme une maladie à virus fixe comme le virus de la vaccine, le virus fixe de la rage, du rouget; l'on connaît maintenant mieux ces facteurs de virulence tant par la vie même du microbe que par actions humorales, toxiques, telles que la sécrétion des toxines agissant, par elles-mêmes, sur l'organisme en dehors du microbe.

MM. Roux et Metchnikoff, pour atténuer le virus syphilitique ont inoculé la syphilis à un macaque. Les macaques ont une réceptivité beaucoup moindre que le chimpanzé, et celui-ci n'a montré que des accidents primaires. Aussitôt, avec un peu de sérosité prélevée sur ce macaque, un chimpanzé femelle a été inoculé. Il n'a présenté, lui non plus, aucun accident secondaire, et les accidents primaires n'ont pas duré plus de dix jours.

Après la guérison définitive des lésions de ce chimpanzé, soit trente jours après l'inoculation, on a soumis ce même chimpanzé à une nouvelle expérience: on lui a inoculé par scarification du liquide clair recueilli sur un chancre syphilitique humain.

Or, il n'y eut que des lésions insignifiantes provoquées par la scarification et qui guérirent au bout de très peu de temps.

Après quatre-vingt-treize jours, écoulés depuis l'inoculation du virus de macaque, ce chimpanzé ne présentait aucun accident secondaire, et, soixante-trois après l'inoculation de syphilis humaine, l'animal n'a manifesté aucun accident attribuable à cette inoculation.

Il est donc probable que la première inoculation avec du virus de macaque a donné au chimpanzé une immunité vis-à-vis du virus syphilitique, car on ne peut l'attribuer à une immunité du virus humain, ni second chimpanzé, témoin inoculé avec le même liquide, ayant présenté les symptômes primaires ordinaires de la syphilis.

Ces résultats donnent espoir qu'après avoir réussi à cultiver le microbe de la syphilis, on arrivera à un traitement utilisable en pratique.

Actuellement l'expérimentation paraît avoir établi de nouvelles données de prophylaxie contre la syphilis. La pommade mercurielle employée dès les premières heures en friction au point d'inoculation du virus syphilitique, a empêché l'éclosion d'accidents primaires chez douze singes et quelques personnes, parmi lesquelles se trouvait un jeune étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

En clinique, les variations du degré de virulence du virus syphilitique paraît bien démontré par les nombreuses observations de patients souffrant de lymphatisme, de saturnisme, d'alcoolisme ou de tuberculose et qui cependant vont faire une syphilis bénigne, sans aucune complication grave. A côté de cette évolution calme de la maladie, l'on voit des constitutions des plus robustes qui sont indéfiniment avariées par accidents secondaires et tertiaires des plus graves.

Comment est-il possible d'expliquer ces résultats variables si non par le degré de virulence de la source empoisonnée.

Voici un avarié âgé de 34 ans, marié, père de deux enfants en parfaite santé, d'une constitution forte, de taille herculéenne, il n'a jamais été malade, mais depuis 14 mois il est continuellement emmyé par des plaques muqueuses spécifiques qui ne guérissent pas, malgré un traitement très énergique.

M. X..... laitier, âgé de 30 ans, très robuste, n'a jamais souffert d'autre maladie, il a contracté le vérole à une source des plus virulente, malgré un stage de deux ans dans le mercure et l'iode, il porte encore des couronnes de Venus et des plaques muqueuses qui réclament des soins continuels.

M. Y..... un confrère qui n'a jamais été malade, jouissant d'une bonne santé, souffre depuis 18 mois de psoriasis syphilitique et de nombreuses plaques muqueuses qui rendent la déglutition des plus pénible. Il consulte une dizaine de confrères, il suit plusieurs traitements sans succès. Désespéré, à deux pas du suicide il veut tantôt aller se faire traiter en Europe, tantôt se jeter au fleuve St-Laurent. Ce malade, vu dans de telles dispositions, a très

bien guéri tant au moral qu'au physique, mais pour éteindre la virulence du poison syphilitique il fallut verser dans cette économie des doses toxiques de mercure et notre malade a pris durant longtemps deux enfilées à soupe de liqueur de Van Swieten dans du lait, matin et soir. Aujourd'hui il est marié et en parfaite santé, mais la signature de la maladie sur ses deux testicules l'empêche probablement d'avoir des enfants.

Voici un scrofuleux aux cheveux blancs qui contracte une syphilis des plus virulentes. En trois mois tous les symptômes secondaires apparaissent; l'angine ressemble à la diphtérie, et son médecin pense à l'envoyer à l'hôpital civique. Les ulcérations aux jambes, aux clavicles, au dos sont à formes rougeantes. Toute l'économie infectée aussi rapidement est saturée. Cependant ce malade guérit en trois mois sous le traitement spécifique et le régime tonique reconstituant.

Cet autre malade de 42 ans a eu la syphilis il y a deux ans et était à cette date un alcoolique invétéré; l'hôtel de son père lui avait fourni bien jeune l'occasion de boire, et il en profitait largement. Marié, père de huit enfants, tous en bonne santé, il ne s'est jamais fait traiter pour aucune maladie; sa syphilis a évolué seule; il n'aurait jamais su qu'il était un avarié si une malheureuse goume syphilitique ne lui avait placé une espèce de corne au front du côté gauche. Il portait aussi une plaie s'étendant de la clavicle au sternum; ses médecins en avaient fait un tuberculeux et le traitaient ainsi sans succès. A l'hôpital Notre-Dame de Montréal on lui enleva sa tumeur.

L'année suivante il poussa une autre tumeur à côté de la cavité cicatrisée. À ce moment nous voyons le malade et en remontant à l'histoire de sa jeunesse, on trouve un chancre syphilitique qui explique tous les troubles. Mis sous le traitement spécifique, ce pseudo-tuberculeux guérit parfaitement bien, augmenta de dix livres et se remit au travail qu'il avait abandonné depuis deux ans, laissant sa famille dans la misère. Aujourd'hui ouvrier dans une grande industrie de tabac, il travaille régulièrement depuis trois ans et apporte l'aïssance à sa famille.

Voici un vrai tuberculeux avec bacilles de Koch dans les crachats, sa sœur vient de mourir phthisique sous le même toit qu'il habite, il souffre à son tour d'une laryngite tuberculeuse, il a maigri de douze livres. Le traitement local et général donne peu de résultats, la maladie envahit la muqueuse nasale et peu à peu le nodule du nez est rongé comme par le lupus.

Un jour un vieux soldat lui rend visite et lui donne une bouteille d'iodure de potassium, le malade en prend 10 grains par jour, tout en suivant son autre traitement anti-tuberculeux. Il guérit parfaitement bien, avoua avoir contracté la syphilis une année auparavant et regretta amèrement la perte de son nez.

MM. les docteurs Sergent et Dufour ont rapporté plusieurs cas semblables de lésions hybrides tuberculeuses et syphilitiques qui ont très bien guéri.

L'interprétation judicieuse de ces faits nous conduisent donc aux conclusions suivantes :

CONCLUSIONS

La source d'une syphilis en constitue par essence le premier facteur de gravité : source grave, syphilis grave, source bénigne, syphilis bénigne.

2^e La statistique nous enseigne que les accidents parasymphilitiques se rencontrent rarement chez nos malades ;

3^e La paralysie générale, l'ataxie locomotrice, les avortements répétés ont généralement dans notre pays d'autres facteurs pathologiques que la syphilis.

4^e Le terrain ne saurait être regardé comme étant le seul facteur de gravité.

5^e Un traitement approprié atténue la virulence de la syphilis mère et de la syphilis fille ;

6^e Les nouvelles données scientifiques nous apprennent qu'il existe un traitement abortif de la syphilis.

7^e Qu'une application d'onguent mercuriel au point d'introduction du virus empêche tout accident secondaire si le traitement est fait au plus deux heures après l'inoculation.

LES PROCÉDÉS D'EXPLORATION, LE LABORATOIRE ET LA CLINIQUE

Par le Dr C. A. Durocher, professeur agrégé à l'Université Laval, médecin pathologiste à l'Hôtel-Dieu, Montréal.

Quelques définitions et quelques notions d'histoire bien connues, mais utiles à rappeler, me serviront d'introduction au présent traité de la présente communication.

La *pathologie* se définit l'étude de la maladie en elle-même, elle comporte la recherche des causes morbifiques (étiologie), du mécanisme par lequel ces causes agissent (pathogénie), des réactions de l'organisme sous l'influence de ces mêmes causes (physiologie pathologique), le développement des modifications de structure résultant des actions morbifiques (anatomie pathologique), elle énumère les troubles observés durant la vie (symptomatologie). Roger.

La *clinique*, art de reconnaître et de traiter les maladies, poursuit au lit du malade l'application des connaissances acquises en pathologie; c'est ce qui a fait dire à Peyer: La clinique, c'est la pathologie vivante.

Le *diagnostic* relève de la pathologie, tout il n'est en somme que l'application; il tient à la clinique comme un corollaire indispensable au traitement des malades.

Au *XVIII^e siècle*, les ressources dont disposait le médecin au lit du malade étaient fort limitées: le pouls, l'aspect de la langue, l'état du poulx, la chaleur de la peau appréciée par le toucher, les caractères grossiers de l'urine et des excréta — constamment à sa disposition — près les seuls moyens de diagnostic à sa disposition — l'interprétation des signes en était d'autant plus difficile.

Avec le *XIX^e siècle*, la médecine sortit définitivement de l'empirisme et s'orienta dans une direction scientifique. Les progrès réalisés furent si nombreux qu'ils dépassèrent de beaucoup l'héritage accumulé des siècles passés. Achaud.

L'anatomie générale, l'histologie, la physiologie, l'anatomie pathologique, scrutèrent l'organisme humain dans ses moindres détails. La physique, la chimie et les sciences auxiliaires de la médecine furent de précieux appoints dans l'analyse et l'interprétation des phénomènes vitaux à l'échelle moléculaire et à l'échelle patholo-

gique. La microbiologie à son tour vient jeter une vive lumière sur la pathogénie des infections dont le domaine est si étendu.

La pathologie s'est enrichie de nombreuses données. La clinique, de son côté, n'est pas restée inactive; elle a puisé à toutes les sources et réalisé tous les progrès. L'instrumentation et la technique opératoire est parvenue à un degré de perfectionnement entièrement inconnu.

Les notions imprécises, les données vagues ont, peu à peu, fait place, de notions précises, à des données positives; un examen rigoureux et méthodique des malades, aidé d'une interprétation plus éclairée, ont permis de laisser plus le diagnostic à la seule inspection et à l'auscultation.

LAUSCULTATION

Il n'est pas possible de parler des procédés d'exploration qui nous ont été le plus récemment fournis sans devons mentionner d'abord, et à juste titre, l'auscultation. Elle fut la première innovation et aussi l'une des plus importantes. "L'histoire de l'Auscultation", publié en 1819, jeta d'un seul coup une vive lumière sur ce qui n'était encore que ténèbres et chaos. Cette

auscultation a été depuis et restera, avec le palper et la percussion, un des moyens les plus précieux dont nous puissions disposer.

Ces procédés et d'autres, quoique d'apparition moins récente, ont pu néanmoins de valeur et ne doivent jamais cesser de fixer notre attention.

Il n'est pas davantage, comme on l'a dit, à ne pas abandonner des ressources du passé; les ressources nouvelles ne s'ajoutent pas aux anciennes; elles les complètent; elles ne sauraient en aucun cas les remplacer.

L'alliance des anciennes méthodes aux nouvelles se fait, du reste, par un lien logique et naturel; il n'y a pas lieu de sacrifier ni les unes ni les autres; un progrès réel est de ce fait mieux assuré.

LES MÉTHODES NOUVELLES

Les méthodes nouvelles ou relativement récentes, qui nous ont été fournies dans la dernière moitié du siècle écoulé sont nombreuses et variées. Il est même assez long de les énumérer toutes; nous devons cependant signaler les plus importantes: l'esthésiométrie, l'électro-diagnostic, l'étude des réflexes, l'examen par

L'éclairage des cavités, l'ophtalmoscopie, l'endoscopie, la gastrodia-
phanie, la spectroscopie, la radioscopie, la radiographie, la cryosco-
pie, la recherche de la toxicité des humeurs, l'épreuve de la glyco-
surie alimentaire, de l'élimination provoquée, de la réaction sudo-
rale, la bactérioscopie, le séro-diagnostic, le cyto-diagnostic,
l'analyse complète de la sécrétion urinaire, du contenu de l'estomac.
L'instrumentation et la technique jouèrent ici un rôle considérable
et il y a lieu de mentionner dans ce vaste arsenal de procédés nou-
veaux les appareils enregistreurs : le sphygmographe, le sphygmo-
manomètre, le dynamomètre, le spiromètre, etc., etc., le phonosco-
pe apporté comme un perfectionnement à l'auscultation, l'appareil
photographique lui-même et le cinématographe utilisés pour la
reproduction des attitudes et de la démarche des malades, le phono-
graphe pour recueillir les troubles de la parole et les soumettre à
une analyse rigoureuse et détaillée.

La thermométrie clinique nous donna par la suite des notions
intéressantes sur l'évolution des maladies : elle aide au diagnostic
en faisant connaître la courbe thermique régulière de certaines
infections : elle fut utilisée également, en certains cas, pour établir
le pronostic.

Ces nombreux procédés ont permis de varier presque à l'envie
les investigations auprès des malades. Si tous n'ont pas, en toute
circonstance, une valeur égale, absolue, exclusive, ils peuvent du
moins, en se combinant, se compléter les uns les autres et donner
à l'ensemble de nos recherches un résultat plus positif. Souvent,
ils nous permettent d'arriver du coup à la certitude, soit par leur
valeur pathognomonique, soit par la concordance des résultats
obtenus.

LES PROCÉDÉS DU LABORATOIRE

Les procédés du laboratoire comptent au nombre des plus im-
portants sur la liste des nouveaux procédés d'exploration. Le pro-
fesseur Germain Sée en avait déjà saisi toute la valeur et fut un
des premiers à les utiliser dans le fonctionnement de la clinique.
Ces recherches, par le fait qu'elles aident à préciser davantage le
diagnostic, sont souvent un appoint de première importance dans
l'institution d'une thérapeutique rationnelle.

En chimie, c'est d'abord l'analyse des urines, complément
indispensable de tout examen du malade : la recherche des albumi-
nuries, des glycosuries, des azoturies, des phosphaturies, de la chlo-
rurie présente un grand intérêt. L'analyse du contenu de l'esto-
mac a une valeur indiscutable tout au moins au point de vue de
l'étude des troubles fonctionnels de cet organe.

Cette enquête poussée plus loin, à l'aide du microscope, permettant de constater la présence de débris épithélians, d'éléments figurés du sang, de cylindres granuleux, grassex et colloïdes, ou de préciser la nature d'une infection, offre des conséquences à plusieurs points de vue.

À part son utilité dans le diagnostic des anémies et des leucémies, où il semble indispensable pour en bien apprécier les degrés et les variétés, l'examen du sang, spécifiant la nature des altérations qui surviennent au cours des infections, altérations portant sur la quantité, la qualité et la morphologie de ses éléments, a été démontrée utile par les nombreux travaux exécutés dans ces dernières années.

L'examen bactérioscopique et cytologique des épanchements, le cyto-diagnostic, comme le séro-diagnostic, sont au nombre des méthodes admises, reconnues et couramment utilisées à la clinique hospitalière.

L'examen des produits d'expectoration est nécessaire dans la pneumonie du sommet par exemple, l'examen des exsudats angineux indispensable dans les inflammations aiguës de la gorge, de nature douteuse.

Ajoutons à cela la spectroscopie clinique du sang et des urines, l'élimination provoquée, l'épreuve de la glycosurie alimentaire, la recherche de la toxicité, la méthode des inoculations et nous n'avons fait que mentionner les plus importants de ces procédés.

Il n'est plus concevable aujourd'hui que le médecin puisse diagnostiquer et traiter de façon rationnelle, entre autres, les maladies de l'estomac, des reins, du foie et du sang, sans le secours des recherches du laboratoire.

Le diagnostic des lésions des centres nerveux peut également y trouver son compte par la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Si l'auscultation et la percussion restent encore les méthodes de choix dans le diagnostic des maladies du poumon, de la plèvre et du péricarde, le laboratoire est souvent leur auxiliaire et leur prête un concours manifestement utile en beaucoup d'occasions.

Le diagnostic est la *pierre de touche* du praticien. Or, la pratique de la médecine devient de plus en plus une science et un art véritables, ayant des données précises, le succès, il semble, ne doit plus s'élever sur l'empirisme et l'à peu près. Le tact médical lui-même, s'il est encore nécessaire comme autrefois, ne saurait toujours suffire. L'ingéniosité généralement utile et le jugement indispensable doivent, du reste, s'appuyer sur des faits. On ne

pent plus, on ne doit plus soigner les malades au petit bonheur. Le médecin moderne doit, dans la mesure du possible, *utiliser toutes les ressources que la science nouvelle met à sa disposition.*

LE PRATICIEN ET LES PROCÉDÉS DU LABORATOIRE

Tout praticien outillé doit posséder chez lui au moins un embryon de laboratoire. Ses occupations ne sauraient l'empêcher toujours d'exécuter certains travaux qui n'exigent que peu de temps ; l'entraînement lui rendra certains procédés plus simples, moins longs qu'il ne se l'imagine souvent. Il pourra faire exécuter par d'autres les travaux réellement longs, dont la technique est compliquée ou qui exigent une instrumentation spéciale. Le jeune praticien, lui, ne saurait généralement invoquer le manque de temps à sa disposition ; les nombreux loisirs de sa première, ou de ses premières années, il pourrait les consacrer à ces recherches qui, tout en utilisant les heures perdues, ne manqueraient pas souvent de lui rapporter profit.

Le matériel à acquérir n'est pas toujours aussi compliqué ni aussi dispendieux qu'on le pense. Avec une somme modeste, on peut se procurer le matériel indispensables aux recherches courantes, lequel peut s'augmenter ensuite par additions nouvelles, au fur et à mesure que le besoin s'en fait sentir, l'honoraire de ses premiers travaux aidant à faire l'acquisition de nouveaux appareils.

Cependant il faut reconnaître que certaines recherches exigent un temps trop long, une instrumentation et une technique trop compliquées pour que le praticien puisse les exécuter chez lui, il lui reste alors une ressource : c'est de participer à l'organisation d'un laboratoire tel qu'il devrait en exister dans tous les centres importants.

L'ORGANISATION DES LABORATOIRES DANS LES VILLES ET LES DISTRICTS

Dans tous les centres de quelque importance, il suffirait d'une entente entre les praticiens de l'endroit et du voisinage pour assurer l'organisation d'un laboratoire de recherches destiné à l'exécution des travaux longs ou compliqués qui ne peuvent se faire à domicile.

De jeunes médecins sortants de l'hôpital où ils se seraient appliqués ; à ces recherches, seraient des auxiliaires tout trouvés, trop heureux de pouvoir entreprendre ces travaux au bénéfice de leurs confrères et à leur propre bénéfice. Les sociétés médicales existantes dans tous les districts pourraient, ce qui entre absolument dans leurs attributions, prendre en mains l'organisation de ces laboratoires et en assurer le succès.

L'ENSEIGNEMENT DE LA PATHOLOGIE CLINIQUE ET DES PROCÉDÉS
DU LABORATOIRE A L'HÔPITAL.

A l'enseignement de la pathologie clinique se rattache l'enseignement des méthodes du laboratoire.

A nul endroit mieux qu'à l'hôpital ces leçons peuvent être données. Les produits pathologiques à examiner s'y trouvent sous la main, en grand nombre et très variés. La vue du malade qui a fourni ces produits et dont le diagnostic de la maladie est à l'étude, est propre à stimuler l'intérêt de l'élève, à lui faire saisir l'utilité de ces recherches, à l'engager à se familiariser avec elles.

Cet enseignement, donné parfois même au lit du malade, est reconnu aujourd'hui comme un complément nécessaire à l'enseignement clinique ordinaire.

Si la clinique n'est autre chose que la pathologie en action (Peter), la pathologie appliquée, doit-on séparer ces deux enseignements? Ne doit-on pas au contraire les unir le plus possible? C'est à cette union que l'on doit saisir mieux l'importance de certaines études, qualifiées parfois de connaissances théoriques, du fait qu'elles sont enseignées loin du lit du malade.

Nos voisins par delà la ligne l'èème, dont le sens pratique est bien connu, ont admis ces données et les ont mises en pratique. Ils ont réuni ces deux enseignements, lesquels se donnent partie au laboratoire et à l'amphithéâtre des autopsies, partie au lit du malade, sous le titre: *Clinical Pathology*.

" A l'effet de faire disparaître la fausse distinction qui existe
" entre le diagnostic clinique et le diagnostic par les procédés du labo-
" ratoire, j'ai réuni dans un même chapitre toutes les méthodes
" qui se rapportent à l'examen d'un organe E. G., le rein. La palpa-
" tion, la thermométrie, l'analyse des urines sont des procédés dif-
" férents par lesquels nous devons réunir tous les renseignements se
" rapportant à cet organe. L'élève doit être habitué à penser à ces
" moyens de recherche et à les utiliser en même temps; in a close
" sequence." Cabot, *Physical diagnosis*, Préface.

Pour constater l'importance accordée à cet enseignement au cours de ces dernières années, il suffira de parcourir les programmes des écoles de médecine les plus en vue aux États-Unis, en Angleterre, en France. Je n'ai pu me procurer les programmes des écoles Allemandes; mais, d'après des renseignements obtenus verbalement ils leur sont identiques et comportent les mêmes exigences.

LES ÉCOLES DE MÉDECINE AMÉRICAINES.

HARVARD. Extrait du prospectus 1905-1906. Le cours de pathologie consiste en travaux de laboratoire, démonstrations, conférences et lectures.

Au tant que possible, tous les organes d'un sujet sont exposés en même temps et la relation qui existe entre les lésions expliquées. Les organes sont examinés à l'œil nu et au microscope sur des sections obtenues par congélation. On pourvoit à une grande abondance de matériels pour la leçon.

Ces cours constituent une introduction de grande valeur aux travaux de clinique. Page 26.

L'entraînement à la technique des autopsies et à la description des diverses lésions anatomiques est complété par des leçons de bactériologie pratique et de pathologie chirurgicale avec le matériel fourni au laboratoire de l'hôpital.

Chaque élève est tenu d'étudier avec soin au moins un des cas qui viennent à l'autopsie et d'en faire un rapport comprenant l'histoire clinique du sujet et de la littérature médicale se rapportant à son cas.

Cours d'été. Relations entre le diagnostic clinique et les lésions trouvées à l'autopsie.

A chaque leçon, une série de cas est présentée avec discussion sur le diagnostic différentiel à établir, d'après l'histoire, l'examen physique du sujet, l'examen chimique et microscopique des produits pathologiques. Les pièces provenant des autopsies et conservées sur la glace sont exposées; L'accord ou les contradictions entre le diagnostic clinique et le diagnostic anatomique post mortem sont discutés.

En rapport avec l'instruction clinique, les élèves sont aussi renseignés sur les méthodes pratiques de l'examen du sang, des crachats, de l'urine, du contenu de l'estomac, etc., en autant qu'elles offrent une importance dans les cas analysés. Page 17.

JEFFERSON MEDICAL COLLEGE

Médecine Clinique. En plus de l'étude des signes physiques des maladies, les élèves sont aussi renseignés, non seulement au laboratoire, mais encore au lit du malade, sur l'usage du microscope pour l'examen du sang, des urines, des crachats et sur l'emploi des différents réactifs qui sont aujourd'hui communément utilisés pour le diagnostic des maladies de l'estomac, des reins, du sang, etc. Prospectus 1905-6, page 30.

Autopsie. Chaque élève est tenu de participer à une autopsie au moins. Page 26.

Microscopie clinique. Le cours de microscopie clinique est sous la direction du professeur de pathologie. Ce cours est donné simultanément avec travaux de laboratoire en bactériologie et en anatomie pathologique ; il comprend l'examen des crachats, du pus, du sang ; numération des globules, dosage de l'hémoglobine, etc., et aussi des leçons sur la microscopie des urines. Page 31.

YALE. Une instruction systématique est donnée sur les principes et la pratique de la médecine.

L'élève est renseigné sur les méthodes d'examen par un cours d'instruction pratique sur le diagnostic physique.

Un cours de microscopie clinique est ajouté à ces leçons dans lequel les méthodes chimiques et microscopiques utilisées dans l'examen clinique du sang, des exsudats et transudats, des crachats, du contenu de l'estomac, des urines et des fèces sont exposées. Prospectus 1905-6, page 23.

JOHN HOPKINS. Médecine et laboratoire clinique. L'enseignement se fait au dispensaire, au laboratoire de la clinique et dans les salles. A la place d'un enseignement didactique trop exclusif, a été introduit un système d'instruction pratique par lequel l'élève est mis en contact direct avec le malade et instruit dès le début sur la manière de reconnaître et de traiter les maladies, telles qu'elles se présentent à la clinique, et non dans les livres.

Cet enseignement comporte :

1. Un cours préliminaire de diagnostic physique consistant en démonstrations et exercices pratiques d'après les méthodes les plus simples de l'exploration physique des organes du thorax et de l'abdomen à l'état normal, une attention spéciale étant accordée à la topographie déterminée au moyen de la percussion. (Élèves de 2^{ème} année).

2. Un cours de diagnostic physique fait par section, consistant :

(a) En exercices sur la manière de prendre les observations, de rédiger l'histoire des cas et de faire le diagnostic des maladies du thorax et de l'abdomen ;

(b) Dans la pratique du dispensaire. Chaque cas se présentant au dispensaire à est assigné à un élève qui prend son histoire, l'examine et fait rapport à l'instructeur chargé de réviser son travail.

3o Des leçons en amphithéâtre où les élèves examinent à tour de rôle des cas choisis. L'enseignement ici consiste dans l'énumération des traits caractéristiques du cas, une courte discussion sur la

signification des symptômes et par l'étude des rapports présentés par chaque élève sur les cas qu'il a examinés. Le dernier jour du mois, un élève fait une revue de toutes les observations.

Laboratoire Clinique. — Durant la session, un cours de diagnostic chimique et microscopique est institué. Les élèves y sont instruits de façon systématique sur les méthodes d'examen du sang, des crachats, du contenu de l'estomac, des urines, etc.

Une large pièce est exclusivement réservée aux élèves de l'année. Chaque élève a à sa disposition une table avec son microscope, ses réactifs et son tiroir à slides; il peut y exécuter des travaux spéciaux durant toute la session. Prospectus 1905-6 page 78, 79, 81.

COLOMBIA. — Cours de pathologie clinique. — Une instruction pratique en pathologie clinique est donnée. Ces leçons comprennent l'examen du sang avec estimation et identification des pigments, numération des globules, préparations de lames et examen d'une série de pièces colorées provenant de sujets atteints de maladies produisant des modifications caractéristiques dans la morphologie des éléments. Les réactions agglutinantes sur les bactéries sont recherchées par l'élève lui-même et la technique de l'examen bactériologique du sang comme des exsudats, leur valeur au point de vue des résultats obtenus sont discutées. Des démonstrations sont en même temps données sur l'inoculation aux animaux au point de vue du diagnostic et sur leurs résultats. L'examen de l'urine et du contenu de l'estomac comprend l'analyse qualitative et quantitative, chimique et microscopique, étant donné leur importance pratique dans le diagnostic des maladies. Les démonstrations sont faites avec les spécimens les plus intéressants disponibles au cours de l'instruction. Une attention spéciale est accordée à la recherche des parasites animaux dans les selles aussi bien qu'à la bactériologie des crachats à la morphologie et à la cytologie des exsudats. L'élève est aussi renseigné sur les méthodes d'examen du lait qui peuvent être utiles aux praticiens. Prospectus 1906-7 page 19.

CORNELL. — Laboratoire clinique. — Les leçons sont données en rapport avec l'étude des cas qui se présentent à l'hôpital et au dispensaire. A la fin des cours, un examen écrit et pratique est exigé et le résultat obtenu par chaque élève est compris dans la note générale qu'il reçoit en médecine. Lors qu'il est appelé à rapporter des cas à la clinique médicale, l'élève est requis de mentionner le résultat de ses examens du sang, des crachats de l'urine, etc.

Les appareils employés, quand la chose est possible, sont transportés au lit du malade; le travail devient ainsi essentiellement pra-

tique; l'étudiant fait usage lui-même de l'instrument, il se familiarise avec ses applications. Ce cours comprend une étude complète des produits d'expectoration, du sang, du contenu de l'estomac, des urines, des exsudats et des transudats. Prospectus 1904-5, p. 51.

Pathologie. Des démonstrations sont faites aux élèves avec le matériel provenant des autopsies. Avec les viscères de chaque sujet, est présenté un résumé de l'histoire clinique et, quand il est nécessaire, des sections des organes faites par congélation sont mises sous microscope. Les symptômes cliniques sont expliqués par les altérations des tissus visibles à l'œil nu et par l'examen microscopique. L'élève voit ici les organes provenant de sujets qu'il a eu occasion d'observer dans les salles de l'hôpital.

Les élèves de même année sont requis de faire des autopsies sous la direction de l'instructeur, quand ils sont devenus familiers avec la technique requise dans les cas ordinaires et dans les enquêtes médicales légales.

UNIVERSITÉ DE LONDRES (University College Hospital). — *Pathologie Clinique.* L'étage supérieur de l'aile ouest de l'hôpital est entièrement consacré à la pathologie clinique. On y trouve de grands laboratoires parfaitement outillés pour toutes les recherches histologiques, chimiques et bactériologiques requises par le service de l'hôpital. Dans ce département chaque élève travaille, comme assistant, trois mois, durant lesquels il est instruit de façon systématique, sur les différentes branches de pathologie clinique, par un cours régulier de lectures et de démonstrations. Prospectus 1906-7, page 49.

OXFORD

Il est exigé un examen sur les principes et sur la pratique de la médecine. Cet examen comporte un rapport clinique complet sur un cas donné et une épreuve pratique sur les méthodes chimiques et microscopiques de diagnostic, telles que: l'examen des urines, l'identification des parasites, l'examen du sang, des crachats etc., et sur l'usage des instruments spécialement utilisés pour le diagnostic. Regulations p. 205.

Il est aussi exigé un certificat établissant que l'élève a suivi un cours d'instruction au laboratoire de pathologie pratique, p. 211.

UNIVERSITY OF EDINBURG

Médecine clinique. L'examen en médecine clinique comporte, outre l'examen écrit, des questions sur au moins trois cas soumis,

Dans la sélection des cas, on recherche avec une attention spéciale les opportunités qu'ils présentent de faire apprécier (tester) les connaissances de l'aspirant, non seulement quant aux méthodes ordinaires d'investigation clinique, mais aussi quant aux méthodes les plus avancées, exigeant une connaissance pratique de l'examen chimique et microscopique des produits pathologiques. Regulations for degrees in Medicine p. 31.

FACULTÉ DE PARIS

HÔTEL-DIEU. Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique. — A l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Programme: Méthodes d'investigation clinique, exposé des principaux procédés de recherches bactérioscopiques, cytoscopiques, microscopiques, hématoscopiques, applicables au diagnostic clinique, indications principales des grandes médications.

Enseignement essentiellement pratique.

Méthodes générales d'examen clinique.

Application des procédés de laboratoire au diagnostic des infections: technique des séro diagnostics, diazoréaction, cultures du sang.

Examen clinique des poumons et de la plèvre. Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire, examen des crachats, inoculation cytodiagnostics.

Examen clinique du cœur et des vaisseaux. Examen clinique du sang hémodiagnostic.

Examen clinique du système nerveux; ponction lombaire.

Méthodes d'exploration clinique de l'estomac et de l'intestin. Méthodes de laboratoire dans l'exploration des maladies du tube digestif. Analyse quantitative et qualitative du suc gastrique.

Exploration rénale; examen clinique des urines. Urémie; décoloration.

Méthodes cliniques d'examen des maladies cutanées et syphilitiques.

LAENNEC

Cours clinique et pratique, manœuvres de diagnostic; examen de malades; technique de laboratoire. — Dans les salles et au laboratoire de clinique médicale Laennec.

Programme: Technique d'exploration de la perméabilité rénale; Bleu de méthylène; cryoscopie, toxicité des urines.

Examen chimique des urines. Principes normaux. Urée. Chlorures et chlorurie expérimentale. Phosphate. Coefficients urinaires.

Les affections tuberculeuses des reins. Examen histologique et bactériologique des urines. Principes anormaux de l'urine : sucre, albumines, pigments biliaires, indican, diazoréaction.

Les syndromes hépatiques, vasculaires, glandulaires. Hyperhépatothie. Hypohépatothie. Diagnostic de l'insuffisance surrénale

Nutrition. Entretien organique et énergétique du corps humain.

Entretien et réparation de l'organisme humain. Valeur comparée des aliments, principes de posologie des régimes diététiques.

Examen chimique du suc gastrique.

Examen bactériologique et cytologique des liquides séreux : pleurétique, ascitique. Cytodiagnostic.

Examen du sang : Insuffisance hématique. Ochromies. Oligémies, anémies pernicieuses. Chlorose.

Diagnostic bactériologique des angines. Préparation du sang sec. Formules hémoleucocytaires. Valeur diagnostique des leucocytoses.

Diagnostic des adénopathies et des splénomégalies. Leucémies et pseudo-leucémies.

Diagnostic de la tuberculose : stade bacillaire ; stade tuberculeux. Forme commune, fruste et larvée. Auscultation. Percussion. Spirométrie.

Examen des crachats. Inoculation. Injection de tuberculine. Séro-diagnostic.

Diagnostic clinique des formes communes et fruste du tabès. Signes d'Argyle Robertson. Syndromes radiculaires. Névrites et névralgies. Diagnostic des hémiplésies organiques et fonctionnelles. Signe de Babinski.

Paraplégies, ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien. Cystoscopie, méningite tuberculeuse ; méningite cérébro-spinale ; fracture du crâne.

Les syndromes cardiaques et vasculaires. Cardiographie. Sphygmographie. Tension artérielle et sphygmomanométrie.

Diagnostic des états typhoïdes : dothiéntérie ; typhobacillose. Séro-diagnostic. Examen des selles. Culture du sang.

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DE LA PATHOLOGIE ET DES
PROCÉDÉS DE LABORATOIRE INAUGURÉ À LA CLINIQUE
DE L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL.

Session 1907-08.

Je dois dire à l'éloge du titulaire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : M. le Dr Guérin, que cet enseignement a reçu de lui une entière approbation et un appui très libéral.

On eut souhaité qu'il reçut de tous le même accueil.

Ces leçons ont été données tantôt à la clinique dans les salles, au lit du malade, tantôt à l'amphithéâtre et au laboratoire, suivant que les circonstances l'ont permis.

Un groupe d'élèves seul à pu généralement en bénéficier.

L'absence d'heures allouées à cet enseignement, le défaut de matériel et de local ont été de grands obstacles.

Un effort de bonne volonté, dont quelques-uns ont tenu compte, a tout de même été fait.

DIAGNOSTIC DES MALADIES, TECHNIQUE CLINIQUE AVEC APPLICATION DES MÉTHODES DE LABORATOIRE.

SOMMAIRE DES LEÇONS

DIAGNOSTIC DES INFECTIONS: *Technique générale de bactérioscopie clinique*: Récolte des produits; examen direct; cultures; inoculations; séro-diagnostic; cultures du sang; leucocytoses.

Diagnostic de la fièvre typhoïde et des états typhoïdes: diazo réaction, séro-diagnostic.

Diagnostic de la tuberculose: tuberculine, séro-diagnostic, inoculations.

HÉMODIAGNOSTIC: —Technique de l'examen du sang; diagnostic des anémies, léucémies, pseudoléucémies; leucocytoses, valeur diagnostique et pronostique; les parasites du sang; toxicité du sang et des humeurs.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES: Diagnostic bactériologique du croup et des angines; examen des crachats et flore bactérienne des produits d'expectoration; diagnostic de la tuberculose, forme initiale et larvée, bacillose; radioscopie et radiographie dans les affections du thorax. Examen des liquides d'épanchement de la plèvre: cyto-diagnostic, technique et résultats; application au liquide d'épanchement du péricarde, du péritoine, des articulations; l'épreuve du vésicatoire; bactérioscopie des épanchements.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS :
 — Examen du contenu de l'estomac ; Analyse chimique qualitative, analyse chimique quantitative, examen microscopique. Examen des digestions intestinales : analyse chimique, examen bactériologique ; choléra asiatique ; tuberculose intestinale ; les régimes alimentaires d'après analyses.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DU FOIE : Diagnostic de l'insuffisance hépatique ; épreuve de la glycosurie alimentaire ; analyse des urines dans les maladies du foie, recherche des pigments biliaires dans les urines et dans le sang, urobiline, indican ; calculs biliaires — nature, origine, examen.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DU REIN ET DES VOIES URINAIRES : — Analyse sommaire des urines ; recherche des albumines et dosage ; recherche du sucre et dosage ; dosage de l'urée et rapports azoturiques ; dosage des chlorures, des phosphates ; recherche de l'acétone, de l'acide urique ; recherche des médicaments dans l'urine ; examen du sédiment urinaire : cellules cylindres ; examen des calculs, bactérioscopie des urines ; diagnostic de la tuberculose et des infections urinaires etc. ; (dialyso réaction) ; exploration des fonctions rénales, syndrome de l'imperméabilité et diagnostic de l'insuffisance rénale ; cryoscopie des urines ; toxicité des urines, (méthode de Bonchard).

SÉMÉIOLOGIE DE LA NUTRITION : — Rap; ort $\frac{27}{100}$ molécule élaborée moyenne ; la ration d'entretien ; l'activité de réduction de l'hémoglobine ; la suralimentation.

SÉMÉIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX : — Fonction lombaire et cytodagnostic ; électro-diagnostic.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE LA PEAU par les méthodes de laboratoire : — Examen des squames, des sérosités — sang, pus ; les maladies parasitaires du cuir chevelu ; examen des cheveux et des poils (achorion schoesleri), teigne tondante (trichophytie), et favense (favus), pityriasis versicolor, érythrosmie, gale ; syphilis et maladies vénériennes, spirille de Schandium, bacille de Ducrey ; bacillus anthracis ; peste bubonique.

TOPOGRAPHIE CLINIQUE DES ORGANES, leçon faite sur le sujet à la salle d'autopsie.

ALTÉRATIONS ANATOMIQUES DES ORGANES : — Dans les maladies ; démonstrations faites au cours des autopsies après lecture, si possible, de la feuille d'observation du malade.

CONCLUSION

Des diverses considérations précédemment exposées, il nous sera permis de conclure :

1. A l'utilité de l'emploi, par le praticien, de tous les procédés de recherches, qui peuvent être mis à sa disposition, y compris les procédés du laboratoire ;

2. A la possibilité de l'utilisation de ces procédés, tant par l'organisation de petits laboratoires chez soi, que par l'organisation de laboratoires plus complets, plus outillés dans les villes et les centres importants ;

3. A la création possible et même facile de tels laboratoires dits laboratoires de districts, par l'entremise des sociétés médicales existantes ;

4. A l'importance de l'enseignement pratique de la pathologie à l'hôpital et de la technique des procédés d'exploration, en particulier des procédés du laboratoire.

**ÉRUPTION ÉRYTHÉMATO-VÉSICULEUSE
CAUSÉE PAR L'ACTION TOXIQUE SUR LA PEAU
DU RHUS TOXICODENDRON**

Par le Dr R. MAYRAND, professeur agrégé à l'Université Laval, Québec

Nous rencontrons fréquemment pendant l'été ou au commencement de l'automne une éruption de la peau causée par l'action toxique d'une certaine plante commune dans la province de Québec et spéciale à l'Amérique Septentrionale. Cette plante de la famille des thérébintacées est connue des botanistes sous le nom de *Rhus Toxicodendron*; Sumac vénéneux; Poison Ivy, Poison Oak; on l'appelle vulgairement, Herbe à la puce.

Notre but en faisant cette communication n'est pas de rechercher le principe actif ou l'action physiologique et thérapeutique de la plante, mais d'attirer l'attention de nos praticiens sur les symptômes cliniques de la dermatite que produit le sumac vénéneux et la manière de la traiter. Trop souvent on confond cette éruption de la peau avec l'eczéma ou l'impétigo alors que si on analysait bien la lésion et la marche de l'éruption, il serait impossible de se tromper.

Nous rappellerons dans un court aperçu historique, les travaux faits sur le sujet et d'être fixés sur l'action de la plante en clinique et en thérapeutique.

Le *Rhus Toxicodendron* est connu depuis longtemps. Cornutus dans son ouvrage sur les plantes du Canada en donna le premier la description. Les Peaux-Rouges s'en servaient comme plante médicinale; les premiers missionnaires rapportent qu'ils l'utilisaient comme teintures pour les cheveux. Kalm en fait mention ainsi que quelques autres observateurs ayant voyagé dans l'Amérique du Nord. Plus tard, en 1788, le médecin français Dufresnoy l'introduisit dans la pratique médicale. Il s'en servit dans le traitement de certaines maladies rebelles de la peau comme les dartres et dans quelques cas de paralysie.

Le zèle qu'il déploya pour préconiser son emploi et sa culture faillit même lui être fatal: l' anecdote vaut la peine d'être racontée.

Dans une lettre qu'il écrivait à un médecin botaniste de ses amis à qui il avait confié quelques pieds de *Rhus* pour les cultiver, Dufresnoy disait: "Comment vont nos chers *Rhus*. Qu'il me tar-

de de les voir." Cette lettre interceptée par le comité révolutionnaire fut jugée suspecte, parce que dans le temps le bruit courait que l'impératrice de Russie voulait se joindre aux puissances coalisées. Dufresnoy fut arrêté et mis en accusation devant le tribunal révolutionnaire d'Arras, présidé par Joseph Lefebvre. Les juges ignorants l'orthographe allaient l'envoyer à la mort lorsque thermidor arriva. Lefebvre fut arrêté et Dufresnoy put heureusement expliquer à ses juges que ses cheis Rhus n'étaient pas des soldats, mais des plantes utiles qu'il avait employées avec succès dans plusieurs maladies. (Diet. S. Méd.)

Après lui Horsfield et d'autres expérimentateurs tels que Fontana, Gouan, Anoumeux, Van Mons, Orfila étudièrent les effets physiologiques de la plante sur le système nerveux et sur la peau. D'après ces auteurs le Rhus Toxicodendron agit sur le système nerveux à la manière des uretrodorières.

L'action toxique sur la peau serait due à un principe qui se dégage à l'état de gaz lorsque la plante ne reçoit plus les rayons directs du soleil (Van Mons). Le suc qui s'écoule de la plante incisée a le même effet que les émanations et dépend d'un principe acide, volatil, corrosif que Mulsch a appelé acide toxicodendrique.

Nous ne connaissons pas de travaux sur la question postérieure à ceux de Mulsch qui d'atout de 1860.

Symptômes de l'éruption. — Si on s'expose aux émanations du Rhus Toxicodendron ou si il y a contact entre le suc ou les feuilles de la plante et la peau, il se produit, après un temps variant de 1 à 3 jours, une démangeaison intense. C'est le premier symptôme de la dermatite; il apparaît alors que la peau semble parfaitement saine. La démangeaison est très vive et survient par accès. Elle se montre généralement qu'en un seul endroit.

Bientôt apparaît une rougeur diffuse, érythème de défense du tégument provoqué par l'irritation du poison et par le grattage. La peau devient empâtée et si on examine la partie malade à jour trisant, on voit apparaître l'aspect de peau d'orange qu'on rencontre dans beaucoup d'autres éruptions artificielles.

Hormis d'avoir été longtemps en contact avec les émanations toxiques de la plante, il est rare que l'œdème envahisse d'emblée tout le territoire exposé. L'infiltration s'étend peu à peu aux parties voisines. Il existe des points qui sont encore aux stades de démangeaison alors que les localisations voisines sont déjà gonflées par l'œdème. La différence de résistance de l'épiderme due soit à son épaisseur ou à son endurance peut expliquer ce retard dans l'apparition de la dermatite.

L'infiltration œdémateuse peut prendre des proportions considérables. Aussi il n'est pas rare de voir des malades atteints à la figure être complètement méconnaissables. Le gonflement des paupières peut être tel qu'il empêche la vision.

Quelques heures après l'apparition de cette infiltration, il se forme de petites vésicules superficielles, très rapprochées les unes des autres. Ces vésicules résultent de l'exsudation séreuse intra-épidermique provoquée par l'action toxique de la plante et par la réaction cellulaire de défense très active de l'épiderme.

De même que pour l'infiltration œdémateuse, l'apparition des vésicules ne se fait pas en même temps : à côté des placards vésiculeux vous voyez d'autres placards qui ne sont qu'érythémateux.

Les vésicules gonflées par la pression intra-épidermique crèvent, il s'en échappe un liquide transparent, semblable au sérum. Le plus souvent ce liquide est troublé, infecté qu'il est par les nombreux microbes de la surface cutanée. Au contact de l'air il se concrète en croûtes jaunâtres ou grisâtres. Les surfaces malades présentent alors un aspect polymorphe composé d'éléments érythémateux, de vésicules à contenu séreux et purulent, et de croûtes. Le minimum dure de 1 à 2 jours. Aussitôt qu'il est disparu le travail de réparation commence. Il est plus ou moins long suivant qu'il s'est produit des manifestations secondaires : impétigo, folliculites, etc. Pendant l'éconlement la démangeaison est encore très vive ; elle persiste même quelque temps après que toute lésion a disparu et que la peau est redevenue normale.

Nous voyons par cette description que l'éruption du sumac vénéreux est du type des éruptions érythémato-vésiculeuses artificielles de cause externe. Elle en diffère par son mode d'apparition qui ne se fait pas d'emblée sur toute la surface exposée et par le prurit plus intense que l'on observe.

Comme dans la plupart des autres éruptions artificielles certaines personnes ont une idiosyncrasie marquée pour le sumac vénéreux. Un instant d'exposition aux émanations de la plante suffit pour déterminer chez elles la dermatite caractéristique. Il n'est pas rare d'observer des sujets chez qui l'éruption se manifeste trois ou quatre fois dans la même saison. D'autres personnes au contraire jouissent d'une immunité absolue à l'égard du sumac ; elles cueillent la fleur de la plante, se frottent la peau avec ses feuilles sans jamais en ressentir les mauvais effets.

Les parties découvertes, exposées aux émanations ou au contact de la plante, comme les mains, les poignets, la face, sont le

plus fréquemment atteintes. La dermatite siège là où la peau est plus fragile et plus mince : ainsi elle se localise le plus souvent aux espaces interdigitaux, à la face interne des poignets, aux paupières, aux oreilles, aux organes génitaux ; cette dernière localisation s'observe surtout chez les femmes et dépend de ce que la plupart de nos campagnardes pendant les grandes chaleurs de l'été ne portent pas de pantalon.

La durée de cette éruption artificielle est très variable : elle est sous la dépendance des infections secondaires et du terrain sur lequel évolue l'éruption. Les traumatismes causés par le grattage sont le point de départ d'impétigo, d'ecthyma, de folliculites. Chez les diathésiques l'éruption détermine très souvent l'apparition de placards eczémateux et même d'eczéma généralisé comme j'ai eu l'occasion d'en observer un cas. En général, l'éruption dure de six à dix jours et ne laisse après elle aucune trace.

La plupart des éruptions artificielles de cause externe présente à peu près les mêmes lésions de la peau que l'éruption causée par le sumac vénéneux. Celle-ci en diffère par sa marche qui est caractéristique : les lésions primitives n'apparaissent que successivement et ne s'étendent jamais en début à tout le territoire irrité. Le polymorphisme et la tendance de l'éruption à se généraliser nous rendent donc le diagnostic facile.

Traitement. L'usage du lait aigri et des lotions vinaigrées contre l'éruption de l'herbe à la puce est bien connu du peuple. Cette thérapeutique donne de bons résultats à condition que les lotions soient renouvelées souvent, à peu près toutes les demi-heures. Cependant il convient d'employer une thérapeutique moins empirique et plus rationnelle en luttant contre les symptômes à mesure qu'ils font leur apparition.

Au début lorsque l'infiltration œdémateuse envahit la peau on emploie des pansements humides, faits soit à l'eau bouillie, soit avec une décoction de têtes de pavot (2 têtes par pinte d'eau ; faire bouillir 20 minutes) de racines de guimauve ou de fleurs de camomille. Ces pansements seront renouvelés toutes les heures. Les têtes de pavot et les fleurs de camomille calment généralement bien la démangeaison. Si cependant elle persiste on emploiera des badigeonnages 2 ou 3 fois par jour avec la solution suivante :

R. L'esprit d'éther nitreux 30 grammes
Acétate de plomb 0 gr 50

Quand la desquamation et une démangeaison légère a remplacé le suintement on se servira d'une pommade à l'oxyde de zinc ou mieux de la pâte de l'essen.

R. Oxyde de zinc, ambou, vascline et lanoline, à parties égales.

EXPOSÉ concernant l'Œuvre Scientifique et Internationale de l'INSTITUT GÉNÉRAL PSYCHOLOGIQUE ayant son siège à Paris.

EX VU de l'utilisation possible des études poursuivies et des moyens fournis dans le domaine théorique et pratique des sciences auxquelles cette œuvre est consacrée.

Le progrès croissant des sciences, comme l'inévitable connexité de leur développement et de leurs applications, semble donner d'autant plus d'intérêt aux efforts faits actuellement en France, avec des relations dans le monde entier, pour l'étude et l'utilisation de toutes les connaissances groupées sous le nom de Psychologie.

Ces connaissances qui se diversifient en des branches si multiples, doivent s'assister les unes les autres et font augurer les plus heureux résultats, non pas seulement pour l'observation de l'homme, mais pour tous les moyens de l'élever, de le soulager dans ses souffrances et de le soutenir dans ses œuvres.

L'Institut Général Psychologique fondé à Paris avec le concours des personnalités les plus éminentes de tous pays, a traversé la période des essais et des débuts. Grâce à de considérables dotations, il se trouve en mesure de rendre les services que la présente notice fait envisager, sans pouvoir les passer tous en revue, ni en tracer le domaine à venir.

On se féliciterait, dans les rapports que la communauté d'origine, de langue et de génie national, établit avec tant de force entre les savants de langue française dans l'Amérique du Nord et leurs frères et confrères de la vieille France, de provoquer l'utilisation commune des recherches, des efforts théoriques et pratiques, si importants pour l'avantage de chaque pays et pour le bien de l'humanité.

Il s'agit de la constitution définitive, désormais assurée, d'un Institut modèle, destiné à réunir au même point toutes les ressources nécessaires aux recherches psychologiques.

Ce groupement de savants, unissant les compétences les plus hautes et les plus variées, s'est donné pour tâche de faire progresser la psychologie dans ses rapports avec les différentes sciences.

Ne devient-il pas chaque jour plus manifeste qu'une connaissance approfondie de la nature humaine est indispensable dans les diffé-

rentes branches de l'activité sociale, et peut servir même la philanthropie, en marquant les meilleurs moyens de diminuer les tares physiques ou mentales, et, comme on dit, les misères humaines. Déterminer tout ce qui, de près ou de loin peut être favorable à cette œuvre, telle est l'idée directrice de l'Institut Général Psychologique.

Dans ses cinq premières années d'exercice, l'Institut Général Psychologique, divisé en Groupes d'Étude, a déjà fourni d'importants travaux, notamment sur la psychologie morale et criminelle, sur la psychologie pathologique, sur la psychologie zoologique, etc. Il a organisé vingt-cinq grandes conférences, publiées dans son bulletin bimestriel, qui forme chaque année un recueil de 6 à 700 pages. (L'énumération de ces conférences et des communications figure dans la notice ci-jointe.)

Le Gouvernement français, constatant l'utilité de l'œuvre, a, par décret du 26 Janvier dernier, autorisé en sa faveur, l'émission d'une loterie de 4 millions de francs.

L'Institut Général Psychologique peut donc s'établir largement. Les Groupes nouveaux de Psychologie collective, de Psychologie de l'Enseignement et de l'Éducation, de Psychologie des Arts, de Psychologie neurologique, etc., sont en voie de création. Une bibliothèque renfermant les collections des revues de psychologie, de philosophie, de physiologie, etc., et les ouvrages concernant ces sciences, doit être complétée par un musée réunissant les documents relatifs à la psychologie normale et pathologique, à la psychologie animale, etc.

Doivent s'y ajouter des laboratoires de neurologie et de physiologie nerveuse, d'enregistrements graphiques, d'anthropologie et d'anthropométrie, de chimie physiologique, d'électricité, d'électrothérapie, de psychophysique et de psychophysologie des sensations, munis aussi des dispositifs divers pour les recherches sur les effets des fautes intellectuelles, etc.

En raison du progrès incessant de nos connaissances et des rapports entre les uns et les autres, il est reconnu nécessaire de créer des Instituts spéciaux possédant les ressources les plus variées, permettant d'embrasser tout le domaine dévolu à chaque science, et, pour la première fois, la psychologie sera dotée d'un Institut de ce genre. Les savants de tous pays, y rencontreront un milieu et des ressources introuvables ailleurs. Sous la direction des hommes éminents qui la composent, cette Société a la confiance de répondre aux espoirs qu'on fonde sur elle.

Parmi ceux dont la collaboration est assurée, qu'il soit permis de citer MM. d'Arsonval, Bouchard, Bonvier, Bronardel; Yves Delage, Giard, Edmond Perrier, Alfred Picard, Poincaré, Membres de l'Académie des Sciences; Sully Prudhomme, Membre de l'Académie Française; Bergson, Boutroux, Liard, Th. Ribot, Membres de l'Académie des Sciences Morales et Politiques; François-Frankel, Gariel, Metchnikoff, Membres de l'Académie de Médecine; L. Branly, etc.

M. Louis Herbet, Conseiller d'État, a rédigé les statuts de l'Institut Général Psychologique. Il a été l'un des fondateurs de cette œuvre, et demeure l'un des plus actifs et des plus dévoués collaborateurs de son organisation, de son fonctionnement et de ses travaux.

Dix places sont réservées à des membres étrangers dans le Conseil d'administration; sir William Crookes, en Angleterre; le Professeur William James, en Amérique; le Professeur Van Gehuchten, en Belgique; le Professeur Tamburini, en Italie; le Professeur Th. Flournoy, en Suisse, prêtent déjà leur concours à notre Institut.

Des pourparlers préliminaires permettent d'espérer que les principales Universités des pays étrangers s'y réserveront des places ou " tables de travail "

Est-il besoin d'indiquer que l'Institut Général Psychologique serait très heureux de recevoir les communications des médecins Canadiens et Américains de langue française s'intéressant particulièrement aux questions psychologiques. Ces communications pourraient être lues aux réunions des Groupes, et les comptes rendus des discussions y relatives seraient transmis aux intéressés, qui pourraient y ajouter leurs observations pour la publication du bulletin.

De manière générale, l'Institut se ferait un plaisir de fournir aux médecins et chirurgiens de langue française en Amérique les renseignements et éclaircissements qu'ils désireraient. Il les mettrait bien volontiers en relations, avec les personnalités du monde savant français et sa constitution internationale faciliterait l'envoi de lettres de présentation pour ses adhérents et ses correspondants auprès des savants de diverses nationalités.

On croit devoir se borner à ces explications qu'il serait facile de compléter à tous égards en demandant tous les documents et avis sur les travaux et sur les facilités d'étude, sur les conditions d'affiliation et de collaboration, au Secrétariat Général de l'Institut Général Psychologique, actuellement, 11, rue de Condé, à Paris.

DE L'ÉVOLUTION ET DE L'ENLÈVEMENT DES MATIÈRES USÉES CHEZ LES PEUPLIS DE RACE FRANÇAISE

Par le Dr A. C. Poret, médecin sanitaire maritime à bord
du S. S. "La Provençole"

Nous n'insistons pas sur la façon primitive et désagréable dont on se débarrassait des matières usées dans notre pays de France. C'est un objet de répulsion pour tous ceux qui passent dans nos campagnes, et c'est à peine si depuis quelques années, dans nos grandes villes, on a amélioré la situation et si les W. C., le tout à l'égout, apportés de chez nos voisins, sont devenus le dernier cri de l'hygiène.

Heu est tout autrement parmi les populations de race française de l'Amérique du Nord. C'est un objet d'admiration pour nous autres Français de la Vieille France que de voir comment cette branche de l'hygiène a été cultivée chez nos cousins d'Amérique, alors qu'elle était négligée chez nous. La question était à l'ordre du jour cependant, alors que nous ne formions qu'une même famille, alors que vous n'aviez pas encore passé l'Océan pour venir coloniser la Nouvelle-France.

J'ai trouvé dans de vieux papiers la description de ce que faisaient nos pères communs pour se débarrasser des immondices, sous le Grand Roi, et j'ai pensé qu'il serait intéressant de vous relater cette page d'histoire de l'hygiène de nos ancêtres.

C'est la copie d'une pétition adressée au Roi par un bourgeois de la ville de Paris au nom de la ville.

SIRE,

Les soins que Messieurs du conseil de police de V. M. ont apportés à la propreté de la ville de Paris par le nettoyage des rues, sont dignes d'une louange d'autant plus grande qu'ils ont heureusement réussi. Mais pour achever cette propreté, V. M. agréera, s'il lui plaît, que bourgeois de la dite ville, lui présente humblement ce mémoire, qu'une personne de mérite, affectionnée à tout ce qui regarde la gloire de V. M., lui a mis entre les mains. Il contient un moyen qui ne regarde pas seulement la propreté et netteté de Paris, mais encor la santé publique, même celle des sacrées personnes de Vos Majestés,

" Il a donc remarqué qu'aux environs du Louvre, en plusieurs
 " endroits de la cour, sur les grands degrés, dans les allées d'en
 " haut, derrière les portes et presque partout, on y voit mille ordures,
 " on y sent mille puanteurs insupportables, causées par les néces-
 " sités naturelles que chacun y va faire tous les jours : tant ceux
 " qui sont logés dans le Louvre que ceux qui y fréquentent ordi-
 " nairement et qui le traversent. On voit même plusieurs endroits
 " des balcons ou avancées chargés de ces mêmes ordures, et des
 " immondiées, balliennes et bassins des chambres que les valets et
 " servantes y vont jeter tous les jours, ce qui n'est pas seulement
 " contre le respect dû à une maison royale, contre la propreté et
 " netteté, mais encore très dangereux en temps de peste : que ces
 " endroits en peuvent être infectés, et ceux qui vont et qui viennent,
 " respirant un air infecté, peuvent être infectés eux-mêmes, même
 " ceux qui ont l'honneur d'approcher les sacrées personnes de Vos
 " Majestés.

" Dans la ville, plusieurs endroits sont aussi infectés de ces
 " mêmes ordures, comme les environs des églises, les places publi-
 " ques, les lieux plus fréquentés et presque partout dans les rues,
 " où l'on sent continuellement une puanteur insupportable, très
 " dangereuse en temps de peste, que ces ordures et puanteurs peuvent
 " infecter l'air de ce mal contagieux, peuvent infecter plus facile-
 " ment et plus tôt les bourgeois qui vont et qui viennent, et en-
 " suite les familles et toute la ville. Et assurément ces puanteurs
 " n'ont pas peu contribué au mal contagieux lorsqu'il a plu à Dieu
 " d'en affliger la ville.

" Au Palais, le même inconvénient arrive, comme dans un lieu
 " qui est ordinairement rempli de toutes sortes de personnages, qui
 " font leurs nécessités en plusieurs endroits dudit palais, où la
 " puanteur est de même insupportable, ce qui peut aussi beaucoup
 " nuire en temps de peste, même à Messieurs du Parlement.

" Pour remédier à ces inconvénients, ledit... supplie hum-
 " blement V. M. de luy accorder et faire don pour luy et ses suc-
 " cesseurs et ayant cause à perpétuité, en considération de ses
 " services, de la permission et privilège particulier d'establi et faire
 " establir dans le Louvre, au Palais et dans tous les endroits de la
 " ville et fauxbourgs de Paris où il sera nécessaire, tel nombre de
 " chaises percées qu'il jugera à propos, où chacun pourra aller faire
 " ses nécessités naturelles, en donnant amiablement quelque recon-
 " naissance, et les pauvres pour rien.

" Dans le Louvre, l'établissement de la manière suivante :
 " Celuy qui aura la conduite de cette affaire ira voir tous ceux qui

" sont logés audit Louvre, demeurera d'accord avec eux d'un mo-
" dique salaire par semaine, moyennant lequel tous leurs domesti-
" ques pourront aller faire leurs nécessités naturelles dans lesdites
" chaises percées et y porter les bassins des chambres. Et ainsi les-
" dites chaises seront utiles aux maîtres et aux serviteurs.

" Après des dites chaises percées, il y aura un tombereau fait
" exprès, sur une civière à bras, sur lequel tombereau tous les val-
" lets et servantes pourront porter toutes les immondices et bal-
" liennes des chambres tous les jours. Et toutes ces immondices,
" balliennes et ordures se porteront hors du Louvre tous les soirs
" dans la rivière.

" Les dites chaises percées seront faites d'une manière bien-
" saine, et ne paraîtront pas ce qu'elles seront. Ceux qui s'en
" serviront y seront commodément et à couvert, sans pouvoir être
" aperçus. Elles se mettront dans les endroits du Louvre les moins
" apparents et qui n'incommoderont pas.

" Pour les environs du Louvre et dans la cour, on y établira
" aussi tel nombre de chaises percées qu'il sera nécessaire, où tous
" ceux qui fréquentent le Louvre pourront aller faire leurs néces-
" sités naturelles, moyennant ce qu'ils voudront donner amiable-
" ment aux personnes qui se tiendront près les dites chaises pour y
" servir ceux qui voudront s'en servir.

" On établira aussi à chaque compagnie des gardes, qui sont
" tous les jours de garde au Louvre, une desdites chaises en parti-
" culier, où tous les soldats iront faire leurs nécessités naturelles,
" moyennant une petite reconnaissance que le capitaine donnera
" tant de fois que la compagnie sera de garde.

" De cette manière, la propreté sera dans tout le Louvre et aux
" environs : les ordures et puanteurs n'incommoderont plus, et en
" tems de peste, on n'appréhendera pas le mal qu'elles peuvent
" causer.

" On établira les dites chaises percées dans toutes les maisons
" royales où le même inconvénient arrive : comme à Saint Germain,
" Versailles, Vincennes et Fontainebleau.

" On les mettra dans le Palais et dans les endroits de la ville
" qu'il sera nécessaire, où les bourgeois qui vont et viennent, et
" toute sorte de personnes pourront aller faire leurs nécessités na-
" turelles, moyennant une petite reconnaissance qu'ils donneront
" amiablement à celles qui se tiendront près lesdites chaises. Les
" personnes qui n'auront pas moyen de donner ne donneront rien.

" Il plaira à Sa Majesté ordonner que les propriétaires des mai-
" sons ni les locataires ne pourront empêcher que l'on mette les-

" dites chaises près les lites maisons, pource qu'elles n'incommodent
 " ront point, et défendre à toutes personnes de faire ses nécessités
 " naturelles en aucun lieu du Louvre, du Palais et de la ville et
 " faubourgs de Paris, sous telles peines qu'il plaira au Conseil
 " ordonner.

" Les dites chaises seront faites, comme j'ay déjà dit, d'une
 " manière bienséante, ne paraître et pas ce qu'elles seront, et ceux
 " qui s'en serviront y seront commodément sans y être apperçus.

" De cette manière, Sire, on évitera toutes ces sortes d'ordures
 " et puanteurs; le respect et la révérence sera mieux gardé dans
 " toutes les maisons royales, et on n'appréhendera pas l'infection
 " qu'elles peuvent causer en tems de peste. Et qu'il plaise à V. M.
 " ordonner que toutes déclarations, arrêts et lettres en seront déli-
 " vrées gratis au suppliant, qui continuera ses vœux pour la prospé-
 " rité et santé de V. M."

A l'heure actuelle, en France, le W. C. est devenu l'idéal de
 nos mesures d'hygiène. Cette méthode est certainement parfaite
 lorsqu'on dispose d'une grande quantité d'eau, et qu'on peut se
 débarrasser de cette eau polluée, en la rejetant, soit à la mer, soit
 dans un grand fleuve; lorsqu'on a le moyen, enfin de s'en débarrasser
 sans salir le sous-sol.

La chose est possible dans les grandes villes, pour les grandes
 agglomérations. Mais il n'en est plus de même, lorsqu'on a affaire à
 de petites villes, et à des groupements isolés.

Alors c'est une faute contre l'hygiène, que de diluer ces ma-
 tières qui peuvent être contagieuses et augmenter ainsi les causes
 de contagion.

MM. Chatemesse et Borel viennent, dans un livre intitulé
 "*Monches et choléra*", dont nous sommes en train de publier la tra-
 duction en langue anglaise, d'attirer l'attention sur le rôle des mon-
 ches qui vont se poser sur les matières fécales qui peuvent être in-
 fectées de choléra. Ces monches peuvent ensuite transporter ces
 causes de contagion partout, et sont les plus sûrs véhicules du ba-
 cille-virgule.

Ce bacille a été retrouvé sur les pattes, le corps, sur toutes les
 parties extérieures de la monche, dans les intestins de la monche,
 toujours vivant et capable de reproduire la maladie.

La monche se pose sur nos aliments, se noie dans notre lait qui
 offre un des meilleurs milieux de culture que nous connaissions au
 microbe du choléra. Il est d'autant plus dangereux qu'il ne trahit

pas si présente en coagulant le lait de sorte qu'on peut absorber du lait contenant à notre insu une véritable bouillie de microbes cholériques. On s'aperçoit de cela, trop tard, alors que quelques heures après la diarrhée et les premiers symptômes prémonitoires de la maladie apparaissent.

La mouche qui a été en contact avec des matières fécales infectées est un véritable danger. C'est un agent de dissémination. La mouche est un ennemi qu'il nous est difficile d'exterminer ou d'atteindre même. Mais nous pouvons nous défendre contre l'infection qu'elle nous apporte des W. C., des matières fécales.

L'Angleterre d'où nous est venu le W. C., emploie dans ces cas particuliers une autre méthode sur laquelle nous sommes, peu documentés en France, et qui aurait partout dans nos campagnes de grandes applications.

Nous voulons parler du *cauth-dish*, qui a été perfectionné en Angleterre; que vous employez dans votre pays, et sur lequel vous donneriez des indications qui seraient fort bien reçues de nos hygiénistes.

Nous appartenons à une même race. Depuis 300 ans, nous évoluons dans des régions éloignées l'une de l'autre. Notre civilisation s'est modifiée, et il serait certainement très intéressant, pour vous comme pour nous, de prendre chacune des questions qui ont regardé notre art médical, et de voir comment les choses ont évolué, chez des peuples de même race. Avec notre langue commune, cette étude est facile à faire, et c'est ce que nous avons voulu tenter, pour une petite question d'hygiène, très importante.

Voilà pourquoi nous nous sommes permis de présenter au Congrès de Trois Rivières ce petit coin d'histoire médical.

SECTION DE CHIRURGIE

Présidence de M. A. Simard.

DE L'ASEPSIE DANS LA PRATIQUE CHIRURGICALE

Par le Dr ARTHUR SIMARD, professeur à l'Université Laval, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

Le conseil de l'Association, en m'appelant à présider la 32^{ème} réunion de la section chirurgicale, m'a donné une marque d'estime tout particulièrement flatteuse dont je suis profondément reconnaissant.

Les chirurgiens distingués qui ont occupé avant moi ce fauteuil présidentiel vous ont habitués à un régal scientifique que je ne puis malheureusement prétendre renouveler aujourd'hui. Vous ne devez pas vous attendre à pareille ambassade ; je ne puis penser à autre chose qu'à suivre de loin et dans la mesure des moyens, l'exemple qu'ils m'ont donné.

C'est avec un vif plaisir que je souhaite en votre nom et au mien, la bienvenue à M. le docteur Pronst, professeur agrégé et délégué de l'Université de Paris, qui vient tout récemment de terminer le cycle de ses ambitions en décrochant très vaillamment la tymbale de chirurgien des hôpitaux. Il m'est agréable aussi de me rappeler les heures de bonne camaraderie que nous avons passées dans le service de l'Hôtel-Dieu de notre regretté maître, le professeur Tillaux.

Messieurs, je ne me propose pas de vous faire l'exposé des derniers progrès, des récentes acquisitions de la chirurgie, ni de vous en indiquer les tendances. Il me faudrait alors vous parler de l'état de la question péricrânique, des modifications apportées dans le traitement des infections des canaux biliaires, de la prophylaxie par les procédés Pronst et Fuller-Freyer, actuellement passée



dans la pratique courante, du regain de faveur dont jouit pour le moment la méthode dite de Bier pour les tuberculoses locales, même de la sémiologie du sang dans ses rapports avec le diagnostic et le pronostic des affections chirurgicales, pour ne mentionner que les questions les plus à l'ordre du jour; et là n'est pas mon rôle, ni mon ambition.

Vous ne vous attendez pas non plus que je vous fasse part de découvertes retentissantes appelées à révolutionner l'opinion sur les questions du jour, surtout fébrilement étudiées et fouillées; ni vous apporter de nouvelles acquisitions propres à influencer sur l'orientation de l'esprit médical moderne; ce n'est pas là encore notre rôle et on ne peut pas raisonnablement l'exiger de nous. Il ne faut pas perdre de vue que la vie médicale dans ce pays date à peine de 50 années, que nos moyens d'études, de recherches sont restreints et que notre organisation scientifique est trop jeune pour que nous puissions prétendre égaler les peuples de la vieille Europe dont la mentalité scientifique s'est formée et affinée pendant des siècles de travail et d'application. Plus modestes dans nos aspirations, nous nous contentons pour le moment d'apporter notre part d'expérience, d'être de perfectionnement et nous savons limiter notre ambition au travail de vulgarisation du progrès scientifique moderne dans notre pays, et faire en sorte que la chirurgie canadienne soit comme le prolongement de la science française en Amérique, plus conforme à nos goûts et à notre esprit latin.

Pour tous ceux que l'avenir de notre profession intéresse, le progrès depuis ces dernières années a été manifeste, grâce à l'élan donné au travail et à l'émulation par les nombreuses sociétés médicales qui se sont fondées un peu partout, et pour une large part grâce aux perfectionnements réalisés dans les méthodes d'enseignement universitaire; mais il ne faudrait pas croire, que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes et qu'il n'existe pas dans la pratique de la chirurgie, des perfectionnements désirables. Si le mur qui entoure notre vie professionnelle a été assez haut pour cacher aux regards des profanes ce squelette, que, selon l'expression anglaise, chaque famille cache dans son armoire, il n'a pas passé inaperçu à tous ceux qui s'intéressent à l'évolution médicale dans notre province.

L'esprit d'asepsie dans le traitement des plaies n'a pas encore à l'heure actuelle achevé son tour d'Amérique. Je m'aventure, je le sais, sur un terrain brillant en venant vous parler de quelques points de la pratique chirurgicale dans notre province. Je compte

que vous me pardonnerez mon audace, en raison des motifs qui m'ont guidé dans mon choix.

Le dogme commun pour un certain nombre de praticiens distingués c'est la croyance à l'action bactéricide in vitro des antiseptiques ; et il produit sur leur emploi des espérances irréalisables ; Il s'est beaucoup trop cristallisé dans la pratique de l'antiseptie pure ; on a mis en elle une confiance absolue qui va pour quelques-uns jusqu'au fétichisme qui permet la négligence de bien des précautions pourtant nécessaires et fondamentales.

Et l'on traite toute plaie, tout foyer traumatique vivant comme un terrain inerte, comme je ne sais quel milieu de laboratoire, en l'irriguant, en le noyant de solutions chimiques d'autant plus nocives pour les cellules vivantes, qu'elles le sont pour les microbes. Le sublimé, le bi-iodure, l'acide phénique en solutions fortes, pour n'en nommer que quelques-unes, s'emploient couramment pour les plaies infectées ou non. N'est il pas, pourtant, de notion scientifique aujourd'hui que les tissus vivants trouvent en eux-mêmes leurs meilleurs défenseurs et qu'à les diluer, les paralyser, même aller jusqu'à les brûler sur le fallacieux prétexte d'une recherche et d'une destruction plus ou moins hypothétique des germes on court le grand risque de vicier, d'annihiler même le processus naturel de guérison ?

Et si l'on songe un instant à la manière dont est pratiquée trop souvent en clientèle courante cette antiseptie primitive des plaies, sur laquelle on fonde tant d'espérances, n'est-on pas en droit de croire que pour beaucoup d'entre elles ce n'est pas le traumatisme c'est le traitement qui crée l'infection ? Le pansement humide imprégné des mêmes antiseptiques, fréquemment renouvelé et compliqué de l'imperméable obligé répond, à mon sens, aux mêmes errements déjà traditionnels. Bref, on s'est trop immobilisé dans la pratique de l'antiseptie, et l'antiseptie n'est pas la perfection, car nous avons maintenant à notre disposition, outre l'expérience déjà longue propre à chacun de nous, de nouveaux documents pour établir sans conteste possible la valeur de l'asepsie pure et simple dans le traitement des plaies. Vous savez combien nombreux sont les travaux publiés sur cette question d'une importance si primordiale et quelle a été la raison qui a motivé la réaction qui s'est produite dans le monde scientifique en faveur de l'asepsie.

En effet l'ère de l'antiseptie avait bouleversé la chirurgie et les résultats éclatants obtenus au moyen de cette méthode avaient rapidement et définitivement jeté dans l'oubli les procédés du moyen âge

de l'époque prépasteurienne. Cependant si l'antisepsie avait été un très grand progrès, on ne tarda pas à s'apercevoir que ce n'était pas là encore l'idéal cherché. La biologie venait de les enrichir de données nouvelles et la nature de l'activité cellulaire, défense naturelle qu'il importait de soutenir et de ne pas entraver des agents paralysants ou destructeurs de son activité, fussent-ils nommés germicides—refroidit quelque peu la confiance enthousiaste que l'on avait mis dans l'antisepsie et les antiseptiques. L'inévitable réaction se produit : l'antisepsie à son tour dut céder la place à l'antisepsie mitigée.

L'évolution n'était pas cependant terminée. Elle s'est arrêtée là pour un nombre important de confrères. L'antisepsie doit cependant céder le pas à l'asepsie pure et simple, plus conforme aux principes biologiques acquis, tous d'actualité. Et si le 19^{ème} siècle peut s'enorgueillir, à bon droit, d'avoir vu l'antisepsie s'établir en maître sur les ruines des méthodes surannées, le 20^{ème} siècle aura à son crédit, du moins c'est ma conviction intime, d'avoir fait faire à la question un pas de plus en avant en établissant à la base de toute méthode de traitement de plaies, les principes biologiques.

En effet l'infection contre laquelle nous luttons journellement, c'est une vie dans la vie ; elle procède de différents processus vitaux et c'est pour cela qu'il importe de débarrasser le foyer traumatique des agents septiques sans nuire cependant à la vitalité des tissus qui seront eux les meilleurs agents de guérison. Or, les antiseptiques d'un usage courant et si libéralement prodigués sont absolument nocifs à la vie cellulaire.

Les guerres modernes ont apporté une masse de documents à l'étude de cette question du traitement primitif des plaies et malgré qu'il ne faut pas se baser rigoureusement sur les résultats obtenus en chirurgie de guerre pour delà généraliser, ils n'en ont pas moins une valeur démonstrative de premier ordre. Les rapports de guerres Anglo-Boer et Russo-Japonaise établissent que les blessures guérissent dans une proportion de 80% sous un seul pansement à la condition d'être simple, sec, stérile et rien de plus. Mais, il y a d'autres sources de preuves à l'appui du traitement des plaies par l'asepsie pur et simple. L'une des plus remarquables est sans contredit le travail publié récemment par Van Stoekum de Rotterdam.

Les résultats qu'il fait connaître à l'appui du traitement primitif des plaies par l'asepsie, révèlent sous ce rapport une signification qu'on ne saurait méconnaître. Depuis 1900 il traite toutes les plaies, y comprises les fractures compliquées, par l'enbaument, en versant simplement dans le foyer traumatique une abondante

quantité de banné du Péron, puis applique à plat un pansement simple absorbant qui doit rester en place 20 jours. Et les résultats sont surprenants. Il y a plus encore. Tout dernièrement le docteur Carl Gontermann reprenait expérimentalement dans le service de Von Bergmann l'étude de l'action comparée du pansement sec, stérile, et du pansement humide antiseptique et arrive à la conclusion : 1o qu'il n'y a pas une action empêchante de l'antiseptique sur le développement des germes dans les plaies ; 2o la teneur en germes des plaies accidentelles non suppurrées est plus élevée sous le pansement humide antiseptique que sous le pansement aseptique, sec ; 3o les pansements humides ne sont nullement un moyen sûr de prévenir la suppuration dans les plaies et qu'enfin il faut donner la préférence à la gaze iodoformée à cause de son pouvoir spécial d'absorption. Ces résultats ne sont pas pour nous surprendre. Ils ne font que confirmer l'expérience des maîtres de la chirurgie française et américaine. Pour notre part, nous avons été à même, comme bien d'autres, de faire la comparaison entre l'antiseptie mitigée et l'asepsie pure et simple, et depuis longtemps notre opinion est faite sur leur valeur respective. L'asepsie est un grand progrès sur les anciens procédés. Les blessures guérissent plus normalement, les infections s'améliorent rapidement et avec moins de tendance à la généralisation. Bref, à l'heure actuelle, dans toute plaie récente non encore infectée, une bonne gaze, sèche, souple, poreuse, absorbante, simplement stérilisée comme premier pansement, puis par-dessus et autour, un manchon d'ouate hydrophile pour la maintenir et empêcher les contacts, voilà les conditions les plus physiologiques d'une évolution régulière et d'une défense normale.

Est-ce à dire cependant, que le pansement humide doit disparaître ? certes non. Qu'il soit utile dans quelques circonstances, sur une plaie douloureuse ou déjà infectée, d'imbiber les couches profondes du pansement, nul ne songerait à le nier. Mais, par exemple, les solutions employées ne doivent jamais être nocives pour la vie cellulaire. La solution saline stérilisée, l'eau oxigénée neutre, l'alcool remplissent très bien le but désiré. Seulement, l'imperméable obligé et traditionnel, qui supprime l'aspiration, empêche par cela même le processus naturel d'absorption à la surface de la plaie, qui crée un véritable milieu de culture par une sorte de vase clos qu'il réalise, doit disparaître de la pratique chirurgicale moderne. Aspiration, absorption, aepsie, voilà les conditions principales que doit remplir un bon pansement. La gaze iodoformée qui est d'un emploi courant, n'est pas à mon avis l'idéal. Que pour les tuberculoses ouvertes l'iodoforme garde la primauté, je ne le conteste pas, mais le

peroxyde de zinc que Chaput a fait connaître en 1904, et que nous employons depuis cette date à l'Hôtel-Dieu de Québec, lui est supérieur pour toute autre circonstance où une poudre peut trouver place dans l'ordonnance d'un traitement. Le peroxyde de zinc en effet, est inodore, non irritant, non toxique et un excellent antiseptique qui, grâce à sa faculté de dégager de l'oxygène en présence des matières organiques stimule l'activité cellulaire au lieu de lui nuire ou de l'entraver. Les expériences comparées que nous avons conduites à l'Hôtel Dieu, nous permettent d'affirmer sa supériorité sur les poudres usuellement employées. Mais c'est là un point peu important en soi, l'emploi des poudres est très restreint dans le traitement des plaies.

Maintenant, je me le demande, pourquoi, en dehors des milieux hospitaliers, où il se fait de l'excellente chirurgie, l'asepsie est-elle encore si peu pratiquée? On objecte, comme je l'ai entendu répéter souvent, son application difficile pour la chirurgie journalière à la campagne et même dans les villes. Je n'en crois rien. D'abord pour bien faire l'asepsie, il faut la bien connaître dans tous ses détails et en être bien convaincu de sa valeur, sans cela, je comprends que l'on voit partout des obstacles insurmontables à son emploi.

A quoi se réduisent en définitive, les interventions chirurgicales journalières? En intervention d'urgence et en celles arrêtées d'avance, n'est-il pas vrai? Pour ces dernières, je ne vois où puissent se rencontrer ces difficultés soi disant insurmontables puisque le médecin règle lui-même, le lieu, le lieu, le moment d'intervention. Il a le loisir de s'y préparer et s'il ne fait pas d'asepsie c'est qu'il ne veut pas. J'admets volontiers que la question se complique pour les interventions d'urgence. Trop souvent les grands et petits traumatismes qui appellent le chirurgien ont lieu à des distances souvent considérables, loin de tout secours médical. L'installation où doit se faire l'opération est sommaire, les moyens mis à la disposition du chirurgien quelquefois rudimentaires.

Cependant ne trouve-t-on pas partout un foyer, de l'eau, une marmite pour la faire bouillir? N'est-il pas toujours possible de se procurer de linge qui, bouilli pendant un temps suffisant, peut servir au premier pansement et permettre au chirurgien de s'outiller pour ceux à venir?

N'est-il pas facile pour tout médecin de préparer à l'avance de la gaze stérilisée, afin d'être prêt à toute éventualité? Il peut se rencontrer des circonstances où le chirurgien soit absolument désarmé, mais on admettra que c'est l'infime exception et que dans l'im-

mense majorité des cas il peut faire face, s'il sait vouloir, à toutes les conditions que peut présenter la clientèle journalière. D'ailleurs les grands érasements, les grands traumatismes seuls peuvent demander une installation, un matériel quelque peu complet, mais ils ne requièrent pas ordinairement une intervention immédiate et le simple lavage et pansement aseptique obligatoires peuvent se faire partout. En résumé, à quelques exceptions près, l'asepsie rigoureuse peut se pratiquer partout, il suffit de savoir vouloir.

Il y a là messieurs, un progrès à réaliser si l'on veut que la pratique chirurgicale journalière dans notre pays n'ait rien à envier à celle des pays les plus avancés.

L'honneur que l'on m'a fait en m'appelant à présider la section chirurgicale de l'assemblée des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, me faisait en quelque sorte un devoir de saisir cette occasion de combattre devant vous pour ce que je crois, un progrès utile et efficace à réaliser dans la pratique de la chirurgie. Je n'aurai pas perdu mon temps, je le crois, si mes paroles engagent quelques-uns d'entre vous, dans la bonne lutte pour la vulgarisation de la pratique de l'asepsie.

Les médecins qui voient tous les jours les bornes de leurs fiefs jadis incontestés et inviolables reculer devant la chirurgie envahissante, se sont jetés dans la voie de la médecine préventive où ils remportent des succès qu'on ne saurait trop admirer. Nous ne pouvons pas nous laisser distancer. Il importe que par une aseptie bien comprise et judicieusement pratiquée les chirurgiens puissent prévenir partout et toujours les complications d'infection, et étendre ainsi le champ de l'intervention chirurgicale, et alors on pourra dire de l'asepsie, ce dernier cri du progrès moderne, que comme l'hygiène, c'est plus qu'une science, c'est une vertu.

PROSTATECTOMIE PAR VOIE PÉRINÉALE ET PAR VOIE HYPOGASTRIQUE

Par le Dr R. PROUST, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

M. R. Proust étudie la valeur comparée des voies périnéale et transvésicale dans l'ablation de la prostate. Toutes deux ont des avantages indiscutables. La prostatectomie transvésicale a la réputation d'être d'une exécution généralement plus facile mais elle donne aussi une mortalité deux fois plus considérable que l'opération périnéale. Son avantage principal vient du fait que n'enlevant de la prostate que la partie hypertrophiée et saillante dans la vessie elle laisse en place le bec de la prostate avec les canaux et les vésicules séminales, et n'entraîne pas fatalement la stérilité et l'impuissance.

Conséquemment, en dépit de sa plus grande gravité, cette opération doit être conservée et appliquée aux cas particuliers de prostatites très grosses et où depuis longtemps il existe un résidu que la sonde n'a pas régulièrement évacué.

La prostatectomie périnéale est l'opération qui en ce moment jouit en France de la plus grande faveur. Elle donne particulièrement des succès dans les cas de vessies infectées dont elle assure plus facilement le drainage et chez les malades à rétention complète qui ont dû se sonder régulièrement et ont pu ainsi conserver intacte leur musculature vésicale.

CHORIO-EPITHELIOMA

Par le Dr M. J. AHERN, professeur d'anatomie descriptive à l'Université-Laval, membre de la Société Internationale de chirurgie, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

Depuis 3 ans j'ai eu l'occasion de voir les cas suivants:

Mme J. L. . . ., de Campbellton, N. B., âgée de 44 ans et depuis 27 ans la femme d'un employé inférieur de chemin de fer, entre à l'Hôtel-Dieu de Québec, le 14 février 1903.

Elle est envoyée par le Dr Pinault avec le diagnostic de cancer utérin ou déciduôme malin.

C'est une petite femme excessivement pâle et très faible.

La menstruation a débuté à 15 ans, revenait régulièrement tous les 28 jours, pendant 2 à 3 jours, accompagnée le premier jour d'un peu de dysménorrhée qui disparut après son mariage contracté à 17 ans.

Elle eut 12 grossesses dont 8 se terminèrent normalement à terme par des enfants vivants. Elle eut son premier à 18 ans et son dernier enfant à terme à 36 ans.

Ses accouchements ont été faciles et les suites de couches sans incidents pathologiques. A ses 1e et 6e grossesses elle avorta à 2 mois et 2 mois et demi.

En 1896, quand son dernier enfant avait 18 mois et qu'elle avait 31 ans, au 8e mois de sa 11e grossesse, elle accoucha de ce que son médecin appela une môle, après quoi survinrent, à des périodes régulières, des métrorrhagies graves qui la gardèrent au lit pendant trois mois. De 1896 à 1902 elle fut bien réglée et eut bonne santé. En novembre 1902 elle se croyait enceinte n'ayant pas eu de règles en septembre ni octobre et éprouvant les malaises ordinaires de la grossesse chez elle tels que : nausées, vomissements le matin, goûts bizarres, augmentation du volume du ventre et des seins. En novembre quand l'utérus avait acquis le volume d'une grossesse à 4 mois, il survint un écoulement vaginal sanguin sans douleur qui persista jusqu'au 7 décembre, quand une môle hydatiforme fut expulsée. Les lochies sanguines arrêtaient le 17 décembre et la malade se lève le lendemain. Le 19 décembre elle commence à perdre de nouveau et se remet au lit. Mais ni le repos ni les injections vaginales chaudes, ni les autres moyens employés dans des cas sembla-

bles ont le moindre effet sur ces hémorragies qui continuent tous les jours. Seule l'adrénaline en application semble avoir un peu d'effet.

29 décembre. Pertes considérables avec syncopes. Le tamponnement vaginal, l'injection de strychnine et de sérum artificiel remontent un peu la malade.

30 décembre. Essai de curetage qui fut abandonné à cause de l'abondance de l'hémorragie et l'utérus fut tamponné. La curette avait ramené une quantité considérable de tissu ressemblant à celui de la môle expulsée.

Du 1^{er} janvier au 7 février 1903, à part un petit écoulement rougeâtre, de temps à autre, la malade étant assez bien, mais très faible. Elle se lève dans les derniers jours de janvier.

Le 7 février 1903. Nouvelles hémorragies utérines, subites et considérables, nécessitant le tamponnement de l'utérus pour permettre à la malade de se rendre à l'hôpital où elle arrive le 14 février.

Examen vaginal : l'os est entr'ouvert permettant l'introduction du doigt qui sent sur la paroi postérieure de l'utérus et près du fond une saillie grosse comme le bout de l'index, résistante, lisse, au-dessous de la muqueuse : à gauche de cette saillie une autre plus volumineuse, irrégulière, nœcécée et rugueuse à la surface, et dans laquelle le doigt s'enfonce assez profondément pour faire craindre de perforer l'utérus qui est légèrement augmenté de volume et mobile.

Tous les organes fonctionnent bien ; les antécédents personnels sont nuls et les antécédents héréditaires sont bons.

Diag. : Chorio épithélioma.

14 février 1903. Anesthésie avec mélange d'éther, 2 parties et chloroforme 1 partie, administré au moyen de l'appareil de Clover sans le sac.

Enlèvement complet de l'utérus et des annexes. La malade guérit parfaitement et est encore en bonne santé.

À l'examen de l'utérus enlevé on voit sur la paroi postérieure près du fond une petite saillie arrondie et lisse : à droite de celle-ci une autre plus petite, puis à gauche une dépression remplie par ce qui semble être un caillot sanguin dans lequel le doigt s'enfonce facilement dans l'étendue d'à peu près un tiers de pouce. Les bords de cette ouverture sont déchiquetés. Les masses qui causaient les saillies mentionnées avaient l'air de caillots quand sectionnées. Dans les annexes il n'y avait rien de remarquable.

L'examen microscopique des petites masses qui envahissaient le corps de l'utérus a démontré qu'elles étaient composées de cellules de Langhans et de Syncytium.

DEUXIÈME CAS

C'est grâce à l'obligeance de mon savant collègue, M. le Prof. Marois que je puis vous rapporter ce cas.

Mme L. R. . . . , de St. Nérée, se présente à l'Hôtel-Dieu dans le service du Dr Marois, en juillet 1903, pour des métrorrhagies et des douleurs dans l'hypogastre.

Agée de 30 ans, mariée, elle eut 5 grossesses dont deux avec application de forceps ; un enfant mort né.

La menstruation a débuté à 12 ans, s'est effectuée seulement 3 fois la 1ère année, ensuite régulièrement, tous les mois, pendant 2 à 3 jours, en abondance, avec un peu de dysménorrhée le premier jour.

Dans le mois de juin 1903, elle fit une fausse couche après un arrêt de quatre mois ; elle se leva le troisième jour, mais continua à perdre jus qu'à son arrivée à l'hôpital. Depuis plusieurs mois elle avait des douleurs dans le bas ventre.

Elle est maigre, faible, avec une teinte icterique de la peau et des conjonctives. Elle toussé et crache du sang depuis quelque temps. Son appétit est assez bon ainsi que sa digestion. Il y a un écoulement vaginal rougeâtre, et mal odorant ; l'utérus est augmenté de volume, sensible et peu mobile. Sur la paroi postérieure du vagin il y a 3 saillies lisses, blenâtres ou plutôt noirâtres qui ressemblent beaucoup à des hémorroïdes et qui soulèvent la muqueuse vaginale.

Un curettage fut essayé, mais il a fallu, vu l'abondance de l'hémorrhagie, l'abandonner et appliquer un tampon intra-utérin. La malade quitta l'hôpital et mourut 10 jours plus tard.

Il n'y a pas eu d'autopsie.

Diagnostic : Chorio-épithélioma avec métastases dans le vagin, le foie et le poumon.

TROISIÈME CAS

Mme B. B. . . . , Québec, âgée de 19 ans. Femme d'un journalier, entre à l'hôpital le 7 mai 1905.

Mariée en 1903, bien réglée (menstruation à 13 ans).

En mars 1904, accouchement prématuré de jumeaux à 7 mois.

Février 1905, accouchement prématuré à 5 mois. Grossesse double ; expulsion d'abord d'une môle hydatiforme, ensuite d'un fœtus intact avec ses membranes. Hémorrhagie post partum.

Elle resta au lit 20 jours.

En mars, prit le lit de nouveau pour des pertes abondantes et presque continuelles qui durèrent pendant trois semaines.

Le 17 avril, après de nouvelles et abondantes hémorragies on fit un curetage, mais l'écoulement sanguin fut tel qu'on a dû tamponner l'utérus.

Il a fallu répéter ce tamponnement tous les jours jusqu'à l'arrivée de la malade à l'Hôpital le 7 mai 1905.

C'est une petite femme maigre, très pâle, les lèvres et les gencives blanches. Elle tousse et crache du sang. Elle a toujours eu bonne santé jusqu'à son premier accouchement en mars 1901. Son appétit est diminué mais elle digère assez bien. Ses antécédents héréditaires sont bons.

A l'examen vaginal il y a écoulement de sang l'os est entr'ouvert, admet le doigt qui sent 2 saillies dont le sommet présente une dépression dans laquelle le doigt s'enfonce jusque dans l'épaisseur de la paroi utérine. L'utérus un peu augmenté de volume, est mobile et pas sensible à la pression.

8 mai. Anesthésie par le mélange d'éther et de chloroforme. Hystérectomie abdominale totale avec enlèvement des annexes qui ne présentaient rien de particulier.

La tumeur avait la même apparence que celle du premier cas, et la composition histologique était la même.

Ces cas sont des exemples d'une affection très maligne de l'utérus sur laquelle Sînger a attiré l'attention en 1888 par un travail lu devant la Soc. Gynéc. de Leipzig, à propos d'une tumeur utérine survenue après un avortement à 8 semaines. On avait déjà décrit des cas semblables sous le nom de cancer utérin mais Sînger le premier signala le rôle de la grossesse dans la production de ces tumeurs et croyant qu'elles se développaient au dépens de la caduque ou décidua (tissu maternel) il leur donna le nom de Déciđuôme malign. (1)

Les idées sur l'origine du déciđuôme ont changé depuis, et aujourd'hui pour la grande majorité des autorités il est prouvé que c'est au dépens des tissus du fœtus que se développe la tumeur, maintenant connue sous le nom de Chorio-Épithélioma que lui donna Marehand, dont voici la définition: " C'est une tumeur qui origine au point d'insertion du placenta, qui se développe au dépens du Syncytiun (cell-plasmodiales) et des cellules de la couche de Langhans, (qui forment avec le syncytiun le revêtement épithélial

(1) Pierce, Americ. Journ. of Obstet. vol. 45 p. 330.
Bland, Jour. A. M. Méd. Assoc. vol. 14, p. 1829.

des villosités choriales), qui se compose de masses protoplasmiques, contenant ni tissu connectif ni vaisseaux sanguins mais des parties nécrosées. (1)

Ces tumeurs sont le résultat de la prolifération maligne des deux couches épithéliales des villosités choriales. (2)

Très à bonne heure dans le développement de l'œuf humain il se produit à sa surface extérieure une couche épaisse de cellules : le *trophoblaste* qui a pour fonction de détruire cette partie de la caduque avec laquelle il vient en contact ; ainsi se produit une cavité dans laquelle l'œuf s'enfonce. Alors il y a prolifération du trophoblaste qui pénètre la caduque dans toutes les directions (3), ouvre les vaisseaux sanguins et vient au contact du sang maternel. Le mésoblaste se développe et se prolonge en bas dans la masse protoplasmique (vers la fin de la première semaine), se recouvre des 2 couches épithéliales, c'est-à-dire cellules de Langhans et Syncytium, et forment les villosités choriales. (4)

A l'état normal cette prolifération des cellules épithéliales des villosités est arrêtée par un mécanisme qui n'est pas encore connu. Berry Hart pense que le pouvoir destructeur de l'épithélium chorial est aboli par la sécrétion du corps thyroïde et quand celle-ci manque la prolifération se continue. (5) Veit et Scholten pensent que c'est la production d'anticorps ou anti-cell, dans le sang maternel qui abolit ou neutralise ce pouvoir envahissant des formations choriales. Ils ont donné le nom de syncytiolysin à ce corps. (6)

Dans le cas contraire la prolifération continue, les villosités pénètrent la paroi utérine en détruisant tous les tissus, ouvrent les vaisseaux et se développent à leur intérieur ; des parties détachées de ces villosités, entraînées par le courant sanguin vont se loger dans d'autres organes, y former des métastases, le plus souvent dans le pommou et le vagin, mais on en a rencontré dans tous les organes.

ÉTIOL.

Le chorio-épithélioma est une affection comparativement rare. Depuis 1888, à peu près 300 cas ont été rapportés.

(1) Pierce. — Am. Jour. Obst. vol. 45, p. 327.

(2) Bland. — Jour. Am. Méd. Ass. vol. 44, p. 1829.

(3) Pierce. — Am. Jour. Obst. vol. 45, p. 330.

(4) Minot. — do vol. 50, p. 401.

(4) Pierce. — Am. Jour. Obstet. vol. 45, p. 333.

(5) Berry Hart. — Jour. Obst. & Gynéc. Br. Empire. Nov. 1902.

(5) Cité dans Am. Jour. Obst. Vol. 47, p. 125.

(5) Recensus. — Cité par Bland. — Jour. Am. Méd. Ass. vol. 41, p. 1833.

(6) Cité par Bland. — Jour. Am. Méd. Ass. vol. 44, p. 1813.

Se voit chez la femme, mais aussi peut se rencontrer chez l'homme dans certaines tumeurs d'origine fœtale, les tératomes.

Chez la femme il se montre pendant ou après une grossesse, que celle-ci soit intra-utérine ou tubaire ; qu'elle se termine par un avortement, un accouchement prématuré ou à terme.

La môle hydatiforme a une influence indéniable sur la production du chorio-épithélioma. Ainsi dans la statistique de Lockhart (1), sur 262 cas où la variété de la grossesse a été mentionnée 36,7% étaient associées à des môles hydatiformes.

Deux des cas que je rapporte ont suivi des grossesses molaires.

La fréquence des môles par rapport à la grossesse normale est de 1 sur 728 (Gebhard) et de 1 sur 2500 (Williamson). (2)

On a dit que les kystes de l'ovaire, au moins les kystes lutéiniques, favorisaient la production du chorio-épithélioma ; mais Santi a prouvé que chez les deux tiers des femmes, on trouve des kystes du corps jaune. (3)

AGE. — C'est surtout pendant la période de plus grande activité génitale de la femme qu'on rencontre ce néoplasme, c'est-à-dire, de 20 à 40 ans. D'après Lockhart (loc. cit.) sur 259 cas, 185 étaient entre 20 et 40 ans. L'âge moyen était de 32 ans. Mais on a vu des cas à 55 ans, après la ménopause, et quelques uns même avant la puberté, mais c'est extrêmement rare.

L'affection peut se montrer pendant la grossesse (cas de Pick) (4) mais le plus souvent c'est après l'accouchement au bout d'un temps qui peut varier de quelques jours à 4, 6 et même 9 ans mais généralement de quelques jours à trois mois.

La tumeur se loge d'abord dans l'utérus, mais peut originer dans la trompe à la suite d'une grossesse tubaire ou dans le vagin dont il a y neuf cas de signales. (5) Le premier celui de Schmoel est le No. 70 du tableau de Ladinski.

SYMPTÔMES

Le premier symptôme est l'hémorragie, attribuée le plus souvent à la rétention de portions du placenta ou des membranes quand elle

(1) Lockhart. — *Mont. Med. Jour.* vol. 5, p. 633.

(2) Kœnig. — *Ann. de Gynéc. & d'Obst.* — Paris, 1905, p. 655.

(3) Cité par de Bovis. — *Sem. Méd.* vol. 6, p. 65.

(4) Ladinski. — *Am. Jour. of Obst.* vol. 15, p. 496. — Le cas de Pick est le No. 71 dans le tableau de Ladinski qui est un résumé de l'hist. de tous les cas rapportés jusqu'au mois d'avril 1902.

(5) Pierce. — *Am. Jour. Obst.* vol. 15, p. 344.

arrive peu de temps après l'accouchement. Elle se produit d'une manière, irrégulière, subitement par crises et en grande quantité à la fois et est suivie pendant quelque temps par un écoulement sanguinolent ou comme de l'eau sale ayant souvent une odeur repoussante, ou bien il y a l'écoulement contenu avec des exacerbations. Les moyens hémostatiques ordinairement employés dans ces cas restent sans effet. En dernier ressort les malades sont curettés, mais l'hémorragie est tellement abondante que la curette est abandonnée pour le tampon utérin. Quelquefois l'hémorragie cesse et la malade peut se lever et paraître assez bien pendant quelque temps au bout duquel les pertes recommencent. La malade s'anémie rapidement et profondément. Elle devient très blanche et maigre.

La douleur n'est pas un symptôme dominant, elle est généralement peu marquée et manque quelquefois. Dans certains cas rares cependant elle peut être le symptôme initial et quelque fois l'unique symptôme pendant un temps.

Les métastases sont nombreuses et précoces et quelquefois donnent les premières indications de la maladie. Elles se font par les vaisseaux et possiblement quelquefois par les lymphatiques. On en rencontre dans presque tous les organes, mais plus fréquemment dans le poumon et le vagin. Elles produisent des symptômes spéciaux suivant l'organe qui est affecté.

Ainsi il y a dans la plupart des cas toux et crachements de sang par métastase dans le poumon.

Enfin, quand il y a absorption de produits septiques il y a des frissons et de la fièvre et la malade prend un teint cachectique.

EXAMEN.

On peut trouver dans le vagin des tumeurs métastatiques, sous forme de saillies plus ou moins volumineuses à surface lisse, bleuâtres ressemblant beaucoup à des varices ou à des hémorroïdes. L'utérus est augmenté de volume, lisse ou bosselé, ayant sa consistance ordinaire, ou étant ramolli ou présentant des endroits où la consistance est normale à côté d'autres où elle est diminuée.

L'utérus n'est pas douloureux au toucher.

Le col est généralement entr'ouvert et souvent permet l'introduction du doigt qui sent, généralement sur la surface postérieure de la cavité utérine et près du fond une ou plusieurs saillies, arrondies, lisses et élastiques, ou des masses friables à travers lesquelles le doigt s'enfonce loin jusque dans le tissu utérin. Cet examen est accompagné généralement de pertes sanguines considérables.

DIAGNOSTIC

Quand après un accouchement ou un avortement il y a des hémorragies répétées et considérables, rebelles aux moyens hémostatiques ordinaires et surtout si elles suivent une grossesse molaire, il faut soupçonner un chorio-épithélioma.

Ces symptômes peuvent être produits par une rétention placentaire, par un cancer ou un fibrome sous muqueux.

Par l'examen digital de la cavité utérine le doigt reconnaît le placenta, car l'ongle peut être insinué entre ce dernier et la muqueuse utérine et peut les séparer.

Dans le chorio-épithélioma les nodules sont lisses et recouverts par la muqueuse; quand ils sont ulcérés on sent une masse molle, friable, qui saigne avec une abondance et une facilité extraordinaire, et dans laquelle le doigt s'enfonce aisément.

La présence de métastases dans le vagin, le poumon ou ailleurs confirme le diagnostic.

Des parcelles de la tumeur enlevées avec la curette ou le doigt et examinées au microscope montrent les cellules caractéristiques de l'épithélium des villosités choriales.

Dans le cancer il y a l'histoire clinique de la maladie, l'âge est plus avancé, il n'y a pas de rapport avec la grossesse; à l'examen il y a une masse à base indurée, tout à fait le contraire de ce qu'on rencontre dans le chorio-épithélioma. L'examen microscopique de la tumeur permettra de la reconnaître.

Un fibrome sous muqueux, est dur et ne ressemble nullement à la masse molle qu'est le chorio-épithélioma.

PRONOSTIC

Le pronostic est excessivement grave. La mortalité est de 60 à 70%. La mort est due à des métastases, à l'hémorragie, à l'épuisement ou à l'infection. Elle arrive en moins de 6 mois le plus souvent. (1)

Il faut tenir sous observation les mères qui ont eu des grossesses molaires.

On a dit que la môle est moins dangereuse jeune que vieille; moins dangereuse aussi quand elle est expulsée spontanément que quand elle a été enlevée par la curette ou avec les doigts.

Lockhart. *Mont. Med. Jour.* Vol 9, p. 640 donne un résumé des cas rapportés depuis 1900.

Frank. *N. Y., Jour.* Vol 88, p 864 donne un résumé des cas observés en Amérique.

1. Frank. *N. Y., Med. Jour.* 21 avril 1906 p. 795.

TRAITEMENT

L'ablation totale de l'utérus, faite à temps, guérit généralement la maladie.

La présence de métastases n'est pas une contre-indication à l'hystérectomie, car une fois le foyer initial parti les dépôts secondaires disparaissent le plus souvent.

Dans quelques cas on a vu l'enlèvement partiel de la tumeur être suivi de guérison; quelques malades ont guéri sans aucune intervention ou après un simple enrettage. Ces faits ne s'expliquent pas facilement.

Plusieurs auteurs admettent une variété bénigne de la maladie. Mais il est impossible par le microscope ou autrement de distinguer les cas bénins de ceux qui sont malins. (2)

2. Marchaud. Cité dans Ann. de Gynéc. et d'Obstét. de Paris., 1906 p. 316.

L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE PAR LA STOVAÏNE

Par le Dr O. F. MERCIER, chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame, professeur de clinique chirurgicale à l'Université Laval, de Montréal.

La Stovaïne, quoique découverte relativement récente, a conquis actuellement sa place en chirurgie, elle m'a personnellement donné des résultats si satisfaisants depuis un an que je l'emploie couramment et systématiquement, que j'ai cru de mon devoir de profiter de ce congrès pour la faire connaître davantage dans ce pays, et vous faire part de mon humble expérience en matière d'anesthésie locale et rachidienne par ce nouveau et excellent médicament.

Monsieur Ernest Fourneau, chef du laboratoire des recherches de chimie organique aux établissements Poulenc Frères après avoir trouvé une méthode pratique pour préparer à bon compte une grande quantité d'amino-alcools de constitutions différentes, constatés que éthérifiés par l'acide benzoïque, il en résultait, du groupe à fonctions alcooliques tertiaires, des dérivés fortement anesthésiques. Les autres amino-alcools à fonctions alcooliques secondaires et primaires, ainsi éthérifiés par l'acide benzoïque, conduisaient à des corps presque entièrement dépourvus de propriétés anesthésiques.

La grande originalité de la découverte de Fourneau réside donc dans le fait qu'elle met en évidence l'importance de la fonction alcoolique tertiaire dans les amino-alcools et l'inutilité de tous noyaux azotés fermés, et qu'elle conduit au plus simple, au plus actif, au moins toxique de tous les anesthésiques locaux connus jusqu'à ce jour.

La stovaïne est donc l'éther benzoïque d'un amino-alcool de la série grasse, à fonctions alcooliques tertiaires qui est ici l'alcool amylique, chlorhydrate de diaméthylamibenzolpentanol ou stovaïne.

Il s'agissait alors de soumettre ces nouveaux corps anesthésiques à une analyse physiologique minutieuse et M. Billon, physiologiste habile et consciencieux fut chargé de la chose.

Entre temps, au mois de février 1901, M. Haller, au nom de M. Fourneau, présentait à l'Académie des sciences une note sur les alcools tertiaires, puis le 29 mars, même année, M. Billon présentait à l'Académie de médecine le rapport de ses expériences physiolo-

giques sur la stovaïne, rapport dont je ne saurais ici que vous rapporter les conclusions. Le chlorhydrate d'amylène peut être classé dans le groupe des analgésiques locaux et il possède en outre, à faible dose, des propriétés antithermiques manifestes.

Il possède une action analogue à celle de la cocaïne, il abolit les propriétés vitales des cellules avec lesquelles il vient en contact, et agit comme poison sur le système nerveux central.

Sa toxicité beaucoup plus faible que celle de la cocaïne, son action toxique sur le cœur, son pouvoir analgésique considérable, ses propriétés antiseptiques en ont fait un médicament de premier ordre appelé à réaliser un progrès considérable sur la cocaïne.

Le professeur P. Reclus fut chargé par l'Académie de Médecine de faire rapport sur ce sujet, rapport qui fut lu à l'Académie le 5 juillet 1904 et qui fut d'ailleurs des plus favorables et proclamant les qualités analgésiques et la moindre toxicité de la stovaïne comparée à la cocaïne.

Vendue sous un tel patronage, elle ne pouvait pas ne pas tenter les nombreux chirurgiens qui pratiquaient couramment les injections localisées, et ceux moins nombreux qui étaient restés fidèles à l'anesthésie rachidienne.

Les travaux parus sur ce sujet se sont tellement multipliés même en dehors de la France qu'il n'est plus possible que d'en faire une étude d'ensemble. Tous démontrent jusqu'à l'évidence, la supériorité de la stovaïne sur la cocaïne : puissance anesthésique égale, toxicité trois fois moindre, action toni-cardiaque, propriétés antithermiques et antiseptiques du nouveau produit chimique. Et, comme dit Reclus dans son rapport à l'Académie de Médecine :
 " Ou pourrait y ajouter que la stovaïne, substance obtenue par
 " synthèse, est d'un prix de revient moins considérable et sera
 " livrée à meilleurs prix par le commerce, ce qui n'est pas à dédaigner. Nous ne serons plus tributaires des rares pays où le
 " cocaiier peut croître. Mais un argument bien supérieur, c'est
 " que la stovaïne, substance vierge encore de tous méfaits, n'a pas
 " à traîner derrière elle le martyrologe qui alourdit la marche de la
 " cocaïne et l'empêche de prendre son essor. La pauvre cocaïne
 " livrée à des empiriques ignorants et téméraires, a semé sa route
 " d'une vingtaine de cadavres. La stovaïne plus heureuse, hérite de
 " la technique de sa devancière et trouve à sa naissance un manuel
 " opératoire d'une rigoureuse précision qui la garantit contre les
 " catastrophes. Aussi pensons-nous que désormais elle se substitue de plus en plus à la cocaïne comme analgésique local."

Des nombreuses expériences cliniques auxquelles s'est livré notre maître, Mr. Reclus, il a pu conclure que cocaïne et stovaïne avaient la même puissance analgésique. Bien maniées, bien injectées, l'une et l'autre s'oppose à la douleur. Mr. Chaput, M. Tuffier, M. Ponchot et M. Killergy sont arrivés aux mêmes conclusions et nous-mêmes au cours d'un nombre considérable d'interventions nous avons cru constater que la stovaïne ne cédait en rien quant à son pouvoir analgésique à la cocaïne, le titre de solution étant le même.

Il y a déjà plus d'un an que pour produire l'anesthésie locale, j'ai systématiquement remplacé la cocaïne par la stovaïne, suivant en cela l'exemple si-antorisé de mon maître, Mr. Reclus. Comme lui, je la lui préfère de plus en plus et ce, pour plusieurs raisons que je vais rapidement vous énumérer :

Comme je le disais plus haut, Billon a prouvé par ses expériences physiologiques que la stovaïne est incontestablement moins toxique que la cocaïne. Ainsi il est établi jusqu'à l'évidence que la stovaïne est peu toxique, elle l'est deux ou trois fois moins que la cocaïne : par exemple, si l'on représente par la dose maximum de la cocaïne, celle de la stovaïne sera de deux ou même trois. Je suis même porté à croire que la différence de toxicité est encore plus grande, et ce sont mes expériences de rachistovaïne qui me portent à croire la chose. Vous savez tous que la rachicoocaïne a donné des accidents avec deux ou même un centigramme de cocaïne, or, j'ai établi d'une façon que je crois maintenant certaine que l'on peut injecter impunément six ou sept centigrammes de stovaïne dans le liquide céphalo-rachidien, et ce qui est vrai pour le liquide céphalo-rachidien où l'absorption est si rapide, l'est à plus forte raison encore pour la peau et les tissus sous-jacents. J'ai raison de croire que dans les limites des opérations qui ressortissent de l'anesthésie locale, la toxicité de la stovaïne peut être considérée comme nulle.

Mr. Reclus a établi il y a déjà longtemps que la limite pour la cocaïne est de vingt centigrammes d'une solution à $\frac{1}{2}\%$, or la stovaïne étant deux fois moins toxique, l'on devrait donc pouvoir injecter sans danger le double ou le triple c'est-à-dire 40 ou même 60 centigrammes. Pour plus de sûreté ne dépassons pas si vous le voulez bien 35 et 40 centigrammes d'une solution à $\frac{1}{2}\%$, vous avez alors l'énorme quantité de 70 à 85 séringues de un centimètre. Eh bien je vous assure que jamais vous n'aurez besoin pour aucune opération qui puisse se pratiquer sous l'anesthésie localisée, d'employer une telle abondance de solution, pour ma part je vous l'avoue je n'aurais pas la patience voulue pour faire de si nombreuses

injections. Certainement que vingt ou au plus 30 seringues suffisent toujours amplement.

Aussi, malgré que je n'ai pas constaté la chose vu que quelques chirurgiens prétendent que la stovaïne soit un peu moins puissante que la cocaïne, on peut et même on doit l'injecter en plus grande quantité. Il faut en quelque sorte en inonder le champ opératoire.

La technique d'ailleurs est la même qu'avec la cocaïne si ce n'est que je conseille de ne pas craindre les injections profondes et qu'il vaut mieux circonscrire en surface comme en profondeur la pièce à enlever.

Le titre de la solution est de 1% ou $\frac{1}{2}$ %. J'avais commencé à me servir uniquement de la solution à 1% mais depuis quelque temps je me sers plutôt des deux solutions : je réserve $\frac{1}{2}$ % pour les endroits vasculaires et profonds, hémorroïdes, etc., et pour les opérations plus étendues, telles par exemple la cure des hernies, certaines tumeurs du sein, l'extirpation des varices, mais pour les tissus enflammés, pour les doigts, les mains et les pieds, pour l'ouverture des abcès, pour toutes les petites choses là où les tissus absorbent mal ou bien là où il ne faut pas une quantité considérable d'analgésique je m'en tiens encore à la solution à 1%.

Vous ne sauriez croire quel confort apporte au chirurgien cette certitude; j'oserais dire, de la complète innocuité du médicament injecté. Je n'ai jamais, en il est vrai, avec la cocaïne, d'accident mortel, mais souvent j'ai eu de la pâleur de la face, un peu d'excitation cérébrale, de l'angoisse et, à une ou deux reprises, des alertes; me, entre autres, terrible. Il s'agissait d'un jeu d'étudiant en médecine que j'opérais pour une hernie inguinale, et pour l'anesthésie duquel je n'avais pas injecté plus de 9 centgr., solution à un pour cent et ce, avec précaution et suivant toutes les règles formulées par Mr. Reclus, possédant d'ailleurs moi-même, en plus, une longue expérience d'élève et de praticien en matière d'anesthésie locale. J'avais à peine eu le temps de finir mon opération, que mon malade m'offrait tous les symptômes d'une intoxication profonde par la cocaïne, ceux qui les ont vus savent combien ils sont terribles. Mon malade fut certainement en danger de mort pendant au delà d'une heure et ce n'est qu'à force de stimulants injectés par voie hypodermique, de frictions, de chaleur, etc que nous pûmes le tirer de là.

Avec la stovaïne, ces choses ne sont pas à craindre. Rarement, même pour une hernie, il faut injecter plus de 12 à 15 seringues de

solution pour avoir une anesthésie suffisante pour mener à bien votre entreprise. Arrive-t-il au cours de votre manœuvre que vous rencontriez une zone insuffisamment insensibilisée, il vous reste une réserve d'anesthésie que j'oserais dire être presque inépuisable, vous pouvez donc injecter sans crainte progressivement, en analgésiant vos tissus profondément couche par couche suivant vos besoins. Le fait est que j'injecte sans compter tant je suis certain de ne pas dépasser vingt à vingt cinq seringues qui suffisent amplement à toutes opérations possibles avec ce mode d'anesthésie.

Vous savez tous que la solution de cocaïne doit toujours être récemment préparée car elle s'altère vite, elle perd rapidement son pouvoir anesthésique, au bout de quelques jours la solution perd sa limpidité, se remplit de colonies de champignons.

Il n'en est rien avec la stovaïne car elle est antiseptique à un haut degré. Ainsi tous les germes sont tués après cinq minutes de mise en contact avec une solution à deux et demie pour cent et après trente minutes avec une solution à un pour cent. Ces solutions ne peuvent donc pas s'altérer et conservent leur limpidité indéfiniment. La stovaïne n'étant pas un alcaloïde, mais l'éther benzoïque d'un amido alcool, est un corps absolument stable et fixe. Ses solutions aqueuses sont stérilisables par la chaleur. L'ébullition prolongée même pendant une heure ne les altère nullement pourvu que le verre dans lequel a lieu la stérilisation de la solution et sa conservation ne soit pas alcalin. À ce propos, dans le cours de l'été dernier, j'eus, coup sur coup deux ou trois échecs avec la stovaïne au point de vue analgésique. J'en eus cependant tout de suite l'explication qui était d'ailleurs très simple: Je découvris que l'on stérilisait ma seringue de Luer avec mes instruments qui, à l'Hôpital Notre-Dame, sont toujours stérilisés par l'ébullition dans de l'eau fortement carbonatée. La plus légère trace d'alcalin mise en contact avec une solution de stovaïne anéantit instantanément son pouvoir analgésique et même la précipite en en rendant la solution opalescente.

On a prétendu, au début, que la stovaïne faisait saigner, étant donné son pouvoir vaso-dilatateur et conséquemment rendait l'acte opératoire beaucoup plus délicat et beaucoup plus difficile. Il n'en est rien et aujourd'hui il est établi qu'elle ne contracte ni ne dilate les vaisseaux. Les tissus qu'elle analgésie ne saignent ni plus ni moins que ceux des individus chloroformisés. Ce qui avait fait croire à cet hyperémie, c'est qu'on était habitués à la cocaïne qui, elle, a un pouvoir vaso-constricteur considérable et anémie fortement les tissus qu'elle insensibilise.

L'injection de stovaïne est peut-être un peu plus douloureuse que celle de cocaïne, mais la chose se corrige facilement en injectant plus lentement et surtout en sachant attendre un peu après avoir injecté la première goutte.

Il n'est pas indispensable de coucher le malade qu'on opère à la stovaïne et c'est là un avantage considérable en certains cas elle expose moins, je dirai même pas du tout à la syncope ; aussi, je ne crains pas d'en faire un large usage dans mon bureau pour y pratiquer toutes sortes de petites opérations et de laisser, aussitôt la chose finie, les malades s'en retourner chez eux, seuls.

J'ai eu l'occasion, depuis quelque temps, de l'employer chez différents dentistes, un cas entre autres fut très intéressant ; il s'agissait d'un de nos acteurs français des plus en vue à Montréal qui ayant une dizaine de dents à faire extraire, me fit demander pour lui appliquer la stovaïne. J'employai la solution à 1% que j'avais apportée avec moi croyant qu'il s'agissait de une ou deux dents tout au plus. Lorsque je fus mis en présence du cas, je vous avoue que j'hésitai quelque peu avant de l'entreprendre. J'eus peur de la solution à 1%. Cependant je risquai ; j'ai injecté certainement pas moins de 16 centigr. de stovaïne à un pour cent dans le maxillaire supérieur. Il y avait onze dents à extraire, j'obtins une analgésie à peu près complète et pas le moindre trouble cérébral, pas le plus léger étourdissement, le malade opéré assis dans la chaise du dentiste et pouvant se lever presque aussitôt l'ouvrage fini. Eh bien je vous assure que je n'oserais jamais injecter dix centigr. de cocaïne, même avec la solution à $\frac{1}{2}$ % dans un maxillaire supérieur ou même inférieur.

Les avantages de la stovaïne sur la cocaïne sont donc il me semble irréfutables et ce n'est sans raison que mon maître Reclus et ses élèves ont remplacé la cocaïne par ce nouvel analgésique.

Les désavantages, je n'en vois pas de réels dont on puisse accuser la stovaïne même, elle hérite nécessairement des avantages et des inconvénients de l'anesthésie locale.

L'argument le plus fort que l'on a soulevé de tout temps contre la méthode d'anesthésie locale par la cocaïne a toujours été sa prétendue gravité. Eh bien je crois avoir prouvé qu'il ne peut plus être question de ces dangers avec la stovaïne. Il reste et il restera toujours la difficulté de technique de la méthode de Reclus. Il faut bien l'admettre, la technique en est compliquée et demande à être étudiée de près. On ne la possède pas au bout d'une séance, les difficultés sont réelles, et M. Reclus l'a avoué à la société de chirurgie (1901) : " J'ai dit, j'ai écrit pendant quinze ans que rien

n'était plus simple que d'obtenir l'anesthésie par des injections dans les tissus ; mais le peu d'élèves que j'ai fait m'a enfin ouvert les yeux et, si j'ai réussi sans difficultés où d'autres échouent, c'est que peu à peu, pendant que j'étudiais la question, je me suis progressivement élevé des interventions légères aux interventions les plus compliquées ; sans m'en rendre compte, j'ai imaginé une foule de petits " trucs " et je me suis fait une médecine opératoire à l'usage de la cocaïne."

C'est bien là l'explication du fait qu'entre les mains de personnes habituées l'analgésie locale, méthode Reclus, donne des résultats réellement merveilleux, alors qu'au contraire vous rencontrez des chirurgiens et je dirai des plus éminents, aussi bien à Paris qu'ailleurs, qui n'en obtiennent rien de bon, qui s'en prennent nécessairement aux médicaments ou bien à la méthode même, mais ils oublient que leur compétence seule est en défaut.

C'est ce qui a porté à croire en certain lieu et à dire qu'avec l'anesthésie locale de la stovaïne l'on ne peut faire que quelques petites opérations insignifiantes, que l'on pourrait à la rigueur faire sans le secours d'aucun anesthésique. C'est à notre avis nier l'évidence. Il n'y a qu'à parcourir le livre de M. Reclus pour voir le nombre considérable des interventions qu'il est possible de faire et de bien faire sous l'analgésie locale. Les hémorroïdes, la fissure à l'anus, le varicocèle, l'hydrocèle vaginale, le phimosis, les ongles incarnés, les amputations et désarticulations des doigts et des orteils, la hernie étranglée, l'empyème, la péricardite, suppurée, sans compter les lipômes, les kystes sébacés, les varices de la jambe, l'épithélioma de la lèvre inférieure, la staphylophagie, l'ouverture des abcès superficiels ou profonds, les panaris, et mille autres lésions circonscrites et comme telles, justifiables de l'anesthésie locale. Vous voyez que ce n'est pas là un domaine que la chirurgie puisse dédaigner, il comprend près des deux tiers des opérations courantes, et cela compte lorsqu'on compare l'innocuité absolue de la stovaïne au danger du sommeil chloroformique.

Je me sers de l'analgésie localisée depuis 1892, j'en fais un usage courant partout où je peux l'employer et je dois vous confesser que la cocaïne d'abord et maintenant la stovaïne m'ont rendu des services inestimables. Je l'emploie à moins de refus péremptoire de la part de mon malade pour toutes mes opérations de varicocèle, d'hydrocèle, de circoncision, d'uréthrotomie, d'empyème etc. et pour toute la petite chirurgie. Maintes fois j'ai pu de la sorte opérer des malades qu'il n'aurait pas été possible, sans les exposer aux plus grands dangers, de mettre sous l'influence du chloroforme

on de l'éther. Combien de hernies étranglées chez des vieillards brigtiques, ou emphysemateux, cardiaques ou asthmatiques, n'ai-je pas réduites par ce merveilleux procédé. Je redoutais un peu, je dois l'avouer, la toxicité de la cocaïne, beaucoup moins il est vrai que celle du chloroforme, mais maintenant que nous possédons cet agent entièrement inoffensif et aussi actif qu'est la stovaïne, ces craintes légères me sont disparues, et c'est sans la plus légère appréhension que je travaille les tissus préalablement insensibilisés par notre nouvel agent d'analgésie. Aussi, pour obtenir l'anesthésie locale, la stovaïne, je le répète encore, a définitivement pour moi remplacé la cocaïne.

Mais là où entre les deux médicaments il ne peut plus y avoir de comparaison à établir, ni de discussion possible à faire, c'est au sujet de la rachianalgésie à laquelle la stovaïne seule actuellement puisse donner droit d'existence.

En 1900, je fis quelques expériences de rachicocaïnisation qui ne furent pas nombreuses ; j'avais cependant, je crois, pratiqué une dizaine d'opérations avec ce mode d'analgésie quand je cessai, absolument découragé, par des accidents sans gravité il est vrai, mais inquiétants tout de même que me causait la méthode, et par les ennuis de toute sorte qu'en éprouvaient mes malades. J'étais décidé de l'abandonner au moins temporairement quand parût ce que j'appellerai le mémorable article procès de mon maître Reclus sur la rachicocaïnisation. Tous les accidents, tous les dangers, tous les inconvénients dont j'accusais la méthode, je les trouvais écrits de main de maître dans ces quelques lignes. Aussi je me décidai plus fermement d'attendre, étant donné que je devais au printemps de 1901 partir pour Paris et qu'alors je pourrais étudier la question plus complètement sur les lieux mêmes de son plus large champ d'expérimentation. Mes études furent d'ailleurs singulièrement simplifiées, car pendant les quelques semaines que je passai à Paris, Leguen perdit ses deux malades ; Nélaton faillit en perdre une, et, en province, un médecin dont je ne me rappelle pas le nom eut aussi un accident des plus tragiques. La question pour moi était réglée et malgré les succès de Tuffier dont je fus témoin, du moins pour quelques-uns, je rejetai définitivement cette méthode d'anesthésie.

Le printemps dernier, à Paris, j'eus le plaisir de rencontrer mon excellent ami, le Docteur Léon Kerdirdjy ainsi que M. Billon, qui me dirent tant de bien de la rachi-stovaïne que je me serais décidé tout de suite à l'employer, si mon ardeur n'eût été tempérée par la communication de mon maître, M. Reclus, à l'Académie de

Médecine et même par quelques conseils qu'il me donna sur ce sujet, entraîné par sa grande prudence et l'intérêt si précieux pour moi qu'il m'a toujours porté. Néanmoins, à mon retour en Juin, je tentai la chose pour un cas d'hémorroïdes, le malade ne voulant pas, pour aucune considération, se laisser mettre sous l'influence du chloroforme, je réussis parfaitement sans le plus petit accident, sans le plus léger phénomène inquiétant. Je ne sais pour quelle raison, aucune sans doute, mais toujours est-il que j'abandonnai pour quelque temps la rachistovamisation et ce n'est qu'en Janvier dernier, alors qu'avant à opérer un vieux malade souffrant depuis plusieurs mois d'un calcul de la vessie et qui, à cause de son cœur malade et d'un état asthmatique avancé ne pouvait se faire chloroformiser, — la chose lui avait, d'ailleurs, été déjà refusée par plusieurs chirurgiens, — je pensai à la rachi-stovaine, et le succès qu'elle me donna en cette circonstance me fit l'ériger en méthode suivie, dans mon service d'hôpital. Aujourd'hui, j'arrive avec une série très heureuse de 45 cas et une expérience limitée encore, il est vrai, de la méthode, mais suffisante cependant pour me permettre d'en parler avec le plus grand avantage.

Quand apparut la stovaine, la méthode de rachianalgésie était pour ainsi dire tombée dans l'oubli. Il n'y avait guère que quelques chirurgiens qui lui étaient restés fidèles et qui pensaient qu'un pareil mépris était profondément injuste.

A deux causes principales était due la condamnation presque générale de la méthode. La première c'est que la cocaïne substance toxique qui avait déjà causé des accidents même pour l'analgésie locale, devait disaient un grand nombre de chirurgiens amener fatalement des accidents. Injectée dans un milieu aussi délicat que l'espace sous-arachnoïdien. La deuxième, c'était la méningite que provoquait l'injection au niveau des centres nerveux. En 1901, mon maître Reclus d'ailleurs absolument opposé à la méthode m'avait parlé de la chose, et je ne fus pas peu surpris de constater que dans un des grands services de Paris où la rachicocaïne était employée couramment, tous les opérés marquaient d'une façon notable une élévation rapide de température 10 degrés et même 41 degrés dès le lendemain matin du jour de l'opération; élévation de température qui coïncidait avec des douleurs céphalalgiques et rachialgiques intenses.

Cette méningite fut découverte un jour par M. Guinard et ses élèves, qui, par une ponction rachidienne secondaire donnèrent issue à du liquide céphalo-rachidien, trouble et déposant au fond du tube. Ce changement de coloration correspondait à une modifica-

tion profonde de la composition du liquide et des examens microscopiques démontrèrent qu'il s'agissait d'une diapédèse de lymphocytes et de polymucléaires, se faisant à travers la paroi des vaisseaux, pie-mériens, en d'autres termes d'une véritable méningite aseptique, qui donnait l'explication de tous ces phénomènes cliniques : céphalalgie, température, nausées, vomissements, etc.

Restait à déterminer la cause de cette réaction vaso-motrice de la pie-mère. Ne pouvant incriminer l'asepsie de la ponction elle-même, ni du liquide injecté, l'on fit intervenir le manque d'isotonie des liquides en contact. En effet, l'eau pure distillée ayant un point de congélation ou cryoscopique égale à zéro, le liquide cérebro-spinal par rapport à l'eau présente un point cryoscopique de zéro 58 tandis que la solution de cocaïne à un pour cent congèle à 0, 15.

L'eau pure devait donc, mise en mélange avec le liquide céphalo-rachidien, faire réagir la pie-mère et déterminer de la méningite aseptique. Ce fait ne tarda pas à être prouvé par M. Guinard qui, ayant injecté dans le canal rachidien de deux malades prises de cancer inopérable de l'intérus, de l'eau simple filtrée et stérilisée vit se développer des accidents intensifiés de la rachicoëmisation. De là à conclure que l'eau était très mauvais véhicule pour la cocaïne ou tout autre médicament à injecter dans le rachis : ce fut vite fait ; et d'ailleurs avec les solutions au 10e chlorurées et additionnées dans la seringue même, de liquide céphalo-rachidien, tous ces accidents disparurent à peu près complètement et Guinard, dans un rapport de l'Œuvre rachicoëmisation au 1er Février 1902, n'écessait plus qu'un seul cas de céphalée. Mais ce fut en vain car la rachicoëmie était bel et bien née et près de tomber dans l'oubli, alors que parut la stovaïne qui hérite de toute l'expérience de sa devancière sans avoir sa réputation entachée par aucun accident.

Actuellement en accord avec la découverte de Guinard et des lois de l'isotonie, Billon prépare des ampoules de stovaïne parfaitement stériles et prêtes à injecter, contenant environ un demi centimètre cube d'une solution à 10% de stovaïne et de chlorure de sodium. Nous disons environ car les ampoules ne sont pas rigoureusement dosées, et elles contiennent souvent plus que le demi centimètre cube. Aussi devons-nous mesurer la quantité à injecter à l'aide de la seringue dont les divisions permettent d'évaluer à un demi centigramme près la quantité de liquide à injecter.

Je me suis, pour toutes mes expériences, servi de la seringue de Luer toute en verre, et graduée à un centimètre cube partagé en 20 divisions. Chaque division équivalant à un demi centigram-

me de stovaine, le calcul est bien simple; comptant ce qui se perd dans l'aiguille et le fond même de la seringue 13 divisions équivalent à six centigr.

Je me sers d'une aiguille en platine iridiée longue de huit centimètres. Je stérilise et la seringue et l'aiguille par l'ébullition dans l'eau distillée simple, ou mieux dans l'autoclave, ayant bien soin de mettre les deux morceaux de la seringue, corps de pompe et piston à part l'un de l'autre car l'un dans l'autre ils se soudent, d'où perte de la seringue ou du moins difficulté excessive d'en séparer ces deux morceaux. Il en est de même de l'aiguille qui peut d'ailleurs être stérilisée complètement à part, à la lampe à alcool.

Le malade étant assis sur la table d'opération pendant que la région lombaire est très minutieusement lavée et brossée puis désinfectée à l'alcool et au bichlorure par mes aides, je fais passer par aspiration dans la seringue par l'aiguille préalablement ajustée le liquide de l'ampoule choisie dont j'ai brisé la pointe. Je m'assure de cette façon de la perméabilité de l'aiguille de sa propreté et de son bon fonctionnement. Je la détache de la seringue que je place avec précaution sur une compresse stérilisée après en avoir expulsé le surplus de solution que je pourrais y avoir introduit.

Tout était ainsi prêt, je commande alors au malade de se pencher en avant, de faire gros dos, de façon à faire proéminer ses apophyses épineuses et à les écarter les unes des autres. Je choisis alors l'espace à ponctionner. J'injecte de préférence par le troisième espace que j'atteins par une ponction latérale oblique de bas en haut et de dehors en dedans, partant d'un point situé sur une ligne fictive allant d'une crête iliaque à l'autre, à la hauteur de l'apophyse épineuse et à environ un demi ponce en dehors, à droite.

L'aiguille ainsi dirigée arrive droit au ligament jaune que je reconnais à sa résistance spéciale, je le perce et aussitôt, s'écoule par goutte et souvent en jet assez énergique le liquide rachidien. S'il est teinté de sang j'attends qu'il ait repris sa limpidité avant d'ajuster la seringue que je laisse emplir par la poussée spontanée du liquide même. Aussitôt ma solution devient opalescente, j'injecte le tout dans le canal rachidien avec une certaine force, une certaine vitesse car ces injections rapidement poussées sont un a-t-il semblé plus effectives. D'un trait, je retire alors sans les séparer la seringue et son aiguille et je ferme la piqûre avec un peu de collodion. Il est de la plus haute importance de n'injecter ni air ni sang. Il arrive quelques fois que l'aiguille semble être bouchée, le liquide céphalo rachidien ne se montre pas quoique on ait bien eu la sensation

du ligament jaune perforé. Deux moyens sont alors à votre disposition : ou bien déboucher l'aiguille à l'aide d'un fil d'argent préparé ad hoc ou bien pousser un peu de votre solution dans l'aiguille ou bien encore mieux avec un autre seringue de Luer préalablement stérilisée faire une légère aspiration qui amorce en quelque sorte l'écoulement du liquide et suffit à déboucher votre aiguille.

Il arrive aussi quelquefois que l'aiguille est mal dirigée, dans ce cas, elle va heurter l'une des lames qui bordent l'espace intervertébral, il faut alors la ramener en arrière sans la retirer tout à fait et chercher en tâtonnant à passer au-dessus ou au-dessous de la lame.

Dans aucun cas, il ne faut injecter avant d'avoir tiré du liquide rachidien, car c'est la seule preuve et la seule et indispensable qui nous assure que l'on est au bon endroit et que l'on peut procéder à l'injection. On évitera ainsi bien des insuccès.

L'anesthésie est généralement complète au bout de quelques minutes. Elle commence par le périnée, le scrotum, puis le haut des cuisses, pour s'étendre rapidement à tout son champ d'action, qui ne remonte généralement pas plus haut que l'ombilic, dans un cas cependant, j'ai obtenu une anesthésie remontant jusqu'aux aisselles.

Le malade dans un certain nombre de cas peut encore percevoir le contact, mais la sensibilité à la douleur, au froid, à la chaleur est complètement abolie si l'analgésie est bien faite. La paralysie n'est pas comme avec la cocaïne, simplement sensitive, elle est en plus motrice, et la chose n'est pas à dédaigner. Cette paralysie motrice est très avantageuse pour un grand nombre d'opérations, qu'elle facilite à un haut degré, tels, par exemple, la réduction des fractures, des luxations, la prostatectomie périnéale, la dilatation des hémorroïdes, la lithotritie, la cystoscopie, etc. L'insensibilité complète peut cependant se produire, sans paralysie motrice, mais la paralysie n'existe cependant jamais sans analgésie. Le fait est que je me guide un peu sur cette paralysie et qu'au lieu de la craindre, de la redouter, je la recherche.

Il arrive quelquefois aussi que les opérés ont du relâchement des sphincters, la chose est de peu d'importance et est de courte durée. A la suite d'opération d'hémorroïdes ou de fistules anales, j'ai rencontré quelques malades qui ont eu à se plaindre pendant quelque temps, d'incontinence fécale, mais cet accident est aussi très fréquent à la suite de ces opérations où les anneaux sphinctériens sont dilatés ou sectionnés. Ces accidents d'ailleurs ne furent jamais de plus longue durée après la rachistovainisation qu'après tout autre procédé d'anesthésie. Quelques-uns de mes opérés ont

aussi en a souffrir de rétention vésicale, mais c'est encore là un accident fréquent après les opérations portant sur la partie inférieure du corps : hernies, hydrocèles, hémorroïdes, etc. Dans tous les cas, ces phénomènes disparaissent toujours rapidement et dans un espace de temps toujours en rapport avec l'opération pratiquée.

La perfection n'est pas de ce monde, or, il en est ainsi de la rachi-stovaïne, elle présente un inconvénient sérieux, mais je dois m'empresser de le dire, je le crois appelé à disparaître, je veux dire que quelquefois, malgré que l'injection semble avoir été faite d'une manière absolument irréprochable, l'on n'a qu'une anesthésie incomplète et même très rarement il est vrai, absence complète d'anesthésie. J'ai eu ces ennuis assez fréquemment lors de mes premières expériences, je ne savais trop à quoi les attribuer, j'en suis arrivé à la conclusion qu'il suffit d'injecter suffisamment de stovaïne, 7 à 8 cent. et pousser l'injection rapidement pour éviter à peu près complètement ces échecs. Le mode de stérilisation de la seringue et de son aiguille a aussi une très grande importance, il ne faut jamais employer d'eau alcalinisée à cet effet. Quand à l'alcalinité du liquide céphalo-rachidien, je l'ai à plusieurs reprises fait essayer au papier de tournesol avant de pratiquer l'injection, je l'ai souvent trouvé alcalin, et cependant j'ai obtenu quand même une paraplégie et une para anesthésie complète dans tous les cas indistinctement.

La méthode offre-t-elle quelques dangers? Je ne doute pas qu'elle puisse être dangereuse, mais seulement entre des mains inexpérimentées et malhabiles ou inattentives, car ici le chirurgien contrôle entièrement la responsabilité de son anesthésie, ce qui n'est pas sans présenter de grands avantages.

Injectée en trop grande quantité elle devra certainement causer des accidents, si nous réclavons pour elle une moindre toxicité, nous sommes loin de la nier, mais nous croyons, qu'en ne dépassant pas 7 à 8 centigrammes de stovaïne, le danger d'intoxication est nul, aussi après avoir longuement hésité en sommes-nous arrivé à user systématiquement de ces doses, qui ne nous ont jamais causé aucun ennui, aucune alerte et qui suffisent à nous donner, j'oserais presque dire invariablement une anesthésie complète. Je verrais plutôt le danger dans l'introduction dans les méninges de quelques gouttes de sang, de quelques bulles d'air, mais la chose est si facile à éviter avec un peu d'attention que je ne m'y arrêterai pas.

L'infection voilà le vrai danger, le danger à craindre, mais nous devons avouer que la stovaïne n'a rien à y voir, la simple

ponction rachidienne qui est aujourd'hui d'usage courant présente les mêmes dangers et je ne crois pas que personne plaiderait pour la faire rejeter de nos moyens de thérapeutique et d'investigation sous ce simple prétexte, car en effet les règles de l'asepsie sont assez communes de nos jours, pour qu'il soit élémentaire à tout chirurgien de pratiquer cette si simple et si facile intervention sous le couvert d'une asepsie absolument irréprochable.

La méthode présente cependant un grand inconvénient, c'est d'avoir un champ d'action relativement restreint, seules les opérations portant sous la ligne ombilicale sont justifiables de cette méthode d'anesthésie qui n'insensibilise jamais ou du moins très rarement au-dessus de l'ombilic.

L'âge du malade est je crois la seule contreindication à la méthode, je n'admets pas cependant que le grand âge puisse la contre-indiquer en aucune façon, car j'ai opéré ainsi plusieurs vieillards sans le plus petit encombre. Chez les enfants, je n'hésite pas à la rejeter complètement, non pas que je la considérerais plus dangereuse à cet âge, mais la vue de l'appareil chirurgical les impressionnerait, les épouvanterait tellement que le chirurgien serait dans l'impossibilité d'opérer à son aise, d'ailleurs la même contre-indication existe pour l'analgésie locale.

Quant aux maladies, je crois qu'aucune ne contre-indique l'emploi de la rachistovaïne, au contraire je crois que c'est plutôt alors que le chloroforme est contre-indiqué par le mauvais état des reins, du cœur ou des poumons que cette méthode est la plus précieuse. Je l'ai employée chez des brightiques, des cardiaques, des asthmatiques, des diabétiques, des syphilitiques, des tuberculeux, sans le plus léger accident.

Je terminerai en disant que la rachistovaïne est une méthode d'anesthésie précieuse, qui trouve sa place avantageusement entre l'anesthésie générale et l'anesthésie locale.

LA SCOPOLAMINE — SON EMPLOI EN CHIRURGIE ET EN OBSTÉTRIQUE

Par le Dr ALBERT LAURENDEAU, de Saint-Gabriel de Brandon.

La scopolamine est un alcaloïde qui se présente sous forme de cristaux prismatiques, soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther, &c. Elle est fusible à 59°C. : la formule élémentaire qu'on lui prête généralement : $C_{17}H_{21}AzO_3$ n'est pas cependant admise par tous les chimistes.

La scopolamine a été extraite du *scopolia Japonica* par le chimiste allemand Schmidt, en 1890, mais toutes les variétés de *scopolia*: l'atropoïde, le lucida, le carniolica, &c. contiennent ce principe actif, que l'on emploie en médecine sous forme de sel : le bromhydrate de scopolamine. Pour conserver ce sel, il faut le tenir en vase clos et à l'abri de la lumière; sa solution dans l'eau est fragile et s'altère assez rapidement : nous avons l'habitude de rejeter toute solution âgée de plus d'un mois.

Il est assez difficile de se procurer le bromhydrate de scopolamine à l'état pur, la plupart des échantillons livrés par le commerce contiennent de l'hyoscine et des impuretés grossières. (1)

Les chimistes ont beaucoup discuté quant à l'identité de ces deux produits: la scopolamine et l'hyoscine. Les divergences d'opinion à ce sujet proviennent peut-être du fait de la difficulté qu'il y a à se procurer ces deux alcaloïdes à l'état de pureté. Nous ne sommes pas en état de refaire la constitution de chacun d'eux, mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que l'état physique, de même que l'effet thérapeutique de ces deux substances diffèrent considérablement. L'hyoscine se présente sous l'état colloïdal, l'autre sous forme de cristaux réguliers; l'une s'altère facilement au contact de l'air, de la lumière, l'autre est stable; enfin la scopolamine amène une anesthésie suffisante aux fins de la chirurgie, ce que l'hyoscine n'a jamais donné, entre nos mains du moins.

Quant à l'affirmation toute gratuite que la scopolamine ne serait que de l'atropine, cette assertion ne mérite pas qu'on s'y arrête longtemps.

(1) Je fais usage du bromhydrate de scopolamine de la fabrique Merck, de Darmstadt, Allemagne, et je dois déclarer que ce produit m'a toujours donné entière satisfaction.

Le seul effet physiologique commun à ces deux principes actifs, qui peut-être a pu en imposer aux observateurs superficiels, est la mydriase intense et prolongée qui succède à l'absorption des deux médicaments. Rien dans la constitution physique, ou dans la morphologie, de même que dans la composition chimique ne peut autoriser une telle affirmation. Il y a plus, c'est qu'au point de vue physiologique et thérapeutique, il y a antagonisme entre ces deux agents, au moins dans les bornes de la posologie, la scopolamine diminue l'excitabilité cérébrale, tandis que l'atropine l'augmente; pour obtenir avec l'atropine une anesthésie analogue à celle produite par la scopolamine, c'est-à-dire une insensibilité chirurgicale, l'on courrait risque de tuer les trois-quarts de nos opérés; la puissance mydriatique de la scopolamine est dit-on, cinq fois supérieure à celle de l'atropine. Il nous semble maintenant que nous avons fait bonne justice de cette erreur qui veut que les deux alcaloïdes soient identiques

Après une année d'études, d'expériences, de tâtonnements, nous nous sommes arrêtés à la technique suivante :

Nous employons la scopolamine Merck, et nous insistons sur ce point, car nous n'avons pu trouver aucune autre marque donnant un résultat analogue. Plusieurs fabriques américaines annoncent des "tablets hypodermiques" de scopolamine, et se réclament de la pureté de leurs produits; nous n'avons cependant jamais pu trouver un comprimé dont l'effet fut comparable au produit originaire de Merck; l'une des fabriques de Détroit recommandable par la pureté, la beauté de ses produits, à qui nous faisons ces remarques, nous répondit qu'elle faisait usage de la scopolamine Merck dans la préparation de ses tablettes. D'où il faut conclure que cet alcaloïde s'altère par les opérations de fabrique, ou au contact des substances de soutien du comprimé. L'état même de division dans lequel se trouve cet agent dans les tablettes hypodermiques, contribue sans doute à augmenter la fragilité de ce corps peu stable. Nous espérons avoir trouvé un bon milieu liquide conservatif de cet anesthésique, mais la sanction du temps manque à nos expériences. A tout événement, une solution dans l'eau pure et stérile, nous a donné pleine et entière satisfaction durant cinq à six semaines; pour plus de sûreté, nous renouvelons notre solution une fois chaque mois et voici comme nous la préparons. Dans $\frac{1}{2}$ once d'eau distillée que nous faisons ensuite bouillir dans un petit vase en porcelaine, ou simplement dans un tube à réaction, sur la lampe à

d'étouffement au creux épigastrique ou le long du sternum ; rarement une impression de vide au cerveau, ou de malaise généralisé succèdent au premier état ; la plupart s'endorment paisiblement sans se douter du changement physiologique qui s'opère en eux. Quinze à dix-huit minutes après cette première piqûre, le patient a complètement perdu conscience de sa personnalité et des événements qui l'entourent. Le pouls assez bien frappé monte à 90, 100, parfois 125, mais chez l'adulte ce phénomène, proportionnel à l'émotivité du sujet, est à peine sensible chez le vieillard ; la respiration un peu ralentie est normale, la pupille se dilate, les globes oculaires se tournent vers le haut. Alors inconscient le sujet aura encore des mouvements réflexes, ordonnés, mais sans but ; il se frottera les ailes du nez, semblera vouloir chasser des mouches imaginaires, remontera ses couvertures, etc., mais tous ces mouvements, tous ces gestes sont lents et incertains. Puis tout s'apaise peu à peu, le scopolaminisé tombe dans un calme complet et prend l'apparence de la béatitude parfaite.

Toutefois, un heurt subit, un bruit prompt, sec, semblent l'éveiller ; il ouvre tout grand les yeux, paraît faire un effort pour fixer ses images, associer ses idées, entrouvre la bouche comme s'il allait poser une question, faire une réflexion ; mais si le calme, le silence renaissent autour de lui, il baisse lentement les paupières et retombe dans le sommeil.

A partir de 15 ou 18 minutes après l'administration de la première dose, aucun malade n'a jamais conservé la mémoire de ce qui s'est passé jusqu'au réveil, c'est-à-dire pendant une durée variant de cinq à vingt heures, suivant la quantité injectée.

Lorsque une heure et demie plus tard, nous avons eu recours à une seconde piqûre, celle-ci n'était pas ressentie, du moins nous n'avons pas observé d'effets réflexes chez cinquante pour cent de nos patients. A la suite de cette seconde dose, tous les phénomènes décrits plus haut vont s'accroissant, sauf le pouls qui, généralement, ne continue pas à monter.

Après une troisième et dernière injection que nous n'avons jamais dépassée, nous avons obtenu une véritable narcose chirurgicale chez cinquante pour cent de nos cas, narcose que nous avons trouvée parfois aussi complète à la suite de deux injections, et même d'une seule, tant certains sujets sont sensibles à l'effet de cette drogue.

Si nous voulions nous payer d'un mot, nous dirions qu'alors, nous avons affaire à des idiosyncrasiques, mais nous aimons mieux dire qu'il n'y a rien d'étonnant dans ces faits, pour qui possède un

peu d'expérience en thérapeutique, en clinique. Tous, nous savons que dans l'administration de la morphine, du chloral, du chloroforme, etc., des anesthésiques, des narcotiques, l'on passe constamment d'un sujet à un autre, de la dose simple à la dose double et même triple pour obtenir des effets identiques. Et pour le même sujet, ces doses peuvent varier suivant une foule de contingences. Donc pour administrer la scopolamine judicieusement, il faut de l'expérience, il faut savoir observer, il faut même j'oserais dire un certain tact et un entraînement que n'acquière pas tous les médecins indistinctement. Mais n'en est-il pas ainsi du chloroforme, de l'éther, du bromure d'éthyle, etc. Oui, et encore sous ce rapport l'avantage reste tout à la scopolamine, car nous sommes convaincus que ce dernier anesthésique est d'un maniement plus facile et moins dangereux que les précédents.

Si maintenant nous revenons à notre narcosé à la suite de trois injections, c'est-à-dire ayant reçu hypodermiquement $\frac{3}{50}$ de grain de scopolamine et $\frac{3}{5}$ de morphine, nous constaterons que sa respiration s'est encore ralentie et approfondie en quelque sorte, dans certains cas même elle ressemble au type Cheyne-Stokes. Nous n'avons jamais eu d'accidents de ce côté, mais nous conseillerions volontiers de surveiller ou de faire surveiller cet acte physiologique durant les premières heures qui suivent toutes interventions dans ces conditions : car advenant de l'asphyxie par chute de la langue dans la gorge, il suffirait de déplacer la tête, ou de propulser le maxillaire inférieur en avant, pour dégager les voies respiratoires.

A part cette dernière complication, nous ne croyons pas que l'on puisse rien reprocher à la scopolamine, car son action sur le cœur n'est pas à redouter.

Il existe un peu de raideur généralisée du système musculaire plus ou moins prononcée suivant les sujets, et ce tétanisme peut être une contre-indication à son emploi dans les laparotomies ; aussi dans ces derniers cas avons-nous l'habitude de ne donner qu'une seule injection pour éviter ces contractures gênantes pour l'opérateur.

Lorsque l'état du malade ne nous permet pas de parfaire une opération sous la seule influence de la scopolamine, nous lui associons le chloroforme ; mais nous employons le nouvel anesthésique systématiquement dans toutes nos interventions chirurgicales, sauf lorsqu'il nous faut opérer dans le nez, la bouche, ou la gorge ; on pour mieux préciser, lorsqu'il y a danger de pénétration du sang dans les voies respiratoires, lorsqu'il est nécessaire de faire cracher le malade. Alors nous nous abstenons de l'emploi de ce puissant agent, à cause de la trop longue durée de ses effets.

Quelles sont les indications et les contre-indications à l'usage de la scopolamine? Quels sont ses avantages et ses inconvénients? Quel est l'avenir réservé à cet agent d'une puissance thérapeutique si étonnante?

Autant de questions auxquelles nous allons tâcher de répondre, ayant comme seul objectif, la vérité basée sur l'expérimentation, le souci de notre réputation, et nous osons dire, la paix de notre conscience scientifique.

L'on a beaucoup écrit pour et contre cet agent, surtout au point de vue de son effet anesthésique. En Allemagne, depuis quatre ans, en France, ici au Canada, et dans la plupart des autres pays, depuis quelque douze ou quinze mois, les rapports, les communications aux sociétés savantes, les articles aux journaux et aux revues de médecine se sont succédés avec une rapidité qui témoigne de l'importance que ce principe actif a su acquérir.

L'une des supériorités incontestables de cet anesthésique, d'où découle son indication primordiale, est la longue durée de son effet sur le cercle nerveux sensitif, sans mettre en péril aucun des actes vitaux de notre économie.

Nous savons tous comme il est pénible pour un malade de sentir frictionner, brosser, antiseptiser un membre qui tantôt va être excisé, un organe qui va être ouvert, une cavité qui va être fouillée; chaque mouvement, chaque heurt rappellent un peu les choes du marteau que le bourreau dressant la potence fait retentir aux oreilles du condamné. Voir préparer l'outillage, les pièces de pansement, s'allonger sur la table d'opération, entendre les remarques, les chuchotements des aides, des confrères que nous sommes parfois obligés de tolérer, surprendre la tristesse, l'anxiété, souvent les pleurs sur des visages aimés, sont des supplices que nous pouvons épargner à nos opérés avec la scopolamine.

Vous, qui êtes devenu sceptique, à force de tailler dans la chair, vous, que l'habitude a prévenue contre les émotions, n'allez pas au moins vous moquer de ce que vous allez peut-être qualifier de sensiblerie, car c'est une pensée humanitaire, c'est du bon altruisme que de sauver à nos opérés ces misères morales. Aussi, comme nos patients savent apprécier ces propriétés remarquables du nouvel anesthésique, et comme ils ne manquent jamais de nous en témoigner leur reconnaissance!

Tous ceux qui s'occupent de chirurgie, connaissent bien cette phase d'excitation, de contractures, de tétanisme musculaire généralisé, chez un bon nombre de sujets au début de la chloroformisa-

tion, ou de l'éthérisation; qui n'a pas rencontré de ces vomissements incoercibles si pénibles, si ennuyeux pour le malade dont souvent les facultés sont encore toutes éveillées, et pour l'assistant qui peine, sue et craint; qui n'a pas éprouvé un long moment d'anxiété au sujet d'une alerte, d'un arrêt respiratoire, d'une syncope cardiaque, tous accidents plus fréquents qu'on ne l'enseigne généralement; et enfin qui n'a pas eu à déplorer dans sa vie de chirurgien un de ces cas que la fatalité enlève aux plus expérimentés, aux plus habiles, souvent dès les premières inhalations du narcotique volatil. Une seule injection préalable de scopolamine suffit à éviter ces désagréments, ces complications, ce malheur.

L'une de nos premières opérées à la scopolamine, qui avait eu précédemment occasion de prendre du chloroforme par deux fois, nous faisait ces remarques: " Lorsque vous nous mettez le masque " sur la figure, lorsque les vapeurs du chloroforme nous pénètrent " dans la gorge, il faut faire un effort de volonté pour rester calme, " tandis qu'au contraire à la suite de la piqûre, j'ai senti venir à " moi un sommeil naturel, irrésistible, exempt de tout souci, de " toute appréhension. Je me suis endormie sans m'en douter."

Durant l'opération, il n'y a plus de ces réveils intempestifs, tout au plus quelques mouvements réflexes, lents et circonscrits dont quelques gouttes de chloroforme auront facilement raison.

Et enfin, ce qui n'est pas à dédaigner, sur 55 cas dont nous donnerons les détails plus loin, nous n'avons rencontré que cinq fois des vomissements post-opératoires et encore ces nausées furent-elles très légères et de courte durée.

A la suite de l'anesthésie scopolaminique, nos opérés demeurent assez longtemps dans un état d'insensibilité relative, pour éviter la piqûre de morphine traditionnelle, et c'est là un fait constant.

Il semblerait que la substance grise, que la cellule noble du cerveau soient moins profondément affectées par l'alcaloïde, que la fibre blanche que le centre sensitif; aussi nos sujets demeurent-ils longtemps, 12 à 15 heures, dans un état transitoire tout à fait favorable au recueillement des forces, à la suite d'un traumatisme un peu considérable. D'où, comme conséquence, et nous croyons pouvoir affirmer ce fait de par notre expérience, peu ou pas de cet état mal défini, mais réel et grave que nous qualifions de *choc opératoire*. Nous n'avons jamais observé cette sédération que nous redoutions après certaines longues et pénibles interventions. Nos patients conversent, boivent, mangent même, suivant nos indications et ordonnances, dès qu'ils ont repris conscience, c'est-à-dire 6, 8 ou 10

heures après avoir réintégré leur lit, et continuent à demeurer dans cet état d'insensibilité dix ou douze heures de plus, se disant parfaitement bien, même à la suite des plus grands délabrements.

Une autre considération, un peu théorique peut être, parce que nous n'avons pas une expérience suffisante pour en tirer des conclusions définitives, tous les auteurs qui ont traité ce sujet ayant négligé ce point de vue assez important, il nous semble : c'est qu'avec la scopolamine nous ne verrions plus ou du moins que très rarement les complications consécutives à l'administration du chloroforme et surtout de l'éther, attribuables à l'irritation causée par leurs vapeurs. Nous ne doutons pas que l'œdème pulmonaire, la bronchite, la pneumonie consécutifs à la chloroformisation ou à l'éthérisation ne soient grandement diminués. Que l'on attribue ces diverses complications à l'irritation des vapeurs anesthésiques, ou à une infection bronchique ou pneumonique imputable aux vomissements, nous devons les éviter par la méthode que nous préconisons, parce qu'alors il n'y a ni irritation des bronches et des alvéoles pulmonaires, ni vomissements réflexes. Non seulement les anesthésiques volatils ont un effet lésant sur les épithéliums, mais ils paralysent la fibre stérinée bronchique et pulmonaire, et partant préparent le terrain à l'infection ; reproches qu'il serait injuste et irrationnel de faire à la scopolamine.

Il est possible, probable même, que la majorité des chirurgiens d'hôpitaux n'accepte pas d'emblée ce nouveau mode d'anesthésie ; nous en avons eu la preuve, à l'Hôtel-Dieu de Québec du moins mais malgré que nous ayons la conviction qu'il peut rendre d'inappréciables services dans les milieux hospitaliers, nous croyons que son triomphe aura pour témoin le chirurgien de la campagne, et que son usage sera alors tout spécialement indiqué dans la chirurgie d'urgence.

A l'hôpital les habitudes sont prises, tout y est réglé, méthodique, le chloroformisateur-les aides, les gardes-malades sont entraînés ; à la campagne c'est tout l'opposé, la chirurgie revêt un caractère plus personnel que classique: un assistant de fortune pour donner l'anesthésique, avec le concours d'un ou deux aides improvisés, dans un appartement étroit, mal éclairé, souvent dépourvu non seulement du confort, mais des simples ustensiles convenables à recueillir l'eau bouillie dont nous faisons grand usage, tels sont hélas! parfois les conditions, le milieu qui échoient au chirurgien rural. Alors la scopolamine est l'anesthésique de choix, car il dispense d'un

aide expérimenté. A la suite d'une ou deux piqûres, le premier venu peut administrer le chloroforme avec l'appareil d'Esmarch sous la direction de l'opérateur, sans danger pour le malade, et sans ennui pour le chirurgien.

Pour qui n'est pas prévenu, le ralentissement de la respiration et l'accélération concomitante du pouls peut en imposer, mais ne vous effrayez pas de la dissociation de ces deux actes réactionnels, ils ne comportent aucune signification alarmante, si ce n'est que le principe actif du scopolia agit sur la pneumogastrique, ou pour plus de précision, sur le nœud vital de Flourens, et atténue l'activité de ce centre.

En certains lieux, l'on a imputé à blâme la longue durée de la narcose scopolaminique, mais c'est précisément là ce qui permet au chirurgien inexpérimenté, au chirurgien d'occasion, au chirurgien d'urgence en un mot, de réussir une opération que souvent il n'aurait pu mener à bonne fin s'il lui eût fallu se hâter pour éviter les méfaits d'une longue chloroformisation : car il faut remarquer que le médecin-chirurgien à la campagne n'a pas généralement l'entraînement, le brio du spécialiste d'hôpital.

En chirurgie, il est admis qu'avec l'appareil d'Esmarch, une opération de une heure et demie exige environ deux onces et demi de chloroforme, tandis qu'avec $\frac{1}{2}$ once de ce dernier agent nous avons pu à la suite d'une seule injection de scopolamine, fréquemment mener à bout des interventions de 80 à 100 minutes.

Nous avons administré cet alcaloïde à tous les sujets sans distinction de sexe, d'âge, etc., à des enfants de 5 ans, à des vieillards de 80 ans, et nous n'avons jamais eu d'alerte. Nous croyons, et cela d'accord avec Korff, Bunke, Blos, Witzel, etc., que la scopolamine-morphine est beaucoup moins nocive pour la cellule de l'économie animale que le chloroforme ou l'éther.

A l'instar des auteurs cités plus haut, et de Terrier, de Walher, de Bouffert et de Walravens, etc., nous n'avons jamais observé d'albumine dans les urines, à la suite de nos injections hypodermiques. L'hyperazoturie consécutive aux opérations et due au chloroforme ou à l'éther fait défaut chez les opérés à la scopolamine : l'on ne rencontre pas chez ceux-ci la surélimination d'azote, de soufre, de phosphore, d'éléments albuminoïdes en un mot, que l'on trouve régulièrement chez les premiers.

Une autre considération qui mérite d'être pesée, et c'est là l'une des supériorités de ce nouvel agent sur le chloroforme ; il n'est pas absolument nécessaire que les malades soient à jeun pour recevoir

la scopolamine en injection ; donc, lorsque vous serez appelé d'urgence auprès d'un blessé réclamant une intervention douloureuse et immédiate, ne craignez pas de recourir à l'anesthésique sous-cutané. Va sans dire que durant le sommeil, le malade devra être tenu en position déclive ou horizontale, mais toutefois, je n'ai pu trouver ni seul cas de mort imputable à la position verticale du sujet pendant la scopolaminisation.

Réellement, l'on ne connaît pas la dose toxique de cet alcaloïde ; l'on a pu même donner jusqu'à deux grains de scopolamine en injections intra veineuses à des chiens de moyenne taille sans amener la mort. Et en lui associant la morphine, nous atténuons les dangers inhérents à la scopolamine, car la première est l'antidote de la seconde, l'une déprime le centre respiratoire, l'autre l'excite, pendant que tous deux concourent à l'anesthésie ; l'antagonisme toxique est incontestable, et le synergisme thérapeutique évident.

Nous croyons donc que, avec l'apport de ce nouvel agent, seul ou combiné au chloroforme, bon nombre d'opérations : exérèses des doigts, des membres, etc., interventions sur les os, les articulations, les organes internes, etc., dissections longues, détaillées des tissus, avec hémostase délicate minutieuse, ou même sutures complexes nombreuses des plans organiques musculaires ou entaillés, peuvent être entreprises avec sécurité, et parfaites avec succès, par un chirurgien peu expérimenté.

Tel opérateur exerçant à la campagne et que nous connaissons, aurait craint autrefois d'être taxé de témérité, qui aujourd'hui se croit justifiable d'oser tous les degrés de la gamme chirurgicale moderne.

Et là n'est pas la seule indication de ce produit destiné à occuper une haute position dans la pharmacologie. Cet agent nous a donné dans l'obstétrique, dans certains accouchements laborieux, contre l'éclampsie, dans certains cas de manies aiguës et violentes, des succès parfois constants, parfois éphémères, mais toujours éclatants. Au reste nous reviendrons sur ces points avec plus de détails, au cours de ce travail, lorsque nous exposerons nos observations personnelles.

Quelles sont les objections, les reproches que l'on a faits à ce principe actif ?

Terrier dit dans la remarquable communication mentionnée plus haut : " Un inconvénient, est la vaso dilatation qui gêne parfois l'opérateur et qui nécessite une hémostase très soignée, sous peine d'avoir des hémotomes."

Malgré l'autorité de Terrier, nous devons à la vérité de dire que nous n'avons jamais observé ces hémorragies capillaires attribuables à cet anesthésique. Nous croyons que les faits mentionnés par l'éminent chirurgien ne sont qu'une vue de l'esprit. Parce que le teint est un peu animé, les pommettes légèrement roses pendant la narcose scopolaminique, l'on a redouté cette apparence de congestion, mais c'est là une indication trompeuse, une suggestion des yeux de l'opérateur. Hors le visage, nous n'avons vu nulle autre partie du tégument eutané atteint de vaso-dilatation ; nous avons sectionné la peau à tous les endroits du corps et nous sommes forcés de nous inscrire en faux contre l'assertion qui veut que la scopolamine prédispose aux hémorragies externes superficielles.

L'on s'est aussi plaint de sa variété d'action, d'un sujet à un autre ; mais c'est là le fait de tous les anesthésiques, et cette objection disparaît si l'on accepte la méthode que nous préconisons, et qui consiste à répéter les injections à une heure et demie d'intervalle jusqu'à effet désiré. Mais nous direz-vous, il est alors impossible de prévoir combien de temps il faudra pour parfaire la narcose ; il faudra une heure et demie, peut-être trois heures, ou même d'avantage. — Eh bien ! oui, nous en convenons, cette objection est fondée. Mais n'oubliez jamais d'apporter avec vous votre journal de médecine, ou un bon bouquin classique, ainsi que votre plume et du papier pour prendre et rédiger vos observations sur le vif ; et soyez sûrs qu'ainsi le temps consacré à parfaire votre anesthésie sera le mieux employé de votre vie professionnelle.

A mon sens, le seul reproche réel que l'on puisse adresser à ce puissant somnifère, c'est qu'à forte dose, après trois injections par exemple, il produit un état de tétanisme généralisé du système musculaire ; et cette raideur, ces contractures, créent une véritable contre-indication à son emploi dans les laparotomies. — Aussi, avons-nous l'habitude de ne donner dans ces cas qu'une seule injection, et d'augmenter la dose de chloroforme en raison inverse, afin d'éviter cette fâcheuse complication ; il ne faut pas oublier qu'alors même, les bénéfices de cette scopolaminisation atténuée sont encore considérables.

Nous avons dit plus haut que nous ne devrions pas faire usage de scopolamine lorsqu'il fallait intervenir dans la bouche, le nez, la gorge, pour des extractions de dents, d'amygdales, de tumeurs adénoïdes, de polypes nasaux, etc., et c'est là la seule contre-indication absolue que nous connaissions à son emploi.

Nous croyons que les vieillards, les emphysémateux, les tuberculeux, les cardiopathes, les malades affectés d'insuffisance rénale hépatique, etc., courent moins de dangers par cette nouvelle méthode anesthésique que par le chloroforme ou l'éther.

Depuis février 1905, c'est-à-dire depuis un an nous faisons usage de la scopolamine. Actuellement nous avons recueilli 54 observations que nous passons en revue et que nous soumettons à votre appréciation.

Curettage utérin. Douze cas. Une seule injection suffit. Durant le transport du lit à la table d'opération, toutes les malades sans exception ouvrent les yeux, font des efforts pour parler, réussissent parfois à marmotter quelques paroles incohérentes, mais ne conservent aucun souvenir de ces faits. En abaissant doncement les paupières supérieures et en leur conseillant de dormir, nous avons réussi chez cinquante pour cent de ces malades à nous passer de chloroforme ; mais il faut continuellement éviter de faire du bruit, de parler haut, ou de heurter la patiente durant l'acte opératoire.

A la suite d'une seule piqûre la pupille se dilate largement, mais ce qui établit une distinction remarquable entre les divers degrés de saturation de l'économie par cet agent mydriatique, c'est qu'alors l'administration de quelques bouffées de chloroforme ramène la pupille à l'état normal ou à peu près, tandis que trois cinquièmes de grain produisent une mydriase qu'aucune dose de chloroforme ne peut vaincre.

A la suite de ces douze curettages nous n'avons jamais rencontré de vomissements.

Ablation de polype intra-utérin et curettage. Cinq cas. A l'une de nos malades nous avons donné trois injections, à trois nous avons fait deux piqûres, et enfin il a suffi d'une seule Pravaz pour la cinquième. Cette dernière à en quelques hauts-le-cœur très légers, au moment où l'une de ses parentes inquiète de la voir dormir, et soucieuse de la faire converser, l'éveilla un peu brusquement.

D'après cette observation et plusieurs autres de même nature, nous croyons que deux facteurs contribuent surtout à provoquer les vomissements post-opératoire :

1^o Insuffisance de la dose de scopolamine, d'où augmentation consécutive du chloroforme inhalé ;

2^o Réveil prématuré des opérés, surtout si ce réveil est provoqué un peu brusquement.

Encléation d'un œil chez une femme de 80 ans. — Glaucome aigu pauphthalmie. Deux injections. Le pouls n'a pas dépassé 80 chez cette malade, ce qui nous porte à croire que chez les personnes âgées, l'effet du médicament est moins prononcé sur le cœur. Nous remarquons aussi que durant le transport du lit à la table, la patiente ne réagit pas, ne se défend pas, et entr'ouvre à peine les paupières. Cette femme n'avait pas dormi durant les 48 heures précédentes, à cause des douleurs violentes qu'elle ressentait ; et maintes fois il nous est arrivé que nos anesthésiés dans les mêmes circonstances, à la suite d'une ou deux nuits blanches, dormait d'un sommeil beaucoup plus profond, à doses égales de scopolamine d'ailleurs.

Après un sommeil continu de 12 heures, elle s'éveilla parfaitement bien, demanda à manger et à boire, et fut très étonnée d'apprendre que tout était fini. Pas de vomissements, pas de douleurs post-opératoires.

Luxation de l'épaule. — Deux cas. Une seule injection chaque fois. La véritable supériorité du nouveau mode d'anesthésie sur les anciens est bien mise en évidence ici ; sous son action, pendant les douze ou quinze heures qui suivent le réveil du patient, celui-ci étant encore insensibilisé, affirme qu'il est très bien, meut son membre en tous sens et facilement, d'où il conclut ainsi que son entourage, qu'il est parfaitement *manché*. Que de fois il nous est arrivé de réduire une luxation dont le bénéfice allait au rebouteur appelé en sourdine après nous, à cause de ces douleurs persistantes, qu'on observe chez un bon nombre de sujets dans les suites immédiates de nos interventions. Les douleurs reviendraient-elles au bout de 24 heures, que ça ne change guère les convictions de personne, car voyez vous, *"lui a senti et les autres ont vu que tout était correct."*

Tumeur de l'Utérus. — Un cas. Deux injections. Opérée sans chloroforme. Nous avons dans ce cas employé au moins une heure à passer successivement une demi douzaine de sondes et de bougies dans le canal de l'urèthre, du No. 2 anglais au No. 9 ; puis l'opération elle-même a bien duré trois quarts d'heure. Cependant l'inconscience, l'insensibilité de la malade furent absolues ; lorsqu'elle s'éveilla, elle fut tout étonnée d'apprendre que le soleil était sous l'horizon ; cette journée était un feuillet arraché, disparu de sa vie. Au reste tous les scopolaminisés perdent toujours toute notion de temps sous l'influence de cet étrange produit de l'officine allemande

Hydrocèle. — Un cas chez un enfant de huit ans. Ponction et injection modificatrice. Une injection de $\frac{1}{50}$ de grain de scopolamine associée à $\frac{1}{6}$ de grain de morphine. Quelques gouttes de chloroforme au moment où nous injectons la teinture d'iode dans la vaginale.

D'après cette seule observation, nous serions portés à croire qu'il en est de cet an. thésique comme du chloroforme : les enfants le prennent encore mieux que les adultes. Sans doute que leur système nerveux est plus impressionnable, mais d'autre part, l'action de l'hypnotique est plus constante et plus régulière.

Hystérectomie. Un cas pour fibromes énormes, chez une femme cachectisée. Deux injections. Nous croyons ici devoir faire une remarque, et tous les auteurs qui nous ont précédés sont d'accord sur ce point : c'est qu'il ne faut pas dépasser la dose de $\frac{1}{50}$ de grain de scopolamine chaque fois que nous avons à intervenir pour une laparotomie. Nous avons bien constaté que deux injections amènent un peu de rigidité des parois abdominales et gêne l'opérateur dans les manipulations des organes du bassin.

Nous avons eu un peu de difficulté à faire l'hémostase. A ce sujet, il faut avoir présent à l'esprit que sous l'influence de la scopolamine, les malades ne peuvent prendre aucun remède autrement qu'en injections hypodermiques ; partant, le cas échéant, l'on devra toujours avoir sous la main des vaso-constricteurs, des stimulants, des toniques nerveux, voire même du sérum artificiel, etc., et l'outillage nécessaire pour injecter ces agents dans les tissus. Cette malade est morte un peu plus de deux jours après l'exérèse de son utérus fibromateux, d'hémorrhagie secondaire.

Cholécyctomie. Un cas. Une seule injection chez une femme souffrant d'infection des voies biliaires, d'origine lithiasique. Mon ami le Dr Paquin utilisa en tout deux draclmes de chloroforme pour entretenir une narcose parfaite et sans interruption durant l'opération qui dura une heure et demie, à cause des adhérences considérables qui missaient les voies biliaires, le foie, l'estomac, etc., et rendaient la recherche des calculs laborieuse. Pas de vomissements, pas de choc opératoire, malgré que la malade fut anémiée, cachectisée à un haut point.

Divers. — Nous avons donné la scopolamine à la dose de $\frac{1}{50}$ de grain avant d'intervenir dans les affections suivantes. Un panaris avec curettage du périoste de la phalange de l'index ; une fistule périnéale borgne ; un abcès du cuir chevelu avec curettage du fond ; une fracture compliquée du tibia et du péroné ; un névro-

me profond sous la peau d'un doigt ; et après deux injections consécutives dans les cas suivants : avivement des parois d'une vieille fistule périnéale complète ; carie de l'omoplate avec curetage à la rugine ; ablation de lipome considérable ; un cas d'arthrite suppurée du genou, avec curetage ; ablation d'un sein ; et une opération d'hébotomie.

Nous avons été obligé de donner du chloroforme à très petites doses dans moins de la moitié de ces cas : nous avons eu de légères nausées pré-opératoire chez trois pour cent de nos opérés, et cette complication est apparue à peu près dans la même proportion à la suite de nos interventions ; mais nous avons constaté qu'elle était alors attribuable dans la majorité des cas, au réveil prématuré des sujets, par la hâte intempestive des gardes-malades ou des parents.

Un jour que l'une de nos patientes un peu âgée, profondément endormie, se mit à rouler subitement comme un tuyau d'orgue, nous trouvâmes à l'entrée du pharynx un dentier qui faisait l'office d'une languette dans un tuyau à anche. Et depuis nous n'avons jamais oublié de faire l'inspection de la bouche au début de tout examen préliminaire, que la comporte l'administration d'un narcotique quelconque.

Il nous a semblé que chez les personnes complètement édentées la langue avait tendance à tomber dans l'arrière-bouche et à intercepter la circulation de l'air ; dans tous les cas, il faudra savoir le jeu respiratoire d'un peu plus près chez ces derniers sujets. Depuis que cette communication a été préparée, j'ai eu occasion de trépaner un homme de St-Côme, avec le concours de mon ami le Dr Turgeon de St-Jean de Matha. Et je dois affirmer que c'est là l'une des belles indications de la Scopolamine. Cet homme avait une dépression du crâne depuis un an.

En faisant de l'abattage dans la forêt, une branche volumineuse lui tomba sur la tête et causa une fracture avec enfoncement du pariétal gauche. Depuis cette date, les symptômes de compression se manifestaient par une surexcitation sensorielle continue, abolition du sommeil etc. Je fis deux piqûres de Scopolamine puis je fis sauter un volet du crâne d'environ un pouce et quart par trois pouces. Cette opération dura bien une heure et quart et j'ai donné en tout soixante gouttes de chloroforme.

Les indications de ce puissant alcaloïde ne se bornent pas à assister le chirurgien dans son œuvre énergique mais humanitaire. Nous l'avons administré chez quinze de nos accouchées, et nous

extrayons d'un article signé de nous, paru dans *La Presse Médicale* de Paris (18 novembre 1905) les règles suivantes, auxquelles nous nous sommes arrêtés :

Dans tous nos accouchements, si nous prévoyons que la durée sera de plus d'une heure, et si les douleurs sont vives, que la parturiente accepte ou réclame un anesthésique, ce qui est le fait chez un grand nombre de primipares surtout, nous donnons alors la préférence à la scopolamine. Au besoin, nous renouvelons la dose après trois à six heures, et nous avons même parfois donné trois injections semblables consécutives, à six heures d'intervalle, sans inconvénient. Quand les malades s'éveillent, c'est-à-dire après un sommeil presque continu de douze à dix-huit heures, nous avons toujours constaté que le réveil était gai, normal, tout à fait satisfaisant.

Sur une série d'une quinzaine de cas ainsi traités, nous n'avons rencontré aucune complication du côté maternel attribuable à la scopolamine. Tout au plus, la période d'expulsion serait peut-être retardée; mais quant à la dilatation du col utérin, l'anesthésique nous a paru plutôt la favoriser.

Nous avons toujours à notre disposition une préparation d'ergot injectable hypodermiquement; et si après la délivrance, l'accouchée semble faire de l'hémorrhagie, ou si l'utérus demeure inerte, nous nous hâtons de donner une injection d'ergotine, ce qui nous est arrivé par deux fois.

Du côté du fœtus, nous ne sommes pas tout à fait aussi positifs. Il nous a semblé que lorsque l'accouchement se terminait en plein sommeil scopolaminique, l'enfant arrivait un peu stupéfié: dans vingt cinq pour cent de ces cas, nous avons été obligés d'intervenir pour réveiller l'acte respiratoire initial. Et ce qui nous a frappé, c'est qu'alors les mouvements brusques font plus pour stimuler le centre respiratoire que la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue, etc.; c'est bien là la caractéristique des scopolaminisés en général, plus sensibles aux bruits, aux chocs extérieurs qu'au bistonri, ou aux excitations internes.

Nous avons pu remarquer enfin que chez ces nouveau-nés, la pupille était légèrement dilatée; cependant les globes oculaires n'étaient jamais tournés vers le haut, comme c'est le cas d'ordinaire; et autre fait contradictoire c'est qu'alors, à l'opposé de ce que nous savons sur cet étrange alcaloïde, ce sommeil anesthésique serait de courte durée chez les tout jeunes, puisque soixante à soixante-et-quinze minutes après leur naissance rien n'y paraissait plus.

Enfin dans les quatre derniers accouchements où nous avons fait usage de ce principe actif, nous avons observé qu'il nous était très difficile pour ne pas dire impossible de provoquer des mouvements actifs du fœtus par choes extérieurs ou autrement, lorsque la mère était narcosée; de même que nous avons remarqué qu'après sa naissance, quoique éveillé comme nous l'avons dit plus haut, l'enfant est moins agité, semble plus insensible que d'habitude et ce, pendant un temps assez prolongé.

Nous attribuons deux de nos plus brillants succès dans le traitement de l'éclampsie à l'association de la scopolamine au veratrum viride. Dans un cas, il a suffi d'une piqûre et dans l'autre deux, pour conjurer promptement des symptômes menaçants. (1)

La scopolamine a aussi été conseillée par les neurologistes dans la maladie de Parkinson; par les ophtalmologistes comme mydriatique, succédanée de l'atropine, et dit-on, supérieure à ce dernier agent; et nous le conseillerions volontiers comme hypnotique, dans certains états de surexcitation excessive des centres nerveux, accompagnées de manque de sommeil irrédnctible et prolongé.

Nous-mêmes l'avons employée une fois chez un délirant alcoolique avec un succès relatif, et chez un maniaque, durant une crise aigue avec un succès remarquable. (2) Il y avait 18 heures que ce pauvre déséquilibré, gardé à vue, discourait, criait, hurlait, s'agitait, se démenait comme un diable sans cesse ni trêve, lorsque dix minutes après une piqûre, au beau milieu d'une envolée d'éloquence, notre homme piqua une tête sur le parquet de l'Hôtel-de-Ville où il était détenu, et roula au sommeil de six heures.

Nous bissâmes alors la dose vers neuf heures le soir, et il bissa son somme de six heures. Bref, il s'embarqua le lendemain matin pour l'asile en bon état intellectuel il est vrai que le surintendant de St. Jean-de-Dien nous informa que la rémission des symptômes aigus de ce maniaque ne fut que transitoire, mais avouons tout de même que la scopolamine nous avait rendu un étonnant service.

CONCLUSIONS

1o. Le bromhydrate de scopolamine s'administre chez les adultes en injections hypodermiques, dans le membre inférieur, à la

(1) Ces deux observations ont été publiées dans le journal de médecine et de chirurgie, No. 7, avril 1906, sous le titre "De l'emploi de la scopolamine dans l'éclampsie."

(2) Voir le Bulletin Médical de Québec, livraisons d'avril, mai, juin, juillet, août, septembre, 1905. "Du bromhydrate de scopolamine comme anesthésique, par Albert Laurendeau."

dose de $\frac{1}{50}$ de grain, associé à $\frac{1}{5}$ de grain de morphine ; et cette injection peut être donnée trois fois en tout s'il y a lieu, à une heure et demie d'intervalle.

2o. Actuellement, nous conseillons à chaque opérateur de se procurer la scopolamine Merck, de faire soi-même la préparation de cet alcaloïde dans de l'eau pure et stérile, et de ne pas employer une solution de plus d'un mois d'âge.

3o. Nous associons la morphine à la scopolamine parce que ces deux principes actifs s'aident dans leurs effets anesthésiques et hypnotiques, et se contrarient dans leurs effets toxiques sur l'économie animale.

4o. La scopolamine-morphine n'est pas destinée à remplacer absolument le chloroforme, mais ces deux anesthésiques administrés conjointement, dans des conditions déterminées, diminuent les dangers, les inconvénients de chacun d'eux.—Ne pas oublier que le coefficient toxique de la scopolamine-morphine sur la cellule animale est moins élevée que celui du chloroforme ; que la manipulation en est plus facile ; que le mode d'administration plus précis, mieux ordonné, laisse moins à l'appréciation individuelle ; qu'elle peut être employée chez les tuberculeux, les cardiopathes, les cachectiques, chez la plupart de ceux en un mot qui présentent quelques contre-indications au chloroforme.

5o. Nous traçons les indications formelles de la scopolamine dans ses grandes lignes comme suit :

A. Chez les personnes nerveuses, si affectées, si angoissées à la vue des préparatifs opératoires ;

B. Chez celles sujettes aux vomissements ;

C. Pour toutes les interventions de longue durée ;

D. Dans toutes les opérations qui laissent à leur suite des douleurs un peu sévères ;

E. Dans la pratique de la chirurgie urgente, surtout à la campagne ;

F. En obstétrique, dans les accouchements longs et laborieux, et aussi contre l'éclampsie.

6o. Sous l'influence de la scopolamine, la pupille se dilate, le pouls monte, la pression sanguine vasculaire augmente peut être la respiration se ralentit.

Une seule dose suffit et cela invariablement, à abolir toute conscience et toute mémoire pendant plusieurs heures.

70. L'emploi systématique de la scopolamine en chirurgie diminue les vomissements chloroformiques, enlève la période d'excitation, de même que ces syncopes fondroyantes attribuables à l'agent volatil ; de plus bon nombre d'affections du poumon, du foie, des bronches, des reins, dont l'origine remonte à l'irritation des épithéliums de ces organes sous l'influence prolongée de la molécule gazeuse, seront évitées.

80. Les vomissements post-opératoires, lorsqu'ils existent, sont proportionnels à la dose de chloroforme utilisé, et non à celle de la scopolamine.

LA BLENNORRHOÏE CHEZ LA FEMME

SA PATHOGÉNIE ET SON TRAITEMENT

Par le Dr F. X. DE MARTIGNY, de Montréal.

La blennorrhagie si désastreuse pour les organes génitaux de la femme, d'un pronostic si sombre, plus sombre bien souvent que celui de la syphilis, débute insidieusement, sans fracas. La femme est infectée depuis des semaines, qu'elle ne se doute même pas des dangers qu'elle court. Quand elle vient consulter pour des pertes blanches abondantes qui tachent son linge en jaune, si vous l'avertissez des dangers graves qui la menacent, si vous lui montrez les désordres qui résultent de son état, si vous lui décrivez les lésions profondes que produit cette infection, c'est avec un sourire incrédule que trop souvent elle vous écoute.

Qu'est-ce que la blennorrhagie ? Une affection aiguë transmise par contact, qui renferme un microbe spécial le gonocoque, microbe dont le caractère particulier est de faire du pus, parce que c'est un microbe très biogène, qui provoque une leucocytose intense et donne naissance à une exudation abondante. Le gonocoque se développe exclusivement sur les muqueuses. Comme les voies génitales de la femme, depuis la vulve jusqu'à l'ovaire, ne sont si je puis me servir de cette expression qu'une grande muqueuse, il est facile de comprendre le terrain propice qui s'offre au gonocoque de pulluler tout à son aise.

Comment la femme est-elle infectée généralement ?

De deux manières.

Un homme qui a en anciennement une blennorrhagie, veut se marier il lui reste encore une légère goutte militaire ou simplement, des filaments dans son urine. Il se croit guéri, pour plus de sûreté, il consulte un médecin. Le confrère consciencieux examine la goutte au microscope, mais presque toujours il oublie de faire pendant quelques jours, avant l'examen de la goutte, des instillations irritantes dans l'urètre de son malade, il ne découvre pas de gonocoque, il le déclare guéri. Le médecin a agi de bonne foi, et pourtant s'il avait fait pendant deux ou trois jours des instillations de nitrate, il aurait découvert des gonocoques.

Avouons que la plupart du temps, celui qui a eu une blennorrhagie se marie sans consulter.

À la suite d'abus de liqueur ou de coit, la goutte du mari reparaît plus abondante, l'urètre coule, puis, quelques jours après, la femme remarque une leucorrhée dont l'abondance augmente rapidement. La blennorrhagie est établie.

D'autres fois, à la suite d'une imprudence — ne soyons pas trop durs pour l'humanité — le mari revient au domicile conjugal infecté et sans scrupules, il transmet à son épouse confiante des gonococques dont les ravages ne se terminent trop souvent que par la mort de la femme après un long et douloureux calvaire.

Rarement, mais les observations toutefois existent, on peut s'infecter soit sur des sièges de cabinets sales, soit avec des serviettes contaminées par le gonococque. Pour expliquer la contagion dans ces cas de goutte militaire ancienne il faut bien tenir compte de la grande vitalité du gonococque. Enfermé dans les culs-de-sac glandulaires de l'urètre, le gonococque ne meurt pas, il possède une résistance quasi éternelle, il sommeille, il attend pour récupérer sa virulence une occasion qu'un excès lui fournit.

Le gonococque n'infecte pas simultanément et d'un seul coup toutes les parties de l'appareil génital de la femme, il se localise pour un certain temps à des organes spéciaux et pour mieux suivre la description de sa marche envahissante je ne permets de rappeler très succinctement l'anatomie de ces organes.

La vulve est une fente verticale médiane sous-jacente au mont de Vénus, masse graisseuse prépubienne, recouverte de poils.

En haut par l'appareil érectile, clitoris et bulbe du vagin et plus ou moins recouverte par quatre replis tégumentaires : les grandes et les petites lèvres.

Les grandes lèvres : — recouvertes de poils sont séparées de la face interne des cuisses par les sillons génitaux pruraux, leurs bords libres convergent en haut vers le mont de Vénus, en bas à une commissure appelée fourchette. Leur face interne à l'état normal, rose humide, sans poils est séparée de la petite lèvre correspondante par un sillon.

Les petites lèvres. — repli humide et sans poils rougeâtres on noirâtres offrent un bord antérieur souvent irrégulièrement découpé. En haut ce bord libre se bifurque, sa branche externe passe au-dessus du clitoris formant avec celle du côté opposé le capuchon du clitoris. La branche interne passant au dessous du clitoris constitue le frein de cet organe.

La muqueuse : à épithélium toujours pavimenteux stratifié contient de nombreuses glandes en grappes refuges sûrs

pour le gonococque. C'est à la face interne de chacune de ces petites lèvres que viennent s'ouvrir les canaux excréteurs des glandes de Bartholin. Au l'importance de ces glandes dans la blennorrhagie de la femme, je m'arrête un peu plus longtemps sur l'anatomie des glandes vulvo vaginales. Au nombre de deux, l'une à droite, l'autre à gauche, les glandes de Bartholin sont situées sur les parties latérales et postérieures du vagin, à un centimètre environ au-dessus de l'orifice inférieur de ce conduit. Elles reposent en partie dans l'espace angulaire que forment en s'adossant l'un à l'autre le vagin et le rectum. Chez l'adulte, leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une petite amande. Les glandes vulvo vaginales ont la forme d'un ovoïde un peu aplati transversalement. Le canal excréteur de la glande se dirige obliquement de haut en bas d'arrière en avant et de dehors en dedans. Il vient s'ouvrir par un orifice arrondi dans le sillon qui sépare les petites lèvres de l'hymen ou de ses débris caronculeux : on le rencontre d'ordinaire à la partie moyenne de l'orifice vaginal ou à l'union de son tiers postérieur avec ses deux tiers antérieurs. Cet orifice est ordinairement tout petit.

Je passe l'anatomie du bulbe du vagin, du clitoris et de l'hymen qui n'est guère intéressant au point de vue blennorrhagique.

Vagin. — C'est un canal qui se termine à l'utérus et qui commence à la vulve. Par son extrémité utérine, il forme un dôme sous lequel le museau de tanche fait saillie. A l'état de repos les parois antérieures et postérieures du vagin sont accolées, elles ne s'écartent que pendant le coït ou la parturition. Le vagin décrit une courbe à concavité antérieure et presque parallèle à celle du pelvis et qui croise fortement celle de l'utérus. La partie antérieure répond à la vessie et à l'urètre. Sa paroi postérieure répond à la face antérieure du rectum. A l'état normal la surface du vagin est rose pâle. Trois couches intimement sondées constituent la paroi vaginale. La plus externe est faite d'un tissu conjonctif très lâche la moyenne est musculeuse et la dernière couche interne est muqueuse. La conche muqueuse est formée d'une muqueuse papillaire et tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié.

UTÉRUS. — L'utérus ou matrice à la forme d'une poire tapée. Il présente deux parties bien distinctes, un corps et un col séparés par un segment court et étroit : l'isthme. Le col conique est plus long que le corps chez la vierge. Chez la femme pubère il est cylindrique et beaucoup moins long que le corps. Il se termine dans le vagin par une extrémité arrondie, le museau de tanche qui est percé d'une fente par laquelle la cavité utérine communique avec

l'extérieur par le vagin. L'utérus est situé à la fois dans le bassin, entre la vessie et le rectum et dans le vagin. À l'état normal la surface interne de l'utérus est lisse et d'un gris rose. Celle du corps l'est au contraire une série de saillies séparées par autant de sillons c'est l'arborescence. L'utérus est une poche musculo-muqueuse, d'à peu près deux centimètres d'épaisseur et de dix de longueur. La muqueuse diffère beaucoup au niveau du corps et au niveau du col. La muqueuse corporelle est tapissée d'un épithélium cubique muni de cils vibratils. Elle ne présente que des prolongements en doigts de gants pris à tort pour des glandes. La muqueuse cervicale plus épaisse est tapissée d'un épithélium vibratil qui se transforme en épithélium pavimenteux stratifié au niveau des lèvres du museau de tache. Elle possède de nombreuses glandes à muco-

TROMPES. Les trompes s'étendent de chaque côté de l'utérus à la partie moyenne du pelvis. Longues de seize centimètres elles dérivent dans le sens transversal une sorte d'arc à concavité inférieure et s'enroulent comme une fronde autour de l'ovaire correspondant. La trompe présente deux parties l'une interstitielle courte et droite enclavée dans l'épaisseur même de la paroi utérine, l'autre pelvienne longue, flexueuse et très mobile, étroite et quasi cylindrique à son insertion utérine, la trompe s'évase et s'enroule sur elle-même comme certains coquillages pour s'épanouir en un pavillon qui rappelle la corolle d'une fleur. L'une de ses branches se fixe à l'ovaire et constitue le ligament tubo-ovarien. Au centre du pavillon se trouve l'ouverture abdominale de la trompe. L'orifice utérin est petit. La trompe est un canal perméable, musculo-muqueux, la musculature est très puissante. La muqueuse d'un gris rosé est hérissée de saillies longitudinales et tapissées d'un épithélium à cils vibratils.

OVAIRES. Les ovaires ont la forme de deux amandes, grisâtres, lisses chez la jeune fille, couvertes de cicatrices chez la femme adulte. Ils sont situés dans la partie moyenne du petit bassin de chaque côté de l'utérus, au dessous de la trompe dans l'aile du ligament large. L'ovaire sain est un organe très mobile. L'ovaire est formé d'une enveloppe conjonctive, l'albuginée et d'un parenchyme dans lequel on distingue deux parties, la substance corticale périphérique dense blanchâtre, l'autre, la substance médullaire, centrale moelle rougeâtre.

LOCALISATION DE LA BLENNORRHOÏE

L'inflammation de la glande Bartholin est une des localisations les plus fréquentes de la blennorrhagie chez la femme. La Bartho-

linité se rencontre surtout chez les femmes jeunes, peu de temps après avoir été infectées, la femme ressent des démangeaisons, une sensation de cuisson, puis de la gêne à la vulve. Elle éprouve une pesanteur, une douleur localisée à l'une ou aux deux grandes lèvres. A l'examen on perçoit une augmentation de volume de la grande lèvre infectée. L'orifice du vagin peut même être obstrué. L'orifice excréteur de la glande apparaît au milieu d'un macule rouge. Au toucher l'on sent la fluctuation. Plus tard si l'on n'intervient pas le pus se fait jour à l'extérieur par plusieurs orifices. Les fistules ainsi créées n'ont presque jamais tendance à guérir. Elles passent à l'état chronique. Souvent dans ces derniers cas les symptômes sont très atténués. Pour les réveiller il faut un excès de coit, un traumatisme, accouchement par exemple. Le diagnostic de la Bartholinite chronique est plus difficile à faire. Pour la diagnostiquer, il faut la chercher. Généralement il persiste une petite tumeur produite par la glande infectée. Un moyen très facile dans ces cas est de peser avec le doigt de dedans en dehors et de l'arrière en avant sur la petite tumeur que l'on sent.

Ou voit sourdre un peu de pus, il ne reste qu'à le recueillir sur une lamelle et à l'examiner au microscope.

VAGINITE BLENNORRHAGIQUE

Chez la femme la blennorrhagie peut débiter par une vaginite passagère parce que le vagin est un mauvais milieu de culture pour le gonococque et que le col s'ouvre dans le fond du vagin tout exprès l'on pourrait dire pour donner au gonococque avec ses nombreuses glandes à mucus un terrain propice et sûr pour se développer. Les premiers symptômes de la blennorrhagie vaginale sont une érosion intense au niveau du vagin et un écoulement de pus blennorrhagique épais filant verdâtre. Le diagnostic est facile à faire même sans examen microscopique, car chaque fois que l'on est en présence d'une vaginite l'on est en droit de supposer qu'il y a blennorrhagie. Le vagin n'était-il pas considéré comme le terrain classique du gonococque jusqu'aux recherches de Bumm. Toutefois ce n'est pas dans le vagin que se localise la blennorrhagie. Les gonococques ne pénètrent pas dans l'épithélium vaginal qui est pour eux une barrière infranchissable. Ils se rencontrent dans le vagin seul exclusivement au début des cas aigus. Mais presque toujours, pour ne pas dire toujours, dans les cas chroniques, les gonococques viennent du col et du corps utérin: " Cette sécrétion du col finit par développer une inflammation superficielle secondai-

re du vagin, il n'existe que très rarement une vaginite blennorrhagique primitive." (Pichevin).

BLENNORRHAGIE DU COL

La métrite du col est infectieuse et l'infection vient de l'extérieur presque toujours, c'est le gonococque (Dolérís). Dans la blennorrhagie du col il y a d'abord exagération de l'écoulement de mucus puis un écoulement d'un mucus pur et d'un pus verdâtre qui tache en jaune le linge de la malade, les douleurs au début, lancinantes, deviennent rapidement violentes. Au début, le col est gros, très rouge, plus tard la muqueuse est érosée.

BLENNORRHAGIE DU CORPS UTÉRIN

La blennorrhagie du col est très rarement observée car la propagation se fait en surface par continuité de muqueuse, le sphincter de l'isthme n'étant pas une barrière qui met un obstacle considérable. Les gonococques localisés d'abord sur la muqueuse cervicale dans l'intérieur des cellules épithéliales trouvant dans l'hypersécrétion que provoque leur présence un excellent milieu de culture. Leur développement est rapide et ils gagnent en surface en même temps qu'ils suivent l'épithélium en profondeur et vont se cantonner au fond des encls de sac glandulaires. La structure de l'épithélium utérin est propice à leur multiplication. La menstruation, les congestions de toutes sortes, de l'endométrite du corps sont alors les circonstances adjuvantes de propagation. Celle-ci est précoce et rapide. Dans la blennorrhagie aiguë l'utérus est congestionné et sécrète une grande quantité de pus verdâtre. La femme ressent une pesanteur ou une douleur à chaque selle; elle s'anémie, s'affaiblit rapidement. La menstruation qui suit l'infection est une véritable hémorrhagie avec douleur, fièvre, nausée, vomissements quelquefois des évanouissements, et deux choses se produisent, ou bien l'infection gagne les trompes ce qui est le plus fréquent ou bien la métrite chronique s'établit. Le plus souvent la salpingite est foudroyante. La continuité et l'analogie de structure des muqueuses de l'utérus et de la trompe suffit très bien à expliquer la propagation inflammatoire à ce dernier organe. Rien ne s'oppose à ce que le gonococque parti du col infecte la muqueuse du corps et franchisse un degré de plus dans cette voie ascendante, que la salpingite ne continue la blennorrhagie du corps. N'est-ce pas le processus très simple de toute infection des muqueuses en continuité. Le gonococque produit un pyosalpinx ici car comme je l'ai dit précédemment le propre du gonococque est de faire du pus. La salpingite gonorrhéique et consécutivement la péritonite

sont presque fatales lorsqu'il y a endométrite (Saenger) elle se produit à l'occasion d'une époque de règles, d'une fausse couche, d'excitations un peu vives, l'infection gagne au-delà et envahit les organes génito-profonds (Hardy).

Tout ce qui concerne la salpingite, le pyo salpinx a été si souvent décrit que je ne m'arrête pas à le relater. Ma communication étant déjà un peu longue.

Je donne à cause de son importance au cours résumé de la blennorrhagie des petites filles. Je me suis largement inspiré dans cette partie de ma communication d'un travail de Hardy.

BLENNORRHAGIE DES PETITES FILLES

On sait que les petites filles lymphatiques, anémiées, malpropres, surtout si elles se livrent à la masturbation, peuvent contracter une vulvo-vaginite qui, naturellement, n'a rien de gonococcique. Or cette vulvo-vaginite, ainsi acquise par auto-infection, peut devenir contagieuse. Comby, Beggrimm, Koplick, Andrien croient à cette contagion.

CAUSE.—Dans les cas où l'on trouve le gonococque, il est encore assez rare que le viol en soit la cause. Ce sont plutôt des circonstances accidentelles qui favorisent cette maladie. Ainsi à l'hôpital des Enfants-Malades, 15 fillettes furent contaminées par l'intermédiaire d'objets de toilette et des mains des infirmières, après l'administration dans le service de deux petites filles atteintes de vulvo-vaginite. Une autre épidémie fut occasionnée par l'emploi d'un thermomètre anal. A Posen, 236 fillettes furent contaminées à la suite de bains de bone pris en commun, que l'on donnait gratuitement dans un établissement de la ville. L'examen microscopique montra chez toutes la présence du gonococque. La contamination se fait aussi très fréquemment par suite de la communauté du vase de nuit. En effet, la fillette, en s'asseyant sur le vase fait surtout entrebâiller largement sa fente génitale, qui peut s'infecter. C'est surtout ce mode de contagion qui explique la fréquence de ce que Ebsstein appelle la "gonorrhée familiale."

La vulvo-vaginite des petites filles peut se compliquer des mêmes accidents que la blennorrhagie de la femme adulte. Elle peut avoir de la salpingite, arthrite, péritonite à gonococques. De la péritonite générale à gonococques, on ne connaît que 13 cas, chez la petite fille, dont six se sont terminés par la mort, 7 par la guérison (1). L'arthrite blennorrhagique des fillettes est un peu plus

(1) Daphnis, loco citato.

fréquente. Cette arthrite, compliquée souvent de phénomènes généraux graves, expose d'autant plus aisément à des erreurs de diagnostic, qu'elle survient à des moments très différents du début de la vulvo-vaginite. Parfois l'arthrite survient après huit jours, parfois dix mois depuis l'invasion de la vulvo-vaginite, et celle-ci est parfois d'apparence vraiment bénigne. Or la cause de cette arthrite doit être découverte, car le traitement de la lésion initiale doit accompagner l'immobilisation du membre, que l'on fixe dans un appareil amidonné. Le traitement de la vulvo-vaginite est parfois très long. Il consiste en injections vaginales et lavages au permanganate de potasse à $\frac{1}{2}$ pour mille. On a lavé d'abord la vulve aussi complètement que possible, puis à l'aide de l'index, on presse le périnée d'arrière en avant pour faire sortir le pus accumulé dans le vagin. Alors seulement on introduit une fine canule à injection à travers l'orifice hyménal. L'injection doit être pratiquée deux fois par jour et continuée 15 jours après la guérison complète. Contre les ulcérations vulvaires qui accompagnent souvent ce genre de vulvite, un bon traitement consiste dans l'application de vaseline boriquée. Le repos au lit doit être absolu tant que l'amélioration n'est pas très sensible.

Pour bien graver dans votre mémoire les dangers de la blennorrhagie chez les petites filles je vous donne un résumé de la communication de M. Emmett Holt de New-York au quinzième congrès international de médecine tenu à Lisbonne du 19 au 26 avril 1906.

Cette communication relate cinq épidémies de vaginite gonococcique dans un hôpital pour jeunes enfants. En tout cent soixante-deux enfants furent atteints, dont vingt-quatre firent de l'arthrite blennorrhagique aiguë. La désinfection, la stérilisation des serviettes, et autres moyens de combattre l'infection demeurèrent sans effet jusqu'à ce que l'on eut isolé les malades de ceux qui les soignaient. Le seul moyen efficace d'empêcher l'éclosion de la vaginite gonococcique, dans une institution consiste à pratiquer l'examen bactériologique des excréments vaginales des petites filles au moment de leur admission. De plus, il faut pratiquer un examen périodique de toutes les petites filles dans l'institution. Ce qui permet de dépister les cas non reconnus à l'examen précédent.

Nous passons à la blennorrhagie urétrale et vésicale, ne signalant seulement à cause de son importance l'infection des glandes para-urétrales. La pré-urétrite si négligée en clientèle est pourtant d'une importance considérable. Les glandes para-urétrales sont, après les glandes de Bartholin les organes où le gonococque se cantonne le plus souvent. Si l'inflammation de ces glandes passe le plus souvent

inaperçu c'est parce qu'ici l'infection évolue sournoisement toute-fois elle est très dangereuse surtout au moment de l'accouchement pour le nouveau-né dont les yeux s'infectent si facilement. Je me propose de revenir dans un prochain travail sur cette question. J'aborde de suite le traitement de la blennorrhagie chez la femme.

Le traitement se divise en deux : le traitement de la blennorrhagie aiguë. Le traitement de la blennorrhagie chronique. Ce dernier se divise encore en traitement médical et en traitement chirurgical.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE

Le traitement de la blennorrhagie aiguë en exceptant le traitement de la Bartholinite est essentiellement médical. Il y a d'abord un traitement commun à tous les cas puis un traitement qui varie suivant l'organe plus spécialement touché par le gonococque.

TRAITEMENT COMMUN A TOUS LES CAS

Il faut ordonner à la femme infectée de se laver la vulve deux ou trois fois par jour avec un savon antiseptique et de l'eau bouillie chaude, de faire un grand lavage, d'employer une grande quantité d'eau. Il est très important que la femme enlève complètement le pus séché dans les poils de la vulve et nettoie cette partie avant de faire autre chose. Puis, de suite après le lavage de la vulve, prendre une injection, vaginale d'eau bouillie, aussi chaude que la femme peut la supporter de deux ou mieux de quatre litres. Il faut insister fortement pour que la femme se donne ses injections couchée, qu'elle suspende, son bœck très bas, un pied et demie à deux pieds, au-dessus de son bassin de lit de façon que l'injection dure au moins quinze minutes. Il y a deux avantages à cela. D'abord on évite le traumatisme possible des organes pelviens, secondement au lieu de congestionner d'avantage l'appareil génital de la femme, par une injection vaginale chaude donnée d'une manière brutale, qui dure deux ou trois minutes et d'augmenter par là les douleurs en augmentant la congestion, on obtient d'une injection de longue durée l'effet de tout bain chaud prolongé. On décongestionne tous les organes génitaux, on diminue la douleur. On produit aussi l'anémie des tissus par le même mécanisme que l'on obtient en plongeant dans un bain chaud de quinze ou vingt minutes tout membre congestionné. A cette eau bouillie il convient d'ajouter un antiseptique assez puissant pour s'opposer à la pullulation des microbes. Les antiseptiques que nous avons à notre disposition sont nom-

breux et tous vautés. Pour ma part je m'adresse dans les cas aigus au permanganate de potasse qui a la propriété de produire une sécrétion séreuse impropre à la culture du gonocoque et pour les cas chroniques à l'aniolol et à la formaline. J'ai abandonné depuis longtemps le sabliné parce que je le trouve très irritant pour les muqueuses et que j'ai constaté plusieurs fois des menaces d'empoisonnement. J'ordonne donc dans les cas aigus, le matin une douche vaginale de quatre litres d'eau bouillie au permanganate de potasse à un pour quatre ou à un pour trois mille et le soir une seconde douche semblable à celle du matin.

Dans les cas chroniques je remplace le permanganate de potasse par l'aniolol à un pour trois mille ou la formaline à un pour cinq mille. Ce traitement doit être ordonné à toutes les femmes souffrant d'une blennorrhagie génitale. Il faut bien entendu en plus s'occuper d'instituer un traitement s'adressant plus spécialement à la partie infectée.

BARTHOLINITE

Une fois la bartholinite établie, il faut largement ouvrir la glande au thermocautère ou au bistouri et la détruire soit à la curette tranchante soit au thermocautère. Si l'on se sert du thermocautère, cette petite opération présente un danger, il ne faut pas plonger le fer rouge trop loin et surtout il faut veiller à ne pas le plonger trop près du rectum car le rayonnement de la chaleur pourrait mortifier les tissus et l'escarre en tombant produire une fistule recto-vulvaire, accident dont j'ai eu un cas à traiter et où il a fallu une véritable opération laborieuse pour fermer la fistule. Il faut panser cette plaie à plat tous les jours et la laisser guérir par granulation.

VAGINITE PRIMITIVE OU SECONDAIRE

Le vagin infecté primitivement ou secondairement requiert entre les douches l'application quotidienne par le médecin d'un immense tampon de coton hydrophile stérilisé bien imbibé d'un glycérolé médicamenteux. Ce tampon doit être assez gros pour bien remplir le vagin, et en déplisser les replis de la muqueuse. J'emploie de préférence le glycérolé au tannin du codex auquel j'ajoute vingt-cinq centigrammes par litre de sulfure de carbone chimiquement pur. Il ne faut pas oublier de recommander à la malade d'enlever ce tampon avant de se donner sa douche. Ce conseil a son importance. En effet il m'est arrivé plusieurs fois au début de ma clientèle d'oublier de faire cette recommandation à des malades et j'ai constaté plusieurs fois aux pansements suivants que la malade

avait religieusement laissé en place le tampon que j'avais posé la veille dans son vagin. C'est là le traitement idéal. Dans certains cas, il est impossible à la femme de se rendre régulièrement chez le médecin. On peut suppléer au tampon en ordonnant trois douches vaginales au lieu de deux.

BLENNORRHOÏE DU COL.

S'il y a en plus blennorrhagie du col, il faut en outre du tampon quotidien faire tous les deux ou trois jours un badigeonnage de l'extérieur du col et une application à l'intérieur de celui-ci d'un médicament astringent : sulfate de zinc au dixième, protargol au cinquième, nitrate d'argent au centième. Je me sers dans ces cas pour les badigeonnages et applications du liniment d'iode mélangé à parties égales à la teinture d'aconit.

BLENNORRHOÏE DU CORPS.

J'arrive au traitement de la blennorrhagie du corps utérin qui est très important si l'on veut enrayer la marche envahissante du gonocoque vers la trompe et l'ovaire. Ici il faut avant tout tenir largement dilaté l'orifice interne du col pour donner une large issue au pus blennorrhagique. Il ne faut pas craindre après avoir nettoyé et aseptisé autant que faire se peut le vagin et le col de passer des bongies d'Hégar stérilisées jusqu'au No. 10. Je ne me suis jamais cru autorisé à dépasser ce numéro qui me paraît donner une dilatation amplement suffisante. Il faut tenir le col dilaté pendant longtemps. Aussi longtemps qu'il s'écoule du pus par le museau de tanche. Puis, après chaque dilatation que l'on doit répéter tous les deux jours, faire une application intra-utérine avec de la teinture d'iode, sulfate de zinc au vingtième ou tout autre astringent au choix et placer dans le vagin un gros tampon de coton hydrophile bien imbibé d'un glycérolé médicamenteux.

SALPINGITE, OVARITE, PÉRIMÉTRITE.

Dans ces cas, il faut recommander à la malade le repos absolu au lit, faire donner chaque jour trois grandes douches vaginales chaudes au permanganate de potasse, un grand lavement quotidien chaud à l'eau bouillie simple, prescrire à la malade de garder ce lavement au moins vingt minutes, veiller à ce que les intestins restent bien libres, faire appliquer sur le ventre en permanence des applications de vessies de glace, ou si l'on ne peut se procurer de glace, de sacs remplis d'eau chaude. Instituer le régime lacté.

Contre les douleurs, prescrire des suppositoires de belladone. Il faut absolument attendre avant de permettre à la malade de se lever que toute douleur soit disparue et qu'au toucher on sente le cul de sac bien souple, l'utérus mobile et indolore. Faire un examen au spéculum et si l'on voit sourdre par le museau de tanche un liquide louche, instituer le traitement de la métrite blennorrhagique. Si, malheureusement l'on ne se montre pas d'une excessive sévérité, l'on conduit fatalement ces malades à l'opération.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE CHRONIQUE.

Quand la blennorrhagie est passée à l'état chronique le traitement est moins efficace que dans la blennorrhagie aiguë. Toutefois avec beaucoup de prudence et de patience, l'on peut obtenir encore dans un certain nombre de cas des résultats relativement favorables et rendre une santé qui sans être florissante permet à la femme de vaquer à ses occupations.

La blennorrhagie se présente généralement sous forme de métrite avec ou sans ectropion de la muqueuse du col. Ici outre le traitement des douches qu'il faut prescrire l'on doit dilater le col, faire des applications intra utérines astringentes détruire par un caustique la muqueuse du col ou si les caustiques ne sont pas suffisants, faire l'amputation. S'il y a en outre salpingite chronique ne pas désespérer avant d'avoir longtemps appliqué le traitement de la salpingite aiguë et recommander en plus à la malade de se faire chaque semaine une large application de teinture d'iode sur le ventre.

Toutefois il y a des cas de métrite rebelle à tout traitement médical, des cas de salpingite d'origine gonococcique qui relèvent du traitement chirurgical, curetage, salpingectomie uni-latérale ou bilatérale se sont des cas qui relèvent de la gynécologie et je me garde bien dans ce travail de décrire toutes les opérations ne voulant pas vous infliger la lecture d'un traitement de gynécologie opératoire.

La femme infectée par le gonococque est exposée à plusieurs dangers, à plusieurs accidents qui entraînent dans ses organes génitaux des lésions irrémédiables, lésions profondes incurables bien souvent sans une grave opération. Qui de nous n'a été consulté par une de ces malheureuses victimes du gonococque soit pour une métrite rebelle, une périmétrite douloureuse, une salpingite. Je crois pour ma part que soixante et quinze pour cent des salpingites sont dues au gonococque et que plus de la moitié des cas d'infections puerpérales sont dûs au même microbe. Même si à l'examen

micro-biologique on ne trouve pas le gonococque on ne peut pas conclure qu'il n'est pas la cause primitive de la lésion car le gonococque infecte les organes génitaux, la maladie évolue, le gonococque disparaît, la lésion reste. Il y a une chose qui n'est pas suffisamment connue, c'est l'influence de la blennorrhagie sur le développement de la grossesse extra utérine. Cette maladie qui est relativement fréquente est bien décrite maintenant dans tous les auteurs de gynécologie. Le diagnostic en est plus facile à faire qu'autrefois. Cela est vrai, mais à dit Renon la grossesse extra utérine est plus répandue qu'autrefois. La grossesse extra-utérine s'explique fort par la salpingite blennorrhagique qui dépouillant l'épithélium de ses cils vibratils est la cause majeure de l'anomalie suivante : l'œuf fécondé au lieu d'être doucement conduit vers la cavité utérine s'arrête dans la trompe, reste en chemin et comme cet œuf augmente rapidement de volume, le moment arrive vite ou ne pouvant plus progresser que par son volume même il est absolument immobilisé et la grossesse extra-utérine est constituée. Vous savez messieurs, quelle est son évolution.

Une femme infectée par le gonococque qui devient enceinte est une candidate à l'infection péritonéale, à l'infection puerpérale à grand fracas malgré les précautions les plus rigoureuses d'asepsie et d'antisepsie. Le traumatisme produit par l'accouchement est suffisant pour exalter la virulence des lésions purulentes qui évoluaient jusque-là assez sourdement pour que l'attention du médecin ne fut même pas attirée de ce côté.

LA PHLÉBITE

La phlébite si fréquente après les accouchements où l'on a de l'infection puerpérale est bien connue de tous, moins connue est la phlébite qui survient au cours d'une blennorrhagie aiguë ou chronique. Cette phlébite gonococcique présente les mêmes dangers que la phlébite puerpérale.

L'arthrite blennorrhagique, si douloureuse, compromettant souvent le bon fonctionnement des articulations pour toujours, se rencontre très fréquemment de dix à quinze et même vingt pour cent des cas suivant certains auteurs. Un des accidents les plus terribles dont est menacée la femme souffrant de blennorrhagie, accident qui peut entraîner la mort c'est l'endocardite gonococcique. La femme atteinte de cette variété d'endocardite est dans soixante quinze pour cent des cas vouée à la mort dans un avenir prochain.

La pleurésie blennorrhagique, la méningite gonococcique ont fait beaucoup de victimes.

Mais si dans une famille ouvrière la femme est sujette à tous ces accidents, à quels dangers de contagion ne sont pas exposés les enfants quand la mère a une blennorrhagie ? Souvent la même serviette est employée pour la mère et pour tous les enfants sans être stérilisée bien entendu et combien de vaginites de petites filles ne se sont-elles pas contractées de cette manière.

Si l'ophtalmie gonococcique est toujours grave, si méconne elle entraîne rapidement la perte de l'œil, on peut espérer dans certains cas une guérison complète. Mais pour l'enfant naissant d'une femme atteinte de bartholinite blennorrhagique, de blennorrhagie para-urétrale, l'ophtalmie purulente le gâche, surtout s'il est le fruit d'une première conception.

Combien d'aveugles nés ne sont-ils pas les victimes du gonococque. A nos spécialistes de répondre si les statistiques qui donnent quatre-vingt pour cent sont exagérées.

Il y a un danger plus grave encore, pour la race Canadienne-française, que pour les autres races, pour nous qui avons besoin de familles nombreuses, pour défendre au Canada notre place contre le flot de l'immigration étrangère. Ce danger réside dans le fait que la femme atteinte de blennorrhagie si elle ne reste pas stérile, accouche une fois et ne devient plus jamais enceinte. C'est un danger pour la race et nous avons le devoir en autant qu'il est en notre possible de travailler à enrayer le flot de la blennorrhagie chez la femme. C'est par la prophylaxie que nous y arriverons, prophylaxie sociale, morale et religieuse.

J'ai indiqué le traitement que l'on doit employer pour guérir ou atténuer les accidents que la blennorrhagie produit chez la malade. Je me réserve de revenir dans un prochain travail sur les moyens prophylactiques.

La blennorrhagie est une maladie qui compromet l'avenir de la famille, de la société, c'est en me basant sur mes statistiques d'hôpital, de clientèle—ou je vois d'année en année augmenter le nombre des malheureuses infectées que je crie le danger qui menace notre race pendant qu'il est temps encore.

Ce danger est trop grave pour nous pour que vous n'entendiez pas ma faible voix.

LES MALADIES PELVIENNES CHEZ LES JEUNES FILLES

Par le Dr J. E. LANOIE, Chirurgien de l'Hôpital Ste-Anne de Fall-River, Accoucheur et Gynécologue à l'Hôpital Civique de Fall-River, Mass., E.-U.

Les préjugés contre l'examen des organes génitaux ou pelviens chez les jeunes filles n'existe pas seulement chez le peuple, mais, malheureusement, chez plusieurs membres de la profession médicale. Il n'y a pas le moindre doute que, sur cet autel des préjugés, plusieurs vies ont été et sont encore, tous les jours sacrifiées. Cette section, en protestant contre une si grave erreur, accomplira une œuvre fructueuse et aidera à faire de nos patientes des femmes saines, d'heureuses épouses et des mères dévouées.

Voici quelques considérations qui nous aideront dans une étude systématique du sujet :

1° Les jeunes ont, le même droit que leurs aînées au soulagement de leurs souffrances et à la protection contre les maux qui les priveront des joies de la maternité et même mettront leur vie en danger.

2° La plupart des maladies pelviennes — pour ne pas dire toutes — peuvent être guéries sans avoir recours aux opérations qui, trop souvent, sacrifient totalement des organes dont l'importance n'est plus discutable.

3° Le retard qu'on apporte à diagnostiquer ou à traiter les affections même les plus simples, telles que le déplacement de l'utérus ou des ovaires, peut, comme c'est souvent le cas, amener un changement organique de nature à détruire permanently les fonctions de ces organes et à faire de ces malades des infirmes à jamais stériles.

4° Les symptômes, douleurs pelviennes, douleurs des règles, irrégularités, secousses nerveuses, troubles digestifs, etc., précédant, accompagnant ou succédant aux règles, ne sont que des avertissements de faire un bon examen pour trouver la cause du mal.

5° Tâter le pouls et examiner la langue, et cela avec un air pédant, pour découvrir l'état des organes de la reproduction, n'en

apprend pas plus au médecin qui se prête à cette pantomime charlatanesque que sa " patiente " soit une jeune fille ou qu'elle soit avancée en âge.

6° Une certaine dose de respect pour les sentiments traditionnels de modestie chez les femmes est certainement une protection pour leur chasteté. Mais une honnête intention de traiter les maladies dont elles souffrent dans leurs organes génitaux est loin d'être incompatible avec la chasteté de leur vie.

Aucun médecin ne peut, par examen ou par traitement, exciter la malade à des pensées impures ou dégradées. Prétendre le contraire serait admettre qu'il faut sacrifier à la fausse modestie du médecin ou aux préjugés des ignorants la santé et le bonheur futurs et peut être même, la vie de ces malades.

7° Il ne faut pas, dans ces cas, regarder seulement le côté physique du sujet, car la vie sociale, domestique et même morale de ces malades est aussi en jeu. Notre négligence à trouver la cause de leur mal et, conséquemment, notre impuissance à les soigner efficacement, les exposent à devenir irrémédiablement stériles et, par là même, les plus malheureux des êtres, des femmes sans enfants. Notre principal devoir, alors, est donc de veiller fidèlement sur la santé physique de celles qui nous sont confiées, car, à mon avis, un organisme sain est le meilleur préservatif contre la dégradation morale.

La symptomatologie peut quelquefois nous induire en erreur, d'autant plus que l'histoire et la complexité des symptômes, tels que représentés par la patiente et par sa mère, attirent plutôt notre attention du côté du système nerveux, du système circulatoire ou du tube digestif, à l'exception, toutefois, que ces troubles ont commencé au moment de la puberté. Le plus commun et, probablement, le plus important des symptômes représentés, quand ils sont correctement interprétés, est la douleur de la menstruation. La menstruation douloureuse n'est pas une maladie et ne devrait jamais être considérée comme telle. Elle n'est qu'un symptôme. Il faut en chercher la cause pathogénique parmi les suivantes:

PELVIENNES

1° Utérines : a. Les déviations ; b. L'infantilisme ; c. Les métrites ; d. Les fibroïdes ; e. Les myomes.

2° Intra utérines : a. Les endométrites ; b. Les polypes.

3° Ovariennes : a. L'ovarite chronique ; b. Le prolapsus.

4° Fallopiennes : a. La salpingite septique ; b. La salpingite catarrhale.

EXTRA PELVIENNES.

a. La neurasthénie ; b. L'anémie ; c. La chlorose.

Je vous offre cet arrangement des causes de la dysménorrhée, parceque la vieille division classique de ces causes en obstructives, névralgiques, ovariennes, tubaires et membranueuses me paraît avoir une trop forte tendance à faire de ces symptômes une entité morbide. Elle rend plus difficile l'étude de la cause étiologique.

Il arrive assez souvent qu'une malade souffre beaucoup à l'époque de ses règles sans que rien d'anormal ne se présente du côté du bassin. Ces maladies dont la source est mystérieuse sont aussi graves et demandent encore plus de soin, de patience et d'attention que celles où la cause pelvienne peut être déterminée.

Nous savons maintenant qu'une simple déviation de l'utérus ne constitue pas à elle seule une maladie, mais seulement qu'un facteur important d'un état morbide complexe, dans lequel la déviation n'entre que pour une part variable. Il n'y a pas de gynécologue qui n'ait observé de déplacement chez des femmes qui, du reste, ne présentaient aucuns symptômes de maladie. Quelques auteurs, se basant sur ce fait incontestable, n'ont pas hésité à nier le rôle pathogénique des déviations.

Il ne faut pas, cependant, aller d'un extrême à l'autre. Tout en admettant que la déviation n'est pas, en elle-même, une maladie, on ne peut nier qu'elle crée à l'organe déplacé une vulnérabilité particulière, résultat de troubles circulatoires par l'augmentation de la tension veineuse et par les altérations nutritives qui peuvent en être la conséquence ; elle favorise et entretient l'inflammation de la cavité et de la surface de l'utérus. De plus, le prolapsus des annexes lesquels participent souvent à l'inflammation de l'utérus, peut être la source de troubles nerveux réflexes dont l'influence n'est pas négligeable, surtout dans les rétrodéviations.

Il résulte de ce qui précède que la notion des déviations utérines, simple autrefois et réduite au seul point de vue anatomo-pathologique, renferme pour nous, actuellement, sous une même dénomination clinique, des éléments complexes dont il faut tenir compte dans l'application du traitement.

La théorie de l'obstruction n'est plus soutenable, car en cherchant la cause de la douleur, nous trouverons qu'elle est due soit à l'inflammation de l'utérus, des trompes, des ovaires ou à de vieilles

adhérences. Pour obtenir la guérison, il faut, naturellement, corriger la déviation et faire disparaître la cause pathogénique, comme c'est le cas dans toute maladie. Dans l'utérus infantile tout effort pour préparer la muqueuse à la fécondation ou à la menstruation reste sans effet. Dans beaucoup de cas, les règles n'apparaissent jamais, ou, quand elles apparaissent, ne sont pas normales. C'est une tentative de la nature, faite dans le but de préparer un organe à une fonction pour laquelle il est totalement impuissant. Le seul moyen d'obtenir une guérison est dans les mesures qui pourraient développer l'utérus une tâche difficile à entreprendre à moins que la fille ne se marie et ne devienne enceinte ou dans l'extirpation des trompes et des ovaires.

Les causes de douleurs dans les métrites sont nombreuses. Elles s'expliquent, premièrement, par l'irritation des ganglions utérins amenant des contractions expulsives; deuxièmement, par la pression sur les vaisseaux de la partie profonde de la muqueuse, ce qui empêche les leucocytes d'arriver à la partie superficielle, retarde la dégénérescence amyloïde et résulte dans la destruction complète de la muqueuse. C'est là, je crois, la vraie cause de cet état connu sous le nom de dysménorrhée membraneuse. Dans l'endométrite l'inflammation glandulaire prédomine. Les glandes augmentent de volume se pressent les unes contre les autres, poussent les couches superficielles dans un plus petit espace, font obstacle aux capillaires et retardent la dégénérescence amyloïde. Les capillaires, levenus congestionnés, se rupturent; le sang, venant des lacunes, se pare littéralement l'épithélium de ses attaches. C'est probablement par l'observation de cas semblables que les anciens auteurs ont conclu à une obstruction du col. Et vu que la dilatation apportait un soulagement, ils ont donné à cet état le nom de dysménorrhée obstructive.

Dans ces cas, si la cause réside dans la métrite ou l'endométrite, il nous est impossible d'obtenir une guérison permanente par aucun traitement constitutionnel. La condition locale est améliorée par la curette ou par des applications. Laissez-moi vous dire en passant, que le curettage n'est pas une opération mineure et n'est loin d'être toujours sans danger. La main qui manie la curette doit être capable de faire toute opération qui demande de l'adresse. Elle doit être guidée par ce jugement sûr qui pourra et verra reconnaître l'existence du pus dans les trompes ou dans toute autre partie du bassin.

Le curettage, dans les cas compliqués de pyosalpinx, est une opération des plus hasardeuses. Il y a plus de mal de fait à ces femmes-là par de fausses manœuvres où par un traitement local

médicace, qu'en les laissant dans la position où elles sont. Dans la majorité des cas, le curage, le repos de deux semaines au lit, les toniques généraux et la régularisation des intestins amèneront une guérison, pendant que les applications locales, peuvent, comme il est souvent le cas, aider ces milieux dans une position ou les mesures simples ne suffisent pas pour plus de soulagement.

Les fibromes du type utérins causent de la douleur par l'obstruction mécanique des vaisseaux du bassin et par la compression des nerfs. L'abaissement de ces tumeurs amènera la guérison.

Le fibrome ne se rencontre pas souvent chez la jeune fille; mais quand un fibrome peut causer de graves troubles sérieux, le fait ne paraît pas certain dans le cas suivant.

Mlle A., âgée de 17 ans, première consultation le 1er février 1902. Règles abondantes, dures, six jours complètes, très vives. A eu ses dernières règles trois semaines avant son mariage, il y a quatre mois; depuis, tous les deux ou trois jours, douleurs très vives, parfois intolérables. Depuis six ou huit mois, elle éprouve de graves douleurs dans le bas-ventre, environ trois mois, elle continue à sentir une douleur sourde dans la région du rein gauche. A l'examen par le toucher vaginal, la masse domant l'impression d'un myome, est située entre les fenillets du ligament large, du côté gauche. Cette masse, indistinctement fluctuante, dans la région du rein gauche. L'opération nous révéla un fibrome utérin, en pressant sur le rein gauche, en amenait l'occlusion, le fibrome disparut comme résultat. La myomectomie fit disparaître les symptômes.

Les salpingites sont une des causes les plus communes de l'occlusion menstruelle. Dans la majeure partie des cas, c'est simplement le résultat de salpingites négligées; l'inflammation utérine est ignorée. Elle peut être suppurative ou non-suppurative, elle est le plus souvent pure, quoique la plus dangereuse pour la vie de ces femmes. Elle n'a pas lieu à de fortes douleurs des règles avant que les trompes ne soient formées, à la suite de péri-métrites. La réaction inflammatoire amène l'occlusion des trompes avec hyperplasie des cellules muqueuses et musculaires et un engorgement veineux des trompes. Ici la douleur est très forte au début, mais cesse peu à peu. L'écoulement du sang. L'endométrite chronique est un facteur important, mais dont l'influence peut être évitée par un bon enrettement.

Il y a une autre forme de salpingite, celle qui survient à la suite de maladies exanthémateuses. Elle est généralement bilatérale et presque toujours compliquée d'adhérences péritonéales. La

douleur à l'époque des règles est très forte et résiste à toute forme de traitement, général ou local.

La considération des cas où la cause est dans l'ovaire nous amènerait à parler des relations entre l'ovulation et la menstruation : un sujet qui demande trop de temps pour être discuté ici. Pour le moment, il suffit de se rappeler qu'à chaque mois la muqueuse utérine se prépare à recevoir une ovule fécondée, et quand celle-ci n'est pas imprégnée, la dégénérescence, avec rupture des vaisseaux superficiels, et la dénudation, amènent l'écoulement sanguin.

Les douleurs avant les règles peuvent toujours être attribuées aux trompes ou aux ovaires. Lorsque la douleur est ovarienne il faut déterminer si elle est hyperhémique ou inflammatoire. L'hyperhémie des ovaires est une cause commune de douleurs menstruelles chez les jeunes filles. Cette hyperhémie étant causée par l'instinct sexuel non satisfait, il est bien évident, alors, que le traitement sort du domaine de la médecine proprement dite et entre dans le domaine moral. Le médecin peut, et doit, conseiller un changement dans la vie sociale et domestique de la jeune fille de nature à éviter tout ce qui peut la porter, directement ou indirectement aux excitations sexuelles.

L'importance de soulager ces malades est démontrée par le fait qu'en demeurant dans cet état elles sont exposées, dans un temps relativement court, à l'ovarite chronique, à l'hyperplasie, à l'augmentation des tissus fibreux et à la destruction complète des ovaires.

Il importe peu que la forme soit cystique, intersticielle ou hyperplasique, si ce n'est que dans l'ovarite intersticielle, la douleur est plus forte, pendant que dans la forme cystique il y a généralement un écoulement abondant et prolongé et qui se montre aussi très souvent entre les règles. Le traitement de toutes ces formes d'ovarite chronique donne peu de satisfaction et demande, pour obtenir une guérison permanente, l'extirpation totale de l'organe malade. Quoique la tentation de donner la morphine soit forte, il faut y résister énergiquement ; car il est certain que ce serait faire de ces femmes des morphinomanes incurables.

Dans le prolapsus des ovaires, la douleur est due à l'inflammation des trompes et des ovaires qui est amenée par la congestion pelvienne prolongée. Il n'y a aucune méthode de traitement mécanique qui puisse corriger ce déplacement. Il y a deux procédés opératoires. 1o. Si l'ovaire n'est pas trop affecté, nous pouvons le soulever par le raccourcissement du ligament utéro ovarien ou l'attacher au ligament large ; 2o. Si les ovaires sont trop malades nous

devons en faire l'extirpation totale. L'ovaire a une vitalité tellement puissante que, même après l'opération, s'il reste quelques-unes de ses cellules ovariennes, je crois que l'ovulation et la conception sont encore possibles.

Il y a une catégorie de cas où on ne peut trouver la moindre trace de maladie des organes du bassin, et, cependant, les douleurs sont aussi fortes que chez les malades chez qui des troubles inflammatoires existent. Ces malades comprennent les neurasthéniques qui ont une tendance constante aux explosions de toutes sortes ; les anémiques et les chlorotiques. La douleur des règles chez ces sujets est facile à comprendre, si nous nous rappelons la richesse des nerfs utéro-ovariens et de la physiologie du grand sympathique. Les nerfs de l'utérus, des trompes et des ovaires viennent en grande partie du sympathique avec quelques fibres des deuxième, troisième et quatrième nerfs sacrés.

Les fibres du sympathique viennent des plexus hypogastrique inférieur et spermatique. L'hypogastrique est une branche du plexus orthique qui vient du ganglion semi-lunaire et des plexus rénaux.

Si nous nous rappelons bien, aussi, que ces centres nerveux fournissent des branches à tous les organes abdominaux et que l'irritation ou la stimulation d'un nerf du sympathique amène la contraction des vaisseaux, abaisse la température, diminue la nutrition et augmente la dénutrition dans les parties qu'il innerve ; l'augmentation de la dénutrition élève le pourcentage de l'acide carbonique dans le sang, ce qui ajoute à l'irritation. Il sera alors facile de se rendre compte comment une neurasthénique peut avoir, comme un de ses principaux symptômes, des règles douloureuses.

Il n'est pas difficile de comprendre que le processus physiologique de la menstruation peut échouer dans les cas de mal nutrition, d'anémie et de chlorose. Il ne faut pas, non plus, exclure les maladies locales avant de s'en être assuré par un bon examen, car, s'il y avait de l'endométrite ou toute autre inflammation chez ces neurasthéniques ou anémiques, je ne crois pas qu'il soit possible de leur faire du bien par le traitement constitutionnel seulement.

Que des maladies nerveuses soient sous la dépendance de troubles des organes du bassin, personne ne le conteste ; mais la grande difficulté est de choisir entre ceux des cas où la maladie pelvienne est la cause de ces troubles nerveux et ceux où la névrose est la cause première.

Il faut se rendre compte du fait que les mesures opératoires ne pourront apporter de soulagement aux nerveuses que si ces mesures ont été adoptées pour l'extirpation d'organes distinctement malades

et auxquels les symptômes nerveux peuvent être attribués. D'autre part, j'ai vu des neurasthéniques guéries sans autre traitement que l'extirpation de trompe ou d'ovaires malades ou par la simple réparation d'un col induré ou ulcéré.

Il ne faut jamais perdre de vue que la leucorrhée est un symptôme de maladie des organes génitaux internes ou externes ; que la tuberculose des organes génitaux n'est pas aussi rare qu'on le croyait autrefois et peut être la cause de leucorrhée chez les jeunes filles ; que la gonorrhée avec ses terribles conséquences est assez commune chez les filles au-dessous de 15 ans. J'en ai rencontré quatre cas chez des filles au-dessous de quatre ans. L'herpès est souvent la cause d'écoulements et peut se produire à tout âge. Le traumatisme peut amener de la leucorrhée dans certains cas. Il ne faut pas instituer de traitement chez ces malades avant d'avoir déterminé la cause de leur maladie.

Les règles irrégulières ou profuses peuvent être des symptômes de maladies tellement graves qu'il me paraît à peine nécessaire d'insister sur l'importance de faire un examen, quand ce ne serait qu'à cause du fait que nous nous trouvons continuellement en présence de la déclaration apparemment honnête du médecin, " Que l'hémorrhagie utérine chez les jeunes filles est guérie avec le fer et les toniques " Comme il est impossible de savoir si la cause réside dans la métrite, l'endométrite, les polypes, les fibroïdes, les ovaires cystiques ou sarcomateux, sans avoir fait un examen sérieux, il est de notre devoir de ne rien négliger pour arriver à un bon diagnostic.

Il est également de notre devoir, comme gynécologistes, d'insister fortement auprès de nos confrères qui font de la médecine générale, pour les engager à apporter plus d'attention dans l'examen de ces malades. De cette manière ils pourront faire un diagnostic précis leur permettant l'application d'un traitement efficace.

CONCLUSIONS

1^o Tous les cas, soit chez les jeunes filles ou chez les femmes, où il existe de la douleur avant, pendant ou après les règles, doivent être soumis à un examen sérieux, afin d'en déterminer la cause.

2^o Il n'est pas permis de laisser la leucorrhée sans traitement, ou de la traiter par des douches ou l'administration de médicaments, etc., sans s'être assuré auparavant de la vraie cause. Lorsque l'écoulement est purulent l'examen microscopique doit être fait pour

déterminer la présence ou l'absence du gonocoque, du bacille de Kock, etc.,

3o Toute fille ayant des pertes abondantes, que ces pertes soient métrorrhagiques ou ménorrhagiques, doit être examinée.

4o Dans les cas d'aménorrhée, nos efforts doivent être dirigés de manière à en trouver la cause.

5o Toute jeune fille souffrant de troubles nerveux, développés au moment de la puberté et accompagnant la menstruation, doit, de toute nécessité, être soumise à un examen des organes du bassin.

6o Chez les vierges, il faut faire un examen rectal ; la voie vaginale ne doit être suivie que dans des cas d'absolue nécessité, et la malade étant anesthésiée.

UN CAS D'HÉBOTOMIE

Par le Dr ALBERT LAURINDEAU, de St. Gabriel de Brandon.

Dans les sciences d'observation, il n'y a pas de vérités absolues, toutes ne sont que relatives ; mais l'esprit humain tend sans cesse à les faire évoluer vers la perfection : c'est vous dire que j'ai foi à la théorie philosophique du progrès.

Il y a quatre ans, dans une communication que j'avais l'honneur de vous faire sur l'opération césarienne, je traçais ainsi les règles à suivre, au cas de dystocie maternelle, par rétrécissement de l'excavation, ou des détroits

a.— Si la mensuration du plus petit diamètre du bassin varie entre douze et neuf centimètres, ces cas sont passibles de l'application du forceps.

b.— Entre neuf et six centimètres et demi, ces bassins sont justifiables de la symphyséotomie.

c.— Moindre que six centimètres et demi, l'on doit pratiquer l'hystérotomie. Eh bien ! messieurs, je viens vous dire qu'aujourd'hui je revise la seconde proposition de ce jugement, laquelle devra se lire comme suit :

b.— Entre neuf et six centimètres et demi, ces bassins sont justifiables de l'hébotomie.

La proposition de Sigault en 1768, à l'Académie de Chirurgie, fut à mon sens un trait de génie ; malheureusement l'étudiant en médecine inexpérimenté dans l'art de la chirurgie, et vivant à une époque où l'asepsie, l'antisepsie étaient ignorées, ne pouvait prévoir les complications, les déboires, les objections que son opération ferait naître. Il ne songeait pas que la symphyse réagirait comme toutes les autres articulations, que la défense plagoeytaire est presque nulle en ces lieux, que les processus de réparation des lésions périarticulaires sont contrariés par des dispositions anatomiques spéciales ; bref, Sigault avait uniquement en vue l'agrandissement du bassin dans certaines conditions déterminées, et ses provisions étaient justes. Il est même étonnant que l'Académie n'ait pas d'abord apprécié à sa valeur, une conception si simple, si lumineuse ; cela tient sans doute au peu d'autorité de son auteur.

Aussi, lorsque neuf ans plus tard, le stagiaire devenu maître, tenta et réussit avec le concours d'Alphonse Leroy, sa première symphyséotomie, il y eut dans le monde des chirurgiens, des accoucheurs, un tel revirement d'opinions, que l'engouement ne connut plus de bornes.

Mais bientôt l'on se rendit compte que l'on avait tablé sur des hypothèses : la mortalité qui suivit la nouvelle opération fut considérable, et la morbidité effrayante : lorsque les patientes avaient la chance d'échapper à la mort, ce n'était le plus souvent que pour garder, qu'une fistule de durée interminable, qu'une consolidation vicieuse ou ce qui était pis, un manque de consolidation absolue, et parfois des douleurs intolérables dans toutes les articulations du bassin :—en un mot la plupart de celles qui en réchappaient sortaient infirmes de cette fâcheuse aventure.

Sigault ne tarda pas à constater que la médaille de la Faculté de Paris avait un triste revers ; les critiques furent aussi acerbes que les louanges avaient été flatteuses ; l'on opposa les résultats de la section utérine, à ceux de la section symphysienne, et si les conséquences immédiates de la première opération étaient aussi funestes que celles de la seconde, au moins l'hystérotomie laissait-elle les guéries indemnes. Bref, le monde des accoucheurs se partagea en deux camps : les symphysiens et les césariens,—deux sectes qui barbouillèrent pas mal de papier, se jetèrent beaucoup d'arguments, et finirent par où elles auraient dû commencer : c'est-à-dire par s'entendre. L'on se rendit compte que les deux interventions avaient chacune leurs indications, et ces indications que j'ai rappelé plus haut, je les avais tracées sommairement devant vous à Québec. Mais maintenant, l'un des termes de ces propositions : la symphyséotomie, doit disparaître de la chirurgie obstétricale, et faire place à une intervention plus moderne, plus raisonnée, plus progressive en un mot : je veux parler de l'hébotomie que Stoltz de Strasbourg, a préconisée sous le nom de " Pubiotomie," et que Gigli de Florence, a rénouvée et popularisée sous le nom de " Section latérale du Pubis."

La proposition de Stoltz n'a rencontré qu'indifférence de la part des praticiens, probablement parce que le professeur de Strasbourg n'était qu'un théoricien : de fait, il n'a jamais osé cette opération sur le vivant, et rien ne vaut la leçon, vécue pour imposer une pratique nouvelle ; aussi la pubiotomie tomba-t-elle dans l'oubli.

Il y a quelque dix ans, Gigli accoucheur italien militant, frappé des méfaits de la classique symphyséotomie, songea à lui substituer la conception du professeur Alsacien. Il défendit ardemment la nou-

velle opération, sous l'appellation de " Section latérale du pubis." Les autorités officielles en obstétrique des divers pays du monde n'acceptèrent pas d'emblée les conclusions de Gigli ; mais celui-ci, par ses écrits, par sa persévérance, par ses propres statistiques et par celles de ceux qu'il avait convaincus, démontra heureusement la supériorité du procédé qu'il préconisait sur l'ancienne méthode. La scie filiforme qui porte son nom, et qu'il avait eu la bonne fortune d'imaginer l'aïda à triompher des dernières résistances. L'ancienne lutte des symphysiens, un moment prête à se raviver contre les nouveaux interventionnistes, s'éteignit faute de ces batailleurs. Et je crois qu'aujourd'hui bien peu oseraient attaquer la nouvelle opération dans son principe, ou même dans sa technique. Lorsqu'il s'agit de faire l'exérèse d'un membre, quel est le chirurgien qui choisirait une articulation comme lieu d'élection ? Et pourquoi maintenant, dans nos interventions dystociques, irions-nous attaquer l'articulation pubienne ? Quand la section, tout à côté de la symphyse est moins grave, et d'exécution plus facile.

Ces deux considérations : bénignité quant aux suites immédiates ou éloignées, et simplicité quant à la technique opératoire, sont les deux facteurs qui m'ont induit à pratiquer une hébotomie chez un secondipare ; observation qui fait le sujet de cette communication. Je viens de dire " hébotomie " et je crois devoir donner la préférence à cette appellation de Van de Valde, parce que ses radicaux sont de même souche, ce qui est bien suivant le génie des langues modernes, tandis que l'hybridité d'origine du mot " pubiotomie, " et la longueur de la périphrase " section latérale du pubis " sont à mon sens des vices qui doivent faire rejeter ces expressions.

Observation : Au 29 septembre 1905, j'étais appelé auprès de madame D., secondipare de 24 ans, à terme. J'avais assisté cette femme à son premier accouchement, et j'avais été forcé de pratiquer la craniotomie du fœtus pour permettre à ce dernier de passer à travers la filière d'un bassin justo-minor. Il n'y avait dans les antécédents de cette parturiente ni rachitisme, ni ostéomalacie ; elle avait simplement un bassin généralement rétréci, type masculin, et portait un enfant de dix livres.

Ayant de bonnes raisons de croire que ce second accouchement ne se terminerait pas sans une intervention sérieuse, j'inspecte mon instrumentation et je me fais préparer une bonne provision d'eau bouillie. Je constate que l'enfant est vigoureux et se présente normalement.

À sept heures et vingt minutes, les douleurs sont un peu vives et la femme s'impatiente ; je donne alors dans la cuisse une injec-

tion hypodermique de scopolamine-morphine (1/50 de grain de bromhydrate de scopolamine, Merek, et 1/5 de gr. de sulfate de morphine). Vingt minutes plus tard le pouls monte à 140, et la respiration descend à 14, la pupille est dilatée, et la malade dort : c'est là l'effet de la scopolamine.

A huit heures et demie, après administration de quelques gouttes de chloroforme, je fais une application de forceps, sans succès, comme je m'y attendais au reste. Je requiers alors mon confrère, H. Archambault, qui arrive vers neuf heures, au moment où je venais de donner une nouvelle injection de scopolamine-morphine.

A la suite d'une seconde et infructueuse application de forceps, convaincu de l'impossibilité de mener à bonne fin cet accouchement normalement, je résolus de sectionner le pubis, avec les seuls concours de mon confrère et d'une aide de fortune.

INSTRUMENTATION ET TECHNIQUE OPÉRATOIRE : Un bistouri pour trancher la peau, un passe-scie spécial, (1), deux scies filiformes Gigli, par mesure de précaution, quelques pinces hémostatiques, de la soie, ou mieux quelques crins de Florence, des aiguilles à suture ; tel est le léger bagage d'outils nécessaire pour mener à bien cette opération. — L'on a conseillé de faire usage d'un écarteur automatique, pour disjoindre les deux parties du pubis sectionnées, mais je crois que la traction de la tête fœtale par les forceps, est amplement suffisante à amener cet écartement.

Je stérilise mon outillage par ébullition, dans une solution de borate de soude, pendant un bon quart d'heure, puis j'y ajoute un peu d'acide carbolique, et mes instruments baignent continuellement dans ce soluté durant les manœuvres opératoires.

Après avoir rasé la région vulvo-pubienne, désinfecté, soigneusement le vagin, les parties génitales externes, le bas ventre, l'opérateur n'a plus qu'à se stériliser les mains et commencer l'action.

Je me contenterai maintenant de décrire la technique opératoire que j'ai suivie, que j'ai imaginé pour ainsi dire, n'ayant jamais vu faire cette opération, ni lu aucun des procédés opératoires de ceux qui l'ont pratiquée.

Toutefois, je connaissais bien le mode opératoire proposé par Stoltz, mais au lieu de la scie à chaînes, et de la grande aiguille courbe du professeur de Strasbourg, j'étais muni de la scie filiforme

(1) L'on peut se procurer cet instrument chez J. Stevens & Sons, 145 Wellington street west, Toronto, catalogué sous le nom de "Laurendeau wire saw holder."

de Gigli et d'un passe-seie que j'ai fait faire, suivant les indications que j'en ai donné, par un fabricant de Londres. Puis Stoltz conseille la section sous-cutanée, tandis que j'ai fait l'hébotomie à ciel ouvert.

En somme l'acte opératoire peut se résumer ainsi : sectionner le pubis entre le trou sous-pubien et l'articulation, par un trait parallèle à la symphyse ; et il faut se rappeler que l'espace compris entre ces deux bornes ne dépasse guère un pouce et demi.

Done, en traçant une ligne sur toute la hauteur du pubis, parallèle à la symphyse, et distante de cette dernière d'environ trois quarts de pouce à droite ou à gauche, au gré de l'opérateur, ou suivant certaines indications spéciales, l'on aura à peu près la ligne de section cutanée la plus convenable à l'hébotomie.

En pratique, voici comme l'on doit procéder : Commencez par localiser la ligne symphysienne, et la chose est facile en faisant un tracé, de l'ombilic au clitoris ; puis il est aisé du bout de l'index, de délimiter l'épine pubienne ; partant de ce point, éloignez-vous d'environ trois-quarts de pouce, en rasant le dessus du pubis, vous rencontrez alors la section cutanée décrite plus haut, et c'est juste à cet endroit, c'est-à-dire trois-quarts de pouce en dehors de la symphyse que vous devez plonger votre passe-seie. Glissez le passe-seie le long de la face postérieure du pubis, en rasant l'os, et faites sortir la pointe de l'instrument à côté du clitoris, entre un des corps caverneux et la branche descendante du pubis, à laquelle il est uni. Fixez alors la seie au passe-seie que vous retirez, ramenant de la sorte la seie de Gigli en bonne position ; adoptez-y les poignées, puis enfin quelques mouvements de va et vient par la seie suffisent à diviser le pubis. Les deux portions séparées s'écartent aussitôt, surtout pendant les contractions utérines, et cet écartement peut être augmenté dans une certaine mesure par une application de forceps, ou par l'emploi d'un écarteur mécanique.

Le pubis divisé, une des poignées est enlevée, la seie filiforme retirée, l'accouchement terminé, et il ne reste plus qu'à suturer la peau. Je n'ai pas fait de sutures sensibles, et cependant la consolidation était parfaite après deux mois.

J'ai eu assez facilement raison de l'hémorrhagie assez abondante aux environs du clitoris, simplement en faisant un peu de compression avec des tampons de coton stérilisé. L'opération terminée, les sutures cutanées achevées, j'ai appliqué sur la plaie quelques doubles de gaze iodoformée, maintenus en place par des bandelettes de diachylon, et enfin, par dessus le tout la traditionnelle ceinture des accouchées canadiennes.

La plaie a guérie par première intention.—Deux mois après sa délivrance, madame D... marchait facilement ; — la consolidation osseuse était parfaite ; et l'enfant dont le poids était de dix livres à la naissance, et que je n'ai pu extraire que par une application laborieuse du forceps, malgré un agrandissement circonférenciel du bassin d'un ponce trois-quarts fait aujourd'hui la joie de la mère et du père.

En résumé, les indications à l'hébotomie, sont celles qui président à la symphyséotomie, et nous devons substituer la section du pubis à la section de la symphyse pour les raisons suivantes :

1o L'hébotomie fait courir moins de risques immédiats et consécutifs à la parturiente, que la symphyséotomie.

2o L'hébotomie est pour l'opérateur, d'exécution plus facile que la symphyséotomie.

Je conseille la scopolamine comme anesthésique ; je crois que le passe-seie filiforme que j'ai fait fabriquer spécialement aux fins de cette opération, facilitera beaucoup la principale manœuvre opératoire du temps le plus délicat de l'intervention.

RETRÉCISSEMENT DU RECTUM POST OPÉRATOIRE

Par le Dr F. Moxon, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Je tiens à associer étroitement le nom de mon ami et confrère le Dr François de Martigny, à la communication que j'ai l'honneur de vous faire. Appelé par lui en consultation, auprès du malade, dont je vais vous lire l'histoire, il a voulu ensuite me laisser le privilège de l'opérer avec son assistance à mon hôpital privé ; mais c'est bien à lui que revient, comme vous le verrez vous-même, tout le mérite du résultat obtenu.

An mois de juin 1905, il y a donc exactement un an, M. B. se confiait aux mains d'un chirurgien anglais de l'hôpital Victoria à Montréal, pour une tumeur de la région ano-rectale dont il souffrait depuis quelque temps. Une opération fut proposée et adoptée, et d'après les renseignements que j'ai pu obtenir, l'ablation de la partie malade fut suivie d'un abaissement de la muqueuse rectale avec suture à la peau de l'anus. L'examen de la pièce, faite au laboratoire de l'hôpital Victoria, démontra qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. Il est probable que la réunion ne se fit pas par première intention, car le malade au bout d'un mois, quittait l'hôpital ayant encore, nous dit-il, une ulcération. Rentré chez lui, et dans le but de guérir cette ulcération, qui le faisait souffrir, il eut recours à une médication de quaker, qu'il s'injectait dans l'anus. Quel fut ce liquide, je l'ignore, mais il devait être caustique, car il semble bien que c'est à la suite de son emploi que la région ano-rectale, 6 mois après l'intervention, commença à montrer les premiers signes de rétrécissement. Au bout de 2 mois, il lui était presque impossible d'aller à la selle, il s'affaiblissait, maigrissait, cessait tout travail, et finalement venait à Montréal consulter un chirurgien. Celui-ci après examen, proposa un débridement suivi de dilatation ; le débridement fut pratiqué à l'aide d'un bistouri boutonné, et fut suivi de plusieurs séances de dilatation par la méthode des bougies ; le résultat obtenu fut mauvais, outre les douleurs atroces que causait au malade chaque séance, ou plutôt chaque tentative de dilatation

le rétrécissement se maintenait plus serré que jamais, chaque selle était une véritable torture, et une suppuration infecte venait compliquer la situation, au point que le malheureux était obligé de se garnir comme une femme. L'état général devenait de plus en plus mauvais, on proposa au malade la création d'un anus iliaque ; ce fut dans ces conditions qu'il eut la bonne fortune de rencontrer, de Martigny, qui le conduisit à mon hôpital privé. L'examen de la région ano-rectale, bien que très douloureux, nous permit de reconnaître d'une part, l'existence d'un orifice excessivement étroit, mais par lequel une sonde molle arrivait à pénétrer dans le rectum, et d'autre part l'existence d'une véritable fausse route dans laquelle l'index pénétrait assez facilement, et qui était le siège d'une abondante suppuration d'odeur infecte, il était évident qu'il y avait communication entre cette fausse route et le rectum, sans qu'il nous fut possible d'en localiser le siège ni la grandeur. Malgré les deux interventions le sphincter n'était pas complètement détruit, et le rétrécissement semblait siéger au-dessus de lui. Le cas n'était pas encourageant, l'infection de la région ano-rectale, l'impossibilité absolue de savoir ce qu'il y avait derrière ce rétrécissement, voir même d'en reconnaître l'étendue, la certitude que la lésion primitive était de nature maligne, assombrissaient considérablement la situation, et j'aurais peut-être hésité à tenter l'aventure, sans l'appui de de Martigny. Ce fut en vain que pendant une semaine, nous tentâmes de préparer notre malade ; régime absolument liquide, lavements, purgatifs, rien n'y fit, nous ne pûmes vider l'intestin, et les pansements les plus minutieux n'arrivèrent pas à diminuer même l'infection de la région opératoire.

Ce fut dans ces conditions que le malade fut endormi par les soins de notre excellent confrère et ami le Dr Marciel. L'opération en elle-même fut assez simple bien que rendue très pénible par la résistance du tissu fibreux, et cicatriciel développé autour du rétrécissement, mais nous réussîmes à enlever en masse, le rétrécissement et la fausse route ; il fut un peu difficile d'abaisser la muqueuse et il fut nécessaire de débrider la peau. Nous étions bien un peu inquiets sur le résultat immédiat, et étant donné l'état local avant l'opération, vous ne serez pas étonné d'apprendre que plus d'un fil ait lâché, cependant la muqueuse tint bon, et le résultat immédiat fut satisfaisant, bien que la continence ne fut que très partielle, mais je m'attendais à pire.

Je viens de recevoir de notre malade la lettre suivante : " Je suis très bien, me dit-il, ai pris de la force, et ai engraisé de 28 livres, je ne m'aperçois pas que ça se retrecisse, le doigt pénè-

tre facilement mais je ne retiens pas mieux, je recommence à travailler demain."

Si j'ai eu cette observation digne de vous être présentée, c'est qu'elle nous permet de tirer plus d'une conclusion d'ordre divers. Voici un homme opéré il y a un an, d'une végétation ano rectale, que le microscope démontre comme étant de nature manifestement maligne, elle est enlevée totalement, et complètement à une date rapprochée de son début, et la récidive ne se fait pas, car au cours de la seconde opération, nous ne trouvons rien qui indique l'apparence d'une récidive. Au dessus du rétrécissement très serré, mais très limité en hauteur la muqueuse apparaît saine ; autour du rétrécissement, il n'existe que du tissu fibreux et cicatriciel, sans infiltration. Mais le malade, a traité une ulcération post-opératoire, affection en somme bénigne, à l'aide d'un caustique et un rétrécissement immédiat, serré dur, je dirai presque infranchissable s'établit aussitôt démontrant une fois de plus les dangers de la cautérisation dans la région ano rectale, et la prudence avec laquelle il faut la pratiquer quand elle apparaît indiquée. Le rétrécissement établi, on pratique un dévidement et la dilation forcée, avec les conséquences que vous savez et auxquelles il fallait s'attendre, car elles sont de règle à la suite de cette intervention, qui dans le cas présent, en infectant le champ opératoire a rendu difficile une opération déjà par elle-même suffisamment difficile. Nous ne saurions de ne trop appeler l'attention des médecins, et nous élever contre cette pratique détestable qu'est la dilatation brusque du rétrécissement rectal, précédé ou non de débridement ; elle ne guérit jamais, ouvre la porte à l'infection avec toutes ses conséquences, et devrait en conséquence être résolument abandonnée par tous. C'est ce que nous espérons, concluons avec nous, ceux qui nous ont fait l'honneur de nous entendre.

DES ÉVENTRATIONS POST-OPÉRATOIRES

PROPHYLAXIE PAR UN MODE SPÉCIAL DE FERMETURE DE L'ABDOMEN

Par le Dr Z. Rhéaume, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Valleyfield.

La question des éventrations post opératoires, leur pathogénie et leur prophylaxie, ont déjà plusieurs fois été traitées avant aujourd'hui dans des congrès analogues à celui qui nous réunit ici. En 1895, c'est Wenter qui étudiait cette question au congrès de Vienne ; en 1896, la même question était à l'ordre du jour au congrès de Genève, où La Torre présenta un rapport très documenté.

Si j'interviens à mon tour c'est pour apporter ma faible contribution à un sujet que je considère de la plus haute importance et parce que je suis convaincu que le mode de fermeture de l'abdomen, que j'ai adopté et que j'ai l'honneur de proposer, offre des avantages sur les procédés précédés jusqu'ici et paraît garantir le mieux contre les éventrations opératoires.

En effet, Messieurs, la hernie post-opératoire est une complication assez fréquente des opérations pratiquées sur l'abdomen, surtout depuis que la chirurgie abdominale est devenue plus audacieuse et qu'on s'attaque à des lésions qui ne permettent pas une réunion complète des parois.

Aussi sur 1000 opérations faites à la clinique de Berlin, Wenter a constaté que $\frac{1}{4}$ environ des femmes opérées étaient atteintes ultérieurement d'éventration. Mais il est vrai que toutes n'avaient pas bénéficié du mode de suture à trois étages. Et sur une série ultérieure de 212 opérations auxquelles on avait appliqué la suture à trois étages pour l'occlusion de la plaie, Wenter ne trouve plus que 5% d'éventrations.

Cependant bon nombre d'éventrations, surtout tardives, passent inaperçues chez des opérés qui préfèrent subir leur infirmité plutôt que de se soumettre à une nouvelle intervention.

Ainsi, malgré toutes les modifications apportées à la technique de la fermeture de l'abdomen, nous n'en sommes pas encore arrivés

à la perfection. Dirigons donc nos recherches vers un procédé qui devra supprimer une complication, souvent plus grave que la lésion qui a nécessité la laparotomie.

Nous avons l'intention, dans ce travail d'exposer quelques points importants de la pathogénie de l'événtration post-opératoire; nous énumérerons ensuite quelques procédés prophylactiques, puis nous terminerons par l'explication de notre mode de fermeture de l'abdomen.

PATHOGÉNIE

L'incision de l'abdomen sur la ligne blanche est une cause fréquente de l'événtration post opératoire. Peu vasculaire, la ligne blanche prédispose au retard de consolidation et à la hernie ventrale. De tous les tissus dont se compose la paroi abdominale, c'est, après la séreuse, la couche musculaire qui présente le plus de tendance à faire une réunion solide.

Le ligue blanche au contraire ne se prête pas aussi bien à une cicatrice solide et impénétrable. La paroi, étant plus mince à cet endroit, offre moins de surface à la cicatrisation et expose à certains accidents, rares il est vrai, mais toujours fâcheux.

Je me rappelle le cas d'un chirurgien qui, du premier coup de bistouri, incisa peau, ligue blanche et intestin. Chose remarquable, ces accidents arrivent rarement aux chirurgiens novices qui, plutôt craintifs, nomment des *coups de scalpel de médecin*.

Le défaut de réunion des bords aponévrotiques doit être considéré comme une cause constante de l'événturation, nous dit Bonavita (1).

Est-on jamais vu, en effet, le plan aponévrotique faire partie du sac de ces hernies? Nous ne le croyons pas. C'est toujours, au contraire, par ce feuillet fibreux qu'est formé l'anneau à travers lequel passeront les viscères collés du péritoine.

Ce fait nous démontre que la résistance de la paroi abdominale est bien due au tissu fibreux. On comprendrait difficilement que ce rôle fut dévolu à la séreuse péritonéale. Quant aux muscles droits la direction longitudinale de leurs fibres fera qu'ils n'opposeront qu'une faible résistance à une force agissant transversalement tandis que l'aponévrose qui unit et sépare ces mêmes muscles, et en constitue comme le tendon forme le seul plan pouvant résister à une force ainsi dirigée. Ainsi toutes les fois qu'après une laparotomie il y aura défaut de réunion des bords aponévrotiques, soit

(1) Bonavita. Thèse de Lyon 1895.

que le chirurgien ait négligé d'en pratiquer la suture, soit que celle-ci n'ait pas tenu, il en résultera presque inévitablement une éventration. Ce n'est pas que la réunion ne puisse avoir lieu sans suture la chose est possible si la suture en masse a bien compris tous les feuilletts ; mais la plupart du temps voici ce qui se passe. Comme l'incision porte d'habitude sur l'un des muscles droit ou non sur la ligne blanche, le feuillet antérieur de la gaine fibreuse étant sectionné, ses bords se rétracteront et le tissu musculaire fera hernie à travers l'incision. Ceci se produira d'autant plus aisément que la malade sera atteinte d'obésité et que les parois auront été peu distendues précédemment, car dans ce cas la pression intra-abdominale sera plus forte et la réaction des bords aponévrotiques extrême. Lorsqu'au contraire l'abdomen aura été distendu par une grosse tumeur et que ses parois seront relâchées et exubérantes, la tension sera plus considérable et le rapprochement des bords de l'aponévrose aisé.

La suture en masse de la paroi abdominale est une des principales causes directes qui empêchent la réunion des bords de la plaie aponévrotique.

“ En effet, dans les cas de graisse sous péritonéale, le péritoine s'interpose entre les muscles.

Le péritoine interposé aux muscles se réunit mais faiblement : à la première poussée, ces adhérences se décolleut et créent entre les muscles une amorce pour la hernie.

Cet inconvénient a frappé la plupart des chirurgiens qui ont, pour cette raison, renoncé à la suture en masse, quoique ce procédé soit beaucoup plus rapide.” (1)

Tout ce qui peut faire suppurer la plaie et empêcher la réunion par première intention doit être considéré comme un facteur très important dans la pathogénie des éventrations.

Les sutures trop serrées amènent quelquefois la suppuration.

“ Toutes les fois qu'il y a suppuration de la plaie, la réunion des plans musculo-aponévrotiques n'a pas lieu, car à ce niveau la cicatrisation va se faire par granulation et bourgeonnement des lèvres de la plaie. Les bords aponévrotiques ne se réuniront pas ou s'ils le font, ce sera par l'intermédiaire d'un tissu qui se laisse facilement étirer.” (Bonavita.)

Pour la même raison le drainage après une laparotomie pour suppuration, la présence d'un Mikulicz, et l'hystérectomie pour

fibrôme avec traitement extra-péritonéal du pédicule exposent presque fatalement à l'évémentation.

Les grandes incisions augmentent les risques de l'évémentation, elles y sont cause de lenteurs et de difficulté de la cicatrisation. Plus l'incision est longue et se rapproche du pubis, plus la tension intra-abdominale est puissante et peut avoir des chances d'écarter les lèvres de la plaie ou de faire sauter les sutures.

Tension abdominale. Enfin nous attachons une très grande importance dans la pathogénie des évétements post-opératoires à tout ce qui peut augmenter la tension abdominale pendant le travail de cicatrisation et avant que celle-ci soit complète. Ainsi les vomissements de la chloroformisation, les secousses de toux, le tympanisme, les efforts de la défécation sont autant de causes qui peuvent faire sauter les sutures.

Mais c'est précisément contre cette tension abdominale où le mode de fermeture de l'abdomen que nous allons préconiser tout à l'heure offre une résistance solide et efficace et est supérieur, à notre avis, à tous les autres procédés.

PROPHYLAXIE.

Maintenant que la pathogénie et le mécanisme des évétements opératoires sont bien connus, maintenant que la statistique nous a démontré l'influence désastreuse de la suture en masse sur la production de la hernie ventrale, presque tous les chirurgiens ont adopté *la suture en surjet à trois étages* assurant une réunion parfaite de la plaie abdominale par première intention.

Pour assurer l'adossement des lames aponévrotiques, quand il y a une forte tension abdominale, Condamine, de Lyon, pratique un *double surjet croisé*.

Les désavantages de l'incision sur la ligne blanche ont amené La Torre à proposer *la résection de la ligne blanche*, et de suturer les deux muscles.

Sans réséquer la ligne blanche, beaucoup d'autres chirurgiens, tout en opérant sur la ligne médiane, incisent la gaine de l'un des muscles droits et contournent la ligne blanche, on laisse ainsi à cette dernière sa solidité naturelle. La suture est faite à étages, au point séparé ou en surjet.

Laroyenne a proposé pour éviter l'évémentation consécutive à l'emploi du drainage à la Mikulicz, de placer des fils d'attente qui, après l'enlèvement du Mikulicz permettront de réunir les divers

plans de la paroi, et d'obtenir une réunion secondaire par première intention.

La suture à trois étages, généralement adoptée, a été modifiée par plusieurs chirurgiens. Les uns font des points séparés sur le plan musculo-aponévrotique ; les autres n'emploient le catgut que pour le surjet péritonéal ; quelques uns font un surjet même sur la couche cutanée, etc.

Voici comment nous procédons maintenant dans toutes nos laparotomies.

Les schémas que nous avons faits vous permettront de suivre le manuel opératoire.

L'ouverture de l'abdomen est pratiquée à 3 ou 4 centimètres de la ligne médiane, du côté gauche ou droit indifféremment. De cette façon nous évitons la ligne blanche et l'ombilic, et l'ouverture de l'abdomen se fait sur une paroi épaisse, vasculaire et favorable à une cicatrisation rapide.

L'incision est faite aussi petite que possible, quitte à la prolonger ensuite si c'est nécessaire. En effet les grandes incisions augmentent les limites de l'hémorragie, et augmentent aussi les risques de l'éventration en donnant plus de prise à la tension intra-abdominale. Cependant il ne faudrait pas ménager l'ouverture au détriment du succès opératoire.

L'incision donc aussi courte que possible, est pratiquée à 3 ou 4 centimètres en dehors de la ligne médiane et comprend : la peau, le feuillet antérieur de la gaine du grand droit, l'épaisseur du muscle droit, le fascia transversalis et le péritoine.

L'écartement de la plaie à cette région, quoique ne se faisant pas aussi bien que sur la ligne médiane, est très satisfaisant.

Quant à la fermeture de l'abdomen, elle se pratique de la façon suivante :

Avant même que le péritoine soit suturé, nous appliquons ce que nous appelons *la suture métallique de protection*. Nous nous servons pour cette suture d'un fil d'argent de calibre plutôt gros, qui est introduit dans un des bords de la plaie à peu près 4 centimètres en dehors de l'incision.

Cette suture (Figure I) traverse obliquement la peau, l'aponévrose du muscle droit, le muscle lui-même, le fascia, puis perfore le péritoine juste au point qui sera pris dans la cicatrice ; cette même suture fait un trajet identique dans l'autre bord de la plaie,

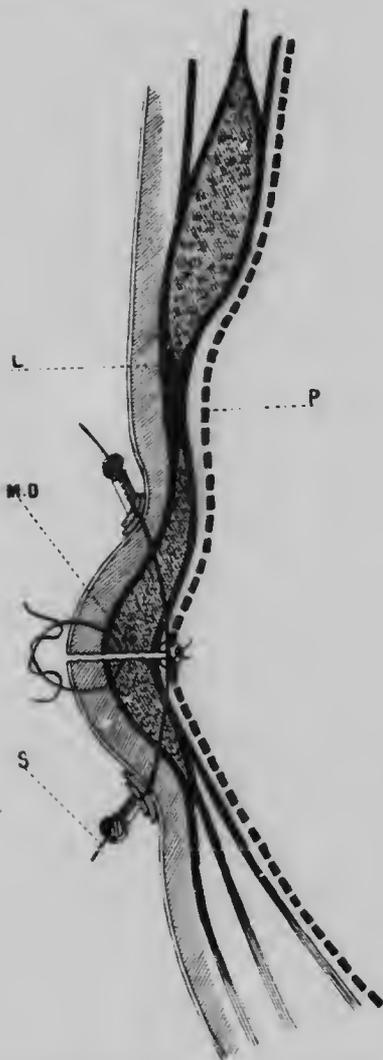


FIGURE I. — Coupe antéro-postérieure de la paroi abdominale montrant
(P) Péritoine ; (L) ligne blanche ;
(M.D) Muscle droit ; (S) Suture
métallique de protection.

puis les deux chefs en sont repérés temporairement avec des pinces hémostatiques, afin de nous permettre de faire la suture à étages.

Le péritoine est surjeté au catgut ; un autre surjet réunit le feuillet aponévrotique antérieur du muscle droit, puis un troisième étage de sutures séparées, au crin de Florence, réunit les lèvres de l'incision cutanée.

Jusqu'à présent, à part l'incision latéralisée, notre méthode ne diffère pas beaucoup de celles généralement adoptées ; mais nous voici rendus au point capital du procédé, qui consiste à fixer la suture métallique de protection.

Fixation de la suture métallique de protection. Les deux chefs de cette suture métallique sont fixés indépendamment l'un de l'autre (Figure I), de manière à favoriser une puissante traction qui fera bomber la portion de la paroi abdominale comprise entre les deux extrémités de cette suture.

Un petit coussinet, fait de coton absorbant et recouvert de gaze, un morceau de drain de caoutchouc, et un plomb perforé, forment les accessoires de cette suture métallique.

Le fil d'argent traverse, de dehors en dedans : le plomb, le caoutchouc, puis le coussinet. Le plomb est écrasé sur le fil d'un côté ; puis, après avoir fait une traction énergique qui fait bomber la paroi abdominale, le plomb de l'autre chef est écrasé à son tour.

Nous attachons une grande importance à la présence des coussinets, qui se trouvent appliqués directement sur la peau. Ils empêchent les plombs et les caoutchoucs d'entraver la circulation de la surface avec laquelle ils sont en contact, ils préviennent les escarres dues à la pression trop forte, et ils empêchent la suture de fuir à l'intérieur.

La puissante traction de la suture métallique se trouve à exagérer l'épaisseur de la paroi abdominale, qui offre par conséquent plus de surface à la cicatrisation.

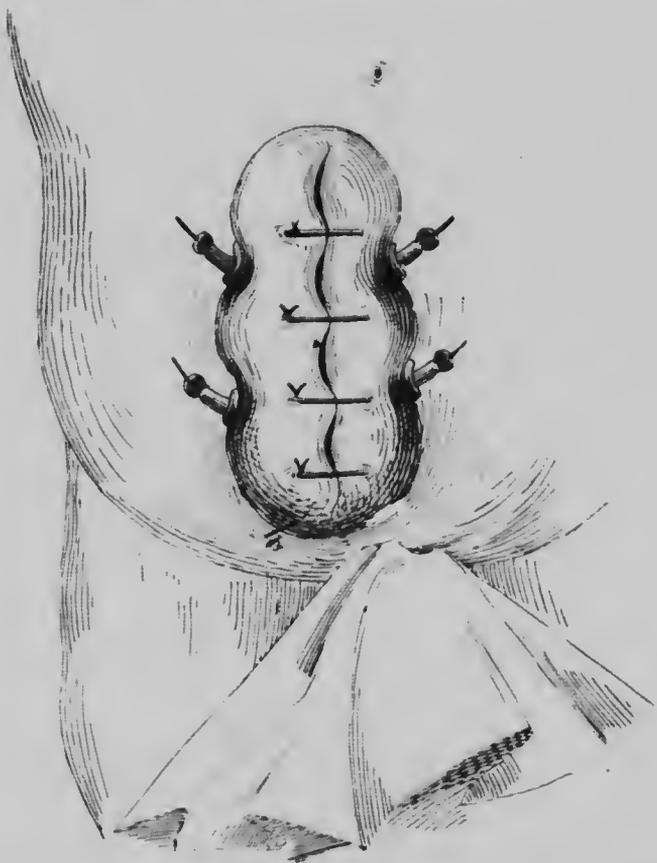


FIGURE 11. Aspect de la paroi après la fermeture de l'abdomen, et après la fixation des sutures métalliques de protection.

La traction des sutures métalliques crée une dépression au niveau des connexions et fait bomber la portion de la paroi abdominale comprise entre les deux chefs de ces sutures.

Avec cette suture de protection les trois étages de sutures se trouvent comme emprisonnés entre les deux chefs de cette suture, qui paraît les protéger de tout danger. Les lèvres de la plaie abdominale font leur travail de cicatrisation sans subir la moindre traction ou le moindre tiraillement. En effet la puissance de la tension intra-abdominale, due aux efforts de l'opéré, aux vomissements chloroformiques, à la toux ou au tympanisme, ne se trouve à avoir son effet que sur la résistance du fil métallique.

Si par conséquent, les autres sutures lâchent sous l'effet de la suppuration, on, comme cela est déjà arrivé, se désagrègent à cause d'une mauvaise stérilisation ou d'un mauvais matériel, cette suture de protection pourra à la rigueur suppléer aux autres, et prévenir des accidents fâcheux.

Le grand avantage de cette suture métallique c'est d'avoir deux points d'appui solides pour faire la traction. Nous avons fréquemment remarqué que la suture fixée par un nœud, qui en relie les deux chefs, coupe graduellement les tissus, lorsqu'il y a une tension intra-abdominale, jusqu'à ce que la traction soit nulle. Et alors nous sommes exposés à avoir une cicatrice large et défectueuse.

Une preuve que notre suture métallique ne lâche pas et ne coupe pas les tissus c'est que, même quinze jours après l'opération, la traction du fil est aussi puissante qu'au premier jour.

Pour une incision de 10 centimètres, une seule suture de protection suffira amplement, tandis que pour les incisions les plus longues deux ou trois sutures répondront aux besoins.

Ces sutures sont laissées en place quelques jours après que toutes les autres sutures ont disparu : elles ne seront enlevées que quinze jours après l'opération.

RÉSULTATS.

Malgré que notre statistique ne soit pas encore très considérable, nous n'avons qu'à nous louer des résultats que nous avons obtenus, depuis que nous avons adopté le mode de fermeture de l'abdomen qui vient d'être décrit.

Le seul petit accident qui se produit quelquefois, c'est une escarre superficielle de la peau à l'endroit où la pression est la plus forte, c'est-à-dire au niveau du cossinet ; mais cet accident est sans importance.

Nous n'avons pas encore constaté d'éventrations post-opératoires depuis que nous avons modifié notre mode de fermeture de l'abdomen.

Les suppurations sont devenues excessivement rares ; la pression énergique des plis, les uns sur les autres, ne donne pas de prise aux hématomes, et supprime par le fait même une bonne cause de la suppuration.

Toujours, enfin, nous avons obtenu une belle cicatrice, linéaire, épaisse et solide.

LA PRATIQUE DE LA CHIRURGIE A LA CAMPAGNE

Par le Dr ALBERT LAURENDEAU, de St-Gabriel de Brandon.

Il y a deux ans, dans les mêmes circonstances qu'aujourd'hui, j'avais l'honneur de vous entretenir sur la "Pratique de la chirurgie à la campagne".

Ceux qui parmi vous étaient présents, et l'assistance était alors nombreuse, se rappellent sans doute avec quelle violence de langage certains membres du Congrès, M. le Président de la "Section de chirurgie" entre autres, attaquèrent les opinions, les principes que je défendais, ou plutôt qui faisaient la base même de ma communication.

J'affirmais que la pratique de la chirurgie était trop négligée dans nos campagnes; que tout médecin rural devrait être en état de faire toute la chirurgie urgente, et serait même justifiable d'oser aborder toutes les opérations courantes de la grande chirurgie; en un mot, je prêchais la décentralisation de la chirurgie. Et j'essayai de prouver par des statistiques que les résultats de la chirurgie à la campagne étaient aussi brillants, aussi sûrs que ceux de la chirurgie hospitalière. J'entends encore le tolle, les critiques acerbes, pointilleuses, dont je fus l'objet. "On me traita au "peu" en maître Jacques: "Accepter les enseignements du Docteur Laurendeau, serait rétrograder d'un demi-siècle; au point de vue de la science et de l'art médical, ce serait remonter aux âges où tous les médecins pratiquaient indifféremment ou successivement la pathologie interne, la pathologie externe, l'obstétrique, etc., etc.; ce serait détruire la spécialisation, à la fois produit et facteur du progrès scientifique moderne."

A la suite de ce pénible incident, et pendant de longs jours, j'en fus à douter de mes aspirations, à me demander si je ne m'étais pas engagé dans une mauvaise voie, et comme témoin de mon découragement, j'ai même cessé pendant un temps de consigner mes observations, d'amasser mes statistiques.

Cependant, à peine quelques mois étaient-ils écoulés, que des voix autorisées, des puissants, des princes de la chirurgie, ensei-

gnaient des doctrines analogues aux miennes, m'aidaient même de leurs conseils, de leurs encouragements ; et permettez-moi messieurs, de nommer ici à ce sujet Sir William Hingston, l'un des plus illustres représentants de la chirurgie dans notre province, dont je regrette ici l'absence, celui qui, à l'honneur du Canada a été choisi comme Vice-Président du Congrès International de chirurgie qui aura lieu à Paris l'an prochain ; et Samuel Pozzi le maître vénéré, dont la science, j'oserais dire le génie sont incontestés, et dont la présence a réhaussé l'éclat de notre dernier Congrès à Montréal. Qu'il me soit permis d'offrir mes hommages à Sir Wm. Hingston, qui représente et illustre toute une époque chirurgicale de notre pays, ainsi qu'à Sam. Pozzi, dont la réputation est mondiale ; je suis heureux d'accoler ici les noms de ces deux hommes aux idées larges et aux tendances scientifiques libérales.

À la première césarienne que j'ai tentée, à la première gastro-entérostomie que j'ai osée, à la première cholécystotomie que j'ai réussie, chaque fois, j'ai reçu quelques mots de félicitation et d'encouragement de Sir Wm. Hingston ; et à l'encontre de certains esprits chagrins qui voudraient sans doute la chirurgie confinée dans un cercle étroit, dans une petite église, il n'a pas craint de me pousser de son souffle puissant dans la voie où je m'étais d'abord engagé avec timidité, et que la réflexion, l'expérience m'ont démontré la bonne, la vraie.

Mais la confirmation la plus éclatante de mes idées, de mes principes, vient d'une voix encore plus autorisée, on plutôt dont l'autorité sera moins contestée dans cette enceinte. Au 17 octobre 1904, il s'est tenu à Paris un Congrès Français de chirurgie, sous la présidence du professeur Pozzi qui a prononcé le discours d'ouverture, véritable bijou de verve scientifique, d'esprit gaulois.

Permettez-moi de lire quelques extraits de ma communication de juin 1901, et comparez à ce que dit Pozzi dans son style châtié, son langage imagé au Congrès français de la même année.

EXTRAITS DE MA COMMUNICATION "LA PRATIQUE DE LA CHIRURGIE A LA CAMPAGNE" AU CONGRÈS A MONTREAL
(28 JUIN 1901)

Plusieurs croient que seuls, les chirurgiens des grandes cités peuvent oser une laparotomie, une appendicectomie, une gastro-entérostomie, une cholécystotomie, une césarienne, etc., détrompez-vous, chacun de vous est capable de mener à bien ces opérations, et je vous le démontrerai plus loin. Sans doute, qu'un praticien rompu

à ce genre d'exercice pour gagner de vitesse sur vous, et agir avec plus de sécurité — mais cela importe moins, maintenant que nous avons les anesthésiques pour supprimer la douleur et l'asepsie pour éviter les complications.

Dans les conditions scientifiques actuelles, tous les médecins à la campagne devraient être en état, de faire toutes les opérations urgentes, et j'oserais dire toutes les opérations courantes de la grande chirurgie. Mais pour atteindre ce desiderata, il faut refaire notre éducation, et perdre l'habitude d'envoyer à l'hôpital tous nos cas de chirurgie. Vous m'objecterez qu'il est difficile de suivre un patient éloigné de votre bureau, tandis qu'à l'hôpital, le malade est constamment sous les soins immédiats du chirurgien. A cela, je réponds : faites venir votre malade dans votre village, près de votre bureau ; s'il peut aller à l'hôpital, il pourra sans doute se rendre à proximité de votre domicile ; et il serait étonnant qu'il n'y eût pas dans votre village, quelque logis, quelque maison de pension, où le placer. Maintes fois, il m'est arrivé, soit pour établir un diagnostic précis, soit pour faire un traitement d'épreuve, de faire émigrer mes malades dans mon village, et au besoin je les opère dans ces conditions.

Bref, ce que je prêche, ce que je crois être dans l'intérêt de chacun de vous, ainsi que de chacun de vos clients, c'est la *décentralisation* de la chirurgie. Prenez l'habitude, et j'adresse ce conseil à la jeune génération, de faire vous-même vos opérations ; rompez avec cette funeste tradition, qui consiste à alimenter les hôpitaux de nos cités.

En mars dernier, à une réunion de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, j'ai entendu des critiques sévères, des remarques amères au sujet des abus, des injustices, je dirais presque des vols, qu'une classe aisée de notre clientèle commet au détriment des pauvres, en allant se faire traiter gratuitement, sous de faux prétextes, dans nos hôpitaux. C'est un peu de notre faute à nous médecins de campagne. Nous commençons par diriger vers la ville quelques malades, que nous pourrions traiter à domicile ; nous ouvrons le courant, et quand un bon jour, nous voudrions l'endiguer, il est trop tard, malgré nos efforts, l'exode se continue ; et alors, il ne suffira plus de refaire notre éducation comme je le disais plus haut, il faudra refaire l'éducation de notre peuple malade ; double travail, ardu sans doute, mais non désespéré.

À la campagne, à domicile nous nous trouvons pour opérer dans des conditions bien différentes de celles où se trouve le chirurgien à l'hôpital. Il ne faut pas songer à transporter des auto-laves,

des stérilisateurs, par monts et par vaux, les aides qui vous assisteront seront souvent d'une ignorance déplorable : mais malgré ces inconvénients, vous pourrez encore faire de la bonne chirurgie, si vous savez par vos ressources, remédier à ces embarras. Dans ces circonstances, votre chirurgie revêt un caractère personnel, pas toujours absolument classique, mais scientifiquement inattaquable, pourvu que vous vous conformiez aux principes généraux d'asepsie, de technique opératoire, etc.

Messieurs, voici terminé l'inventaire sommaire de mon bagage chirurgical

N'oubliez pas le point de vue où je me place; ce n'est pas tant par ostentation, par gloire, que j'ai fait cette revue, que pour vous démontrer ce que chacun de vous peut faire dans les mêmes circonstances, et de quelle façon le faire. Nous apprenons la théorie dans nos livres classiques, et la pratique dans les hôpitaux; n'oubliez pas qu'à la campagne, vous vous trouverez dans des conditions tellement différentes, qu'alors la théorie classique, et votre expérience hospitalière vous laisseront souvent au dépourvu, et qu'il vous faudra combler bien des lacunes. Ce que je veux démontrer, c'est qu'avec un peu de réflexion, l'on peut suppléer à cette insuffisance de notre instruction stagiaire

Mon but est enfin de stimuler l'apathie de mes confrères de la campagne, et de les pousser dans la bonne voie.

EXTRAITS DE DISCOURS DE PROFESSEUR POZZI, AU CONGRÈS
FRANÇAIS DE CHIRURGIE, (17 OCTOBRE 1904).

Quelle impulsion nouvelle notre Congrès n'a-t-il pas donné à la création de ces nombreux centres d'activité chirurgicale, disséminés aujourd'hui sur toute l'étendue du territoire, où sont pratiquées journellement les plus difficiles et les plus audacieuses opérations ?

Partout on rencontre maintenant de jeunes chirurgiens qui ne se contentent pas de se conformer passivement aux leçons puisées auprès de leurs maîtres, mais qui sont devenus promptement, grâce à une pratique étendue, des maîtres eux-mêmes pour le plus grand bénéfice de nos campagnes les plus reculées.

Cette remarquable décentralisation scientifique dont pourraient se plaindre seulement des esprits chagrins, a transformé en France, la pratique de notre art.

Ce n'est plus seulement à Paris, à Montpellier ou à Lyon, qu'on trouve des chirurgiens consommés, c'est désormais dans presque



tous les chefs-lieux de nos départements, souvent même dans de très petites villes. On y opère, et on y guérit ; on y travaille aussi ; au lit des malades et dans les laboratoires, comme le prouvent les communications nombreuses faites à notre Congrès.

Qui oserait ne pas se réjouir de ce nouvel état de chose si différent de celui qu'ont connu les hommes de ma génération ?

Naguère encore, la profession chirurgicale constituait une sorte de "Mandarinat," accessible seulement aux rares privilégiés qui avaient lentement conquis un haut grade (j'ai presque dit "un bouton de cristal" dans les grands centres universitaires. Aussi en dehors des opérations d'urgence, peu de praticiens se hasardaient à prendre le bistouri, et pour une intervention pouvant attendre son heure, il n'aurait pas paru possible de s'adresser à d'autres qu'à ces rares chirurgiens attirés.

Certes, on pouvait louer dans une pareille réserve, une certaine détérence envers les maîtres. Mais il faut bien l'avouer, elle était surtout commandée par la gravité excessive des interventions, à une époque où l'asepsie et l'antisepsie à peine vulgarisées, n'avaient pas atteint le perfectionnement, ni donné les merveilleux résultats que nous admirons maintenant. S'il fallait alors être désigné par tant de titres pour oser pratiquer la grande chirurgie, n'est-ce pas parce qu'il était nécessaire d'être grâce à eux, mis au-dessus de la critique et des récriminations, dans les cas trop fréquents d'insuccès.

Enfin notre Congrès a fourni aux jeunes chirurgiens encore inconnus une tribune et une publicité retentissantes et les a invités à publier leurs observations, leurs procédés et leurs statistiques. Il leur a par suite donné conscience de leur valeur et a fait connaître celle-ci à leur entourage. Ainsi s'est accompli peu à peu l'œuvre salutaire de la décentralisation de la profession chirurgicale, qui est une des caractéristiques de notre temps.

Une semblable évolution, n'est pas du reste particulière à notre pays : depuis l'ère antiseptique, elle se poursuit partout.

On possède d'autant mieux un sujet, qu'on y consacre plus de temps et d'efforts. Est-ce à dire qu'il soit nécessaire d'éliminer de parti pris toute autre étude que celle qui doit primer les autres ?

Ce serait rabaisser singulièrement les facultés humaines que de poser un pareil principe. Combien je préfère à ce sophisme, la belle pensée citée par Renan, d'un vieux rabbin du premier siècle de notre ère. On lui reprochait de faire déborder le vase de la Loi en y mettant trop de préceptes : " Dans un tonneau plein de noix, répondit-il, on peut encore verser plusieurs mesures d'huile de sésame. "

Un chirurgien peut donc savoir beaucoup de choses très diverses, à la condition de les caser, pour ainsi dire dans les interstices, les unes des autres, selon la parabole du vieux rabbin.

Celui qui aura reçu cette éducation scientifique intégrale, aura développé et étendu son sens clinique parallèlement à son habileté professionnelle ; avant tout il aura le souci de faire un diagnostic précis, de peser les indications opératoires, d'établir, enfin le pronostic de son intervention, non seulement pour son résultat immédiat, mais surtout, au point de vue de l'évolution ultérieure de la maladie.

Messieurs, si le Maître avait fait son discours le 28 juin, et moi ma communication le 17 octobre ; si j'étais professeur à Paris, et que le professeur de Paris fut en mon lieu et place, l'on accuserait le médecin de campagne d'être un plagiaire d'idées, d'opinions ; tant les idées, les opinions que j'ai mises en regard se ressemblent. Et pour accentuer encore la similitude de pensées, comparez les dernières paroles du savant que nous admirons, à ce que je disais en mars 1904, à l'Assomption, aux confrères de mon district : " Je me propose au prochain Congrès de faire une lecture sur " La pratique de la chirurgie à la campagne," et je voudrais que cette communication profitât à chacun de nous ; à nous qui exerçons loin des grands centres, loin des hôpitaux, loin des spécialistes ; à nous qui sommes obligés de faire de la médecine générale, de même que de la chirurgie générale. La tâche est lourde sans doute, mais j'affirme qu'elle n'est pas au-dessus des forces d'un travailleur intelligent."

Ces opinions du Maître pourraient le reléguer, je le crains, au rang d'un révolutionnaire dans l'esprit de quelques chirurgiens conservateurs, j'allais dire réactionnaires de nos grands centres ; mais ce serait là dénaturer sa pensée et la mienne, ce que l'éminent professeur affirmait à Paris, ce que j'ai humblement développé à Montréal, ce n'est pas une révolution, c'est simplement de l'évolution ; évolution scientifique dont bénéficiera le grand public en fin de compte.

Ceux donc qui s'objectent à cette décentralisation de la chirurgie, qui travaillent à la restreindre, à la borner dans des limites étroites, à l'empêcher de répandre au loin ses bienfaits, à étouffer ses aspirations humanitaires, prennent une lourde responsabilité.

J'affirme, parce ce que je sais, que dans nos campagnes, surtout aux confins de la civilisation, bon nombre de vies pourraient être conservées, qui sont enlevées prématurément, si l'on refaisait

l'éducation de la plupart des médecins ruraux. Mais lorsque l'enseignement classique, lorsque quelques pédagogues représentant cet enseignement affirment que la décentralisation de la chirurgie est une hérésie, un archaïsme, comment voulez-vous que les nouvelles générations réagissent contre ces influences, contre ces entraînements, contre ces autorités, hélas ! revêtus du caractère officiel. C'est contre ces tendances, contre cette tyrannie que j'élève la voix aujourd'hui, que je proteste.

Ces récriminations peuvent sembler véhémentes à quelques-uns, elles ne sont pourtant dans mon intention que la justification de ce que je crois être le vrai, le juste ; et elles sont loin d'atteindre l'amertume des critiques dont on m'a abreuvé.

Sans vouloir faire de parallèle entre la pratique rurale et la pratique hospitalière ; l'utilité, la nécessité de cette dernière étant indiscutable ; je demanderai à qui la chirurgie est-elle redevable dans notre province de l'introduction d'un nouvel agent anesthésique appelé certainement à rendre de grands services : je veux parler de la scopolamine ? A qui est-elle redevable de la vulgarisation de l'hébotomie dans notre pays ; opération logique rationnelle et facile, inévitablement destinée à se substituer à l'ancienne et dangereuse symphyséotomie ? A la chirurgie de la campagne Messieurs, à cette chirurgie que l'on qualifie de rétrograde d'arrière, pour ne pas dire plus ; à cette chirurgie plus modeste, moins altière, travaillant plus dans l'ombre et devant une galerie plus restreinte que celle de l'hôpital, mais avec non moins de mérite, non moins de conscience, et j'oserai dire non moins de succès.

Oh ! puisque l'on veut qualifier notre chirurgie de réactionnaire, malgré la contradiction qu'il semble y avoir dans ces termes, je crois qu'il y a des réactions progressives ; comme l'on recule parfois d'un pas, avant de s'élaner dans l'espace vers un but, surtout si ce but est haut.

Messieurs. *Tout médecin doit être en état de faire toute opération urgente ; mais s'il n'y a pas urgence, il faudra attendre son heure, se pourvoir d'un spécialiste, ou diriger le patient vers l'hôpital ; tel est en résumé l'enseignement que l'on veut nous imposer au nom de la science, par l'organe de l'école ; magister dixit.*

Mais c'est là sûrement un paradoxe : cela équivaudrait à dire que tout médecin pourrait faire une appendicectomie lorsque son malade sera à la dernière extrémité, et que cette même opération lui sera interdite à froid, entre deux crises par exemple ; on en

d'autre terres, qu'il me sera permis d'affronter cette aventure lorsqu'elle présente de réels dangers, tandis que je devrai passer mon patient à un chirurgien attitré, lorsque l'opération est simple, bénigne, aseptique. (Permettez moi de passer sous silence la question des honoraires).

Et celui qui peut faire une césarienne ne pourrait risquer une laparotomie exploratrice, une hystéropexie, une ovariectomie, etc.; ceci est un peu à l'encontre du dicton populaire qui enseigne que, "qui peut le plus, peut le moins".

Un homme reçoit une balle au ventre, et le projectile perforé l'estomac, ou l'intestin ou même un organe de première importance; allons-nous attendre l'appoint d'un chirurgien de la cité avant d'agir; mais ce serait presque un crime. Et l'hébotomie qui permettra de délivrer heureusement une malheureuse mère, et la trachéotomie qui sauvera quelques petites existences atteintes de croup foudroyant, etc., etc., celles-là sont toutes des opérations d'urgence que le premier médecin venu sera justifiable d'oser, et qu'il lui faudra même souvent mener avec brio, presque toujours dans des conditions délicates, périlleuses. Tandis que l'autre chirurgie celle que l'on peut faire à sang froid, à tête reposée, après avoir consulté les autorités, les ouvrages de technique; celle qui nous permet de bien préparer notre local, de donner des instructions précises, détaillées à nos aides, celle-là nous est défendue.

Avais-je raison de vous dire que ces prétentions sont paradoxales.

Mais à quoi me servirait d'accumuler davantage les preuves, les arguments, les témoignages; d'entasser Péliion sur Ossa, si dès maintenant l'on n'est pas convaincu que la décentralisation de la chirurgie s'impose ici comme en France, comme aux États-Unis, et comme dans tous les pays où la science est à la hauteur de la civilisation.

Je ne ferai pas une revue complète, détaillée de toutes les opérations que j'ai pratiquées depuis ma communication de juin 1904. Je me contenterai d'attirer l'attention sur quelques particularités, quelques détails de technique, etc., que nous ne trouvons pas généralement dans nos livres classiques.

Je ferai d'abord remarquer que depuis près d'un an et demi, je fais grand usage de la scopolamine comme anesthésique général; et je renvoie ceux qui seraient tentés de faire l'application de cette méthode, ou qui seraient curieux d'en connaître les détails, à un

autre travail que j'ai préparé sur ce sujet pour ce Congrès, et qui a pour titre : "La scopolamine". Son emploi en chirurgie et en obstétrique.

Cependant je crois pouvoir affirmer dès maintenant, que si l'on classait les anesthésiques par ordre de mérite, la scopolamine viendrait immédiatement après le chloroforme et l'éther, dans la pratique générale du moins.

Je ne ferai pas de parallèle entre la méthode que je préconise, et la rachistovainisation, car ce dernier mode d'anesthésie ne sera toujours qu'une méthode d'exception, d'hôpital, aux mains d'un nombre limité de spécialistes :

1° Parce que le territoire insensibilisé est confiné à la seule moitié inférieure du sujet ;

2° Parce que le patient qui voit la mise en scène, de même que tous les actes du drame de l'opération, souffre moralement ; surtout les nerveux, les émotifs ;

3° Parce que la technique opératoire ne sera probablement pas de sitôt à la portée de tous les praticiens.

Et enfin je crois que la rachistovainisation n'a pas encore reçu la sanction de l'expérience, l'appui du *vox populi*. Et le refroidissement motivé des premiers enthousiasmes qu'avait suscités la rachicoainisation devrait tempérer, il me semble, l'ardent des protagonistes de la rachistovainisation.

Quant aux autres anesthésiques : le protoxyde d'azote, le bromure et le chlorure d'éthyle, etc., ces agents ont sans doute leurs indications spéciales, mais ne peuvent être comparées à la scopolamine, dans les interventions de longue haleine de la grande chirurgie.

Toute opération qui nécessite une insensibilité chirurgicale d'au moins 30 à 40 minutes, ou qui laisse des douleurs post-opératoires un peu vives, est passible de la scopolaminisation ; sauf les interventions dans le territoire de la bouche, du nez, et de la gorge.

Pour ce qui concerne la technique de l'anesthésie par la scopolamine, voici comment je procède : Je fais usage du bromhydrate de scopolamine cristallisé de Merck, et j'insiste sur ce fait, car je n'ai pu trouver aucun comprimé hypodermique de ce sel dont l'effet fut identique au produit de la fabrique allemande. Toute solution de cet alcaloïde doit être rejetée après trente jours d'âge. Je donne cet agent en injections hypodermiques dans la cuisse, à la dose de 1/50 de grain, associé à 1/5 de grain de morphine, dans 25 gouttes d'eau stérilisée. Et je répète cette piqûre une seconde, et même une troisième fois, à une heure et demie d'intervalle, s'il y a lieu.

Ordinairement, il faut donner quelques gouttes de chloroforme au début de la plupart des interventions : le temps de sectionner les premiers téguments ; puis l'anesthésie scopolaminique suffit à parfaire les plus longues et plus laborieuses dissections. Je conseille de n'injecter qu'une seule Pravaz, avant que d'entreprendre une laparotomie, parce que la narcose scopolaminique profonde produit des contractures musculo-tendineuses généralisées, gênantes dans les interventions sur les parois ou les organes abdominaux. Pour ce qui regarde les avantages de la nouvelle méthode, je réfère à mon travail spécial sur ce sujet, mentionné plus haut.

Malgré les critiques que l'on a fait au dernier Congrès sur ma façon d'aseptiser mes instruments, je n'ai pas changé d'opinion, ni varié ma technique ; si ce n'est que j'ajoute un peu de borate de soude à l'eau dans laquelle je fais bouillir mes outils. Il est bien vrai que l'addition de cinq à huit pour cent de borax augmente le point thermométrique d'ébullition de quatre à cinq degrés, mais là n'est pas le principal motif de la modification que je conseille aujourd'hui : c'est que j'ai constaté que l'adjonction de borate de soude prévient l'oxydation de l'acier, et conserve mieux aux bistouris la finesse de leur tranchant. Je crois donc qu'une ébullition de 15 minutes dans une solution de borax à 5% additionnée de 3% d'acide carbolique, suffit amplement à stériliser les instruments, la gaze, le coton hydrophile, voire même les ligatures dont nous faisons usage.

De tout temps, j'ai toujours soupçonné les mains du chirurgien d'être le principal facteur des infections de nos plaies opératoires, et c'est bien là l'incessant souci des praticiens, si j'en juge par la multiplicité des procédés conseillés pour amener l'asepsie relative des mains de l'opérateur ; l'on va même dans ce but jusqu'à les isoler dans des gants stérilisés. Aussi, les chirurgiens de race prennent-ils un soin tout particulier de leurs mains ; il en est même qui se spécialisent dans la chirurgie aseptique ; mais comme il est impossible à un médecin de la campagne de se confiner dans une section de la chirurgie, parce qu'il lui faut se servir de ses dix doigts pour autre chose que pour tenir un bistouri, voici comment je m'y prends pour tourner cette difficulté. Tout d'abord, je ne crois pas devoir conseiller les gants de caoutchouc, parce que cela gêne un opérateur consommé, et à plus forte raison un opérateur d'occasion. Mais pour arriver à une désinfection aussi parfaite que possible, j'ai ajouté aux procédés classiques, le lavage, le savonnage des mains avec un savon spécial, fabriqué sur mes indications,

et qui contient du blanc de céruse, de la poudre de pierre-ponce, et des antiseptiques. Le manque d'entraînement et la multiplicité de mes occupations ne m'ont pas permis d'étayer mes conceptions sur des expériences bactériologiques, et je sais qu'en ces choses le contrôle du laboratoire est l'autorité qui sert de critérium à un fait d'ordre scientifique ; mais en attendant que la bactériologie expérimentale confirme mes vues, voici comment je raisonne. Tout le monde sait que rien ne vaut la pierre ponce pour enlever les taches de saletés très adhérentes aux mains ; mieux que la brosse, cette substance en poudre ou en morceau nettoie la peau jusqu'au fond des plis, des dépressions épidermiques, et je ne doute pas que les microbes aient le sort de la crasse. Il y a plus, j'ai lieu de croire que ces poudres dont chaque grain a des aspérités aiguës, des facettes aux angles tranchants, ont pour effet de léser, de détruire les cellules microbiennes que les antiseptiques ne peuvent pas toujours atteindre.

Et cet article est très économique, car je le fais préparer par quelqu'une de ces bonnes femmes qui savent faire le savon du pays, et elles sont nombreuses. Au moment de tirer la *brassée* du feu, mettez la quantité qui vous convient dans un vase en métal, ajoutez-y dix pour cent de blanc de céruse, dix pour cent de fine poudre de pierre-ponce, trois pour cent d'acide carbolique et un pour cent de bleu de méthylène ; agitez sur un feu doux jusqu'à ce que le mélange soit parfait ; étendez dans un moule ; puis après refroidissement coupez vos morceaux ad libitum.

Appendicectomie. Depuis le dernier Congrès j'ai acquis la certitude que j'étais dans le vrai en affirmant que la fameuse formule de Dieulafoy : " Il n'y a pas de traitement médical dans l'appendicite " était outrée, et que dans le monde des chirurgiens les interventionnistes de parti pris avaient tort. Il vaut mieux être opportuniste ; du reste, je m'en tiens quant à l'opportunité chirurgicale, aux règles que j'ai tracées il y a deux ans. Aussi chez mes frères l'occasion de faire sauter l'appendice vermiforme va-t-elle diminuant sans cesse, ce que j'attribue d'abord à une meilleure thérapeutique de la part du médecin, puis à une connaissance plus exacte, plus prématurée si je puis dire ainsi, de la part du patient, qui fait que le médecin est appelé plus tôt à combattre cette affection.

Depuis deux ans je n'ai fait que trois appendicectomies dont deux supprimées.

Dans l'un de ces derniers cas, je n'ai pas cherché l'appendicee ; règle que j'ai adoptée chaque fois que cet organe malfaisant jone à la cachette.

Cholécystotomie. — Si dans le monde des chirurgiens l'on a abusé de l'appendicectomie, par contre, l'on n'en puis dire autant de la cholécystotomie. J'ai lieu de croire que dans notre province, dans les campagnes du moins, bon nombre de nos clients meurent de cholécystite, presque toujours d'origine calculuse, qui pourraient être sûrement sauvés. Et combien d'autres qui avec des crises de coliques hépatiques à répétition, toujours en imminence d'infection, traînent une vie tellement misérable, que la mort serait pour eux une heureuse délivrance.

J'ai toujours été étonné de la facilité de la technique opératoire dans cette intervention, et des bons résultats consécutifs. Depuis ma dernière communication trois cholécystotomies, m'ont donné trois succès, chez trois femmes icériques, intoxiquées, cachectisées. Je n'ai jamais tenté de disséquer, de faire l'exérèse de la vésicule ; d'ouvrir les canaux cystiques, cholédoques ou hépatiques.

Dans tous mes cas, dont le total se monte actuellement au modeste chiffre de six, je me suis contenté d'ouvrir la vésicule, d'extraire les calculs qu'elle contenait et de faire cheminer vers le champ opératoire ceux qui pouvaient se trouver dans les voies biliaires, en pressant, en poussant ces conerétions du bout des doigts à travers les parois des conduits. Je dois dire qu'ainsi, j'ai toujours réussi à amener des conerétions vers la tête de la vésicule et en faire l'extraction.

Chez tous mes opérés j'ai laissé une large fistule biliaire, laquelle s'est toujours guérie spontanément, après un laps de temps variable : au maximum de six mois. Durant les premiers jours qui suivent l'opération, le fistule laisse couler une grande quantité de bile, de mucus, etc. ; souvent même j'ai recueilli des calculs entiers ou fractionnés, échappés à mon attention lors de l'intervention ; et je ne sais rien de mieux que cette abondante dérivation pour décongestionner le foie et aseptiser le territoire affecté, le champ opératoire ; partant d'éviter ces nombreuses rechutes à plus ou moins longue échéance, que l'on constate à la suite de cette opération, sans fistule opératoire voulue.

Pendant la convalescence, dans le but de favoriser cette désinfection des voies biliaires, d'augmenter et de régulariser cette sécrétion de la bile, je prescriis comme régime alimentaire, du lait et des jaunes d'œufs, associés et bien mélangés, à petits coups souvent répétés ; et je m'appuie pour ainsi faire sur l'expérience du savant

russe Pawlow qui a démontré que le jaune d'œuf était chologogue au plus haut point, et sur le fait bien connu depuis longtemps que chaque prise d'aliments provoque un fort courant de bile dans le duodénum en sollicitant les contractions de la vésicule et le relâchement du sphincter d'Oddi, réalisant de la sorte le drainage continu des voies biliaires ; ce que j'ai parfaitement constaté en observant le fonctionnement de la fistule.

Hystérectomie.—Cette opération n'offre pas de difficultés considérables dans les conditions ordinaires, mais lorsque de gros fibromes sont inclus dans les parois utérines, et que l'énucléation en est difficile, ou lorsque des adhérences étendues fixent l'utérus, les annexes aux organes environnants, aux parois du bassin, alors il faut souvent toutes les ressources d'un opérateur consommé pour faire de la bonne besogne. L'automne dernier, j'ai perdu une femme à qui j'avais enlevé un utérus bourré de gros fibromes, et je suis convaincu que cet insuccès est dû à l'insuffisance d'aides durant l'acte opératoire. Pour des motifs d'économie, etc., je n'étais assisté que par mon confrère le docteur Archambault qui surveillait la narcose, et par une jeune personne qui m'aidait de son mieux à maintenir les organes, à faire l'hémostase, etc. L'hémorragie fut difficile à contrôler, et l'intervention de longue durée ; bref, la patiente cachectisée d'avance, se remontait très lentement, lorsque deux jours après l'opération, une hémorragie secondaire et violente l'emporta avant que j'aie eu le temps d'intervenir, cette malade étant à plus de deux milles de mon bureau.

Par contre une autre hystérectomie faite vers le même temps guérit sans incident ; mais dans ce dernier cas, les difficultés opératoires étaient moindres.

Je conseillerais donc volontiers, de ne pas entreprendre d'exercices gynécologiques étendus, sans avoir sous la main deux bons aides à part le chloroformisateur.

A propos de fibromyomes, il en est un peu de ceux là, comme de l'appendicopathie : certains chirurgiens sont interventionnistes à outrance, tandis que d'autres n'interviennent que sur certaines indications définies.

Permettez moi de vous raconter un fait qui démontre bien que dans certains cas, l'on peut faire de la chirurgie conservatrice ; d'où il vaut quelquefois mieux être opportuniste que radical. Durant les premiers jours d'août 1905, une religieuse de mon village, âgée de 38 ans, de passage à Montréal, consulta M. le Dr Mercier à l'hôpital Notre-Dame, au sujet d'un cancer du sein et de troubles utérins. M. Mercier enleva le sein, et remit à plus tard l'hystérectomie.

Mon curé qui eut un entretien avec le chirurgien en chef de Notre-Dame, me rapporta que d'après l'opinion du savant médecin, notre religieuse avait des fibromes artériels, ce que je constatai d'ailleurs ; et que l'opération, une opération radicale s'imposait ; mais que l'état d'anémie de la malade conséquence de l'abondance des hémorrhagies menstruelles qu'elle avait eues depuis plusieurs mois et du choc consécutif à l'ablation du sein, ne permettait pas d'entreprendre une aussi périlleuse exérèse, pour le moment du moins.

« Dites à Madame la religieuse qu'elle revienne me voir dans quelques mois, et alors nous verrons ce que nous pourrions tenter pour elle. »

N'allez pas croire que dans ce cas j'ai eu recours à toutes les ressources de la pathologie interne, de la thérapeutique ; oh ! non, j'ai simplement prescrit des tablettes d'arsénite de strychnine au $\frac{1}{50}$ de grain à chaque repas, et quinze à vingt grains de quinine en une seule fois chaque matin durant les hémorrhagies menstruelles, et le repos continu au lit pendant ces époques.

Après cinq ou six mois de ce traitement, M. le Dr Mercier ayant eu occasion de voir cette religieuse, manifesta beaucoup d'étonnement, me dit-elle, tant les symptômes objectifs et subjectifs étaient améliorés. Et il ne fut plus question d'opération. Aujourd'hui, les règles sont normales, les douleurs disparues, et les fibromes réduits à leur plus simple expression. Il y aurait beaucoup de commentaires à faire sur cette observation de fibromes se développant sur un fond cancéreux ; j'ajoute toutefois qu'il serait imprudent de tirer des règles générales de ce seul cas, et je laisse à chacun de vous le soin d'apprécier ce fait.

Hébotomie. — Afin de ne pas me répéter, je donnerai une communication sur ce sujet à la section d'obstétrique, et j'invite ceux que cette question pourrait intéresser à y assister.

Curettage utérin. — C'est là une opération dont l'indication est très fréquente à la campagne ; et le médecin qui ne peut faire un curettage utérin encourt moralement une lourde responsabilité. Je connais bon nombre de femmes, mortes de septicémie par rétention placentaire à la suite de fausse-couche, qui auraient été sauvées, si le médecin traitant avait su manier une curette, au lieu de temporiser, de compter sur des douches vaginales antiseptiques, ou qui pis est de laisser à la nature le soin de guérir ses malades.

Je vous ai dit plus haut que je ne me proposais pas de faire une revue complète de toutes les opérations que j'ai pratiquées

depuis le dernier congrès, je dirai simplement que j'interviens dans tous les cas justiciables de la chirurgie. Et cette communication étant déjà assez longue, je démontrerai plus tard par des statistiques que la chirurgie à la campagne, toutes choses égales d'ailleurs, compte autant de succès que la chirurgie des cités.

Et pour terminer je dirai à mes confrères de la campagne : ne craignez pas de vous engager dans la vie que nous vous indiquons; allez hardiment, travaillez et lûtez, malgré les difficultés que vous rencontrerez à chaque pas. Je n'ai pas de doute que par cette lutte continue, souvent en butte aux mauvais coups du hasard, de l'imprévu, vous acquerrez cette finesse d'invention, qui fera que, quoique moins habile que certains spécialistes connus, mais habitués à évoluer dans un milieu toujours ordonné, et suivant les règles précises de la science, vous réussirez peut-être mieux que ceux-ci parce que vous aurez contracté l'habitude de parer aux situations difficiles, de tirer parti de tout ce que le hasard vous mettra sous la main.

Messieurs, j'ai attendu deux ans pour donner la réplique à mes contradicteurs, je les convie à nouveau dans deux ans. J'entasserai tant de faits, que je finirai par amener la conviction chez ceux qui suivent mes humbles travaux.

Et serais-je condamné à ronler toujours ce rocher de Sisyphe, que je ne me laisserai jamais convaincre que je suis du juste, du vrai que je poursuis.

LEUCOKÉRATOSE SUBLINGALE

Par le Dr. J. N. Roy, membre de la Société française d'ophtalmologie, membre correspondant de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, médecin assistant au dispensaire d'ophtalmologie à l'Hôtel Dieu, de Montréal, Officier d'Académie.

Observation. — Le frère S, âgé de 58 ans, se présente à notre bureau, le 20 janvier dernier, pour une maladie de la bouche. Depuis deux ans environ, il se plaint d'une certaine gêne dans les mouvements de la langue, lui donnant l'impression d'une raideur progressive de cet organe. Il lui semble, nous dit-il, que sa muqueuse sublingale gauche, ainsi que celle de la partie interne de la gencive du même côté, sont dans un état parcheminé. Appartenant à un ordre religieux qui l'oblige à faire de l'enseignement, cette maladie l'incommode beaucoup par la difficulté qu'il a à s'exprimer, sans cependant apporter aucun trouble à la mastication et à la déglutition. Les débuts ont été indolores ; mais depuis deux mois, il ressent de légers piquements, surtout après avoir mangé. D'après lui, cette affection aurait commencé par la gencive et se serait propagée ensuite au plancher de la bouche.

À l'examen nous constatons une dégénérescence pseudo-cartilagineuse d'une partie de la muqueuse sublingale du côté gauche. La gencive correspondante est également recouverte par des bandes d'un blanc grisâtre, faisant une légère saillie à la surface de la muqueuse. Ça et là, nous voyons sous la langue une série d'ilots successifs nacrés, à côté de plaques de même couleur. Ce tissu pathologique est sillonné par une muqueuse normale, et n'est entouré d'aucun liséré. Ses limites sont nettes et régulières, et sa surface est plane, lisse et unie. Il n'y a ni fissures ni dékératinisation, et ces plaques sont tellement adhérentes qu'il est impossible de l'arracher avec une pince.

Le patient ne se plaint pas encore du côté droit de sa langue ; cependant nous constatons sur le plancher, de la grandeur d'environ une pièce de cinquante centimes, une décoloration de la muqueuse, comme si on avait passé légèrement un crayon de nitrate d'argent.

Les autres parties de cet organe, ainsi que les joues et le palais sont dans un état absolument normal.

Pas de grenouillettes, ni d'hypertrophie des ganglions cervicaux.

Le sens du goût n'est pas altéré.

Notre malade a de très mauvaises dents, n'en ayant jamais eu soin. Les sept qu'il lui reste au maxillaire supérieur sont plus ou moins gâtées; les incisives et les canines du maxillaire inférieur sont saines, et les grosses molaires ont été extraites. Carie au quatrième degré des petites molaires.

À la rhinoscopie antérieure, nous trouvons une déviation de la cloison à droite. Légère rhinite compliquée du laryngite.

Le larynx fonctionne bien; et les sinus sont transparents.

Rien d'intéressant à noter au sujet des autres organes; et les urines sont normales.

Antécédents personnels.—Le patient déclare ne pas se rappeler avoir été malade. D'une constitution robuste, il pèse 225 livres, et mesure deux mètres. Il n'est attent d'aucune diathèse, nerveuse, arthritique, spécifique, tuberculeuse;—et son estomac digère bien. Aucune lésion inflammatoire de la bouche n'a été remarquée depuis son enfance. Ce n'est qu'à l'âge de quinze ans que ses dents ont commencé à se carier. D'une vie très régulière, il ne fait pas usage d'alcool et de tabac, et n'a jamais abusé de mets épicés.

Antécédents héréditaires.—Douze enfants composent la famille de notre malade. De ce nombre quatre sont morts, ainsi que le père et la mère, sans histoire de cancer. Les autres sont en excellente santé; et nous ne trouvons pas de consanguinité chez ses ancêtres.

En présence de cette dégénérescence de la muqueuse sublinguale nous pensons naturellement à la leucokératose. Cependant vu le siège plutôt exceptionnel de cette affection, et l'absence d'envahissement des endroits ordinaires, nous faisons faire l'examen microscopique d'une plaque enlevée avec le galvano-cantère. Messieurs les docteurs St-Jacques, professeur d'anatomie pathologique à l'Université Laval et Daigle, agrégé et pathologiste à l'Hôtel-Dieu, à qui nous avons confié la pièce, ont eu l'amabilité de nous transmettre le rapport suivant:

Aspect macroscopique.—Petites lamelles blanchâtres d'environ un millimètre d'épaisseur, offrant une certaine résistance au doigt, et se coupant facilement au microtome après un court séjour dans l'alcool.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

1ère coupe. — Coloration à l'hématoxyline-éosine.

a. On y distingue une première couche de cellules se colorant vivement par l'hématoxyline ; cette couche présente deux, trois ou plusieurs assises de cellules suivant l'endroit examiné. Le protoplasma semble infiltré de grains ou granulations noirâtres, prenant la matière colorante. Ces cellules semblent jusqu'à un certain point présenter l'aspect du stratum granulosum de la peau, que l'on ne trouve pas sur la muqueuse à l'état normal, mais qui s'y développe lorsque celles-ci sont en voie de dégénérescence kératinique.

b. Au dessus de cette première assise de cellules assez vivement colorée, s'en trouve une autre beaucoup plus épaisse, et prenant difficilement ou pas du tout l'hématoxyline ; cette couche de cellules semble être en état de dégénérescence kératinique.

Les noyaux sont très petits ou disparus, et ceux que l'on distingue sont ratatinés, dissociés et difficiles à voir. Le protoplasma se présente comme ayant l'aspect d'un espace clair, vitreux, transparent, non coloré ; et il existe dans les espaces intercellulaires une condensation de substance formant une espèce de carapace, qui se colore assez vivement par l'éosine, surtout dans les couches inférieures. L'ensemble de cette couche offre l'aspect d'un lacis plus ou moins régulier dont les espaces sont occupés par des masses protoplasmiques incolores ou mal colorées et dont les noyaux sont amoindris et peu apparents.

Dans toute l'épaisseur de cette couche, les assises de cellules forment des ondulations déterminées par la présence des papilles sous-jacentes sur lesquelles ces assises reposaient.

Les auteurs signalent la sclérose du chorion et l'altération des papilles ; comme le procédé employé pour faire la biopsie n'a pas permis l'enlèvement de cette partie il est impossible de signaler les modifications qui pourraient s'y trouver.

2ème Coupe. Examinée dans une solution de potasse diluée.

Elle présente un carrelage régulier, dessiné par le rebord ou par la coque des cellules en voie de kératinisation ; ces cellules ont une forme oblongue comme on l'observe toujours dans les épithéliums pavimenteux stratifiés.

Quelques noyaux gonflés par la potasse deviennent plus apparents.

3ème Coupe. — Colorée au picro carmin de Ranvier considéré comme le réactif de choix dans cette variété de dégénérescence.

Avec ce procédé de coloration, on obtient une teinte rose de la couche en voie de kératinisation, teinte plus prononcée à la partie inférieure que vers la partie supérieure ou périphérique. Cette coloration peut s'expliquer par la présence de l'éléidine plus ou moins diffuse dans cette couche. La lésion étant de date peu ancienne, les cellules ne sont pas encore parvenues au dernier stade de leur transformation kératinique. A certains endroits cependant, on observe des îlots n'ayant pas fixé le carmin, et présentant la teinte jaune de la kératine ; à leur périphérie on trouve une bande uniformément colorée en jaune composée de cellules aplaties, arrivées au dernier stade de kératinisation.

La couche inférieure qui prenait l'hématoxyline ne prend pas le carmin ; elle est uniformément colorée en jaune, et laisse voir comme dans la première pièce, de petites granulations noires à l'intérieur du protoplasma.

CONCLUSIONS

L'ensemble de ces considérations nous permet de conclure que la pièce examinée présente les altérations de la dégénérescence kératinique.

Nous conseillons d'abord comme traitement hygiénique: une très grande propreté de la bouche, l'extraction des chicots, le nettoyage des dents, et la destruction des dépôts tartreux. Nous prescrivons l'arsenic après les repas, ainsi qu'un gargarisme alcalin ; et comme prophylaxie, nous défendons le tabac, l'alcool, les épices, les sueries, le vin pur et les acides.

Revn quinze jours après, nous commençons alors le traitement avec le galvano-cantère. Après une application de cocaïne, nous enlevons par lambeaux ce tissu kératinisé, et les îlots sont également détruits au fer rouge. La muqueuse sous-jacente est légèrement saignante, mais guérit très bien dans l'espace de huit jours avec des gargarismes au chlorate de potasse. Nous répétons les cautérisations toutes les semaines, et le six mars, nous en faisons une dernière qui fait disparaître entièrement tout ce qui restait de cette leucoplasie, des deux côtés. Depuis cette date la bouche de notre malade est parfaitement bien ; et un dernier examen le 18 avril semble confirmer la guérison.

La leucokératose est une maladie relativement rare, surtout en Amérique, mais très bien décrite dans les remarquables travaux de Bazin et Besnier, à qui revient l'honneur d'avoir donné le plus de lumière sur ce sujet. Elle se rencontre généralement à la région antérieure et moyenne de la face dorsale de la langue, et cavaleit

quelquefois ses bords et sa pointe. D'une fréquence extrême sur la face interne des lèvres et des joues il est exceptionnel de la voir s'étendre au palais aux gencives et au plancher de la bouche. Parmi les diathèses qui favorisent le plus la leucoplasie, nous devons mentionner d'abord et surtout la syphilis. Nous la rencontrons encore chez les nerveux et les rhumatisants ; et d'une manière générale chez tous ceux qui sont exposés aux irritations de la bouche : tels les fumeurs, les buveurs, les mangeurs d'épices et acides, et ceux qui ont de la carie dentaire.

Nous avons cru intéressant de rapporter cette observation au point de vue exceptionnel du siège de la lésion, et de l'étiologie qui est des plus obscures. En effet, dans notre cas, nous n'avions d'envahi que la région sublingale gauche, et une partie de la gencive correspondante ; du côté droit il n'y avait seulement qu'une légère décoloration d'un pen de la muqueuse du plancher de la bouche.

Le malade n'était atteint d'aucune diathèse, et à part le très mauvais état de ses dents, il n'était exposé à aucune irritation buccale.

Ayant donné les conseils hygiéniques voulus, nous avons cru devoir suivre l'avis de Fletcher Ingals, et employer immédiatement le galvano-cautère. D'après Leriche, il faudrait mieux à cette période, ne pas toucher à la leucokératose ; mais ne pouvant relever au point de vue étiologique que la carie dentaire, nous croyons que les alcalins en gargarisme n'auraient pas été suffisants pour guérir notre malade.

Comme il n'y avait pas d'histoire de syphilis, nous nous gardons bien de prescrire le mercure et l'iodure de potassium ; car nous savons que ces médicaments peuvent hâter considérablement la transformation de la leucoplasie en néoplasme.

Nous n'avons pas voulu essayer la radiothérapie, vu qu'il n'y avait aucun signe de dégénérescence cancéreuse qui, d'après Barthélemy, se rencontre dans 13% des cas.

En présence de cette leucokératose sublingale sans autre envahissement de la bouche, sans diathèse et sans complications, devons-nous porter un pronostic favorable ? Nous croyons que oui, pour toutes les raisons plus haut énoncées, et surtout parce que la face dorsale de la langue est dans un état parfaitement normal.

INDICATIONS CONCERNANT L'EXÈRESE DES AMYGDALES PALATINES, PHARYN- GÉES ET LA TECHNIQUE

Par le Dr J. Z. BERGERON, de Chicago, Ill., E.-U.

Nos connaissances par les fonctions et sur l'importance des amygdales sont peu étendues et je me vois donc obligé d'entrer en matière par l'énumération de quelques simples notions d'anatomie.

Normalement les amygdales sont constituées par du tissu lymphatique et du tissu conjonctif. La surface interne libre présente de douze à quinze orifices ou même plus, conduisant dans des espaces ou cryptes qui se bifurquent en plusieurs follicules recouverts d'épithélium, lequel est une continuation de l'épithélium recouvrant le pharynx, semblables sous ce rapport aux plaques de Peyer? Ce sont donc des glandes lymphatiques en communication avec les autres glandes cervicales. Elles leur ressemblent en tous points, excepté qu'elles sont plus susceptibles aux influences pathologiques, à cause de leur rapport avec la cavité buccale, par l'intermédiaire des cryptes et des follicules. Wood a démontré sur des cadavres le drainage des amygdales jusqu'à un des ganglions lymphatiques profonds accompagnant la veine jugulaire interne et de là aux autres ganglions profonds du tronc jugulaire lymphatique. (Trans. Am. Laryn. Assoc. 1905 p. 269).

Quelques autorités soutiennent qu'il n'y a pas d'amygdales dans la gorge normale. Ils avancent qu'une masse visible entre les piliers antérieurs et postérieurs du pharynx est nécessairement une excroissance, et est par conséquent toujours pathologique. Cette affirmation ne repose sur rien. La quantité normale de tissu lymphatique dans les différentes parties de l'économie, n'étant pas connue. Et qu'importe la présence du tissu lymphoïde buccal, au point de vue chirurgical il doit être considéré comme normal. Ceci toutefois n'est qu'une question de définition, et le tissu lymphoïde normal a autant de droit au titre et au nom d'amygdale que ce même tissu quand il n'est pas sain.

Les variations présentées par les amygdales à l'état pathologique peuvent être classées de la manière suivante :

1° Une hypertrophie molle, consistant surtout dans l'augmentation du tissu lymphoïde. C'est la forme communément observée chez les jeunes enfants et elle est associée avec l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. (Luschka)

2° Une hypertrophie semblable, mais plus ferme qui suit l'amygdalite aiguë ordinaire, des jeunes gens.

3° L'amygdalite fibreuse dure, plus ou moins augmentée de volume, ordinairement remarquée chez l'adulte, conséquence d'attaques répétées d'inflammations aiguës des amygdales palatines.

4° L'amygdale caractérisée par de grandes cryptes qui peuvent retenir des concrétions caséenses.

5° L'amygdale appelée cachée, celle qui, lorsque la gorge est au repos est entièrement ou partiellement cachée par un pli de la membrane, et s'étend du pilier antérieur en bas et en arrière du pilier postérieur. Avec cette forme on trouve souvent une poche qui s'ouvre près du bord supérieur de l'amygdale. (Murry, *Laryngoscope* 1903, XIII 912-916)

Comme conséquence de l'inflammation, toutes ces formes d'amygdales peuvent devenir adhérentes aux piliers, spécialement au pilier antérieur.

Les cinq types ci-dessus mentionnés peuvent encore être subdivisés et quoique l'on puisse dire que quelques amygdales présentent des apparences communes à deux ou plusieurs types, chacune de ces cinq formes offre au moins une symptomatologie plus ou moins distincte, et naturellement le traitement variera avec le symptôme et la variété de l'hypertrophie.

Nous ne nous occuperons pas de la tonsillite aiguë, mais plutôt de celle dont l'augmentation de volume est une conséquence. Les enfants sont sujets à deux formes d'hypertrophie :

1° De la seconde à la sixième année, il y a une lente augmentation de volume de tous les éléments de l'anneau de Waldeyer, comprenant les amygdales palatines et pharyngées. (Luschka) ceci est une hypertrophie molle non inflammatoire au début, mais sujette à des augmentations aiguës et excessives consécutives à un processus infectueux. Les symptômes de cette condition, à moins que les amygdales soient assez grosses pour empêcher la déglutition, sont masqués par les symptômes des adénoïdes, c'est-à-dire : respiration par la bouche, surdité, apnoxa.

2° Au début de l'adolescence commence la prédisposition aux tonsillites aiguës ordinaires. L'inflammation peut consister en un simple catarrhe superficiel, une folliculite ou une inflammation pa-

renchymateuse générale. Dans l'une ou l'autre de ces deux formes la suppuration peut se produire, et, avec ou sans suppuration l'inflammation est susceptible d'amener l'hypertrophie dans un grand nombre de cas.

Avec ces données préliminaires, nous sommes prêts à considérer quand doit être faite l'excision des amygdales. C'est un point en litige, à savoir, s'il est rationnel d'enlever toute amygdale modérément augmentée de volume qui ne gêne en rien le malade. Ceux qui maintiennent que toute amygdale visible est au état pathologique, sont inclinés à exagérer leur importance pathologique et veulent les sacrifier comme mesure prophylactique. Ainsi Hopp (*Trans. Am. Laryn. Assoc.* 1905, XXVII, 332-333) écrit que la présence d'une amygdale est en menace, et que si l'opération est remise jusqu'à ce qu'elle devienne nécessaire, elle est souvent plus difficile et plus dangereuse. Il se demande si l'inflammation aiguë de l'amygdale, ne peut jamais se résoudre complètement à sa condition première, et prétend par conséquent qu'elle offre toujours moins de résistance. Mais dans tous les cas, il y a des indications bien reconnues que tout praticien qui porte intérêt à ses malades ne doit pas ignorer à savoir, que dans les cas d'hypertrophie des amygdales palatines ou pharyngées l'opération ne doit pas être retardée si le petit patient présente l'évidence d'une obstruction du naso-pharynx, par exemple : commencement de surdité, sommeil léger, agitation et les autres symptômes classiques de cette obstruction.

L'amygdalectomie doit être faite sous anesthésie avec la pince à amygdales et le serre-neud, les adénoïdes (Luschka) sont enlevées avec la curette de Gottstein ou de Lovemberg ou des pinces appropriées.

Les amygdales palatines qui sont trop petites pour être saisies avec la pince Inglis, modifiée par Freer, peuvent être laissées en toute sûreté. Personnellement je n'ai vu qu'un cas d'une telle amygdale qui, augmentée de volume, assez pour nécessiter une opération.

Quand une anomalie des amygdales si petite soit elle, est associée à une adénite cervicale, les amygdales doivent être complètement enlevées afin de détruire toute source probable d'infection. Myles, (*Jour. A. M. A.* 1904 XLIII, p 1282) conseille l'enlèvement complet dans ces cas et cite à l'appui : Kruckmann, Semon et Ruge.

Dans les cas d'amygdales modérément augmentées de volume, ne dépassant pas les piliers, et nullement sujettes aux inflammations avec des follicules normaux, on est excusable de prendre une décision conservatrice.

Une amygdale avec des follicules malades, remplis de concrétions caséennes est d'un autre côté une source évidente de danger et doit être détruite ou rendue inoffensive. Les follicules peuvent être détruits individuellement et la grosseur de l'amygdale réduite par le galvano-cautère.

Si seulement quelques follicules sont malades, la cautérisation de deux ou trois à chaque séance est un bon procédé et l'opération peut être répétée à intervalle de cinq à huit jours, ce qui est suffisant pour permettre la disparition de la sensibilité causée par les cautérisations antérieures.

S'il y a un grand nombre de follicules malades et beaucoup d'hypertrophie, une opération plus radicale doit être préférée aux mérites relatifs de la cautérisation. La réaction est généralement aussi considérable après la cautérisation de plusieurs follicules qu'après une amygdalectomie, mais quelques malades se soumettront à une cautérisation qui ne voudront pas se prêter à une opération chirurgicale. Toutefois l'amygdalectomie, telle qu'elle est pratiquée d'habitude avec la guillotine, n'est pas un procédé logique, parce qu'elle n'enlève pas tous les tissus malades. Cependant si l'on prend de grandes précautions pour séparer les adhérences et bien tirer l'amygdale dans l'anneau du tonsillotome avec la pince à griffe, et que l'assistant pousse bien l'amygdale en dedans à l'angle de la mâchoire on peut l'enlever assez complètement dans les cas favorables.

La tonsillotomie avec le serre-tend n'est pas ordinairement praticable sans anesthésie générale. (Todd St. Paul. M. J. 1905 VII p. p. 877-885).

Si l'amygdale est submergée, c'est-à-dire cachée en arrière des piliers, si elle est de dimension ordinaire, mais malade, le tonsillotome ordinaire est insuffisant et l'opération condamnable à cause de la grande douleur. Black (Cal., State N. J., III, 788) soutient que les cryptes fermées des amygdales atrophiées causent des douleurs qui s'irradient dans la gorge, dans l'oreille et dans la région cervicale interne, provoquant une fatigue des muscles du cou, des névralgies, des douleurs réflexes ainsi que des adhérences inflammatoires au pilier. Dans ces cas je fais d'habitude une cautérisation des follicules malades avec l'électro-cautère, et j'obtiens des résultats satisfaisants. Cependant quelquefois des poches profondes restent qui ne peuvent être détruites par l'électrode. Si l'amygdale est déchaquetée avec fissures et poches, elle peut être égalisée avec la pince emporte-pièce, telle que celle de Rhodes ou avec la curette.

Les ciseaux tonsillaires droit et gauche peuvent être employés et l'aiguille de Myles aidera en tirant l'amygdale au dehors pour la dissection.

DANGERS DANS L'EXÉRÈSE DES AMYGDALES ET COMMENT PEUT-ON LES ÉVITER ?

Évidemment les dangers seront modifiés par le choix de l'opération et par les conditions anatomiques. Cependant le danger d'hémorragie est un des plus sérieux, et il peut arriver immédiatement ou seulement plusieurs jours après l'opération.

Si l'on fait l'opération quand les amygdales sont en état d'inflammation aiguë, on comme l'a dit Lemox Browne, dans les cas où les amygdales sont augmentées de volume, seulement au moment de l'inflammation, l'hémorragie serait probablement grave. Si elle était faite après que les symptômes aigus ont diminué, l'hémorragie sera moindre, excepté chez les hémophiliques ou quand ce sont des amygdales qui ont une circulation artérielle anormale ou celles qui ont une structure tellement fibreuse, que les parois artérielles ne peuvent se rétracter et ainsi faciliter la formation d'un caillot assez ferme.

L'opération n'est pas rationnelle si le malade est reconnu hémophile, mais il est souvent difficile pour ne pas dire impossible d'obtenir cette certitude. En cas de doute on devra donner la préférence aux autres méthodes pour réduire les amygdales, telles que : cautérisation des cryptes, etc., etc. Dans les cas de distribution artérielle anormale même avec le cautère serre-nœud on peut avoir des hémorragies.

Quant au pronostic des hémorragies amygdaliennes, les résultats graves sont rares, depuis que le tonsillotome de Mathieu et de Falmestock ont remplacé le scalpel et le bistouri.

Une étude de la littérature récente faite par Harmon Smith et citée par Stevens (Cal. State M. J. 1905, III p. 79-81) relate seulement six cas d'hémorragie grave sur cinquante six. Ces cas d'hémorragies dangereuses s'arrêteraient ordinairement à l'arrivée de la syncope et Delavan la provoque en liant les bras et les jambes, ce qui d'après lui amène l'auémie du cerveau sans perte de sang pour le système. Des efforts pour arrêter le sang par compression doivent être faits immédiatement si le jet artériel est constaté. Des astringents, tels que l'acide gallique et tannique en solution concentrée doivent être appliqués sur une compresse ou bien avalés lentement. Une solution d'adrénaline peut aussi être appliquée sur une compresse ou injectée sur

le moignon de l'amygdale. On peut en appliquant la branche d'une pince sur le moignon de l'amygdale et l'autre branche sur le côté opposé à la face externe de l'amygdale faire une compression efficace, mais ce moyen devient assez gênant pour le malade. La cautérisation du moignon de l'amygdale par l'électro-cautère chauffé au rouge sombre est quelquefois suffisante si elle est faite sur le point saignant. Dawbarn préconise la compression du moignon par des sutures en bourses, passées à travers la base de l'amygdale. D'autres ont fait ces sutures à travers les piliers et ont ainsi obtenu une bonne compression. Les hémorragies moins graves sont arrêtées par de la glace ou de l'eau chaude dans la bouche. Comme dernière ressource il faut faire la ligature de la carotide externe, ce qui sera rarement nécessaire si les moyens ci-dessus sont adoptés.

La douleur provenant de l'ablation des amygdales n'est pas d'ordinaire très violente, mais si toutes les adhérences aux piliers sont séparées et surtout si les piliers sont eux-mêmes lacérés, la douleur peut être très forte à la déglutition.

L'usage des pinces ou serre-nœud, à chaud ou à froid, cause plus de douleur que la tonsillotomie.

La surface du moignon se reconvre souvent d'une fausse membrane protectrice après l'opération au serre-nœud, d'habitude au deuxième jour. Stevens rapporte un cas d'inflammation excessive après une tonsillotomie, qui finalement engloba le voile du palais dans une cicatrice, empêchant le naso-pharynx de se fermer au moment de la déglutition, altérant la voix et gênant la respiration nasale.

La conséquence la plus désagréable ordinairement, est la sécrétion excessive de mucus qui fatigue le patient pendant deux ou trois jours après l'opération. Les enfants généralement, n'éprouvent pas beaucoup de douleurs ou de sensations gênantes.

Les gargarismes phéniqués préserveat de l'infection et sont d'un puissant effet anesthésique pris à la dose d'un drachme pour 500 grammes d'eau.

Les effets de la tonsillotomie sur la voix ont conduit des médecins de grande expérience à de curieuses et fausses interprétations. Ceux qui ont écrit sur ce sujet ne s'accordent pas, quant aux détails, mais tous admettent des effets favorables sur la voix. Ainsi, Stevens dit : une tonalité est rendue plus pleine et plus ronde, mais peut-être plus basse. Pfingst dit que, (*Am. Prac. News*, 1905 XXXIX p. 136-146) quelques uns soutiennent que le timbre de la voix est élevé par l'ablation des amygdales. Je puis ajouter que plusieurs vocalistes m'ont exprimé leur reconnaissance pour l'amélioration, en étendue et en qualité du ton de leur voix après cette opération.

Les mauvais effets sur la voix par les amygdales augmentées de volume ne peuvent pas être attribués simplement à l'obstruction qu'elles causent. Les différentes résilives inflammatoires qui amènent l'hypertrophie gagnent d'ordinaire plus ou moins les diverses structures environnantes, ce qui provoque une flaccidité du voile du palais qui de plus en plus affecte la voix en qualité et rend la voix parlée ou chantée fatigante et douloureuse.

L'effet de la tonsillotomie sur la nutrition générale est très favorable si la santé a été affectée par une longue maladie des amygdales ou si le malade a souffert d'un manque d'oxygène comme dans les cas où il a association d'adénoïdes.

Certaines toux ont aussi été guéries instantanément par l'ablation des amygdales.

TONSILLOTOMIE PAR LES PINCES ET LES SERRE-NOEUD.

Quoique les enfants supportent généralement bien le chloroforme et tout en m'en servant moi-même pour l'opération sur les adénoïdes et les amygdales hypertrophiées j'ai peur des dangers qu'il offre. Dans cette opération avec le chloroforme j'ai eu quelques cas alarmants mais jamais de cas fatals. Celui qui administre l'anesthésique doit être très expert sinon il serait peut être préférable de se servir d'éther, quoique celui-ci soit agréable pour l'opérateur et pour le patient. Quand le patient est complètement anesthésié le corps est placé dans une position demi-couché sur le côté droit avec la tête dépassant le rebord de la table, faisant face à l'opérateur. La lumière forte du jour, éclairant directement la face du patient est préférable, mais si on ne peut pas l'avoir on se servira de la lampe frontale électrique.

L'assistant introduit l'ouvre-bouche, qui doit être muni d'un anneau à travers lequel il peut passer son doigt; il doit en même temps pouvoir assurer la position de la tête. L'opérateur sépare l'amygdale droite des piliers du pharynx avec son doigt et un crochet-mousse. Tandis que l'assistant pousse l'amygdale en dedans à l'angle de la mâchoire, la pince est appliquée par l'opérateur qui a bien soin de prendre toute l'amygdale et rien de plus. Le noeud de fil No. 5 est passé par dessus le manche de la pince et conduit jusqu'à la base de l'amygdale. Le serre-noeud doit être un instrument solide avec de forts anneaux pour les doigts et un très long manche, étant obligé de se servir d'un long noeud. Si le manche n'est pas assez long l'amygdale ne peut pas être coupée sans réajuster le fil, et c'est une complication très ennuyeuse. Il y a danger de prendre la luette dans le serre-noeud, je conseille de la tenir soi-

gnement de côté avec une pince légère. Quand le serre-nœud est ajusté sur l'amygdale, il peut être serré, ayant soin qu'il ne se ferme pas sur la pince qui doit être ronde du bout.

Théoriquement le nœud doit glisser du bout de la pince à la base de l'amygdale au moment où il est resserré, mais pratiquement il faut le pousser à la base de l'amygdale avec le doigt. Quand on est certain par les sensations que le nœud a saisi l'amygdale, alors seulement, faire jouer la noix du serre-nœud en vissant alternativement la noix et en pinçant la partie libre du fil, on parviendra ainsi à enlever l'amygdale, même à sa base ou tout près, et la pince, tenant toujours l'amygdale, l'emportera. L'ouvre-bouche enlevé, le patient est tourné sur le côté gauche, la face en bas et placé de l'autre côté de la table. L'opérateur et l'assistant changent de place et on procède pour l'amygdale gauche comme on vient de le faire pour l'amygdale droite. Alors l'opérateur introduira son index gauche dans le naso-pharynx et l'explorera pour savoir s'il y a des adénoïdes. Est-il obstrué il introduit la pince de Lowenberg ou la curette de Gottstein, mais je donne la préférence à la pince, et il l'introduit dans la ligne médiane en arrière de son doigt, afin de protéger la luette et d'être certain qu'elle entre bien dans le naso-pharynx ; mais en tout ceci on est plutôt guidé par ses sensations.

Les manches de la pince reposent sur les dents inférieures au moment où elle pénètre dans le naso-pharynx, maintenant ils sont élevés près des dents supérieures afin d'écarter les mors du bord de vomer et on sépare les manches. Sous une pression modérée les mors de la pince sont poussés contre la voûte du pharynx et sont fermés avec un mouvement de torsion, le morceau du tissu adénoïde est détaché. A ce moment placez le doigt en arrière de la pince pour protéger la membrane muqueuse, retirez-la et plongez-la dans un bassin d'eau pour la débarrasser des tissus, réintroduisez-la de nouveau et encore jusqu'à ce que le doigt donne la sensation que la voûte est libre. L'éminence eustachienne est évitée en tenant la pince sur la ligne médiane. Ainsi la plus grande partie des végétations est enlevée.

Les plus petites portions de tissu adénoïdien dans la fossette de Rosenmüller ou celles qui pendent de la voûte près de choanes sont susceptibles d'exercer une influence sur l'ouïe, et on doit faire tous ses efforts pour en débarrasser le malade. Comme elles ne peuvent toujours être atteintes avec la pince de Gottstein, j'introduis d'habitude la pince nasale droite d'Ingals dans les narines et guidé par le doigt dans le naso-pharynx, je saisis le tissu qui reste et l'enlève. Pendant quelques moments le saignement est très abondant

mais pas plus abondant qu'avec la curette. Si le malade est dans la position ci-dessus indiquée, le sang coule de la bouche dans un seau placé sur le plancher et n'étouffera pas le patient.

J'ai en mémoire seulement deux cas ayant nécessité une seconde opération pour adénoïdes enlevées avec cette technique, tandis que les opérateurs qui se servent de la curette sans se servir d'anesthésique ne nettoient pas bien les fossettes et alors sont obligés de répéter le grattage dans une certaine proportion de cas.

CONCLUSIONS

1o. L'hypertrophie molle associée avec des adénoïdes sera enlevée chez les enfants, par le serre-tend et la pince, avec le secours de l'anesthésie, les adénoïdes devront être enlevées dans la même séance.

2o. L'hypertrophie ordinaire qui suit l'amygdalite aiguë doit être traitée suivant les symptômes et la condition anatomique.

(a) S'il y a seulement augmentation modérée de volume et pas de follicules malades et si le patient n'est pas sujet à des attaques d'inflammation, il ne faut pas intervenir.

(b) Si l'augmentation de volume est assez considérable pour causer une obstruction, si le malade est sujet à des attaques répétées d'inflammation, si c'est une cause de toux ou une source probable d'infection il est mieux de se servir du tonsillotome. Plus tard si les mêmes troubles reviennent, le cautère ou le ciseau peuvent rendre l'opération définitive.

(c) Si seulement quelques follicules sont malades, cautérisez-les à l'électro-cautère, deux ou trois à chaque séance.

3. En traitant les amygdales fibreuses dures, souvenez-vous des dangers d'hémorragie, surtout si vous vous servez du tonsillotome. L'électro-cautère est sûr, mais c'est un moyen lent.

4. Les amygdales avec de larges cryptes et les amygdales submergées exigent le cautère et des instruments spéciaux pour détruire le tissu malade et pour laisser une surface polie.

LES RAYONS X ET LE RADIUM DANS LA THÉRAPEUTIQUE DU CANCER

Par le Dr FOVEAU DE COURMELLES, directeur de l' "Année Electrique."

En 1902 et 1903, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, j'ai étudié l'action de la lumière en thérapeutique, et notamment les rayons ultra-violetts dont j'ai démontré l'action analgésique; j'ajoutai même, en 1903, que toutes les lumières étaient analgésiques, j'apportai notamment des cas de névralgie faciale guéris par la lumière ultra-violette et les rayons X.

Toutes ces tentatives thérapeutiques, et notamment contre cette affection terrible qu'est le cancer, ne sont pas nouvelles, pour n'avoir fait cependant grand bruit que l'an dernier. Ainsi, dès 1897, mon *Traité de Radiographie*, préfacé par M. d'Arsonval, et qui fut le premier enseignement des rayons X à la Faculté de Médecine de Paris, mentionnait les essais de cure de cancer par les rayons X, et le Dr Santoro, de Naples, a pu, en 1903, dans les *Annali di Elettrologia medica terapia fisica*, en une bibliographie très consciencieuse, retrouver 112 auteurs que la recherche a tenté sans préjudice des cas plus récents publiés cette année. De ces nombreux faits, la plupart, sont américains, et ont vu depuis prouver leur efficacité incontestable, presque leur spécificité en pareil cas, sinon comme guérison, au moins comme amélioration et sédation de la douleur. Personnellement, j'ai souvent vu la diminution ou la cessation de phénomènes douloureux très intenses, des hémorragies des ganglions et de la tumeur elle-même.

Dans un cas inopérable de cancer de la vessie et de l'utérus qui m'avait été confié par mon savant confrère le Dr Billant, chirurgien de l'hôpital international de Paris, et que je signalai ici l'an dernier, j'ai vu disparaître rapidement la douleur et les pertes sanguines, et la vessie qui ne pouvait plus contenir que 30 grammes d'urine arriver à en renfermer 150 grammes après la huitième séance. La malade emphysemateuse est morte d'une congestion pulmonaire.

Dans d'autres cancers utérins, j'ai vu les patientes retrouver une certaine élasticité des organes, comme la possibilité d'aller à la selle sans lavement, de pouvoir s'asseoir, de toujours moins souffrir. Un épithéliomateux lingual, dont l'évolution en trois semaines, la

prise de tous les ganglions de la bouche et du cou amenait la suffocation, a vu s'abcéder le dessous du cou, retrouvant ainsi le volume normal de la figure et le sommeil, l'absence de douleurs au bout de dix séances ; quant à la lésion linguale, que j'ai traitée ensuite par le radium, elle en reçut la même sédation et j'y reviendrai plus loin.

Un épithélioma du rectum, après l'opération de l'anus contre nature, voit diminuer ses hémorragies après six applications de rayons X avec tampon imprégné de sulfate de quinine sur la région malade qui devient ainsi fluorescente. Déjà en 1901 — voir l'*Année Electrique* — j'avais essayé avec mon appareil photothérapique, présenté par M. Lippmann à l'Institut de France, le 24 décembre 1900, d'augmenter l'action lumineuse par des substances fluorescentes, du platinoocyanure de baryum ; placées sur le quartz compresseur ; j'avais étudié l'action sur le papier sensible ; les charbons imprégnés ne me donnèrent pas non plus de résultats ; depuis, mes recherches bactériologiques avec le Dr P. Barlerin (Institut, 27 juillet 1903) m'ont démontré qu'il y avait parallélisme, mais non identité, entre l'action bactéricide et l'effet photogénique, car celui-ci peut être nul ou à peu près (lumière bleue) ; et cependant on peut voir s'arrêter l'évolution microbienne. La thérapeutique peut donc, sans cette dernière action photogénique, être puissante, et je suis revenu aux substances fluorescentes, dont Morton a montré l'efficacité.

Sur la tuberculose et d'autres affections, les effets des rayons X sont moins constants.

Une partie réellement nouvelle et originale de mon travail que j'ai signalée à l'Institut, le 12 janvier dernier (présentation de M. d'Arsonval) prouve que dans la radiothérapie est un moyen de diagnostic et de traitement de certains fibrômes. Il existe en effet dans la science l'opinion vérifiée d'ailleurs, que certaines tumeurs abdominales, des fibrômes notamment peuvent dégénérer en carcinomes. J'ai pensé à appliquer les rayons X à deux malades qui ne voulaient pas entendre parler d'opération et dont le teint jaunâtre, les douleurs, l'aspect cachectique pouvaient donner à penser à une tumeur maligne future.

Les bons résultats obtenus permettent donc de penser que la radiothérapie pourrait ainsi fournir un élément de diagnostic en même temps qu'agir curativement ; ces deux malades de 47 et 41 ans, ont été soignés inutilement par les courants continus ; la première au ventre énorme avait une tumeur remontant à vingt centimètres au-dessus de l'ombilic ; la seconde du volume d'un gros œuf. Les règles seules sont très hémorragiques, durant huit jours, abon-

dantes ; en dehors, aucune perte. J'ai fait des applications de 15 minutes à vingt centimètres du ventre, tube dur, trente centimètres d'étincelle, plaque d'aluminium reliée au sol, interposée entre le tube et la tumeur. Jamais de brûlure, ni même d'érythème. J'insiste sur la disposition que j'ai donnée à cette plaque d'aluminium, pour en avoir vu nier à tort l'efficacité ; je ne me borne pas à la faire lier ou à la fixer sur la patiente, sur un parquet ciré, donc isolant et ne supprimant pas le champ photo-magnétique : la plaque est reliée à l'extérieur à ma gouttière.

A chaque séance les patientes ont éprouvé des contractions dans la région morbide, puis leurs menstrues ont été encore plus abondantes, mais en laissant chaque fois la tumeur un peu plus molle et amoindrie. La plus grosse est aujourd'hui au-dessous de l'ombilic ; après 27 séances la malade a repris des couleurs, des forces, de l'appétit et du sommeil ; l'autre tumeur plus résistante, n'a diminué que de moitié en le même temps, mais les séances ont été plus espacées (trois fois par semaine au lieu de tous les jours, pendant dix jours, et ensuite trois fois par semaine également comme chez la première) ; l'état général est également meilleur.

Sans vouloir tirer des conclusions prématurées de ces résultats, il m'a paru que les rayons X quasi-spécifiques du cancer en tant qu'amélioration, tout au moins et sûrement analgésiques, pour ne rien préjuger de l'avenir, s'imposaient comme thérapeutique dans les cas de tumeurs douloureuses où les malades ne veulent pas recourir à l'intervention chirurgicale. L'amélioration obtenue permet donc de penser à un néoplasme futur.

Ces malades ont été suivies et avec une séance tous les 15 jours, ont maintenant leurs résultats depuis la présentation de janvier à l'Institut. Trois autres cas analogues ont été suivis cette année avec le même succès : une malade de 45 ans a eu par le rectum une évacuation purulente abondante, avec péritonisme, fièvre, vomissements, la tumeur grosse comme une tête d'enfant à terme était réduite à un œuf après cette poussée. Les forces un mois après étaient revenues et les douleurs disparues, le teint meilleur et la malade immobilisée auparavant, allait et venait. En somme, les rayons X avaient produit une collection, un abcès intense, en somme analogue à maints abcès externes qui souvent débarrassent le cancéreux de son tissu morbide.

Le cancer de l'estomac m'a fourni trois cas de sédation et trois cas de franc insuccès — ces derniers étaient des malades à évolution ultra-rapide. Des héréditaires succombant un mois après la pre-

mière séance. Un ostéo-sarcome de l'épaule très douloureux ne souffrait plus après sept séances quand il cessa, mal conseillé, le traitement.

Les cancers des seins avec ganglions à l'aisselle, douleurs, tirailllements, de nature squirrheuse ont souvent rétrocedé sans dermatite et sans abcès. J'en citerai notamment deux cas avec un petit ganglion dans l'aisselle dont le ganglion a disparu, et la tumeur réduite des trois quarts est devenue indolore. J'ai constaté le noircissement du sein exposé aux rayons X et des quelques poils de la région. J'en citerai trois autres où les rayons X ont été impuissants à enrayer les phénomènes, n'agissant même que faiblement pour la sédation de la douleur ; deux avaient été opérés et récidivaient aussitôt après l'opération. Un épithélioma situé à l'angle de l'oreille, long de 0,05 cent. et large de 0,01 cent. avec propagation au lobule guérit en 20 séances, mais ayant négligé — pour ne pas effrayer la malade très timorée — de placer la plaque d'aluminium, les cheveux voisins tombaient, leur chute s'arrêtait dès que cette plaque fut placée à la cinquième séance.

L'action ne doit pas être trop rapide, car on a reparlé des métastases, des toxines reprises par la circulation et intoxiquant le malade. Il faut donc veiller attentivement à ce que les éliminations se fassent bien et régulièrement et aussi espacer les séances si la cachexie s'augmente au lieu de diminuer.

En dehors de l'action franchement curative des rayons X, mais comportant évidemment des exceptions — quelle est la thérapeutique qui n'en comporte pas ? — ce qui paraît la dominante de ce puissant agent thérapeutique, c'est l'analgésie qu'il partage avec le radium.

L'Académie de Médecine dans sa séance du 27 juin 1904 a entendu, sur le radium au point de vue analgésique, un rapport d'une commission nommée ; le professeur Raymond a pu conclure que le radium n'était pas démontré analgésique par les faits qui lui étaient présentés, portant surtout sur des cas récents de névralgie faciale. Aussi, le 29 juin apportai je dans une note, à ce corps savant, d'autres faits analogues et qui, je erois plus probants, portent surtout sur des cas de cancers. Mon étude en est déjà ancienne.

En l'*Actualité médicale*, dès le 15 septembre 1901, en effet, je protestai contre les affirmations du Dr Freund, de Vienne, sur l'inefficacité médicale du radium, et j'affirmai que le radium permettrait

bientôt sans doute " de lire comme avec les rayons X, en l'intérieur du corps humain, *voire d'agir thérapeutiquement* " Peu après, le Dr Danlos publiait ses premiers résultats sur le radium contre le lupus. Dans mon enseignement de l'École Dentaire de Paris, 1902, paru en septembre 1903, et au congrès des alienistes et neurologistes de Bruxelles, août 1903, j'assimilai comme action analgésique les rayons X, les ultra violets, et le radium. A la même époque, au congrès de l'Avancement des sciences à Angers, j'affirmai— comme je le disais plus haut et j'y insiste en raison même des confirmations survenues depuis et qui semblent porter sur des faits nouveaux, alors que faits déjà connus — " que toutes les lumières étaient analgésiques. "

J'ai employé en thérapeutique le radium à 240 activités françaises en application continue dans son tube de verre, puis à 10,000 de ces activités, dans ce cas enfermé dans un tube métallique (tube à vaccin) et introduit dans ces cavités (bouche, vagin, rectum...) où existait la lésion à soigner et laissé 15 à 20 minutes. J'ajouterai que me défiant de la suggestion, j'ai souvent appliqué le radium sans dire ce que c'était, sans rien annoncer au malade, pour la bonne raison qu'au début je l'ignorai moi-même et la grande presse n'avait encore nullement parlé de ce corps, déjà longuement décrit en *L'Année Electrique* de 1900. Je l'essayais parfois après divers agents physiques qui s'étaient montrés impuissants et pouvaient laisser supposer au malade qu'il en serait de même pour une nouvelle tentative, laissant donc en ces cas une suggestion plutôt contraire. J'ai vu, par exemple, une névralgie faciale s'exacerber sous la lumière bleue, puis se calmer sous les rayons ultra-violets ou le radium. Dans un grand nombre de cas, je disais au malade mon ignorance de l'action, qu'il pouvait y avoir brûlure...

Voici maintenant quelques observations résumées :

10. *Epithélioma lingual*.—Homme vigoureux de 58 ans, pris subitement en trois semaines de douleurs épouvantables de toute la tête, des ganglions, et d'œdèmes de la face très apparent, et d'un épithélioma immobilisant la langue. Rayons X améliorant rapidement l'ensemble. Mais une congestion pulmonaire affaiblit le malade, que je traite alors chez lui par le radium à 10,000, mêmes phénomènes sédatifs et régressifs que par les rayons X. Le malade a ainsi en une survie supportable de huit mois avec langue mobile, possibilité même de se nourrir d'aliments solides, peu de douleurs puisque jamais on a dû recourir aux injections de morphine, alors que tout faisait prévoir des souffrances continues et intolérables et une fin rapide.

26. *Epithélioma cutané.* Homme de 61 ans, manifestation épithéliale néophasique au front de trois centimètres carré de surface. Tube de radium 10,000 sur la lésion, un quart d'heure tous les jours, avec application de pommade à l'oxyde de thorium à 10 0/0, puis de baryum radifère à 5 activités ; la lésion se creuse du centre à la périphérie, saigne parfois et s'amincit dans son ensemble ; la peau perd sa rigidité et devient souple. La guérison est à peu près complète après 25 séances.

Le thorium et le chlorure de radium à l'activité 5 employés en lotions ou pommades, des argiles radio-actifs et mouillés, révèlent une action caustique plus nette que l'action analgésique ; à faible radio-activité, le phénomène caustique apparaît plus évident que sédation, mais avec insuffisance d'action, parce que trop faible ; sans réveiller cependant la douleur et agissant toujours dans le sens curatif.

30. *Epithélioma cutané.* — Au début, un demi centimètre carré de surface guéri par six applications d'un quart d'heure, de chlorure de radium.

4. *Epithélioma utérin.* — 56 ans, inopérable et très douloureux ; tube à 10,000 activités, la malade ne pouvait s'asseoir ; couchée, elle ne pouvait dormir. On commence par les rayons X, amélioration. La malade affaiblie ne pouvant plus venir, introduction vaginale, chez elle, de la radio activité 10,000. Le calme continue, bon sommeil. La malade ne souffre plus, on cesse, elle s'éteint un mois après, sans avoir eu recours à la morphine.

5. — *Epithélioma rectal.* — Tube introduit. Dès la première séance, suppression de la constipation et expulsion de boules dures fécales et de glaires chez une malade qui, depuis trois mois, allait imparfaitement à la selle et par des lavements. Puis, suppression des hémorragies. La tumeur d'abord ronde et dure, s'affaisse et se morcelle ; le toucher rectal révèle des évidements multiples et de la mollesse après quinze applications quotidiennes, d'un quart d'heure. Les souffrances ont disparues et les injections de morphine ont pu être supprimées. Les selles continuent de se faire naturellement.

Ce malade vit depuis deux ans avec une application hebdomadaire, va, vient et circule.

6. — *Epithélioma stomacal.* Institutrice, 16 ans, emalade en mars 1901 par les plus grands spécialistes de l'estomac, à un mois de vie, au plus. Phlegmatia alba dolens des jambes. Vomissements continus sans hématomèses cependant. Absence de force, cachexie. Trois séances par semaine de bromure de radium à

10,000 activités, un quart d'heure chaque fois. (Œdème des jambes, vomissements disparaissent. La malade mange, reprend ses fonctions. Va bien, fin mai 1905. Combien de temps cela durera-t-il ? Cette survie est déjà un beau résultat. La malade ne vient plus que deux fois par semaine depuis six mois. Les applications sont *externes*, sur la peau.

Citons maintenant et incidemment d'autres cas de sédation de douleur ou d'amélioration des lésions.

Une névralgie faciale, opérée par élongation et section du nerf, a en quelques mois de répit après chaque opération, mais les souffrances avaient reparues depuis six ans. Une application continue de quatre jours, l'a guérie (210), et le résultat s'est maintenu depuis octobre 1903. Aucune suggestion n'a été donnée. L'examen électrique a révélé la dégénérescence musculaire et l'absence de réaction, bien que tout contact fut très douloureux. Dans d'autres cas de névralgie faciale récente sans dégénérescence, on a obtenu des résultats semblables avec des applications répétées de 10,000 activités. Des douleurs en ceinture d'atixique ont aussi cédé en un cas. De même, d'une *fluxion dentaire*, les douleurs violentes ont été calmées et la durée d'évolution amoindrie par l'application, pendant 48 heures, d'un tube de radium à 240 activités. J'ai vu également des lupus améliorés par l'application continue de 240 ou 10,000 activités.

Je n'ai voulu prendre ici que des types d'application courante, ayant en notamment des cas de cancers abordables directement. Un cancer de l'estomac, avec applications externes, s'est aussi cependant trouvé soulagé mieux que par les rayons X. Alors j'ai fait construire une sonde œsophagienne souple portant à son extrémité dans de l'ébonite, du chlorure de radium à 10,000 activités, et que l'on peut arrêter à volonté dans l'œsophage ou l'estomac où les émanations radio-actives se dégagent : sans que le suc gastrique puisse altérer l'enveloppe du radium, ce qui pourrait être si elle était métallique : et sans risquer de la casser, comme si elle était en verre.

Dans la sonde œsophagienne classique, on peut d'ailleurs mettre la petite enveloppe radifère, dans le caoutchouc même. La sédation dans un cas de cancer en nappe de la partie antérieure de l'estomac très nette au toucher et d'ailleurs diagnostiquée par maints confrères et que je soignais dernièrement fut très nette. Dans la position conchée, l'estomac qui se contractait violemment avait pu céder ses mouvements désordonnés, la digestion se faisait mieux et l'appétit revenait, le sommeil était également devenu meilleur. Modifica-

teur et destructeur des tissus est donc le radium avec sélection au profit des éléments morbides.

L'action analgésique est vraisemblablement due à une modification de la fibre nerveuse, paralysie ou destruction équivalant à une nouvelle section, ce que confirmeraient les expériences de M. Danysz, de l'Institut Pasteur, qui a obtenu ces résultats particuliers, paralysie et destruction de la fibre nerveuse, chez les animaux. Toutes les actions chimiques lamineuses sont dans ces cas analgésiques et destructives. La radio-activité est une sorte de retour aux agents caustiques, avec un réglage plus facile, plus visible et sélectif en quelque sorte. Un mouvement scientifique en est en ce moment aux hautes radio-activités. Il est vrai qu'il faut se défier des unités anglaises ou allemandes qui sont bien inférieures aux nôtres, ainsi le 10,000 allemand de 1903 tout au moins était de 210; du bromure du radium, dit pur, et d'origine anglaise, était de 10,000 et non de 1,800,000. Je crois qu'il convient d'ailleurs de tâtonner avec chaque organisme d'autant plus que nos mesures : décharges d'électroscopes; intensités du voile photographique, colorations Hotzuecht ne nous donnent guère que des comparabilités non absolues. D'autre part, n'oublions pas avec Peter : "il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades". Dans un cas d'épithélioma de la langue avec extension à la joue et aux lèvres, la douleur ne fut nullement calmée par plusieurs séances, même par du 10,000, la lésion ne rétrocéda pas non plus, il se détacha même une escharre circulaire de la région morbide, une véritable section du mal et alors la douleur disparut; j'avais placé celui-ci entre un tube de radium dans la bouche à 10,000 activités, et un autre externe, sur une sorte d'abcès purulent à 210 activités françaises (10,000 allemandes).

Il faut donc être très prudent dans ces applications et n'en pas faire une panacée d'autant plus que les tissus emmagasinent merveilleusement, souvent sans aucune réaction extérieure, toutes ces radiations pour les déceler demandent un certain temps après. Je crois qu'il est des cancers curables par les rayons X et le radium que des biopsies successives en détermineront la réalité. L'épithélioma externe ou facile à atteindre paraît actuellement le plus curable.

Quoiqu'il en soit, en présence de l'inefficacité des opérations ou de leurs récidives, on ne peut que conseiller aux malades, soit d'essayer avant l'ablation chirurgicale; soit après, afin d'empêcher la récidive, de le tenter tout au moins, et plus rapproché de l'opération seront les applications, plus les chances de succès seront grandes.

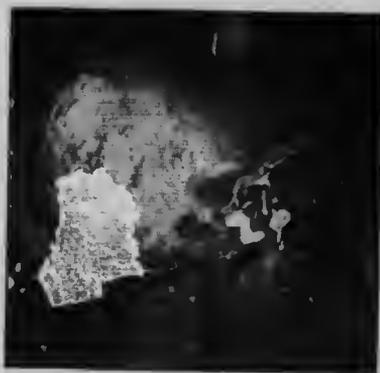
SERVICES QUE LA RADIOLOGIE PEUT RENDRE A LA CHIRURGIE ET LA MÉDECINE

Par le Dr HENRI LASNIER, élève des Hôpitaux de Paris et de l'Institut Pasteur, ex-assistant chirurgien au "London Hospital," Ang., élève diplômé de M. Bécèle, Paris, membre de l' "American Electro-Therapeutic Association".

La découverte du professeur Roentgen a doté la chirurgie et la médecine d'un moyen de diagnostic et de traitement si précieux, qu'il n'est plus permis au praticien consciencieux de l'ignorer, de ne pas y recourir... quand il est à sa portée.

RAYONS X, MOYEN DE DIAGNOSTIC.

Les services que la radiologie peut rendre à la chirurgie pour la recherche des corps étrangers, le diagnostic des lésions osseuses ou articulaires, comme l'attestent la série de radiographies qui sont presque de notoriété publique. Ce qui l'est moins, ce sont les services que la médecine, elle aussi, reçoit de cette merveilleuse découverte du professeur de Wurzburg. A tel point qu'on ne saurait dire maintenant qui du chirurgien ou du médecin en a réellement le plus besoin.



Pour preuve de ceci, faisons défiler devant nous les organes thoraciques, les affections qui leur sont propres et notez au passage ce que l'écran ou la radiographie va vous révéler.

Le cœur. — A tout seigneur, tout honneur ! Le cœur d'abord. Il peut être étudié avec l'écran avec beaucoup plus de facilité que par l'auscultation et la percussion. Aucun procédé n'est plus exact pour déterminer sa situation, son volume, sa forme, le caractère de ses battements, ses déplacements sous l'influence des changements d'attitude, les modifications qu'y apportent le jeu des fonctions respiratoires et circulatoires.

Péricardites. — Dans la péricardite avec épanchement l'examen radioscopique montre avec netteté sur l'écran ou la plaque photographique, la forme spéciale dite " en brioché " que prend le sac péricardique distendu par le liquide et fait constater la disparition plus ou moins complète des mouvements rythmiques de l'ombre cardiaque.

Enfin par les changements qui surviennent dans cette ombre l'écran permet de mesurer approximativement les variations de quantité.

Symphyse cardiaque. — La symphyse cardiaque compte au nombre de ses meilleurs symptômes l'invariabilité de la matité cardiaque dans les diverses attitudes. Il est vraisemblable que les rayons Röntgen feront voir l'invariabilité de l'ombre cardiaque quelle que soit l'attitude des malades.

Atrophies. — Aucun mode d'examen ne révèle mieux les atrophies, les arrêts de développement du cœur. C'est un spectacle surprenant, chez nombre d'anémiques, de débiles, de tuberculeux ou de candidats à la tuberculose, de voir combien sont restreintes les dimensions de l'ombre cardiaque, presque toute entière confondue avec l'ombre médiane de la colonne vertébrale et du sternum qu'elle ne dépasse guère à gauche que par sa pointe.

L'aorte. — L'examen radioscopique ne facilite pas seulement le diagnostic précoce des anévrysmes de l'aorte mais aide encore au pronostic en mesurant les progrès et en permettant d'apprécier la valeur des moyens thérapeutiques contre cette redoutable affection.

L'œsophage. — Pendant que nous sommes dans cette région, si nous voulons user d'un petit artifice (le caehet de bismuth ou la soude œsophagienne) nous pourrions voir la situation de l'œsophage par rapport aux autres organes du médiastin, voir par exemple le siège d'un rétrécissement, sans parler des sons ou autres corps étrangers dont les enfants sont si friands.

Le médiastin. — Il peut y avoir des tumeurs, des sarcomes, " ganglions, etc., qui révéleront leur présence par l'examen, dans " le diamètre droit oblique antérieur, ou postérieur oblique gauche.

“ Les déplacements du cœur dans les épanchements pleurétiques, on les scléroses du poumon peuvent être poursuivis dans de bien meilleures conditions qu'avec l'auscultation ou la percussion, en nous permettant de voir de nos yeux. ” Bécèle.

L'Emphysème. — Voici un emphysémateux, ses poumons se distinguent des autres, des poumons normaux en ce que les diamètres sont augmentés, la transparence est plus prononcée et les mouvements du diaphragme diminués d'amplitude.

La sclérose. Dans la sclérose la transparence est diminuée et les diamètres des poumons restent les mêmes aux deux temps de la respiration.

Bronchite fébrile et gangrène pulmonaire. — S'agit-il de faire un diagnostic entre ces deux affections, la radioscopie pourra peut être aider le chirurgien à déterminer le siège et l'étendue des lésions gangréneuses et le guider dans son intervention.



Autres affections. — Notons rapidement les fractures des côtes, les corps étrangers de la poitrine, les épanchements de la plèvre, les épanchements pleurétiques, les pyopneumothorax qui se voient comme l'eau à travers la carafe, et arrivons à la plus importante de toutes les affections des poumons.

La tuberculose. — Laissons ici parler notre maître, M. Bécèle.

“ Il n'y a pas de maladies dont le début soit plus insidieux, dont les lésions puissent demeurer plus longtemps cachées ; soit qu'aucun trouble fonctionnel ne les fasse soupçonner, soit que

" l'exiguïté et le siège profond des tubercules pulmonaires ne per-
 " mettent pas aux méthodes usuelles de reconnaître sûrement leur
 " présence. Cependant, il n'existe pas de maladies dont il importe
 " davantage de faire le diagnostic précoce, car c'est surtout de la
 " précocité du diagnostic que dépend l'efficacité du traitement.

" C'est chez les malades soupçonnés seulement de tuberculose
 " ou de phthisie à ses débuts, que les rayons Roentgen viennent
 " surtout en aide au diagnostic.

" La radio-scopie, et mieux encore, la radiographie peuvent
 " devancer tous les autres modes d'examen et montrer à l'un des
 " sommets une diminution de la clarté pulmonaire, souvent accom-
 " pagnée d'une diminution des mouvements d'abaissement de la
 " moitié correspondante du diaphragme ; ce dernier signe peut être
 " pendant un certain temps le seul observé.

" Plus souvent, la nouvelle méthode confirme les données de
 " l'auscultation et fait voir qu'à de légères et douteuses modifica-
 " tions du murmure respiratoire correspond une condensation cer-
 " taine du parenchyme pulmonaire. Cependant, dans l'autre cas,
 " c'est l'auscultation ou la percussion qui devance les rayons Roent-
 " gen et fait constater avant eux que le poumon est altéré.

" A mesure que la tuberculose progresse, que les signes physi-
 " ques se confirment, surtout après l'apparition des bacilles dans
 " les crachats, la méthode nouvelle perd de son utilité pour le dia-
 " gnostic de la maladie, en revanche, elle renseigne souvent mieux
 " que les autres modes d'examen sur l'étendue des lésions et fournit
 " un élément très important au pronostic. Enfin, à la période
 " cavitaire, elle permet fréquemment, mais non dans tous les cas,
 " de juger du siège du nombre et de la grandeur des cavernes dont
 " le poumon est creusé.

" Dans les maladies qui simulent la tuberculose, les rayons
 " aident à éviter l'erreur, soit en montrant la parfaite clarté de
 " l'image pulmonaire, soit en révélant les lésions profondément
 " cachées, comme une collection purulente enkystée de l'interlobe,
 " capable d'expliquer les symptômes de consommation."

D'après cet exposé sommaire des services que les rayons rendent
 à la médecine on voit que le médecin aussi souvent que le chirurgien
 a des services à lui demander.

RAYONS X, AGENT THÉRAPEUTIQUE

Radiothérapie. Mais non seulement le tube de Crookes est
 un instrument de diagnostic, c'est aussi un merveilleux agent thé-

rapentique, contrôlable, dosable, absolument comme n'importe quelle substance de la matière médicale, et nombreuses sont les entités morbides qui relèvent de son action physiologique ou thérapeutique.

Notre récente installation ne nous permettant pas encore une statistique bien considérable, nous emprunterons la statistique du laboratoire de M. Brocq, à l'hôpital Broca, de mai 1903 à juin 1904, qui donne la nomenclature des affections traitées et les résultats obtenus :

	Guéris	Traités		Guéris	Traités
Trichophytie.....	1	6	Favus.....	1	3
Sycosis.....	2	2	Psoriasis.....	3	1
Séborrhée.....	2	2	Prurit.....	2	2
Lichénification.....	3	6	Lichen plan.....	1	2
Kéloïde.....	2	5	Verrues.....	5	6
Épithéliomas cutanés.....	20	27			

Et de ces cas en traitement, bon nombre ont été guéris depuis.

Et la nomenclature des affections qui relèvent des rayons X n'est pas finie. On peut dire que c'est le traitement spécifique dans toutes les affections du cuir chevelu ou de la barbe, où il y a indication de faire tomber les cheveux, les rayons X écartent le meilleur agent épilatoire qu'on connaisse. Le mal de barbe, les teignes, les trichophyties, les favus, la pelade, n'ont pas de meilleur agent thérapeutique. La rate leucémique "fond comme neige" sous l'action des rayons X, selon l'expression de M. Belot. Les épithéliomas cutanés, la tuberculose de la peau, les lupus sont guéris couramment dans les laboratoires d'Europe et des États-Unis.

Et le nombre des infections qui relèvent des rayons X augmentent, on peut dire presque tous les jours, à mesure qu'on comprend mieux leur action physiologique et que se perfectionne l'instrumentation et la technique.

Néoplasmes et radiothérapie.— Un chiffre qui n'aura pas manqué d'impressionner dans la statistique (me des premières pages) de l'hôpital Broca, c'est celui des épithéliomas cutanés. Vingt guérisons sur vingt sept.

Il faudrait être difficile pour ne pas trouver magnifique ce début du tube de Crooke comme agent thérapeutique. Bien d'autres statistiques sont venues depuis s'ajouter à celle-là et prouver que les rayons X sans être une panacée universelle n'en sont pas moins un merveilleux agent thérapeutique.

Qu'on nous permette avant d'envoyer sous presse cette communication du Congrès des Trois-Rivières, d'y ajouter une statistique que nous avons sous les yeux, celle de M. Bissérié, médecin à l'hôpital Rothschild de Paris.

	Cas traités	Guérisons	Récidives	Insuccès
Épithéliomas cutanés.....	186	168	7	11
Sarcômes cutanés diffus.....	8	8		
Mélano-sarcômes cutanés.....	12	9	3	
Maladie de Paget.....	9	7		2
Épithélioma de la lèvre supér.	11	8		3
Épithélioma de la lèvre infér.	13	6	2	5
Épithélioma de la langue.....	17	2	1	14

Dans treize de ces 14 insuccès, la maladie était tellement avancée qu'il ne restait que la racine de la langue. Ils avaient été opérés plusieurs fois. Les cas étaient inopérables.



ACTION PHYSIOLOGIQUE DES RAYONS X

De l'observation attentive de tous ces faits se dégagent maintenant certains principes admis de tous les radiologistes et qui sont la base de la radiothérapie, savoir :

- 1° Que les cellules qui composent les tumeurs malignes, malgré leur tendance anormale à se multiplier, sont moins résistantes à l'influence des rayons X que celles du tissu sain environnant. Ce fait est la base essentielle de la radiothérapie de néoplasmes.
- 2° Les éléments constitutifs des néoplasmes diffèrent dans leur sensibilité à l'action des rayons X, selon l'origine et la forme des cellules et la rapidité de leur multiplication.

Quelques uns de ces éléments réagissent à de très faibles doses, tandis que d'autres ne sont que légèrement influencés par des doses énormes.

Les rayons X exercent une influence destructive sur les cellules néoplasiques, différant des caustiques et du couteau du chirurgien en ce qu'ils ne détruisent que les cellules malades tout en respectant l'intégrité des éléments du tissu sain. " Ils sont, selon l'expression de "Gélère, un agent destructif idéal."

Par quel mécanisme exercent-ils cette action destructive? Ils provoqueraient autour des proliférations cancéreuses une leucocytose prononcée, renforceraient les phagocytes dans leur rôle défenseur de l'organisme. Oudin et Darier considèrent que " l'action primaire s'exerce sur les cellules nerveuses dans le sens d'une action stimulante et d'une inflammation. Leduc veut que l'action des rayons X soit due à l'ionisation. Le fluide électrolytique qui baigne les tissus vivants est partiellement ionisé par les rayons X, la nutrition de la partie renversée trouble les éléments constitutifs de la tumeur maligne jouent le rôle de corps étrangers et sont rejetés de l'organisme par l'entremise de l'inflammation environnante, Bordier a montré qu'ils ont une action marquée sur les phénomènes d'Osmose. Les parois des capillaires sont épaissies, les échanges des molécules sont arrêtés, de même que leur nutrition.

PRINCIPAUX FACTEURS POUR ÉTABLIR UN PRONOSTIC DANS LE TRAITEMENT DES NÉOPLASMES.

C'est encore un fait reconnu que la quantité des rayons X absorbés dépend de la proximité de la surface cutanée, décroissant très rapidement de la surface aux couches plus profondes.

" Bien que quelques auteurs aient prétendu que les rayons X n'ont d'action sur les tumeurs malignes qu'en provoquant une mortification du tissu sain mêlé au tissu malade, nous croyons qu'une eschare, une radiodermite volontairement provoquée est une grave erreur." (Belo.)

Aussi est il très difficile de déterminer exactement la profondeur à laquelle les éléments néoplasiques cessent d'être influencés. Ça varie avec la nature du néoplasme et le degré auquel ses éléments constitutifs sont susceptibles à l'influence des rayons X.

Par exemple : certains sarcomes situés dans la profondeur du médiastin sont rapidement influencés par le traitement tandis que d'autres nodules cancéreux, à peine couverts par la peau sont pratiquement hors de portée de l'influence de toutes radiations. Enfin la rapidité avec laquelle les éléments morbides se multiplient est un

facteur de la plus grande importance. Plus lentement l'évolution progresse, plus grandes sont les chances de succès du traitement.

Conclusion. Dans le traitement des néoplasmes, il y a trois facteurs principaux qu'il faut surtout considérer.

L'un, de nature purement physique, c'est derrière la surface, la profondeur à laquelle les éléments du néoplasme sont situés.

Les deux autres sont de caractère biologique : la susceptibilité spécifique des cellules aux rayons X et la rapidité de leur évolution.

Voyons maintenant après ces théories comment se comportent les différentes espèces de néoplasmes.

Épithéliomas cutanés. Ulcères rongeurs. Tous ne se comportent pas de la même manière. La faute en serait à la méthode que l'on suit dans le traitement et au caractère histologique de la tumeur.

M. Holzmecht, de Vienne, une autorité reconnue prétend que les épithéliomas cutanés doivent tous guérir par la radiothérapie.

A cette déclaration catégorique, M. Bélet met seulement cette "restriction" pourvu cependant que leur évolution soit lente."

"Va sans dire, ajoute-t-il, dans les cas d'épithélioma fongueux, il est de bonne pratique de curetter la tumeur, ça a pour effet de "préparer les voies pour un effet plus rapide, sous les rayons X."

Quelques médecins sont portés à accuser les rayons X d'aggraver les néoplasmes cutanés soumis à leur action, "ces aggravations viennent d'applications mal faites ou d'une infection surajoutée," d'après le même auteur.

Si quelques observateurs compétents ont remarqué l'apparition de larges ganglions ou l'augmentation de volume de ceux déjà existants à la suite de fortes doses appliquées sur les épithéliomas. D'un autre côté l'on a vu plusieurs cas de ganglions accompagnant de volumineux épithélioma, considérablement diminués, ou même totalement disparus sous l'influence des rayons X.

La conclusion de ces ganglions augmentés, nous suggère seulement l'idée de commencer l'irradiation par les ganglions compris dans l'infection et sur les autres que l'on craint de voir infectés.

Carcinomes. Les néoplasmes du sein, de l'estomac ou des intestins nous donnent bien peu de cas guéris. Il faut cependant reconnaître combien certains observateurs peu expérimentés vont vite pour dire que cette méthode de traitement ne vaut rien.

Rien n'est plus erroné. La plupart de ces cas sont des cas amenés trop tard, des cas inopérables ayant subi d'ailleurs toutes sortes de traitements.

Pris dès le commencement, nous sommes convaincus que bon nombre guériraient.



Un temps considérable a été perdu, ou par le patient qui a essayé à faire lui-même son diagnostic, ou par le médecin qui n'a pu assez à bonne heure se prononcer sur l'exacte signification de la tumeur, reculant ainsi le traitement qui aurait été efficace. Souvent encore, parce qu'il **préférerait** (avec raison) le traitement chirurgical.

CANCERS OPÉRABLES

Tout cancer sous cutané ou abdominal qui peut être traité par la chirurgie doit l'être, devrait toujours l'être. La radiothérapie de ces cas n'a pas donné un pourcentage de succès assez considérable pour préférer les rayons X à l'intervention sanglante.

Il y a cependant une exception à cette règle dit M. Bélet.

“ Prenons par exemple, un cas de cancer du sein où le patient ayant déjà subi une opération chirurgicale vient nous voir pour se faire soigner par les rayons X.

“ Je le renvoie invariablement à son chirurgien, tâchant d'avoir une réponse à la question suivante :

“ Docteur, pensez-vous que, sans inconvénient, le patient peut retarder (pour un mois environ) son intervention chirurgicale ? ”

“ Quand la réponse est affirmative, je soumets immédiatement le patient à une série d'irradiations non seulement sur la tumeur, “ mais surtout sur les ganglions axillaires et sous-claviculaires. Si “ la tumeur décroît rapidement les risques d'une autre opération “ chirurgicale diminuent ou sont éliminés.”

Si d'un autre côté, il ne résulte aucun résultat appréciable après un mois ou six semaines et que l'intervention chirurgicale est pratique, on verra que la radiothérapie n'aura rien enlevé au patient de ses chances de succès, mais au contraire rendra plus favorable les résultats de son intervention chirurgicale.

La radiothérapie post-opératoire devra être reconnue comme le complément indispensable dans tous les cas d'intervention chirurgicale sur les cas de cancers.

On peut le commencer immédiatement après l'opération, avant que la cicatrisation soit complète, une faible dose de rayons X, tous les quinze jours, pendant deux ou trois mois. S'il n'apparaît pas de signe de récurrence de granulation ou rougeur.

Employés de cette manière les rayons X compléteront le bon ouvrage du chirurgien, en détruisant les quelques cellules malignes que le chirurgien aurait pu laisser derrière lui.

CANCERS INOPÉRABLES.

De tous les moyens thérapeutiques employés contre les cancers inopérables, la radiothérapie est celui qui donne les meilleurs résultats. Elle diminue la douleur, la fait quelquefois complètement disparaître. Elle provoque la régression des couches superficielles de ces énormes masses, et en agissant ainsi diminue l'œdème présent. Elle réduit le volume des masses ganglionnaires qui empêchent le cours normal de la circulation.

Sous l'influence des rayons X, les cancers les plus fétides s'avisent, se nettoient, perdent leur odeur et les bords indurés fondent en quelque sorte. La base, le fond des ulcères commencent à granuler et pas très rarement, la cicatrisation devient plus ou moins complète, pendant que l'état général s'améliore. Sans doute, que ce n'est qu'un traitement palliatif, car la prolifération de cellules néoplasiques tue le patient. Mais même en mourant le malade retient l'espérance de guérir, à coup sûr la vie du malade est prolongée par le traitement.

M. Bélot, personnellement, n'a jamais observé la rapide généralisation dont parlent certains écrivains, comme conséquence du traitement par les rayons X.

Un facteur d'importance capitale quand il s'agit de sarcome, c'est la marche plus ou moins rapide de l'évolution. Plus la tumeur pousse lentement, plus il y a de chance de succès.

Nous avons vu d'énormes masses sarcomeateuses rétrograder rapidement sous l'effet du traitement convenablement appliqué, et cela non seulement sans aucun signe d'intoxication, mais même avec une amélioration notable de l'état général.

Cette sensibilité exquise à l'irradiation nous permet de comprendre de suite le magnifique résultat obtenu par Kimböck, dans un cas d'énorme sarcome du médiastin et par Imbert et Marquis en un cas de sarcome du tibia.

Il semble que certains sarcomes sont encore plus sensibles aux rayons X que ne le sont les épithéliomas.



Nous avons fait les rayons X une arme puissante contre les cancers.

La radiothérapie n'est pas une méthode exclusive, en certains cas, elle cède la place à la chirurgie, comme en d'autres, elle doit lui être préférée, parce qu'elle donne de meilleurs résultats et cause moins d'ennui, d'anxiété au patient.

CONCLUSIONS.

Le scepticisme au sujet de l'action thérapeutique des rayons X n'est plus permis. Cependant combien de fois des patients sont venus nous dire : " M. le Dr un Tel, (médecin ou chirurgien distingué) m'a dit qu'il n'y avait rien à faire." Qui peut dire le nombre de vies qu'on pourrait prolonger si ce verdict n'avait pas été donné au lieu de conseiller loyalement un essai des rayons X ?

Ce qui est plus mal, c'est de dire : " Les rayons X ne vous feront pas de bien," et encore pire d'ajouter : " Non seulement ils ne vous feront pas de bien, mais ils peuvent vous faire du tort."

Tous les cas de cancers inopérables devraient être traités par les rayons X. Tout patient qui refuse l'opération devrait être envoyé aux rayons. Tout patient opéré de cancer devrait ensuite être soumis à ce mode de traitement.

Désormais, le traitement des cancers n'est pas seulement chirurgical, il est *radio-chirurgical*. Et comme conclusion générale, nous répéterons ce que nous disions au commencement : " La découverte de Roentgen a doté la médecine et la chirurgie d'un moyen de *diagnostic* et de *traitement* si précieux qu'il n'est plus permis au praticien consciencieux de l'ignorer.

LA GUÉRISON RADICALE DU CANCER DE LA MATRICE

Par le Dr A. LAPHORN SMITH, de Montréal.

Au milieu du sombre désespoir dans lequel se trouvent la profession et le public en présence de cette terrible maladie, le cancer de la matrice, je suis plein d'espoir que la situation doit s'améliorer tout à fait, que même le temps n'est pas éloigné où il n'y aura plus de cancer de l'utérus à opérer, tous les cas pouvant dégénérer dans ce sens ayant été guéris avant l'établissement de l'état cancéreux.

Mais pour arriver à la réalisation de cet idéal, il faut que certaines vérités soient reconnues : 1^o Le cancer n'est pas une maladie héréditaire ; s'il l'était, tout cancéreux devrait avoir une mère ou un père cancéreux, ou un grand parent ; or, ce n'est pas le cas. A maintes et maintes reprises, une enquête rigoureuse a démontré que pas un ascendant n'était mort de cette affection. Qu'on établisse qu'un seul cas seulement n'est pas héréditaire, et cela suffit pour prouver que l'hérédité exige une autre condition étiologique, cette condition peut-être l'unique.

2^o Le cancer est contagieux. A maintes reprises l'auteur a vu mourir de cancer des femmes, dans l'ascendance desquelles, jusqu'à trois générations, on n'avait pu trouver un seul cancéreux ; mais ces femmes avaient vécu dans l'entourage de femmes atteintes de ce mal.

3^o Le cancer est dû à des germes ou à des cellules spécifiques.

4^o La graine de cancer comme les autres microbes, ne pousse pas sur des tissus bien nourris. Elle pousse de préférence sur un tissu de cicatrice, cicatrice d'un ulcère de la lèvre de la gorge, de l'estomac, ou de l'utérus. Mille sujets, sans doute, ont des cicatrices qui ne sont pas atteints par le cancer, mais uniquement parce qu'ils n'ont pas été infectés ; c'est un fait très rare que la présence d'un cancer dans une région qui n'a pas eu d'ulcération suivie de cicatrice.

5^o Le cancer d'utérus s'accompagne d'une sécrétion avec éléments infectieux, et la femme qui en est atteinte, tout en veil-

l'aut à sa propreté, infecte ses mains et, de cette façon contagieuse ses amis, qui, à leur tour, contagionnent des personnes qui ne l'ont jamais vue.

6° Le cancer de l'utérus a presque disparu de ma clinique aussi bien que de la pratique de mes amis. Pourquoi? Simplement parce que nous ne laissons pas, sans l'opérer une femme qui, à notre connaissance, a un col déchiré plein de tissu cicatriciel: or, ces femmes, si elles n'avaient pas été opérées, auraient non seulement fourni, elles-mêmes, un lot considérable de cancer d'utérus, mais en outre, elles auraient contagionné d'autres centaines de femmes. Même les femmes céciliennes peuvent avoir des ulcérations du col suivies de cicatrices, particularité qui explique les cas exceptionnels de cancers du col dans lesquels il n'y a pas eu antérieurement des déchirures.

7° Les médecins qui ne croient pas que le cancer est contagieux se lavent bien les mains après avoir examiné un cas, mais ils ne désinfectent pas à fond: aussi infectent ils la demi douzaine de femmes qu'ils examinent après, si ces femmes ont du tissu cicatriciel au col de l'utérus ou au vagin. Après opérations ou examens pour cancer les mains devraient être désinfectées à fond comme pour une laparotomie, en vue de n'infecter personne.

8° Tous les cas de cancer devraient être isolés, et les médecins devraient convaincre le public de leur extrême contagiosité.

9° Le cancer est en décroissance dans les pays qui ont eu foi en l'opération d'Emmet (de coudre des déchirures du col) (États-Unis et au Canada) et il augmente au contraire dans les pays où on en fait pas de cas du déchirure du col comme cause de cancer, tels que l'Angleterre, France et Allemagne.

10° Le médecin de famille ne doit pas attendre jusqu'à ce qu'une femme lui dise qu'elle a un cancer: il devrait pouvoir dépister le mal et prévenir la femme de trois mois à un an avant qu'elle ait pu s'en apercevoir.

Il faut enseigner que toute femme qui a mis au monde des enfants doit être examinée vers la trentaine, et, au cas de cicatrice du col, être opérée. Il faut encore enseigner aux femmes que, passé trente ans, la ménorrhagie est un des premiers signes du cancer, et que le retour de la menstruation après la ménopause est une indication, presque formelle, à l'extirpation de l'utérus. Le moment pour enlever l'utérus est celui où le médecin de famille et un gynécologue autorisé " soupçonnent " le cancer. Quand le médecin de famille, gynécologue et histologiste sont sûrs qu'il s'agit de cancer, déjà

il est trop tard pour faire quoique ce soit pour sauver la femme. Trop de femmes sont mortes de cancer parce qu'on a trop attendu cette preuve histologique.

Au début le cancer est une maladie locale. Il est un jour où il n'y a pas cancer en ce point, et le jour suivant il y en a. Il est un jour où la grosseur du mal est plus petite qu'une tête d'épingle. L'excision à ce moment donnerait cent pour cent de guérisons. Mais on n'a pas, objecte-t-on, l'occasion de découvrir le cancer dès ce moment. On on y arrivera si l'on tend de toutes ses forces à y parvenir. Il faut créer un état mental nouveau chez les médecins. Il faut être entièrement convaincu : 1° que tout col déchiré peut devenir cancéreux s'il est infecté par un des nombreux modes d'infection ; 2° que le seul symptôme d'hémorrhagies, particulièrement après les rapports, a plus de signification que de nombreux examens histologiques négatifs ; 3° le moment le plus propice pour enlever le néoplasme cancéreux est celui où il a la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un pois cassé. Les opérations plus tardives n'ont qu'une valeur plus ou moins palliative et sont capables d'assurer la guérison seulement de temps à autre.

En ce qui concerne la nature de l'opération nécessaire, quand on arrivera à ce diagnostic du cancer seulement gros comme une tête d'épingle, l'auteur pense que la technique suivante suffira : tailler loin dans le tissu sain ; enretter soigneusement l'intérus et le toucher avec l'acide phénique pur ; stériliser le vagin avec du bichlorure ; cautériser le moignon externe avec le cautère actuel et le recouvrir avec du tissu emprunté au vagin. Mais dans les cas où le processus cancéreux a évolué depuis plusieurs mois, l'intérus étant toujours resté mobile et les annexes, en apparence au moins, indemnes il faudra une intervention plus complète : excision du néoplasme aux ciseaux, désinfection du vagin, ligature des utérines, extirpation de la portion restante de l'intérus et comme complément, de sécurité, ablation des annexes.

Quant aux cas avancés, quoiqu'ils soient injusticiables de toute opération radicale, néanmoins on peut faire quelque chose pour ces malheureuses malades : enrettages à fond de tout le tissu nécrosé et cautérisation des surfaces cruentées avec le cautère actuel repriement sûrement le néoplasme et entravent l'absorption septique par l'oblitération des lymphatiques.

Quant aux opérations énormes, ultra radicales, tentées dans ces derniers temps, l'auteur les condamnerait par le seul fait de leur haute mortalité immédiate, qui vient forcément à la connaissance

du public, et du public inapte à discerner les véritables raisons, ne peut que retarder et rendre à leur tour inopérable beaucoup de femmes qui, au début du mal, auraient pu être sauvées.

En résumé (a) réduire au minimum les cancers de l'utérus, en réparant toutes les déchirures du col utérin ; (b) si en dépit de cette prophylaxie, quelques cas isolés se produisent, s'efforcer d'enlever le mal alors qu'il est encore tout à fait local, et en sacrifiant une large part du tissu sain ; (c) enfin, isoler les cancéreux, cancéreux qui diffusent la maladie parce qu'on ne dit pas au public qu'elle est éminemment contagieuse.

SUR UNE TUMEUR PRODUITE PAR TORSION DE L'OVAIRE NORMAL ET SIMULANT UN KYTE OVARIQUE TORDU

Par le Dr PAUL LERAT, Mons, Belgique.

M. C. D., 49 ans, nullipare, Hasselt. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Les règles ont toujours été normales, mais sont supprimées depuis 2 mois. A dater de cette époque la malade a ressenti dans le ventre une gêne et une pesanteur progressivement croissantes. Depuis quinze jours surtout s'accuse une tension de plus en plus douloureuse en même temps que le ventre augmente beaucoup de volume. Quand nous voyons la malade, elle est alitée, souffre au moindre mouvement. Elle a un peu de fièvre 38°, 38°, 3.

A l'inspection du ventre on aperçoit une saillie volumineuse, régulièrement convexe, occupant surtout la fosse iliaque droite, une partie du flanc droit et du mésogastre. Elle atteint en haut l'ombilic et dépasse en dedans la ligne médiane. La sensibilité et la défense des parois est si vive que toute exploration complète est impossible. Sous chloroforme on sent aisément une tumeur globuleuse, régulière du volume d'une tête d'enfant, qui siège dans la fosse iliaque droite la moitié inférieure du flanc droit, atteint en dedans la ligne médiane et se perd vers l'hypogastre. La matité est complète dans toute la région. Le plus grand axe de la tumeur, légèrement oblongue est une ligne tirée de l'épine du pubis au point de Mac Burney et se prolongeant vers la convexité des dernières côtes. Cette tumeur est vaguement mobile, tendre, *très nettement fluctuante*, au toucher vaginal on atteint facilement la tumeur dans le cul-de-sac droit et la fluctuation est très appréciable au palper combiné.

Le diagnostic est un kyste ovarique milolaire tordu sur son pédicule. Dans la laparotomie, pratiquée d'urgence, ce diagnostic paraît se vérifier. La tumeur est ovarienne, libre de toute adhérence anormale et tordue sur son pédicule de trois tours et demi de spire. L'aïeron postérieur du ligament large a entraîné la trompe dans sa torsion. La tumeur a une coloration noirâtre; sa consistance est liquide et sa paroi très infiltrée d'œdème. Un prolongement sessile de la masse descend dans le petit bassin. L'utérus et

les annexes gauches sont tout à fait saines. Après l'enlèvement qui est des plus faciles, la tumeur est fendue selon son grand axe. Elle est tout entière solide et d'un brun noirâtre comme sa surface. Il s'en exprime peu à peu une sérosité jaunâtre, presque transparente. Cette sérosité distend à tel point la tumeur qu'une heure après l'opération le volume de la masse est réduit de moitié. C'est cette surdistension qui a donné lieu à la sensation de fluctuation.

À l'examen microscopique, on ne découvre dans la tumeur aucun tissu néoplasique, mais sous les éléments de l'ovaire, on retrouve facilement l'allbuginée, des follicules de DeGroot d'âge divers et des vaisseaux. Ces derniers ne contiennent que quelques rares globules rouges altérés. Les tissus sont plus ou moins dégénérés et remplis partout d'incrustations de fibrine, tranchant en jaune sur la coloration des coupes. Partout, mais surtout au voisinage des vaisseaux, existent de larges espaces lamaires où l'on ne voit que des filaments fibrineux. Bref, un œdème excessif dans des tissus près de se mortifier. Au point de vue bactériologique les ensemencements de la sérosité d'œdème sur différents milieux de culture ont donné des résultats constamment négatifs.

Ces constatations nous font croire que la seule torsion de l'ovaire est la cause de la tumeur et nous relient, comme suit les données cliniques aux renseignements anatomopathologiques :

La torsion initiale, imperçue, renoua sans doute à plusieurs mois avant que la malade ait ressenti les premiers maux. Elle a vraisemblablement été occasionnée par le prolapsus de l'ovaire dans le Douglas, ce dont le prolongement de la tumeur dans le petit bassin semble un indice. Par gêne de la circulation de retour, l'ovaire s'est infiltré et distendit peu à peu. Le caractère lent de ce processus n'a provoqué ni douleur ni trouble appréciable au début ; les premiers symptômes ne sont apparus que deux mois avant l'intervention. Les phénomènes aigus qui survinrent quinze jours avant l'opération sont dus à ce que, soit que la torsion soit devenue plus complète, soit que la tumeur ait elle-même comprimé directement les vaisseaux. Le sphacèle et l'éclatement de la tumeur deviennent de la sorte imminents.

Opération de l'hypospadias pénien par uréthroplastie à lambeau pénien losangique, combiné à l'avancement de l'urèthre et à la tunellisation du gland.

Par le Dr PAUL LERAT, de Mons, Belgique

G. O., 11 ans, Juniet (Belgique).

Chez les ascendants du malade, non plus que parmi ses nombreux frères et sœurs, on ne relève aucune malformation. Le malade lui-même porte, outre son hypospadias, une double hernie inguinale congénitale, avec cryptorchide.

Quand la verge est relevée, le méat hypospade se trouve situé à 3 centimètres en arrière du sommet du gland. C'est un orifice si étroit qu'il est difficilement visible en dehors de la miction et qu'il n'admet qu'avec peine une fine sonde lacrymale. Bien que la miction soit très lente et souvent douloureuse, l'urèthre ne paraît pas dilaté derrière ce méat. Au devant du méat, outre la partie balanitique du canal qui fait complètement défaut, on ne trouve pas à la face inférieure de la verge la gouttière qui représente d'ordinaire l'ébauche de l'urèthre entre les deux replis uréthraux non soudés. A l'endroit précis où serait situé le méat normal, le sommet du gland offre une légère dépression cupuliforme. La verge est soudée sur sa face inférieure; mais on ne sent aucune bride qui soit la cause de cette incurvation.

L'opération, pratiquée en une seule séance, consiste en une uréthroplastie à lambeau pénien losangique, avec avancement de l'urèthre et tunellisation du gland.

1° A l'aide d'un couteau de Stillig, je débride le méat hypospade vers le haut jusqu'à ce qu'il admette facilement une sonde à demeure No. 11.

2° Par une incision quadrilatère avec le méat comme centre, je circonscris à la face inférieure de la verge un losange dont la plus grande longueur est de 1 centimètres environ, 2 au devant, 2 en arrière du méat. Cette collerette losangique, destinée à former la portion la plus antérieure du canal est disséquée soigneusement. Directement en arrière du méat cette dissection est délicate parce que le canal de l'urèthre est en contact immédiat de la peau. Une sonde

à demeure No. 11 est alors introduite dans la vessie; on rabat sur cette sonde la collerette disséquée dont la face entaillée devient interne, et on la lie en avant.

3^e Par la partie postérieure de l'incision pénienne, l'urèthre est mobilisé assez loin en arrière vers le bulbe, ce qui permet par une traction modérée de l'avancer à peu près de 1 centimètre.

4^e Un gros trocard emporte pièce creuse dans le gland un tunnel circulaire depuis la dépression balanique, qui sera le nouveau méat, jusqu'à la région du méat hypospade. On attire d'arrière en avant la sonde sur laquelle est chargé l'urèthre. Deux crins de Florence fixent la collerette entaillée au nouveau méat.

5^e La plaie de la face inférieure de la verge est fermée en suture linéaire à l'aide d'agrafes de Nickel.

Les agrafes sont retirées aux 5^e et 7^e jour, la sonde au 8^e. Le résultat parfait d'emblée se maintient tel depuis deux mois. Afin de garder au nouveau canal son calibre et son élasticité, on y passe deux fois par semaine une bougie en gomme élastique No. 12.

Ce procédé d'uréthroplastie qui utilise, avec l'avancement de l'urèthre (Beck, von Haefler) et la tunnellisation du gland par un brocard (Nové Josserrand) un lambeau pénien circumméatique me paraît sûr et d'une exécution relativement facile dans les cas appropriés. Son mérite me paraît être de rendre applicable à un grand nombre de cas d'hypospadias pénien l'opération si logique de l'avancement de l'urèthre, jusqu'ici réservée à la variété balanique.

VALEUR PRATIQUE DE L'URÉTHROSCOPIE DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS

Par le Dr H. MINET, de Paris, ancien interne des hôpitaux

En remerciant mes confrères Canaliens de l'honneur qu'ils me font en m'admettant à leur Congrès, je m'excuse d'apporter à leur œuvre commune une si moleste contribution. Elle n'aura d'autre mérite, à défaut de la nouveauté *mi novi sub sole*, que de s'appuyer sur des observations personnelles.

Sert-il vraiment à quelque chose de manier l'uréthroscope dans les cas de rétrécissements uréthraux ? Est-ce au contraire une pure satisfaction de curiosité ? Le praticien y perd-il son temps, ou bien le malade peut-il en profiter ? Tel est l'aspect sous lequel j'envisagerai la question.

A un point de vue plus théorique, on ne peut nier que l'uréthroscopie n'ait donné, dans les cas où elle est praticable, d'utiles renseignements anatomo-pathologiques, et n'ait permis d'ajouter aux observations cliniques comme une "illustration" du texte. Il suffit d'avoir lu les travaux allemands sur cette matière, en particulier ceux de Kolmann et d'Oberländer, pour être convaincu que l'anatomie pathologique des rétrécissements doit beaucoup à l'uréthroscopie.

Mais au point de vue, strictement pratique, faut-il, comme on le fait en Allemagne, contrôler fréquemment l'état de l'urèthre par l'endoscopie, et employer des modes de traitement qui peuvent être pratiqués à l'aide du tube endoscopique ? Faut-il au contraire, comme on continue à le faire en France, laisser de côté l'uréthroscopie et se contenter de l'explorateur à boule pour le diagnostic, et des instruments dont l'œil ne peut suivre l'action, pour le traitement ?

Bien entendu, il ne peut s'agir que des cas qui ne nécessitent pas un traitement d'urgence, et qui permettent l'emploi de tubes d'un calibre suffisant pour bien voir : il serait purement inutile d'examiner avec un tube inférieur au No 23 Charrière. On attendra donc que le calibre de l'urèthre ait été amené à ce numéro par la dilatation. En revanche, il n'est pas utile d'employer des tubes aussi gros que dans les uréthrites chroniques sans diminution de calibre. En effet, précisément parce qu'il s'agit de rétrécissements, l'urèthre

est parfaitement établi par un tube moyen, même si on a pu le dilater à un plus haut degré : d'autre part l'examen est plus facile, si par l'emploi d'un tube de calibre moyen, on évite de provoquer des déchirures dont le saignement masque le champ de vision, et que l'on pourrait attribuer faussement au traitement. Les meilleurs examens seront pratiqués avec le tube 25 Charrière : il ne s'agit donc plus de rétrécissements étroits, mais la qualité d'un rétrécissement, et par conséquent son pronostic, ne dépendent pas seulement du calibre de l'urètre, et l'on ne doit pas dédaigner a priori l'uréthroscope sous prétexte qu'elle ne s'applique pas à la période de début du traitement des rétrécissements plus serrés.

Au point de vue du diagnostic, l'uréthroscope donne d'utiles renseignements sur la *qualité* des tissus qui causent la diminution de calibre, et, d'autre part, sur les *lésions intra-urétrales concomitantes*.

Sous le titre de *qualité* des rétrécissements, j'englobe les diverses propriétés physiologiques de tissus malades, qui causent les différences de pronostic. Quand on a exploré soigneusement l'urètre, qu'on a essayé de le dilater, surtout quand on a contrôlé par l'explorateur à boule les effets de la dilatation, quand on a palpé extérieurement le canal pour en apprécier l'épaisseur et la dureté, et celles des callosités péri-urétrales éventuelles, ou ne connaît pas absolument les destinées du rétrécissement. Même quand on a apprécié ce que nous avons proposé d'appeler la "dilatabilité électrique", (1) on ignore si la récurrence sera rapide, grave, si de nouveaux foyers de rétrécissements viendront se juxtaposer près de ceux que l'on soigne actuellement. Ce sont là des points très importants du pronostic, et sur lesquels on n'est fixé d'une manière précise que par le temps. Sans doute, si la dilatation a été rapide, si le traitement a été prolongé assez longtemps, on peut porter en général un pronostic favorable, et espérer que la récurrence sera tardive ou diminuera par le calibre de l'urètre. Mais il n'y a là aucune certitude, et l'épreuve du temps peut réserver, dans des cas en apparence bénins, des surprises désagréables.

Or, l'examen uréthroscopique peut aider à fonder le pronostic sur une base sérieuse. Prenons en quelques exemples.

Un malade présente un rétrécissement bulbaire qui à l'explorateur à boule, paraît très mince, comme une petite bride vibrante, vite franchie et ne donnant pas lieu à la sensation de frottement dur. La dilatation a marché rapidement, on arrive vite au-delà de 50

(1) Cf. Société Médico-Chirurgicale 1906; et Bulletin Médical.

Béniqué, et le malade manifeste à la fois son contentement et le désir de se priver des agréments de la dilatation. Il est possible en effet, en pareil cas, que la bride qui fermait l'anneau (et qui pouvait provoquer même la dysurie), ait cédé, et que le rétrécissement n'ait pas de tendance à se réformer. Mais bien plus souvent cette bride— repli muqueux ou demi-fibreux, — ne constitue qu'une partie infime des lésions. Elle repose sur une paroi malade, et cependant assez peu épaissie pour que l'explorateur à boule, dans une région ample comme le cul-de-sac du bulbe, n'y rencontre pas de résistance. L'examen uréthroscopique a le mérite de montrer ces lésions : l'urèthre a perdu son plissement normal et sa souplesse, des orifices glandulaires, enflammés y paraissant, ou des trousseaux fibreux se voient sous l'épithélium ischémisé. La bride perçue à l'exploration peut avoir disparu : il n'en persiste pas moins un foyer inflammatoire en voie d'évolution, et là seulement se trouve la clef du pronostic.

Prenons un cas plus grave. Un rétrécissement long, étroit, a été uréthrotomisé et dilaté péniblement, cependant peu à peu on est parvenu à un assez haut degré de dilatation. Faisons l'examen endoscopique. L'urèthre, dans la traversée du rétrécissement, apparaît-il comme un tube rigide, jaune cireux, mais assez lisse, sans bosselure ni fissures ; au sortir de la zone étroite, le canal paraît-il peu à peu se refermer en entonnoir allongé mais régulier : on peut conclure qu'il n'existe pas de foyers notables d'infiltration scléreuse, que sans doute le canal a perdu sa souplesse normale, mais qu'il n'aura pas une tendance grave à se rétrécir ultérieurement. Au contraire, pendant la traversée de la sténose, la fonction du canal est-elle inégale, bosselée de callosités séparées par des fissures plus ou moins cicatrisées ; au sortir du rétrécissement, le tube est-il comme éjecté violemment, et voit-on en même temps l'urèthre se refermer brusquement, comme si ses deux parois étaient repoussées l'une contre l'autre par quelque puissant ressort, sa lumière apparaît-elle comme une fente close, en zigzags très irréguliers, aux angles prolongés par des fissures profondes ? Dans ce cas, le canal, même conduit aux plus hautes dilatations que les Béniqués peuvent atteindre, est inguérissable ; on pourra l'entretenir dans le même état par de fréquentes dilatations, mais toute interruption de traitement sera suivie forcément d'une récurrence grave. Même si celle-ci paraît relativement lente, que l'on sache bien que la vessie est condamnée à une lutte constante contre l'obstacle uréthral, et que tôt ou tard, elle faiblira.

Après l'uréthrotomie et la dilatation consécutive, on n'interrompt donc pas définitivement le traitement, malgré le calibre

reconnus, si l'uréthroscope démontre l'existence de callosités, des épaissements et des fissures que nous venons de mentionner. En pareil cas, le calibre peut être temporairement suffisant ; les lésions restent, et avec elles la menace de la récédive et de complications péri-uréthrales.

L'uréthroscopie empêchera encore de délaissier imprudemment le traitement d'un urètre dont les rétrécissements paraissent bien dilatés, quand on aura reconnu, en-deça ou au-delà de la zone fibreuse rétrécie, en général vers les limites de celle-ci, des parties de l'urètre présentant les lésions glandulaires de l'uréthrite chronique, ce qui est extrêmement fréquent. En pareil cas, traiter les rétrécissements n'est qu'une partie de la tâche qui s'impose, il faut de plus prévenir les rétrécissements qui se formeraient dans l'avenir au niveau des parties enflammées, et dans ce but, pratiquer des dilatations localisées à ces parties, et conduites à un degré beaucoup plus haut que dans la partie scléreuse.

L'uréthroscopie explique certaines difficultés de la dilatation ; par exemple, les hémorrhagies et les douleurs vives pendant le passage des bougies sont souvent dues à des *fissures de la paroi uréthrale*. Les fissures m'ont paru, du reste, extrêmement fréquentes, même quand le traitement a consisté en dilatations prudemment conduites ; je les crois presque constantes dans les rétrécissements formés par du tissu scléreux dur, annulaire. Dans les cas simples, elles sont courtes et superficielles, n'entament que l'épithélium, saignent peu et causent peu de douleur ; au contraire, dans les canaux durs, irréguliers, calleux, elles peuvent être profondes, donnent à la fente uréthrale un aspect irrégulièrement étoilé, et se prolongent souvent en amont et en aval de la zone la plus rétrécie. Chaque dilatation les ouvre, et à vrai dire, ces fissures, en s'écartant, permettent en partie l'augmentation du calibre nécessitée par le passage de la bougie ; mais chaque dilatation les fait saigner, et cause de plus ou moins vives douleurs, surtout à leurs extrémités, à l'entrée et à la sortie de la zone étroite. Toute dilatation menée trop rapidement, avec un instrument trop gros, ou dont l'extrémité ne progresse pas exactement dans l'axe de l'urètre (comme il arrive souvent pour les Bénédicts non conduits), toutes ces causes produisent de plus profondes déchirures, avec hémorrhagies abondantes, et exposent, si l'urine est septique, aux accidents fébriles de résorption les plus dangereux, en même temps qu'aux complications phlegmonieuses péri-uréthrales. L'uréthroscopie mettra en garde contre ces fautes de traitement ; en outre, elle per-

mettra la désinfection et la cautérisation de ces fissures, de manière à en assurer la cicatrisation sans cesser d'entretenir en bon état le calibre de l'urèthre.

Ces quelques exemples suffisent à montrer que l'uréthroscopie est un moyen de contrôle très utile au cours du traitement des rétrécissements, et que, en particulier, son importance est capitale, à la période terminale du traitement. Elle permet d'établir le pronostic sur une base objective, et de ne cesser la dilatation qu'à bon escient. Je conseille donc son emploi, au cours du traitement toutes les fois qu'il existe des hémorragies, des douleurs ou une suppuration chronique, et dans presque tous les cas, en terminant le traitement.

En ce qui concerne les *traitements pratiqués au moyen du tube endoscopique*, je suis au contraire, jusqu'à présent, absolument sceptique.

On pourrait espérer que sous le contrôle de l'œil on arriverait plus facilement à travers le passage pour une bougie filiforme, dans les rétrécissements difficilement franchissables ; en réalité, quand la bougie filiforme se trouve tout à fait arrêtée, ce n'est généralement pas à l'entrée du segment rétréci, seule visible à l'uréthroscope, mais dans une des anfractuosités de ce segment, et hors de contrôle de la vue. Tout au plus, l'uréthroscope aura pu faire reconnaître l'existence d'une fausse route à éviter. En définitive, c'est par tâtonnement, à l'aide des artifices de cathétérisme que chacun connaît, qu'il faut essayer de franchir les rétrécissements filiformes, et non avec l'uréthroscope.

Les deux modes de traitement endoscopique qui ont été essayés sont l'uréthrotomie, et l'électrolyse avec l'aiguille électrolytique.

L'*uréthrotomie* dont il est question ici est l'uréthrotomie "complémentaire", qui peut devenir nécessaire dans des canaux déjà traités par la dilatation, quand celle-ci se montre finalement impuissante à modifier l'anneau fibreux au-delà de certaines limites. C'est celle qu'on réalise très bien avec l'instrument de M. Desnos, muni d'olives interchangeable qui permettent de reconnaître la topographie uréthrale et de limiter la longueur et la profondeur des incisions à volonté, et sans agir à l'aveugle, je ne vois aucun avantage à se servir d'un instrument d'ailleurs dérivé directement du modèle précédent, en le passant dans le tube uréthroscopique. Ce n'est pas pendant l'opération que l'endoscopie peut rendre service, c'est auparavant, pour en préciser les indications et déterminer les points où les incisions doivent être pratiquées, ou quelque temps après, pour en vérifier les résultats.

Quant à l'*électrolyse* à l'aide d'une aiguille reliée au pôle négatif de la pile, pratiquée par Seelhorst dans le but de détruire, par suite des effets caustiques du courant galvanique, les ilots de tissus fibreux accessibles au tube endoscopique, je ne puis la juger que d'après les observations publiées par son auteur. Les résultats paraissent en avoir été bons ; mais comment savoir si les nombreuses séances nécessaires n'agissent pas surtout comme de vulgaires dilatactions ? D'ailleurs ces observations ne renseignent pas sur les résultats éloignés du traitement. On peut se demander si, dans les cas où les foyers fibreux sont petits, il est bien nécessaire de chercher à les détruire complètement, puisque alors la récurrence est peu menaçante après une dilatation assez prolongée ; et si, dans les cas de foyers considérables, on ne crée pas pour l'avenir des cicatrices rétractiles aussi dangereuses que les infiltrats ainsi traités. Il semble bien que l'aiguille électrolytique doit être réservée aux lésions glandulaires qui compliquent les vrais rétrécissements. Encore convient-il de ne s'en servir que sur des points de très petite étendue, de peur d'engendrer des cicatrices qui, non rétractiles en théorie parce que produites au pôle négatif, se montrent rétractiles en fait, comme je l'ai constaté dans d'autres circonstances.

En résumé, autant je crois pouvoir conseiller l'uréthroscopie comme un moyen de diagnostic et de pronostic qui complète très utilement les autres modes d'investigation, autant je considère comme un " jeu scientifique " l'adjonction du tube uréthroscopique aux instruments du traitement de l'urètre rétréci.

COMMUNICATIONS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

LA PROFESSION MEDICALE

DEVANT LES PROFESSIONS SŒURS, DEVANT LA LÉGISLATURE, DEVANT LA SOCIÉTÉ

Par le Dr A. LASSONDE, de Drummondville.

Le but comme l'objet de ce congrès se trouve résumé quelque part dans son programme avec beaucoup de justesse : *Diffusion scientifique, intérêt professionnel.*

Dans les deux congrès précédents auxquels je me suis fait un devoir d'assister, j'ai constaté, avec une fierté bien légitime, que le premier point avait été traité de main de maître, et que le second, "Intérêt Professionnel" avait été entouré d'un silence presque complet, sauf quelques travaux aussi intéressants que peu nombreux.

Durant les deux années qui viennent de s'écouler, grâce aux résultats bienfaisants de ces réunions toutes faites de dévouement, d'amitié, de bonne entente, grâce à nos sociétés médicales, le souci de notre avancée, tant comme Corps s'est de plus en plus développé, et avec un élan si général, si patriotique, que l'on peut dire aujourd'hui avec raison : Le vent est à nos intérêts professionnels.

Aussi, tout en remerciant chaleureusement à mon tour nos amis de la ville des Trois-Rivières, pour leur accueil si cordial, leur hospitalité si franche et si généreuse, je salue avec bonheur l'ère d'autour, de progrès et de solidarité qui se lève pour la plus noble des professions. J'en bénis l'aurore avec la confiance que seul peut inspirer le respect d'un art élevé à la sublimité du véritable apostolat.

Avant d'entrer dans le vif du sujet que j'ai intitulé : La profession médicale devant les professions sœurs, devant la législature,

devant la société, je demanderais aux membres de cette savante assemblée, de ne voir dans les remarques qui vont suivre, dans les observations que j'aurai l'honneur de leur soumettre, aucune intention déloyale, aucun parti pris.

À tous ceux qui m'écoutent dans cette enceinte, je fais appel à la noblesse de leurs sentiments, à la largeur de leurs idées, à la générosité de leurs aspirations, pour juger à son mérite, mais avec bienveillance cette obole de ma bonne volonté.

LA PROFESSION MÉDICALE DEVANT LES PROFESSIONS SŒURS.

Plus d'une fois, chacun de vous, j'en ai l'intime conviction, s'est surpris à jeter un regard de convoitise sur ses frères du Notariat et du Barreau, au spectacle de l'exercice d'une profession relativement facile, bien rémunérée, efficacement protégée, équitablement régie.

En effet de quelque côté que l'on se tourne, de quelque manière que l'on envisage la constitution, la charte de nos sœurs devrait nous servir de modèle, puis qu'elle nous prêche éloquemment et par la parole et par l'exemple.

Par la parole en revendiquant fièrement et hautement ses droits et ses privilèges lorsqu'ils paraissent venir en conflit avec ceux de la profession médicale ; par l'exemple, en donnant une portée pratique à leurs délibérations et cela avec l'unanimité de sentiments et d'opinions qui nous fait hélas trop souvent défaut.

S'agit-il de fermer la porte à un abus qui pourrait affecter le bien général, de suite tout intérêt personnel ou de clocher se tait, et est impitoyablement sacrifié pour le plus grand bien de tous.

Parle-t-on de relever le tarif, de le rendre plus en harmonie avec les exigences toujours croissantes de la clientèle, la cherté de l'existence, là encore entendue bien comprise et partant décision irrévocable édictée par une loi formelle dont l'efficacité le disputera à l'avancement de chacun des membres.

Pour vous prouver à l'évidence que sous ce rapport plus encore que sous les autres, il nous est absolument impossible de soutenir la comparaison avec les professions sœurs, je n'aurais qu'à vous rappeler qu'il y a soixante et quinze ans les honoraires d'accouchement, en ces heures si pénibles du défrichement et de pauvreté nationale étaient les mêmes qu'ils le sont aujourd'hui dans plusieurs localités de la Province de Québec.

Cependant, que de chemin parcouru depuis un demi-siècle, que d'avancement dans la marche générale des affaires de notre

pays, que de progrès dans le champ si fécond et si vaste de la Science médicale.

Et nos services professionnels, et notre tarif, où en sommes-nous? Poser la question, c'est la résoudre.

Devient-il urgent maintenant de rendre l'accès de la profession plus difficile et d'en permettre l'entrée qu'à ceux qui peuvent y faire honneur et contribuer à en relever le niveau.

Voyez quels soins, quelle diplomatie l'on apporte, chez nos bons amis du Notariat et du Barreau, dans la présentation de ces lois, et surtout dans leur mise à exécution.

Peut-on en dire autant des membres de la grande famille médicale? Ici encore j'aime mieux ne pas répondre.

Vous présenterai-je maintenant avant de clore ce premier point un autre côté de la pratique médicale, ou pour m'expliquer plus justement, un autre aspect de la vie du médecin. Aspect aussi intéressant qu'ignoré, aussi méritoire que méconnu, aussi admirable que faussement apprécié. Je veux parler du sacrifice absolu, complet de nos soirées et de nos nuits, ou plutôt de notre sommeil et de notre santé.

Tout est mis à contribution pour rester fidèle à la noblesse de notre mission, à la hauteur de notre tâche; le repos bienfaisant du corps, comme le suave délassement de l'intelligence; la douce quiétude de l'âme comme la sérénité inaltérable de l'esprit, les joies saintes de la famille comme les réunions charmantes de la belle et bonne amitié.

En retour songe-t-on bien souvent chez les personnes étrangères à notre existence tout-à-fait exceptionnelle, songe-t-on lorsque l'on tente d'établir un parallèle entre la profession médicale et ses congénères, à tenir compte de cet abandon volontaire de notre liberté, de ce dévouement poussé jusqu'à l'héroïsme? Rarement, presque jamais.

Le refus que je pourrais appeler officieux de sanctionner notre tarif, le refus révoltant de lui donner l'existence légale dont la légitimité prime incontestablement celle de toutes les autres professions libérales sans exception, en est la preuve la plus démonstrative.

La nature de notre travail, les circonstances dans lesquelles ce travail est effectué tout en traitant le côté malade nous empêche assez souvent de soigner la partie financière, et nous en sommes quittes pour y laisser un peu de notre santé, beaucoup de notre temps et presque entièrement notre salaire.

Tel n'est pas le cas en général pour les autres professions où ce côté rémunérateur est souvent une occasion " *Sine qua non* " du labeur imposé.

Si encore la chambre de nos représentants, qui est sensée refléter les sentiments et les opinions pondérées de notre peuple, se faisant un devoir de réparer ou mieux de parer à cette criante injustice par des lois équitables, nous serions à demi récompensés.

Mais à la place de tout cela nous avons vu une critique acerbe, partielle, fleurir sous les faits et gestes de nos députés. Cette appréciation, cette reconnaissance semi-officielle par trop flatteuse de notre carrière, sera considérée sous son jour véritable dans le point suivant :

LA PROFESSION MÉDICALE DEVANT LA LÉGISLATURE

Je voudrais avoir ici, en traitant ce point important de mon humble travail, la véhémence élocuente d'un tribun, la voix autorisée de ces pionniers de la science médicale au Canada, pour flétrir comme elles le méritent les injustices, les humiliations, les reculades désastreuses que nous a fait subir notre législature depuis un quart de siècle.

Le distingué président du Congrès de Montréal, Monsieur le Dr Foucher, a en infiniment raison de se plaindre des entraves apportées par cette branche du pouvoir.

Je n'entreprendrai point de vous faire l'histoire de ces fameuses sessions où notre cause a été en jeu. Quelques considérations générales suffiront, je crois, à vous faire comprendre toute ma pensée.

D'abord et toujours, toute loi, toute mesure concernant la profession médicale devrait être présentée, expliquée et défendue par un homme autorisé de notre Corps, qui au préalable, se serait entendu avec la Société Médicale dont il fait partie ; ou par un député choisi régulièrement et spécialement par le Collège des Médecins, dont la compétence ne pouvant être mise en doute, serait de taille à lutter avantageusement contre la mauvaise foi des uns ou l'ignorance des autres. De la sorte nous pourrions compter sur une discussion éclairée des lois que nous voulons faire passer ; en démontrer l'importance et la raison d'être à toute la députation, qui instruite comme elle doit l'être, serait heureuse d'en favoriser l'adoption au lieu de les morceler ou encore de les renvoyer cavalièrement aux Callendes Grecques.

Si cette manière de procéder, qui est la seule bonne et rationnelle selon moi, avait toujours été en honneur dans ces questions

qui sont pour nous d'importance primordiale, nous n'aurions pas assisté à l'humiliant spectacle qui s'est déroulé sur le parquet de la Chambre d'Assemblée durant les sessions de ces dernières années, abstraction faite, bien entendu, de celle de 1906, où nous avions un Premier Ministre plus dévoué aux travailleurs de la pensée, plus amoureux des intérêts vitaux de l'humanité, que rivé à sa fortune personnelle.

Nous n'aurions point vu des personnes étrangères à notre profession, et plus étrangères encore aux sentiments de dignité, de respect et de confiance envers leurs concitoyens, venir attenter, avec une naïve désinvolture, à notre autonomie et nos prérogatives chèrement gagnées. Nous n'aurions point souffert sans protestations indignées que l'incompétence et l'ignorance nous imposât des lois boiteuses et rétrogrades pour servir les intérêts de certaines coteries.

En effet, que diriez-vous d'un boucher qui se permettrait de présenter une loi sur les machines à coudre ? Le père d'une mesure aussi étrange n'aurait même point les honneurs de la discussion n'est-ce pas ? Son incompétence sauterait aux yeux de tout le monde, et le ridicule seul lui saurait gré de sa hardiesse. Amis, confrères, nous sommes ici en famille, il faut bien l'avouer, tel a été un peu notre cas.

Nous avons eu de ces bouchers députés et ministres qui sous le couvert de leur influence et de leur patronage de mauvais aloi, ont osé attaquer ce que nos pères en profession avaient réussi à édifier au prix des plus grands efforts et de pénibles labeurs. Il me semble que ce régime a trop duré : aussi j'ose espérer que le travail combiné de nos Congrès et de nos Sociétés Médicales saura y mettre fin.

LA PROFESSION MÉDICALE DEVANT LA SOCIÉTÉ.

J'aurais voulu développer ici quelques réflexions couchées dans ma mémoire par ci par là, au hasard des circonstances, mais le temps plus que limité qui m'est alloué et les proportions déjà trop grandes de cet entretien, m'obligent à remettre à plus tard cette dernière partie.

Qu'il me soit permis, cependant de remarquer au milieu du progrès général, où la lutte pour l'existence devient de plus en plus âpre et ardue, les membres de différentes lignes d'affaires et de commerce, les métiers les plus divers, voire même les charretiers, les cochers, les barbiers, etc., etc., ont senti le besoin de s'affilier en association, ont compris et cela d'une manière pratique, les avantages d'une solidarité bien assise.

Les médecins en général de cette province ont été les derniers à se former en Société ; et sans vouloir faire de malice, j'ajouterai immédiatement que l'enthousiasme des adhérents n'est pas encore à son paroxysme, et l'apathie des autres, bien regrettable, surtout chez les jeunes, qui débutent dans la carrière, et qui auront plus tard à gémir sur la défectuosité de quelques lois actuelles et sur leur protection plus ou moins alléatoire. Sans compter que le bagage scientifique, l'outillage professionnel de ces derniers auront en plus à en souffrir. Quiconque n'a point l'ambition louable d'éponner ses connaissances ; d'éprouver, de perfectionner son mode de faire et de penser au contact, au choc des idées et des opinions de ses confrères, est destiné infailliblement à s'échoir sur quelque terre-à-terre routinier.

Je le répète, les dernières conches sociales nous donnent tous les jours l'exemple de la solidarité la mieux comprise. Cet exemple devrait trouver en nous tous des imitateurs, car si nous avions, il me semble, à un plus haut degré, l'orgueil, la fierté de notre cause, ce en serait fait du Charlatanisme, des Médecines Patentées, et de toutes ces plaies qui font de notre profession en plusieurs endroits un métier et un des moindres.

Messieurs, avant de terminer, je demanderai la permission de vous citer quelques lignes résumées d'un travail lu au dernier congrès des Médecins de Langue Française, tenu à Montréal en 1904. Je disais en parlant de la portée du fameux "Bill Taschereau," des précédents plus que regrettables qu'il pouvait créer, des conséquences presque inévitables qui suivraient l'adoption d'une mesure aussi rétrograde et aussi pleine de danger pour la Profession toute entière : Maintenant, je me demande après ce fâcheux événement si nous devons regarder l'avenir avec confiance, avec assurance. Je devrais plutôt me demander avec raison l'anxiété dans l'âme si nous ne sommes point retournés dix années, quinze années en arrière.

Tant que nous n'avons point trouvé la solution de ce problème épineux, nous demandant une protection plus efficace et pour laquelle tant de lois diverses ont été proposées et mises à l'épreuve, je me fais un devoir de l'affirmer, Monsieur le Président, il ne servira de rien de légiférer, ce sera de l'ergo-ge pur et simple.

Le Collège des Médecins et les Sociétés Médicales de District devraient se concerter avec les différentes sections du Barreau de la province et poser les bases d'une entente sérieuse, solide, de manière à faciliter la passation de lois véritablement efficaces, et surtout s'assurer d'une manière pratique de leur mise à exécution.

De la sorte, le Barreau par la voix de quelques-uns de ses membres députés ou ministres ne viendrait pas en conflit avec la Profession Médicale. Au contraire, il serait tenu sur l'honneur et dans ses plus chers intérêts de rester fidèle aux conventions acceptées et d'entretenir avec nous les relations les plus étroites, les plus amicales et les plus suivies.

Ce sera là de la bonne fraternité, de la protection réciproque, de la véritable solidarité."

Loin de moi la pensée de vouloir tout critiquer et tout blâmer chez le Collège des Médecins, de méconnaître sa raison d'être, de voiler son mérite et ses services passés. Bien au contraire, je suis heureux de saisir l'occasion qui m'est offerte en ce moment, pour féliciter chaleureusement le distingué Président de Notre Collège qui dans notre Province et à l'étranger a jeté un si grand éclat, un si beau lustre sur la Profession Médicale Canadienne-Française. Ses travaux, son dévouement, sa science font l'admiration de tous.

Je rendrai hommage avec non moins de gratitude à ces valeureux, à ces courageux de la profession, qui dans le Collège, et de là dans leur Société Médicale respective, s'efforcent d'implanter le culte de nos véritables intérêts.

Je louerai particulièrement le représentant de notre District, qui ne s'est pas contenté dans ce Corps important aussi bien qu'au siège présidentiel de notre Association, de jouer un rôle passif, mais à travailler avec un dévouement peu ordinaire, à faire triompher ses idées et ses opinions. Sa parole aidée puissamment par sa plume alerte et vigoureuse, ont remporté des succès mérités qui lui font le plus grand honneur.

Ce que je voudrais faire accepter aux membres de ce Congrès, ce que je voudrais voir adopter comme principe à une de ces grandes assises médicales est ceci : Comme vous le savez tous, la Chambre Provinciale est composée en grande partie d'avocats, et comme conséquence inévitable, le contrôle de la majorité leur appartient d'emblée.

Dans toute question importante touchant la profession médicale, les Sociétés Médicales de District devraient s'entendre avec les différentes sections du Barreau de cette province et s'assurer d'avance de leur assentiment, de leur adhésion formelle. De la sorte nous ne marcherions pas à une défaite certaine, et l'avocat-député d'un comté qui verrait derrière lui quinze à vingt médecins de ses chauds mandataires et douze à quinze de ses adversaires politiques y regarderait à deux fois avant de donner son vote à une mesure combattue par eux.

Comme il peut s'en rencontrer, qui sont plus préoccupés de leur situation que de leurs principes, ils trouveront là un nouveau moyen de protéger leur manteau de député, qui se l'est si mal tenu jusqu'ici.

L'expérience nous apprend malheureusement que le Collège des Médecins, considéré comme Corps par un député en session, ne compte pas ou à peu près. Mais la société Médicale de district et les médecins de chaque comté, mis en éveil par les discussions soulevées dans nos assemblées auront une toute autre influence. Nous obligerons ainsi le député à faire son devoir et tout son devoir, nous le forcerons à compter avec nous et pour nous. À reconnaître enfin dans les conseils de la nation, la part sacrée de l'État et d'influence et d'honneur qui nous est légitimement due. Nous sommes le nombre, nous pourrions être nos maîtres.

Là est notre sùlat, là est notre tarif, là est peut être la légalisation de nos Sociétés Médicales de district, et probablement, notre Bureau central d'examineurs.

Telle est Messieurs, l'expression vraie d'une pensée modeste apportée à ce troisième monument de la Science Médicale Canadienne Française.

Puisse-t-elle contribuer à servir les intérêts d'une profession qui m'est chère et que je voudrais voir grandir au soleil bienfaisant de la patrie, comme la plus belle, la plus prospère, la plus unie du Canada-Français.

De l'Influence des Sociétés Médicales de Districts sur le Progrès Intellectuel, Moral et Scientifique

Par le Dr S. G. Paquin, M. D.

En comptant de présenter une communication au troisième Congrès, j'ai eu le plaisir de trouver un cas intéressant à soulever pour soumettre à la discussion. Cette question a été soulevée depuis longtemps sur un point qui a toujours été discuté.

La confiance toute confiante que j'ai eue en vous, et si activement de votre avancement et de vos succès, me fait espérer qu'on ne me désapprouvera pas en me soumettant à ce sujet choisi est tout d'actualité. La confiance que j'ai eue en vous.

Délégué aux grandes Assemblées, j'ai eu le plaisir de vous rencontrer dans la plus hospitalière des villes. Je suis sûr de vous avoir fait plaisir et l'honneur d'être élu par vous à la Société Médicale du comté de... Je vous remercie et tous les membres de ce troisième Congrès vous adressent leurs compliments et nos hommages à toutes les Sociétés médicales de votre comté ou caucettes représentées ici et ailleurs.

Maintenant, il y a lieu de faire connaître les avantages extraordinaires que peuvent offrir les Sociétés médicales de district, pour la promotion des intérêts médicaux et prouver que l'organisation des Associations médicales de district a beaucoup à promouvoir le progrès intellectuel, moral et scientifique, c'est-à-dire prospérité sociale et bien-être de nos concitoyens.

Quel que nous fassions, nous ne pouvons rien n'est beau que de nous en tenir à nos principes. Nous aimons à croire que l'avenir de notre pays est dans l'avenir non éloigné, sourire et confiance, et nous sommes convaincus, plus particulièrement.

Il y a une grande confiance dans les districts ruraux et dans les centres médicaux. On peut attendre le progrès que l'on peut attendre de l'union de toutes les énergies, et de toutes les ressources. On est généralement désireux de s'instruire, d'améliorer leur situation sociale et même financière. De plus, les villages et communes ont un nouveau zèle grâce aux impressions.

salutaires reçues durant ces admirables célébrations nationales et scientifiques comme celle qui nous réunit en ce moment, nous osons compter avec un avenir qui devra laisser dans l'ombre les quelques succès auxquels nous croyons avoir droit.

Il n'y a pas bien longtemps, un confrère me disait : " Avant l'organisation de notre société médicale, chacun de nous était abandonné à ses seules forces et à ses seules consolations, qui bien souvent, il faut l'avouer étaient tout à fait nulles : mais le peu que possédait chacun en fait de science, d'expérience, de sources d'informations, de courage et d'émulation dans l'exercice de ses devoirs se trouve aujourd'hui plus que quintuplé. Nous possédons en plus toutes les ressources dont les Associations sœurs, celles des villes surtout, munies des plus puissants reverbères, sont toujours empressées à nous faire bénéficier."

Il faut avoir vécu la vie isolée, la vie si affreusement ennuyeuse du médecin indigent, enfoncé dans un village lointain, privé de communications fréquentes avec ses confrères tant de la campagne que de la ville, s'atrophiant dans la pénurie de toutes choses, pour savoir apprécier à sa juste valeur de quels secours de l'ordre même matériel, mais surtout de l'ordre moral et intellectuel, est l'organisation toujours grandissante des Associations médicales.

En faisant ce court exposé de la situation nouvelle, notre zèle et notre foi en l'avenir vont jusqu'à nous faire désirer le jour où toutes les sociétés professionnelles du monde entier, mais surtout celles de notre pays, se multiplieront, s'ordonneront, s'harmoniseront les unes avec les autres, par une hiérarchie basée sur le mérite et sur la science de manière à former la plus utile et la plus forte institution du monde après celle de l'Église.

Une telle institution ferait pour le bien corporel de l'humanité, pour le bonheur de ses propres membres, ce que l'Église fait pour le bien spirituel des âmes en général et qu'elle fait en particulier pour le bien-être de ses ministres et l'efficacité de leurs œuvres au moyen des réunions conciliaires, des assemblées synodales et des conférences ecclésiastiques tenues jusque dans les plus modestes dépendances de la campagne.

Pour nous, une pareille organisation aurait une naissance à peine près irrésistible pour la promotion et la défense des intérêts de notre Faculté tant vis-à-vis du peuple que du gouvernement.

Je me plais à dire ici, que depuis l'organisation des différentes Associations médicales dans notre province, il est facile de constater les progrès rapides qui se font dans toutes les branches de notre

faculté. Aussi voyons-nous les autorités religieuses, civiles et gouvernementales déverser sur nous les responsabilités qui leur incombent sur tout ce qui se rapporte au bien-être et à la santé publique. Comme l'a si bien dit une de nos autorités médicales canadiennes : " Le médecin est aujourd'hui considéré comme l'intermédiaire obligé, le dépositaire des connaissances du jour, l'aviseur du gouvernement et le conseiller du public pour la sauvegarde du plus beau capital : " *la santé de ses semblables.*"

Les trois grandes questions qui seront soumises à la considération de chacun des membres de ce 8ème Congrès sont : *L'Alcoolisme*, la *Tuberculose* et l'*Hygiène*. Eh bien, je vous le demande, quelle autorité, quelle force de conviction, quelle influence salutaire auront sur notre population canadienne, les décisions sévères mais justes d'une assemblée aussi importante que celle qui nous réunit aujourd'hui ?

Pour nous surtout médecins canadiens, nous devons chérir la devise : " L'union fait la force." En nous formant en Associations médicales, en unissant nos efforts, nous serons plus aptes à l'étude, plus charitables les uns envers les autres, meilleurs observateurs des lois de la déontologie médicale ; nous aurons plus souvent occasion de rencontrer, de connaître et d'apprécier les maîtres de la science dont notre jeune pays s'honore ; nous aurons par là même plus de facilité d'entendre leurs sages conseils, de profiter de leur expérience et de leur science acquise et serons plus en état de diriger et de renseigner les populations confiées à nos soins.

Il n'y a pas de présomption à dire que, après les ministres de la religion, c'est au médecin quelque humble qu'il soit qu'incombe la plus belle tâche dans l'admirable croisade entreprise contre les ravages de l'alcoolisme.

Comptons-nous donc, unissons nos efforts en rivalisant de zèle et d'édification, marchons contre l'ennemi. Nous contribuerons pour beaucoup à enrayer le hideux fléau de l'alcool, ce poison insidieux et furtif qui s'insinue lentement et sûrement dans le sang de notre jeunesse canadienne, cette faible victime, qui obéissant aux exigences de la passion, s'avilit, se brûle et se tue ! Que dis-je, cette maladie terrible ne s'attaque pas seulement à la jeunesse mais elle envahit de plus en plus toutes les couches sociales de notre belle patrie.

Unissons nos efforts et nous réussirons encore à diminuer la mortalité effrayante chez nos jeunes phthisiques ; nous aurons encore plus de prestige et d'autorité pour travailler à la moralisation

et au bien être de nos compatriotes en leur donnant des habitudes d'ordre, de sobriété, d'économie, de propreté et de dignité personnelle.

En résumé, si notre organisation est complète, ferme et sérieuse, si toutes nos sociétés savent se coordonner et travailler d'ensemble, nous atteindrons certainement le but projeté et les résultats seront satisfaisants et à la portée de tous.

Quant aux moyens à prendre, ils sont nombreux et je ne pourrai d'en mentionner quelques-uns.

Nous pourrions :

I. Obtenir de notre Législature toujours soucieuse des intérêts du pays, de redoubler de prudence et de décreter des lois très rigoureuses, d'imposer des punitions plus sévères contre tous ceux qui font le commerce de liqueurs alcooliques sans licence et même avec des licences.

II. Convaincre les Corporations Municipales du danger d'accorder trop de licences : les engager à ne donner qu'avec la plus grande restriction les permis d'hôtel, les dépôts de liqueurs confiés bien souvent à des amis ou à des protégés indignes de confiance et indifférents au respect dû à la morale publique.

III. Exiger que toute municipalité ait un bureau de santé, composé d'hommes dévoués et amis du progrès qui veilleront à l'observance fidèle des lois hygiéniques, facilitant ainsi la lourde tâche du médecin surtout en temps d'épidémie.

IV. Dieter aux Compagnies d'Assurances et aux Associations de secours mutuels, un tarif uniforme qu'elles seront forcées d'accepter, nous rémunérant ainsi des services professionnels signalés qu'elles ont jusqu'ici exigés de nous et payés à vil prix :

V. Il est indubitable que notre Législature et le Collège des Pharmaciens prêteraient main forte pour ostraciser les mille et une médecines brevetées, ces préparations délétères et nuisibles si non toxiques qui encombrant les pharmacies de 2^e degré, les magasins de la ville et de la campagne :

VI. Nous serions plus en état de tenir à distance et en respect cette nuée de soi-disant étudiants irréguliers, d'étrangers munis de diplômes *trop recommandables*, de tous ces aspirants qui ne sont pour la plupart que des *nullités charlatanesques* s'imposant chaque année à la Législature, venant périodiquement frapper à la porte de notre Collège des Médecins et Chirurgiens, pour extorquer une licence qui, une fois obtenue, leur permettrait de donner libre cours à leur charlatanisme éhonté, exploiter la crédulité de nos populations rurales et discréditer notre belle Profession.

Vingt-cinq années de pratique à la campagne me permettent de parler ainsi.

Je le répète, en concentrant toutes nos énergies, tous nos efforts vers un même but commun, nous nous sentirons heureux, à la fin de notre carrière, d'avoir fait quelque chose pour le bien-être des nôtres, d'avoir contribué pour notre quote-part à cette "*Santé Publique*" que Disraëli disait : " Etre le fondement sur lequel reposent le bonheur des peuples et la puissance de l'État.

Que mon dernier désir en terminant soit le suivant : Former des associations médicales qui seront comme autant de phalanges privilégiées toujours prêtes : 1^o A combattre l'Alcoolisme en se servant des conclusions du Congrès ; 2^o à vulgariser jusque dans les coins les plus reculés de la province toutes les lois de l'Hygiène ; 3^o travailler par là même à enrayer et diminuer les ravages de la Phthisie chez notre population.

C'est ainsi que nous aurons embelli nos familles, fortifié la vitalité de notre race, protégé la religion et contribué pour beaucoup à relever le niveau moral et intellectuel de notre beau pays qui avance rapidement dans la voie du progrès, à tel point qu'il sera appelé avant longtemps à prendre une place enviable parmi les nations.

LES MÉDECINES BREVETÉES

Par le Dr J. E. LACOURSIÈRE, de Berlin, N. H., États-Unis.

Je désire vous entretenir de la "Patentomanie". Le mot vous étonne, n'est-ce pas? N'en faites rien, car il est tiré du vulgaire comme le sujet lui-même. Qu'est-ce donc que la Patentomanie? Ne feuillotez pas Littré, peine inutile! C'est une maladie régnant à l'état endémique dans notre pays, et consistant dans la manie qu'à le public d'employer toujours à tort, jamais à raison, les remèdes brevetés dont on ne connaît rien que les effets désastreux.

Étiologie. — Les causes relèvent de deux sources : du médecin et du patient. Ce dernier est doué d'une crédulité et d'une ignorance vraiment déplorables. Il ajoute une foi vive à tous les racontars, prête une oreille attentive aux annonceurs et crieurs qu'il devrait bafouer et chasser sans merci. Une voisine (je dis "voisine" car le mal affecte surtout les femmes, comme d'ailleurs la plupart des maux d'origine purement nerveuse) une voisine vient-elle lui dire : "Je souffrais d'un mal semblable, j'ai pris le Pérnna... le Pérnna m'a guéri." elle l'écoute avec admiration, et sur le champ se gorge de "Pérnna". Plus tard, une autre lui vante les Pilules Rouges, allons! essayons les pilules rouges! Ainsi de suite, autant de conseils, autant d'essais.

Le patient est de plus victime de son ignorance. Il ingère pilules et sirops sans en connaître les conséquences. Pourvu qu'il y ait promesse de guérison, ça suffit. Pour lui tel symptôme ne peut avoir qu'une origine unique : il toussé. Est-ce dû à une affection bronchique, pulmonaire, laryngée? Il n'en sait rien. Tout ce qu'il sait, c'est qu'il toussé, et hurra! (le Sirop Kikapou) le Cough Cure!

La seconde source du mal, c'est le médecin. Si les voisines ont la langue trop longue, le médecin, lui, l'a trop courte. Chaque jour il est témoin des désastres de la Patentomanie, et il laisse faire. Qui de vous, en arrivant près d'un patient, ne s'est pas entendu dire : "il y a longtemps que je souffre; j'ai essayé plusieurs remèdes, ça ne m'a rien fait." Qui? très bien! et on passe de suite à l'interrogatoire et à l'examen. Des remèdes brevetés, il n'en est plus question, pas même peut-être en décousseiller l'emploi. La chose est pardonnable pour un charlatan, pour un homme du peu-

ple, mais non pour un homme de l'art qui doit avoir à cœur l'intérêt du malade et de sa profession.

Je voudrais bien connaître le malheureux microbe qui s'est installé dans le cerveau du public et y cause de si grands ravages. Il a plus de puissance et d'activité à lui seul que le staphylocoque, le streptocoque et tous les *coques* réunis de l'humanité. Est-il en forme de bâtonnet, de virgule ou en chaînette? Je n'en sais rien. Il doit sécréter une sérieuse toxine tout de même, et c'est un malheur qu'il ait échappé aux investigations du savant Pasteur.

Symptomatologie. La Patentomanie est une maladie inhérente à l'existence humaine. Depuis l'enfant qui commence à respirer jusqu'au vieillard sur le point d'expirer, tous les âges en sont atteints. C'est généralement le Castoria qui ouvre la scène.

Dernièrement, je visitais une malade que j'avais accouchée la veille. La bonne m'accueille avec ces mots: Madame va bien, mais le petit est malade. Qu'est-ce qu'il a, lui dis-je? Des coliques, je crois. J'ai dû lui donner une dose de Castoria. Est-ce croyable, messieurs? L'enfant au sein ne se contente pas du lait maternel, il lui faut encore celui de cette bonne vieille qu'on appelle la Mère Seigelle. S'il souffre du côté des voies respiratoires, il trouve un précieux secours dans "le Sirop des Enfants," jusqu'au moment où le médecin, appelé, se trouve en présence d'une mortelle broncho-pneumonie ou bronchite capillaire. Plus tard, à cette étape de la vie où se réveillent les plus importantes fonctions de l'organisme, au point de vue sensoriel et de la génération, surviennent de nouveaux maux qu'il faut combattre. Il suffit d'aller au magasin de marchandises sèches pour trouver l'arine propre au combat. On passera bien devant le bureau du médecin, mais on ne se soucie guère d'y entrer: on n'y pense même pas.

Quelques années encore, et cette jeune fille se mariera. Elle deviendra mère. Apparaissent alors tous les troubles d'ordre féminin: migraines, dyspepsies, névralgies, syncopes, anémies, et que sais-je encore. Va sans dire qu'une métrite est généralement en cause. C'est ici que la Patentomanie atteint sa phase aiguë, malheureusement sans période de déclin, et les annonceurs de remèdes brevetés le savent fort bien. Il n'y a qu'à lire les journaux du jour pour s'en convaincre. Chaque mère de famille, riche ou pauvre, a sa petite pharmacie où règnent en maître, bien entendu, le Périuma, les Pilules Rouges, "le Régulateur," et tant d'autres remèdes qui tous revendiquent l'honneur et le mérite de guérir le "Beau Mal". Si l'on forme un tout de cette collection pharmaceutique, on a la Panacée de la femme, Panacée qu'elle conserve

comme une relique précieuse et qui l'accompagnera jusqu'au tombeau. Contre l'âge critique, Madame est-elle désarmée? Oh! non, et elle prendra le " Lydia Pinkham ". L'effet en est merveilleux, aussi ne manque-t-elle pas de le conseiller à ses semblables. A cet âge qu'on appelle " Age de retour ", surviennent de nouveaux maux. L'organisme vieilli est souvent troublé de fond en comble, aussi la patentomanie est-elle ici parvenue à son maximum d'intensité. La femme s'agite, se tourmente, feuillette journaux et almanachs, puis d'une main fébrile, tremblante, avec l'élan du désespoir, saisit la dernière planche de salut à sa disposition, " les Pilules de Longue Vie ". C'est le complément d'une Panacée qui a fait sinon son bonheur, du moins son espoir. Elle y trouve une précieuse ressource jusqu'à ce qu'enfin la mort, véritable panacée pour tous et pour elle en particulier, vienne mettre un terme à sa malheureuse existence.

Complications. Très graves, elles sont l'aboutissant inévitable de la Patentomanie, et se divisent en deux classes: celles de nature positive, celles de nature négative. Y a-t-il un seul médicament dont l'action soit absolument inoffensive? Tous n'altèrent-ils pas à un degré variable la cellule organique? Ils nous permettent, c'est vrai, d'aider la nature dans une certaine mesure, mais outre cette action bienfaisante, ils en exercent un autre sur les tissus, nocive et altérante, laquelle il nous faut malheureusement reconnaître et admettre. Je me rappelle ici le sage conseil d'un professeur: " Soyez très-sobres dans l'administration des médicaments. " Et ce professeur prêchait non seulement par la parole, mais encore et surtout par l'exemple. Eh! bien, si un remède, même administré soigneusement et prudemment, porte en lui un principe mauvais, que sera-t-il entre les mains d'un individu qui n'en connaît ni la provenance ni les résultats. Cette pauvre constitution, si frêle, si fragile, subira-t-elle impunément pendant des années le contact de substances médicamenteuses entassées sans relâche. Oh! non, c'est impossible. Peut-être parviendra-t-elle, au moyen de la force de résistance dont elle est douée, à lutter contre l'ennemi qui l'assiège, mais elle devra tôt ou tard, en proie à une altération profonde, souvent irréparable, baisser pavillon, se déclarer vaincue.

Si les complications d'ordre positif le sont encore davantage. Observez un Patentomaniaque. Lorsqu'il est pris d'une affection quelconque, rien de plus pressé naturellement que de la vouloir congédier. Et à cette fin, il porte toute son attention sur les remèdes brevetés dont il continue l'emploi des mois et des mois. Il en éprouve certains soulagements, mais l'entité morbide gagne du terrain et finalement se rend maîtresse de la place, il n'y a plus de

chance de guérison. Pourquoi cela ? parceque le sujet atteint, ébloui par les bienfaits passagers et puérils de certaine pilule, n'a pas eu l'intelligence de consulter un médecin qui, lui, aurait pu facilement dès le début, opposer une barrière efficace au microbe envahisseur. Combien paient un tribut précoce à la mort pour avoir négligé de traiter une maladie antrefois bénigne, maintenant incurable, et cela en s'attardant à prendre, sur le conseil d'insensés, des préparations qui ont causé leur ruine ! Il y a quelque temps un jeune homme se présente à mon bureau. Le fait est véridique, remarquez bien. D'après son histoire, il tonse depuis six mois et présente plusieurs signes de tuberculose. L'examen des pommous me révèle une induration prononcée au sommet du pommou gauche. " Avez-vous déjà été traité par un médecin ? lui demandai-je. " Non, me répond-t-il, seulement j'ai employé beaucoup de remèdes ", et il me cite une kiryelle de sirops que je serais bien en peine de répéter ici. Il finit, comme toujours du reste, par cette phrase invariable : " Ça ne m'a rien fait. " Je riposte à coup sûr : Au contraire ! ces remèdes vous ont fait quelque chose, c'est-à-dire qu'ils vous ont fait grand tort. Ils ont été la cause que, n'ayant subi encore actuellement aucun traitement sérieux, vous vous trouvez dans un état grave, loin de présenter la certitude de rétablissement qu'il aurait présenté il y a six mois. Messieurs, ce jeune homme s'est donné la mort à lui-même il a commis un véritable suicide à main armée, ou plutôt à main désarmée, en laissant par son inaction le bacille de Koch faire chez lui des ravages maintenant irréparables.

Traitement. — Il ressort des derniers mots que vous venez d'entendre — " Sublatâ causâ, tollitur effectus " — et la cause première, vous la connaissez, elle a été traitée dans l'étiologie. Faut-il s'attaquer aux fabricants de remèdes brevetés, eux qui s'imaginent faire un bien réel à l'humanité, tout en recevant l'obole de la récompense ? Jetterons-nous la pierre au Gouvernement, institution idéale et sans reproche, qui a pour mission sacrée la sauvegarde du Peuple, et qui la remplit noblement en secourant avec une générosité édifiante les efforts de Messieurs les fabricants ? La Presse — je veux entendre la Presse en général — doit-elle être blâmée pour le dévouement sans bornes qu'elle apporte à la publication de toutes les préparations imaginables ? Épargnons une telle injure à cette Presse établie pour l'instruction salutaire, destinée à régénérer le monde. Le consommateur chargé de veiller à la conservation du patrimoine familial, a décidé, dans sa prévoyance, d'éviter toutes relations avec le médecin, homme barbare qui soutire sans miséricorde écus sur écus, y a-t-il là quelque chose de

répréhensible ? Messieurs, dans notre siècle où la soif de l'or prime tout, où l'on ne craint pas de mettre en jeu les intérêts les plus chers, les plus inviolables pour satisfaire à cette soif ardente, je pécherais mortellement en incriminant les corps sociaux que je viens de mentionner. La moindre accusation à leur adresse serait une calomnie qui me rendrait le plus exécrable des humains. Aussi je m'en garde. Je respecte, plus que cela, j'admire la philanthropie du fabricant, la sagesse administrative et providentielle de l'autorité sociale, le zèle infatigable de la Presse, l'économie et la bonne foi du consommateur, je n'attaque qu'un seul homme, c'est le médecin. Pourquoi ? parce que je suis sûr ainsi de parler à un homme intelligent et désintéressé ; à un homme qui seul peut traiter le Patentomaniaque, en mettant trêve au matisme qui le rend coupable. Cessons, en effet, de donner un encouragement tacite à la maladie. En face du patient, ne craignons pas d'ouvrir la bouche, lorsqu'il s'agit de condamner l'usage des remèdes brevetés. Ne nous contentons pas de condamner simplement, faisons-le avec énergie ; efforçons-nous de convaincre, de persuader, quand nous venons en contact avec un Patentomaniaque, quoi de plus facile que de lui dire : Ma pauvre amie ne voyez-vous pas que vous marchez vers la ruine par votre faute ? Tous ces médicaments que vous ingérez, vous ne devez pas les prendre pour la simple raison que vous ne connaissez pas ce que vous prenez. Ce n'est pas à vous, mais au médecin de décider ce qu'il vous faut, lorsque vous êtes malade. Si vous désirez être traitée par moi, que nous soyons bons amis, dites adieu à tous les remèdes brevetés. Sinon je ne puis vous prendre sous mes soins. Si nous parlions de la sorte, il ne se passerait pas un jour que chacun de nous n'opérât une conversion. Ce que plusieurs confrères de ma connaissance pratiquent, ce que je pratique moi-même, tout médecin, soucieux de son devoir et de l'intérêt commun, devrait le pratiquer. Une croisade ainsi entreprise serait un moyen radical à notre portée de faire disparaître la Patentomanie, d'en enrayer l'évolution. Pareil traitement vaudrait infiniment plus que les mille et mille pages écrites contre les fabricants de remèdes brevetés. Laissons à ceux-ci, toute liberté. Qu'ils vulgarisent, distribuent leurs produits à profusion, c'est leur affaire. Dirigeons simplement nos efforts vers le parti malade, et nous sommes sûrs du succès sur toute la ligne. En effet, pas d'acheteur pas de vendeur ! Employons notre influence et notre savoir à mettre en garde contre un danger qui la menace, à la déli-vrer d'un mal qui l'accable, et ce faisant, nous aurons rempli notre devoir, nous aurons grandement mérité de la Patrie et de nos semblables.

TARIF DES COMPAGNIES D'ASSURANCE SUR LA VIE

Par le Dr ALBERT LAURENDEAU, de Saint Gabriel de Brandon.

Je vous avouerai et vous le constaterez au reste que je ne m'attendais pas à traiter cette question d'ordre à peu près exclusivement matériel ; du tarif que les Compagnies d'assurance ont depuis un certain temps imposé à la profession médicale au sujet des examens personnels de leurs assurés. Pour cette raison je serai bref, d'autant plus que ce sujet ne comporte pas de grands développements.

Il y a quelques années, la plupart des compagnies accordaient aux médecins cinq dollars chaque examen, et maintenant que les services des hommes de profession sont mieux retribués en général ; aujourd'hui que les méthodes scientifiques sont plus précises, plus minutieuses ; par conséquent imposent plus de responsabilité aux médecins, les compagnies dans un but d'économie, à la suite peut-être des extravagances de toutes sortes, que de récentes enquêtes ont dévoilées, les compagnies dis-je, ont résolu de faire ces économies au détriment de la profession médicale. Il y a près d'un an l'Association M. C. de Joliette dont j'ai l'honneur d'être le secrétaire, a adopté quelques résolutions que je pourrais ainsi résumer : " Aucun membre de l'Association ne fera aucun examen pour compagnies d'assurance sur la vie, à moins de cinq dollars. "

Cette proposition a été adoptée unanimement par notre Association, qui compte dans ses rangs les quatre-vingtièmes des médecins du district. Nous avons fait parvenir copie de cette résolution à toutes les associations sœurs de la province, et j'ai le plaisir de vous dire que actuellement sur 16 ou 17 syndicats régionaux, dont se compose la province médicale, 12 ou 13 ont accepté et endossé nos conclusions. A peu près toutes les sociétés des districts ruraux ont adopté des résolutions analogues aux nôtres ; seules, les associations de Montréal et de Québec, ne se sont pas encore saisies de cette question. Je comprends qu'il est peut-être plus difficile d'affirmer, d'imposer cette mesure dans les grandes villes que dans les centres ruraux ; je crois cependant qu'il serait très important que des sociétés ayant l'autorité de celles de nos grandes villes, endossent et adoptent les vœux qui actuellement prévalent dans tout le reste de

la province à ce sujet ; ne serait-ce que pour établir le principe que toute la profession de la province est unanime dans ses réclamations. Je crois aussi que le Congrès pourrait émettre des vœux qui seraient ensuite transmis aux diverses compagnies d'assurance qui font affaires dans le pays, de même qu'à tous les syndicats de la province, afin d'encourager ce mouvement, et stimuler les dévouements qui travaillent à l'avancement des intérêts professionnels. Et si les membres du Congrès n'y voient pas d'objection, je soumettrai des vœux dans ce sens demain matin.

JURY MÉDICAL

Par le Dr S. LACHAPELLE, Professeur de Pédiatrie et de Pathologie générale à l'Université Laval, Montréal.

I

Dans les causes civiles et criminelles, dans lesquelles se trouve une question médicale, cette question devrait être soumise à un comité (jury) médical dans l'intérêt de la justice et de la profession médicale.

Dans l'intérêt de la justice. — En face du conflit d'opinions médicales, et d'appréciations médicales les plus contraires, bien souvent, provoquées—à l'insu même de leurs auteurs ; par l'intérêt personnel, ou par le fait qu'ils représentent deux parties opposées, avec lesquelles ils ne font qu'un. Comment un homme étranger à la médecine, quelle qu'élevée que soit sa mentalité, peut-il ne pas être exposé à faire erreur ? Comment un juge peut-il vraiment voir assez clair ?

Nous n'avons pas assez souvent la force de répondre : *ignoramus*. Nous nous persuadons que nous connaissons tout, que la vie n'a pas de mystères, si la mort a les siens, et cela peut-être, plus par vanité professionnelle que par fierté individuelle : car nous avons bien notre jalousie professionnelle *invidia medicorum*. Or cette jalousie n'a qu'un pas à faire, pour créer la vanité et conduire à faux.

Un comité de médecins formant un appendice au banc judiciaire, résumant la partie médicale de toute cause, en faisant un rapport clair et concluant, serait un auxiliaire puissant et efficace au tribunal qui se poserait sur ses décisions scientifiques. La création de ce comité par la Cour en assurerait l'indépendance et l'impartialité, et constituerait pour lui un piédestal dont il ne devrait jamais descendre et qui le tiendrait toujours en haut.

Dans l'intérêt de la profession médicale. — La profession médicale a besoin d'efforts nouveaux pour enrayer le courant de l'opinion publique, qui l'entraîne rapidement dans le gouffre de l'inconsidération, sinon du mépris. C'est surtout dans ces conflits judiciaires livrés à une publicité retentissante que l'amoindrissement professionnel s'accroît de plus en plus : les raisons que nous avons données plus haut auraient bien leur place encore ici : chaque procès

où il y a une question médicale, donne lieu à un conflit nouveau, et une brèche nouvelle aux murs de notre garnison.

Les exemples pourraient servir à faire une démonstration de cette proposition qui nous inspire la réforme demandée, mais chaque médecin a les siens par devant lui en quantité et en qualité suffisante. Notre opinion est l'opinion du plus grand nombre de ceux que nous avons consultés, il faut éviter les longueurs inutiles dans un rapport de Congrès. Contentons nous de dire que nous avons en dehors de nous des faits qui peuvent nous servir de points d'appui. Les accidents maritimes et les dommages qui en résultent sont soumis à un tribunal spécial, devant lequel nous voyons paraître les hommes du métier, seulement comme arbitres; c'est comme à un jury de compétence absolue auquel on s'adresse; les hommes de terre ne sauraient être qualifiés pour guider la justice dans ces questions d'eau. Et, l'on a en raison d'en agir ainsi.

Faisons de même.

En France il y a un tribunal qu'on appelle la Cour de Cassation où le banc est entouré d'avisers ou plutôt séparé des avocats qui plaident, par des avisers qui analysent et conseillent.

Si notre réforme telle que demandée n'est pas réalisable, si la procédure judiciaire ne peut se faire sans continuer la coutume établie jusqu'ici. Si le conflit médical doit faire éternellement partie du conflit social, nous suggérons la formation de notre comité, ou jury, quand même, il fera rapport, et sera seul juge des questions médicales.

Dans ce dernier cas nous n'aurons pas atteint autant notre but principal qui est de protéger ainsi la profession médicale contre elle-même, et de sauvegarder la dignité de ses membres, mais nous aurons rendu, croyons-nous, un grand service à la justice et aidé puissamment à la bonne administration.

II

Je proposerais également que le Congrès suggère au Collège des Médecins de faire amender sa charte afin d'obtenir le pouvoir de se transformer en tribunal de conciliation, d'avis toutes les difficultés, entre patients et médecins.

Cette deuxième réforme est peut-être plus facilement réalisable que la première, nous pourrions invoquer cependant à son appui, les mêmes raisons.

Nous voulons être bien compris. Notre ambition est de soustraire notre corps professionnel, du milieu dans lequel il est descen-

du, et dans lequel il descend davantage chaque jour. Nous voulons l'arracher au forum et le réinstaller sur la colline : laissons le forum aux charlatans. Souvenons-nous que nous ne saurions exercer dignement notre sacerdoce qu'à la condition de rester dans le temple, où se tenaient nos aïeux, les pères de la médecine.

Nous ne voulons pas retourner au mystère de la médecine primitive, puisque nous croyons à la nécessité de la vulgarisation de la médecine. Il ne faut pas confondre vulgarisation, avec vulgarité, et c'est à la vulgarité — qui nous tue, qui plus que cela nous ridiculise — que nous voulons amener notre corps professionnel.

Pour cela nous avons confiance, entre autres moyens à celui que nous suggérons.

Le Collège des Médecins devant un tribunal de conciliation, rappellerait le beau temple où la justice se rendait sous les chênes, la chicane n'ayant pas encore ses palais.

Nous comprenons que ces décisions ne seraient pas sans effet, la privation d'un appel constituerait un attentat à la liberté, mais nous croyons que ce système nouveau réduirait graduellement le nombre des conflits et préviendrait bien souvent les haines, les rancunes, qui engendrent toujours les difficultés de cette nature : le médecin ne pourrait jamais abuser un client : un abus ne serait sanctionné, et le patient trouverait une protection nouvelle sous ce régime nouveau. De la même manière, ce dernier serait obligé de reconnaître, dans le jugement rendu, une demande préalable et juste d'un paiement souvent exagéré à ses yeux.

Dans ces deux projets de réforme, nous voulons supprimer l'individualité qui détruit le collectivisme officiel, qui nous a ainsi conservé le prestige qui s'en va.

SECTION DE CHIRURGIE DENTAIRE

Présidence de M. J. A. JUTKAS.
(TROIS-QUARTS)

ASEPSIE ET ANTISEPSIE CHEZ LE DENTISTE

Par M. ÉDOUARD DUBÉAL, de Montréal

La science bactériologique a fait tellement de progrès durant ces dernières années, qu'il est impardonnable pour le dentiste moderne d'en ignorer l'importance, et de ne pas employer tous les moyens possibles pour protéger ses patients et lui-même de toute infection pouvant résulter des opérations qu'il est appelé à faire tous les jours. C'est pourquoi j'ai pris comme sujet de cette étude "asepsie et antiseptie," deux mots employés trop fréquemment l'un pour l'autre et ayant pourtant chacun une signification bien différente. "Asepsie" veut dire état ou condition où il n'y a pas de germes ou microbes présents, tandis que "antiseptie" signifie qu'il y a présence de microbes, mais que leur effet est nullifié par les agents employés. Donc, le terrain où nous travaillons, la bouche, ne peut être aseptique, mais peut être rendu antiseptique.

Quelles sont les précautions antiseptiques que le dentiste doit observer? Pour bien répondre à cette question, nous diviserons la réponse en deux points, précautions pour lui-même et précautions pour sa salle d'opérations et son outillage.

Pour ce qui concerne l'opérateur, il doit être très propre, et porter un gilet en toile, pouvant se laver facilement. Quant à ses mains, il doit les laver avant chaque opération avec de l'eau chaude et du savon, contenant 2% de Lysol ou de Lysoforme. Si on a lieu de craindre une infection sérieuse, faire suivre ce lavage, d'un autre, avec une solution de bichlorure de mercure au $\frac{1}{1000}$. Le dentiste doit faire ce nettoyage devant le patient et de manière à attirer son attention sur ce point.

Pour ce qui est de la salle d'opération et de ses accessoires, le plus tôt disparaîtra la pluche qui recouvre nos fauteuils, le mieux ce sera, car c'est là le meilleur nid à microbes que l'on puisse désirer. La même chose s'applique aussi aux tapis, rideaux et draperies que l'on voit dans les salles d'opérations d'un grand nombre de dentistes. En fait de rideaux, tout ce qui peut être permis est un petit rideau pouvant s'enlever facilement, afin d'être lavé, et le plancher doit être arrangé de manière à pouvoir être lavé tous les jours, c'est-à-dire recouvert d'un prélat, ou être simplement en bois dur.

La question de changer de serviette pour chaque patient a été résolue par la mise sur le marché de serviettes japonaises se vendant à vingt sous le cent ou moins. Ces serviettes servent aussi très bien pour être placées sur l'appui-tête et renouvelées à chaque personne. On peut aussi faire tailler des morceaux de papier de soie qu'on ajuste, et dont on arrache une paille chaque fois qu'un nouveau client prend place sur la chaise. Avant de procéder à l'examen de la bouche, il est très à propos de faire rincer la bouche au patient avec du peroxyde d'hydrogène, listérine, glyco-thymoline ou autre liquide antiseptique.

Avant de passer au soin des instruments, nous devons déplorer l'existence du meuble à instruments en bois, dont les tiroirs, souvent recouverts en drap, sont de magnifiques nids à poussière, à cause de la difficulté qu'on éprouve à les nettoyer, les coins surtout. Le meuble en métal et verre a un double avantage, d'abord, tous les endroits sont facilement accessibles et ensuite, la poussière ou la malpropreté se voyant facilement, on est forcé de le nettoyer. Ce que nous venons de dire au sujet des meubles, s'applique aussi aux tablettes à instruments qui doivent être en métal et verre.

Passons maintenant aux instruments. Les pièces à dents ou daviers, après avoir été bien lavées, doivent être bouillies dans une solution de lysol à 5% contenant un peu de bicarbonate de soude. Quant aux autres instruments, explorateurs, miroirs, fouloirs, ciseaux à émail, spatules, dont les manches doivent être en métal et mis, ils doivent être plongés entièrement dans une solution de 5% de lysol et laissés là durant 5 à 10 minutes, et le professeur Miller, de Berlin, prétend que ce traitement les rend absolument stériles. Les manches non stérilisés peuvent injecter facilement les coins de la bouche, les lèvres ou la langue. Les pièces à mains peuvent être placées dans cette solution et loin d'être attaquées, elles en bénéficient.

Les petits instruments, tels que fraises, etc., peuvent être suffisamment nettoyés avec une brosse en fil métallique, imbibée d'une solution de lysol.

Si on a soin de placer la seringue hypodermique dans un petit bocal appelé "appareil de Bardet" et contenant une solution de lysol, la seringue demeure dans un état antiseptique, elle est toujours prête à être employée et l'aiguille dure très longtemps, le liquide qu'elle contient l'empêchant de rouiller.

Le "rubber dam", ou caoutchouc à digne, tel qu'on le reçoit des manufacturiers, n'est pas dans un état pour être placé dans la bouche du patient, on doit au préalable le faire bouillir, ce qui n'affecte pas sa valeur, ainsi que quelques-uns objectent, et je ne vois pas d'objection à employer le même morceau pour d'autres personnes, pourvu qu'il ait été bouilli dix minutes après avoir servi.

Les tubes à salive doivent être en verre, car le tube en métal cache sa saleté et on est porté à négliger de le nettoyer. Le meilleur moyen pour nettoyer le tube en verre est de le plonger dans l'acide hydrochlorique ou sulfurique, suivi d'un bon rinçage à l'eau contenant un antiseptique agréable au goût.

Les portes-empreintes, après avoir passé par la solution antiseptique doivent être polis avant de servir de nouveau, et la gomme à impression peut être très bien stérilisée sans nuire à sa valeur en la tenant dans un bain-marie chauffé à 160° F. pendant une heure.

Il va sans dire que chaque patient doit recevoir un verre parfaitement propre et que la seringue à eau doit être plongée en entier dans le bain de lysol après chaque usage.

Tout ce que nous venons d'énumérer peut paraître exagéré et difficile ou trop long à exécuter pour celui qui n'y est pas habitué, mais tout ceci se fait facilement par un aide dressé à cela, et sans perte de temps pour l'opérateur, pourvu qu'on ait en double les instruments les plus employés, tels que miroirs, pinces à ouate, explorateurs, etc., ce qui représente peu de frais.

Quand nous aurons fait comprendre aux manufacturiers que nous tenons à la stérilisation parfaite de nos instruments, ils verront à nous donner des instruments construits de manière à nous faciliter la tâche.

Enfin, pour terminer, si ces précautions nous imposent un peu de travail ou de dépense, n'oublions pas que le public reconnaît promptement les efforts que l'on fait pour le protéger, et nous devons aussi pour l'honneur de la profession faire disparaître cette idée populaire, qu'on se fait souvent infecter par les instruments du dentiste.

LE CHOIX D'UN ANESTHÉSIQUE EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par M. A. V. LANTHIER, de Québec

Si j'ai choisi ce sujet, M. le président, ce n'est pas que j'aie l'intention de vous apprendre des choses nouvelles, mais plutôt de provoquer entre mes confrères, assistant à ce congrès, une discussion intelligente sur les mérites des différents agents anesthésiques. Je voudrais montrer leur danger et leur mode d'emploi — et comme conclusion, fournir à tous l'occasion de se prononcer sur le choix d'un anesthésique, lequel sera jugé le plus avantageux, tant par son innocuité que pour le besoin de la chirurgie dentaire actuelle.

Du reste j'ai eu que l'administration des anesthésiques, étant chose grave et importante, on ne saurait trop être au fait de ses détails, ni trop bien se préparer aux éventualités qui peuvent malheureusement se présenter. Je serai complètement dédommagé du travail que j'ai pu m'imposer, si je réussis à vous intéresser quelque peu pendant les courts instants à ma disposition. Je demande d'avance votre indulgence, avant en très peu de temps pour la préparation de ce travail.

Inutile, Messieurs, de perdre de précieux instants à vous démontrer le bien que les agents anesthésiques à notre disposition ont déjà rendu à la profession et les services qu'ils sont appelés à rendre encore dans l'avenir : personne ici n'en doute, j'entre donc immédiatement en matière en commençant par le

PROTOXYDE D'AZOTE

Jusqu'à la découverte du Scimitoforme en 1900, le protoxyde d'azote avait toujours été préféré dans les opérations de chirurgie dentaire parce que de tous les anesthésiques alors connus, il était, sans contredit, le plus inoffensif. D'après un tableau préparé par la Colton Dental Association de New York, il appert que le gaz a été administré à 121,709 personnes sans une seule mort.

Le Dr Thomas de Philadelphie prétend l'avoir administré avec le même bon résultat à 58,400 patients. Ce qui est bien suffisant pour en démontrer toute la sûreté.

Le patient qui doit prendre le gaz doit être autant que possible à jeun et n'avoir aucune affection cardiaque. Avant de commencer l'opération le dentiste doit faire un examen complet de la bouche et se rendre compte de l'ouvrage à faire, mettre ses instruments à sa portée et ajuster solidement le baillon entre les dents du patient. L'inhalateur doit être bien adapté pour recouvrir la bouche et le nez et être muni d'une valve expiratrice. Au début il vaut mieux faire faire de courtes inspirations pour ne pas le suffoquer et dans la suite le faire respirer naturellement.

L'apparence d'un patient prenant le gaz pourrait paraître plus ou moins alarmante pour quelqu'un d'inexpérimenté, mais l'anesthésiste doit prendre bien garde de ne pas se laisser tromper et prendre pour des faits accoutumés l'apparence de mauvais symptômes.

Si la respiration se fait bien on peut continuer sans danger, mais devient-elle haletante, irrégulière ou s'arrête-t-elle complètement, il faudra avoir recours aux mêmes méthodes que pour l'éther et le chloroforme dont nous parlerons plus loin.

Une personne habituée à donner le gaz reconnaît infailliblement le moment opportun pour opérer par les vibrations qu'on entend dans l'inhalateur. On doit enlever d'abord les dents qui font le plus souffrir, car si le patient allait se réveiller et trouver encore en place dans sa bouche son ennemi, il serait vivement désappointé et mécontent. Si on doit extraire des dents ou racines à la mâchoire inférieure, il faut commencer par là, et débarrasser tout un côté avant de passer à l'autre. Opère-t-on à la mâchoire supérieure, il faut alors commencer par les dents les plus éloignées. L'opération terminée on inclinera la chaise pour laisser écouler de la bouche le sang qui s'y est accumulé. Il va sans dire que, quelques minutes durant, il ne faudra pas permettre au patient de se lever, autrement on pourrait provoquer une syncope. Il serait imprudent de faire répéter l'inhalation plus d'une fois, il vaudrait mieux remettre au lendemain, s'il restait encore quelque chose à faire.

De l'étude que je viens de faire il découle que le protoxyde d'azote, malgré son innocuité apparente, présente certains inconvénients et désavantages. C'est d'abord l'état d'asphyxie qui forme comme un élément essentiel du sommeil qu'il produit et qui contre-indique nécessairement son emploi, non seulement dans toutes les affections même chroniques des voies respiratoires, mais encore dans toutes les lésions du cœur et des reins, compensées ou non... Puis les contractures généralisées à tous les muscles, accompagnées de mouvements souvent violents, nuisent considérablement à l'opé-

rateur et gênent les organes essentiels dans leur fonctionnement ; il est donc évident, tout en admettant qu'il y a dans l'anesthésie par le gaz une certaine sûreté relative, qu'il ne réalise pas les conditions essentielles que l'on doit attendre d'un anesthésique général.

C'était bien là, en effet, la raison qui engagea le Dr Roland de Bordenax à chercher et à expérimenter pour trouver un anesthésique idéal répondant aux exigences de la chirurgie dentaire. Ses connaissances profondes de la médecine, de la biologie, et de la physiologie, son habitude du travail de laboratoire, lui ont considérablement facilité la tâche et permis de résoudre le problème. En 1901 il composa le Scemnoforme et nous allons voir quelles sont les avantages.

LE SCEMNOFORME.

Le scemnoforme est composé comme suit : Chlorure d'Éthyle 60% ; Chlorure de Méthyle 35% ; Bromure d'Éthyle 5%.

Dans un travail que j'avais l'honneur de présenter devant la Société d'Odontologie de langue française, lequel a été publié dans le numéro de février du bulletin Médical de Québec, vous trouverez les considérations pour lesquelles le Dr Roland a mélangé les éthyles, ainsi que la physiologie du Scemnoforme, ses effets histologiques sur le sang et le système nerveux.

Pour ne pas être trop long aujourd'hui j'éviterai de vous énumérer tous les détails de ses recherches, me contentant de vous parler de la clinique du Scemnoforme.

Ses qualités essentielles sont :

- 1^o Sécurité absolue ;
- 2^o Anesthésie instantanée et signes bien précis dans la graduation ;
- 3^o Élimination rapide avec retour graduel à la connaissance sans malaise ultérieur, et j'ajouterai outillage simple, non encombrant, et d'application facile.

Le point important dans l'administration du Scemnoforme est de le donner rapidement et à dose massive sans mélange d'air. Dans ce but on a construit en France et aux États-Unis des masques spéciaux très commodes, qui ne sont peut-être pas indispensables mais sont certainement supérieurs aux masques improvisés, l'on verse la dose : 3 à 5 centimètres cubes, et l'on applique hermétiquement l'appareil sur la figure en recommandant au patient de faire de grandes inspirations.

Le sommeil dans ces conditions est toujours rapide à apparaître, dix ou quinze inspirations suffisent et nous avons alors à notre

disposition de quatre à cinq minutes, ou deux minutes en moyenne pour opérer. Les avantages nombreux et si grands de ce mode d'anesthésie et le peu de danger sont dus à l'extrême volatilité du mélange.

Dans la période d'aller ou d'induction, les patients éprouvent généralement à leur première inspiration une sensation d'angoisse, d'intensité variable. Certains perdent à ce moment toute conscience, tandis que les autres soumis plutôt à une sorte d'hyperactivité cérébrale, non seulement gardent conscience d'eux mêmes, mais peuvent encore causer avec l'anesthésiste, éprouvant une certaine excitation d'ivresse, de joie, de colère, de peur, délire professionnel et suggestion érotique. Ils se font une idée paradoxale du temps. À ce moment toute sensibilité à la douleur et à la température est abolie et l'on peut opérer. Si l'on pousse l'anesthésie davantage, le patient s'enfonce donc dans l'isolement, l'obscurité et le silence de l'esprit, la résolution unisenaire et les différents réflexes s'abolissent comme il arrive dans l'administration du chloroforme ou de l'éther.

Le retour s'annonce par un bondissement général, et de tous les sens c'est l'ouïe qui revient le premier comme il est le dernier à disparaître, l'aplomb intellectuel revient graduellement et rapidement, pour ne laisser après quelques minutes, aucun malaise, aucune sensation désagréable. Les alcooliques, les grands nerveux ou autres intoxiqués causent cependant les mêmes ennuis qui se rencontrent avec les autres anesthésiques.

Chez tous, le pouls devient un peu plus fort, plus tendu et quelque peu accéléré, excitation ressemblant à celle de l'alcool, avantage immense qui prévient et empêche tout état syncopal de se manifester et qui le distingue du chloroforme.

Les contreindications à l'administration du Scennoforme sont très restreintes. un état de cachexie avancée, l'asystolie d'origine cardiaque, rénale, surtout quand elles surviennent chez un alcoolique, sont les seules que je connaisse. Près d'un million de patients ont été anesthésiés avec ce corps sans enregistre aucune mortalité. Moi-même, je l'ai donné à plus de trois cents patients avec beaucoup de succès. Je puis dire que depuis un an j'ai donné le Scennoforme à l'exclusion de tout autre. J'ai cependant tout dernièrement à la demande du Dr Dubéau l'ut usage du Coryloforme, et je dois dire que son effet ressemble tellement au Scennoforme que je serais porté à croire que c'est la même préparation portant un nom différent.

Sachant que la profession a fait d'énormes progrès, qu'à l'heure actuelle nous nous appliquons à sauver les dents, plutôt que de les sacrifier comme on le pratiquait il n'y a pas trop longtemps, je crois que pour faire l'extraction de quelques mauvaises dents ou racines récalcitrantes à tout traitement, le Stëmnoforme nous suffit et nous n'avons plus besoin d'agents aussi puissants, aussi lourds et dangereux que le chloroforme et l'éther.

Mais comme il nous fait souvent céder au désir impératif du patient ou se soumettre au choix du médecin de famille, et administrer ces agents, j'en ferai une courte analyse.

CHLOROFORME ETHER

Étant donné que pour une raison extraordinaire nous devons administrer un de ces deux agents anesthésiques lequel des deux choisirons-nous ?

Depuis quelques années l'opinion de la profession est généralement fixée sur l'emploi de l'éther. On compte les dentistes qui sont restés fidèles au chloroforme, tandis que le nombre est immense de ceux qui ont adopté l'éther et qui l'emploient de préférence.

Les adversaires du chloroforme sont forcés de reconnaître que sous le rapport des qualités physiques, cet agent présente une odeur aromatique et une saveur plus agréable que celle de l'éther, que sa pureté est plus facile à vérifier, que sa volatilité moindre permet de le conserver plus longtemps, qu'il faut beaucoup moins de chloroforme que d'éther pour produire les effets anesthésiques, que sous le rapport du mode d'administration, l'avantage reste tout entier au chloroforme, qui, peut être administré comme nous le verrons, de la manière la plus simple ; le chloroforme agit plus promptement que l'éther et à dose bien inférieure ; enfin sous le rapport de la nature des effets produits dans le début de l'administration, le chloroforme se supporte mieux que l'éther, ne déterminant presque pas de toux, de malaise et de sensations piquantes dans la poitrine. A tous ces avantages voyons ce qu'opposent les dentistes partisans de l'éther.

1. *La sûreté plus grande de l'éther.* En effet, M. le Président, si on étudie un peu l'histoire de l'anesthésie, si on examine tout ce qu'ont dit les auteurs récents, on verra que les cas de mort constatés sont beaucoup plus considérables sous l'influence du chloroforme qu'avec l'éther.

Voici un tableau fait par Coles :

Pour l'éther : un cas de mort sur 23,804 ;

Pour chloroforme : un cas de mort sur 2,873.

En second lieu les auteurs s'accordent à dire que le chloroforme en raison de sa violence plus grande amène plus rapidement les phénomènes toxiques, si bien que la période de stimulation et même celle de l'excitation générale ne sont que très fugitives ou passent souvent inaperçues, arrivant d'emblée à la période de stupeur, parfois même à celle de collapsus organique qui est souvent fatale. Enfin le fait que le danger est moindre avec l'éther, que la profession en général l'a adopté de préférence au chloroforme doit suffire pour trancher la question dans le choix que nous devons faire. Cependant plusieurs parmi les hommes les plus distingués dans la profession médicale et dentaire n'acceptent pas cette préférence, et leur témoignage doit être considéré sérieusement, ainsi le Dr Hunter McGuire, chirurgien de l'armée confédérée est en faveur du chloroforme et cite 28,000 administrations sans une seule mort. Sans aller au dehors de la profession dentaire de la Province de Québec, je citerai l'autorité de notre doyen le très distingué Dr C. F. F. Trestler, mon ancien précepteur.

Je lui laisse la parole : " J'ai administré le chloroforme, m'écrivait-il, depuis le commencement de ma pratique plus de 1,000 fois sans aucun accident. D'après mon expérience personnelle le chloroforme doit être préféré à l'éther."

En pratique je laisse toujours la responsabilité du choix au médecin de famille, comme aussi d'avancer son patient, il est le plus compétent dans la matière.

Pour administrer l'éther et le chloroforme il faut avoir pratiqué la chose avec un anesthésiste habile, bien connaître les effets de ces agents, bien se renseigner sur l'état de santé de son patient, de ses antécédents et refuser autant qu'il est possible, d'anesthésier les ivrognes avérés, et les personnes souffrantes de maladie du cœur, des bronches, des poumons ou du cerveau.

Il faut de plus bien connaître les meilleures méthodes employées pour prévenir ou arrêter les accidents, avoir tous les appareils nécessaires tels que seringues hypodermiques, pince à langue, ouvre-bouche, appareil de trachéotomie, pince à éponges, pour débarrasser la bouche du mucoüs, etc., etc.

La personne qui doit être anesthésiée doit être à jeun depuis la veille si on se sert de l'éther de même que pour le chloroforme.

Le patient doit être préalablement débarrassé de tout ce qui peut gêner la respiration. Il doit être placé dans une position horizontale, tête basse (on ne saurait trop appuyer sur cette dernière recommandation.) Il faudra rassurer le patient et lui recommander

de respirer naturellement. Va sans dire que l'on doit se servir du chloroforme et de l'éther les plus purs. Je me sers d'un cornet fait en carton à travers duquel traversent en tout sens des fils de coton : il existe aussi certains masques faits spécialement pour cet usage. Le chloroforme se donne ordinairement avec un masque en coton retenu dans un cercle en acier. Une dose d'éther d'environ un demi-drachme fluide doit être donné dès le commencement ayant soin de tenir le cornet d'abord loin de la bouche et du nez ; et à mesure que le patient s'habitue on l'abaisse graduellement. Si la respiration se fait bien, le patient ne peut pas être anesthésié trop rapidement, surveillant la respiration et le pouls, arrivant des symptômes inaccoutumés, il faut traiter son patient avec les mêmes méthodes que pour le chloroforme.

Quand on administre le chloroforme on doit procéder à petites doses et sans interruption, de manière à amener l'anesthésie désirée dans l'espace d'une vingtaine de minutes et donner beaucoup d'air, contrairement à l'éther. L'état de la pupille doit être observé attentivement, c'est un guide aussi infaillible dans la quantité à donner que le pouls ou la respiration. Elle indique assez bien aussi le trouble produit par le chloroforme sur la circulation, ses dimensions étant en rapport constant avec la pression sanguine sur les vaisseaux cérébraux.

Tous les auteurs s'accordent à dire que lorsque l'on voit la pupille se dilater brusquement et largement, la respiration devenir hâletante, le pouls rapide et irrégulier, la figure changer subitement et devenir pâle et même livide, il y a preuve d'un danger imminent et je dis que le danger anesthésique peut être causé par empoisonnement, asphyxie, syncope cardiaque ou respiratoire. L'empoisonnement peut être causé par une inhalation trop prolongée et absence d'une quantité suffisante d'air. Dans un cas semblable, cessez l'inhalation, donnez de l'air, produisez la respiration artificielle, lavez la figure avec de l'eau froide.

Pendant la période de l'excitation, on a parfois constaté que la pupille peut devenir tout à coup démesurément ouverte, la face bleuâtre, la respiration cesser tout à coup, mais le cœur battre encore ; ces phénomènes sont amenés par l'asphyxie causée par le spasme de la glotte fermant les voies respiratoires. Dans un cas de cette nature il faudra amener une révulsion brusque par le jet d'un pot d'eau à la figure et des soufflets rapidement appliqués, il faut aussi surveiller la langue, et au moyen d'une pince la tirer hors de la bouche s'il y avait rétrocession.

Mais il est rare que la mort se produise par les causes que je viens de mentionner ; en revanche elle est plus fréquente par syncope du cœur ou des organes respiratoires.

Avant l'usage des anesthésiques il est parfois arrivé des cas de mortalité causés par la grande frayeur de l'opération, par la douleur ou une faiblesse excessive, aussi l'extraction d'une dent durant une demi-anesthésie pourrait être cause d'une syncope provoquée par le choc nerveux ; malheureusement telles syncopes spontanées qui chez un patient non anesthésié eût cédé aux moyens ordinaires, devient mortelle par absence de réaction chez un autre sous l'influence d'un agent anesthésique.

Ce fait se produit il que l'on doit renverser le patient, la tête en bas, lui laver la figure, produire la respiration artificielle, faire l'insufflation de bouche à bouche. L'emploi du nitrite d'amyle est aussi recommandé ainsi que les injections d'éther, d'alcool, de caféine et de strychnine.

Connaissant les dangers des anesthésiques il n'est pas prudent d'opérer seul, mais toujours avoir à ses côtés un personnel d'assistants et d'aides bien renseignés et compétents. Du reste on doit au patient le devoir de prendre soin de lui lorsqu'il n'est pas "Sui compos" contenir ses actions lorsqu'il devient violent et visionnaire, l'empêcher de se blesser.

C'est pourquoi, je vous le répète, il est important de ne commencer l'opération que lorsque le malade est complètement anesthésié et que la résolution musculaire s'est faite. Vous le constaterez facilement par les caractères de la respiration qui devient à ce moment régulière, lente et profonde ; les membres sont flasques, le malade est immobile. C'est la période chirurgicale de l'anesthésie, celle qu'il faut atteindre et ne jamais dépasser.

LE PLÂTRE EN DENTISTERIE

Par M. J. N. PAUL FOURNIER, de Saint-Hyacinthe.

Le plâtre dont nous nous servons pour prendre des empreintes de la bouche ou des dents est du *sulfate de chaux* anhydre ayant formule Ca O S O_3 , obtenu en privant, par la cuisson, le sulfate de chaux hydraté ou gypse de l'eau qu'il contient, soit environ 25%. Le sulfate de chaux est très abondant dans la nature. On en trouve de deux sortes : le sulfate de chaux anhydre que l'on appelle aussi *anhydrite* ou *karsénite*, et le sulfate de chaux *hydraté* appelé d'habitude gypse ou pierre à plâtre, ayant pour formule $\text{Ca O S O}_3, 2 \text{ H}_2 \text{ O}$.

Le sulfate de chaux cristallisé, hydraté ou anhydre qui s'appelle aussi *sélénite*, *gypse*, *pierre à plâtre*, *plâtre cru*, se trouve dans les terrains tertiaires et se présente sous trois aspects différents quoique ayant la même composition chimique. Ces trois aspects ou formes diverses donnent lieu à des quantités très différentes de matières plastiques ayant des applications toutes spéciales.

Ces trois formes de se présenter sont les suivantes :

1. La masse de gypse est formée de lamelles ou fenillets minces superposés en très grand nombre formant de larges cristaux épais, diaphanes, hémitropes, parfois facile à cliver parallèlement aux deux axes obliques prenant alors la forme de fer de lance. Les Romains employaient cette variété en guise de vitres pour leurs habitations ;

2. Une deuxième forme est celle en tables diversement biseautées, à base de parallélogramme obliquangle dérivant d'un prisme d'environ 67° et 113° ;

3. Le gypse se trouve aussi sous forme de cristaux très fins non discernables, constituant des masses compactes amorphes.

Pour résumer, les trois formes sont : 1. En fenillets minces ; 2. En forme de tables prismatiques ; 3. En masse amorphe.

Avant de parler du gypse hydraté proprement dit, dont l'étude nous concerne, en deux mots étudions le *gypse anhydre* qui n'a guère d'utilité pour aucune industrie. Puisque ce gypse est anhydre, la calcination ne lui fait pas perdre d'eau, vu sa nature. Il ne peut



non plus prendre l'eau par le gâchage et faire masse plastique, d'où son inutilité dans la plupart des industries. Ceci dit, étudions le sulfate de chaux hydraté.

De suite citons la *propriété a volume* du gypse, de laquelle dépend toute son utilité et son emploi.

Le gypse perd par la chaleur son eau de cristallisation et la reprend ensuite avec facilité en formant une *masse plastique* qui devient peu après une masse compacte et dure.

Le plâtre, ou plâtre cuit, est du gypse privé de son eau par la calcination. On le fait cuire à une température qui ne doit pas dépasser 160°; puis après l'avoir écrasé sous des meules et tamisé pour le réduire en poudre fine et d'un grain uniforme, on l'enferme dans des sacs ou des barils et on le livre au commerce.

Suivant leur texture plus ou moins serrée les plâtres sont plus ou moins difficiles à cuire. L'industrie de la cuisson du plâtre consiste à chauffer la variété de sulfate de chaux en masses grenues au point de volatiliser son eau de cristallisation. On y procède par des moyens très simples. Pour le plâtre destiné aux constructions, le four à plâtre est à peu près le même que le four à chaux que nous avons vus aux abords des carrières de carbonates de chaux que l'on nomme aussi pierres à chaux. L'on comprend que dans ces fours les parties de gypse en contact du feu sont plus cuites que celles qui en sont éloignées. Il arrive ainsi qu'il y a des parties surchauffées dont l'excès de température a fait perdre la propriété plastique. Par contre, la masse interne des gros morceaux éloignés du foyer n'a pas perdu toute son eau de cristallisation et forme ainsi une partie impropre au gâchage.

Lorsque toutes ces parties, les unes incuites, les autres trop calcinées ne dépassent pas 25 à 33% du poids total et que ce plâtre est employé peu de temps après la cuisson, elles ne nuisent en rien pour les ouvrages ordinaires, mais pour le plâtre des mouleurs et le plâtre dentaire il en est tout autrement.

Le plâtre des mouleurs et dental doit être blanc et doué de la plus grande plasticité possible puisqu'on est obligé de la gâcher assez clair pour prendre tous les détails des moules ou de la bouche. Pour obtenir ce résultat, on opère la cuisson dans des fours à boulangers que l'on chauffe à peine au rouge brun. On enfourne la pierre, en plaquettes choisies, d'épaisseur égale et l'on prend de préférence celles de texture tendre dont les interstices laissent facilement écouler l'eau. L'on arrive ainsi à faire un plâtre homogène et uniforme très propre au moulage.

Le plâtre dur : On est parvenu à donner de très remarquables propriétés de solidification au plâtre. On choisit d'abord comme matière première le gypse blanc le plus pur que l'on concasse en morceaux de la grosseur du poing. L'on cuit à la manière ordinaire et dès que l'eau de cristallisation s'est dégagée on plonge ce plâtre dans un bassin d'eau tiède contenant 12% d'alun. Au bout de deux ou trois heures on enlève le plâtre qu'on laisse égoutter puis on le fait sécher sur une cheminée traînante. On opère une deuxième cuisson comme la première puis l'on réduit le plâtre en poudre et l'on tamise.

Le gâchage du plâtre dur se fait en délayant 100 parties de ce plâtre avec 55 ou 60 d'eau. La prise est très lente et la tenacité, une fois dure est au plâtre ordinaire : 1, 5 : 1.

Avant d'aller plus loin il nous faut savoir les effets de la température et de l'eau sur le gypse non calciné. Le plâtre cru subit de la part de la chaleur des influences importantes à noter. Chauffé à 115°, il commence à perdre lentement son eau de cristallisation. Cette dessiccation devient plus rapide à mesure que la température s'élève. Au-delà de 250° une modification a lieu : le sulfate de chaux ne s'hydrate plus que très difficilement. Chauffé à 300° ou 400° il perd complètement sa propriété de s'hydrater ou de reprendre son eau de cristallisation dans le gâchage. Il ressemble alors au sulfate de chaux anhydre qui se rencontre dans la nature.

En chauffant à une température plus élevée on parvient à fritter puis à fondre le sulfate de chaux ; dans ces deux états il ne peut non plus reprendre son eau de cristallisation.

Action de l'eau — Le sulfate de chaux cristallisé peut être attaqué par l'eau qui en dissout 2.05 pour 1000 de son poids à 0° ; 2.04 à 20° ; 2.54 à 35°, température maximum de sa solubilité. Cette solubilité notable explique la présence du sulfate de chaux dans beaucoup d'eaux naturelles appelées pour cette raison *séléniteuses*. Les eaux séléniteuses laissent déposer par ébullition le sulfate calcaire sur les parties en leur contact ; c'est ainsi que cette eau est impropre aux usages domestiques.

Théories des différences qu'on remarque dans la solidification des différentes qualités du plâtre.

Les plâtres à texture homogène, lamelleuse, fibreuse ou amorphe, translucide, absorbent l'eau avec rapidité, toutes les particules augmentant presque simultanément de volume. La masse devient alors peu solide en raison des grands intervalles que l'eau développe entre les particules.

Dans les plâtres à cristaux grenus séparés par des matières terreuses, les choses se passent autrement. Au moment de la détrempe l'eau s'introduit entre les groupes de cristaux pénétrant d'abord les parties extérieures pour arriver que très lentement au centre des petites agglomérations. Les parties premières hydratées commencent à se solidifier avant les détails intimes contenant ainsi l'extension de toute la masse. Ceci demande une moindre proportion d'eau et fait comprendre la densité et la prise plus grande de la masse puisque sous un même volume, il y a plus de parties solides.

Cette hypothèse est d'accord avec la pratique. En effet, si après avoir gâché une partie de plâtre avec une partie d'eau on laisse commencer la prise et qu'alors on ajoute un volume d'eau égal au premier, en agitant on aura une bouillie claire très fluide. Après un repos on obtiendra une prise en masse beaucoup moins dense. On peut délayer encore avec une même quantité d'eau et obtenir une troisième prise. L'opération peut se répéter une quatrième et une cinquième fois, etc. ; jusqu'à ce que l'on obtienne plus de prise. Ceci est à remarquer car nous avons là un moyen très simple d'essayer les plâtres enits.

Essai des qualités plastiques. Les meilleurs plâtres sont ceux qui à poids égal exigent le moindre volume d'eau pour se gâcher et font une prise plus lente. L'essai des gâchages successifs que je viens d'indiquer est un excellent moyen de reconnaître les qualités d'un bon plâtre. Plus un plâtre peut supporter de détrempes successives avec une quantité donnée d'eau et faire prise, meilleur il est. Si un plâtre contient trop de parties surchauffées par excès de cuisson, ou trop de parties à l'état cru, ces parties restent inertes et agissent comme un corps sableux dans le mélange. La matière active étant diminuée, les gâchages successifs noient bientôt la substance qui ne fait plus prise. En plus, règle générale, le plâtre de qualité supérieure est généralement rude au toucher.

Je ne parlerai pas de l'emploi du plâtre dans l'industrie vu que la chose ne nous intéresse guère en dehors de l'emploi qui lui est particulier dans notre art. Je dirai seulement un mot en passant sur son emploi en agriculture. A l'occasion, comme la clientèle canadienne est en partie rurale, un mot du dentiste en passant à l'habitant de la campagne prouvera que nous sommes une classe intelligente qui s'intéresse à tout. Le plâtre est plus particulièrement utile à la famille végétale des légumineuses. Le plâtre enit, hydraté à l'air et répandu par un temps humide, produit le maximum d'effet dans les cultures. Il paraît cependant utile dans toutes les terres en déterminant la condensation des gaz et la formation

des azotates, en fixant le carbonate d'ammoniaque des eaux pluviales et des engrais qu'il transforme en sulfates, on en fournissant l'alimentation calcaire indispensable aux substances albuminoïdes. Franklin qui fut pratique en tout, voulant démontrer à ses concitoyens, qui se riaient de lui, l'utilité du plâtre pour les plantes, écrivit avec de la poussière de cette substance dans un champ de Luzerne : " Ceci a été plâtré." La végétation fut beaucoup plus forte partout où le plâtre était tombé, et tout l'été on admira la preuve originale et convaincante employée par l'illustre savant pour démontrer ses avancées.

Avant de vous faire part de quelques recherches pratiques sur l'extension du plâtre gâché, en faisant prise, il serait peut-être bon d'émettre une théorie sur la cause des ventres de bœufs qui se produisent parfois dans les empreintes durant la cuisson des dentiers. Je crois que ceci est dû à des parties de plâtre qui n'ont pas subi la cuisson complète ou qui ont été surechauffées. Encore, peut-être, à des parties qui auraient été hydratées par accident avant le gâchage. Dans ces trois cas le plâtre a perdu sa propriété fondamentale de prendre en masse compacte après le gâchage et formerait une masse inerte dans l'empreinte, comme le ferait du sable.

Je serais porté à ramener l'explication seulement sur le cas où il se trouverait une petite masse de plâtre non calcinée. Comme le plâtre brut a la propriété de se dissoudre dans l'eau, cette dissolution produirait un vide que le caoutchouc se hâte de remplir au grand mécontentement du dentiste qui est obligé de recommencer une pièce dont il touchait déjà les appoints. Cet accident jusqu'ici ne m'est pas encore arrivé en pratique, et je crois que le meilleur préventif est de s'assurer d'un plâtre de qualité supérieure qui n'a aucun de ces défauts de cuisson ou d'hydratation intempestive. Un des meilleurs plâtres que nous pouvons trouver sur le marché est le *plâtre dental* qui nous vient de Hillsborough, N.B. et qui est fabriqué par la Cie. Albert. J'aurais aimé à me procurer tous les détails de sa fabrication. Je ne sais si ce plâtre est *aluné* ou non, la seule chose que j'en connais c'est qu'il me donne entière satisfaction. Il y a aussi un plâtre dental fourni par la Cie. S. S. White, mais il a un défaut que nous pardonnons guère : il coûte très cher. Mu d'un saint zèle, j'en ai fait venir une fois un quart de Toronto (seule place où j'ai pu me le procurer) et il m'est revenu à au delà de \$6.00 rendu chez moi. Je préfère toutefois le plâtre dental de la Cie Albert qui devient beaucoup plus dur.

Voici pour finir quelques mesures micrométriques de l'extension de cubes de plâtres de $1\frac{1}{4}$ ponce de côté :

1er essai. A. 1 gs. Sulfate de Potasse, 2 oz. plâtre, 1 oz. eau.
Extension 1/1000 pouce, après $\frac{1}{2}$ d'heure de prise.

2e essai. B. 1 $\frac{1}{2}$ gs. Sulfate de Potasse, 2 oz. plâtre, 1 $\frac{1}{2}$ oz. eau.
Extension 2/1000 pouce, après $\frac{1}{2}$ d'heure de prise.

3e essai. C. 1 gs. sulfate de Potasse, 2 oz. plâtre, 1 $\frac{1}{2}$ oz. eau.
Extension 1 $\frac{3}{4}$ /1000 pouce, après $\frac{1}{2}$ d'heure de prise.

4e essai. D. $\frac{1}{2}$ gs. Sulfate de Potasse, 2 oz. plâtre, 1 $\frac{1}{2}$ oz. eau.
Extension 2/1000 pouce, après $\frac{1}{2}$ d'heure de prise.

Il ressortirait de ces quelques mesures que le moins d'eau l'on emploie pour le gâchage meilleur est l'empreinte. C'est là d'ailleurs la marque caractéristique d'un bon plâtre de prendre le moins d'eau possible et par là produire le moindre écartement des molécules.

Il reste beaucoup à trouver sur le plâtre car jusqu'ici il n'y a pas encore eu de recherches scientifiques faites sur ce sujet, comme s'en plaint le "Cosmos" dans son article éditorial de novembre 1902. Le champ est ouvert aux chercheurs et les surprises heureuses qu'offrent toujours les investigations sur un terrain inexploré récompense amplement des labeurs dépensés pour cette cause. Le sujet d'étude est assez aride et semble très peu se prêter à prime abord au scrutin de l'intelligence, mais une fois entrepris les horizons fuient devant la science. Il est à espérer que quelqu'un d'entre nous pourra à cette lacune et que nous verrons avant longtemps le nom d'un des nôtres signer un article savant sur ce sujet qui intéresse les dentistes du monde entier.

TRAITEMENT ET OBTURATION DES CANAUX DENTAIRES

Par M. L. N. LEMIEUX, de Québec.

Vous me permettrez de vous faire quelques remarques sur un sujet qui est très simple en lui-même et qui n'est pas nouveau pour vous ; mais qui, je crois, est d'une très grande importance au point de vue pratique.

Par l'application du traitement qui le concerne, il est permis maintenant de soigner et de conserver les dents mortes.

Je veux vous parler du traitement et de l'obturation des canaux dentaires.

Sans autre préambule, je commencerai d'abord par vous donner quelques explications sur le traitement à faire suivre.

Étant donné que la dent à laquelle on veut faire subir un traitement est morte, il s'en suit qu'elle est dans un état septique assez avancé. Le canal dentaire contient, en quantités plus ou moins grandes, des matières organiques en putréfaction, des débris de vivres, des fluides buccaux et d'autres agents, qui forment un foyer pour la culture et la propagation d'une infinité de microbes.

Ne voulant pas m'éloigner de mon sujet, je n'entrerai pas dans les détails des causes qui ont pu amener la mort de la pulpe, soit d'une manière chimique, mécanique ou autre.

Il s'agit de rendre aseptique la cavité pulpaire et les canaux des racines d'une dent morte.

On doit d'abord appliquer la digue afin d'assécher, aussi parfaitement que possible, la cavité de la dent à traiter et aussi d'en exclure tous les liquides de la cavité buccale.

A l'aide d'excavateurs ou de fraises, on agrandit la chambre pulpaire tout en ayant soin de ne pas pénétrer immédiatement dans les canaux dentaires. Là est le danger de causer beaucoup d'inconvénient, ce qui pourrait déterminer une violente inflammation et même amener un abcès alvéolaire.

A cette même séance on devra introduire très légèrement une sonde lisse, qui nous permet d'enlever quelques parcelles de débris

infectes : il faudra, par précaution, ne pas pousser la sonde profondément afin de ne pas faire pénétrer de matières décomposées à travers le trou apical ainsi éviter, si possible, beaucoup d'irritation et même un abcès alvéolaire.

On inonde la cavité d'alcool, puis on assèche au moyen d'air chaud ; on peut y mettre un pansement d'essence de girofle, d'acide phénique ou autre antiseptique. On bouche la dent avec de la gutta-percha et on renvoie le malade chez lui pour quelque temps, (une semaine), avec instruction de revenir faire changer le pansement au moindre symptôme de douleur dans la région alvéolaire. Après cette période de huit jours, on devra examiner très soigneusement les canaux à l'aide de sondes barbelées de " Donaldson ". Ces sondes étant de différentes grosseurs elles nous permettent pénétrer dans les canaux les plus fins. Avec un peu de pratique et de patience on parvient à pénétrer à travers ceux qui sont plus ou moins tortueux, afin de nous permettre d'enlever petit à petit les débris de tissus pulpaire presque jusqu'à l'apex.

Après avoir cessé à nettoyer ou à râcler plus ou moins bien les canaux des dents, les avoir agrandis par l'usage des numéros consécutifs de ces sondes barbelées de " Donaldson " ; ou bien encore des forêts " Gates Glidden " en faisant usage du tour ; pour ne pas causer d'irritation, on devra appliquer immédiatement jusqu'au bout de chaque racine un pansement antiseptique qu'on recouvre d'une boulette de coton absorbant saturé de sandarac. Si je fais usage de sandarac c'est au cas où il y aurait irritation ou fermentation provenant du nettoyage des canaux afin que les gaz qui pourraient s'y former s'échappent plus facilement par la cavité de la dent et non par le trou apical prévenant par ce moyen une irritation traumatique.

Le malade est renvoyé au lendemain ou au surlendemain puis après cet espace de temps, les résultats étant satisfaisants on applique par mesure de précaution de nouveaux pansements à l'essence de girofle, d'eucalyptol, de camphre et d'acide phénique à parties égales ou autre antiseptique non irritant puis on bouche à la gutta-percha et on remet le client à une semaine.

Je pourrais bien vous rappeler aussi les cas de dents mortes avec abcès alvéolaires et sans fistule ; ou encore celles qui après une irritation traumatique au trou apical ont produit une fistule. Naturellement ces cas particuliers demandent un traitement différent et plus énergique.

Je veux simplement disenter avec vous le traitement de la dent morte au point de vue mécanique.

Il faut bien se rappeler que l'on ne doit pas se fier complètement à l'effet des médicaments ; ils sont très utiles, et certainement, on ne pourrait pas obtenir de résultats satisfaisants si l'on ne se servait d'antiseptiques puissants ; mais aussi il faut absolument l'aide du nettoyage mécanique le plus parfait possible.

Aussi il n'est pas surprenant de voir l'insuccès par trop fréquent de certains opérateurs qui ne se donnent pas assez de peine et mettent beaucoup trop de confiance dans les médicaments, c'est-à-dire qu'ils essaient de laisser faire à la nature ce qu'ils devraient faire eux-mêmes.

C'est pour cela et pour venir en aide à cette dernière catégorie de praticiens que l'on trouve sur le marché différentes préparations : sous des formes plus ou moins variées, avec des noms retentissants, lesquelles, d'après l'expérience de telle ou telle personne auraient produit des résultats merveilleux. D'après d'autres témoignages il n'y a plus nécessité de soigner ou de panser les dents malades ni même d'enlever les tissus corrompus des canaux, tout au plus doit-on débarrasser la cavité de sa dentine décalcifiée puis obturer la dent. On prétend que certaines de ces préparations d'après la proportion des éléments qui entrent dans leur composition, produisent un effet qui momifie, assèche ou parcheminne les débris infectés, ou encore, par une combinaison chimique change la nature de ces tissus et empêche la décomposition.

Il est possible que certains de ces composés produisent d'excellents résultats. Ces résultats sont-ils permanents ? C'est fort douteux.

Malheureusement dans l'industrie des produits dentaires comme dans les autres industries, l'on peut tout faire pour de l'argent : "Time is money" et il faut que les choses se fassent à la vapeur pour être payantes.

J'ai fait moi-même des expériences avec certaines de ces formules pour me rendre compte de l'efficacité réelle des préparations et presque dans tous les cas les résultats ont été désastreux ou n'ont pas produit l'effet attendu et cela après deux ou trois années d'essais.

Dans certains cas j'ai constaté qu'il y avait décomposition et décalcification très avancée, à un tel point qu'après traitement, et nettoyage mécanique il restait à peine assez de paroi de la dent ou de la racine pour supporter une obturation au ciment.

Si l'on veut produire des résultats satisfaisants, il faut d'abord observer une asepsie rigoureuse et procéder méthodiquement et scientifiquement.

Je vous parlerais bien encore des dents dont la pulpe a été détruite sans qu'il y ait en décomposition mais, tous, vous connaissez parfaitement ce sujet et la manière de procéder.

OBTURATIONS

C'est cette partie de l'opération qui est la plus importante, il est vrai que le succès dépend beaucoup tout d'abord du traitement, mais pour que ce succès soit permanent il faut que l'obturation des canaux des racines des dents malades soit aussi parfaite que possible.

Je dis : aussi parfaite que possible parce que j'ai raison de croire qu'avec la meilleure volonté du monde, il y a peu de cas où l'obturation de canaux dentaires soit sans reproches ; à moins que ce ne soit le cas de dents à racines simples.

Là où il y a deux ou plusieurs canaux à obturer, les difficultés à surmonter sont plus nombreuses. Les canaux sont plus tortueux, plus petits les uns que les autres, quelques-uns sont tellement fins qu'ils sont presque imperceptibles et exigent quelques fois une somme de travail considérable de la part de l'opérateur ; celui-ci est souvent tenté de passer outre ou de discontinuer pour suggérer l'extraction.

Après surmonté toutes ces difficultés le mieux possible il faut appliquer la digue de nouveau. Après avoir enlevé le pansement de la dent puis ceux des canaux, on doit examiner soigneusement si toute trace de décomposition ou de putréfaction est disparue, puis on agrandit de nouveau les canaux pour y pénétrer plus facilement on les lave à l'alcool pur au moyen d'une seringue pour en chasser les raclures et aussi pour aider à l'assèchement.

Au moyen d'air chaud ou encore avec le sèche-canal, on évapore l'alcool jusqu'à ce que le canal soit parfaitement sec, puis on y met le pansement ou l'obturation permanente.

Pour ma part ce qui m'a toujours le mieux réussi pour arriver à une obturation durable et permanente sont les pointes en gutta-percha dites "canal points" que l'on trouve chez les fournisseurs.

Dans les cas de racines faciles à atteindre on trempe le bout d'une de ces pointes au moyen de pinces à pansement de "Flagg" dans du chloroforme, puis immédiatement dans une poudre d'iodoforme et on l'introduit dans le canal à obturer.

Comme vous le savez le gutta-percha est très soluble dans le chloroforme, or celui-ci dissout une légère couche de la substance gommeuse, et avant qu'il se volatilise, la pointe qu'on a trempée

devient plus ou moins collante et si on la passe aussitôt dans l'iodoforme qui adhère assez au gutta-percha pour permettre de tenir le canal aseptique. Au moyen d'un fouloir à racine on refoule le gutta-percha autant que possible jusqu'à l'apex.

Il existe encore un autre moyen, toujours en se servant d'iodoforme. On prépare de l'oxychlorure ou de l'oxyphosphate de zinc, on y ajoute un peu d'iodoforme et avec le liquide on forme une crème claire. Alors au moyen d'une sonde lisse on applique ce ciment par parcelles à l'apex de chaque racine jusqu'à ce que le canal soit rempli, puis on laisse sécher et durcir. Cette manière de procéder peut être appliquée dans les canaux à petit diamètre.

Lorsque pour une raison ou pour une autre on ne peut se servir de la digue, lorsque les canaux sont très petits ou trop tortueux, alors en protégeant le mieux possible la dent malade avec des rouleaux de coton absorbant, on assèche les canaux avec l'air chaud et le sèche-canal. On prépare une solution d'iodoforme et de chloroforme, à l'aide d'une sonde lisse on enroule très serré un filet de coton absorbant que l'on trempe dans cette solution de chloro-iodoforme et on introduit ce filet dans le canal.

Je vous soumetts ce dernier moyen ; il n'est pas parfait tant s'en faut, il laisse même beaucoup à désirer, néanmoins, il m'a permis certainement de conserver bien des dents qui autrement auraient été condamnées à l'extraction.

Je crois qu'il vaut la peine d'en faire l'essai.

Les canaux étant obturés de cette manière la cavité de la dent est prête à recevoir son obturation permanente.

Si on décide d'aunifier la cavité il est préférable de poser tout d'abord l'oxyphosphate de zinc afin de former une base plus solide.

Dans le cas où on aurait des doutes sur le succès permanent du traitement, on peut très facilement obturer la cavité de la dent à la gutta-percha et faire revenir le malade dans trois ou six mois. Alors au bout de ce délai si le résultat est satisfaisant on peut obturer la dent en permanence.

Il y a encore beaucoup d'autres manières d'obtenir les canaux dentaires, mais j'ai préféré vous parler du procédé que j'ai toujours employé et qui m'a donné pleine et entière satisfaction.

FISSURES DU PALAIS ET BECS-DE-LIÈVRE

Par M. F. A. HARWOOD, de Montréal.

Pour devenir expert dans une spécialité, il faut consacrer tous ses moments à ce sujet à l'exclusion de tous les autres. Nous, dentistes, qui sommes obligés de faire la pratique générale de la prothèse buccale, rencontrons souvent des cas où l'expérience d'un confrère nous serait très utile, et la réussite d'une opération peut dépendre d'un bon mot donné à temps par celui qui a spécialisé certaines parties de notre art. L'auteur d'une opération réussie est coupable d'un crime envers l'humanité souffrante s'il ne la fait pas connaître. Des centaines et des milliers passent leur vie dans la souffrance parce qu'ils ignorent qu'il y a un moyen d'alléger leurs maux.

La fissure du palais est une infirmité non seulement désagréable à celui qui en souffre, mais aussi à tous ceux qui entendent sa voix. Ce n'est pas la voix par elle-même qui est désagréable, mais cette suite de sons confus et inarticulés quand le malheureux parle. Imaginez-vous les souffrances mentales d'une personne sensible ayant une telle infirmité. N'est-il pas de notre devoir de faire tout ce que nous pouvons pour rendre la vie de l'affligé plus heureuse ?

Permettez-moi ici d'avancer les théories qui sont données sur ce sujet.

La fissure du palais est divisée en deux classes : l'acquise et la congénitale.

La Congénitale. — Les fissures de la lèvre supérieure, des maxillaires, du palais non sont le résultat de l'interruption du développement des parties comprises, et du manque de ces parties à se joindre et à se coaliser. La fissure peut être simplement une ouverture dans la lèvre ou une bifurcation de la luette jusqu'à la fissure complète de la lèvre, des os alvéolaires, os du palais, le voile du palais, ou encore une fissure double de la lèvre, du palais dur et une absence complète du voile du palais. Le moindre degré de fissure est représenté par une cicatrice sur la lèvre supérieure et par un aperçu de la bifurcation de la luette. Les formes les plus communes sont les fissures de la lèvre et du voile du palais. Il

arrive souvent qu'une fissure de la lèvre existe sans la fissure du voile ou des os maxillaires ; ou encore, il y a fissure du voile sans fissure de la lèvre. La fissure dans le palais peut s'étendre jusqu'au bord alvéolaire et ne pas être réunie avec la fissure de la lèvre. Dans ces cas très rares l'alvéole seul est fissuré.

Les fissures de la lèvre et du palais peuvent être mi-latérales et bilatérales, mais plus souvent unilatérales et généralement du côté gauche.

Quelquefois on trouve des fissures bilatérales de la lèvre et de l'os maxillaire avec protrusion des os intermaxillaires et une fissure centrale du palais mou. Dans ces cas, il n'y a pas d'union de l'os palatin avec l'os vomer.

Une fissure médiale de la face est plus souvent associée avec la lèvre inférieure qu'avec la partie supérieure de la figure.

Origine. — Les causes de la fissure du palais et de la lèvre sont d'origine intra utérine et sont généralement considérées des fautes dans le procédé du développement. Il faut que ces influences pour prendre effet commencent leur œuvre avant la dixième semaine après la conception. La formation du maxillaire commence vers le 28^e jour par le développement de quatre tubercules près du centre de la tête rudimentaire et sont connues sous le nom de tubercules supérieurs ou frontaux et tubercules latéraux. Les deux tubercules supérieurs descendent en même temps, s'approchent de la ligne médiane et rencontrent les tubercules latéraux et s'unissent pour former les parties latérales du maxillaire supérieur, les os palatins, les joues, la portion latérale de la lèvre supérieure et le palais mou.

Manque d'union des tubercules supérieurs et des tubercules latéraux.

Les cas où les tubercules supérieurs ne s'unissent pas sont rares, mais il est commun que le tubercule maxillaire ou alvéolaire soit d'un côté, soit de l'autre, ne s'unisse pas avec les tubercules frontaux ; quelquefois les deux côtés font défaut, de sorte que, dans le premier cas, nous donne une fissure de droite ou de gauche, dans le second, une fissure double.

Les fissures de la lèvre sont le résultat des mêmes causes : le manque d'union de la portion centrale de la lèvre avec la portion latérale, tandis que les fissures du voile du palais sont le résultat du manque d'union des moitiés latérales au centre.

Développement arrêté. — Dans plusieurs cas, il y a une imperfection dans les différents tissus formant le maxillaire supérieur, les

os du palais, la lèvre et le palais mou ; ainsi la cause primaire paraîtrait être un arrêt dans le procédé de développement de ces parties.

La longueur de la fissure dépend beaucoup, si pas tout, à quel temps arrive l'arrêt du développement : plus la période est prématurée, plus la fissure est extensive et vice-versa.

Vers le 40^e jour après la conception, les tubercles supérieurs et latéraux s'unissent et vers la 10^e semaine, la voûte de la bouche est complétée par l'union du voile du palais avec la luette dans toute sa longueur. Ce procédé d'union commence à la partie antérieure et se dirige vers l'arrière, la luette étant la dernière partie à s'unir. Dans certains cas de becs-de-lièvre et de palais fissurés, il y a suffisance de tissus, la seule faute étant le manque d'union à temps pour former les parties. Ces cas pris en bas âge et traités par la chirurgie sont généralement guéris.

Hérédité.— Quelques auteurs croient que l'hérédité est un facteur dans la production de cette difformité, et ont reconnu qu'elle peut reparaître après trois ou quatre générations.

Traitement.— Presque toutes les formes de cette infirmité peuvent être remédiées par l'opération chirurgicale pourvu que le sujet soit en très bas âge.

Je me bornerai à vous donner une très courte description de la méthode du Dr Brophy de Chicago. On enlève une légère couche des tissus sur chaque lèvre de la fissure, on presse ensemble les deux parties latérales de la mâchoire supérieure et pour les tenir en juxtaposition deux plaques de plomb sont placées entre la joue et l'extérieur de la mâchoire et au moyen de fil de laiton $\frac{1}{20}$ ponce de grosseur passant d'un côté à l'autre de la bouche et à travers les plaques et ensuite les deux bouts sont tordus ensemble de manière à former une espèce de tourniquet. Ces ligatures sont généralement placées à $\frac{1}{2}$ de pouce l'un de l'autre et trois sont généralement suffisantes. Il faut aussi réunir les lèvres par des ligatures, généralement cinq. Quand la lèvre est comprise dans l'opération, on enlève le tissu cicatrisé et l'on réunit les parties par trois ou quatre ligatures.

Palais fissuré acquis. Cette classe de fissure est généralement causée par les ravages de la syphilis. Il ne nous reste que le traitement prosthétique à faire.

Le cas pratique dont je veux parler est celui d'un homme de 25 à 30 ans qui s'est présenté au département dentaire de l'Université de Pennsylvanie pour traitement. Les Chirurgiens de l'hôpi-

tal lui avaient enlevé la partie horizontale au palais, les os du nez, le bord nasal de l'os palatin, les os spongieux inférieurs et les dents jusqu'à la 2ème petite molaire. Pour remplacer le nez, on a greffé le 3ème doigt de la main gauche mais malheureusement dans une attaque de délire le patient vient à bout de délivrer sa main des bandages et fit manquer la première tentative. Alors, on greffa le gros doigt de la même main et de cette manière on réussit à remplacer les os du nez. Avec l'épiderme du doigt réuni à celui des joues on forma les ailes nasales.

C'est dans cet état qu'il se présenta au département dentaire. La luette et la majeure partie du palais mou étaient intacts.

Pour prendre la première impression on se servit de la cire à impression S. S. White que l'on introduisit dans l'ouverture en la mettant sur le bout du doigt. On enleva ce qu'il y avait de trop, et après avoir huilé la partie palatale de cette impression, on la réunit en place. Une impression fut prise en plâtre de Paris et sur ce modèle on fit l'appareil.

Quatre crochets en or attachaient l'appareil aux deux petites et aux deux grosses molaires. L'obturateur fut fait de caoutchouc mou et l'appareil proprement dit de caoutchouc dur. Le changement qui s'opéra dans la voix et l'apparence de cet infortuné est incroyable.

Ainsi, chers confrères, réunissons tous nos efforts pour l'avancement de notre profession, éclairons-nous et aidons l'humanité souffrante en nous aidant les uns les autres.

L'assemblée générale vote à l'unanimité les vœux suivants :

VŒUX ADOPTÉS PAR LE CONGRÈS

DANS SA SÉANCE DE CLÔTURE DU JEUDI,
28 JUIN 1906.

TUBERCULOSE

(A) Considérant qu'un état de déchéance organique, héréditaire ou acquise, favorise chez un grand nombre de sujets le développement de la tuberculose, et que la contagion tuberculeuse trouve à s'exercer d'une façon intense en ce pays, surtout dans le milieu familial, l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord émet les vœux suivants :

1. Qu'une propagande hygiénique active soit organisée par l'État sous la direction du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec :

2. Que l'on s'applique à développer chez le peuple le goût des exercices propres à accroître la force physique :

3. Que l'on répande la notion des principes qui dans le mariage et dans la famille peuvent assurer la production d'une génération forte et nous garantir en particulier contre les dangers qui résultent pour l'enfant de la privation forcée de l'allaitement maternel :

4. Que l'on fasse une inspection sérieuse des écoles et des ateliers et que l'on s'occupe en même temps de l'hygiène générale de ces établissements et des conditions du travail :

5. Que l'on vulgarise la connaissance des conditions de salubrité des habitations privées et des bâtiments publics, et que l'on interdise dans les villes la construction de nouvelles habitations insalubres :

6. Que certaines fautes contre l'hygiène, comme l'acte de cracher à terre dans les endroits publics et même sur les trottoirs des rues, soient considérées comme délits et réprimées au moyen de pénalités appropriées :

7. Que l'État applique gratuitement la tuberculine au diagnostic de la tuberculose bovine, et considère la question d'indemniser

les agriculteurs qui consentiront à sacrifier leurs animaux malades de tuberculose :

8. Qu'il importe d'intéresser les sociétés de bienfaisance et surtout les associations religieuses à la création d'établissements qui recueillent à la campagne les enfants en danger de tuberculose dans les foyers familiaux infectés :

9. Que pour le dépistage de la tuberculose et l'éducation hygienique de notre population, il est urgent d'intéresser le public et les hôpitaux existants à la création de dispensaires anti-tuberculeux sur un type simple et peu coûteux :

10. Que l'État s'occupe de la surveillance des intérêts publics investis dans les assurances et les mutualités, et favorise les efforts de l'initiative privée tendant à engager ces institutions à la création de sanatoriums populaires.

(B) Proposé par les docteurs D'Amours, LeCavelier et Laurendeau, secondé par les docteurs Béique, LeSage et Ste-Marie que 7 membres choisis par le Congrès et un membre de chaque société médicale de la province, choisis par ces dernières, soient nommés pour constituer une *commission* permanente afin de travailler à la réalisation des vœux suivants :

10. Les tuberculeux doivent être soignés dans des hôpitaux distincts qui leur seront exclusivement consacrés.

20. S'il n'existe pas un hôpital spécial pour ces malades, des quartiers spéciaux doivent être exclusivement réservés aux tuberculeux.

30. La création d'un sanatorium populaire pour les tuberculeux indigents constitue un des meilleurs moyens de lutter contre cette terrible maladie.

40. Que notre gouvernement, nos municipalités, nos sociétés de bienfaisance, nos compagnies d'assurances doivent immédiatement et effectivement concourir à créer des sanatoriums populaires.

50. Qu'une enquête soit instituée pour connaître dans toutes les villes d'au moins 10,000 habitants la répartition de la tuberculose dans les maisons et de rechercher les causes de cette répartition.

60. Que les immigrants soient examinés avec plus de soin et retournés dans leur pays s'ils sont trouvés tuberculeux.

70. Qu'un carnet d'hygiène du logement et de l'atelier soit composé en vue particulièrement de préserver l'ouvrier de la contagion ou de l'éclosion de la tuberculose.

80. Pour assurer la préservation de l'enfant, dans la famille, il faut maintenir les maisons en état de salubrité et de propreté parfaite.

9. Si le foyer familial est contaminé, en éloigner l'enfant autant que possible.

10. Diriger les efforts des mutualités dans le sens de la préservation par l'hygiène individuelle, l'alimentation saine, l'habitation aérée, ensoleillée, et le travail raisonné.

110. De préparer un projet de loi de l'instruction publique, obligeant les instituteurs et les institutrices de toutes les maisons d'enseignement scolaire, d'enseigner à leurs élèves ou catéchisme sur l'hygiène de l'antituberculisation et de l'antiaécoolisation, exigeant d'eux, chaque année, pour avancement en classe, un examen sur la partie de cette matière qui leur aura été enseignée. Ce catéchisme devra avoir l'approbation du Conseil d'Hygiène et des autorités directrices de l'enseignement dans ce pays.

120. Et que cette commission fasse rapport au prochain congrès.

(C) Voici le vœu émis par le Dr G. A. H. Béique, de Magog, secondé par le Dr Rousseau, de Québec, rapporteur, section de la Tuberculose, et le Dr E. P. Lachapelle, de Montréal, président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec :

Que le 31ème Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord verrait avec plaisir les Sociétés de Bienfaisance canadiennes-françaises entrer dans la lutte contre la tuberculose en érigeant elles mêmes ou en contribuant à l'érection de sanatoriums pour le traitement de leurs membres atteints de cette maladie.

Le Congrès croit de plus que ce mouvement humanitaire serait dans l'intérêt financier et économique des Sociétés de Bienfaisance, de leurs caisses de malades et de dotation aussi bien que dans l'intérêt particulier des membres malades et de la population en général.

Proposé par M. Albert Laurendeau secondé par M. François de Martigny : Que MM. Arthur Rousseau, Michel D. Brochu, A. A. Foucher, A. G. H. Béique, C. N. Valin, les proposeurs et seconds, soient membres de la commission permanente, dont le but sera de travailler à la réalisation des vœux du Congrès, au sujet de la tuberculose.

ALCOOLISME

Les propositions suivantes sont l'expression d'opinion du Congrès des médecins de langue française :

1. Le plus sûr moyen de faire disparaître l'alcoolisme de notre pays serait l'adoption d'une loi prohibant la fabrication et le commerce de toutes boissons alcooliques distillées dans toute la puissance du Canada, sauf pour les fins pharmaceutiques et industrielles.

2. Si l'application de la proposition précédente était irréalisable pour des raisons d'économie politique ou autres il serait à désirer que le gouvernement provincial se chargeât lui-même du trafic des boissons alcooliques, dans notre province.

3. Au cas où le gouvernement provincial refuserait de nationaliser ce trafic, nous recommandons qu'il soit cédée une charte à une compagnie privée qui aura charge de ce commerce dans la province, à la condition expresse que cette compagnie ne paiera à ses actionnaires qu'un dividende modéré et défini, et que le surplus des profits serve à des fins charitables, philanthropiques ou autres désignées par nos gouvernants.

1. Au cas où aucune des mesures ne serait acceptable, ce Congrès recommande à la Législature de modifier la loi des licences en limitant les droits et privilèges des conseils municipaux ne permettant à ces derniers de n'accorder qu'une licence d'hôtel par chaque mille âmes de population.

Que copie des vœux ci-dessus soit transmise aux gouvernements fédéral et provincial.

Le Congrès a adopté le vœu de prophylaxie suivant qui terminait la très importante communication de délégué du Gouvernement français, M. le Dr Triboulet :

“ Le troisième Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, envisageant les rapports de l'Alcoolisme, et notamment de l'intoxication par les essences dans leur influence formelle sur la genèse d'un grand nombre de faits de tuberculisation, demande aux pouvoirs publics des divers pays, à titre de mesure prophylactique antituberculeuse, l'interdiction de la vente libre de la liqueur d'absinthe.”

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECINES BREVETÉES

Les résolutions suivantes furent approuvées unanimement :

1. Le docteur A. N. Rivet, professeur de chimie et toxicologie à l'Université Laval, Montréal, propose une réglementation concernant les médecines brevetées.

1er vœu. Le commerce de médecines brevetées est condamnable dans son entier ; mais comme on ne peut le défendre, la formule du contenu de chaque préparation devrait être en évidence sur l'étiquette de la bouteille ou de la boîte même.

2e vœu. Toute matière alimentaire mise sur le marché, viande de boucherie, conserves, épices, etc. ; devraient être examinées et analysées à intervalles réguliers et ce, fréquemment.

3e vœu. Les pharmaciens devraient être obligés à une loi plus restrictive dans la vente des poisons ; et des peines en conséquence appliquées aux délinquants.

4e vœu. Toute vente de préparation renfermant des poisons, surtout des narcotiques, devrait être formellement défendue aux épiciers, tant de la ville que de la campagne.

5e vœu. Les médicaments devraient être soumis à l'analyse et la force de chacun d'eux contrôlée suivant un critérium, qui pour nous serait le B. P. Là, où l'étalon manque, comme dans les préparations non officielles, en établir un suivant une méthode adoptée des différents pays, à l'usage du nôtre.

6e vœu. Que des laboratoires d'analyse décentralisateurs soient installés dans les grands centres afin de faciliter le travail.

7e vœu. Que des inspecteurs spécialistes, tels que les médecins, soient choisis pour faire la revue des pharmacies, épiceries et autres lieux où les matières sus-mentionnées sont exposées en vente.

8e vœu. Qu'une législation sévère, capable d'arrêter toute tentative d'infraction aux lois établies, soit faite au plus tôt.

9e vœu. Qu'enfin, le Gouvernement soit bien assuré que les vœux précédents, émis par le Congrès etc., de la langue française d'Amérique, sont l'expression sincère et générale des médecins de langue française du Canada.

TARIF DES COMPAGNIES D'ASSURANCES

Résolutions présentées par M. Albert Laurendeau et secondées par M. J. E. D'Amours.

Que ce Congrès approuve les résolutions adoptées par les Sociétés médicales de Joliette, de Sherbrooke, des Trois-Rivières, de Wolfe, de Beauce, de Portneuf, de Shefford, de Terrebonne, de Chicoutimi et du Lac St-Jean, d'Arthabaska, etc., fixant à cinq dollars le prix de chaque examen médical fait à la réquisition des compagnies d'assurances sur la vie, et recommande à tous les membres de suivre ce tarif.

Que copie de cette résolution soit envoyée à toutes les Compagnies d'assurances sur la vie, faisant affaire dans la province de Québec, ainsi qu'à toutes les sociétés médicales provinciales.

M. BELLEMARE. —Étant donné qu'il est de l'intérêt général que les meilleures publications médicales se répandent dans la profession médicale.

Attendu aussi que le prix de revient de ces livres est toujours très élevé. Je propose que les droits de douane, qui sont de 10% soient supprimés, vu que cela ne lèse aucun intérêt local.

JURY MÉDICAL.

Résolutions présentées par le Dr S. Lachapelle, de Montréal :

1o. Qu'un comité composé de 1 ou 2 légistes et de 2 ou 3 médecins, soit chargé d'étudier la question de la formation d'un comité médical consultant dans toutes les causes civiles et criminelles et de faire rapport au prochain Congrès :

2o. Que demande soit faite au Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, d'amender sa chartre pour lui permettre de constituer un tribunal de conciliation dans tous les cas de difficultés pour honoraires entre le médecin et son patient.

PROJET D'ETABLISSEMENT D'UN INSTITUT PASTEUR

M. A. Loir, de Paris, MM. Brochu, de Québec, A. Foucher, de Montréal et E. F. Panneton, des Trois-Rivières, sont nommés pour constituer un comité en vue de l'établissement d'un Institut Pasteur au Canada.

Ils ont été chargés de préparer un rapport à ce sujet.

SOUVENIRS OFFERTS AU CONGRÈS

Le magnifique médaillon commémoratif qui a fait l'admiration générale, dans la salle du Congrès, à l'Hôtel-de-ville des Trois-Rivières, a été gracieusement expédié à l'Association, par la Société Française pour l'avancement des sciences et autres sociétés savantes d'Europe.



Reproduction du médaillon offert au Congrès par un groupe de sociétés savantes françaises.

C'est surtout grâce à l'influence de M. Louis Herbette, conseiller d'État, si nous avons pu obtenir ce précieux souvenir, qui, en même temps, est un chef-d'œuvre artistique.

M. le docteur A. Loir, délégué de la "Société Française pour l'avancement des sciences," avait été spécialement choisi pour apporter ce médaillon, et le transmettre à l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Notre distingué confrère a aussi remis au président et au secrétaire général du Congrès deux remarquables médailles en bronze, dues au talent de M. Henri Dubois, et représentant, l'une, une figure de "l'Étude," l'autre, une composition allégorique "Salut à la lumière," avec des inscriptions précisant les circonstances de l'offrande et l'intention des donateurs.



Reproduction des médailles offertes par M. le docteur A. LOIR, au nom de personnalités éminentes de Paris.

Inutile d'ajouter que les Congressistes ont été très sensibles à cette marque de délicate et courtoise attention de la part des maîtres de la science française et autres savants personnages de la mère-patrie.

M. Loir a également remis au président une photographie d'un projet de monument à Montcalm, qui sera élevé sur une des places publiques de sa ville natale, et il exprime l'espoir qu'un monument semblable se dressera bientôt dans une de nos villes canadiennes.

SCEAU

Le nouveau sceau de notre Association, choisi par le Comité Exécutif du Congrès des Trois-Rivières, a été adopté unanimement par l'assemblée générale, sur présentation du rapport favorable de la commission nommée à cet effet.

Cette commission se composait de MM. Loir, Brochu, Foucher et Panneton.

RÉCEPTIONS ET VISITES

Le mercredi, 27 juin, à 1 heure et demie de l'après-midi, un grand nombre de médecins sont allés visiter l'hôpital militaire au camp des Trois Rivières. Ils ont été reçus par le lieutenant-colonel C. W. Wilson, médecin principal du camp et le major Kenneth Cameron, médecin en chef de l'hôpital.

Les Congressistes ont beaucoup admiré l'installation chirurgicale et le service d'ambulance. Puis, à la demande de quelques visiteurs, les ambulanciers et les brancardiers ont donné une démonstration pratique sur les secours à donner aux blessés.

De quatre à sept heures du soir, une réception fut offerte aux Congressistes, par Madame L. P. Normand et de 9 heures à minuit, eut lieu une seconde réception chez Madame E. F. Panneton.

La plupart des membres du congrès se sont fait un devoir d'aller présenter leurs respects aux deux charmantes hôtesse qui ont accueilli leurs invités avec la plus exquise urbanité.

Enfin, de nombreuses visites individuelles furent faites à l'Hôpital Saint-Joseph et au Sanatorium des Trois-Rivières.

ELECTION DES OFFICIERS ET DÉSIGNATION DU LIEU DE RÉUNION DU QUATRIÈME CONGRÈS

Le troisième Congrès a terminé ses travaux jeudi matin, 28 juin. Tous les congressistes étaient réunis au complet dans la salle d'opéra de l'Hôtel de Ville. Cette séance fut très solennelle, sous la présidence du docteur L. P. Normand. Elle fut de courte durée. Par décision unanime, on choisit la ville de Québec comme lieu de réunion du prochain congrès. Il coïncidera, tout probablement, avec les fêtes grandioses qui auront lieu dans l'ancienne capitale au mois de juin 1908, pour la commémoration du trois centième anniversaire de la fondation de Québec en 1608, par Samuel de Champlain.

Puis on procéda aux élections des officiers du prochain Congrès qui donnèrent le résultat suivant :

Président : Docteur Arthur Simard, de Québec ; vice-présidents : le Dr H. Hervieux, de Montréal, le Dr J. E. Lanoie, de Fall River, Mass., et le Dr L. J. O. Sirois, de St Ferdinand d'Halifax ; secrétaire général : le Dr A. Paquet, de Québec ; trésorier : le Dr F. X. Dorion, de Québec.

Après les élections, M. le Président Normand, proposa que MM. Triboulet, Loir et Proust, délégués français, fussent nommés membres honoraires de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Cette motion fut adoptée avec le plus grand enthousiasme.

M. VALIN.—Je propose, secondé par le Dr Laurendeau, que des remerciements soient votés aux officiers du Bureau actuel pour le dévouement qu'ils ont déployé dans l'organisation si parfaite de ce Congrès.

Après les remerciements de M. Normand, président sortant de charge, le Congrès est dissout.

EXCURSION A SHAWINIGAN

Immédiatement après la séance de clôture du Congrès, eut lieu, par train spécial, l'excursion à Grand'Mère et aux Chutes Shawinigan. Ce voyage permit au 400 excursionnistes qui y ont pris part, d'admirer l'une des grandes beautés naturelles du continent américain.

La température était superbe, et tous les Congressistes sont revenus enchantés de leur voyage, qui au dire de tous, a été le digne couronnement des travaux du Congrès.

ECHOS DU CONGRÈS DES TROIS-RIVIÈRES

LES IMPRESSIONS DU DR TRIBOULET

Le Dr H. Triboulet, délégué du Gouvernement français, a publié dans la *Clinique* du 10 août, 1906, un rapport des principaux faits et travaux de ce Congrès. Nous reproduisons de ce journal la dernière partie de son article, qui nous démontre assez clairement l'intérêt que portent aux réunions de notre Association les confrères de France, ainsi que la sympathie et l'encouragement qu'ils nous accordent.

En résumé, le succès scientifique du troisième Congrès a été considérable si on en juge par le nombre des adhésions médicales qui a dépassé 300 inscriptions effectives.

Les trois sujets à l'ordre du jour, et qui sont parmi les plus importants de l'Hygiène sociale, Tuberculose, Hygiène infantile, Alcoolisme, y ont fait l'objet de trois grands rapports principaux,

complétés par trois rapports. En outre, les différents sujets ont groupé 110 communications, remises au Dr de Blois, le distingué et si actif secrétaire général.

Et maintenant, qu'il me soit permis ici, au nom de mes collègues, les Drs Pronst et Loir, et au mien, d'exprimer la plus sincère reconnaissance à nos chers hôtes, médecins du Canada français.

Le voyage, pour arriver aux Trois-Rivières, qu'on le fasse par New-York, par les lacs, et par le Niagara comme l'ont fait mes collègues ; qu'on le fasse par le Saint-Laurent, comme je l'ai fait, le voyage nous met en présence des beautés naturelles les plus grandioses. Mais si la grandeur des paysages nous ramène à la réalité américaine, tout ce que nous avons vu des hommes, tout ce que nous avons entendu : sentiments, langage, manifestations, est bien fait pour créer l'illusion : tout cela était français et du plus pur.

Rendu par la première voie à Montréal, le voyageur contemple une ville immense, européenne, aux deux tiers française ; par la seconde, il voit d'abord Québec, la vieille ville historique de J. Cartier et de Champlain qui l'ont comprise, de Montcalm qui a eu le bonheur de mourir sans la voir perdue. Québec est aux trois-quarts française.

Chacune de ces deux grandes villes possède un centre d'instruction médicale, l'Université Laval, qui a fourni déjà tant de brillantes générations de médecins canadiens-français et qui devra prendre à cœur d'accomplir les réformes nécessaires pour se maintenir à la hauteur de sa mission scientifique.

Entre les deux métropoles, dans la ville des Trois-Rivières, le Congrès nous a offert la plus charmante et la plus affectueuse hospitalité. M. le Dr Normand, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, président du Congrès, ayant à ses côtés le vénérable doyen d'âge, le Dr Thérien, l'inlassable secrétaire général, le Dr Ch. de Blois, si accueillant à tous, et aux délégués de France, le Dr Panneton, le Dr Saint-Pierre, trésorier, le Dr Bourgeois, et le Comité de réception tout entier (1) nous ont fait retrouver ici un groupe d'admirables praticiens français, mélange parfait de savoir solide, de bon sens supérieur, de cordialité simplement exquise.

Nous serions, mes collègues et moi, bien mauvais avocats d'une grande cause nationale, si après les journées merveilleuses que nous avons vécues là-bas, nous ne savions, au retour en France, faire passer une partie de notre reconnaissance et de notre enthousiasme

(1) Le Comité de réception comprenait en outre les Drs Darce, Gervais, Godin, Hélu, Lambert, Leduc et Tourigny.

dans le cœur de nos compatriotes. Nous les convaincrions qu'il est de leur devoir de venir constater par eux-mêmes que tout ce que nous pouvons dire ou écrire sur la " Nouvelle-France " n'a rien d'exagéré, et que nos récits sont bien loin encore de l'exacte vérité.

Le Congrès s'est terminé par une excursion générale aux chutes de Shawinigan, une des grandes beautés naturelles du Canada. Moins grandiose que les " Niagara Falls " la cataracte du Saint-Maurice, à Shawinigan, ne le cède en rien à sa gigantesque rivale par les effets pittoresques qui y sont peut-être plus multipliés.



Reproduction de la médaille offerte par
M. le docteur H. TRIBOULET.

Liste des membres adhérents

MÉDECINS

A

Ahern, Michaël Jos.	Québec.
Albert, L. N.	Van Buren, Maine.
Allard, J. A.	Bromptonville, P. Q.
Archambault, D. E.	St-Pierre les Becquets.
Archambault, G.	Montréal.
Archambault, J. L.	Cohoës, N. Y.
Archambeault, Jos.	Fort Kent, Maine.
Aubry, A. D.	Montréal.

B

Bachand, L. C.	Sherbrooke.
Badeaux, L. J.	Montréal.
Barbati, Ph. N.	Paris.
Barlet, G.	Paris.
Baril, F.-X.	Ste-Geneviève de Batiscan.
Baril, G. E.	Montréal.
Beauchamp, L. E.	Chicoutimi.
Beauchemin, Nérée.	Yamachiche.
Beauchesne, R.	St-Ephrem de Tring. Co. Beauce.
Beaudet, Nap.	Fall River, Mass.
Beandoin, J. A.	Lachine.
Beandry, A. G. E.	St-Raphaël.
Beandry, J. O.	St-Jacques l'Achigan.
Beandry, L. A.	St-Hyacinthe.
Beausoleil J. M.	Montréal.
Bédard, A. E.	Pembroke, Ont.
Bédard, P. H.	Québec.
Béique, A. G. H.	Magog.
Béland, H. S.	St-Joseph de Beauce.
Bélanger, U. A.	Beauport.
Belle Isle, Louis.	Cap de la Madeleine.
Bellemare, Alexis N.	Yamachiche.
Bellemare, Lionel.	St-Narcisse, Co. Champlain.

Bellemare, L. O. M.	Yamachiche.
Benoit, E. P.	Montréal.
Bérard, J. U.	Montréal.
Bergeron, J. Z.	Chicago, Ill.
Bernard, A. A.	Montréal.
Biron, Chs. B.	Ste-Sophie de Lévrard.
Blondin, J. E.	Arthabaskaville.
Blouin, J. Benjamin.	Montuagny.
Boisvert, A. J.	Plessisville.
Boivin, J. Narcisse.	St Martin, Co Beauce.
Bonin, A.	Joliette.
Bordeleau, Bruno.	Ste Thècle.
Bouchard, C. A.	Ste-Anne de Chicoutimi.
Boncher, G. A.	Brockton, Mass.
Boncher, L. G. E.	St-Valérien, Co. Shefford.
Boncher, Séraphin.	Montréal.
Boulauger, O.	St-Laurent, Manitoba.
Boulet, Rod.	Montréal.
Bourgeois, Georges.	Trois-Rivières.
Bourgeois, Benjamin G.	Montréal.
Bourgoin, J. A.	Montréal.
Bournival, L. O.	St-Barnabé.
Brisset, A.	Montréal.
Brochu, M. D.	Québec.
Brodeur, Azarie.	Montréal.
Brossard, P. A.	Stanford.
Brunelle, Ernest.	Belœil Village.
Buret, F.	Paris.

C

Camirand, J. Olivier.	Sherbrooke.
Camiré, A. O.	St-François du Lac.
Carignan, L.	St Pierre les Becquets.
Caron L. Thomas.	Pont Maskinongé.
Carpentier, A. A.	Saint-Jaul, Mim.
Chagnon, E. Phillippe.	Montréal.
Chapdelaine, L. Victor.	Sorel.
Charbonneau,	Keeseville, Essex.
Chenevert, J. O.	Biddeford Maine.
Chevalier, E. N.	St-Athanase Co. Iberville.
Chevrier, A.	Embrun, Ont.
Choquette, Ernest.	St-Hilaire.
Choquette, J. H.	Shawinigan Falls.

Cléroux, L. J. Vitalien.....	Montréal.
Clontier, Anguste O.....	Nicolet.
Cloutier, Georges.....	St-Georges, Co. Beauce.
Colin, J. Ernest.....	St-Théophile du Lac.
Cooke, Edouard.....	Broughton Station.
Cormier, Isaïe.....	Montréal.
Corsin, Adalbert.....	Montréal.
Coulombe, Chs.....	St-Justin.
Couture, C. F.....	Tingwick.
Couture, M. H.....	Lynn, Mass.

D

Daigle, C. A.....	Montréal.
D'Amours, J. E.....	Papineauville.
Darche, C. E.....	Trois-Rivières.
Daunais, J. C. E.....	Coches N. Y.
Dardel, Jean.....	Aix-les-Bains, France.
De Blois, Charles.....	Trois-Rivières.
De Blois, Pierre.....	Québec.
Décarie, Jean L.....	Montréal.
De Cotret, E. A. R.....	Montréal.
De Laval, N. E.....	New Bedford, Mass.
Delorme, L. J. N.....	Montréal.
De Martigny, Adelstan.....	Montreal.
De Martigny, Frs-Xavier.....	Montréal.
Derome, W. J.....	Montréal.
Desnoyers, D.....	Kingsey.
Desloges, A. Hector.....	Montréal.
Desroches, Israël J.....	Montréal.
Désy, L. Philippe.....	St-Barthélémy.
Dion, Jos. E.....	Montréal.
Dolbec, F. X. O.....	St-Casimir.
Dorion, F. X. Jules.....	Québec.
Droniu, A.....	St-Anselme.
Dronin, Jos. Odilon.....	St-Honoré, Beauce.
Dubé, Edouard.....	Montréal.
Dubuc, Godfroy.....	Waterbury, Conn.
Duchesnois, E. Nap.....	Varembes, Co. Verchères.
Dufresne, J. A.....	Shawinigan.
Duhamel, Henri M.....	Montréal.
Dumont, A. Émile.....	Gentilly.
Dusseault, Nap. A.....	Québec.
Duval, Phi.....	Ham Nora.

E

Elie, Antonio.....Island Pond.
Éthier, Aldège.....Montréal.

F

Faucher, P. V.....Québec.
Ferro, G. Arthur.....Grand'Mère.
Ferro, Eug.....Batiscan.
Fenilleteau, F.-X.....Paquetville, Compton.
Fiset, Hon. J. B. R.....Rimouski.
Fiset, I. P.....St-Boniface de Shawinigan.
Flenry, Georges.....St-Léon.
Forest, Louis.....Sherbrooke.
Fortier, Tancrède.....Ste-Marie, Beauce.
Foucher, A. Achille.....Montréal.
Foveau de Courmelles.....Paris.
Frigon, Rosario.....St-Casimir, Co. Portneuf.

G

Garcen, Jos.....Shawinigan.
Gauthier, Armand.....Paris.
Gauthier, J. C. S.....St-Éphrem d'Upton.
Gauthier, L. O.....Chicoutimi.
Gauthier, J. D.....Montréal.
Gauvreau, Jos. T.....Rimouski.
Gélinas, Jos. Calixte.....St-Boniface de Shawinigan.
Genest, J.L. M.....St-Bernard, Co. Dorchester.
Gervais, M. E.....Trois-Rivières.
Gignère, J. P.....Chapeau, Onn.
Girard, S. J.....Montréal.
Gironx, Louis Stephen.....Gentilly, Co. Nicolet.
Godbout, Benoît.....Stukely Nord, Co. Shefford.
Godin, Guillaume N.....Trois-Rivières.
Godreau, A. E. P.....St-Sébastien d'Iberville.
Gosselin, F.-X.....St-Roch des Aulnaies.
Gosselin, Jos. C.....Québec.
Grandbois, Paul E.....Fraserville.
Grenier, B. P.....Montréal.
Grenier, J. A.....St-Alexis des Monts.
Grenier, M. P.....St-Maurice.
Grenier, J. H.....St-Léon.
Grondin, S. Eugène.....Québec.

Guilbert, Jos. Lucien.....	Montréal.
Guillet, N. E.....	Manchester, N. H.
Guy, J. A.....	Edmonton, N. B.

H

Hamel, A. C.....	Québec.
Hamelin, J. L. I.....	Louiseville.
Harwood, L. de L.....	Montréal.
Hélie, Omer.....	St-Gégoire.
Henrotin, Fernand.....	Chicago, Ill.
Herviens, Henri.....	Montréal.
Héty, Jos. E.....	Trois-Rivières.
Hingston, D. A.....	Montréal.
Hingston, Sir William.....	Montréal.
Honle, Anselme E.....	Bennington, Vt.

J

Jeannotte, Ferdinand.....	Montréal.
Jobin, Albert.....	Québec.
Jolicœur, Georges W.....	Québec.

K

Kenedy, Edward.....	Montréal.
---------------------	-----------

L

Lacerte, Eugène.....	Thetford Mines.
Lachapelle, E. Persillier.....	Montréal.
Lachapelle, Séverin.....	Montréal.
Lacoursière, J. E.....	Berlin, N. H.
Lacoursière, L. N. E.....	St-Tite, Co. Champlain.
Ladrière, Jos. Edouard.....	Lévis.
LaHaie, Bruno.....	Ste-Anne de la Pérade.
Lambert, Napoléon.....	Trois-Rivières.
Lambert, J. H. O.....	St-Boniface, Manitoba.
Lamontagne, Aime.....	Montréal.
Landry, Geo. Ed.....	Oldtown, Me.
Landry, V. P.....	Béauceour.
Langis, J. A.....	Petit Rocher, N. B.
Langlais, Frs. Jos.....	Trois-Pistoles.
Lanoie, J. E.....	Fall-River, Mass.
Lapointe, J. O.....	Montréal.
Lapointe, Jovite.....	Bideford, Me.
Laporte, P. H.....	Edmonton, N. B.
Laramée, Albert.....	Montréal.
Larin, Georges E.....	Montréal.

Lasnier, Henri.....	Montréal.
Lassalle, Jos. Albert.....	Montréal.
Lassonde, Amélie.....	Drummondville.
Latrasverse, F.-X. R.....	Sorel.
Laumonier, J.....	Paris.
Laurendeau, Albert.....	St-Gabriel de Brandon.
Lavallée, Ar. L.....	Berlin, N. H.
LeBel, E. A.....	Québec.
LeCavalier, A. Edouard.....	St-Eustache.
LeCavelier, D. E.....	Montréal.
Leclere, O.....	L'Ange Gardien.
L'Écuyer, J. T.....	Montréal.
Leblanc, J. G.....	Champlain.
Leduc, J. Hector.....	Trois-Rivières.
Lelaidier, Émile.....	St-Édouard, Lotbinière.
Lemaire, Charles.....	Ste-Clothilde d'Arthabaska.
Lemieux, Louis Jos.....	Montréal.
Lerat, Paul.....	Paris.
Le Sage, J. A.....	Montréal.
Lessard, L. Arthur.....	Granby.
Lippé, Jos.....	St-Ambroise de Kildare.
Loir, A.....	Paris.

M

Marchais, M.....	Paris.
Marchand, Henri.....	Champlain.
Marcel, A.....	Montréal.
Marcotte, J. A.....	Ste-Anne de la Pérade.
Marquis, Canac.....	San Francisco, Californie.
Marien, Amédée.....	Montréal.
Marois, Albert.....	Québec.
Marsolais, A. R. L.....	Montréal.
Martin, Georges.....	Montréal.
Martineau, Élie.....	Québec.
Massicotte, F. X.....	St-Prospier.
Massicotte, J. P. H.....	Victoriaville.
Massicotte, J. P.....	Keene, N. H.
Masson, Damien.....	Montréal.
Mathieu, Eugène.....	Québec.
Maurault, Benjamin.....	St-François du Lac.
Mayrand, Robert.....	Québec.
Mercier, A. F.....	Montréal.
Mercier, O. F.....	Montréal.

Michand, Thomas W.....	St-Pacôme, Co. Kamouraska.
Mignault, Louis D.....	Montréal.
Millette, Pierre.....	St-Étienne des Grès.
Milot, O. Ernest.....	Louiseville.
Minet, H.....	Paris.
Mirault, J. Arthur.....	Montréal.
Mouod, F. ruand.....	Montréal.
Montpetit, I.....	Montréal.
Montrenil, J.....	Québec.
Moreau, H.....	St Jean, Co. Iberville.
Morissette, Alfred.....	Ste-Hénédiine.

N

Nadeau, Émile.....	Québec.
Normand, Louis-Philippe.....	Trois-Rivières.

O

Ostigny, É. P.....	St-Hyacinthe.
--------------------	---------------

P

Pagé, Jos. Damase.....	Québec.
Pameton, E. F.....	Trois-Rivières.
Paquin, Rosaire.....	Québec.
Paquin, Sam. Georges.....	Portneuf.
Paquin, Wilfrid.....	Ste-Ursule.
Paquet, A.....	Québec.
Paradis, J. G.....	Montuagny.
Parizeau, Téléphore.....	Montréal.
Payette, Adéland.....	Lowell, Mass.
Pelletier, Elzéar.....	Montréal.
Pelletier, Pantaléon.....	Sherbrooke.
Pépin, Rodolphe.....	Nicolet.
Petit, A. W.....	Nashua, N. H.
Pinault, L. G.....	Campbelton, N. B.
Plonffe, F.:X.....	Montréal.
Plante, Louis A.....	Louiseville.
Plourde, W. O.....	Thorne, North Dakota.
Poissant, Jos. C.....	Montréal.
Poliquin, Arthur.....	St-Félicien.
Pomerville, J. A.....	St Vincent de Paul, Co. Laval.
Potel, A. C.....	Paris.
Potvin, Arthur.....	Québec.
Pozzi, S.....	Paris.
Prévost, Norbert.....	St-Isidore de Laprairie.

Prévost, U.....St-Isidore de Laprairie.
 Primeau, J. É.....Marieville, Co. Rouville.
 Pronst R.....Paris.
 Provost, C. F.-X.....La Patrie, Co. Compton.
 Provost, Ed. H.....Sorel.

R

Rancourt, C. G.....Waterville, Maine.
 Rhéaume, Z.....Valleyfield.
 Ricard, Arthur.....Montréal.
 Richard, Alfred.....St-Épiphanie.
 Richard, J. Philippe.....Montmagny.
 Rionx, Jos. Ferdinand.....Sherbrooke.
 Riverin, Adélar.....Chicoutimi.
 Rivet, Alf. Nap.....Montréal.
 Robillard, J.....Thurso, Co. Ottawa.
 Rottot, J. P.....Montréal.
 Rousseau, J. M. A.....Québec.
 Rousseau, J.....Montréal.
 Rousseau, Z.....Troy, N. Y.
 Roy, Jos. Nap.....Montréal.
 Roy, H.....Ville St-Paul.

S

Savard, Edmond.....Chicoutimi.
 Schmidt, M. J. B. Jos.....Ile d'Anticosti.
 Sheppard, J. J.....Joliette.
 Simard, A.....Québec.
 Sirois, Ls. J. O.....St-Ferdinand d'Halifax.
 St-Onge, Jos.....Valleyfield.
 St-Denis, J. A.....Montréal.
 St-Jacques, Eugène.....Montréal.
 Ste-Marie, Phi.....Ottawa.
 Ste-Marie, J. Ald.....Gracefield.
 St-Pierre, Jos. A.....Trois-Rivières.
 Smith, A. Laphthorn.....Montréal.
 Sylvain, Émile.....Manchester, N. H.
 Sylvestre, J. M. P.....Maskinongé.
 Sylvestre, Isaïe.....Sorel.

T

Tanguay, G. A. P.....St-Gervais.
 Tassé, Gustave.....St-Jean.
 Tessier, Romuald.....Montréal.

Therrien, Honoré.....	Trois Rivières.
Thibault, W. A.....	Wotton, Co. Wolfe.
Tourigay, Olivier.....	Trois-Rivières.
Triboulet, Henri.....	Paris.
Trigault, J. Z.....	Plessisville.
Tronchaud, M.	Paris.
Trudeau, Raphaël.	Montréal.
Trudel, F.	St-Stanislas.
Trudel, H.	St-Grégoire.
Turcot, Jos. Ing.	St-Hyacinthe.
Turcot, G. H.	St-Hyacinthe.

v

*Vaillancourt, C. E.	St-Anselme, Co. Dorchester.
Valin, Charles Narcisse.	Montréal.
Vanasse, J. Edmond.	St-Maurice.
Veillens, Henri.	Ste-Gertrude, P. Q.
Verge, Ch.	Québec.
Viger, J. Avila.	St-Étienne de Grantham.
Villeneuve, Georges.	Montréal.
Voisard, Elzéar.	St-Alban.

DENTISTES

Beauchamp, Art.....	Montréal
Brossau, A.....	Montréal.
Dolan, J. E.....	Trois-Rivières.
Dorval, Ing.....	Québec.
Dubeau, Endore.....	Montréal.
Fournier, J. N. P.....	St-Hyacinthe.
Franchère, Louis.....	Montréal.
Harwood, Frank.....	Montréal.
Jutras, Jos. A.....	Trois-Rivières.
Lanthier, A.....	Québec.
Lemieux, L. N.....	Québec.
Nolin, Jos.....	Montréal.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Ayotte, J.-B.....	Trois-Rivières.
Bouchard, C.....	Bécancour.
Bonillé, N.....	Deschambault.
Dronin, J.-B.....	Trois-Rivières.
Dumont, R.....	Trois-Rivières.
St Arnaud, L.....	Montréal.

**TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS
AYANT FAIT DES COMMUNICATIONS**

Ahern, Michaël, Joseph.....	535
Archambault, J. L.	196
Bachand, L. C.	179
Barbatis, P. N.	439
Béïque, A. G. Henri.....	108
Benoit, E. P.	113
Bergeron, Jos. Z.	638
Bourgeois, Georges.....	212
 Chevrier, A.	 227
 Daigle, C. A.	 500
D'Amours, J. E.	111
Dardel, Jean.....	396
De Blois, Charles.....	132
De La I. E.	102
De A. Adelstan.....	139
De M Frs.....	577
Dorion, P.-X. Jules	368
Dubé, J. Edmond.....	211
Dubeau, Endore.....	704
 Foucher, A. A.	 79
Fournier, J. N. P.	715
Foveau de Courmelles.....	135, 647
 Gauthier, Armand.....	 428
Gauthier, J. C. S.	472
Giguère, J. P.	476
 Harwood, Frank.....	 726
Hervieux, H.	216
 Lachapelle, S.	 238, 701
Lacoursière, J. E.	694
Lanoie, J. E.	591
Lanthier, A.	707
Lasnier, Henri.....	655
Lassonde, Amédée	684
Lammonier, J.	97

Laurendeau, Albert	209, 375, 558, 600, 618, 630
LeCavelier, D. E.	493
Lemieux, L. N.	721
Lerat, Paul	671, 673
Loir, A.	352
Marchais, M.	155
Mayrand, R.	515
Mercier, O. F.	544
Miuet, H.	675
Monod, Fernand.	606
Panneton, E. F.	81, 324
Paquin, S. Ceu.	680
Paradis, D.	76
Potel, A. C.	522
Proust, R.	534
Rhéanne, Z.	603
Rious, J. Fred.	36
Rivet, Alf. Nap.	182
Rousseau, J. M. A.	50
Roy, J. Nap.	633
Schmidt, M. J. B.	371
Simard, A.	527
Sirois, Is. J. O.	306
Smith, A. Laphthorn.	667
Sylvain, M.	363
Triboulet, Henri.	322
Trouchand, M.	377
Valin, Chs.	381
Verge, Chs.	464

8, 689
 .. 493
 .. 721
 1, 673
 .. 352

 155
 515
 514
 675
 696

 324
 689
 76
 522
 534

 609
 93
 182
 59
 633

 371
 527
 306
 667
 363

 322
 377

 381
 464

TABLE DES MATIÈRES

Allocution de M. le docteur Tribonlet.....	32
Discours de M. J. E. Bellefeuille.....	52
Discours de MONSEIGNEUR Cloutier.....	45
Discours de l'Honorable Lomer Gouin.....	50
Discours de M. le baron d'Halewyu.....	52
Discours de Sir L. A. Jetté.....	43
Discours de M. le docteur A. Loir.....	56
Discours de M. le docteur Normand.....	25
Discours de M. le Président Normand.....	40
Discours de M. le docteur R. Pronst.....	55
Discours de M. le docteur H. Triboulet.....	54
Documents relatifs à l'organisation.....	7
Échos du Congrès des Trois-Rivières.....	739
Élection des officiers généraux du 4ième Congrès.....	738
Excursion à Shawinigan.....	739
Liste des membres adhérents.....	742
Officiers généraux de l'Association.....	5
Ouverture du Congrès.....	25
Programme du Congrès.....	23
Projet d'établissement d'un Institut Pasteur.....	735
Rapport de M. Charles de Blois.....	33
Réceptions.....	738
Règlement général.....	20
Sciau de l'Association.....	737
Séance solennelle.....	39
Souvenirs offerts au Congrès.....	736
Vœux.....	730

MÉMOIRES

A

Alcoolisme [Bourgeois].....	242
Alcoolisme, ses causes sociales [Dorion].....	368
Alcoolisme [Laurendeau] ..	375
Alcoolisme et boissons dites hygiéniques [Loir].....	352
Alcoolisme et tuberculose [Paradis].....	76
Alcoolisme, sa prophylaxie [Sirois].....	306
Anesthésie chirurgicale par la stovaine [Mercier]	544
Asepsie et antiseptie chez le dentiste [Dubéan]	701
Asepsie dans la pratique chirurgicale [Simard]	527

B

Bees de lièvre et fissures du palais [Harwood].....	726
Blennorrhagie chez la femme [F. de Martigny]	577

C

Cancer de la matrice, sa guérison [A. Laphorn Smith].....	667
Chirurgie à la campagne [Laurendeau].....	618
Choix d'un anesthésique en chirurgie dentaire [Lauthier]	707
Chorio-Epithélioma [Abern].....	535
Comment traiter les convulsions chez les enfants [Lachapelle].....	238
Compte-rendu des séances.....	59
Corrigéons notre régime alimentaire [Valin].....	381

D

De l'enlèvement des matières usées [Potel].....	522
---	-----

E

Eaux thermales et volcanisme [Gauthier].....	428
Eruption erythémato-vésiculaire [Mayrand].....	515
Éventrations post-opératoires [Rhéanne].....	609
Exérèse des amygdales et technique [Bergeron].....	638
Exposé sur l'Institut général psychologique.....	519

G

Grippe [Benoit].....	413
----------------------	-----

H

Hygiène scolaire [Chevrier].....	227
Hygiène infantile [Dubé].....	211
Hygiène infantile [Hervieux].....	216

I

Influence des sociétés médicales de districts sur le progrès intellectuel, moral et scientifique [Paquin].....	689
Intérêts professionnels.....	681, 734

TABLE DES MATIÈRES

755

J

Jury médical [Lachapelle].....	701
--------------------------------	-----

K

Kératites et huiles superiodées [Baehand].....	470
--	-----

L

La profession médicale devant les professions sœurs, devant la législation, devant la société [Lassonde].....	681
Le plâtre en dentisterie [Fournier].....	715
Leucokératose sublinguale [Roy].....	633
L'œuvre des conseils aux mères de famille [Panneton].....	234

M

Maladies pelviennes chez les jeunes filles [Lanoie].....	591
Massage dans les phlébites [Marchais].....	455
Massothérapie et gymnastique dans les affections de l'appareil respiratoire [Barbatié].....	439
Médecines brevetées [Lacoursière].....	694
Méningite tuberculeuse [Panneton].....	84

N

Nécessité de bien étudier et de bien traiter les affections compliquant la tuberculose, particulièrement celles du nez et de la gorge [de Laval]..	102
---	-----

O

Obliteration des canaux dentaires [Lemieux].....	721
Opération de l'hypospadias pénien [Lerat].....	673
Ozone, son rôle épidémiologique et antiseptique [Foveau de Courmelles]..	435

P

Paralysies et traitement électrique [Verge].....	464
Poisons alimentaires et médicamenteux [Rivet].....	482
Procédés d'exploration, le laboratoire et la clinique [Daigle].....	500
Prostatectomie par voie périnéale et par voie hypogastrique [Proust].....	531

R

Rayons X dans le cancer [Foveau de Courmelles].....	647
Rayons X [Lasnier].....	655
Régime alimentaire et maladies chroniques [Dardel].....	396
Rétrécissement du rectum post-opératoire [Monod].....	606

S

Sanatoriums gratuits pour tuberculeux [D'Amours].....	114
Saturnisme et alcoolisme [Tronchaud].....	377
Scopolamine [Aurendeau].....	558
Séance consacrée à l'Alcoolisme.....	242

Séance consacrée à l'hygiène infantile.	211
Séance générale sur la tuberculose.	59
Section de chirurgie.	527
Section de chirurgie dentaire.	704
Section de médecine.	381
Services rendus à l'humanité par l'alcool [Schmidt].	37
Sociétés de bienfaisance et Sanatoriums dans la lutte contre la tuberculose [Béïque]	108
Syphilis, ses facteurs de gravité [LeCavelier].	493
Système de Gochembourg [Sylvain].	363

T

Tarif des Compagnies d'assurances sur la vie [Laurendeau].	699
Tuberculose d'un adénomyome de l'utérus [Archaubault].	196
Tuberculose pulmonaire, les inhalations d'ozone dans la — [de Blois].	132
Tuberculose, traitement par le sérum de Marmorek [A. de Martigny].	139
Tuberculose, traitement par les injections intra-trachéales [Foncher].	79
Tuberculoses associées, traitement par le phosphite de créosote [Laumonier].	97
Tuberculose [Laurendeau].	209
Tuberculose, Hygiène et rayons X, quelques observations [Rionx].	93
Tuberculose, étiologie, prophylaxie [Rousseau].	59
Tuberculose et hygiène des boissons [Triboulet].	322
Tumeur de l'ovaire [Lerat].	671

U

Un cas d'hébotomie [Laurendeau].	600
Urétroscopie dans les rétrécissements [Minet].	675

V

Vératrum viride et opium [Gauthier].	472
Vératrum viride dans l'éclampsie puerpérale [Giguère].	476

... 211
... 59
... 527
... 704
... 381
... 37
... ose
... 108
... 493
... 363

... 699
... 196
... 132
... 139
... 79
... ier] 97
... 209
... 93
... 59
... 322
... 671

... 600
... 675

... 472
... 476



