

PAGES

MANQUANTES

AVRIL 1903

SOMMAIRE

MÉMOIRES

- 337—Traitement de la tuberculose par l'emploi combiné de la tuberculine et de sels étherés de créosote..... *B. et Q.*
351—Notre apathie pour l'hygiène..... *J. I. D.*
355 Rapport d'un cas de luxation incomplète de la rotule..... *C. D.*
357—Rapport d'un cas de prolapsus complet et irréductible de l'utérus, des annexes des parties du petit intestin, de la vessie contenant des calculs, compliqué de prolapsus du rectum, chez une vierge..... *C. D.*

ANALYSES

MÉDECINE

- 361—La gastérine..... *E. L.*
362—Traitement du diabète..... *X.*

CHIRURGIE

- 363—Comment inciser un panaris..... *E. L.*

PÉDIATRIE

- 364—Le signe de Koeplik dans la rougeole..... *R. F.*

SÉROTHÉRAPIE

- 365—Le sérum anti-typhoïdique..... *R. F.*

OPHTHALMOLOGIE

- 369—Les fausses conjonctivites..... *N. A. D.*
372—Société médicale de Portneuf..... *S. G. P.*

NOUVELLES ET VARIÉTÉS

- 375—Nouvelles et variétés..... *C. V.*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

- 378—L'acte médical du Canada devant la Législature Provinciale.....
380—Le collège des médecins et la Législature..... *C. R. P.*

Cie des Médecines Patentées Françaises

130, RUE ST-DENIS, MONTREAL.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE FRANÇAIS

Qualité irréprochable.

Sécurité absolue.

DOCTEURS !

LORSQUE VOUS ACHETEZ VOS INSTRUMENTS
IL EST NÉCESSAIRE QU'ILS VOUS DONNENT
COMPLÈTE GARANTIE, SÉCURITÉ ABSOLUE.

SEULS LES INSTRUMENTS

MATHIEU DE **PARIS**

REMPLISSENT CES CONDITIONS, PARCE QUE

- 1° Leur qualité, leur trempe sont supérieures.
- 2° Qu'il ne s'altèrent ni ne se détériorent jamais.
- 3° Qu'ils durent une vie et plus.
- 4° Qu'ils ne nécessitent pas les coûteuses et fréquentes réparations des instruments à BON MARCHÉ.
- 5° Qu'ils libèrent l'opérateur de toute inquiétude quant à la solidité de son instrument.
- 7° Qu'ils sont forgés à la main si non à la machine, c'est-à-dire travaillés un à un et soigneusement finis dans toutes leurs parties, alors que l'instrument bon marché est bâclé à la grosse.

Avant d'acheter, souvenez-vous que le bon marché revient toujours très cher.

DEMANDEZ PRIX ET CATALOGUE

MEMOIRES

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR L'EMPLOI COMBINÉ DE LA TUBERCULINE ET DE SELS ÉTHERÉS DE CRÉOSOTE

Par MM. les Drs Samuel BERNHEIM & QUENTIN de Paris.

Dans un mémoire paru il y a quelques mois, M. le Dr Marchal de Bruxelles, médecin de l'hôpital de St-Josse-ten-noode, décrivait un nouveau traitement de la tuberculose pulmonaire, appliqué dans son service depuis deux années environ et qui lui a donné de brillants résultats thérapeutiques et cliniques.

Dans ce travail, qui débute par un exposé des théories de l'immunisation, l'auteur développe une conception originale et nouvelle de l'action des tuberculines, dont il combine l'emploi avec les éthers créosotés. Il démontre que l'échec des tuberculines est dû surtout à un emploi de doses exagérées, rapidement augmentées, pour en arriver à une immunisation tuberculineuse, résultat précisément opposé à ce que l'on doit chercher, car d'abord, il n'est pas démontré que l'immunisation tuberculineuse donne l'immunisation tuberculeuse; ensuite les doses employées épuisent le malade en demandant à son organisme un effort de défense trop grand pour ses forces, d'où résulte l'affaiblissement qui suit généralement l'emploi de ces doses trop actives. Au contraire, il faut concevoir l'action si nettement spécifique des tuberculines comme un moyen de réveiller dans l'organisme tuberculeux la tendance à se défendre contre l'infection et l'intoxication tuberculeuse.

Il faut, dès lors, n'avoir recours qu'à des doses minimes, calculées sur les forces probables du malade et rechercher une tuberculine bien dosée, pas trop active : et, au lieu de rechercher une immunisation rapide, contre les tuberculines, s'efforcer au contraire de garder le plus longtemps possible l'aptitude de l'organisme malade à réagir contre l'injection d'une dose minime de toxine tuberculeuse.

Cette préoccupation de l'auteur de ne pas demander au malade trop de réaction, l'amène ainsi à employer en même temps les éthers créosotés, en injections sous-cutanées. S'appuyant sur les séro-réactions, sur le rôle nullement défensif de l'agglutination bacillaire il s'efforce de provoquer dans le milieu sanguin, l'apparition de ces anti-corps de défense. (expérience d'Arloing Courmont) afin que les conditions des humeurs de l'organisme soient excellentes et supportent facilement et sans fléchir la réaction.

Et en effet, l'auteur a pu démontrer que cette vue théorique se réalise cliniquement : une série d'injections de phosphate de créosote, poursuivie pendant trois jours consécutifs, puis une injection de tuberculine, ne donnent plus qu'une réaction très minime d'où le malade sort rapidement et sans affaiblissement. Au contraire, il se sent plus fort, son appétit augmente, sa nutrition s'améliore, comme l'indique l'examen de ses urines.

Après des essais de différentes tuberculines de Koch, Denys etc. M. le Dr Maréchal emploie maintenant une tuberculine préparée par lui, et obtenue dans un milieu de culture se rapprochant plus du sérum sanguin que les autres cultures, et dont l'activité est calculée de manière à éviter toute réaction thermique dépassant quelques dixièmes de degré.

Vivement intéressés par ce travail parce que nous avons déjà expérimenté nous-mêmes les éthers créosotés, nous nous rendîmes à Bruxelles, dans le service du Dr Maréchal, où nous

avons pu vérifier la scrupuleuse exactitude des observations publiées par notre distingué confrère, et les résultats vraiment remarquables qu'il obtient par son traitement.

Forts de ces premiers résultats obtenus dans un service d'hôpital, par un médecin consciencieux de Bruxelles, et après avoir contrôlé l'exactitude de ces résultats, nous avons jugé utile d'appliquer cette nouvelle méthode aux malades de nos dispensaires anti-tuberculeux. Nous venons communiquer aujourd'hui une première partie de nos recherches et de nos observations, et faire pour ainsi dire une communication préliminaire quoique notre expérience ne date que de quelques mois, et nous réservant de publier ultérieurement des faits plus nombreux, plus concluants, plus démonstratifs.

Dans les Dispensaires du 9^e et du 12^e arrondissement où nos collègues et nous-mêmes, nous voyons chaque jour un très grand nombre de malades, nous avons traité à ce jour vingt-huit malades par cette méthode. Nous n'avons pas choisi nos sujets, ce qui nous aurait été facile, mais nous les avons soumis au traitement sans aucune distinction de période ou de gravité, c'est-à-dire sans trier les cas favorables. Nous avons appliqué scrupuleusement la méthode décrite par le Dr Maréchal. Après avoir établi le diagnostic clinique, bactériologique et chimique de chaque tuberculeux, après avoir inscrit son poids et relevé sa température, nous lui fimes quotidiennement pendant 3 jours consécutifs, une injection de 1, 2 et 3 c. c. de phosphate de créosote ou phosote, et puis le 4^eme jour une injection de tuberculine, en commençant par $\frac{1}{4}$ de c. c. et en poussant graduellement après de nouvelles injections du sel étheré de créosote, cette dose de tuberculine jusqu'à $\frac{1}{2}$ gramme. Nous n'avons pas jusqu'à présent dépassé cette dose, quoique le Dr Maréchal soit allé plus loin et ait poussé chez certains malades à grande tolérance la dose jusqu'à 2 c. c. de tuberculine. Voici les phéno-

mènes que nous avons relevés chez nos malades ainsi traités :

Chez aucun d'eux nous n'avons jamais observé de réaction fébrile. A la suite des injections de tuberculine, la température augmente de 3 à 5 dixièmes de degré mais sans que le malade ne soit autrement accommodé : il ne ressent ni céphalalgie, ni courbature, ni malaise. Pendant la nuit le sommeil est un peu plus agité et le lendemain, l'expectoration est plus abondante : le malade remplit aisément, à la suite d'une quinte de toux un crachoir. d'expectoration épaisse d'abord puis liquide et spumeuse. Si à ce moment on pratique l'auscultation, on perçoit au niveau de la lésion tuberculeuse une légère exagération des signes morbides. Puis tout rentre dans l'ordre sans qu'on ait le moindre accident ni la moindre complication.

Tous nos malades, sans distinction, déclarent spontanément que leur appétit est doublé dès la première injection de tuberculine, et cette appétence se maintient constamment et devient souvent de la voracité. D'autre part, les forces du sujet se doublent, sa toux va en diminuant, le poids augmente, l'état général s'améliore. Quant à l'examen bactériologique, nous avons eu la satisfaction de voir disparaître les bacilles de l'expectoration de certains de nos malades et en tout cas notre chef de laboratoire nous a signalé à plusieurs reprises, que les bactéries associées au bacille de Koch diminuaient ou disparaissaient.

De même, nous avons pu suivre cliniquement l'effet de ce traitement combiné : chez plusieurs de nos malades les signes morbides, craquements, râles secs ou humides, frottements, souffle s'atténaient et quelque-fois disparaissaient complètement.

Enfin, nous avons pu suivre au laboratoire la modification du terrain tuberculeux et constater pour ainsi dire sa transformation. Chez tous les malades traités par cette méthode, notre chef de laboratoire, M. Latraye, nous a signalé une augmenta-

tion de la teneur de l'acidité des urines (et on sait quelle importance pronostique nous ajoutons à ce signe) et des urates éliminés en quantités considérables surtout après la troisième ou quatrième piqûre de tuberculine.

Avant de tirer une conclusion de notre trop courte expérience, nous désirons résumer très brièvement un certain nombre d'observations.

Ob : I. René S. âgé de 20 ans, est un malade de tuberculose ouverte, qui a passé plusieurs mois dans un sanatorium de Davos, et il l'a quitté trop tôt comme le Dr Humbert l'a affirmé, avec des bacilles dans les crachats. A son retour à Paris, il s'est maintenu dans un état relativement satisfaisant, quand en septembre et octobre, il a eu deux poussées de grippe rébelle, qui, comme toujours, l'ont fait maigrir. A ce moment, l'examen bactériologique est positif.

Au milieu de novembre, époque à laquelle nous commençons le traitement, le poids du malade est de 64 kilogs 500. Nous lui faisons consécutivement 40 injections, soit 30 de phosote, et 10 de tuberculine. L'état du malade se modifie assez rapidement. Le poids augmente de 7 à 800 gr. par semaine, pas de fièvre, augmentation de poids ; après la sixième injection de tuberculine, on constate de rares bacilles, après la 8ième de très rares, après la 10ème absence de bacilles. Le poids du corps a passé de 64 k. 500 à 69 k. 500 et le malade examiné depuis plusieurs fois a conservé son poids et les bacilles n'ont pas reparu.

Comme symptômes cliniques, on n'entend plus au sommet, qui était infiltré. qu'une respiration puérile.

Ob. II Voici un autre malade qui n'est pas moins intéressant :

Monsieur Henri G. : 30 ans, marié, sans enfant. ouvrier, Mère morte de phthisie. Malade depuis 6 ans, soigné par le Dr Petit pour pleurésie, hémoptysie, toux, sueurs nocturnes, a mai-

gri beaucoup, de trois k. en 1 mois, en juillet 1902, au moment de son entrée au Dispensaire. A ce moment, l'examen clinique révèle de la submalité des deux sommets, des craquements plus nombreux à gauche qu'à droite, nombreux bacilles, hypoacidité des urines. On soumet le malade au repos et on l'envoie à la campagne jusqu'en septembre. Même état à son retour à Paris. Seul l'état général est un peu plus satisfaisant. Injection de phosote. Le malade gagne 4 k. sous l'influence de ce traitement, mais l'expectoration reste abondante et contient de nombreux bacilles. A partir du 6 janvier, injections de tuberculine et phosote, et de cette date au 20 février le malade reçoit 31 injections de phosote et 2 de tuberculine. Le malade augmente dans cette courte période de 5 k. L'expectoration, peu abondante, contient de très rares bacilles. L'acidité urinaire est normale. Le malade très robuste se figure être guéri.

Obs : III Jean G. ; 34 ans, marié, facteur.

Pas d'antécédents héréditaires. Malade depuis 1 an, Digestion pénible, toux, dysphée, crache peu. Grande fatigue. A son entrée au Dispensaire en juillet 1902, on constate de la submatité des deux sommets, des frottements râles à la base gauche. Souffle caverne en arrière au sommet gauche. Nombreux bacilles. Hypoacidité urinaire.

Après un repos, une cure alimentaire et un séjour à la campagne de plusieurs semaines, le malade au 15 octobre se trouve un peu mieux, mais a toujours les mêmes symptômes cliniques et de nombreux bacilles dans les crachats. Il reçoit d'abord une série de piqûres de phosote et de la tuberculine à partir de janvier.

Le 5 février, on n'entend plus le souffle caverneux, qui est remplacé par la respiration obscure et quelques rares craquements.

De 20 février, mêmes symptômes cliniques. Mais l'examen

bactériologique décèle de rares bacilles et les urines sont plus riches en acidité libre. L'état général est meilleur et le malade a gagné 1 kilog.

Obs. IV.—Alcide Th : 33 ans, Instituteur.

Pas d'antécédent héréditaire. Malade depuis 6 ans ; est soigné pour de la tuberculose, hémoptysie, toux, douleurs thoraciques. Sueurs nocturnes modérées. Expectoration moyenne. Il n'a maigri que de quelques livres.

Entre en traitement au Dispensaire le 1er février. Submatité au sommet droit où la respiration est très obscure : à la respiration profonde, on entend quelques râles : rares bacilles. Acidité urinaire normale. Injections alternées de phosote et de tuberculine.

Après 20 injections, le malade se trouve mieux, mange et digère très bien, n'expectore que très peu. Augmentation de poids : très rares bacilles.

Obs : V. Mme C. D. 46 ans, Institutrice.

Pas d'antécédents héréditaires. Malade depuis 7 mois, époque à laquelle elle a été soignée pour pneumonie. Tousse et expectore beaucoup, depuis pas de mieux. Etat digestif satisfaisant. A maigri d'abord, mais a repris un peu de poids. Règles très irrégulières.

Au 20 janvier 1903, on constate de la respiration soufflante au sommet gauche, de nombreux gros râles dans les deux poumons. En avant et à gauche la respiration est amphorique et on entend du gargouillement. Nombreux bacilles de Koch, acidité normale.

La malade reçoit 20 piqûres de phosote et 10 piqûres de tuberculine. Elle se sent beaucoup mieux. Elle tousse et expectore moins. Le poids augmente de 3 kilogs. Les bacilles persistent mais sont rares.

Obs : VI.—Augustine L. 36 ans. Ouvrière en confection.

Mari mort de tuberculose il y a 2 mois. Malade depuis. A peu maigri, touse, Expectoration abondante. Pas de sueur. Douleurs thoraciques, dyspnée. Assez bonnes fonctions gastriques. Règles normales.

Au 1er aout 1902 : Submatité au sommet droit en arrière ; respiration rude et quelques craquements. Respiration rude dans tout le poumon droit. Respiration rude en avant au sommet gauche. Nombreux bacilles de Koch. Hypoacidité peu exagérée des urines. A ce moment, la malade, qui pèse 43 kilogs 500, est soumise à un régime hygiéno-diététique ; elle travaille par intermittence et son état général s'aggrave. Elle descend en quelques semaines à 41 k. Sa toux est très intolérable. En Xbre, nous lui prescrivons à cause de la fièvre, un repos absolu. Puis à la fin de ce mois, nous commençons le traitement de la tuberculine, associée au phosote. L'appétit devient très vif, après le troisième piqûre de tuberculine. Les forces reviennent, l'expectoration abondante d'abord, diminue. Au 25 janvier, peu nombreux bacilles de Koch. Au 19 février, très rares bacilles. La malade a regagnée 2 kilogs et demi et se trouve en bon état. On continue le traitement.

Obs : VII. Oscar M. 27 ans.

Père mort de tuberculose. Comptable depuis 15 mois. Hémoptysie. Toux. expectoration abondante, Mauvais appétit et vomissement à la suite de quintes de toux. Submatité du sommet droit où on entend de nombreux craquements. Respiration obscure du sommet gauche. Bacilles de Koch et microbes. Hypoacidité des urines. A maigri de 5 k. $\frac{1}{2}$.

Est soumis au régime hygiéno-diététique et au traitement de phosote et tuberculine fin décembre. A suivi sans interruption ce traitement pendant 50 jours. A gagné 3 k. 600 gr. Ne tousse presque plus, crache moins. Rares bacilles de Koch.

Acidité urinaire normale. État général très satisfaisant. Les symptômes cliniques sont moins accusés.

Obs : VIII—S. P. 17 ans.

14 décembre : Submatité du sommet droit, gargouillement avec nombreux craquements dans tout le poumon droit. Quelques craquements à gauche. Nombreux bacilles.—51 k. 100.

18 février : Rien à gauche. Quelques craquements secs à droite. 53 k 900, 9 injections de Tuberculine.

Obs : IX.—Riv : 23 ans.

1er février. Submatité des deux sommets, craquement à droite. A ssez nombreux bacilles.—64 k 200.

18 février :—Diminution des craquements. Amélioration de l'état général—67 k 600. 4 injections de T.

Obs : X. G. Yvonne. 21 ans.

12 novembre : Craquement et submatité au sommet gauche. Rares bacilles. 50 k. 200.

A subi au commencement de janvier une attaque de grippe qui a baissé son poids de 47 k. Tuberculine depuis le 11 janvier.

18 février : Plus de bacilles. 48 k 100. Rares craquements au sommet gauche en arrière.

Obs : XI.—C. Joséphine, 33 ans.

3 septembre : Submatité des deux sommets avec quelques craquements. Nombreux bacilles 50 k. 700. Phosote seul.

Tuberculine à partir du 1er février.

18 février : Amélioration. 51 k. 400.

Obs : XII. P. Blanche. 24 ans.

Janvier : Craquements au sommet gauche : pas de bacilles. 52 k 900.

18 février : Pas de craquements. 53 k 200.

Obs : XIII Ost. 23 ans.

Janvier : Submatité au sommet droit où la respiration est obscure. Pas de bacilles. 56 k 600.

18 février : le murmure respiratoire s'entend plus clairement. 59 k 100.

Obs : XIV. Charri : 28 ans.

1er février : Bronchite ancienne. Submatité des deux sommets. Nombreux craquements à au sommet droit. Respiration obscure au sommet gauche. Assez nombreux bacilles. 69 k 400

16 février : 69 k 560. Diminution des craquements. Etat général meilleur.

Obs : XV. P. Zélie. 25 ans.

Janvier. Submatité des deux sommets. Nombreux craquements à droite. Respiration obscure à gauche. Assez nombreux bacilles.

18 février. Quelques bacilles.

Amélioration des signes stéthoscopiques.

Obs : XVI G., 35 ans.

Soigné par nous avec lécithine gaiacolée, ses bacilles avaient diminué en nombre dans les crachats.

Pesait 51 k. 100 le 12 octobre.

49 k. 300 le 16 janvier (au début du traitement par la tuberculine).

50 k. 600 le 18 février.

Signes stéthoscopiques modifiés.

Obs : XVII. Str : 20 ans.

Décembre : Submatité et craquements au sommet droit : Pas de bacilles.

19 février : état stationnaire. Pas de changements dans le poids (50 k.)

Obs : XII. Lecrock. 33 ans.

Rare bacille. Etat stationnaire.

Obs : XIX : Cud : 23 ans.

Rares bacilles. Pas de changement stéthoscopique. Poids stationnaire.

Obs : XX : De; 28 ans.

Janvier. Craquements et submatité au sommet droit. Assez nombreux bacilles 53 k. 700.

18 février. Etat stationnaire 52 k. 300.

Obs : XXI. N. Valéry. 34 ans.

21 décembre : craquements aux deux sommets pas de bacilles.—48 k. 300.

18 février : Pas de changement au sommet droit. Respiration rude à gauche. 49 k. 700.

Obs : XXII. P. Jeanne, 36 ans.

30 décembre. Craquements aux sommets. Assez nombreux bacilles. 43. 400.

18 février : Diminution de craquements. 41 k. 500.

Obs : XXIII.—F1 : 42 ans.

4 janvier : Nombreux craquements aux deux sommets. Souffle caverneux à gauche. Assez nombreux bacilles. 69 kg.

18 février 65 k. 200. Cependant diminution des craquements. Le malade se sent mieux.

Obs : XXIV. L. Madeleine. 40 ans.

Janvier : Submatité des deux sommets. Craquements à gauche. Nombreux bacilles. 57 k. 100.

18 février : 56 k. 300. Diminution des craquements.

Obs : XXV. T. Laroche. 48 ans.

Juillet : Submatité avec nombreux craquements aux deux sommets. Assez nombreux bacilles. 47 k4. Tuberculine depuis le 1er février.

16 février Même état stéthoscopique. 45 kgs.

Obs : XXVI : D. Annette.

Janvier : Lupus de la face, coxalgie ancienne; rien au poumon.

18 février : Poids stationnaire. Le lupus paraît s'améliorer. La malade se trouve très bien.

Obs : XXVII et XXVIII.

Deux jeunes malades (pour mémoire) atteintes de tuberculose ganglionnaire cervicale et trachéo bronchique, qui ne sont pas encore soumises depuis assez longtemps au traitement pour que nous en fassions état.

Réflexions :—La lecture de ces observations démontre que nous n'avons pas recherché les cas favorables. Presque tous nos malades étaient atteints à la deuxième ou à la troisième période. Malgré cela, nous voyons que sur 23 d'entre eux, 17 se sont améliorés avec une rapidité telle qu'on ne peut guère attribuer cette amélioration qu'à l'action de la tuberculine. Nous avons sans doute obtenu d'excellents résultats chez un grand nombre de malades soumis aux injections de phosphate de créosote, et nous avons insisté à plusieurs reprises sur l'efficacité de ce puissant agent. Nous devons reconnaître néanmoins que les résultats obtenus par la médication phospho créosotée n'ont jamais été aussi rapides.

En plus de cette instantanéité le traitement du Docteur Maréchal démontre aussi qu'on peut injecter aux bacillaires de la tuberculine à la condition que ce produit soit bien dosé, et manié avec prudence. En commençant par des quantités minimes et en augmentant la dose graduellement on ne provoque jamais d'hyperthermie, de malaise général. La piqûre elle-même est un peu douloureuse, mais cette douleur est supportée facilement et n'est qu'éphémère.

La plupart de nos malades ignoraient facilement ce que nous leur injectons et ils pensaient que c'était de la créosote. On ne peut donc invoquer aucune influence d'ordre suggestif.

En dehors des malades, dont nous avons rapporté les obser-

uations détaillées, nous traitons par cette méthode 10 nouveaux tuberculeux de divers ordres et des jeunes gens atteints d'adénites cervicales avec sommet douteux. Chez ces derniers les ganglions semblent diminuer de volume.

On peut soumettre à ce traitement mixte tous les tuberculeux à la condition que leur état général soit satisfaisant, que les lésions ne soient pas trop anciennes et surtout trop étendues. L'hémoptisie ne nous semble pas une contr'indication. Mais il faut s'abstenir chez les infiltrés, chez les cachectiques, les tuberculeux fébriles, en un mot, chez les phthisiques qui sont incurables et sont réfractaires à toute méthode thérapeutique.

Il nous a semblé que les éréthiques, les nerveux ne supportent pas bien les piqûres à la tuberculine. Chez deux sujets, à la suite d'une injection d'une dose minime, nous avons observé de l'agitation, de l'anxiété, de l'insomnie, et nous avons dû renoncer au traitement. Il est vrai qu'au cours de nos observations, nous avons observé les mêmes phénomènes psychiques causés par des médicaments classiques et ordinaires : il faut, dans ces cas, se méfier de l'auto-suggestion. Quoiqu'il en soit, nous avons tenu à signaler les moindres troubles, aussi éphémères fussent-ils.

De même, on peut provoquer une réaction très vive, atteindre une température élevée si d'emblée on injecte une dose élevée ou si on injecte même une dose faible de tuberculine, sans avoir administré préalablement du phosphate de créosote.

Quoique, nos observations soient peu nombreuses et notre expérimentation de courte durée, nous croyons pouvoir affirmer que la tuberculine de Maréchal associée aux injections de phosphates de créosote donne des résultats infiniment plus précis, plus efficaces et plus rapides que les diverses autres tuberculines

que nous avons expérimentées et que d'autres ont éprouvées jusqu'à ce jour. Ce qui nous encourage aussi à poursuivre nos recherches, c'est l'innocuité absolue de cette méthode. (1)

(1) Chaque centimètre cube de tuberculine de Marechal contient un milligramme de produit actif.



Le "SANMETTO" dans l'Urétrite et l'Incontinence d'urine

Ayant eu d'excellents résultats avec l'emploi du "SANMETTO" dans les maladies génito-urinaires, je suis convaincu que ce remède possède des propriétés curatives depuis que je l'ai employé dans le cas d'un garçon âgé de 12 ans qui souffrait d'une rebelle urétrite accompagnée d'incontinence. Le malade avait préalablement consulté deux ou trois médecins sans résultat, et me demanda de le guérir ou sinon de ne rien prescrire pour lui. Je lui prescrivis la formule suivante :

R
Huile santal, 3ij
Sanmetto g. s. ad 3iv
 mx.

Sig.

Un drachme toutes les 4 heures.

En même temps repos au lit et diète appropriée au cas. Dans dix jours il était bien et ne présentait plus aucun symptôme des troubles précédents. A l'avenir je connaîtrai le spécifique pour ces cas là. J'ai toujours obtenu de bons résultats, de l'emploi du "SANMETTO."

WYATT C. HATCHEN, M. D.

Brunswick, Georgie.

NOTRE APATHIE POUR L'HYGIÈNE (1)

Par le Dr. J.-I. DESROCHES, Montréal.

Messieurs :

A l'heure actuelle, l'hygiène est un mot que tout le monde a sur les lèvres. Dans toutes les classes de la société, on parle souvent d'hygiène parfois avec un air convaincu et satisfait, mais très souvent en critiquant et rejetant ses enseignements. Rares sont ceux qui songent sérieusement à se conformer aux préceptes de cette science. Parmi ceux-mêmes qui par leur position sociale devraient être les observateurs et les propagateurs de l'hygiène il y en a bien peu qui le sont. L'homme est ainsi fait, pour peu que l'hygiène change un peu les habitudes, gêne les préjugés oblige à des suggestions nouvelles, demande quelques sacrifices, c'est fini ! adieu les bonnes résolutions, alors de s'écrier : nos pères ne connaissaient pas l'hygiène ne songeaient pas à tous ces détails gênants et ils s'en portaient mieux que nous ! les microbes... ils les ignoraient. S'il fallait s'occuper de toutes ces minuties, la vie deviendrait intolérable. Enfin dites donc, l'hygiène est une belle science, mais elle est trop exigeante, c'est une chose ennuyeuse. Hâtons-nous d'ajouter que nos pères, il y a 50 ans et plus, menaient une vie toute autre que la nôtre : ils vivaient au foyer, ne voyageaient pas parce que la distance comptait pour quelque chose : mais, ce temps-là est passé et depuis nous traversons l'Océan en moins de 6 jours, nous allons à New-York en moins de 12 heures, les chemins de fer sillonnent notre pays, notre continent et tous les continents du monde. Aujourd'hui tout le monde voyage parce que la distance

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

n'est plus qu'une question d'heures et de jours : tandis qu'autrefois elle était une question de semaines, de mois et d'années, Aujourd'hui, c'est un mouvement continu de la population des campagnes vers les villes et des villes vers les campagnes : nous rencontrons dès voyageurs étrangers sur tous les points du Canada et il n'y a pas de pays, que le canadien n'ait visité. Autrefois, les maladies contagieuses et épidémiques avaient peu de chances de voyager en bateau et en chemin de fer et partout de se propager. Aujourd'hui elles ont toutes les facilités qu'a le public voyageur. Aussi tous les jours, la santé des individus, la santé des familles, la santé des habitants des villes et des campagnes, est sans cesse menacée et on a pas trop l'air de s'en occuper ; on tue sans y prendre garde, on devient assassin sans vouloir le comprendre et tout cela semble très simple dans le meilleur des mondes. On ne s'en émeut pas et on accepte ce que l'on croit ne pouvoir empêcher ; on veut vivre comme on veut.

Comme preuve de ce que j'avance : il a quelques mois, on a vu des variolenses voyager en bateau, en chemin de fer, se promener dans les rues de Montreal et cela avec un sans gêne incroyable ; ne remarquons-nous pas aussi cet autre fait : dans la famille, la maladie se montre-t-elle et soupçonne-t-on un cas contagieux, si le malade ne se porte pas mal, on ne fait pas venir le médecin pour ne pas avoir à se conformer aux lois de l'hygiène ; autre manière de propager la maladie et de tuer les gens. Il n'y a pas de préméditation, mais les faits n'en existent pas moins. On ne réfléchit pas que les épidémies sont généralement allumées par un cas ignoré ou laissé sans précautions hygiéniques au sein d'une ville, d'un village, d'une campagne ; on ne songe pas qu'il suffirait souvent d'isoler le premier cas contagieux d'en chercher la cause et de pratiquer la désinfection pour éteindre sur place un commencement d'épidémie. A qui in-

combe le devoir de traiter le malade et d'éclairer la famille sur les moyens de prévenir la maladie, si ce n'est au médecin.

Notre conseil d'hygiène, il faut le reconnaître ici a fait faire de réels progrès à la cause de l'hygiène dans la province de Québec ; chaque fois qu'une épidémie apparaît quelque part dans notre province, l'application de nos règlements d'hygiène fuit toujours par avoir raison, mais durant le temps que dure l'épidémie la maladie fait toujours des victimes, si notre conseil n'arrive parfois qu'avec peine à arrêter la marche d'une maladie épidémique c'est que, quand il en est averti, la maladie a souvent pris une grande expansion.

Il en sera toujours ainsi, tant que l'hygiène n'aura pas pénétré dans les masses, tant que l'hygiène ne sera pas enseignée à l'école, tant que l'hygiène ne sera pas mieux comprise de nos classes dirigeantes, enfin, tant que l'hygiène ne sera pas formulée par nous médecins comme nous formulons le remède dans l'art de guérir.

Il est incontestable que les questions d'étiologie des maladies contagieuses que l'application des ressources préventives des épidémies retombent sous l'appréciation du médecin ; d'ailleurs, c'est le médecin qui est appelé à diagnostiquer la maladie et à la traiter : c'est à lui qu'incombe le devoir d'éclairer la famille sur la manière de traiter le malade et sur les mesures à prendre pour ne pas diffuser le germe de la maladie, c'est le devoir du médecin d'agir ainsi et pas à d'autres.

Ceci m'amène à vous signaler une grande lacune dans notre enseignement médical : la clinique médicale et hygiénique sur les maladies contagieuses et épidémiques manque complètement. C'est une lacune très regrettable et pleine de périls. L'étudiant est admis à la pratique de la médecine sans avoir vu, ni diagnostiqué sous la direction de ses maîtres, un seul cas de diphtérie, de scarlatine, de variole, etc. Aussi que de cas de maladies in-

fectieuses et contagieuses méconnues au début, sont pendant plusieurs jours des foyer de contagion et de propagation ; aussi que de cas de morts auraient pu être évités avec un bon diagnostic, des mesures hygiéniques et un traitement convenable au début du mal.

Ici nous pouvons dire que l'hygiène publique ne saurait prendre sa valeur effective réelle ailleurs que dans la profession médicale et, partant, dans la clinique médicale et hygiénique des maladies contagieuses. Il importe donc de combler cette lacune dans notre enseignement médical.

Je me résume :

Considérant l'importance de l'enseignement et de la diffusion de l'hygiène au point de vue de la conservation de la santé et de la prophylaxie des maladies contagieuses et épidémiques, regrettant l'indifférence qui règne presque partout à l'égard des pratiques destinées à les obtenir, nous serions heureux 1° de voir propager l'hygiène et pénétrer ainsi dans les masses au moyen de la presse et autres moyens, et surtout de la voir enseigner dans les écoles à tous les degrés : notions élémentaires dans les écoles primaires ; enseignement plus développé au degré secondaire ; et enseignement spécial dans les écoles techniques : 2° de voir enfin compléter l'enseignement de l'hygiène dans nos facultés de médecine par celui de la clinique médicale hygiénique des maladies contagieuses et épidémiques.

RAPPORT D'UN CAS DE LUXATION INCOMPLETE DE LA ROTULE

Opéré dans le service de l'Hôtel-Dieu par le Prof. Simard

Le sujet de cette observation est un homme de 45 ans, marié, père de famille, manœuvre.

Il était occupé à faire des terrassements lors de son accident ; un wagonnet l'a frappé sur le genoux le renversant par terre ; quand il voulut se relever sa jambe droite ne pouvait plus se fléchir sur la cuisse.

Le médecin appelé diagnostiqua facilement une luxation de la rotule et tenta une réduction sous chloroforme mais sans succès. Il adresse le malade à l'hôpital où celui-ci arrive 50 hrs. après l'accident.

Le genoux présente peu ou point de gonflement seulement il y a une tumeur à la partie externe de l'articulation un peu au-dessus de l'interligne articulaire. Cette tumeur est formée par la rotule recouverte de ligaments, son bord interne est fortement appuyé sur le fémur immédiatement en dehors et en arrière du bord du cartilage d'encroûtement de l'articulation du genoux, son bord externe regarde en dehors et un peu en avant, sa face antérieure regarde en avant et un peu en dedans, sa face articulaire regarde en arrière.

Le plan de la rotule dans sa nouvelle position fait avec le plan de la rotule normale un angle d'à peu près 90 degrés.

Le malade est anesthésié par le mélange d'Ether et chloroforme, puis la jambe fortement étendue sur la cuisse, celle-ci au tiers de sa flexion sur le bassin, et l'angle ouvert en dehors que

fait la jambe sur la cuisse étant fermé le plus possible, par de petits coups frappés sur le bord libre de la rotule on dégage son bord interne. Elle glisse pardessus le condyle externe du fémur et reprend sa place facilement. Le nombre de luxation de la rotule connues est plutôt restreint et cette variété étant une rareté dans l'espace ce cas mérite d'être rapporté.

On peut en tirer les conclusions suivantes.

1° Le relâchement complet du triceps fémoral est nécessaire pour réduire la luxation de la rotule.

2° Le maximum de relâchement du triceps ne coïncide pas avec le maximum de flexion de la cuisse sur le bassin, mais plutôt quand la cuisse fait avec le plan du sujet un angle d'environ 45°

3° L'angle normale à ouverture externe que fait la jambe sur la cuisse peut s'exagérer grâce à l'allongement des ligaments internes de l'articulation ; cette exagération relâche la tension musculaire en raccourcissant la longueur totale du membre.

4° Le chloroforme est le complément nécessaire de toutes ces manœuvres, en abolissant la tension musculaire.

P.-C. DAGNEAU.

RAPPORT D'UN CAS DE PROLAPSUS COMPLET ET
IRRÉDUCTIBLE DE L'UTÉRUS, DES ANNEXES
DES PARTIES DU PETIT INTESTIN, DE LA
VESSIE CONTENANT DES CALCULS, COM-
PLIQUÉ DE PROLAPSUS DU RECTUM,
CHEZ UNE VIERGE.

Service du Professeur AHERN.

La malade est âgée de 39 ans, vierge, brune, assez bien constituée plutôt maigre.

Elle se présente à l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang le 14 décembre 1901.

Elle porte entre ses jambes, une tumeur lisse, pyriforme grosse comme une tête d'enfant à terme, dont le revêtement externe est formée par la muqueuse vaginale considérablement modifiée. Cette muqueuse a pris les apparences de la peau, sauf à quelques endroits où elle est recouverte d'ulcérations et d'escharres, (parties correspondant à la face interne des cuisses.

Son histoire est des plus simples.

La menstruation s'établit vers 17 ans. Les règles reviennent régulièrement, durent de 5 à 8 jours avec un peu de douleur pendant le premier jour. A part les maladies d'enfance elle a toujours eu bonne santé, un peu souffreteuse quelquefois et un peu neurasthénique.

Ses antécédants de famille sont nuls. Père et mère vivants, cinq frères et soeurs morts dans l'enfance, un frère mort à 17 ans de pleuresie, deux frères vivants, en bonne santé.

Vers l'âge de 22 ans, à la suite d'un effort sérieux et prolongé elle sentit quelque chose qui faisait hernie par l'orifice vulvaire. Cette tumeur grosse alors comme un œuf aurait cou-

tinuer à augmenter sans pouvoir être jamais réduite.

La maladie date donc de 17 ans.

L'utérus est considérablement augmenté de volume, avec un léger écoulement séro purulent.

La vessie contient des calculs, la malade présente de ce côté dysurie, pyurie, et polakiurie, symptôme qu'elle fait remonter à 3 ans en arrière.

Même sous anesthésie chloroformique la tumeur est absolument irréductible.

La malade est mise au lit, le pied du lit est relevé, on place un coussin sous le prolapsus et on met des compresses humides chaudes sur la tumeur, la vessie est désinfectée quotidiennement au nitrate d'argent (sol.—1/500).

Le 20 décembre la malade est anesthésiée par le mélange d'Ether et Chloroforme (Ether ij Chloroforme j). Taille vesico-vaginale, trois calculs sont enlevés, un gros comme un œuf de poule.

La vessie est suturée en deux plans : Plan profond au catgut, plan superficielle aux crins de florence, et un soude de Petzer est laissée à demeure dans la vessie.

La suture profonde cède à un peu d'infection et il reste une fistule vaginale.

Cette fistule à travers laquelle la paroi postérieure de la vessie sort, guérit petit à petit, mais reste grande comme une pièce de 5 cents.

À part cette accident les suites opératoires sont normales.

Un retard se produit alors dans la convalescence de la malade ; une légère attaque de variole l'oblige à être transportée à l'Hôpital Civique, (18 février). Elle en révient le 5 mars guérie de son infection incidente mais portant toujours son prolapsus et sa fistule.

Son état générale se remonte de semaine en semaine et

pendant le mois de mai le chirurgien de service, M. le docteur Aheru l'opère d'une manière définitive.

La malade est préparée comme pour les opérations vaginales ordinaires : Anesthésie par le mélange d'Ether et chloroforme bien supportée.

La fistule vesicale est d'abord avivée puis suturée en trois plans : muqueuse au catgut, musculuse au catgut et paroi vaginale au crin de florence, puis le vagin est incisé circulairement tout autour du col jusqu'au muscle utérin. Un effort est fait pour enucléer l'utérus sans ouvrir le péritoine, les artères utérines sont mêmes pincées et coupées ; mais au niveau des cul-de-sac péritonéaux l'idée est abandonnée et l'opération devient un hystérectomie vaginale. Les annexes sont enlevées des deux côtés, et le péritoine recousu fermant la cavité abdominale et laissant en dehors les moignons des ligaments larges : toutes les ligatures faites au catgut sont aussi laissées en dehors de la grande cavité péritonéale.

Le vagin est divisé en deux d'avant en arrière, deux grands lambeaux sont enlevés des deux côtés, et suturés en masse avec un gros catgut.

Le réduction se fait facilement: un tampon de gaze iodoformé est mis dans le nouveau vagin, une sonde à demeure dans la vessie. Le périnée est largement distendu mais ne porte aucune trace de cicatrice. Une large perinéorrhaphie (procédé d'Emmet) est faite pour fermer par le bas l'orifice vulvaire et empêcher le prolapsus de se reproduire.

L'opération avait duré deux heures. Les suites opératoires ont été assez simples.

Les sutures vésicales ont tenu parfaitement. La sonde à demeure enlevée après 8 jours, la vessie se vide seule, l'urine a toujours été limpide. Du côté de la suture vaginale il y a eu un tout petit peu d'infection, le thermomètre a marqué 101, 5° F. le

quatrième jour mais dix jours après l'intervention, tout était entré dans l'ordre.

Les points dans le périnée ont bien tenu.

La muqueuse vaginale se dépouille petit à petit de sa cuticule épi lémique et reprend ses caractères de muqueuse. A part un léger écoulement muco-purulent du vagin la malade est très bien et se lève depuis quelques jours.

Dans un récent article publié aux Etats-Unis, (Dr Bayla, Philadelphia, in American Journal of obstetrics, May 7th, 02) le rapporteur de deux cas de prolapsus utérin chez des nullipares citait quelques chiffres statistiques.

Il avait pu réunir dans la littérature médicale 64 observations de prolapsus utérin chez des nullipares.

Il citait entr'autres :

Olseausen, Leopold, Emmet, Kelly avec chacun un cas.

Scanzoni a rapporté 13 cas chez des nullipares sur 114 prolapsus observés, Martin 6 sur 174, Tirtsch 6 sur 80, Liebman 3 sur 39.

Neugebauer en a vu 7 cas dans toute sa pratique. (40)

Les autres cas rapportés sont des cas isolés par des auteurs plus ou moins connus.

Dans aucun cas rapporté il n'est question de prolapsus irréductible. Nulle part on ne mentionne la complication de calculs dans la vessie.

Enfin le prolapsus du rectum est ici présent à l'encontre de toutes les lois qui régissent le prolapsus, c'est un axiome que rectocelle et cystocelle précèdent le prolapsus.

ANALYSE

LA GASTÉRINE

La gastérine, suc gastrique de l'estomac du chien fait l'objet d'une étude du Dr Huchard, dans le numéro du 14 mars du "Journal des Praticiens".

La gastérine est obtenue de l'estomac isolé à la paroi abdominale, l'œsophage ayant été préalablement uni au duodénum. Les animaux ainsi opérés mangent des aliments hachés. Ils se portent bien.

Ce suc digestif renferme par cuillerée à soupe environ 1 gramme de pepsine, 20 centigrammes d'Hcle beaucoup de lab ou présure. Ces éléments sont combinés, à l'état organique, ainsi que les autres principes ; sodium, potassium, fer, contenus dans la sécrétion de l'estomac. On peut donc recueillir ce suc, on ne peut le fabriquer.

La gastérine est le médicament de l'insuffisance de l'estomac, insuffisance aigue ou chronique.

Dans l'insuffisance aigue (embarras gastrique, grippe gastro-intestinale), elle guérit en empêchant les fermentations microbiennes ; en quelques heures, la céphalalgie, les nausées, les vomissements, les selles diarrhéliques s'atténuent et cessent. Dans l'insuffisance chronique par dyspepsie hypochlorhydrique, dyspepsie hyposténique, gastrites diverses, anémie, chlorôse, neurasthénie, tuberculose, diarrhée, etc, elle soulage, puis guérit. Dans cet état chronique, on fait prendre d'autant plus de gastérine que l'estomac est plus insuffisant.

Les doses varient de *une* à *10* cuillerées à soupe à chaque repas, mélangées à l'eau, au vin. Ce mélange est pris par petites quantités successives.

La gastérine a été expérimentée avec succès et l'auteur cite plusieurs observations comme les suivantes où ses vertus curatives sont nettement démontrées.

“ Un malade voit l'eau, le lait, le Képhyr, tous les aliments êtres rejetés ; il maigrit de 36 kilogs en 10 mois, il ramène sou vent du sang, lors de lavages, et en 10 mois, grâce à la gasté rine, il augmente de 25 kilogs et revient à la santé. Un autre arri ve à une intolérance presque absolue de l'estomac, en 1896, il pe sait 52 kilogs. Par l'emploi de la gastérine, il gagna 20 kilogs en 10 mois. (Frémont). On voit aussi des guérisons d'embar ras gastrique simple, les vomissements de la grossesse etc. ”

M. Huchard termine en disant que c'est là une découverte scientifique très importante et que la gastérine est aux maladies de l'estomac, ce que la digitale est aux maladies du cœur.

E. L.

TRAITEMENT DU DIABÈTE

D'après A. ROBIN (Paris).

1° Pendant trois jours, une heure avant les repas, dans un peu d'eau dé Seltz, un des six paquets suivants feront baisser de moitié la quantité de sucre dans l'urine :

Antipyrine.....	} ââ 1 gramme
Bicarbonat de soude....	

2° Pendant six jours, le matin au réveil, un cachet de 60 centigrammes de bichlorhydrate de quinine.

3° Pendant quinze jours, prendre avant les repas, une cuil lérée à soupe de.

Arséniat de soude..... 0 gr. 05

Eau distillée 300 gr. 00

Un quart d'heure avant les repas, prendre aussi, dans un peu d'eau de Vichy, 20 centigrammes de carbonate de lithine.

4° Si le malade n'est pas guéri (un tiers des malades est guéri), il alcalinisera son sang en prenant pendant dix jours :

Citrat de soude..... 5 grammes pour un paquet n° 2 ; un paquet, un quart d'heure avant déjeuner et diner.

Ou bien encore :

Tartrat de potasse..... 4 grammes pour un paquet n° 18 : un paquet avant déjeuner.

5° En cas d'insuccès, recourir aux sédatifs nervins :

Extrait de belladone.....	o gr. 005
— thébaïque.....	o gr. 01
— de valériane.....	o gr. 15

pour une pilule n° 30.

Trois pilules par jour ; augmenter d'une pilule par jour, jusqu'à 10. (Pilules utiles dans le diabète pancréatique).

6° Tout le temps de sa cure, le diabétique prend du quinquina (vin ou pilule de o gr. 20 d'extrait).

7° Diabétiques gras et florides, à Vichy ; diabétiques fatigués, pâles, maigres, à Carlsbad ; diabétiques plus fatigués encore, enclins à la tuberculose, à la Bourboule.

—oo—

MÉDECINE JOURNALIÈRE

COMMENT INCISER UN PANARIS

(Archives générales de médecine, 24 mars 1903)

Après quelques considérations générales sur l'étiologie du panaris et sur son traitement rationnel : l'incision précoce et large, l'auteur, M. G. Daviau aborde son procédé d'anesthésie. Le voici en résumé.

Il se sert d'une solution de cocaïne à $\frac{1}{2}$ pour cent. Il injecte le contenu de seringues de Pravaz de cette solution tout à l'entour de la base du doigt. La première piqûre est pratiquée à la face dorsale. Le liquide anesthésique est poussé tout doucement dans le tissu cellulaire, à mesure que l'aiguille elle-même avance graduellement ; on laisse celle-ci en place et l'on emplit une deuxième fois la seringue. La face latérale du doigt se trouve aussi insensibilisée. On reprend une deuxième piqûre à l'extrémité de la première, et l'on injecte, cette fois-ci sans douleur, la même quantité (2 centimètres cubes) avec la même lenteur. Il en est de même de la 3^{ème} et de la 4^{ème} piqûre qui va rejoindre la première. Nous obtenons ainsi une véritable *bagne au Esthérique* qui rend l'opérateur apte à ouvrir largement, cureter le doigt malade sans que le patient ressente la moindre douleur.

E. L.

PEDIATRIE

LE SIGNE DE KOEPLIK DANS LA ROUGEOLE.

An point de vue du diagnostic précoce, et surtout pour ce qui a trait à la prophylaxie de la rougeole ce signe, bien constaté, devrait être de première importance.

Le signe de Kœplik consiste en macules blanches et bleuâtres du diamètre d'une grosse tête n'épingle souvent entouré d'un petit liséré rouge. Ces taches existent généralement en face des molaires, très souvent au niveau même de l'embouchure du canal de sténon, enfin elles sont parfois disséminées sur toute la muqueuse des joues et des lèvres. Leur place n'est donc pas constante.

On observe ces macules blanc-bleuâtres de 5 à 2 jours avant l'exanthème ; c'est donc un signe précocé.

Vu sa constance, (on l'a retrouvé dans 92% des rougeoleux) il mérite qu'on en tienne compte lorsqu'il sera question d'isoler les malade suspects de rougeole. Mais pour rechercher ce signe il faut observer certaines règles. La figure du jeune malade étant bien dirigée vers le jour, on lui ouvre la bouche largement et on écarte délicatement la muqueuse des joues des arcades dentaires. On se gardera bien de faire laver la bouche du malade avant l'examen car l'aspect de l'éruption serait moins net.

Le signe de Koepliek sera différencié de la stomatite érythémato-pultacée décrite par M. Comby par le fait que dans cette dernière affection la muqueuse est recouverte de larges placards rougeâtres.

R. F.

Le SANMETTO dans l'hypertrophie de la prostate des vieillards et dans l'incontinence nocturne des enfants.

Je n'ai qu'à me louer du SANMETTO. Je le considère comme le plus important remède qui ait été employé dans le traitement de l'hypertrophie prostatique. Je l'emploie actuellement dans deux cas d'incontinence nocturne. Les deux enfants se guérissent rapidement.

W. H. LYLE, M. D.

Olpe, Kans-

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

LE SÉRUM ANTI-TYPHOÏDIQUE

On sait qu'au Congrès international d'hygiène et de démographie tenu à Madrid en avril 1898, M. Chantemesse a relaté les expériences qu'il avait faites avec un sérum antitoxique de la fièvre typhoïde. Ce sérum, obtenu en injectant au cheval la toxine typhoïdique soluble préparée d'une façon spéciale, possède d'après M. Chantemesse des propriétés préventives et thérapeutiques contre l'infection et l'intoxication typhique.

Ce sérum agit à la façon d'un antitoxique, en diminuant et supprimant les phénomènes nerveux, en abaissant la température etc.

M. le Dr C. F. du Journal des Praticiens, s'est rendu dans le service du Prof Chantemesse afin de s'assurer par lui-même si les critiques du procédé étaient fondées ou non. Il y a vu des typhoïdiques au teint frais, à l'œil vivant, aux joues non amaigries : il y a constaté que la température s'abaisse graduellement depuis le jour de l'inoculation jusqu'au moment de la guérison qui arrive dans une moyenne de 12 à 20 jours.

On a accusé le sérum de Chantemesse d'entraîner des perforations intestinales ; mais cette accusation ne tient pas debout. En effet sur 130 typhiques, M. Chantemesse a compté jusqu'à aujourd'hui 5 cas de perforation intestinale dans son service, dont 2 se sont rétablis après avoir été opérés par M. Chevalier. La perforation est dans la proportion de 2 pour cent dans son service, tandis qu'ailleurs elle est de 3 à 4 pour cent. Ainsi donc la perforation intestinale chez les typhoïdiques traités par le sérum est moins grave et guérit plus facilement par l'intervention chirurgicale. On l'accuse de ne pas avoir de valeur curative. Cette objection tombe d'elle-même lorsque l'on constate que dans le service de M. Chantemesse et à l'hôpital de Saint-Mandrier de Toulon, la mortalité est descendue à 9 pour cent, de 12 pour cent qu'elle est ailleurs. Les résultats auraient été meilleurs encore si le personnel

eut apporté plus de minutie dans le traitement concomitant, (bains fréquents, etc.)

M. le Pr Josias a vu la mortalité diminuée dans son service, depuis son emploi.

Plusieurs principes règlent l'administration de ce sérum, et quelques uns diffèrent de ceux qui régissent l'emploi du sérum antidiphthérique. *Ainsi dans la diphthérie, plus l'infection est forte, plus il faut de sérum. C'est le contraire dans la fièvre typhoïde; à une intoxication grave on n'opposera que des quantités faibles. La dose initiale est en moyenne de 1½ cc, qu'on injecte par voie sous-cutanée et qu'on renouvelle parfois au bout de 10 à 12 jours et à dose moindre (½ cc) si le mieux attendu ne s'est pas produit. Cette injection est faite dès qu'il y a présomption sérieuse en faveur d'une fièvre typhoïde.*

Dans les cas d'intoxication grave, lorsque les typhiques sont profondément déprimés, très hébétés la dose initiale de 1½ cc. est trop forte; il faut la réduire à ½ ou ⅓ de cc. Le sérum antityphique agit en effet en stimulant l'activité des appareils leucopoiétiques et en favorisant la phagocytose. Comme ces appareils fonctionnent mal par suite de l'infection, il serait dangereux de les trop fouetter. A une forte dépression, il faut opposer une excitation faible, parce que une excitation forte risque d'agir en sens opposé c'est-à-dire d'augmenter la dépression qu'elle doit combattre. *

Comme dans les cas de diphthérie, l'inoculation sera hâtive. Dès qu'il y aura soupçon de fièvre typhoïde on la pratiquera, l'action étant d'autant plus certaine qu'elle s'exerce à une période plus voisine du début.—Les symptômes d'intoxication cèdent rapidement dans les jours qui suivent l'injection: l'intelligence est plus nette, la langue plus humide, la diarrhée fait place à la constipation, l'albumine disparaît des urines, la fièvre baisse progressivement, le pouls redevient fort et ample. Le sérum combat efficacement l'hypotension habituelle de la fièvre typhoïde et par suite amène un relèvement dans l'amplitude du pouls et des battements cardiaques. La rate, hypertrophiée d'autant plus que la fièvre ty-

phoïde est plus bénigne, diminue graduellement de volume à la suite de l'usage du sérum.

Un point essentiel dans la médication, c'est de ne pas administrer le sérum seul. Il doit être combiné avec le traitement des bains. Le premier bain sera donné à 28° c lorsque la température aura atteint ou dépassé 39° c ; sa durée sera de 20 minutes. Si la température baisse de 8/10 ou 1° d, après ce bain, les bains suivants seront à 28° c comme le premier, si non on les donnera progressivement à 27°, 26°, 24° c. Pendant le bain, on n'oubliera pas les affusions d'eau froide sur la tête du malade ; 3 aspersion suffisent. Ces bains à 28° c ont l'avantage de moins éprouver les malades que les bains à 18° c ; on les accepte plus volontiers et on les fait administrer toutes les 3 heures, chaque fois que la température est à 39° c ou au-dessus. Le résultat en est favorable puisque sur un total de 230 observations, la mortalité dans le service de M. Chantemesse atteint 5 ‰, tandis que dans les autres hôpitaux parisiens le minimum de la mortalité est de 12 à 14 ‰, en exceptant toutefois un hôpital extraordinaire où elle est de 34 ‰.

Parmi ces observations il faut dire qu'il y a eu des cas très graves : entr'autres un jeune homme entré le 12e jour avec des symptômes adynamiques fort graves : langue grillée, pouls fréquent et faible à 150, température basse à 38° 5c. Cette discordance entre le pouls fréquent et la température est fort grave. Ce jeune homme a guéri. Les exemples de ce genre sont nombreux. La convalescence s'opère sans complications aucunes. M. Chantemesse ne reprend l'alimentation par l'usage des potages épais au tapioca puis du jus de viande que lorsque la fièvre est tombée au-dessous de 37°c. Il ne permet une côtelette que 8 jours après l'absorption du premier potage.

Les rechûtes sont rares. Quand elles se produisent, on les jugule tout de suite par une nouvelle injection. Le sérum ne tue pas le microbe, ce dernier pouvant repulluler ; mais il assure la lutte efficace et la guérison rapide en renforçant les défenses de l'organisme.

Donner des bains à un typhoïdique très intoxiqué, le traitement demeure souvent impuissant. Tandis que l'usage du sérum de Chantemesse associé au bain donne des résultats plus encourageantes, plus constants et plus rapides.

Cette médication semble donc promettre d'être pour la fièvre typhoïde ce que le sérum antidiphthérique est pour la diphthérie. Il serait bien étonnant que les succès obtenus par MM. Chantemesse et Josias fussent dûs plutôt au hasard et à une série exceptionnellement favorable. D'ailleurs les 300 cas traités par ces 2 médecins ont tous été contrôlés par la présence des taches rosées lenticulaires et par l'examen du séro-dignostic.

R. F.

—300—

Le SANMETTO dans les troubles rénaux vésicaux et prostatiques chez les vétérans de la vieille guerre.

J'ai ordonné une bouteille de SANMETTO dans un cas de prostatite chez un vétéran de la guerre civile, un vieux pensionnaire de l'état, âgé de 76 ans. Il pris deux autres bouteilles en plus de la première que j'avais ordonnée et il est maintenant complètement guéri.

Il raconta sa cure dans une assemblée de la G. A. R. Post et excita un intérêt intense parmi les vétérans de la grande armée et le résultat fut que je suis débordé de demandes relatives au traitement, de cas semblables.

Il m'est agréable de porter à la connaissance du public et d'affirmer les bons effets que le SANMETTO accomplit dans les cas sérieux de prostatite, de gravelle, de trouble rénaux quelconques rencontrés chez les Vétérans de la grande Armée. Je prescrivis, sans aucune hésitation le SANMETTO, dans tous les cas où je le crois indiqué.

J. A. MEAD, M. D.

Worcester, Mass.

LES FAUSSES CONJONCTIVITES

Par le Dr A. TERSON, Paris.

En examinant de près les malades considérés comme atteints de conjonctivite on s'aperçoit que plusieurs malades n'ont pas de conjonctivite vraie et qu'ils ne guérissent pas par les traitements ordinaires et que même ils sont aggravés.

Il faut donc savoir diagnostiquer les fausses conjonctivites, les états conjonctivaux hypérémiqnes et les bien distinguer des vraies conjonctivites, des infections conjonctivales.

Le cas fréquent est celui-ci : une malade, plus souvent dans la classe aisée que dans la classe pauvre, se plaint de sensation de brûlure, de poussière dans l'œil : elle ne peut supporter la lumière artificielle : une soirée au théâtre se termine par une gêne oculaire des plus marquées : si la malade se réveille dans la nuit, elle éprouve de grandes difficultés à ouvrir les paupières. Des sensations de froid aux yeux alternent quelquefois avec des sensations de brûlure et de cuisson. Cependant cette soi-disant conjonctive est sèche et les yeux ne sont jamais collés le matin. Enfin la malade nous raconte presque toujours qu'elle a essayé tous les remèdes habituels : infusions des gens du monde et remèdes de bonne femme. Thé vert, camomille, acide borique, sulfate de zinc et alun. Une sécrétion assez violente a suivie l'emploi du nitrate et de la pommade jaune. Le malade dit qu'on lui a brûlé l'œil, ce qui est vrai. Dans le doute, mieux vaut s'abstenir de caustiques. Il est important alors de prendre des renseignements sur l'état général et l'hygiène. La malade nous racontera qu'elle se couche tard, se lève tard, va trop souvent au théâtre ; sa nourriture est échauffante et toxique.

Vous vous trouverez en présence de sujets jeunes, mais à urines chargées, se plaignant de douleurs musculaires et articulaires. Enfin certains métiers, (gardes-malades, forgerons, cuisiniers et cochers) sont des causes prédisposantes. Ces sujets sont atteints de crises passagères : il y a là des troubles vaso-moteurs. La moindre irritation extérieure physique, chimique,

lumineuse, accentuent l'hyperhémie de la conjonctive. Quelques malades surpris par une sensation de gravier, croient porter un corps étranger conjonctival, et on a toutes les peines possibles à leur prouver le contraire. Le traitement général et l'hygiène appropriée auront dans ces cas particuliers, plus d'importance que le traitement local.

Hygiène alimentaire bien appliquée. Peu de viande et surtout pas de charcuterie ou fromages avancés. Suppression du thé et du café purs. Beaucoup de femmes sont atteintes d'accidents nerveux dus à l'abus du café et l'œil lui-même est atteint. Il faut supprimer toute lecture nocturne au lit. Les malades se coucheront de bonne heure et se lèveront de même. Les goutteux et les rhumatisants seront soumis de suite au traitement approprié. Les sorties fréquentes, les promenades à pied, l'usage de verres plans, surtout fumés seront indiqués. Enfin des laxatifs devront assurer des selles absolument régulières. L'hydrothérapie tiède, le massage avec les agents physiques pourront être employés dans quelques cas. Localement des lavages presque froids à l'eau bouillie ; des instillations de collyrés faibles avec la cocaïne et l'adrénaline combinés. Avec ces divers remèdes calmants et vaso-constricteurs, avec le traitement général et hygiénique, beaucoup de ces malades guériront.

A côté de ces cas, un autre type rare doit être mis en lumière qui ressemble aux conjonctivites mais qui n'en est pas.

C'est l'œdème aigu de la conjonctive bulbaire.

Un malade a été terrifié, parce que sans cause appréciable, la conjonctive bulbaire a subitement enflé et s'est boursoufflée au point d'empêcher les paupières de se fermer. La cornée apparaît au fond d'un entonnoir, mais elle est intacte sans aucune sécrétion conjonctivale. Le malade a un sentiment de tension oculaire mais il ne souffre pas. C'est la crise d'œil à ne aigu de la conjonctive, dont le diagnostic vu l'absence de douleurs, est facilité avec la ténonite et la sélénite. Il faut éviter tout remède irritant qui amènerait une sécrétion abondante et des douleurs.

Prescrire les lavages à l'eau bouillie, non borbiquée, ou collyre calmant à la cocaïne et à l'adrénaline.

Vous trouverez chez ces sujets les autres causes générales des œdèmes aigus et vous les traiterez comme il convient pour diminuer les chances de récidiues. L'examen des urines est nécessaire.

Il existe un certain nombre d'autres variétés de congestions plus ou moins marquées de la conjonctive et d'hypérémies actives ou passives. On connaît celle qui suit la section du sympathique cervicale. Mais les deux grandes variétés de fausses conjonctivites signalées plus haut sont les plus fréquentes et ces syndromes simulateurs doivent être mieux connus des praticiens. La rougeur de la conjonctive ne veut pas toujours dire conjonctivite et inversement tel malade à conjonctives souvent pâles aura des crises de rougeur conjonctivale.

N.-A. DUSSAULT.

—OC—

Le SANMETTO dans la cystite chronique, l'Uretrite chronique et dans l'impuissance des vieillards.

Pour ceux qui peuvent y être intéressé :

Ceci est pour certifier que j'ai fait usage du SANMETTO sur une large échelle et que je suis en mesure de le recommander dans la cystite chronique, et l'Urétrite chronique. Dans le traitement de l'impuissance sénile, il m'a donné de remarquables et brillants résultats. Je considère ce remède, après expériences cliniques décisives dans les maladies sus mentionnées, comme le *sinequa non* obligatoire pour le traitement de ces maladies.

THOMAS M BROWN M. D.

Oakland City, Ind.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE PORTNEUF

Réunion du 15 Mars 1903.

La roème réunion régulière des membres de cette Société a eu lieu à Deschambault chez Mr. le Dr P. Lord.

Ouverture de la séance à 3 hrs. P. M. sous la présidence du Dr, L.-T.-E. Rousseau.

Les minutes de la dernière assemblée sont lues et adoptées.

Le Secrétaire donne lecture de toutes les correspondances depuis la dernière réunion faisant connaître les raisons majeures motivant l'absence d'un certain nombre de confrères.

RAPPORTS

1° MM. les Drs. Mayrand et Dolbec présentent un cas d'ulcère grave à la jambe, qui, soumis à un traitement assidu et judicieusement suivi a été radicalement guéri.

Ils ajoutent qu'une communauté religieuse de Montréal exige d'eux un CERTIFICAT, admettant que cette guérison est due, non à des moyens naturels, mais à un miracle obtenu, grâce aux prières adressées à la Bienheureuse Secur Youville. . . vu que durant tout le temps du traitement, la communauté a prié spécialement pour cette guérison. (sic.)

Après sérieuse considération, l'assemblée déclare unanimement que cette guérison n'est nullement due à une intervention surnaturelle, et que ce cas d'ulcère a été guéri par les moyens ordinaires judicieusement employés.

Le certificat demandé est alors refusé aux Dames Religieuses de Montréal.

2° Le Dr, Rousseau rapporte un cas très-intéressant d'une jeune fille de 15 ans présentant tous les symptômes de l'engèlure, se limitant aux deux pieds seulement et cela, sans qu'il y ait eu une cause appréciable à l'appui de ce diagnostic risqué.

Après une loigie discussion et plusteurs opinions contradictoires émises, le diagnostic est réservé. Ce cas devra être soumis à des autorités compétentes et la décision est remise à la prochaine séance.

3° Plusieurs cas de pratique d'importance secondaire sont discutés et décidés à la satisfaction générale, et, après le règlement des affaires de routine touchant différents points d'intérêts professionnels, M. le Dr Rousseau est invité à donner sa conférence sur le sujet qu'il a choisi et intitulé : " DES QUALITÉS ET DES DÉFAUTS DU MÉDECIN ".

Le Dr Rousseau qui compte 36 années de pratique active a bien su choisir son sujet, et une demi-heure durant, il captive l'attention générale et donne en résumé un véritable cours de " DÉONTOLOGIE MÉDICALE. "

A l'exemple du célèbre Dr. Hubert, professeur à l'université Catholique de Louvain, le conférencier donne d'une manière affable et paternelle une foule de conseils pratiques qui sans aucun doute donneront les meilleurs résultats et contribueront au succès de notre belle Société, et les médecins du Comté de Portneuf s'appliquent à les suivre.

Oui, en appréciant à leur juste valeur les nombreux et admirables avis donnés par le Président de notre Société, il nous vient tout naturellement à l'idée que c'est un exemple à suivre, et : peut-être une lacune à combler dans le programme de l'enseignement universitaire, car, il n'y a aucun doute qu'un bon nombre de jeunes médecins, entrent en pratique, surtout à la campagne, sans aucune notion de ce qui constitue " L'ÉTIQUETTE MÉDICALE "

Les résultats en sont désastreux, car cela contribue le plus heureusement trop souvent à ravalier notre belle profession au niveau du charlatanisme le plus éhonté.

En résumé, la conférence du Dr. Rousseau est l'histoire juste, sérieuse et véridique de la carrière du médecin depuis sa sortie de l'Université jusqu'au jour où on porte sa dépouille mortelle au cimetière.

I Docteur passe en revue toutes les phases de la vie du médecin à la campagne, c'est-à-dire son arrivée dans la paroisse qu'il a choisie, sa conduite à tenir s'il y a déjà là, un médecin établi, *surtout un vieux médecin* ; il traite au long de la nature des rapports qu'il doit avoir avec ses confrères, avec la population qu'il a à desservir et aussi. . . . avec son Curé. . Ce que le

jeune médecin doit faire s'il a à lutter oontre les charlatans, les sages-femmes et les rebouteurs. etc., etc.

Il nous montre sous son véritable aspect le rôle difficile mais admirable, la responsabilité qui incombe aux médecins chrétiens, consciencieux, sobres, obligeants, sympathiques, charitables, et prudents, vivant au milieu de populations bien souvent ignorantes qui s'inspireront de la conduite du médecin pour marcher vers le *bien* ou vers le *mal*.

Les dernières paroles du Docteur sont accueillies par des applaudissements prolongés ; les félicitations et remerciements sont ensuite proposés et adoptés.

Cette conférence du Dr. Rousseau restera longtemps gravée dans la mémoire de tous ceux qui ont eu l'avantage d'assister à cette réunion.

La prochaine assemblée aura lieu chez Mr. le Dr. Arthur Déglise à la Pointe-aux-Tremblés, le 25 Juin, jeudi, à dix heures du matin.

Proposé par les Drs, Rousseau et Dolbec, secondé par le Dr Archambault que le Dr. A. Weilbrenner soit le conférencier pour la prochaine réunion.—Adopté avec applaudissements.

La séance est close à 6 heures moins 20 minutes.

N. B.—A 7 heures, le banquet traditionnel suivi d'une jolie soirée de chant, de musique et de conversation agréable a mis fin à cette trop courte réunion d'amis.

Il me fait plaisir d'être l'interprète de tous les médecins présents pour offrir nos félicitations et nos remerciements à Mons. et Mde. Dr. Lord qui nous ont donné la plus franche et amicale hospitalité. Tous deux ont rivalisé de zèle et d'amabilité pour nous procurer les plus belles heures que l'on puisse désirer.

Le 15 Mars 1903 sera pour nous tous une date mémorable dans les annales de notre Société,

Dr. S. GEO. PAQUIN,

SÉCRÉTAIRE-TRÉSORIER.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS

Un cas remarquable d'empoisonnement par la quinine à la dose de six grains vient d'être rapporté par le Dr Lewis O'Conner de New-York. Les susceptibilités à l'égard de cet alcaloïde sont très variables et plus nombreuses qu'on ne le croit généralement.

Le Congrès international pour la suppression de l'alcoolisme vient de tenir sa neuvième réunion à Brême, (Allemagne).

La rage sévit actuellement parmi les chevaux et bétail dans l'état du Wisconsin. Dans la ville de New-York un assez grand nombre relativement de chiens, ont été trouvés souffrant de cette même affection.

Un bill : "The Coroner Abolition Bill" est actuellement devant la Législature de l'Etat de New-York pour abolir l'office de coroner. Les journaux politiques et même médicaux new-Yorkais, semblent généralement favorables à sa passation.

L'ordre des Forestiers Indépendants vient de refuser de payer une police d'assurance à la succession d'un "christian scientist" du nom de Robb, à Lansing, Michigan, sous prétexte que le défunt avait refusé de recevoir les soins du médecin avant sa mort.

Le nombre des émigrants italiens aux États-Unis augmente toujours. Dans une seule semaine dernièrement, 15,000 émigrés de cette nationalité sont débarqués au seul port de New-York.

M. Curie, un physicien français distingué, vient de communiquer à l'Académie des sciences, que le métal nouvellement découvert le *radium* possède la singulière propriété d'émettre *continuellement* (sans épuisement) du calorique : et cela sans aucun changement moléculaire ou chimique dans sa structure intime, laquelle après plusieurs mois d'émission calorique *continue*, présente absolument les mêmes caractères spectroscopiques. On vient, paraît-il de découvrir une mine de ce précieux métal en Russie, mais il a l'incon-

vénient d'être plus dispendieux que l'or, du moins jusqu'à nouvel ordre. Autrement enfoncés à tout jamais les marchands de charbon!

Il se fait une réaction salutaire aux Etats-Unis.—à New-York principalement, contre l'abus des lavages stomachaux.

Le gouvernement français vient de promulguer un code de lois sanitaires, parmi lesquelles il devient obligatoire pour chaque citoyen français de se faire maintenant vacciner trois fois, au lieu d'une. La première vaccination doit avoir lieu dans la première année de l'enfance, la seconde à onze ans et la troisième à 21 ans.

Un bon nombre de médecins new Yorkais et américains ont quitté New York par le steamer "Princess Irene" de la North German Lloyd, pour se rendre au Congrès International de Médecine qui s'ouvre à Madrid à la fin de ce mois (avril). Nous avons eu le plaisir de saluer, entr'autres, avant son départ, le Dr A. E. MacDonald, un neurologiste bien connu de New-York, et surintendant de l'asile d'aliénés de l'Etat de N. Y. à Ward's Island.

Traitement de la maladie de Graves

Partant de cette théorie qu'un animal "thyroïdectomisé" développerait en lui-même après cette opération un principe qui neutraliserait les toxines de cette maladie, les Dr Ballet, Enriqués et Mobilus ont nourri plusieurs malades souffrant de goître exophthalmique exclusivement au lait de chèvres "thyroïdectomisées", et avec résultats très encourageants, paraît-il.

On constate que le nombre des cocaïnomanes augmente d'une manière alarmante aux Etats-Unis. Il est question dans plusieurs Etats de passer une loi défendant la vente de toute médecine brevetée contenant de ce médicament.

On pourrait peut-être appliquer un règlement semblable avec avantage au Canada.

Si on en croit le "Journal of the American Medical Association", la chirurgie sans effusion de sang ne va pas sans accidents comme cela a été surabondamment démontré lors de la visite du professeur Lorenz de Vienne à Chicago. Dans les quelques cas

trillés sur le volet opérés par le célèbre orthopédiste il y eut entre autre accidents, une fracture de fémur une large hémorragie suivie d'un considérable hématome de la cuisse, une déchirure complète du périnée intéressant le vagin et le rectum. Cela prouve qu'il ne faut pas trop s'emballer sur le mérite de la réduction de la luxation congénitale de la hanche par les manœuvres de force ; car si pareils accidents peuvent arriver au promoteur même de la méthode et pour des cas choisis, à plus forte raison la même chose peut se produire encore plus souvent entre les mains de moins expérimentés.

L'engouement en chirurgie comme en toutes choses est toujours un danger.

C. V.

Le SANMETTO dans la fréquence de la miction des vieillards, dans l'incontinence nocturne des enfants, et aussi dans la période avant-coureuse de la sénilité.

J'ai eu des résultats satisfaisants avec le SANMETTO dans le traitement de l'incontinence nocturne des enfants : aussi je l'ai prescrit avec succès pour les cas de miction fréquente des vieillards ; je l'ai trouvé utile pour combattre les accidents de la présénilité. En définitive je crois que c'est une bonne préparation pour tous les cas où il est indiqué.

S. W. BADGER, M. D.

Athens, Pa.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'«ACTE MÉDICAL DU CANADA» DEVANT LA LÉGISLATURE
PROVINCIALE.

Le projet de loi Roddick a été repoussé d'une manière non équivoque par l'Assemblée Législative.

Le fédéralisme médical est mort, définitivement mort. Les professionnels de langue française de cette province se réjouiront de cet événement qui met une fin à bien des appréhensions, fait taire, pour le moment du moins, de visées ambitieuses par trop irrespectueuses des droits acquis.

Le projet de loi Roddick a été tué en deuxième lecture, suivant l'expression parlementaire, parceque *son principe*, à savoir, la création d'un conseil médical central, avec des pouvoirs fédéraux, portait atteinte à l'autonomie concédée à chaque province pour toute question touchant l'éducation, par la clause 93 de l'« Acte de l'Amérique Britannique du Nord. »

C'est là la seule et vraie raison de son rejet, il n'en faut pas chercher d'autres.

D'un principe mauvais découlent nécessairement des conséquences dangereuses, et en l'espèce, pour la libre jouissance des droits et privilège de la minorité de langue française, et ce fut là le thème de tous les discours prononcés dans l'enceinte législative à l'encontre de l'adoption du projet de loi.

La Chambre d'Assemblée a systématiquement refusé de discuter au mérite aucune clause du projet, ses espérances comme son but, vu qu'il aurait fallu pour cela sanctionner le *principe* qui était un empiètement non douteux des droits provinciaux.

On s'est refusé aussi à confondre, comme quelques confrères l'ont fait, le principe d'une loi, d'avec son but, c'est-à-dire la réciprocité des licences médicales : C'est le principe qui a été condamné par 48 voix contre 10, dont deux canadiens-français et non la réciprocité.

Ce n'était pas là la question en litige.

C'est le fédéralisme médical présenté comme moyen de

l'obtenir qu'il a été d'une manière trop éloquente pour que nous insistions.

Et qu'il n'y ait pas de méprises, le projet Roddick a été rejeté, dans sa forme actuelle ou modifié, car les Hons. Pelletier et Leblanc ont demandé l'adoption du projet tel que modifié par le comité de la société médicale de Montréal. ou même amendé de manière à faire disparaître les clauses prêtant à discussion et ils ont été seuls de leur opinion.

Le vote de l'Assemblée Législative ne prête donc pas à équivoque.

Le Bulletin Médical est satisfait d'un résultat qui lui fait oublier trois années de luttes, de travail, et d'efforts.

C'est avec un plaisir manifeste qu'il remercie Mrs. les Drs P. Pelletier et Bissonnette pour l'habileté et le dévouement dont ils ont fait preuve dans la défense des droits de la profession de cette province.

La profession médicale sera gré à Mr le Dr P. Pelletier en particulier, d'avoir défendu sur le parquet de la chambre la position prise par le bureau provincial sur cette brulante question et lutté pour son existence mise en danger par les fédéralistes.

Le discours de Mr le Dr. Osler si applaudi à la Canadian Medical Ass. dans lequel il s'était élevé avec tant de vigueur contre ce qu'il appelle le provincia'isme éhonté, prêchant l'adoption du projet Roddick pour remplacer les bureaux médicaux des provinces appelés à disparaître, n'a certes pas nui au résultat final.

Il ne s'en suit pas maintenant que l'idée d'une réciprocité de licences doive être abandonnée. Il y a lieu même de l'étudier sérieusement, posément, sans précipitation comme sans parti-pris.

Que le bureau provincial nomme un comité avec mission de s'entendre avec les représentants autorisés des autres provinces, afin d'en arriver à trouver un terrain où toutes les vraies bonnes volontés peuvent se rencontrer. Seulement, sachons avant de faire des concessions qu'elles sont celles qu'on

est disposé à faire ailleurs. Car, il serait souverainement ridicule pour nous, d'aller faire tels sacrifices si nous ne devons pas être payé de retour.

Il y a trop longtemps que la province de Québec, sur cette question d'éducation, sert bénévolement de tête de Turc aux autres, pour aller cette fois encore au devant des coups, et condescendre sans compensations sérieuses à abaisser le niveau de ses études.

La réciprocité, c'est parfait ; si on la veut sérieusement ailleurs que l'on commence par le prouver. Si l'on désire réellement en arriver à une solution, qu'on fasse voir les bases sur lesquelles doit se faire la discussion, afin que tous sachent de quoi il retourne. Que l'on fasse de part et d'autre, des concessions mutuelles de la plus stricte équité, tous applaudiront, mais s'il fallait pour la province de Québec passer sous de nouvelles fourchettes Caudines pour résoudre cette question de réciprocité, par exemple nous n'en sommes plus.

Nous espérons que le bureau provincial étudiera avec calme et pondération cette question qui paraît passionner quelques esprits d'ailleurs bien intentionnés, sans pour cela mettre de côté cependant d'autres réformes plus importantes, et si l'on veut bien plus urgentes.



LE COLLÈGE DES MÉDECINS ET LA LÉGISLATURE.

Enfin la profession Médicale de cette province, commence à recueillir le fruit des efforts qu'elle a tentés en ces derniers temps pour maintenir, intacts des lois et privilèges trop souvent méconnus par ceux-là mêmes qui nous les avaient garantis. Disons tout d'abord qu'il est regrettable que, durant la dernière session, les protestations énergiques et documentées des représentants du Collège aient été à peine considérées par le comité des bills privés de l'Assemblée. Heureusement que le Conseil Législatif nous a noblement vengés.

En effet tous les amendements qu'on s'était vu refuser par l'Assemblée de la Chambre, nous étaient accordés par le Conseil quelques jours plus tard.

Ces me toujours il s'agissait encore de régulariser à la vapeur un trop grand nombre d'irréguliers.— Ces candidats, se prévalant d'un diplôme universitaire demandaient à la fois une exemption de brevet et une licence provinciale.

La raison qui a paru servir de base à l'argumentation de ceux qui ont voté en faveur de tous ces projets de loi, à l'effet de forcer le Bureau à donner sa licence à des candidats non qualifiés, est la suivante :

Pourquoi les Universités admettent-elles ainsi des candidats irréguliers ? Puisqu'elles leur accordent un diplôme reconnu et accepté par le Bureau, est-ce bien le temps pour ce dernier de leur fermer la porte en leur refusant sa licence ?

Ce raisonnement serait exact, si les examens universitaires ne devaient pas être contrôlés par les assesseurs selon les termes de la loi.

On s'étonne, à la vérité, que nos députés n'aient pas compris cette partie de la loi même après explication. Il ne faut pas oublier non plus que le rôle des Universités n'est pas de donner des licences mais seulement des diplômes. Elles n'ont pas à voir où leurs diplômés prendront la licence qu'ils réclament. Elles devraient ce me semble se placer audessus de cela. Il est vrai que le Collège accepte les diplômes Universitaires mais seulement quand les examens ont été contrôlés par ses assesseurs selon les termes de la loi actuelle qui veut que cette surveillance soit une garantie équivalente à un examen devant le Bureau, alors que le candidat n'a pas été examiné devant les assesseurs ou qu'il n'a pas le diplôme d'une université reconnue.

Je suis porté à croire que le Collège ne tient pas énormément au système des Assesseurs. Il serait probablement favorable à leur suppression, si les Universités consentaient à lui laisser le privilège de faire subir des examens pour la licence *ad practicandum* et que cette même licence ne se rattache pas au diplôme universitaire. Voilà à notre avis le point important qui semblerait s'imposer à l'attention de nos gouverneurs, surtout aujourd'hui que la licence interprovinciale est à l'ordre du jour plus que jamais,

Il n'y a pas de doute que, si les Universités voulaient céder sur ce point, il serait relativement facile de la faire naître cette fameuse licence que tout le monde désire grâce à l'existence de ce Bureau Provincial d'examineurs dont le projet est à l'étude en ce moment.

Que les provinces soeurs soient donc bien persuadées que ce ne sera jamais la Province de Québec qui la refusera cette licence, au

contraire, elle la désire, mais à une condition : il faudra que les autres provinces placent leur enseignement sur le même pied que le nôtre, quand leurs bacheliers ès lettres seront réellement des bacheliers ès-lettres ; que leurs cinq années d'études soient bien cinq années d'études médicales, que leurs 1300 leçons aient égalé nos 3000 cours ; que leurs cinq années et 6 mois seront remplacés par cinq années de neuf mois. Oh ! alors nous serons prêts à traiter avec eux. Avant cela, jamais.

Nous avons trop à cœur, dans notre province, de relever le niveau de nos études, de suivre le progrès du siècle et nous maintenir à la hauteur de la science véritable pour consentir à accepter ce que nous croyons devoir être une déchéance. Pour ces raisons, nous croyons que la licence interprovinciale ne naîtra que quand les plus jeunes d'entre nous auront les cheveux blanchis.

Grâce à ce Bureau, nous serions enfin placés sur le même pied que les autres professions libérales, qui ne tiennent aucun compte des diplômes accordés par les Universités et qui obligent les candidats à subir les examens à la licence devant leurs examinateurs. — C'est le temps de se demander si cette exception pour la profession médicale est bien dans l'ordre du progrès, si elle est bien conforme à l'esprit de notre époque et au rôle des Universités ! Il nous semble très rationnel pourtant, que nos Bureaux provinciaux devraient avoir le droit d'examiner les élèves des Universités avant de leur délivrer leur licence.

Pour les mêmes motifs nous croyons que la création d'un Bureau Provincial d'Examineurs deviendrait lettre morte s'il fallait que ces licences émanées par ce Bureau fussent subordonnées aux diplômes des Universités.

Mais nous espérons que l'échec que vient de faire subir aux irréguliers le Conseil Législatif et la leçon non équivoque que l'Assemblée vient de donner aux partisans du bill Roddick, que cette double rebuffade, dis-je, portera sûrement des fruits précieux pour nos droits provinciaux.

Aussi nous ne pouvons trop remercier nos législateurs pour l'action énergique qu'ils ont prise sur ces questions d'une importance aussi vitale pour nous. Sans eux, en effet, nous aurions vu, encore cette année, une foule de jeunes gens sans cours d'études classiques sans brevet ou sans diplômes faire leur entrée triomphale dans la Médecine, le Droit, le Notariat et la Dentisterie.

Non seulement ils ont éconduit adroitement quoi qu'avec peine toute cette phalange, mais ils ont de la manière la plus explicite, fermer la porte pour toujours aux prétentions de leurs imitateurs futurs.

Voici, en effet, ce bill tel qu'adopté par le Conseil :

I. Nul ne peut :

(a) S'il est imprimeur du roi, publier dans la *Gazette officielle de Québec* un avis qu'un projet de loi sera présenté à l'une ou à l'autre des chambres de la Législature de Québec à l'effet d'autoriser l'admission à l'étude ou à la pratique d'une des professions libérales : ou —

(b) S'il est greffier ou greffier des bills privés d'une des chambres de la Législature de Québec, recevoir un tel projet ni le faire imprimer :—

A moins que l'avis ou le projet de loi ne soient accompagnés d'un certificat constatant que le projet a été approuvé par le bureau ou conseil d'administration de la profession dont il s'agit. ”

Jugeons maintenant à quel niveau serait rendu la profession médicale en notre province, si cette loi avait été votée il y a seulement 20 ans. —Mais qu'importe, mieux vaut tard que jamais. Le résultat de cette loi joint au bénéfice d'un cours complet d'études et d'une cinquième année d'études médicales va sûrement dédommager le collège de tous ses échecs passés et relever à un niveau étonnant la valeur intellectuelle des études médicales.

Heureusement c'en est fini ; on n'entendra plus dire désormais : “ mais ce n'est pas au mérite qu'on accorde des licences, puisque l'argent pour présenter un bill est le prix réel du brevet et de la licence ! ”

C. R. P.

Agence Centrale
DE LA
PRESSE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE
93, Boulevard St-Germain. VI.
PARIS

—————•—————
Comptes rendus analytiques pour Journaux.
—————•—————

Premier Congrès égyptien de Médecine,

Sous le haut patronage de S. A. le KHÉDIVÉ

(Le Caire, 19-23 décembre 1902).

Analgesie chirurgicale par voie rachidienne

M. le Dr BELLANDI (d'Alexandrie) a pratiqué l'analgésie chirurgicale par voie rachidienne chez les sujets de race arabe, parce qu'il cherchait à voir comment réagissaient à la nouvelle méthode d'anesthésie, ces individus généralement peu excitables et dont les système nerveux n'a pas été soumis aux effets nuisibles de l'alcool : ils étaient des fellahs.

Comme anesthésique, il a employé la tropacocaïne (chlorydrate) au lieu de la cocaïne, comme moins toxique, et parce que sa solution, étant antiseptique, se maintient inaltérable pendant longtemps, et, quand elle est stérilisée par la chaleur, ne perd pas ses propriétés.

Le Dr Bellandi a eu la possibilité de recueillir 40 observations dans le service du Dr Goebel à l'Hôpital des Diaconesses. Des conclusions de ces recherches, soigneuses et complètes, il ressort que les Arabes réagissent presque comme tous les autres individus à l'anesthésie médullaire, et que la tropacocaïne est vraiment moins toxique que la cocaïne, même à dose plus forte (5 centigrammes), ce qui permet d'éviter certains troubles, pendant l'opération, que cause parfois la cocaïne.

De Dr Bellandi a apporté une modification à la béquille du cystoscope dans le but d'éviter les brûlures de la vessie. Elle consiste en une petite cupule métallique percée de trous, qui se vise sur le bec de la béquille. A l'atelier de M. Collin (Paris), on construit les lampes du cystoscope ainsi modifiées.