

LE
BULLETIN MÉDICAL
 DE
QUEBEC

(Publié sous la direction de la Société Médicale de Québec.)



Indocti discant et ament
 meminisse periti.

COMITÉ DE RÉDACTION

- | | | |
|-----------------|----------------|----------------|
| M. Ahern, | A. G. Belleau | M. D. Brochu |
| L. Catellier | P. Coote | F. X. Dorion |
| N. A. Dussault | P. V. Faucher | L. N. J. Fiset |
| H. Fortier | L. O. Gauthier | S. Grondin |
| A. Hamel | Alb. Jobin | Alb. Marois |
| Eug. Mathieu | C. R. Paquin | A. Rousseau |
| L. J. A. Simard | Art. Simard | Edwin Turcot |
| Art. Vallée | | Charles Verge |

SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION } C. R. PAQUIN
 P. V. FAUCHER

ADRESSEZ TOUT CE QUI CONCERNE

L'administration et la Rédaction

“ TIROIR NO. 3, FAUBOURG ST-JEAN ”

QUEBEC

IMPRIMERIE DU PATRONAGE

62, CÔTE D'ABRAHAM.

1899.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

<i>Technique des autopsies.</i> (suite et fin) A. MAROIS, M. D.....	113
<i>Observations d'examen aux rayons X.</i> DR CHARLES VERGE.....	120
<i>Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide borique</i> DR F. X. DORION	120

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX.

<i>Considérations pratiques sur l'établissement des Sanctoriums etc.</i> Par le DR R. F.....	128
<i>La Belladone dans la broncho-pneumonie...</i> DR P. V. F.....	134
<i>Premier congrès international des médecins des assurances sur la vie.</i> DR C. R. P.....	135
<i>Diagnostic de l'appendicite etc.</i> DR ART. S.....	141
<i>Ce que l'on doit faire et ce que l'on doit éviter dans le traitement des affections les plus fréquentes de l'oreille, etc.....</i>	141
<i>Tuberculose pulmonaire et syphilis du poumon.</i> DR. D. BROCHU.....	148

REPRODUCTION.

MÉDECINE.

<i>Traitement du goître exophthalmique, etc.....</i>	154
<i>Traitement des vomissements nerveux.....</i>	155
<i>Tuberculose pulmonaire.</i> (Clinique de GASTON LYONS).....	156

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

<i>De la réciprocité interprovinciale.</i> DR. ART. SIMARD.....	162
<i>Société Medico-Psychologique de Québec.</i> (Séance du 26 Oct. 1899)..	171
<i>Nouvelles.....</i>	176

LE BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC.

Tout article scientifique, rapport, Clinique, ou travail d'intérêts professionnels sera publié dans le No. du mois, pourvu qu'il soit envoyé à la rédaction, (Tiroir No. 3, Faubourg St-Jean,) avant le 10 du même mois.

Tout travail publié sous le titre de TRAVAIL ORIGINAL sera la propriété exclusive du Bulletin Médical.

La rédaction ne se charge du retour d'aucun manuscrit.

On donnera à l'auteur de tout travail original un certain nombre de copies.

L'ABONNEMENT de \$2.00 pour les Médecins et de \$1.00 pour les Etudiants, est payable d'avance.

VOICI POURQUOI on devrait faire assurer sa vie

DANS LA

UNION MUTUAL LIFE INSURANCE COY' DE PORTLAND, MAINE

10. Parce qu'elle possède un ACTIF bien placé de.....\$7,544,277 02
20. Parce que son SURPLUS à 4½% est de..... 984,000 00
30. Parce que son DEPOT A OTTAWA est de..... 697,000 00
40. Parce qu'elle transige des affaires depuis 50 ans.
50. Parce qu'elle ne discute jamais ses réclamations légitimes.
60. Parce que ses polices sont les plus libérales du marché.
70. Parce que ses polices sont INCONTESTABLES de la date de leur émission.
80. Parce que ses polices donnent droit, après TROIS ANS, aux bénéfices de la célèbre LOI DE NON-CONFISCATION DU MAINE.
90. Parce qu'elle a payé à ses assurés depuis sa fondation.....\$50,000,000,00
100. Parce que le montant d'assurance en vigueur dans ses livres, est de plus de...42,000,000.00
110. Parce que, sous tout rapport, la MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY, de Portland, Maine, offre à ceux qui veulent assurer leur vie, plus d'avantages que n'importe quelle autre compagnie.

Avant de faire assurer votre vie ailleurs, adressez-vous à

GEO. P. CHATEAUVERT, Gérant,

378, RUE ST-JEAN, QUEBEC.

Des conditions libérales sont offertes aux agents.

OCT. PLANTE & FILS

Plombiers-Electriciens

Chauffage à Eau Chaude et à Vapeur, une Spécialité.

160, Rue St-Jean, Québec.

Cette maison a plusieurs années d'expérience pratique dans la manière de manufacturer et de poser toutes sortes d'appareils électriques. Réparations dans les maisons privées, les hôtels, avertisseurs et cloches électriques, téléphone, batteries médicales, etc., etc.

Posage de lumières électriques avec garniture, une spécialité.

Toujours en mains ce qui concerne cette ligne.

~ Tout ouvrage de première classe ~

DR. EUG. DORVAL

Dentiste

37, Rue St-Jean, H.-V. Québec.

~ VIS-A-VIS LA COTE DU PALAIS ~

J. H. E. PLAMONDON

Marchand de Coffres-Forts (Safe) et de Peintes de
Voutes, neuves ou de seconde main.



Echange et répare les serrures combinatoires.
Vitrines (Show-Case) de toutes sortes.
Cash Register, Etc., Etc.

248, RUE ST-VALIER
ST-ROCH, QUEBEC

THE EMPIRE

MACHINE A ECRIRE



PRIX \$55.00



Solide et durable.

Ecriture visible.

Alignement parfait de l'écriture.

Supérieure aux autres machines dans
plusieurs points importants.



THE WILLIAMS MFG CO. Limited

Montreal

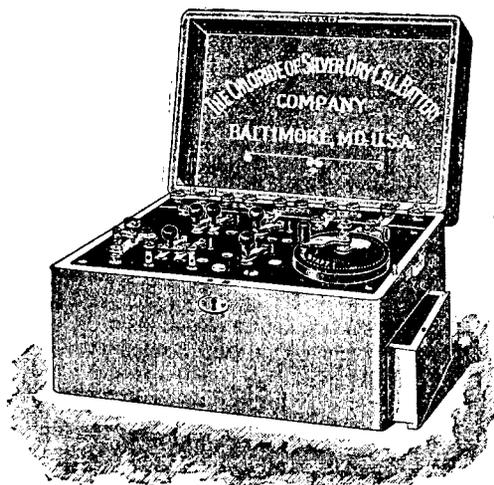
J. A. BENOIS & FILS

Agents pour la ville de Québec

177, rue St-Joseph, St-Roch

CHLORIDE OF SILVER DRY CELL CO.

BALTIMORE, MD.



Qualités de nos batteries

Elles sont à pile sèche.

Chaque élément peut séparément être remplacé à un prix modique.

Absence de toute corrosion.

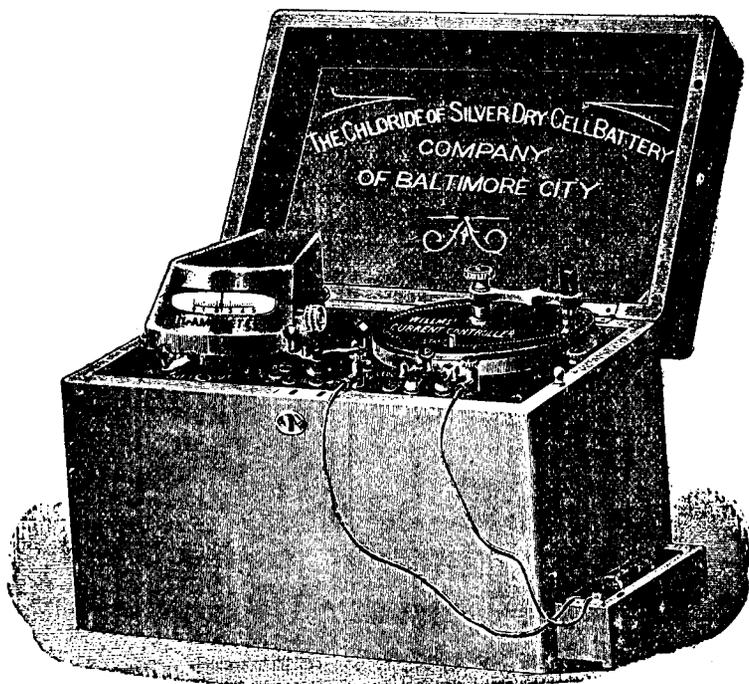
L'usage en augmente la valeur.

Action sûre, efficace et durable.

Débit constant

Type d'appareil à faradisation à 4 éléments avec rhéostat.

Catalogue complet d'appareils, électrodes et accessoires envoyés sur demande.



Type d'appareil à courant continu de 25 à 50 éléments avec rhéostat et milliampère-mètre.

SIROP DE GLYCEROPHOSPHATE DE CHAUX

De V. BEGUIN

Pharmacien de 1re classe, ex-interne des Hôpitaux de Paris, Lauréat de l'École Supérieure de Paris. Prix Menier.

Médaille d'argent à l'Exposition Universelle de 1889.

Tonique, Reconstituant, Stimulant général du Système Nerveux.



Les médecins les plus éminents recommandent son emploi dans les maladies osseuses et le tic de la face.

Souverain contre Névralgies, Neurasthénie, Toux Nerveuse, Phosphaturie, Débilité, Faiblesse d'estomac, Rachitisme, Paralytie, Sciatique aigue.

ALIMENTATION DE L'ENFANT

FARINE LACTÉE RENAUX

Aliment tonique azoté le plus parfait pour l'Enfant

Adopté dans les Crèches et Hôpitaux et recommandé par les autorités médicales.

12 médailles d'or et diplômes d'honneur. Le grand prix offert par Messieurs les sénateurs de Gand (Belgique) à l'aliment infantile le plus sain et le plus nutritif a été décerné à la **FARINE RENAUX** (concours International de Gand 1896).

Comme confirmation des expériences faites, voir ci-dessous un extrait du rapport présenté à l'Association Protectrice de l'Enfance à Seruing (Belgique), par Messieurs les Docteurs de la Crèche, le 1er mars 1893 : Nous, nous n'avons, après un an d'expérience, qu'à nous féliciter d'avoir introduit dans l'établissement, l'usage de soupes à la **FARINE RENAUX**, à l'exclusion de toute autre.

LES MEDECINS DE LA CRECHE

(Signé) **HYAC. KUBORN**

Président de la Société Royale de Médecine publique, Membre de l'Académie de Médecine

P. KUBORN

EMILE TERMONIA

Ces deux produits scientifiques supérieurs s'obtiennent dans toutes les bonnes pharmacies.

Pour le gros,
S'adresser à

La Pharmacie W. Brunet & Cie

143, RUE ST-JOSEPH

Quebec

TRAVAUX ORIGINAUX

LA TECHNIQUE DES AUTOPSIES.

(Suite)

EXAMEN INTERNE.—*Ouverture du cadavre.*—Dans les autopsies médico-légales, les grandes cavités, le crâne, le thorax et l'abdomen, doivent être examinées dans l'ordre que je viens d'indiquer. Autant que possible, les organes doivent d'abord être examinés en place; on les sort ensuite des cavités pour continuer l'examen et les peser.

Crâne.—La tête du cadavre étant soulevée par un billot glissé sous la nuque, on fait une incision allant d'emblée jusqu'au crâne, étendue d'une oreille à l'autre et passant par le sommet de la tête. On renverse par traction chacune de ses lèvres, l'une par-dessus la face jusqu'à découvrir la racine du nez, l'autre sur la nuque jusqu'au-dessous de la protubérance occipitale externe. On incise les muscles temporaux. On fait à la scie deux incisions en forme de fer à cheval, dont les extrémités se croisent à peu près un pouce au-dessus du méat auditif externe, la partie moyenne de l'incision antérieure passe à travers sur les éminences frontales, et celle de l'incision postérieure à peu près trois pouces au-dessus de la protubérance occipitale externe. L'incision ne doit pas intéresser la lamelle interne des os du crâne, cette incision est complétée par de légers coups de ciseaux. Après s'être assuré qu'aucun pont osseux ne retient plus cette calotte crânienne, on la soulève en avant avec le crochet qui termine le manche du marteau, et, par tractions brusques on la fait tomber. L'ablation de l'encéphale s'achève par les manœuvres suivantes : inciser la dure-mère d'avant en arrière, de chaque côté de la faux du cerveau, et rejeter de côté les deux lambeaux pachy-méningés, couper la faux du cerveau en avant entre les deux lobes frontaux; soulever ces derniers de la main gauche, pendant que le couteau, tenu de la main droite, coupe successivement: les nerfs optiques, les carotides internes, puis les bords de la tente cérébelleuse sur sa ligne d'insertion au rocher, enfin tous les nerfs crâniens. On pousse profondément la lame du couteau dans le canal rachidien pour trancher la moëlle et les deux artères vertébrales. Avec la main droite, on attire alors

doucement le bulbe, le cervelet, puis le cerveau, dans la main gauche qui les reçoit après avoir soutenu la convexité des hémisphères. On constatera d'abord l'aspect extérieur du cerveau, arachnoïde, pie-mère, circonvolutions et les artères à la base du cerveau; puis l'organe sera examiné tranche par tranche suivant la méthode adoptée pour la démonstration anatomique. On explorera ensuite la base du crâne dépouillée de la dure-mère.

Thorax—Abdomen.—Le sujet étant étendu sur le dos, l'opérateur se place à sa droite avec un couteau à forte lame, tenu à pleine main; il fait une incision rectiligne étendue de la symphyse du menton au pubis. On incise la peau et le tissu cellulaire; au thorax on incise d'emblée toutes les parties molles jusqu'au sternum. A l'abdomen on ne doit intéresser que la peau. Une boutonnière est ensuite faite au-dessous de l'appendice xyphoïde. Les doigts de la main gauche y étant introduits en crochet soulèvent la paroi abdominale et permettent de la diviser jusqu'aux pubis, sans blesser les anses intestinales. On coupe en travers les muscles droits de chaque côté, à mi-distance entre l'ombilic et le pubis. Saisissant chacune des lèvres de l'incision thoracique, on détache à grands traits, assez loin de chaque côté, peau et muscles, en rasant la cage costale. On coupe les insertions des muscles abdominaux aux fausses côtes et, à droite, le ligament falciforme.

La cavité abdominale se trouvant largement ouverte, inspectez et palpez avec soin tous les viscères en place; notez particulièrement les modifications de siège et de rapports, les adhérences anormales, les tumeurs, les épanchements (nature, quantité) et remarquez bien la situation du diaphragme, la côte et l'espace inter-costal où il est arrêté. Cette observation offre beaucoup d'intérêt dans les cas d'obstruction intestinale.

Pour ouvrir le thorax, on coupe avec un sécateur, les cartilages costaux droits et gauches à leur réunion avec les côtes, puis on désarticule les clavicules d'avec le sternum; on prendra bien garde, pendant cette manœuvre, de ne pas blesser les vaisseaux veineux sous-jacents. Reste à soulever par son bord inférieur le plastron sterno-costal et à sectionner à grands traits, en rasant soigneusement sa face profonde, les insertions diaphragmatiques et le tissu cellulaire qui le retiennent; on le détache ainsi et on le met de côté.

Examen des viscères thoraciques.—On ouvre le péricarde, on note la quantité de liquide qu'il contient, et les autres particularités. Si on constate des adhérences en les brisant avec les doigts on facilite beaucoup l'examen subséquent du cœur.

Cœur.— On remarque le volume du cœur qui correspond d'une manière approximative à l'état normal au volume du poing du cadavre que l'on examine, et on constate si les cavités sont vides ou distendues par du sang ou autrement. On ouvre les cavités droites du cœur. On saisit la pointe du cœur entre les doigts situés en arrière et le pouce en avant, on tire la pointe à gauche en même temps que l'on fait subir au cœur un mouvement de rotation à gauche en sorte que le bord droit regarde en avant, et on aperçoit les deux veines caves à leur arrivée dans l'oreillette droite. On ouvre l'oreillette par une incision qui part du sillon auriculo-ventriculaire et se rend à mi-distance entre les deux points d'insertion des deux veines caves. Une autre incision partant du sillon auriculo-ventriculaire et se dirigeant vers la pointe du cœur ouvre le ventricule droit. On enlève et on remarque la quantité et les qualités du sang contenu dans ces deux cavités. On mesure la grandeur de l'orifice auriculo-ventriculaire droite en introduisant dans cette orifice autant de doigts de la main gauche qu'il peut en recevoir. Chez l'adulte l'ouverture auriculo-ventriculaire admet à l'état normal l'introduction de trois doigts gantés.

On ouvre les cavités gauches du cœur. On saisit la pointe du cœur de la main gauche, les doigts en avant et le pouce en arrière, on tire en haut de manière à diriger la pointe du cœur vers le menton. L'incision dans l'oreillette gauche commence à la veine pulmonaire droite supérieure et passe obliquement en bas et à droite et l'arrête près du sinus coronaire et l'oreillette droite. La première incision dans le ventricule gauche se fait sur le bord gauche du cœur, elle commence au sillon auriculo-ventriculaire et se termine près de la pointe. On enlève le sang et les caillots de ces cavités puis on examine l'orifice mitrale qui doit admettre à l'état normal l'extrémité de trois doigts. On enlève alors le cœur en coupant les veines caves, l'aorte, l'artère et les veines pulmonaires près du péricarde.

On pèse le cœur et on soumet les valvules aortiques à l'épreuve hydrostatique, et on complète l'ouverture des ventricules par les incisions suivantes: La seconde incision dans le ventricule droit commence près du bord supérieur de la première incision, et après s'être assuré du point d'insertion du muscle papillaire antérieur on dirige l'incision au-dessus de ce muscle à travers les valvules pulmonaires que l'on a soin d'examiner. La seconde incision dans le ventricule gauche commence à l'extrémité inférieure de la première et se dirige en haut près du septum interventriculaire du côté gauche et en arrière de l'artère pulmonaire dans l'aorte dont l'orifice est divisée. On s'assure alors de l'état des valvules mitrales et

aortiques, du muscle cardiaque. On examine les artères coronaires pour constater si elles ne sont pas oblitérées par l'état athéromateux de leurs parois.

Poumons et Plèvres.—L'étude du cœur étant terminée on examine les plèvres. On constate si les cavités pleurales contiennent ou non du liquide, on note la quantité, la nature de ce liquide, puis on remarque s'il y a des adhérences. Cet examen terminé on enlève les viscères thoraciques en même temps que le palais mou, la langue, le pharynx, le larynx, la trachée et l'œsophage. Un scalpel étroit est introduit dans la bouche par l'incision de la peau du cou en arrière de la moitié droite du corps du maxillaire inférieur et la membrane muqueuse de la bouche est divisée le long de cette portion de la mâchoire. L'index droit est introduit dans la bouche par cette incision, la langue est attirée en bas et on coupe les parties molles de la moitié gauche de la mâchoire, de sorte que l'on aperçoit alors le palais mou. On détache le palais mou du palais dur au moyen du scalpel, on coupe les piliers du palais au dessus des amygdales et la paroi postérieure du pharynx. La langue, le palais mou, le pharynx et le larynx sont séparés par quelques coups de scalpel jusqu'à la racine du cou où l'on divise les gros vaisseaux et en faisant des tractions sur les portions libres de la trachée et de l'œsophage, les poumons, l'aorte et l'œsophage sont attirés en dehors de la poitrine. Avant de couper l'aorte et l'œsophage au-dessus du diaphragme il faut mettre une ligature sur l'extrémité inférieure de l'œsophage afin d'empêcher l'estomac de se vider.

La crosse de l'aorte et ses branches, et l'aorte thoracique sont ouvertes et examinées.

Après avoir pris notes de l'état de la langue, des amygdales, et des glandes thyroïdes et thymus, le pharynx et l'œsophage sont ouverts sur la ligne médiane postérieure et examinés; il en est de même du larynx, de la trachée et des bronches, et il faut observer avec soin leur contenu et l'état de leurs muqueuses.

Il faut ouvrir les grandes divisions des artères et des veines pulmonaires afin de s'assurer s'il y a eu des embolies ou des thromboses.

Les poumons seront inspectés et palpés avec soin dans leurs diverses régions. Une longue coupe sera pratiquée en arrière de chaque poumon, de la base au sommet, cette première coupe sera suivie des coupes secondaires multiples. Sur ces sections on cherchera, par pression, à faire sortir les exudats bronchiques, et à exprimer le liquide sero-sanguin qui imprei-

gne le tissu pulmonaire ; on en appréciera la quantité, la consistance, la couleur, l'aération. On cherchera encore, en prenant le poumon entre les doigts, à en apprécier l'induration, la mollesse, la friabilité anormales, à provoquer la crépitation.

On examinera alors les glandes bronchiques et l'on fera des sections pour découvrir si elles ne contiennent pas des dépôts caséeux.

Ablation et examen des viscères abdominaux.— Avant d'enlever les viscères de la cavité abdominale, il faut d'abord les examiner sur place. On recherchera les dépôts de lymphé plastique, les tubercules, les excroissances, etc.

En introduisant le doigt dans le trou de Winslow on pourra constater tout épaissement dans le voisinage de la veine Porte.

On enlèvera facilement la rate en la saisissant de la main gauche et en coupant les tissus près du hile. Elle sera sectionnée d'une extrémité à l'autre.

Intestins.— Pour enlever les intestins de la cavité abdominale, on met une double ligature au commencement du jejunum que l'on expose en renversant le côlon transverse sur le thorax ; une seconde double ligature est appliquée sur la partie supérieure du rectum ; on sectionne l'intestin entre ces doubles ligatures. On détache l'intestin grêle en coupant le mésentère préalablement inspecté, le long de la ligne d'insertion. Le gros intestin est entraîné par tractions et sections. Une fois déroulé, le tube intestinal est fendu à l'aide de ciseaux à crochets, le long de son bord mésentérique, on l'étale, on inspecte le contenu ; on note l'état de la muqueuse. Il ne faut pas négliger l'examen de l'appendice vermiforme, du mésentère et des ganglions mésentériques.

Estomac.— On enlève l'estomac après avoir appliqué une double ligature sur le duodénum.

On incise l'estomac le long de la petite courbure, et on examine son contenu et l'aspect de sa muqueuse. Il est bon d'explorer du doigt le pylore.

Dans un cas supposé d'empoisonnement, le contenu de l'estomac et de l'intestin doit être recueilli dans un bocal en verre neuf dans lequel on met les viscères eux-mêmes après les avoir examinés.

Foie.— Après avoir enlevé le foie on examine son apparence extérieure, sa forme, son volume, on ouvre la vésicule et les conduits biliaires et on fait une série de sections parallèles et antéro-postérieures de sa substance.

On examine ensuite le duodénum et le pancréas.

Organes génito-urinaires. — On passe le cathéter et on recueille l'urine pour l'examiner.

Reins. — On fait une incision du péritoine pariétal le long du bord externe des reins et on les enlève en ayant soin de disséquer les urétéres jusqu'à la vessie. Le rein est tenu de la main gauche et on l'incise incomplètement de son bord externe à son bord interne. Il faut noter l'épaisseur relative de la substance corticale et médullaire. Dans le rein normal la substance corticale est à la substance médullaire comme 1 est à 3. Le mode de cortication de la capsule du rein, l'aspect lisse ou granuleux de la surface ainsi dénudée doit aussi être noté. Il faut rechercher les différentes dégénérescences du rein, la présence des calculs, etc., et examiner les capsules susrénales.

Après avoir examiné les reins, on ouvre les urétéres dans toute leur étendue.

Testicules. — Chez l'homme les testicules peuvent être enlevés en faisant des tractions sur le cordon et en coupant avec les ciseaux les tissus qui unissent l'extrémité inférieure des testicules au scrotum.

Organes pelviens. — Les organes pelviens, rectum, vessie ainsi que prostate, vésicules séminales ou utérus, trompes, ovaire, vagin peuvent être extirpés isolément ou en bloc. Pour les enlever en bloc, on incise la symphyse du pubis avec un couteau à cartilage ou un forceps pour les os et en mettant les cuisses dans l'abduction forcée on obtient un écartement de 2 à 3 pouces.

Chez l'homme, l'incision médiane se prolonge sur la surface dorsale du penis jusqu'au gland, on soulève le penis débarrassé de la peau, on coupe les corps caverneux à leur insertion à l'arcade du pubis. En faisant des tractions par en haut, la verge, la vessie, la prostate peuvent être libérées des tissus du périnée jusqu'à ce qu'on rencontre le rectum. On incise le rectum au niveau de la prostate et on enlève les organes pelviens, on lave le rectum et on examine ces différents organes. On ouvre l'urèthre et la vessie avec des ciseaux mousses. On incise les vésicules séminales et la prostate. Le rectum est ouvert par sa surface dorsale.

L'extirpation des organes pelviens chez la femme doit être faite avec beaucoup de soins, spécialement lorsqu'on est en droit de soupçonner un avortement criminel. Il faudra bien se garder de prendre pour des lésions faites durant la vie, les blessures qu'on aurait pu faire en enlevant ces organes avec négligence. Le mode d'ablation des organes pelviens chez la femme est le même que celui décrit pour l'homme. Après avoir incisé la symphyse pelvienne et avoir placé la cuisse dans l'abduction, on prolonge

l'incision verticale dans la vulve jusqu'à la surface dorsale du clitoris, de ce point on mène deux incisions elliptiques passant en dehors des petites lèvres et se rencontrant à la fourchette. En prolongeant vers la profondeur, ces incisions, on libère le clitoris, le vagin, on coupe à travers le rectum et on enlève les viscères. On ouvre l'urèthre et la vessie comme chez l'homme. On incise la paroi antérieure du vagin jusqu'à l'os utéri. On examine les culs-de-sac vaginaux, le col et l'os utéri pour constater s'il y a quelques lésions. On ouvre alors l'utérus sur sa face antérieure. On incise les ovaires et on examine les trompes de Fallopes en les ouvrant dans toute leur longueur.

Extraction et examen de la moelle.—Le sujet couché sur le ventre, avec un gros billot sous l'abdomen et un plus petit sous la partie antérieure du thorax, on fait une longue incision de la peau sur la ligne des apophyses épineuses, on dénude les faces latérales de celles-ci, puis les lames latérales des vertèbres en écartant, en dehors des gouttières vertébrales, les masses musculaires désinsérées avec le couteau et la rugine ; on coupe les lames de chaque vertèbres avec un rachitome, sorte de ciseau à lame cunéiforme pourvu d'un fort manche recourbé. Le bord coupant de l'instrument étant posé à 45° sur la lame à sectionner, près de la base de chaque apophyse, quelques coups de marteau produisent la section. Lorsque toutes les apophyses épineuses ont été mobilisées, on les arrache en les tirant avec un crochet. La moelle recouverte de ses membranes, est alors saisie par la queue de cheval que l'on tranche, puis progressivement détachée, en coupant au scalpel toutes les racines près de leur émergence. Arrivé à l'occiput, on relève la tête du sujet pour trancher le plus haut possible l'axe médullaire. Il ne reste plus qu'à ouvrir la dure-mère, et après examen de la surface de la moelle, à pratiquer des coupes transversales multiples.

A. MAROIS, M. D.

OBSERVATIONS D'EXAMENS AUX RAYONS X.

Par le Dr. CHS. VERGE, de Québec.

Je ne citerai dans cet article que quelques-unes des observations variées, radiographiques ou radioscopiques, que j'ai recueillies depuis un an.

(a) Localisation d'une balle de revolver dans le genou.

C'est le sujet de la radiographie ci-contre. Le premier septembre dernier, M. H. M., ingénieur à bord du steamship "Turret Crown," alors dans notre port, m'est amené par les médecins du Jeffery Hale Hospital pour localiser une balle qu'il a accidentellement reçue dans l'articulation du genou. On n'était auparavant arrivé à aucun résultat en sondant à plusieurs reprises la plaie.

En présence du Dr Blair, l'un des médecins de l'institution, et de mon excellent confrère le Dr Paquin, le blessé est examiné aux rayons Roentgen et la balle se révèle immédiatement sur l'écran du fluoroscope dans la position indiquée par ma radiographie, le genou étant en demi-flexion. La durée de pose a été de 2 minutes 45" avec ma machine statique à 8 plateaux Morton-Wimshurst-Holtz.

L'ombre qui se dessine en avant du corps étranger est la rotule. Les parties molles sont complètement invisibles. L'épreuve que j'ai obtenue est particulièrement intéressante en ce sens que l'on voit la balle à travers l'os, malgré l'opacité relative de celui-ci aux rayons. L'opération subséquente a révélé ce fait que la balle était logée dans l'épaisseur du fémur, à sa partie antéro-inférieure, à mi distance des deux condyles.

(b) Corps étrangers, principalement aiguilles, dans le pied ou la main.

Ces observations sont des plus fréquentes et je pourrais en citer un grand nombre. Je me contenterai de signaler ici le cas typique suivant que vient de m'adresser M. le docteur Faucher, de cette ville. Il s'agit d'un morceau d'aiguille logé exactement sous le fascia plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Les rayons X, encore dans ce cas, ont rendu très facile au Dr l'extraction du corps étranger.

(c) Fractures, Luxations, etc.

Deux cas de luxation et six de fractures m'ont été envoyés dans le cours de cette année ; parmi ceux-ci un cas intéressant de fracture de l'extrémité inférieure du radius, où le fluoroscope a permis de constater, le jour même de l'accident, une très imparfaite réduction qui a été de suite corrigée par mon confrère le Dr P.

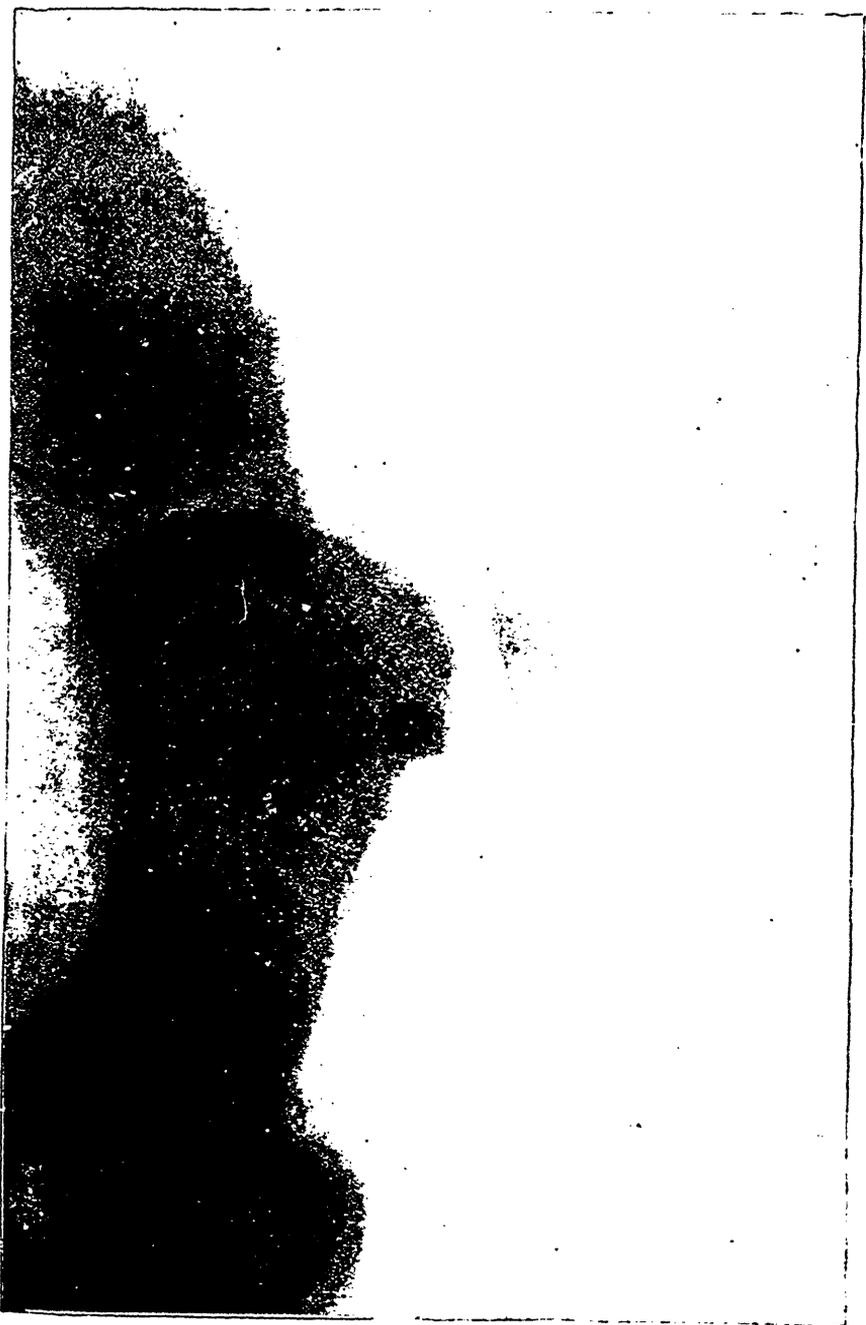


Image dans l'épiphyse inférieure du fémur à 2 lignes de la surface de l'os au milieu de la trochantère fémorale.

(d) Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

A côté des services rendus à la chirurgie et dans la recherche des corps étrangers, le diagnostic précoce ou certain de lésions internes par les rayons X, est désormais aussi un fait acquis. La révélation de la moindre lésion pulmonaire tuberculeuse à l'écran fluorescent, et, par conséquent, la possibilité d'un diagnostic précoce devançant les autres modes d'exploration, est extrêmement féconde en conséquences pratiques. J'ai examiné entr'autres deux cas de tuberculose au début, localisée dans le sommet, où les signes stéthoscopiques étaient *absolument nuls*, et où le commencement de condensation pulmonaire se révélait clairement sur l'écran. Ces deux malades, qui vivent chacun dans un milieu très défavorable, ont été suivis par le Dr H., et aujourd'hui, environ huit mois depuis, les signes ordinaires de l'exploration externe viennent malheureusement confirmer mon diagnostic précoce. Dans une maladie comme la tuberculose, dont la guérison dépend de la promptitude du traitement, l'importance de cette nouvelle méthode de diagnostic n'échappera à personne.

58, rue Ste-Ursule, Novembre 1899.

L'ACIDE BORIQUE DANS LA FIEVRE TYPHOÏDE.

Par le Dr. F. X. J DORION de Québec.

(Lu devant la Société Médicale)

Permettez-moi de porter à votre connaissance douze observations de typhiques traités par l'acide borique. Il y a quelques années mon attention fut attirée par un paragraphe de la *Semaine Médicale* où le docteur Tortchinski, de St Pétersbourg, préconisait l'emploi de l'acide borique comme antiseptique dans la fièvre typhoïde ; le médecin russe prétendait que l'amélioration était rapide et durable après quatre ou cinq jours.

La simplicité de ce traitement, jointe à la facilité d'administration du médicament préconisé m'alléchèrent et comme j'avais alors sous mes soins deux typhiques, je les traitai à la russe ; ayant eu à me louer de ce mode d'action, je l'employai successivement dans 12 cas d'âge et de sexe différents et voici les résultats que j'ai obtenus :

1^o Cas. Madame C., âgée de vingt-huit ans et pluripare, me fait demander le 12 décembre 1893 pour un malaise général sans symptômes définis ; la grippe sévissant alors, je crus à une attaque de cette maladie et j'agis en conséquence. Le 16 seulement, je pus me convaincre de l'existence de la dothiëntenterie et je commençai l'administration de l'acide borique. 4 grains trois fois par jour avec un peu d'acétanilide contre la fièvre. Dans la suite, tout en continuant l'acide borique à la même dose, je fis alterner l'antifébrine avec l'antipyrine et la quinine pour ne pas fatiguer le cœur. Il y eut quelques taches rosées lenticulaires, pas de délire, ni diarrhée, ni prostration. Le 27 décembre, je trouvais la malade assez bien pour lui permettre de se lever un peu ; dès lors je ne la vis plus que tous les deux ou trois jours. Le 5 janvier elle quittait définitivement le lit pour ne plus le reprendre.

Durée de la maladie vingt-trois jours. Durée de la fièvre douze jours.
Pas de rechute.

2^o Cas. Monsieur M., célibataire âgé de dix-sept ans, me fait appeler le 4 décembre 1893 au matin. Température 39.05 avec taches rosées lenticulaires abondantes et douleur dans la fosse iliaque droite. Je prescris de suite l'acide borique, douze grains par jour avec quelques grains d'acétanilide contre la fièvre. La température s'abaisse vite tandis que la prostration disparaît, il persiste un peu de céphalalgie mais la diarrhée est nulle, il faut même user de purgatifs régulièrement. Dès le 15 le malade veut absolument se lever, je le retiens par prudence jusqu'au 20 où il quitte définitivement le lit. Pas de rechute.

Durée de la fièvre depuis le début du traitement : onze jours.

3^o Cas. Monsieur C., marié et cordonnier de son état, âgé de trente-deux ans, requiert mes services dans la nuit du 28 avril pour de violentes douleurs abdominales. Se sentant indisposé la veille, il a pris une dose de "la purgation du jour" et souffre en conséquence. Quelques calmants ont facilement raison de ces douleurs et le lendemain le malade se dit bien, mais, comme il y a un peu de température et de douleur dans la fosse iliaque, je lui recommande de garder le lit.

Le 31 la fièvre se maintenant à 38.6 je commence l'acide borique. Après être descendue à la normale, la température est à 38.3 le 4 mai avec taches rosées lenticulaires abondantes. Du 4 au 14 la température oscille entre 37 et 38.7, dès le 15 elle revient puis reste à la normale. Le 29 je perdais de vue mon malade qui depuis plusieurs jours, se levait et mangeait de la viande.

Durée de la fièvre dix-sept jours, et de même que pour le cas qui précède, pas de diarrhée ni délire ni stupeur ni carphologie.

4^o Cas. C'est celui de monsieur C., âgé de quatorze ans. A ma première visite le 17 octobre, je trouve une température de 39.6 qui atteint 40.5 le 21. Elle baisse le lendemain pour osciller avec une moyenne de 38.6 jusqu'au 19 novembre où elle se tient définitivement à la normale. Durée de la fièvre trente et un jours. Pas de délire, ni stupeur, ni carphologie, ni diarrhée ; céphalalgie nulle.

Ici l'acide borique et l'antifébrine ont été donnés aux mêmes doses que ci-dessus.

5^o Cas. La première fois que je vois le jeune J. B., âgé de sept ans, le 9 février, il a une température de 41.0 avec des symptômes de pneumonie. Le 18 les symptômes de la typhoïde se font plus apparents avec une température de 39.9 et je prescris l'acide borique à doses appropriées à l'âge de mon malade. Dans l'espace de deux jours la température tombe à 38.6 pour s'y maintenir ou à peu près jusqu'au 8 mars où elle reste définitivement à la normale. Ce cas a été remarquable par une stomatite intense qui rendait l'alimentation fort difficile.

Durée de la fièvre trente jours. Une ou deux selles par jour ; les symptômes de dépression font défaut.

6^o Cas. Madame R., âgée de 42 ans, me fait demander le 17 octobre et je reconnais facilement une fièvre typhoïde à la deuxième période avec facies caractéristique et température de 40.7 ; taches rosées lenticulaires discrètes. Je commence de suite le traitement boriqué, mais comme l'affection a eu le temps de faire des progrès, ce n'est qu'après cinq jours que je puis obtenir une chute de un degré. Le 23 la température était à 39.0. mais l'amélioration pour s'être fait attendre, ne s'en maintient pas moins. Le 26 la température était à 38.0 et, après diverses oscillations, elle se tient définitivement à la normale le 19 novembre. Pas de diarrhée.

Durée de la fièvre, trente-deux jours.

7^o Cas. Demoiselle F., âgée de seize ans, me fait appeler le 10 mars, et je constate une température de 40.0. Le 13, la maladie prenant le caractère typhique, je commence l'administration de l'acide borique et des fébrifuges. Le 21, la température était à 37.0 et, après une légère élévation le 26, redescendait définitivement au-dessous de la normale pour s'y maintenir.

Durée de la fièvre seize jours. Taches rosées lenticulaires discrètes. Pas de rechutes, ni diarrhée, ni stupeur.

8^o Cas. Monsieur M., célibataire, âgé de dix-huit ans. Durant les premiers jours du mois d'avril je le vois souvent à mon bureau pour une débilité générale et une anémie qui résistent à tous les toniques. Pas de température appréciable jusqu'au 19 où, la fièvre ayant monté brusquement à 38.6, je conseille à mon malade de s'aliter et je commence l'administration de l'acide borique ; le lendemain, la température est à la normale pour atteindre 39.0 le 24. Le malade ne veut pas garder le lit et se soumet de mauvaise grâce à la diète que je lui prescris ; impossible de le tenir aux liquides, et malgré mes défenses répétées, il fait de fréquents voyages à la huche. Tout de même son état général est assez bon ; la fièvre oscille entre 38.0 et 39.0 mais sans tendance à franchir ce dernier degré. Tout à coup vers le 15 avril, la céphalalgie devient très violente, le pouls se fait mauvais, le ventre se ballonne avec une rapidité extrême et une péritonite généralisée par perforation, enlève mon malade dans les vingt-quatre heures.

9^o Cas. Madame E., âgée de vingt-deux ans, a pris un refroidissement au sortir d'une salle encombrée vers la fin de novembre ; me fait demander le 1er décembre pour malaise général, céphalalgie, fièvre et symptômes d'embarras gastrique. La température est élevée, 40.0 mais sous l'influence des antithermiques, elle s'abaisse facilement à 38.9 puis à 37.8 pour remonter graduellement à 40.0 le 4. La gastralgie intense et les vomissements incessants ne permettent l'absorption d'aucun médicament ; l'alimentation rectale seule est possible, mais elle ne peut empêcher la malade de s'affaiblir rapidement. La face prend l'aspect typhique, il y a stupeur et indifférence absolue aux personnes et aux choses, la maladie fait des progrès rapides ; température de 39.8 40.0.

Le 7, l'estomac me paraissant plus tolérant, j'essaie, à petites doses, l'acide borique qui est supporté. Le 8 la température n'atteint pas 39.0 ; le 16 au matin elle est à la normale pour y rester définitivement et le 20 on peut commencer l'alimentation.

Pas de diarrhée ni de rechute. Durée de la fièvre, vingt jours.

10^o Cas. Monsieur E., âgé de vingt-huit ans et marié, requiert mes services le 11 décembre pour malaise et fièvre ; le thermomètre marque 40.4 le soir. Le malade ayant été en contact prolongé avec un typhique, je le crois, avec raison, atteint de dothiéntérie et je commence, sans plus tarder, l'administration de l'acide borique. Le 17, la température du matin était à 37.0 avec quelques dixièmes de plus le soir. Le 21 la fièvre s'absente définitivement.

Pas de rechutes, ni diarrhée, ni stupeur. ni délire.

Durée de la fièvre, onze jours.

11^o Cas. Demoiselle G., âgée de dix-huit ans, me fait appeler dans la nuit du 24 avril pour malaise général et céphalalgie violente ; la température qui est de 38.2 le 24, atteint 40.0 le 26 au moment de l'apparition des taches rosées lenticulaires. L'acide borique est administré le 27 ; dès le lendemain, la température tombe à 37.8 pour remonter à 38.5 le 29 et osciller entre 38.0 et 38.5 jusqu'au 5 mai où le thermomètre marque définitivement 36.9. A partir de cette date la température ne dépasse plus 37.3, je diminue petit à petit la fréquence de mes visites pour les cesser tout à fait le 20.

Quinze jours après je suis fort surpris de rencontrer ma cliente à bicyclette. Durée de la fièvre, quatorze jours ; taches rosées lenticulaires discrètes, une à deux selles par jour ; diarrhée et délire nocturne du 28 avril au 3 mai. Pas de rechutes.

12^o Cas. Madame G., âgée de vingt-neuf ans et pluripare, vue la première fois par moi le 26 avril pour des douleurs de parturiente : je ne prends pas la température mais le pouls est large et rapide. Accouchement très heureux sans aucune intervention le 27. Vingt-quatre heures après, la température étant à 39.6, je prescris la quinine qui me donne comme résultat 39.8 le lendemain,

Malgré un examen minutieux je ne puis découvrir de symptômes d'infection du côté des organes génitaux ; mais au cours de ces recherches, ayant découvert sur le ventre quelques taches rosées lenticulaires, je prescris aussitôt l'acide borique ; le lendemain le mercure marque 37.3 pour remonter à 38.7 le 29 et 39.9 le 3 mai, Le 10 la température est à 37.0, le 13 elle revient à 37.3 pour se maintenir définitivement à la normale le 15.

Pas de diarrhée, ni délire, ni stupeur. Durée de la fièvre, en comptant le 26 avril, dix-neuf jours.

Je ne fais que mentionner deux autres cas, actuellement sous traitement et dont l'évolution permet d'espérer une terminaison favorable.

Voilà donc douze cas de la même maladie chez des patients de tout âge et de tout sexe, qui, à part un, ont évolué d'une manière bénigne et se sont terminés heureusement, avec une moyenne de fièvre de vingt jours et tiers.

Ces cas n'ont pas été choisis parmi d'autres plus graves ; ils comprennent tous les typhiques qui ont requis mes soins pendant une période de cinq ans, et parmi ces malades, cinq d'état social très humble. se trou-

vaient dans de mauvaises conditions d'hygiène et de confort. L'hypothèse d'une série heureuse doit être par là même écartée puisque ces cas présentent dans leur évolution des différences si grandes quant au temps, au lieu, à l'âge et au sexe. Il faut donc reconnaître, dans l'acide borique, un agent aussi effectif que les autres médicaments employés comme anti-septiques intestinaux dans la dothiententerie.

Même, si le nombre de cas me permettait une assertion plus catégorique, je serais porté à donner la préférence à l'acide borique, car c'est une conclusion à laquelle on arrive assez facilement si l'on compare les statistiques et le mode d'évolution des symptômes.

Je n'insiste pas sur les circonstances défavorables qui ont entouré le malade dont j'ai à déplorer la perte ; sans parler de son indocilité à suivre le traitement, je ne fais que constater le fait brutal : la mort, ce qui, pour les douze cas cités, donne une mortalité de huit et trente-trois centièmes pour cent, tandis que la plus favorable des statistiques que j'ai pu consulter donne une mortalité de onze et trois dixièmes pour cent et cela dans un milieu hospitalier où les méthodes les plus scientifiques peuvent être appliquées avec intelligence. Avec l'acide borique la mortalité serait donc de trois pour cent moindre que dans les meilleures statistiques des hôpitaux de Paris.

D'un autre côté les symptômes paraissent être atténués, ce dont on peut se convaincre facilement en étudiant la température, la diarrhée, l'état général et les rechutes.

Température : Une chose remarquable dans les douze cas cités est le peu d'élévation de la température moyenne. Les 40.0 sont rares et lorsqu'ils font leur apparition, c'est pour disparaître aussitôt, faisant dans les tables de température des cônes au lieu de plateaux. Six de mes malades n'ont eu qu'une fois ou deux 40.0 et, en général, la température moyenne de la période d'état oscillait entre 38.0 et 39.0 avec de fréquents crochets en bas de 38.0.

Il y a loin d'ici à ces températures extra fébriles qui consomment les malades et les réduisent si rapidement à un état de débilité qui ne peut que rendre la convalescence plus difficile quand il n'a pas compromis l'existence.

Diarrhée : Elle a été presque nulle car, à part deux cas où elle a régné pendant deux jours et quatre autres cas où il y a eu une selle liquide par vingt-quatre heures durant quelques jours, il a fallu user d'artifices pour provoquer des évacuations.

Un praticien ne peut qu'apprécier l'avantage d'un tel état, car si les selles sont le principal moyen de dissémination de la maladie, moins elles sont fréquentes, plus il est facile d'éviter la contamination des linges en détruisant les germes aussitôt qu'ils ont vu le jour.

Etat général : Avec une température raisonnable et une diarrhée presque nulle, les typhiques ne peuvent manquer d'avoir un état général satisfaisant, aussi mes douze malades n'ont pas connu ces symptômes tels que la carphologie, la stupeur et alias qui accusent d'une manière si éloquente le démembrement des forces vitales. Une seule a eu du délire et de la stupeur grâce à l'intolérance de son estomac qui refusait tout indifféremment, le remède sauveur comme l'aliment nuisible.

Rechutes : Je suis forcé de les passer sous silence car elles n'ont pas existé.

Administration et doses : Tortchinski préconise l'acide borique aux doses de quatre à douze grains par jour chez les enfants, et de douze à quinze grains par jour chez les adultes ; je n'ai jamais dépassé ces doses et les ai souvent diminuées. Le médicament était administré de toute manière suivant le goût et la susceptibilité du malade.

C'est un des grands avantages de l'acide borique de pouvoir être prescrit en poudres, en cachets, dans de l'eau, du lait, du sirop, des limonades, etc., etc. Dissout dans une quantité suffisante d'eau, il ne la colore pas et n'en altère que fort peu le goût. C'est ce qui m'a permis de traiter avec succès un enfant de sept ans qui faisait une scène au seul aspect d'un remède.

La fièvre lui causait une polydipsie intense et il avalait avec délices de l'eau bouillie dans laquelle était dissout l'acide borique en quantité voulue. Je me demande encore comment il aurait fallu s'y prendre pour lui faire ingurgiter du naphthol ou quelque chose du même genre.

Avec l'acide borique, j'ai employé comme antithermiques la quinine, l'antipyrine, l'antifébrine et la phénacétine.

Toutes quatre m'ont donné de bons résultats, mais l'antipyrine et l'antifébrine, cette dernière surtout, se sont montrées de beaucoup supérieures aux autres, et quoique prescrites à des personnes débilitées, je n'ai jamais eu à constater ces mauvais effets sur le cœur et ces cyanoses contre lesquels les auteurs mettent en garde. Le seul inconvénient qu'on puisse leur reprocher est celui de provoquer des sueurs profuses, inconvénient plus que compensé par le bien-être éprouvé par le malade quand la fièvre diminue.

Avec la quinine je n'obtenais un abaissement de température de quelques dixièmes qu'avec des doses assez considérables pour provoquer des sensations auditives pénibles, tandis que cinq grains d'acétanilide ont facilement abaissé la température de un degré et plus.

Il n'est pas impossible que sa combinaison avec l'acide borique augmente le pouvoir bactéricide de ce dernier puisque, depuis quelque temps, on emploie ce mélange comme succédané de l'iodoforme en chirurgie. Cela expliquerait facilement l'excellence des résultats obtenus.

Je tiens à ajouter que pour être convaincu de l'efficacité du médicament que je préconise, je n'en ai pas moins fait la thérapeutique des symptômes pour enrayer les accidents dans la mesure du possible; car je ne désire pas faire de l'acide borique une panacée infailible, qu'on le comprenne bien, je voudrais simplement qu'il prenne, parmi les autres substances employées contre la dothiënterie, la place à laquelle lui donne droit les bons effets qu'il a produits.

155, rue St-François.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

**Considérations pratiques sur l'établissement des Sanatoriums tirées d'un mémoire de MM. Rrouardel, Grancher et Landousy
lu au Congrès de Berlin (En mai 1892)**

L'établissement de Sanatoriums pour la tuberculose semble être depuis quelque temps à l'ordre du jour au Canada. — Nés en Allemagne, sous la direction des Brehmer et des Detweiler, les sanatoriums ont peu à peu conquis l'opinion de tous les médecins qui s'intéressent aux questions de thérapeutique et de prophylaxie visant la *tuberculose*, "cet ennemi commun de la race humaine".

L'épreuve favorable des sanatoriums pour les *riches* a conduit naturellement à l'établissement des sanatoriums pour les *pauvres* dans tous les pays civilisés. Le malheureux tuberculeux condamné, par l'insuffisance de ses ressources à une mort presque certaine, pourra trouver dans les villes, ou à leurs portes, ou même en pleine campagne, un asile et un traitement, "avec l'espérance toujours et la guérison assez souvent".

La diminution de la tuberculose sera parallèle aux efforts faits par la société pour la combattre, et, la contagion diminuant avec le nombre des malades traités aux sanatoriums, les familles riches, solidaires, quoiqu'elles fassent, des familles pauvres, en matière de maladie et d'infection, se verront plus souvent épargnées, là où elles sont aujourd'hui si cruellement frappées." Car, outre les raisons d'humanité qui pourraient suffire, elles ont, ces familles riches, des raisons d'intérêt personnel et immédiat à apporter leurs généreuses offrandes à l'œuvre de salut commun. C'est la santé, la vigueur de leurs enfants et des générations futures qui sont en cause au fond de cette question des sanatoriums pour tuberculeux pauvres.

La formule qui s'est dégagée peu à peu de l'expérience de ces 20 dernières années en Europe est la suivante : *Un sanatorium pour le tuberculeux doit être fermé, discipliné, aseptique.*

Les règles principales qui résument le traitement hygiéno-diététique de la tuberculose sont invariables quels que soient le lieu, l'altitude, l'exposition, l'organisation intérieure de l'édifice, le traitement pharmaceutique même.

Ces règles sont au nombre de trois : l'alimentation, l'aération, le repos ; elles forment le trépied fondamental de la cure.

Pour faire respecter ces règles fondamentales et permettre au sanatorium de donner le maximum d'effet utile, il faut trois conditions : un bon médecin, un large budget et une sélection rigoureuse des malades à l'entrée et en cours de traitement. " Pour être un bon médecin de sanatorium il faut beaucoup de patience, de fermeté et de douceur, beaucoup de science et de cette fine observation qui ne se trouve pas dans les livres."

Si le sanatorium type : isolé, orienté, protégé, baigné d'air pur et de soleil en pleine campagne est un idéal qu'on ne saurait trop viser et par conséquent supérieur au sanatorium urbain, cela n'empêche pas ce dernier d'être bon et d'une nécessité urgente

Pour Detweiler, la guérison absolue de la tuberculose " la plus curable des maladies chroniques " signifie " le rétablissement des fonctions normales de tous les organes, la disparition absolue des bacilles." Cependant, il est hors de doute qu'un tuberculeux traité et guéri absolument, (10 % environ) qui ne tousse plus et n'a plus de bacilles, doit toujours se surveiller et vivre d'une vie relativement douce, sans fatigues sérieuses et sans refroidissements s'il veut que sa guérison se maintienne, se consolide. C'est donc toujours sinon un malade, au moins un être fragile

Quant aux guérisons relatives (14 %), ce qui veut dire que le malade tousse et crache encore le matin, il va de soi que le malade doit veiller encore bien plus sévèrement sur lui-même et ne doit commettre aucune faute. C'est encore, et sans conteste, un malade,

A fortiori, les améliorés (45 %) restent-ils des malades, des infirmes, condamnés à une vie très limitée, s'ils ne veulent pas compromettre le succès éphémère de leur cure au sanatorium.

Enfin, le faible chiffre des morts (4 à 4½ %) a aussi son éloquence : il démontre qu'une sélection sérieuse préside à l'entrée des malades au sanatorium.

Il ne faut pas oublier que si la tuberculose est curable, surtout *naturellement curable*, chez un enfant, par exemple, quand elle est limitée à un ganglion ou à quelques lobules pulmonaires, et parce que, dans l'enfance, la puissance de la *nutrition cellulaire* est à son maximum, il en est tout autrement chez les adultes, si bien que les tuberculoses localisées et guéries rencontrées si souvent à l'autopsie de ceux-ci remontent bien souvent à l'enfance. Un adulte tuberculeux, amaigri, toussant et crachant des bacilles de Koch, peut guérir, assurément, mais la guérison, même s'il est fortuné et docile, même avec le sanatorium, est une cure toujours longue et difficile.

Le meilleur moyen d'obtenir des guérisons nombreuses et solides c'est la sélection sévère, très sévère des entrées au sanatorium. Cette sélection doit se faire : *avant la fièvre, avant l'amaigrissement, avant l'expectoration bacillaire*. Il importe donc de faire un diagnostic précoce, diagnostic fondé sur une *allération permanente du murmure inspiratoire à l'un des sommets, rudesse ou affaiblissement, avec un peu de toux et un peu de diminution des forces*. —

Pour peu qu'il dure, cet état doit suffire à légitimer l'entrée au sanatorium.

Alors seulement le traitement aura des effets vraiment salutaires, non pas constants et définitifs, mais durables et suffisants pour permettre la reprise du travail habituel.

Donc, *les bons effets d'un sanatorium pour les tuberculeux seront proportionnels à la sévérité même de la sélection à son entrée*. —

Outre le sanatorium de campagne, l'idéal en la matière, il est un autre type qui ne donnera pas une aussi bonne statistique que le premier, mais qui est aussi nécessaire et aussi urgent, c'est le sanatorium urbain, le *sanatorium d'hôpital*. Aujourd'hui dans la plupart des hôpitaux, les tubercu-

leux sont soignés dans la salle commune, où ils risquent de contagionner leurs voisins et où rien n'est préparé pour le traitement qui leur convient. Cela ne devrait pas durer.

— Certes, l'air de la montagne est meilleur, mais quel est le tuberculeux qui consentirait à s'éloigner pour plusieurs mois de sa famille. La création de pavillons spéciaux avec chambres à 4 et 6 lits disséminées au milieu de cours et des jardins des hôpitaux trancherait la question. Alors la cure étant faite comme il convient, avec toutes les règles de l'asepsie, avec une alimentation de choix, avec le repos sur la chaise longue, et l'aération continue, l'amélioration d'un grand nombre de ces tuberculeux et la guérison de quelques-uns ne tarderont pas à faire rechercher ces pavillons ou sanatoriums urbains.

Dût-on n'atteindre qu'un seul but, supprimer la contagion de malade à malade, le sanatorium d'hôpital serait encore chose nécessaire et urgente. Ce sera, si l'on veut, et au pis aller, un sanatorium de prophylaxie, mais ce sera déjà un grand bienfait. La tuberculose n'est-elle pas plus facilement évitable que curable? Ne sait-on pas que le meilleur moyen de guérir d'une tuberculose, c'est de l'éviter. D'ailleurs, pour atteindre le double but, le traitement et la prophylaxie, c'est-à-dire l'intérêt du tuberculeux et du non-tuberculeux il suffit que ces pavillons avec chambres à 4 ou 6 lits soient d'aération facile, pourvus de galeries de repos, et qu'on y donne une alimentation spéciale. Voilà le sanatorium.

Le sanatorium, malgré tous ses avantages, n'est pas le seul mode de salut pour ceux qui pensent et veulent se soigner. Combien trouvent la guérison chez eux, à la campagne, ou dans une station climatique ensoleillée! Car la cure hygiéno-diététique n'est pas le secret exclusif du sanatorium, et il y a longtemps que les phthisiologues l'appliquent dans ce qu'elle a d'essentiel. Et même il faut ajouter que le sanatorium ne saurait suffire à toutes les indications d'une cure complète. Les déplacements de campagne, ordonnés par les médecins de sanatorium, la cure d'altitude, la cure hydrominérale, la cure marine, la cure climatique ou la cure médicamenteuse etc., sont des compléments nécessaires du traitement.

Résumons :

• “ La cure de sanatorium n'est pas seulement une leçon de choses pour les thérapeutes, qui par elle, apprendront la posologie des meilleurs remèdes dont on peut disposer, l'aération, le repos et l'alimentation; mais c'est aussi une leçon de choses pour les maladies qu'elle convertit à 2 idées qui manquent à l'éducation du public : la curabilité de la tuberculose d'abord, son év.

tabilité ensuite par la guerre faite aux expectorations bacillifères. « La conclusion pratique qui s'impose, c'est qu'il faut ouvrir des sanatoriums populaires le plus près possible des villes, abrités des vents régnants, des poussières organiques et des fumées baignées dans le soleil, bâtis sur un sol perméable bien drainé, entourés de verdure, inondés de lumière, pourvus de fenêtres béantes et de galeries ouvertes, sanatoriums où l'on apprendra aux malades à se guérir, à leurs familles à se garer de la tuberculose.

Pour que les résultats obtenus par la cure hygiéno-diététique répondent pleinement à tout ce qu'on est en droit d'en attendre, il faut surtout que le recrutement de la clientèle des sanatoriums populaires soit l'objet des soucis les plus vigilants des médecins qui n'affirmeront jamais trop leur diagnostic, puisque, en matière de cure de sanatorium, l'efficacité thérapeutique est solidaire de la précocité diagnostique.

« Ce sont les malingres, les lymphatiques, les déçus fatigués, amaigris, subfrébricitants, dispeptiques plus souffrants que malades encore, qui devront former le gros de la clientèle du sanatorium, alors que leur aspect anémique ou leur facies chlorotique les dénoncera plus bacillaires encore que tuberculeux. Ce sont peut-être autant les candidats de la bacillose que les gens arrivés à la tuberculose qui doivent être les premiers tributaires du sanatorium. Ce sont ces derniers que le sanatorium devra recueillir pour les garder longtemps, très longtemps, car la cure devra, pour eux, s'y faire plus longue qu'on ne l'imagine d'ordinaire ; c'est par semestres et non par mois, que doit se compter la durée de la cure hygiéno-diététique disciplinée, si l'on veut que, vraiment, elle libère son homme de la tuberculose même commençante.

« Le sanatorium, pour remplir toute sa tâche, devra (au moyen d'allocations proportionnelles au nombre de bouches à nourrir) trouver dans son budget de quoi assister la famille qu'affammerait l'invalidité de son chef sanatorié.

« Instrument de protection pour les gens valides, instrument de guérison pour les malades, le sanatorium populaire répond à la double tâche prophylactique et thérapeutique antituberculeuse à laquelle la médecine sociale doit pourvoir.

« Aussi l'État, les provinces, les corporations, les familles, qui voudront s'assurer contre la morbidité et la contagion de la tuberculose, n'éteindront-ils l'une, et n'échapperont-ils à l'autre, qu'autant qu'ils le mériteront par leurs institutions ou leurs mesures de prévoyance et d'assistance, au premier rang desquelles s'impose le sanatorium populaire.

« Autant de sanatoriums populaires ouverts demain, autant d'hôpitaux fermés dans un avenir assez rapproché : puisque, de par la prophylaxie et le traitement organisés en établissements fermés, les sources et les occasions de contagion se feront rares ; puisque les tuberculeux, entrés au sanatorium pour y guérir, ne fournissent plus à l'hôpital ces légions de phthisiques, qui, hier, trop souvent, n'y pouvaient que longuement mourir.

« Sortent de terre les sanatoriums, et le malheureux atteint de tuberculose et condamné jusqu'ici, par l'insuffisance de ses ressources, à une mort presque certaine, trouvera dans les villes, ou à leurs portes, ou même en pleine campagne, un asile et un traitement avec l'espérance toujours et la guérison assez souvent. »

DR R. F.

La Belladone dans la broncho-pneumonie des enfants.

Le docteur Hodghead, du *Pacific Medical Journal*, nous fait part, dans le No du 1er septembre dernier du *Pædiatrics*, d'une série très intéressante de trente cas de broncho-pneumonie chez des enfants traités avec de grands avantages par la belladone.

Après avoir essayé sans succès divers traitements jusqu'ici préconisés pour combattre cette maladie, dont le pourcentage de mortalité est si élevé, (60 à 80 %) plus élevé même que celui de la diphtérie, l'auteur, à la suite d'un succès vraiment surprenant, a érigé en méthode le traitement suivant : Pas de cataplasmes ; l'enfant est enveloppé dans des couvertes légères, libres. On donne de l'eau au lieu de lait. La chambre est tenue à une température égale, sans surcharger l'atmosphère de vapeurs humides. On donne 1/10 grain de calomel toutes les heures jusqu'à ce que les intestins aient bien cédé : et toutes les heures, alternant de demi-heure en demi-heure avec le calomel, on administre la belladone à fortes doses, par exemple deux gouttes de la teinture.

Après quelques heures on éloigne son administration, mais on la continue à la dose d'une goutte toutes les deux ou trois heures jusqu'à ce qu'apparaisse sur tout le corps l'éruption de la belladone.

Puis on l'abandonne graduellement. Voici, d'après l'auteur, l'action de la belladone dans ces cas :

1^o A petites doses elle est légèrement narcotique, produisant une influence légèrement sédative sur le système nerveux et avec tendance à rendre l'enfant moins irritable et son état plus soutenable.

2° Elle est, à petites doses, un tonique du cœur ; elle élève la tension artérielle, et augmente la circulation en stimulant le sympathique cardiaque : d'une façon analogue elle déprime le pneumogastrique, le nerf inhibitif.

3° C'est un stimulant respiratoire, qui influence le diaphragme à quelque degré, mais elle affecte plus particulièrement les muscles respirateurs accessoires, bien que son action à cet égard, il faut l'avouer, n'est pas encore entièrement comprise.

4° La Belladone cause une dilatation des capillaires superficiels et à un degré correspondant et de la même manière, soulage les poumons congestionnés. On pourrait aussi remarquer qu'elle amène une augmentation des sécrétions urinaires et biliaires.

5° L'influence la plus importante toutefois qu'exerce ce médicament, et celle qui se rapporte directement à notre sujet, c'est qu'elle diminue la sécrétion des tubes bronchiques et du tissu pulmonaire. Cette accumulation de sécrétions dans les poumons est arrêtée ou prévenue. Son effet, dans ces cas, semble presque mécanique tout aussi bien que merveilleux.

Les sécrétions surabondantes et dangereuses diminuent de quantité, et l'on détourne l'asphyxie menaçante, qui devient complète quand elles ont tellement augmenté que l'enfant est incapable de s'en débarrasser.

Mais pour être efficace, la belladone doit être administrée à doses relativement fortes. D'ailleurs les enfants âgés de quelques mois seulement ne sont pas plus sensibles à la même dose qu'un enfant de cinq ou six ans.

Il faut aussi ajouter qu'on ne trouve pas le médicament aussi utile au commencement de la maladie quand la muqueuse des bronches est sèche et congestionnée. Elle vient spécialement à propos quand la maladie est développée, et les sécrétions bronchiques sont surabondantes.

Sur les trente cas cités par le Dr Hodghead il y a eu 23 guérisons.

P. V. F.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DES COMPAGNIES D'ASSURANCES.

Ce congrès dont l'importance ne saurait échapper à personne et appelé à un réel succès s'est réuni pour la première fois, à Bruxelles, le 25 septembre dernier.

Les Pays-Bas, la France, l'Allemagne, l'Autriche, l'Italie, la Hongrie, le Danemark, la Russie, la Serbie, la Turquie, les États-Unis et la Suisse y étaient largement représentés. Plus de 200 adhérents y ont pris part.

Il est indéniable que l'assurance sur la vie a pris une importance énorme dans ces dernières années, qu'elle est devenue un rouage de la vie sociale et qu'il est impossible d'en prévoir tout le développement.

Les questions d'une importance toute vitale pour les assurances, qui ont été discutées à ce congrès, ont occupé les délégués durant 8 longues séances.

Elles avaient toutes pour objet d'amener les compagnies d'assurance des différents pays à avoir une unité de vues qui présidât au choix des risques; à établir un plan d'ensemble, et à appliquer à tous les cas les mêmes règles; à admettre une classification uniforme toujours dans le but d'accroître la force des travaux de statistiques.

A cet effet on proposa l'adoption d'un formulaire médical universel plus parfait, paraît-il, que ceux déjà en vigueur, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique.

La classification de ce formulaire se composerait de trois ordres.

1er ordre.	{ Parfait. Très bon. Bon.
	Limite du 1er ordre.
2e ordre.	{ Assez bon, Passable.
	Limite du 2e ordre.
3e ordre.	{ Douteux. Mauvais. Très-mauvais.

Mais quels seraient donc les avantages d'un tel formulaire universel?

1o Ayant la sanction des médecins experts de tous les pays, ce formulaire serait en rapport avec les progrès de la science.

2o Il serait très complet et par suite il permettrait de recueillir tous les éléments nécessaires à la classification des risques.

Dès lors il serait le gardien le plus sûr des garanties et des intérêts des compagnies d'assurance.

On pourrait déterminer exactement la valeur de certains risques où l'on doit tenir compte de la profession, du genre de vie, de la race du proposant, etc.

La limite des acceptables serait indiquée presque mathématiquement.

On obtiendrait des renseignements précieux sur l'admission des syphilitiques, des glycosuriques etc.

Les statistiques nous feraient connaître dans quelle proportion se fait sentir l'influence de l'hérédité tuberculeuse et cancéreuse, ce qu'il faut croire de l'importance que certains praticiens attribuent à l'arthritisme.

Ces chiffres nous permettraient de tracer des cartes de vitalité pour chaque pays. Ainsi les compagnies seraient exactement renseignées sur la longévité des habitants des différentes villes d'un même pays.

Le secret médical en matière d'assurance est ensuite mis à l'étude. En voici les conclusions :

1° Le secret professionnel défend au médecin du proposant de délivrer un certificat sur l'état de santé et les maladies antécédantes de son client ;

2° Ce secret ne défend pas au médecin de répondre à des questions définies concernant la santé de son client et qui pourraient tendre à faire accepter une assurance qui autrement serait refusée ;

3° Le médecin peut mentionner dans la déclaration du décès la cause de la mort.

Il est donc résolu par le congrès que la déclaration du décès est indispensable et doit être permise, tant au bon fonctionnement des compagnies qu'au développement de la science (et particulièrement de la statistique), que cela n'est pas incompatible avec le secret médical.

Viennent ensuite des discussions fort intéressantes sur *l'anthropologie*, *le diagnostic précoce de la paralysie générale* et *les névroses traumatiques* en matière d'assurance. Mais les questions qui semblent avoir fixé plus spécialement l'attention des membres de ce congrès sont les suivantes :

1° L'examen du cœur ;

2° La neurasthénie ;

3° La fraude ;

4° La tuberculose ;

5° La syphilis ;

6° La continuité des états morbides à travers la vie ;

- 7° L'alcoolisme ;
- 8° L'albuminurie ;
- 9° Les affections suppuratives de l'ortille ;
- 10° La radiographie ;
- 11° La création d'un institut central d'expertise.

Nous nous contenterons d'extraire du rapport détaillé qui est produit sur chacune de ces questions mises à l'étude, les conclusions les plus pratiques qui en découlent immédiatement.

I.—Pour ce qui regarde l'examen du cœur, il est admis après discussion :

1° Qu'il y a des anomalies du cœur qui ne se révèlent par aucun symptôme objectif, qui déterminent quelquefois des sensations subjectives d'un caractère douteux, mais qui néanmoins peuvent causer une mort instantanée ou une maladie léthale de courte durée ;

2° Que les cœurs sains offrent, selon l'âge, selon l'architecture du thorax et l'épaisseur des téguments, de si grandes variétés du choc et de la matité cardiaques, que l'explorateur peut facilement se tromper et prendre pour anomalie ce qui est normal et *vice versa* ;

3° Que l'appréciation des bruits et souffles valvulaires, comme des frottements péricardiaux, ne peut être acquise que par une longue pratique à ausculter des cœurs sains et des cœurs malades ;

4° Que l'arythmie et les intermittences du cœur aussi bien que les palpitations passagères chez certaines jeunes personnes, n'ont pas, en général, une grande importance ;

5° Que l'examen du cœur devrait toujours se faire en deux positions : debout, puis dans le decubitus dorsal. Un léger évanouissement durant l'examen, le candidat étant debout, n'est pas un motif suffisant de réus ;

6° Que des questions très détaillées concernant le choc, la matité et les bruits, ne sont nullement une garantie de l'exactitude des conclusions ;

7° Que pour apprécier au juste le résultat de l'examen, le médecin en chef ayant la révision du rapport devrait connaître tous les détails personnels de l'examineur : tels que son degré d'expérience, l'école à laquelle il appartient, etc.

II.—Quand à l'*admissibilité des neurasthéniques*, on a considéré qu'il y a lieu de refuser tous les proposants issus de parents atteints de névropathie et présentant des stigmates de neurasthénie et que les états neurasthéniques par traumatismes sont également de nature à entraîner le rejet du risque. En résumé, l'acceptation des neurasthéniques resterait subordonnée à l'étude attentive :

- 1° du bilan héréditaire du proposant et de la nature du terrain ;
- 2° des circonstances qui ont accompagné ou déterminé la naissance de l'affection, en ont orienté l'évolution et influenceront sa marche vers la guérison ou l'aggravation.

III.—*La fraude* en matière d'assurance donne lieu aux conclusions qui suivent. Elles sont toutes marquées au coin de la plus profonde expérience ;

- 1° Chaque question sera développée et très précise.
- 2° L'examen médical attentif et minutieux ; il n'aura pour limites que le respect des convenances sociales, surtout vis-à-vis des femmes.
- 3° Les examens pratiqués en dehors du domicile des intéressés.
- 4° Le médecin sera laissé seul à seul avec le candidat, exception faite pour les femmes et les enfants.
- 5° On renoncera aux examens du soir ainsi qu'aux examens pratiqués dans les arrière-boutiques ou autres lieux dénués de jour, d'espace ou de confort.
- 6° Les urines à analyser seront toujours émises en présence du médecin ou tout au moins dans une pièce voisine ; en ce cas elles doivent toujours être tièdes.

IV.—*La tuberculose humaine, sa contagion et son hérédité* a donné lieu à un rapport magistral. Pour résumer le plus possible, disons qu'on s'est proposé de refuser 1° tout proposant qui a ou qui a eu une tuberculose quelconque ; 2° tout proposant issu de tuberculeux qui souffre de pleurésie, d'hémoptisie, de bronchite chronique, de scrofulose, de déviation de la colonne vertébrale ; 3° tout proposant qui a souffert de pleurésies tuberculeuses, d'hémoptisies, de bronchites récidivantes ; 4° tout dyspeptique issu de tuberculeux, s'il ne guérit pas après un traitement approprié ; 5° tout proposant issu de tuberculeux et vivant dans des conditions fâcheuses, dont le périmètre thoracique ou le poids sera notablement inférieur à la normale ; 6° tout proposant issu de deux parents tuberculeux, s'il n'a pas 35 ans au moins et s'il n'est pas absolument vigoureux ; 7° tout proposant qui, par ses antécédents ou par sa constitution, est candidat à la tuberculose ; 8° tout proposant issu de tuberculeux qui est en contact intime avec un phthisique. Si le conjoint tuberculeux est décédé depuis 2 ou 3 ans et que le proposant est bien portant, le risque est nul.

V.—On serait tenté de croire qu'on s'est étendu plus que de nécessité sur *l'admissibilité syphilitique*, tant le rapport est chargé. Notons donc brièvement ce que les examinateurs doivent surtout retenir.

Seront refusés :

- 1° Les proposants présentant des symptômes de syphilis secondaire ou tertiaire en évolution ;
- 2° Ceux dont la syphilis ne remonte pas à trois ans ;
- 3° Les syphilitiques atteints d'alcoolisme ;
- 4° Les syphilitiques entachés d'impaludisme ou encore ceux qui ont présenté des symptômes du côté du système nerveux *v. g.* paralysie transitoire, diplopie, épilepsie, surdité apoplectiforme, etc.

Ces éliminations faites, que devons-nous dire des autres cas, peut-être les plus nombreux : je veux parler des syphilis plus anciennes, de celles qui n'ont pas été suffisamment ou pas du tout traitées ?

Si l'influence puissante du traitement fait défaut, c'est à l'épuisement de la novicité par le temps qui devra nous guider.

Ainsi donc un syphilitique insuffisamment traité ne pourra être admis qu'après 10 ans, tandis qu'il faudra 15 ans d'épreuve au même individu s'il n'a subi aucun traitement à condition que la maladie n'ait donné aucune manifestation depuis longtemps.

Quand à l'*hérédosyphilis* qui est la modalité la plus meurtrière de l'infection, aucune difficulté ne saurait se présenter. Pour les enfants surtout le refus devra être la règle.

Reportant tout ce qu'on vient de dire aux assurances *contre la maladie*, les admissions seront encore plus forcément restreintes.

VI.—Il serait peut être fort à propos de relater tout ce qui a été dit de la *continuité des états morbides à travers la vie*, mais nous devons nous borner aux conclusions les plus essentielles. L'examen attentif de leurs indices et la connaissance de la valeur qu'il faut leur attribuer sont d'une importance majeure dans l'appréciation de la valeur de l'individu. En effet il est de toute évidence que la plupart des maladies de l'adulte sont la suite de lésions laissées dans les organes par les maladies de la 1^{ère} enfance, soit que les lésions évoluent naturellement vers de nouvelles manifestations morbides, soit qu'elles diminuent simplement les résistances organiques.

VII.—Que dire maintenant de l'*alcoolisme chronique* ?

Qu'il se caractérise 1° par l'artériosclérose, l'hypertrophie du tissu conjonctif, la dégénérescence graisseuse des organes parenchymateux, la destruction des éléments nerveux ;

2° Que ce poison détermine la sénilité prématurée des organes.

3° Que l'alcoolique doit être considéré comme plus vieux que son âge, étant donné que l'homme a l'âge de ses vaisseaux ;

4° Qu'il faut tenir compte de la durée des abus et de l'âge où ils ont commencé ;

5° Que l'assureur devra tenir un large compte de l'alcoolisme des parents dans l'évolution vitale d'un individu. Que la dégradation héréditaire est d'autant plus marquée que les enfants sont nés de parents plus âgés ou se livrant à la boisson depuis longtemps.

VIII.—Enfin d'après les discussions soutenues au cours de cette séance, on devrait refuser impitoyablement tous les *albuminuriques*, sauf ceux qui ne présentent que de la globuline.

IX.—On passe ensuite aux *affections suppuratives de l'oreille*.

Les affections sèches, paraît-il, n'ont aucune importance au point de vue des assurances. Par contre tout proposant atteint actuellement d'une affection suppurative de n'importe quelle partie de l'organe auditif, doit être ajourné.

Cependant après un traitement de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois, si la suppuration cesse, avec restitution ad integrum des parties atteintes, l'admission est autorisée.

Si la suppuration se tarit mais laisse derrière elle une large perforation tympanique sèche, le proposant peut être admis avec prime plus élevée. Mais si la suppuration persiste avec ou sans carie osseuse, etc., le candidat doit être écarté définitivement.

X.—Quand à la *Radiographie* il est admis qu'elle doit être négligée en matière d'assurance, étant donné qu'elle peut très facilement être la cause d'erreurs et de fraudes regrettables.

Enfin le prochain congrès qui sera tenu à Amsterdam est fixé à l'année 1901.

(Du Journal Médical de Bruxelles.)

DR. C. R. P.

CLINIQUE CHIRURGICALE—DR. TUFFIER—(Somaine Médicale)

Calcul de l'urètre ou de l'appendice

La partie encore la plus obscure, de l'histoire de l'appendicite, c'est ce qui a trait à son diagnostic, qui, comme on le sait, demande à être posé le plus près possible du début des accidents.

Les accidents dus à un calcul de l'urètre peuvent quelquefois en imposer, et faire croire à une attaque vulgaire d'appendicite et *vice versa*.

M. Tuffier, dans une clinique faite à l'hôpital Lariboisière, à propos d'un malade qui a présenté bien des difficultés de diagnostic, fait ressortir les symptômes communs qui peuvent en imposer et tâche d'établir sur quelle donnée on peut baser une opinion formelle; car la lithiase urétérale et l'appendicite ont été maintes fois confondues, tant il est vrai que dans quelques circonstances la physionomie clinique paraît identique.

Pour bien saisir le pourquoi de la similitude des symptômes, il faut avoir bien présent à l'esprit, l'anatomie topographique de la région.

L'urètre, passe sur le détroit supérieur du bassin. L'appendice, lui, occupe la fosse iliaque à sa partie interne. Il siège presque toujours en dedans du cœcum ou à la partie interne du côlon ascendant. De plus si on veut bien se rappeler que ses anomalies de situation le porte en dedans (Tuffier et Jeanne) on comprend qu'il est très rapproché du bord de l'urètre.

L'urètre correspond assez exactement, à une ligne tombant au milieu de l'arcade de Fallape. Or cette ligne passe au point de McBurney et ce point correspond aussi bien à l'appendice qu'à l'urètre.

Il ne faut pas oublier cependant, que l'appendice est intra-abdominal, tandis que l'urètre est extra, mais il y a un fait connu: dès que la pathologie entre en scène, cette séparation disparaît souvent. Pour preuve, M. Tuffier cite le cas d'un malade opéré dans son service en février dernier, et où il a été constaté, que l'épiploon, le segment ilio-colique de l'intestin l'appendice malade auquel adhérait l'urètre, qui avait été amené avec lui jusqu'à la paroi abdominale, étaient englobés dans une même gangue fibreuse. En somme, il est évident que les rapports entre l'appendice et l'urètre ne constituent pas de simples vues d'anatomie topographique.

La malade qui fait l'objet de cette clinique est âgée de 36 ans.

Cette femme, d'aspect robuste, ne présente d'autre antécédent qu'une crise douloureuse survenue il y a deux ans, au côté droit, sous forme de coliques trop peu intenses pour attirer l'attention de la malade, et qui a duré une journée.

Il y a un mois, pendant la nuit, se manifesta une douleur violente dans la *fosse iliaque droite*, douleur irradiant vers l'épigastre, les lombes et vers la cuisse ; elle s'accompagna de fièvre, de sueurs profuses, de vomissements, d'abord glaireux, puis verdâtres, abondants et répétés, enfin d'oligurie pendant l'accès.

La crise persiste trois quarts d'heure et se reproduisit avec les mêmes caractères les jours suivants. Le traitement médical échoua complètement.

Un mois après, voici le résultat de l'examen : femme amaigrie, douleurs atroces ; dans la fosse iliaque droite il existe une région douloureuse avec maximum au *niveau du point de McBurney* ; en cet endroit on sent un *empatement*, une *tuméfaction* allongée à grand axe vertical, remontant vers les fausses côtes ; cette tuméfaction irrégulièrement cylindrique, du volume du poignet, est douloureuse, sonore, légèrement mobile dans le sens transversal, facile à délimiter ; elle est distincte de la région rénale qui est libre et elle n'est pas réductible dans la région lombaire. La langue est sale, l'appétit nul, la constipation opiniâtre, température 37°, pouls 96

Ces symptômes sont, n'est-il pas vrai, tout aussi bien ceux de l'appendicite que de ceux d'un calcul de l'urètre.

Il y a cependant un moyen de se prononcer avec assez de certitude et c'est là le but de la clinique de M. Tuffier.

Qu'on examine les urines et dans la plupart des cas on pourra être fixé immédiatement. Chez les personnes souffrant d'appendicite, il peut y avoir des troubles dans le fonctionnement de l'appareil urinaire, mais on ne rencontre pas d'*hématurie vraie*.

Chez la malade qui fait le sujet de cette clinique, il n'y avait pas de sang dans les urines macroscopiquement parlant : mais l'examen microscopique révèle la *présence de nombreux globules rouges*, de quelques leucocytes et des cellules épithéliales.

L'existence des hématies est ici capitale, car on peut affirmer la présence d'un calcul rénal en face d'une hématurie microscopique se produisant dans certaines conditions de mouvement ou d'effort.

Donc, de l'existence de cette hématurie constante, M. Tuffier conclut à une lésion rénale et non pas une lésion appendiculaire. Dans les cas obs-

curs et d'un diagnostic délicat, l'examen microscopique des urines peut faire pencher le diagnostic en faveur d'une lésion rénale s'il a des hématies.

Pour bien faire comprendre les difficultés, qui peuvent se rencontrer en clinique, M. Tuffier présente quelques observations personnelles qu'il convient de diviser en deux groupes : celles où il est question d'*accidents aigus* et celles où il s'agit d'*accidents à répétition*.

1ÈRE OBSERVATION. Il s'agit d'un malade, âgé de 50 ans, atteint d'accidents aigus à la région lombo-iliaque droite. C'est un brasseur, alcoolique, ayant déjà présenté des manifestations de lithiase urinaire et de coliques néphrétiques. A l'examen, on trouve une tuméfaction datant de 5 jours nettement appréciable au niveau des lombes, allongée suivant le trajet de l'urètre et affleurant la fosse iliaque.

Le début ressemblait à une colique néphrétique, mais M. Pengniez avait plutôt incliné vers le diagnostic d'appendicite.

M. Tuffier, qui était venu en consultation, pratique une incision au niveau de l'abdomen et établit que la lésion est extra péritonéale. Une incision lombaire, tombe sur une collection purulente fétide, dans laquelle nageait un calcul du volume d'une noix. Cette pierre dure, noire, presque lisse, était si semblable au vulgaire calcul du foie, que les médecins se rattachèrent, pour le moment, à cette hypothèse. La coupe du calcul prouva sa nature *stercorale*. Le diagnostic était posé, appendicite à foyer lombaire, chez un lithiasique urinaire.

II. OBSERVATION. Le 9 mai 1896, M. Tuffier est appelé pour une colique néphrétique avec accidents abdominaux graves.

Il s'agissait d'un homme gros, gras, graveleux et souffrant depuis longtemps de douleurs violentes du côté du rein droit. La crise en question avait été très sévère. La douleur qui avait débutée au milieu de la nuit, dans le flanc droit, avec irradiation au pli de l'aîne, avait été très vive, puis suivie de vomissements et de ballonnement du ventre. Son médecin avait constaté l'oligurie habituelle et trouvé l'urine manifestement teintée de sang et sur ces données, porte le diagnostic de colique néphrétique vraie. Les vomissements devinrent plus fréquents et dès le troisième jour on percevait une tuméfaction dans la région lombaire.

A l'examen, M. Tuffier constata l'abdomen médiocrement tendu, le pouls fréquent, la température 39°, il existait au-dessus de la fosse iliaque une tuméfaction arondie, lisse, cylindrique, parallèle à l'urètre, douloureuse au toucher, située derrière le colon ascendant, sonore à sa surface

‘ Je pensai, dit M. Tuffier, avoir affaire à quelque complication infectieuse venant d'un calcul urétéral et comme le traitement médical n'amenait aucun résultat, je pratiquai le lendemain à la partie externe et inférieure de la région lombaire une incision verticale, qui me conduisit sur une collection purulente, contenant des débris gangreneux. Les jours suivants, l'écoulement de *matières stercorales* permit de trancher la question : j'avais ouvert un appendicite. Résultat : guérison.

Comme conclusion on peut admettre sans crainte, que des crises douloureuses à répétition, au niveau de la région iliaque, peuvent être dues aussi bien à une appendicite qu'à un calcul de l'urétére.

La 3e observation suivante en est une preuve.

Il s'agit d'un homme de 51 ans, de souche goutteuse. Les accidents douloureux datent de 16 ans environ. Ils avaient pour siège la région lombo-iliaque droite, sous forme de gêne et de pesanteur avec aggravation à la suite des mouvements. En 1892, le malade eut de vraies crises douloureuses qui durèrent deux ou trois jours avec des paroxysmes extrêmement violents, sans fièvre, ni réaction abdominale. La douleur de lombaire qu'elle était, était devenue iliaque et dans l'intervalle des crises, le malade était forcé de maintenir la région avec la main pendant les efforts. M. Tuffier vit ce malade en 1898, alors qu'il accusait une douleur unique et localisée, d'une façon précise au point de McBurney : douleur spontanée, douleur à la pression, siégeant uniquement en ce point. “ Le diagnostic me parut hésitant entre un appendicite et un calcul urétéral. Le rein et le reste de l'appareil urinaire étaient alors tout à fait indemnes et depuis cette époque, sans qu'aucune évacuation ait eu lieu, la douleur a notablement diminuée, je sais que mon opinion a été corroborée par plusieurs de mes collègues. Voici donc un cas où la nature de la lésion reste indéterminée, mais qui prouve bien la difficulté du diagnostic différentiel entre l'appendicite et un calcul rénal.”

Comme conclusion générale, M. Tuffier est d'opinion que la clef du diagnostic se trouve dans l'hématurie macro ou microscopique des urines pendant, ou dans l'intervalle des crises.

Cependant, comme les calculs de l'appendice peuvent fort bien exister chez des graveleux, comme les deux observations citées plus haut le prouvent et ce qui cadre bien avec la démonstration faite par M. Dieulafoy de la coïncidence des lithiases intestinales, biliaires, rénales ou appendiculaires, il faudra faire un examen consciencieux du malade, peser le pour et le

contre et quelquefois rester dans le doute en face de malade à symptômes complexes, ce qui, du reste, est rare.

P. S.—La malade qui a fait l'objet de cette clinique a été opérée, et portait un calcul de l'urètre qui fut facilement repoussé dans la vessie.

DR ART. S.

Ce que l'on doit faire et ce que l'on doit éviter dans le traitement des affections les plus fréquentes de l'oreille.

par le DR HAUG (Munich), *Directeur du Département otologique à la Polyclinique de l'Université Royale.*

Nous croyons être utile aux lecteurs du Bulletin en leur offrant ce travail remarquable traduit du « Journal of Eye, Ear and Throat Diseases » Jan. 1899.

L'objet de cette brochure, dit l'auteur, est de définir les limites propres d'action et d'abstention dans la pratique otologique considérée au point de vue du praticien général.

Les corps étrangers de l'oreille sont des accidents fréquents. On les rencontre d'ordinaire chez les enfants, mais on les trouve encore assez souvent chez les adultes, qu'ils aient été introduits par mégarde ou dans le but de calmer un mal d'oreille et tout spécialement un mal de dents.

Enumérer les objets qui entrent dans le méat par accident ou intentionnellement serait impossible. Ils comprennent les objets les plus communs qui sont à la portée, (fèves, pois, boutons, grains de chapelets, papier, chez les enfants ; riz, morceaux de crayons, allumettes, lait, beurre, huile, morceaux de coton, paille, etc, chez les adultes).

Quelle sera la conduite du praticien général dans ces cas ?...

Le malade, ordinairement un enfant, a d'abord subi un traitement domestique des mains de ses parents ou de ses maîtres, à l'aide d'épingle à cheveux, d'allumettes, etc., jusqu'à ce que le corps ait pénétré dans le méat hors de la vue.

Le pauvre enfant est alors conduit, non chez le spécialiste, mais au médecin de famille qui, s'il n'a pas l'expérience nécessaire, s' imagine que c'est une bien petite affaire que d'enlever cela avec des forceps. Il saisit l'objet qui fuit de suite de l'instrument; il répète avec plus de force,

avec le même résultat. L'enfant commence alors à crier et à force d'essais l'oreille saigne. Le docteur conclut alors que « la chose est plus loin » qu'il ne pensait et qu'il ne peut rien faire de plus.

L'enfant terrifié, tout en larmes, est alors amené chez l'oriste, et joue des mains et des pieds pour empêcher toute approche. Il faut ici garder son sangfroid et ne pas se laisser gagner par l'excitation des compagnons de l'enfant pour en arriver à une action trop hâtive. L'enfant doit être fortement tenu, tout spécialement la tête. Il vaut mieux même se servir du sommeil narcotique pour des enfants incontrôlables.

Nous devons maintenant nous assurer au moyen du spéculum et du miroir si le corps étranger est bien *réellement là*, et dans quelle oreille. Souvent les enfants effrayés nous indiquent non pas l'oreille malade, mais celle qui est saine.

Ayant constaté de visu la présence du corps étranger, il est nécessaire de reconnaître à l'aide du probe la consistance et la profondeur de pénétration de l'objet. C'est alors seulement que nous avons le droit de procéder à son extraction. Par quel moyen ?...

Jamais avec le forceps, surtout lorsque ce sont des objets durs et à surface lisse (cailloux, grains de chapelets, boutons, etc.,). Il doit être évident, pour toute personne bien pensante, qu'un corps dur et lisse *ne peut pas être saisi* fermement par les branches de l'instrument, mais qu'au contraire, *il doit glisser* entre ses mors, même dépolis et dentelés, et qu'il sera poussé plus profondément dans le canal.

L'instrument souverain pour presque tous les corps étrangers, en particulier ceux qui n'ont pas été touchés, *est et sera toujours* une seringue ordinaire, d'un usage facile, mais pas trop petite (80-100 c. c. m.) On en obtiendra un bon résultat dans 99 pour cent de tous les cas qui n'auront pas été trop *examinés*. L'oreille, librement tirée en arrière, le bout de la seringue est poussé le long du mur postérieur du méat, et le liquide est injecté avec force et fermement ; la force « vis à tergo » expulse le corps étranger. Si la première injection ne réussit pas, répétez de six à vingt fois. Si l'enfant est incontrôlable il faut l'anesthésier. On doit se servir d'eau chaude bouillie. Il n'est pas besoin d'antiseptiques. On peut se servir d'eau pour tous les objets non hygroscopiques. Pour les corps qui augmentent de volume dans l'eau on peut faire usagé d'alcool, ou de parties égales d'alcool et d'eau ou de glycérine. Cette méthode réussit d'ordinaire à enlever tout

objet. Cependant lorsqu'on s'est convaincu par des essais répétés que la seringue est réellement inefficace, on peut recourir à l'ablation instrumentale.

Ici la narcose est absolument nécessaire chez les enfants, et cela jusqu'à résolution complète; autrement on rencontrera certainement des mouvements réflexes. Avant d'avoir recours à tout instrument nous devons d'abord nous efforcer d'enlever l'objet avec la seringue, sous l'influence des narcotiques, et nous réussissons fréquemment. Mais nous étant convaincus que cela est réellement impossible, nous introduisons un petit levier (probe), ou mieux encore, une petite cuillère par l'espace le plus libre du pourtour du corps étranger, pour parvenir en arrière de celui-ci, et par un mouvement de levier nous l'amé debate sous la vue.

Mais que faire en face de méats qui, par suite de ces manœuvres d'extraction, souffrent d'un gonflement marqué, d'inflammation phlegmoneuse et d'écoulement?

C'est ici que nous ne devons pas nous laisser aller à une intervention hâtive sur les instances des parents. S'il n'y a ni fièvre, ni manifestations générales, nous devons recourir à la seringue et panser avec des solutions antiseptiques, soit de liqueur d'acetate d'alun (diluée aux $\frac{2}{3}$) ou dans les cas de suppuration avec des bandes de gaze imbibées d'alcool. D'ordinaire on atteint son but dans les gonflements et les écoulements modérés avec un simple tampon de gaze sèche. Assez souvent il arrive que le corps étranger rendu plus libre par la suppuration, sort facilement. En tout cas, excepté lorsqu'il y a des symptômes généraux bien marqués, on ne doit entreprendre aucune intervention instrumentale, quand, à raison du gonflement, on ne peut ni sentir ni voir le corps étranger. Les os dénudés du méat peuvent et ont été pris pour des corps étrangers. On doit attendre jusqu'à ce que sur régression du gonflement on obtient une vue directe de l'objet.

Lorsque le malade présente déjà une température élevée avec symptômes d'irritation cérébrale, il faut recourir de suite à l'ablation opératoire par des mains exercées (détacher le pavillon de l'oreille et réséquer partiellement le méat osseux).

Nous ajouterons seulement que les parasites peuvent être enlevés par ces lavages soit avant ou après les avoir tués avec de l'alcool, du chloroforme ou des vapeurs d'éther, (mouches, punaises, petits vers).

Se rapportant aux corps étrangers pour leur ablation, se rencontrent aussi les bouchons de cire extraordinairement communs. Nous ne devrions jamais procéder de suite à l'ablation de ces masses avec un ins-

trument, mais il faut les ramollir par des instillations plusieurs fois par jour pendant un ou deux jours, d'une solution de potasse ou de bicarbonate de soude, 0.1 : 30.0. Le troisième jour on peut enlever le bouchon sans difficulté. Nous devons informer le malade que les instillations aggraveront temporairement la surdité et les bourdonnements. Il va sans dire qu'on ne doit jamais employer l'eau fraîche ou froide pour injecter dans l'oreille dans toute affection de cet organe.

(A suivre)

DR P. V. F.

Clinique des maladies internes à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu

Par le DR D. BROCHU.

Phthisie Pulmonaire et syphilis du poumon.

Les quatre malades que nous avons examinés ensemble, ce matin, dans nos salles, et dont les observations vont vous être soumises, réalisent chacun, sauf quelques variantes, comme vous avez pu vous en convaincre, un syndrome pulmonaire assez identique, celui de la phthisie vulgaire, ou de la tuberculose chronique des poumons à sa troisième période.

Bien que ce syndrome soit incomparablement plus souvent le fait de la tuberculose, il ne faut pas oublier cependant, qu'il peut être également l'aboutissant de processus morbides tout à fait différents, justiciables d'un pronostic et d'un traitement souvent opposés. Et comme le diagnostic pathogénique est la meilleure base d'une thérapeutique sûre et opportune, nous ferons servir les observations de ces différents malades pour mettre en relief devant votre esprit les principaux éléments symptomatiques qui ressortissent à chacun de ces processus : la bronchectasie, la tuberculose et la syphilis broncho-pulmonaire ; et nous en discuterons à la suite l'interprétation et la valeur séméiologique.

Ce syndrome de la phthisie pulmonaire chronique, que l'on rencontre si souvent dans la clinique de l'hôpital, n'a pas toujours le don, comme vous le savez, d'exciter notre intérêt ; et on ne lui accorde le plus souvent qu'un médiocre intérêt vu que pour la plupart des malades réduits à cette extrémité, la thérapeutique, sauf pour les cas assez rares de syphilis sclérogommeuse des poumons, est absolument désespérante. Mais c'est précisément parce que, pour l'une de ces malades dont l'observation nous arrêtera

le plus longtemps, le diagnostic de syphilis pulmonaire a été soutenu ici devant vous, à l'encontre d'un premier diagnostic de phthisie tuberculeuse, qu'il vous sera intéressant de faire une étude d'ensemble de ces malades de notre service dont les manifestations pulmonaires rappellent la phthisie, convaincu que cette discussion controversée ne pourra manquer de vous être très profitable pour vos études dans ce domaine de la pathologie spéciale.

Cette étude clinique sera, d'ailleurs, comme le complément de notre avant dernière leçon, dont le sujet, vous vous le rappelez, était un jeune homme, d'un état de santé et d'une vigueur bien conservés, en apparence, bien qu'il eût déjà franchi la première étape de la tuberculose, ou la période de germination de Grancher, et qu'il vint d'en subir l'un des accidents les plus propres à donner l'éveil, une hémoptysie assez abondante. Ce jeune homme, encore doué de remarquables aptitudes digestives, d'une grande vivacité et plein d'espérance en l'avenir, m'a servi d'exemple pour vous laisser entrevoir les chances d'une guérison complète par un traitement systématique et suivi dans des conditions favorables ; et j'ai profité de cette occasion pour vous montrer, à la suite, les indications et la valeur du traitement hygiénique et diététique de la tuberculose, ou de la thérapeutique systématique par l'*aération continue*, la *sur-alimentation* et le *repos*, qui constituent, aujourd'hui, le trépied de la thérapeutique fondamentale de cette entité morbide, du moins à ses deux premières périodes : la méthode par les agents antibacillaires ou antiseptiques, était releguée, désormais, au second plan.

A peine échappé à son premier accident d'une hémoptysie, ce jeune homme, indemne de toute fièvre, n'ayant d'autre avertissement qu'une toux et une expectoration légères, attendait avec anxiété l'occasion de s'échapper de l'hôpital. J'ai attiré votre attention, au point de vue de la prophylaxie générale de la tuberculose, sur le danger qu'un pareil sujet, porteur de lésions tuberculeuses déjà assez étendues, dans un sommet, pouvait faire courir au public, en reprenant le cours de sa vie sociale ; et j'ai exprimé en même temps le regret que nous n'eussions pas encore dans notre province des sanatoria organisés pour l'isolement et le traitement de cette classe de malades : question d'actualité dans tous les pays de l'Europe, qu'il importe de rappeler à votre attention, messieurs, et à laquelle notre profession ne devra pas rester indifférente dans l'avenir. Je vous ai mis en garde également contre la conviction trop facile d'une guérison certaine, durant les périodes d'accalmie de l'évolution de

la tuberculose, survenant soit sous l'influence d'un traitement systématique, soit spontanément.

Ces périodes d'arrêt dans l'évolution progressive de la maladie portent, d'un côté, le médecin intéressé à proclamer son succès d'une manière hâtive, à se relâcher de la rigueur de ses prescriptions, ou à donner un crédit exagéré à la médication employée, et, de l'autre, donne un prétexte légitime au malade, déjà trop enclin à se faire illusion. comme tous les tuberculeux, à négliger les mesures de la prophylaxie hygiénique : ce qui l'expose, par suite, à propager sa maladie par des matières d'expectoration non indemnes des bacilles de Koch.

J'ai cru devoir appuyer sur la nécessité de la recherche de ces bacilles dans l'expectoration, durant la convalescence, surtout, avant d'affirmer la guérison. Et je vous ai cité plusieurs exemples qui me sont personnels, où cette recherche des bacilles, témoins spécifiques, dans les crachats, chez des sujets tuberculeux améliorés jusqu'au point de faire croire à une guérison assurée, a donné des résultats positifs, même après une année d'accalmie.

D'ailleurs le malade lui-même que nous observions alors, ne justifiait-il pas pleinement ces remarques ? En effet, vous aviez pu constater des signes de l'infiltration tuberculeuse de l'un de ses sommets, au début de la période de ramollissement, et, cependant, vous avez entendu ce même malade non seulement affirmer avec emphase le sentiment de son parfait état de santé, mais rejeter tout soupçon d'atteinte grave de son poumon, et réclamer la liberté de sortir de l'hôpital pour reprendre ses occupations, au risque de propager sa maladie à tout venant.

Vous me pardonnerez cette longue digression pour vous rappeler les enseignements que nous avons fait ressortir de l'étude d'un sujet atteint de la tuberculose à ses débuts, dans notre avant dernière leçon. Il m'a semblé que vous ne pourriez être trop convaincus que nous touchons, ici, à l'un des problèmes les plus graves de la responsabilité du médecin praticien, tant envers ses clients que vis-à-vis la société.

Tout autre sera l'intérêt des observations que nous allons maintenant analyser, et qui nous sont fournies par le comité des élèves chargés de la surveillance et de l'étude des cas de tuberculose dans nos salles durant ce mois. (1)

(1) MM. DeVarannes, J. E. Bolduc, Eug. Dionne.

1ÈRE OBSERVATION. Cette observation est celle d'une femme âgée de 44 ans, qui fut admise à l'hôpital, il y a près de deux ans, pour des troubles pulmonaires avec sécrétions muco purulentes. Cette bronchite suspecte, qui datait de plusieurs mois, avait fait suite à des symptômes fébriles avec dyspnée et douleurs assez vives du côté de la poitrine, mais sans expectoration rouillée ni sanguinolente. Bien que cette malade parut quelque peu anémique, son embonpoint était assez bien conservé, lors de son entrée à l'hôpital. Ses antécédents personnels et héréditaires n'offraient rien de particulier à noter si ce n'est qu'elle a toujours été une personne faible et nerveuse : elle trahit encore un caractère névropathique.

Mais il y trois ans, elle perdit son mari atteint de phthisie tuberculeuse et l'une de ses sœurs succombait à la même maladie, l'année suivante.

Ces derniers commémoratifs qui rappelaient, d'un côté, l'exposition à la contagion et, de l'autre, la faiblesse du terrain, ne pouvaient manquer de créer une première présomption en faveur de l'origine tuberculeuse de ces troubles pulmonaires. Les crachats ont été en outre purulents depuis longtemps et quelquefois d'apparence nummulaires. Cependant l'auscultation ne permet pas de constater des lésions nettement localisées du côté des poumons ; les sommets paraissent indemnes, et la température n'a subi qu'accidentellement de légères variations au-dessus de la normale ; de plus la recherche des bacilles de Kock dans l'expectoration, plusieurs fois répétée depuis, a toujours donné des résultats négatifs, et même encore aujourd'hui, comme il a été permis de le constater par le dernier examen fait en vue de cette leçon. On a pu remarquer, d'un autre côté que, depuis un an, l'état général de cette malade s'est aggravée et qu'elle paraît s'acheminer lentement vers l'état cachectique de la phthisie ; en outre, depuis cette époque, des crachements de sang brusques et de courte durée, sont survenus à différents intervalles, comme pour confirmer les premières présomptions établies par les antécédents de la mort de son mari et de sa sœur, victimes de la tuberculose. Mais nous devons ajouter que cette expectoration purulente, indemne des bacilles tuberculeux, est tardive le matin, et qu'elle nécessite des quintes de toux fatigantes après lesquelles elle est souvent expulsée brusquement et en abondance, par un effort de vomissement, comme dans la bronchoectasie, et que, de même qu'il arrive dans cette maladie, cette expectoration laisse dans la bouche un goût particulièrement fade et nauséabond, en même temps qu'une odeur dont la malade se plaint beaucoup, sans offrir cependant le degré de fétidité que l'on rencontre quelquefois.

L'examen de la poitrine est peu satisfaisant chez cette malade, par suite d'une hyperesthésie inaccoutumée des parois thoraciques que l'on pourrait vraisemblablement rapporter à son état névropathique ; mais cette condition n'en rend pas moins l'appréciation des symptômes objectifs très obscure en paralisant l'expansion des mouvements respiratoires et en servant de prétexte à la malade pour ne pas tolérer les procédés d'examen.

Le diagnostic, dans ce cas, ne semble pas pouvoir être établi d'une manière ferme et précise. La maladie paraît à première vue, réaliser, d'assez près la marche, l'évolution et le syndrome de la tuberculose chronique, mais l'absence des bacilles tuberculeux, après des examens répétés, nous force à rechercher un autre processus morbide susceptible de développer ce syndrome de la phthisie vulgaire.

En dehors de la tuberculose, on pourrait penser à la sclérose pulmonaire avec broncheectasie ou encore à la syphilis sclérogommeuse des poumons. L'absence d'antécédents nets d'infection syphilitique, de stigmates ou de lésions spécifiques actuellement en évolution dans d'autres organes, ne permettent guère de s'arrêter à l'hypothèse de cette dernière maladie.

Il ne nous resterait donc qu'à grouper les signes qui ressortissent à la sclérose broncho-pneumonique ou à la broncheectasie. ceux qui nous sont fournis par cette observation aussi complète qu'elle pouvait l'être avec une telle malade, nous paraissent suffisants pour rattacher plus rationnellement le diagnostic à cette dernière entité morbide.

Mais qu'il me soit permis d'ajouter, pour résumer cette observation, que le diagnostic auquel on s'est arrêté repose principalement sur des signes négatifs : 1° l'absence des bacilles de Koch, principaux témoins de la tuberculose, que l'on doit presque invariablement constater après plusieurs recherches pour affirmer cette maladie, surtout lorsque les hémoptysies ont été répétées et que la suppuration des bronches est déjà prolongée, 2° l'absence d'antécédents nets de syphilis, de stigmates, ou de lésions actuellement en évolution dans d'autres organes, qui seuls peuvent permettre d'affirmer d'une manière ferme la syphilis pulmonaire.

Les caractères de l'expectoration, particulièrement fade et nauséabonde, et survenant brusquement en notable quantité après des efforts de toux et de vomissement comme dans les vomiques, établissait, il est vrai, une présomption assez nette en faveur de la broncheectasie ; mais tous ces signes, de même que le siège des localisations ou la forme des dilatations bronchiques peuvent se rencontrer également dans les broncho-pneumo-

nies tuberculeuses, et même syphilitiques. La prédominance des signes caverneux au sommet des poumons, dans la tuberculose, et vers le hile, dans la syphilis, ne peut pas servir non plus à établir la distinction entre ces processus morbides et la bronchectasie parce que les dilatations broncho-pneumoniques peuvent se rencontrer aussi bien à ces foyers particuliers que vers les bases ; elles peuvent être limitées à un seul côté, ou être diffuses dans les deux poumons. Il en est de même des hémoptyses qui, généralement plus précoces dans la tuberculose peuvent se rencontrer à tous les périodes de la syphilis et de la bronchectasie.

L'étiologie de la bronchectasie est très variée comme l'indiquent les nombreuses théories émises pour en expliquer la pathogénie : elle relève souvent de causes appréciables, d'autrefois, l'origine en est obscure. On admet généralement que le processus pathogénique, quel que soit l'infection, débute par la bronche ; il s'étend ensuite autour de la bronche et gagne le tissu pulmonaire voisin et crée de la sorte une sclérose pulmonaire systématique. (Dieulafoy.)

Le pronostic de la sclérose pulmonaire ou de la bronchectasie ne diffère que peu, dans l'ensemble, de celui de la tuberculose chronique à forme scléro-fibreuse : les infections secondaires, parmi lesquelles il faut compter la tuberculose elle-même, les auto-intoxications par les sécrétions morbides retenues dans les bronches, et l'influence sur la nutrition de la diminution du champ de la respiration finissent presque toujours, à plus ou moins longue échéance, par ramener cet état morbide au syndrome de la phthisie vulgaire. Mais les rapports qui en découlent au point de vue de la prophylaxie hygiénique et du danger de la propagation de la même maladie sont tout opposés ; toutes différentes, également, sont les responsabilités qu'ils imposent par suite et au médecin et au patient.

2ème OBSERVATION. Le 2ème cas dont nous avons fait l'examen au lit 63 est celui d'une femme âgée de 34 ans, admise récemment à l'hôpital ; elle dit avoir joui d'une bonne santé jusqu'en mars dernier, où elle fut prise de toux, puis de fièvre avec dyspnée et affaiblissement progressif. Elle ne révèle aucun antécédent morbide si ce n'est deux fausses couches, entre deux et trois mois, il y a huit ans, suivies de quatre grossesses à terme avec enfants bien portants ; comme antécédent héréditaire, sa mère et une sœur sont mortes de phthisie, cette dernière à l'âge de trente-deux ans.

L'examen fait constater, en avant, les signes d'une caverne avec gargouillement vers les 2ème et 3ème espaces intercostaux du côté gauche ; l'auscultation, en arrière, laisse entendre au sommet du même

côté, une respiration rude avec crépitation dans la fosse sus-épineuse, et, un souffle à timbre creux, auquel se mêlent parfois des grosses bulles, dans la région interscapulaire gauche. Les crachats sont purulents, la dyspnée intense au moindre mouvement, et, chaque jour est marqué par un accès de fièvre hectique avec transpirations abondantes. Bref cette malade de souche tuberculeuse, paraît présenter les signes ordinaires d'une infiltration caséuse aiguë, à la période de caverne, et qui laisse peu d'espoir pour un traitement systématique et pour la guérison. En recherchant les commémoratifs on n'a pu rappeler aucun antécédent, aucun stigmate, aucune autre lésion en évolution de la syphilis.

De cette observation, messieurs, je ne signalerai particulièrement à votre attention que deux éléments, qui nous serviront comme corollaires à une autre observation que nous discuterons plus au long : ce sont les antécédents de deux fausses couches, et la localisation des principaux signes physiques vers le hile du poumon (souffle à timbre creux à la région interscapulaire et caverne avec gargouillement sous le 2e et 3e espace intercostaux en avant,) signes qui comme nous le verrons, sont de nature à éveiller le soupçon d'une pneumopathie syphilitique.

Mais comme l'interprétation et la valeur sémiologique de ces signes seront discutés dans une autre observation, disons, de suite, pour justifier notre diagnostic, que, dans ce cas comme dans le premier, l'absence de tout antécédent, de tout stigmate, ou de toute autre lésion en évolution de la syphilis, de même la période peu avancée des accidents des fausses couches, éloignaient sûrement le premier soupçon de maladie spécifique et ne pouvaient faire hésiter à formuler le diagnostic indiqué nettement par d'autres signes positifs de la tuberculose.

(A suivre)

Traitement du goître exophtalmique par le sulfate de Quinine.

(Gaz. Hebdo. de Méd. et de Chir.)

D'après M. le Dr Paulesco la thérapeutique du goître exophtalmique possède un médicament remarquable par son action vaso constrictive sur les vaisseaux du cou et de la tête : c'est le *sulfate de quinine*.

M. Paulesco a eu l'idée d'administrer ce médicament dans trois cas avec résultats très satisfaisants.

Sous l'influence de ce médicament administré à faible dose, journallement et pendant longtemps, on voit peu à peu diminuer les phénomènes de vaso-dilatation des vaisseaux du cou et de la tête. Les premiers troubles sur lesquels l'action du remède se fait sentir d'une façon rapide et vraiment merveilleuse, sont : *l'énervement*, les *cauchemars* et surtout la *toux sèche et quinteuse*, provoquée par un pfcotement au niveau du larynx et de la trachée. Les malades qui ont, en outre, la nuit, des accès de suffocations, voient ce trouble diminuer et finir par disparaître.

La tachycardie est aussi un des premiers symptômes atténués par ce traitement.

Peu à peu, et seulement à la longue, l'exophthalmie diminue ; puis le goût. lui aussi diminue et peut même disparaître si l'affection est récente.

Nous administrons, dit M. Paulesco, le sulfate de quinine chez les basedowiens à la dose de un gramme, pris au repas du soir en 2 fois, à un quart d'heure d'intervalle.

Suivant les indications du moment, le médecin pourra, il va sans dire, augmenter ou diminuer la dose.

Traitement des vomissements nerveux.

La Therapeutische Monatshefte se basant sur l'hypothèse que le vomissement des hystériques et des neurasthéniques résulte probablement d'une hyperesthésie de la muqueuse stomacale, le Dr Richter croit qu'on peut arriver à les supprimer (ces vomissements) en diminuant systématiquement la sensibilité de l'organe.

Voici comment il procède :

A une malade de 32 ans qui depuis 4 ans avait des vomissements hystériques, sans doute, M. Richter appliqua d'abord le traitement électrique sans aucun résultat.

Les douches, les lavages de l'estomac ne donnant pas de meilleurs résultats, il eut recours alors au *massage direct de la muqueuse stomacale*. Introduisant une sonde œsophagienne dans l'estomac, il la conduisit jusqu'au moment où la résistance indiqua la paroi inférieure stomacale. Pendant quelques minutes, alors, il imprima à la sonde de petits mouvements de bas en haut et de haut en bas, de façon à habituer la muqueuse à cet attouchement. Trois jours après, ce tapotement fut recommencé, puis les règles de la malade survenant, le traitement fut suspendu pendant 5 jours. On ne constata aucun vomissement pendant toute la période où fut pratiqué le

massage que l'on recommença tous les jours pendant une semaine et tous les 2 jours pendant la quinzaine qui suivit. Les vomissements cessèrent et ne se reproduisirent plus depuis. En dehors de ce traitement, la malade ne suivait aucun régime.

L'auteur conseille donc le *massage de la muqueuse stomacale* dans tous les cas où l'on désire se rendre maître de vomissements nerveux qui se sont montrés rebelles à tout autre traitement.

Ce *massage*, bien qu'absolument inoffensif, semble moins indiqué dans les vomissements incoercibles de la grossesse et dans les vomissements des tabétiques, l'introduction de la sonde pouvant amener des inconvénients sérieux.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

(Clinique thérapeutique par GASTON LYONS, ancien chef de clinique, à Paris.)

En abordant l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire, nous ne pouvons nous dispenser de constater que les découvertes de Villemin et de Koch n'ont pas été le point de départ d'une rénovation de ce traitement; c'est en vain que l'on a fait appel aux divers agents réputés bacillicides; tous les essais de bactériothérapie ont été honés, et le même sort a été réservé à la tuberculine de Koch, dont il ne se a pas question ici, puisque nous n'avons pas à faire l'historique des innombrables médications qui ont tour à tour, été proposées puis abandonnées. Est-ce à dire cependant que l'on ait réalisé aucun progrès dans le traitement de la tuberculose! Pareille affirmation serait contraire à notre sentiment. Nous croyons, au contraire, que l'on soigne mieux les phthisiques, parce que l'on attache maintenant, avec raison, une bien plus grande importance aux moyens hygiéniques, à l'alimentation, à la pérothérapie, qu'aux moyens médicamenteux proprement dits; d'autre part, la prophylaxie de la tuberculose n'est plus un vain mot depuis que la notion de contagion a pris corps et que l'on s'est rendu compte de l'imminent danger que fait courir la dissémination au loin des germes infectieux. Certes il reste beaucoup à faire pour réaliser la prophylaxie de cette maladie, qu'il est impossible d'entreprendre efficacement dans les grandes agglomérations d'hommes, dans les cités; mais on peut du moins préserver l'entourage des malades, de la contagion; on peut, dans certains

cas, détruire les foyers d'infection et, de ce chef, la théorie de la nature infectueuse de la maladie a reçu une consécration pratique, dont on ne saurait nier l'importance.

La tuberculose peut guérir sous l'influence combinée des moyens que nous examinerons plus loin : elle est d'ailleurs curable spontanément. Laënnec croyait à la curabilité de la tuberculose ; cette opinion, qui laissait des incrédules, reçut confirmation, lorsque les médecins des hospices montrèrent la fréquence des tubercules crétacés rencontrés aux autopsies de vieillards.

Le nombre est grand des prétendues bronchites « a frigore » ou des embarras gastriques fébriles qui guérissent et qui ne sont autres que des tuberculoses commençantes. Oui, la tuberculose est curable, dans toutes ses formes, aiguës ou chroniques, sinon à toutes ses périodes.

C'est là une conviction dont le médecin doit être pénétré pour pouvoir la faire partager à ses malades et leur inspirer une confiance salutaire.

Si la tuberculose guérit néanmoins trop rarement, la cause de la mortalité réside principalement dans les conditions sociales de l'existence, dans l'impossibilité où se trouve l'immense majorité des malades d'abandonner leur domicile et leur profession pour se consacrer uniquement au rétablissement de leur santé. Le nombre des tuberculeux diminuera d'autant que le bien-être sera plus également réparti.

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE.

La prophylaxie de la tuberculose ne consiste pas uniquement à empêcher la dissémination du bacille de Koch, et à poursuivre sa destruction ; elle consiste encore à prévenir les causes qui favorisent sa greffe sur l'organisme.

Ces causes sont malheureusement trop nombreuses et quelques-unes sont inaccessibles au traitement préventif.

On ne peut empêcher que certaines maladies aiguës prédisposent à la contagion de la tuberculose ; on sait combien fréquemment survient celle-ci à la suite de la coqueluche, de la grippe, de la rougeole. Encore y a-t-il quelques restrictions à faire au sujet du rôle attribué à ces maladies ; peut-être ne favorisent-elles pas la contagion, mais sont-elles seulement capables de donner un coup de fouet à des tuberculoses latentes.

Quoi qu'il en soit, la convalescence de ces maladies devra s'appliquer : d'une part, à éviter aux convalescents les chances de contagion ; d'autre part, à parfaire la guérison à l'aide de tous les moyens de la médication reconstituante.

On ne peut empêcher non plus que certaines maladies chroniques comme le diabète se compliquent de tuberculose ; mais ce que l'on peut tenter dans une certaine mesure, c'est de combattre l'alcoolisme et toutes les causes de débilitation qui jouent un rôle effectif si considérable dans la prédisposition à la phthisie

M. Lancereaux professe que la plupart des alcooliques succombent à la tuberculose ; c'est là une opinion parfaitement exacte, partagée par de nombreux médecins ; tout ce que l'on peut accorder à ceux qui émettraient des doutes à cet égard, c'est qu'à l'alcoolisme s'ajoutent le plus souvent d'autres causes débilitantes. D'ailleurs, l'alcoolisme peut être en cause indirectement ; plus l'ouvrier boit, moins il garde de ressources pour se loger, se nourrir, se vêtir. Nous n'insistons pas davantage sur les mesures préventives concernant l'alcoolisme, la misère, car il est plus facile d'indiquer leur rôle que de supprimer ces causes prédisposantes.

En résumé, tout ce qui met l'organisme dans une condition d'infériorité marquée, qu'il s'agisse d'une cause intrinsèque à l'homme ou d'une cause extrinsèque, constitue « ipso facto » une prédisposition à la tuberculose.

Il est une autre cause prédisposante qui n'est ni extérieure, ni personnelle au malade, mais qui lui vient d'héritage, c'est la tuberculose des parents. On peut hériter du bacille ; le fait est rare, mais il est prouvé par des autopsies récentes (Birch-Firshfeld) ; le plus souvent on hérite d'un terrain, c'est à dire que les tissus et les humeurs d'un fils de tuberculeux sont éminemment favorables à la pullulation bacillaire. On ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable, d'où la conclusion qu'il faut tout mettre en œuvre pour rendre le sujet tuberculisable réfractaire à l'infection bacillaire : nous verrons plus loin quels sont les moyens à employer, quand nous traiterons de la scrofulo-tuberculose infantile.

Examinons auparavant comment on peut combattre les dangers de la contagion. La notion de la contagion de la tuberculose n'est pas récente, puisque Morton, Morgagni, Valsalva croyaient la tuberculose transmissible ; mais cette notion se perdit et ce n'est que lors des recherches de Villemin en 1865 que la contagion de la tuberculose fut démontré scientifiquement.

Le bacille de Koch peut s'introduire dans l'économie par les voies aériennes, par les voies digestives, exceptionnellement par la voie cutanée.

La contagion par les voies aériennes s'effectue exclusivement par l'intermédiaire des poussières provenant des crachats desséchés ; c'est uniquement dans les crachats que réside le danger de la cohabitation avec un

phthisique, car l'air expiré n'est nullement dangereux : l'innocuité de l'air expiré a été démontré par Tappeiner, par Charrin, Karth, Cadéane et Mallet, etc.

Les bacilles contenus dans les poussières se répandent partout, sur les meubles, sur les vêtements ; ils se logent dans les interstices des parquets et deviennent une source permanente de contagion, car leur virulence se maintient pendant un temps indéterminé.

Nous n'avons pas à insister ici sur les innombrables expériences qui, depuis Villemin, ont été faites pour démontrer la transmission de la tuberculose par les voies aériennes, non plus que sur celles qui ont mis en lumière le mode de contagion de la tuberculose par le lait provenant des vaches tuberculeuses ou par la viande d'animaux tuberculeux. A Paris, plus d'un cinquième des enfants âgés de moins de deux ans meurt tuberculeux ; l'infection par le lait entre pour une large part dans la propagation de la tuberculose infantile.

Pour éviter la transmission de la tuberculose par la viande, il suffit de porter le degré de cuisson jusqu'à la température de l'ébullition.

Si l'on prescrit de la viande crue aux dyspeptiques, il faut recommander de se servir exclusivement de la partie musculaire proprement dite ; il faut aussi combattre cette absurde habitude qu'ont certaines personnes d'aller boire du sang frais aux abattoirs, dans le but problématique de se fortifier, car la vache la plus saine en apparence peut être atteinte de pommelière.

En ce qui concerne le lait, la seule garantie contre l'infection est l'ébullition, ou bien la stérilisation à 85 degrés ; d'après MM. Granger et Ledoux Lebard, la virulence des bacilles serait détruite en une minute à 70 degrés ; toutefois si la stérilisation neutralise sûrement les germes pathogènes des entérites, il n'est pas encore prouvé d'une façon certaine qu'elle mette à l'abri de l'infection tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, ébullition, stérilisation s'imposent lorsqu'on fait usage d'un lait dont on ignore la provenance. Il ne faut pas croire, en effet, que le fait de boire toujours du lait provenant de la même vache, saine en apparence, donne une sécurité absolue ; une vache peut avoir tous les dehors d'une santé parfaite, et cependant être tuberculeuse ; d'autre part, le lait d'une vache n'ayant qu'une tuberculose localisée, et indemne de tuberculose mammaire, peut être cependant virulent.

Une mère tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant ; non seulement l'allaitement est une cause puissante de débilitation pour elle, mais il peut être encore l'origine de l'infection de l'enfant.

S'il est relativement facile de se préserver de l'infection de cause alimentaire, le problème se complique lorsqu'il s'agit de combattre l'infection par les poussières ou par les objets ayant appartenu aux phthisiques.

Le phthisique doit *expectorer dans un crachoir*, s'il est alité ou s'il garde la chambre; dans une large bouteille à large goulot munie d'une fermeture métallique, s'il se trouve au dehors. On doit lui interdire de la façon la plus expresse de cracher dans un mouchoir, car le mouchoir qui traîne sur le lit, sur les meubles, qui est munié par plusieurs personnes, est un des agents les plus actifs de la transmission des bacilles.

Le meilleur crachoir est le crachoir en verre ou en porcelaine, muni d'un couvercle mobile et rempli d'une solution de sublimé au 1000e (additionnée de 20 grammes de chlorure de sodium, d'acide phénique à 5 pour 100 ou de solution commerciale de formol (5 grammes dans un litre d'eau) ou encore d'eau de Javelle commerciale (100 grammes pour un litre d'eau). On le vide dans les lieux d'aisances (et non sur les évier de cuisine) et on le plonge ensuite dans l'eau bouillante additionnée d'un peu de carbonate de soude pendant quelques minutes.

Tous les *objets* tels que verres, fourchettes, couteaux, dont le phthisique se sert, doivent être également stérilisés par l'eau bouillante, ainsi que les linges; on peut aussi tremper ceux-ci dans l'eau de Javelle étendue de 20 fois son volume d'eau chaude.

Le bacille se trouve encore dans les *déjections* des phthisiques, qui présentent si souvent des lésions intestinales de nature bacillaire; celles-ci seront donc désinfectées, c'est-à-dire reçues dans des vases renfermant au préalable une solution de sublimé ou de sulfate de cuivre.

Si ces différentes mesures prophylactiques étaient observées par les malades et par leur entourage, on pourrait concevoir, sans trop de présomption, l'espérance de voir un jour la tuberculose diminuer progressivement de fréquence; mais pour un malade qui se soumet de bonne grâce à cette sujétion de tous les instants, combien de milliers d'autres, par insouciance ou ignorance, s'affranchissent de toute contrainte et disséminent à tout moment sur le sol des milliers de bacilles.

Les soins de la bouche ne doivent pas être négligés, car les lèvres, les moustaches sont souvent souillées par des crachats qui peuvent transmettre la tuberculose aux personnes embrassées par le malade. D'ailleurs, c'est là une mesure utile au malade lui-même, puisqu'elle peut le préserver de l'infection secondaire de la cavité buccale; on lui recommandera donc des

lavages fréquents de la bouche avec l'une des solutions antiseptiques que nous avons indiquées.

Pour la *désinfection des mains*, on se sert d'une solution de sublimé au millième, dont devra faire usage toute personne appelée à donner des soins au phthisique.

Quant à la *désinfection des locaux*, elle s'impose après décès, et devrait être rendue obligatoire.

Pendant la vie du malade, le meilleur moyen de prévenir la contagion pour les personnes de l'entourage, est d'aérer fréquemment la chambre et d'y faire pénétrer largement la lumière. Les tapis doivent être, autant que possible, supprimés, mais il est difficile d'y faire renoncer les malades de la classe aisée.

Après décès, les tapis, les rideaux, la literie, le linge doivent être envoyés à l'étuve de désinfection. On fait laver le plancher et les murs à l'eau savonneuse, puis avec une solution de sublimé, avec la solution de formol commerciale à 15 grammes par litre d'eau, avec la solution de chlorure de chaux indiquée par Chamberland et Fernbach (100 grammes de chlorure de chaux de commerce mélangés à 1260 grammes d'eau, puis dilués après filtration, au dixième). Quand la nature des objets à désinfecter exige l'emploi de précautions, aux lavages on substitue les pulvérisations sublimé. Le blanchiment à la chaux est absolument insuffisant pour détruire les germes; en 1889, de Giaxa a étalé des crachats sur un mur, puis, après leur dessiccation et deux badigeonnages à la chaux, a pu inoculer la tuberculose aux cobayes avec l'eau du lavage.

LE BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

RÉDIGÉ EN COLLABORATION

QUÉBEC, NOVEMBRE 1899.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉCIPROCITÉ INTERPROVINCIALE.

L'idée de la création d'un bureau central, qui donnerait, après qualifications, le droit de pratiquer la médecine dans toute la puissance du Canada, vient tout droit d'Ontario. C'est là qu'elle a germé, qu'elle a été nourrie, et ce n'est que plus tard, après le refus d'Ontario de s'entendre avec les autres provinces, pour discuter la réciprocité provinciale des diplômes, que quelques médecins anglais de notre province, sont entrés de plein pied dans le mouvement fédéraliste, et actuellement apostillent l'adoption d'une loi de réciprocité générale.

Ce n'est certes pas une question insignifiante, ni un projet exempt de tout danger pour les professionnels de notre province.

Tous les médecins dans cette province, qui s'intéressent aux choses médicales, ont à cœur de voir s'accroître encore le progrès médical effectué depuis quelques 10 ans, en exigeant des qualifications sérieuses pour l'aspirant à l'étude, et une science parfaite, variée et moderne, pour l'étudiant qui postule le droit d'exercer l'art médical.

Qu'allons-nous gagner avec le pacte fédéral? qu'allions-nous gagner, au point de vue de la qualification de l'élève et du relèvement des études médicales?

Il ne faut pas oublier que les promoteurs du débat étaient d'Ontario, et que l'esprit anglais avait toujours caressé l'idée d'un fédéralisme médical, dont le programme serait calqué sur celui d'Ontario.

Les mêmes hommes aujourd'hui défendent le projet Roddick, les mêmes qui ont toujours refusé une réciprocité provinciale, du moment qu'on ne voulait pas se plier à leurs exigences, qui étaient l'adoption, et pour l'admission

à l'étude et pour la pratique, du curriculum en force dans leur province. Ils ne se gênaient pas alors, pour dire que leur programme était de *beaucoup supérieur* au nôtre, et que nous devons nous rehausser à leur niveau. C'était insultant pour nous, mais il paraît que les protestations n'étaient pas de saison.

En 1893 le rapport présenté au bureau médical d'Ontario sur la question de réciprocité disait très clairement " qu'il fallait créer un bureau central d'examen, et que le niveau des études devait être relevé, pour être mis sur un même pied, tel que le voulait le programme d'Ontario qui devait servir de base.

C'est clair, simple, et précis.

Ontario entendait conduire alors, et aujourd'hui, elle se croit sûr du succès dans le bureau fédéral, où il y aura 3 représentants de la province française, pour lutter contre autant d'anglais, délégués de chacune des autres provinces du Dominion.

La prétendue race supérieure va avoir beau jeu.

Le désir de tout diriger, est tellement entré dans l'esprit des médecins d'Ontario, qu'on a vu, à la dernière réunion de la *Canadian Medical Association*, l'un des esprits dirigeants à Ontario, réclamer pour le bureau central, la représentation provinciale basée sur la population.

Sommes-nous disposés, nous médecins de la seule province Canadienne Française, à nous laisser imposer sous le fallacieux prétexte de conserver la bonne entente et autres salamalecs officiels, le programme en force dans Ontario, des concessions opposées au progrès déjà effectué, à rétrograder vers le passé vicillot et démodé ? Pour ma part je n'en suis pas, et je le dis, sans détour, nous n'avons rien à gagner avec le pacte fédéral et beaucoup à perdre.

Jusqu'à aujourd'hui, la réprocité provinciale a échoué, parce qu'Ontario voulait nous imposer son programme, et refusait le nôtre, sous l'injurieux prétexte d'infériorité.

Il est temps de s'expliquer une fois pour tout, et de mettre les choses en leur lieu et place. Il y a assez longtemps qu'on nous jette à la figure notre prétendue ignorance, et qu'on vante l'excellence des études médicales dans Ontario, aujourd'hui que la question est ouverte, nous allons montrer pourquoi nous avons tout à perdre de nous amalgamer avec l'intransigeante Ontario, pourquoi Ontario nous accuse d'infériorité pour mieux

cachez, par des balourdises gravement émises et complaisamment publiées dans les journaux à notre adresse, l'infériorité frappante de ses études tant préparatoires que médicales.

Il faut de la mauvaise foi ou de l'ignorance pour oser prétendre, avec l'incommensurable suffisance que l'on connaît, que le niveau médical est supérieur dans Ontario à celui de la province de Québec. Et sait-on sur quoi l'on se base pour prétendre une pareille énormité ? sur le fait qu'on exige cinq années d'études médicales dans Ontario et qu'ici, on n'en exige que quatre. La belle affaire ! Les chiffres, c'est un peu comme les statistiques, c'est éloquent de loin, mais ça perd de sa valeur quand on veut bien y regarder de près.

La loi médicale dans Ontario exige 5 années d'études : mais entendons-nous bien ; 5 années de 6 mois, ce qui fait 30 mois d'études, tandis que dans notre province si inférieure, si ignorante, où l'on fait moins de tapage, moins de démonstrations, on oblige 4 années de 9 mois, ce qui fait 36 mois.

Ainsi, pas n'est besoin de faire tant de bruit sur un simple chiffre, vu que les 5 années d'Ontario ne sont pas équivalentes en heures de travail à nos 4, si substantiellement remplies.

Il y a mieux que cela. Tous les étudiants ne sont pas astreints à 5 années d'études dans la province Ontario. Les bacheliers ès-arts et ès-sciences de toute Université reconnue par le conseil, qui ont étudié *une année, la physique, la chimie et la biologie*, ne sont tenus qu'à 3 années à l'école de médecine, plus l'année réglementaire d'assistance aux cliniques. Nos élèves bacheliers ès-arts, ès-sciences et ès-lettres ont fort bien étudié et passé des examens sérieux sur la physique, la chimie, la philosophie, astronomie, botanique, géologie, minéralogie, zoologie, mathématique et doivent tout de même faire leur quatre années d'études, vu qu'il ne vient pas à l'esprit de qui que ce soit que l'étude de la physique, chimie et biologie, dispense étudiant en médecine d'apprendre l'anatomie, la physiologie, etc., dans sa première année de médecine.

Voilà donc des élèves qui n'étudient la médecine proprement dite, que 4 années de six mois, alors que nos élèves avec des degrés de même nom un mais *ad valorem* supérieurs, travaillent 4 années de 9 mois.

Il faudrait être aveugle pour ne pas constater une notable supériorité en faveur de nos élèves.

Il y a encore mieux que cela :

Comptons le nombre d'heures de travail, tels que prescrit par *The College of physicians and surgeons* et faisons une comparaison avec ce qui est exigible

par notre bureau provincial, et l'on restera surpris de constater quelle formidable dégringolade l'on ferait, si on se laissait imposer le curriculum de la savante Ontario:

	BUREAU D'ONTARIO	BUREAU DE QUÉBEC	UNIVERSITÉ LAVAL, QUÉBEC.
Anatomie.....	400	240	240
" pratique.....	400	240	300
Physiologie avec Histologie.....	400	120	160
Chimie théorique.....	400	240	240
Matière médicale et thérapeutique.....	400	240	240
Pathologie interne.....	400	240	240
" externe.....	400	240	240
Accouchements et maladies des femmes..	400	240	240
Cliniques médicales.....	200	240	280
" chirurgicales.....	200	240	280
Toxicologie et médecine légale.....	50	120	120
Pathologie générale.....	0	120	160
		Médecine opératoire	
Anatomie médicale, chirurgicale. Topo- graphique.....	50	} Obligatoire mais nombre de leçons indé terminé. 80	
Maladie des enfants.....	50	} Obligatoire mais non dé terminé 30	
Chimie pratique.....	50	0 Obligatoire
Hygiène.....	20	60 120
Pharmacie pratique.....	25	0 Libre
Maladies mentales et nerveuses.....	10	} Obligatoire mais nombre de leçons indé terminé. 60	
Histologie.....	50	25 60
Maladies des yeux et des oreilles.....	0	} Obligatoire	
Laryngologie, rhinologie.....	0	} mais nombre de leçons non	
Bactériologie..... Cours spéciaux..	0	déterminé..	} non déter.
Total.....	1510	2605	3200

Plus nombre de cours
obligatoires mais à nombre de
leçons indéterminé.

Par ce tableau très suggestif, on peut se convaincre, que le Bureau Médical d'Ontario exige infiniment moins de travail, et partant moins de connaissances que ne le veut notre Bureau provincial, et de plus nombre de cours spéciaux sont obligatoires ici, tandis que de l'autre côté de l'Ottawa, on a omis d'en faire mention. Je me suis permis aussi de mettre en regard des exigences du Bureau d'Ontario, le programme si substantiel que les médecins de Laval de Québec remplissent en 4 années d'études. Le résultat comparatif est trop extraordinaire pour ne pas être drôle. Dans Ontario avec les 5 années d'études médicales, on n'exige que **1540** heures de cours, à Québec, le bureau en demande **2605**. Comparez ! comment, voilà des gens qui veulent nous imposer leur programme — et ils y arriveront si nous n'y prenons pas garde — sous le fallacieux prétexte qu'ils sont à la tête de la science médicale au Canada, alors que leur curriculum prouve jusqu'à l'évidence qu'ils sont 20 ans en arrière ! Nous nous laisserions dépouiller, nous permettrions à notre bureau, de détruire, par un trait de plume, le progrès accompli depuis une dizaine d'années, de nous faire rétrograder, et cela, sous prétexte de bon vouloir, pour faire plaisir à des gens qui ne se gênent pas pour nous mépriser, sans même nous connaître, afin d'en arriver au fédéralisme avec son programme maigre, retardataire, presque fossile ! Quand comprendra-t-on une fois pour tout, qu'il est archi-ridicule de s'incliner de confiance devant des enseignes multicolores qui abritent des médiocrités ! Quand donc le médecin canadien, comprendra-t-il, qu'il n'a rien à envier à ses confrères des autres provinces et qu'il est de son devoir de respecter sa dignité, son honneur et ses connaissances qui sont les caractéristiques de sa race !

Sait-on pourquoi on demande 5 années d'études dans Ontario ? Dans les *High Schools* on est bombardé bachelier à 16-17 ans, et comme on ne peut pas être reçu médecin avant 21 ans, il faut bien faire un stage.

Mais cette 5ème année obligatoire dans Ontario, est fort curieusement remplie. Ecoutez : 6 mois peuvent être employés à suivre un hôpital, dispensaire, laboratoire, dans ce pays ou ailleurs, et les 6 autres, chez un *Patron*. Travailler sous un patron ! Comprend-on qu'on accepte encore une pareille fumisterie ! Il y a beau temps qu'on s'est convaincu ici, de la somme de connaissances cliniques qu'un *clerc* pouvait acquérir sous un patron.

La clinique, n'est-il pas vrai, c'est l'examen des malades sous la direction d'un professeur, l'étude de l'évolution des symptômes, et la surveillance de l'action de la médication.

Où a-t-on vu, qu'un Patron, fut-il un professeur né, pouvait réellement immiscer ses clercs, à sa clientèle privée, d'une manière aussi profitable qu'à l'Hôpital ? Le rôle de clerc consistait autrefois à rouler des pilules, à préparer des drogues, en définitive à faire l'étudiant en pharmacie. Était-il en position d'apprendre la science du diagnostic qui est la base de la médecine ? Cela ne se discute pas tant c'est absurde. Aussi il y a longtemps que dans notre province, le progrès a fait disparaître ce qui pouvait avoir un peu d'actualité il y a 25 ans. Pourtant, cette vieilleries existe encore à Ontario et messieurs les étudiants en médecine vont encore tenir les livres et rouler des pilules pour leur patron.

Il y a un autre fait bien curieux à relever dans les règlements du Bureau de Médecine d'Ontario. Le Bureau a la sollicitude de recommander aux élèves les livres dans lesquels ils pourront puiser les connaissances nécessaires pour répondre aux examens sans doute. Que l'on jette un coup d'œil sur la longue liste d'auteurs recommandés, et on restera surpris de ne rencontrer, aucuns maîtres Français, Allemands, Autrichiens, Suisses, Belges, Italiens, Russes. Rien que des Anglais et des Américains. Méconnus, ignorés, les Charcot, Bouchard, Guyon, Huchard, Tarnier, Leyden, Bergman, Martin, Trendelenburg, Tiliaux, Kœnig, Kocher, Olier, Roux, Reverdin, Bacelli, Jacobs, Volkman, Dieulafoy, Albert, Sangle, Segon, etc., etc., etc. Dans notre province, si arriérée, paraît il, on n'est pas si exclusif, on rend à César ce qui appartient à César, et les maîtres incontestés de la science médicale à quelque pays qu'ils appartiennent, sont conseillés aux étudiants, car l'on sait que la science n'habite pas seulement les bords de la Tamise, de l'Hudson ou du Potomac, mais qu'elle doit être cherchée à sa source, partout où une intelligence d'élite a contribué à de nouvelles acquisitions, en définitive, qu'elle n'a pas de nationalité.

S'il y a une infériorité manifeste, dans les études médicales telles qu'exigées par le Bureau Médical d'Ontario, une infériorité équivalente, dans la somme de connaissances qu'il faut établir pour avoir le droit au titre d'étudiant en médecine, est aussi évidente.

Le desideratum, n'est-il pas vrai, c'est que l'élève qui se présente à l'enseignement supérieur, ait fait un cours d'étude complet. C'est dans cette direction que le bureau de la province de Québec a toujours marché. Les bacheliers, ici, doivent faire un cours d'étude complet, tant littéraire que scientifique, et conserver les $\frac{2}{3}$ des points, dans l'une des deux parties de l'examen (littéraire ou scientifique) et le $\frac{1}{3}$ au moins dans l'autre. ils sont obligés d'étudier toutes les sciences y compris la philosophie, astronomie,

botanique et zoologie (biologie des collèges anglais) chimie, mathématiques, minéralogie, géologie, et ne sortent du collège qu'après 18 ans, et la plupart du temps à 19, 20, 21 ans.

Le Bureau provincial de Médecine, demande à peu près les mêmes matières, moins les petites sciences, mais en revanche il exige la $\frac{1}{2}$ des points à conserver.

Est-on aussi exigeant dans Ontario pour admettre un élève à l'étude de la médecine ? Demande-t-on l'équivalence comme qualification ? Certainement non. Les bacheliers ès arts et ès sciences d'abord, sont regardés comme des sujets tellement extraordinaires que le bureau de médecine, gracieusement les dispense d'une année de médecine. Et sait-on pourquoi ils sont si bénévolement traités ? parcequ'ils ont étudié durant une année scolaire, la chimie, la physique, la biologie (zoologie et botanique.) !

Nos bacheliers doivent étudier toutes ces sciences et pendant une année ; ils ont en outre sérieusement appris les sciences telles que : chimie, astronomie, mathématiques, géologie, minéralogie, botanique, zoologie et en plus, pendant deux grandes années, la philosophie intellectuelle et morale que messieurs les bacheliers d'Ontario n'ont même pas aperçue, et l'on trouve cela, tout naturel ici.

Voilà des bacheliers ès-arts et ès-sciences qui ignorent, totalement, l'art de raisonner, qui ne sauront jamais ce que c'est qu'une synthèse, une analyse, qui de plus, ne se sont jamais formé le jugement et l'intelligence aux choses abstraites, qui, en définitive, continueront, comme la majeure partie de leurs devanciers, à additionner des faits, plus ou moins disparates, sans jamais pouvoir, d'une façon acceptable, en tirer des considérations générales ; et on appelle cela des savants extraordinaires, alors qu'ils ne correspondent même pas, aux médiocrités laborieuses, sorties de nos collèges classiques.

Que l'on regarde maintenant le " vulgum pecus, " l'immense majorité de ceux dont le diplôme ouvre, avec les honnes grâces du bureau, les portes de la faculté de médecine, et on reste ébahi du peu de connaissances, du mince bagage scientifique, qu'il faut apporter pour être jugé digne d'aspirer au titre de Docteur en médecine.

Ouvrez *The University of Toronto Faculty of Medicine Calendar* et vous resterez quelque peu surpris. A la page 64, se trouvent imprimées les conditions requises pour l'obtention du diplôme ouvrant à deux battants, devant le porteur, les portes de la faculté de médecine. Je transcris :

On peut passer l'examen en une seule fois, ou bien, en deux reprises.

Le programme de la 1ère reprise comprend : Arithmétique avec mensuration, la grammaire anglaise et rhétorique, l'histoire de l'Angleterre et du Canada.

II. Grec, latin, français, allemand, composition anglaise, littérature anglaise, histoire ancienne, algèbre, géométrie, chimie, et physique. On peut choisir ou le français ou l'allemand. On a le choix entre le grec, ou la seconde langue moderné avec la physique et la chimie.

Et c'est tout. Il paraît qu'on est savant quand on a eu le **TIERS** des points sur ces différents sujets.

Si encore on était sévère et que l'on exigeait de l'élève, qui doit répondre à ce programme de *Grammar School*, au moins la moitié des points à conserver ! Mais non, il paraît que conserver le $\frac{1}{3}$ des points sur ces graves sujets, est suffisamment probant et que le candidat est sacré *dignus intrare*.

On n'est pas surpris après cela, d'entendre des médecins à Ontario se plaindre de l'encombrement de la profession médicale, quand on accepte tant de médiocrités, quand on met, comme obstacle, des examens aussi faciles et qui n'ont que la teinte de ce que nous, les latins, appelons un cours d'études.

Et c'est sur ces médiocrités que l'on se base, pour nous regarder avec hauteur !

J'aime mieux croire qu'ils ne nous connaissent pas, et qu'ils nous jugent à travers le brouillard d'invectives qui s'élève de l'officine de quelques journaux quotidiens.

Et nous, médecins de la première province du Canada, au point de vue intellectuelle, nous irions sanctionner le pacte fédéral, nous mettre à la remorque de plus petits que nous ?

Qu'on ouvre donc les yeux une fois pour tout, que l'on secoue donc cette apathie, ce je m'enfoutisme, qui paralyse actuellement l'essor du peuple Canadien Français ; mettons dans la défense de nos droits médicaux une parcelle de l'énergie qui se déploie journellement dans la lutte pour la vie et on ne verra pas les progrès accomplis, non sans difficultés et oppositions, s'effondrer, pour être remplacé par la satisfaction de penser que les médecins du Canada sont tous régis par un bureau fédéral. Nous avons notre autonomie, pourquoi l'aliéner ? nous réglementons nous-mêmes le mode d'admission à l'étude et à la pratique de la médecine, pourquoi ne pas nous contenter du libre exercice de nos droits ? pourquoi abandonner nos privilèges et demander à nous faire réglementer par des étrangers et

des inférieurs? Car il n'est pas malin de supposer, qu'après l'adoption du fédéralisme, le bureau de la province, sera réduit aux modestes proportions d'un conseil municipal, n'ayant à légiférer que sur les *réguliers*, et voyant passer devant sa juridiction, la longue théorie des irréguliers qui seront reçus facilement au bureau central, et rendront ensuite l'obliger à les reconnaître.

Du moment que le bureau fédéral sera de plus facile composition, il sera nécessairement très achalandé, et le bureau de la province de Québec, se verra obligé de calquer son programme sur le sien, s'il ne veut pas avoir une existence théorique.

Je crois que le temps est arrivé où il va falloir défendre nos droits: Que les médecins de la province étudient les présentes questions sous toutes leurs faces, se forment une opinion et la défendent dans les limites de leur influence, et de cette manière on n'entendra pas des protestations, à la onzième heure alors que tout sera consommé, comme cela s'est vu si souvent dans notre province.

Si malgré les protestations, car je ne suis pas le seul à penser de la sorte, le fédéralisme l'emportait, nous en serions peinés d'abord, et nous trouverions un regain d'actualité dans ce vieux refrain :

“ C'était pas la peine assurément
De changer de gouvernement. ”

DR. ARTHUR SIMARD.

25, Ste Ursule.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC.

Séance du 26 octobre 1899, tenue à l'asile d'aliénés St-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe.

Présidence de M. Burgess.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'un ouvrage.

1o. Des lettres de remerciements de MM. GUÉRIN et UNQUART, nommés membres honoraires.

2o. Une lettre de l'honorable Secrétaire de la Province faisant part à la Société de l'adoption par le Gouvernement des certificats médicaux préparés par la Société pour l'internement des aliénés.

M. VILLENS fait hommage à la Société du travail suivant : *le délire de jalousie.*

Avis de motion.—M. CHAGNON donne avis de motion qu'à la prochaine séance il proposera qu'il soit formé un comité spécial, dont le but sera de préparer un projet de classification des maladies mentales et de tableaux de statistiques uniformes pour les divers asiles de la province.

Projet à l'étude—M. CHAGNON reprend la question de la formation d'une Société composée des médecins des Asiles de la puissance du Canada, qui pourrait être affiliée à la Société Médico-Psychologique d'Angleterre et d'Irlande.—M. VILLENEUVE suggère que le Président et le Secrétaire entrent en pourparlers avec les médecins des asiles du Canada, afin de voir si l'on ne pourrait arriver à une entente à ce sujet ; —ce qui est agréé par la Société.

COMMUNICATION.

Deux cas de manie éphémère, sans complication d'épilepsie, d'intempérance, ou de parturition.

M. BURGESS — Permettez-moi de vous signaler deux cas d'un genre de maladie mentale, que, rarement, j'ai rencontré dans ma pratique. En réalité durant vingt-cinq ans de pratique des maladies mentales ce sont les seuls cas, réellement typiques que j'ai eu à soigner. Chose assez surprenante aussi, tous deux m'ont été présentés à la même époque, à quinze jours d'intervalle dans l'été de 1897.

Je pourrais les classer parmi les cas de folie appelée par le Dr. Clouston, manie éphémère ou transitoire, et définie par lui : « une forme assez rare d'exaltation mentale, inattendue et soudaine, généralement d'un carac-

tère aigu, accompagnée d'incohérence partielle ou entière des choses familières, de manque de sommeil, et pouvant se prolonger d'une heure à quelques jours.»

Des deux expressions dont se sert le Dr Clouston, je préfère beaucoup celle de " manie éphémère. " Pourquoi ? Parceque l'expression " manie transitoire est, quelque fois, dans l'usage qu'on en fait synonyme de " fureur transitoire " et, aussi, mais plus rarement " de fièvre délirante aiguë " : Or l'affection diffère de ces deux genres de maladie : elle n'est accompagnée, ni de la rage de destruction qui caractérise le premier, ni des symptômes de fièvre typhoïde, destructifs du second.

Les crises d'insanité temporaire qui accompagnent quelques formes de l'épilepsie, des acconchements et l'usage de l'acool, ne sont pas rares du tout. Aussi, les cas que je veux vous mettre sous les yeux ne proviennent nullement de ces causes, et c'est pour cela même qu'ils pourront vous intéresser. Ce furent en pratique, des cas de manie aiguë ordinaire, distincte et spéciale seulement par la très courte durée de l'attaque, fait qui dans certaines circonstances peut devenir d'une importance suprême au point de vue médico-légal.

OBSERVATION I.—J. S., une femme mariée, de 40 ans, fut admise à l'hôpital de Verdun, le 18 juillet, 1897. On nous apprend qu'elle venait de St-Jean, Terre-neuve, et se dirigeait sur Owen Sound, Ontario, pour y rejoindre son mari qui avait quitté Terre-neuve quelques mois auparavant. Elle était parvenue jusqu'à Montréal le matin du jour où elle fut placée sous mes soins. En arrivant en ville où il lui fallait attendre une correspondance de chemin de fer, elle s'informa au maître de gare où elle pourrait bien déjeuner, et ce dernier lui indiqua un restaurant convenable.

Jusqu'à ce moment, autant que je l'ai pu savoir, son apparence, ses manières, ses paroles ne présentaient rien d'étrange. En entrant dans le restaurant, le maître de céans lui demanda si elle ne désirait pas ôter son chapeau et son châle pour manger. Ceci sembla l'effrayer, et quittant la place brusquement, elle se mit à errer sans but dans les rues, pendant plusieurs heures. Vers 2 heures elle atteignit Westmount, un des faubourgs de la ville, s'arrêta à une résidence privée, y demanda un verre d'eau, ainsi que la permission de s'asseoir et de se reposer. La dame de la maison lui donna à boire et à manger, et apprit son histoire que la visiteuse raconta d'une façon très lucide. Puis sur sa demande elle indiqua à

sa nouvelle amie une place de refuge où elle pourrait demeurer jusqu'au départ du train. C'était le refuge St-George, et tout fut préparé pour qu'elle pût s'y rendre. La matrone du refuge qui lui donna la bienvenue et s'occupa aussitôt de la mettre à l'aise, a certifié qu'elle semblait être très nerveuse et brusque, mais pas autrement malade. Vers six heures, soudainement, elle s'élança du sofa où elle était étendue, et avec un cri perçant vint vers la fenêtre et chercha à s'y précipiter : elle en fut empêchée par la matrone, qui par bonheur était tout près. Puis, suivirent des signes évidents d'aliénation mentale, et la pauvre femme devint si bruyante et excitée que la police fut avertie. Conduite au poste de police dans un état délirant au milieu de cris aigus et sans suite, on jugea nécessaire de lui mettre une camisole de force pour l'empêcher de se faire mal. On me narra le fait par téléphone et elle fut amenée à l'hôpital vers minuit par trois hommes de police.

Elle me parut être une femme solide, assez forte en chair ; son regard était égaré et sombre, et elle ne cessait d'articuler des paroles incohérentes qui ne disaient absolument rien de son état. Le pouls était normal ainsi que la température. On la mit au lit immédiatement, sous la garde de deux infirmières : mais je ne lui administrai aucun sédatif, parce qu'un des hommes de police m'avait dit que le médecin du poste lui avait fait prendre un narcotique quelconque avant son départ. Elle fut somnolente par intervalles durant la nuit : mais la plupart du temps, elle fut bruyante, remuant violemment sur son lit et cherchant à frapper et à égratigner les infirmières qui la gardaient. Le matin, on lui donne un bain chaud : cela la calma beaucoup sans cependant lui donner sommeil sur le moment. Elle ne prit qu'un peu de nourriture, elle parut avoir peur de boire le lait qu'on lui offrait, mais elle mangea un biscuit au soda. Petit à petit, son agitation la reprit, et au milieu d'un babil incohérent et continu, elle fit des efforts constants pour sortir du lit. Enfin, elle devint si excitée, et fit de si constants efforts pour se faire du mal, s'arrachant les cheveux et cherchant à s'assommer sur le mur, que vers les trois heures P. M. je lui donnai une injection hypodermique de 1/75 de grain d'hydrobromate d'hyoscine. Elle s'endormit bientôt après, et son sommeil se prolongea jusqu'à neuf heures : elle se réveilla alors bien tranquille, nerveuse encore cependant, ayant l'air craintif, et incapable d'aucune suite dans ses paroles. Cet état se prolongea toute la nuit jusqu'à l'arrivée de son mari à qui on avait télégraphié vers 8 heures A. M. Son arrivée l'enchantait et lui fit perdre beaucoup de sa frayeur ; son babil et ses manières s'apaisèrent : elle

lui parla avec beaucoup de bon sens, mangea son déjeuner avec appétit : et bientôt après, s'étant habillée, elle fit une promenade avec lui au dehors, dans les jardins.

Je causai longtemps avec elle, et ne pus découvrir le moindre signe de désordre mental : au contraire, elle me parut parfaitement raisonnable. La durée entière de son égarement mental, depuis le départ du restaurant, avait été au moins de 48 heures. Elle me dit qu'elle ignorait la cause de son attaque, que c'était la première, que toutefois, pour une raison qu'elle ignorait, elle s'était sentie effrayée des gens chez qui elle était allée déjeuner. Elle avait une vague souvenance de ce qu'elle avait fait depuis le moment de son départ du restaurant, et son arrivée au refuge St George ; mais elle ne se rappelait absolument rien de ce qui était arrivé depuis le moment de sa crise au refuge jusqu'au matin où elle pouvait se souvenir d'avoir vu les infirmières à son côté, et être restée toute étonnée du lieu où elle était. Elle partit pour sa demeure à Owen Sound, dans l'après-midi du même jour, et jusqu'à un an plus tard, selon mon dernier rapport, elle n'avait pas eu de rechute.

L'interrogatoire serré que je fis subir au mari, ne me donna aucune preuve de condition épileptique chez sa femme, épilepsie cachée ou connue, ni aucun signe d'hérédité autre que le fait qu'une de ses tantes maternelles était morte aliénée. Ses mœurs étaient des plus régulières, et elle n'avait jamais montré aucune tendance à l'hystérie ou à d'autres désordres nerveux. Au contraire, elle avait toujours été regardée comme une personne d'une santé forte et d'un jugement sain.

Quant à la cause je ne puis que supposer que l'excitation produite par un voyage dont elle n'a nullement l'habitude (elle n'avait jamais mis les pieds dans un train auparavant), jointe à la fatigue d'un si long trajet avaient été suffisantes pour déranger son équilibre mental.

OBSERVATION II.—Cette fois je fus appelé en consultation sur le cas d'une jeune fille, M. J., âgée de dix-neuf ans. Elle était sortie à pied dans la matinée, et en traversant la rue avait été près d'être écrasée par un tramway : elle ne fut nullement blessée cependant, continua sa promenade, fit quelques emplettes, et retourna à la maison, apparemment en aussi bonne santé qu'à son départ. Trois heures plus tard environ, pendant qu'elle causait avec une de ses sœurs, son langage devint tout à coup incohérent, elle se mit à marcher nerveusement dans l'appartement, joua du piano avec violence, mêlant les airs de la façon la plus étrange, et faisant entendre les expressions les plus vulgaires. Mise au lit, elle continua de parler

et de se rouler, criant et chantant à tue-tête. En vain ses aides cherchèrent à l'appaiser : elle ne les reconnut point, et sa conversation continuelle était un mélange d'illusions sans lien, ni sens.

Quand je la vis dans la soirée, six heures après le commencement de l'attaque, elle me parut être une fille solide et forte en chair, qui en santé, devait être plaisante et intelligente. Le pouls était accéléré, mais très peu, la température normale, et la langue nette. Elle semblait et excitée et égarée : elle refusa nourriture et médecine. Très souvent elle voulait enlever sa chemise de nuit, se roulait sur le lit, cherchait sans cause à se lever ; mais nullement portée à la violence. Elle bavarda continuellement, à voix forte, des choses sans suite, répétant dix fois et d'une façon incohérente ce qui se disait près d'elle. Parfois, à en juger par ses actions, elle avait de terribles hallucinations de l'ouïe et de la vue. Jusqu'à ce jour, sa santé avait été excellente, elle aimait beaucoup les jeux et l'exercice au grand air. Jamais elle n'avait eu de pareille attaque, et ses amies, malgré l'interrogatoire le plus minutieux, ne me dirent rien qui me permit de croire à des attaques épileptiques quelconques. Ses habitudes étaient régulières, et elle n'avait aucune tendance à l'histérie, ou à aucune autre maladie nerveuse. Cependant, elle avait une forte prédisposition héréditaire à l'insanité, sa grand-mère maternelle ayant eu deux attaques de mélancolie, pendant qu'une tante du côté maternel aussi avait été internée dans un asile pendant quelques années. On ne pouvait trouver aucune autre cause d'excitation, que la frayeur qu'elle avait eue.

Je conseillai de lui appliquer du froid sur la tête et de lui administrer une injection hypodermique de 1/100 de grain d'hydrobromate d'hyoscine, promettant d'envoyer les papiers nécessaire en vue de son admission à l'asile le plus tôt possible.

C'est ce que je fis. Quel ne fut pas mon étonnement lorsque vers le milieu du jour suivant, je reçus un message téléphonique de mon confrère, disant qu'il espérait que ces papiers ne seraient d'aucune nécessité, vu que la patiente semblaient complètement revenue à elle-même.

Après avoir reçu l'injection hypodermique, vers les 9 heures, P. M., elle s'était tranquilisée, et avait dormi de dix heures à deux heures. Elle se réveilla alors, et bien qu'encore nerveuse et loquace, elle l'était moins qu'avant son sommeil. Elle reconnut ceux qui l'entouraient et s'étonna de la présence d'une étrangère, sa garde malade. Après avoir pris un bol de pain au lait elle se rendormit, et demeura en cet état jusqu'à 7 heures A. M. A son second réveil, il lui restait encore un peu de confusion dans l'es-

prit, et d'agitation dans la démarche; mais cet état s'améliora encore graduellement, et vers midi, comme je l'ai déjà dit, elle était tout à fait bien de nouveau et n'a pas eu de rechute depuis.

La durée totale de l'attaque en ce cas, fut seulement d'environ 28 heures, c'est-à-dire depuis 3 heures P. M. du premier jour, jusqu'à midi du jour suivant. Ici aussi, il y avait perte de mémoire de tout ce qui était arrivé depuis le moment de l'attaque, jusqu'à peu près celui de la guérison complète. Quant à la cause de l'attaque, elle ne peut être que le choc causé par une frayeur subite, sur une diathèse fortement neurologique.

M. Chagnon.—Je me permettrai d'ajouter l'observation suivante aux cas si intéressants que M. Burgess vient de nous rapporter :

C....., 17 ans, est préposé aux bagages à l'une de nos compagnies de chemin de fer. Son père est mort à l'âge de cinquante-deux ans d'une maladie du foie. Sa mère et sa sœur sont en bonne santé. Ses oncles maternels sont morts de tuberculose.

Dans les antécédents personnels de C....., nous relevons que dans son enfance il a souffert de rougeole et de diphtérie.

Vers le 21 décembre 1895, il commence à se plaindre de perte d'appétit, constipation et insomnie. Il présente, de plus, une légère réaction fébrile, et quelques jours plus tard, il accuse de la céphalalgie. Il abandonne alors tout travail. Le 24 janvier 1896, il commence à présenter des troubles mentaux qui s'affirment rapidement en un état maniaque. A son entrée dans mon service, à l'asile St Jean de Dieu, le 30 janvier, il présente de l'incohérence absolue, une loquacité intarissable, des mouvements désordonnés et une insomnie complète. Le 5 février, nous le trouvons, à son réveil, tout à fait sain d'esprit. Je crois devoir noter ici que nous avons eu, dès le début, à combattre une constipation opiniâtre qui nous a donné beaucoup de mal à faire disparaître.

C..... est admis pour la deuxième fois le 24 mai 1898. La maladie avait débuté deux jours avant son entrée après un travail forcé de jour et de nuit sur des bouillottes en activité. Huit jours plus tard il était guéri de son agitation.

Le 9 du mois suivant, il prend part à une procession religieuse au cours de laquelle il est exposé à un soleil ardent pendant plus d'une heure. Le soir même, il se plaint de céphalgie; le lendemain il présente une demi-somnolence et refuse toute nourriture. La durée de cette attaque est de quinze jours.

Le 8 Juillet nouvelle exposition prolongée au soleil, alors qu'il se livre à une partie de *foot-ball* ; nouvelle rechute qui dura quelques jours seulement.

Le 1 Août, à la suite d'une diarrhée fétide de 3 jours, il présente une nouvelle attaque d'agitation maniaque. Il est très-bien le 10 et laisse l'asile le 25.

Après deux jours passés dans sa famille, il est ré-admis présentant de l'agitation maniaque sous aiguë. Il est parfaitement rétabli le 1^{er} septembre et laisse l'asile le 6 Octobre.

En résumé, notre malade présente six crises parfaitement distinctes d'agitation maniaque à intensité variable. Le minimum de la durée de chacune des crises fut de 15 jours. Si nous prenons en considération l'état pathologique de ses fonctions digestives dans chacune de ses attaques il nous semble très difficile de ne pas faire une large part à l'auto-intoxication même pour les rechutes qui semblent reconnaître pour cause immédiate l'exposition à la chaleur.

M. Villeneuve. — Je crois pouvoir rapprocher de ces observations le cas d'une femme que nous avons observée à l'asile St Jean de Dieu, et qui, à plusieurs années de distance, en 1885, 1894 et 1899, a présenté trois accès maniaques d'une grande intensité, apparus subitement, sans cause apparente et appréciable, et qui ont évolué très rapidement, l'espace de huit jours en moyenne. C'était une héréditaire ; un de ses frères avait été atteint d'aliénation mentale

Les cas qui viennent d'être rapportés par M. Burgess, revêtent bien les caractères que Vallon, dans un rapport au congrès des médecins aliénistes et neurologistes français, tenu en 1898, attribue aux délires transitoires, de survenir brusquement, d'arriver très rapidement à leur apogée et de se terminer également, d'une manière subite, par le retour à l'état *quo ante*. Les autres cas seraient plutôt en accès de manie aigue de courte durée.

Ce qui fait l'intérêt des observations rapportées par M. Burgess, c'est que l'accès de manie transitoire que l'une de ses malades a présenté, ne peut être rattaché à aucun état pathologique antérieur. Ce fait viendrait à l'encontre de l'opinion professée par la presque totalité des aliénistes français et qui a reçu sa confirmation par un vote unanime émis à leur congrès de 1898, à savoir : que la folie transitoire est toujours symptomatique. Plusieurs observations de ce genre pourraient bien rouvrir la question que le congrès français a fermée par son vote : " Existe-il une folie transitoire diopathique ? " Pour moi, dans ma carrière d'aliéniste et de médecin

expert, exercée depuis cinq ans dans l'asile le plus considérable et la ville la plus populeuse du Canada, je n'ai jamais rencontré un cas de folie transitoire que je n'aie pu rattacher à un état pathologique antérieur.

M. Burgess.—D'après le cas que j'ai observé et rapporté, je serais tenté de croire à l'existence de la folie transitoire idiopathique.

(A suivre)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC.

Séance du 16 novembre.—Elle est présidée par M. le Dr Vallée.

M. le Dr A. Rousseau présente un malade atteint de pouls lent permanent (18 pulsations à la minute.) MM. les Drs Vallée, Brochu, Simard et Paquin prirent part à la discussion sur l'étiologie probable de cette étrange anomalie du malade.

Faute d'espace, (1) nous sommes forcés de renvoyer au prochain numéro le compte-rendu complet de ce travail.

L'attention des membres a été attirée sur une nouvelle industrie (Lait Pasteurisé) établie à Québec depuis peu. A la demande de la compagnie on a nommé un comité chargé de s'enquérir de son mode de préparation et de faire rapport à la Société.

NOUVELLES

LE BULLETIN MÉDICAL venait à peine de paraître lorsqu'on nous a appris le double deuil qui a si cruellement atteint un de nos rédacteurs, monsieur le docteur G. A. Belleau, coroner du District de Québec. Quoique tardivement nous nous faisons un devoir d'offrir à notre distingué confrère l'expression de nos plus vives sympathies avec nos plus sincères condoléances.

Peu de jours après, un autre de nos confrères, M. le Dr Boisvert, de Québec, avait la douleur de perdre son père M. l'échevin du Quartier St-Pierre. Qu'il veuille donc aussi recevoir nos condoléances les plus sincères.

Nous regrettons d'apprendre que M. le Dr Eug. Mathieu de Québec, est indisposé depuis une quinzaine. Nous lui souhaitons de tout cœur un prompt rétablissement.

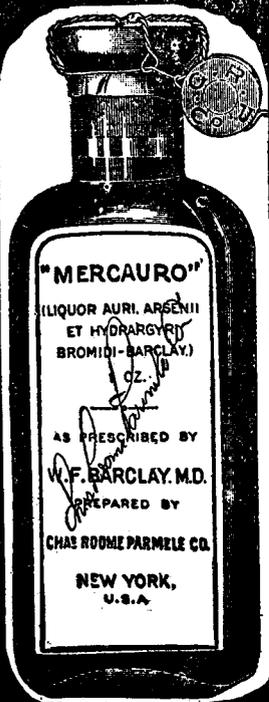
(1) Bien que nous ayons déjà ajouté 10 pages au présent numéro.

PHARMACIE W. BRUNET & CIE

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

W. BRUNET & CIE PHARMACIENS

139 ET 141, RUE ST-JOSEPH, ST-ROCH, QUEBEC.



MERCAURO TONIC ALTERATIVE AND ANTI-SYPHILITIC

No Stomachic Disturbance

No Loss of Appetite

Jos. Beaudry

PHOTOGRAPHE

205, Rue St-Jean,

QUEBEC.

Vient d'ouvrir

RU No. 67, RUE ST-JEAN,

**Un magasin de produits photographi-
ques pour les amateurs.**

**On peut se procurer gratuitement à
ce magasin tous les renseignements
concernant la photographie.**

DR. E. CASGRAIN

ET

MADAME DR. EMMA CASGRAIN

DENTISTES

51 - RUE ST-JEAN - 51

TELEPHONE 915

Librairie Montmorency-Laval

PRUNEAU & KIROUAC

46, Rue de La Fabrique

**Vente des livres de
Médecine.**

**Nos relations avec
les principaux édi-
teurs d'ouvrages de
médecine, à Paris,
nous permettent
d'importer sous un
bref délai les livres
dont nous recevons
la demande.**

116, Rue St-Joseph.

QUEBEC

LA BANQUE NATIONALE VINS DES CARMES

SIEGE PRINCIPAL :

Q U E B E C

Capital versé - - - - \$1,200,000
Reserve - - - - - \$ 150,000

BUREAU DE DIRECTION :

R. AUDETTE, Ecr. - - Président
A. B. DUPUIS, Ecr. - - Vice-Président.
Hon. Juge A. Chauveau, V. Chateauvert, Ecr.,
N. Rioux, Ecr. N. Fortier, Ecr.
J. B. Laliberté, Ecr.
P. LAFRANCE . . . (Gérant, Bureau de Québec
N. LAVOIE - - Inspecteur.

SUCURSALES

Québec, Faub. St-Jean	St. François E. Beauce.
" St-Roch.	St. Marie, Beauce.
Montréal.	Chicoutimi.
Roberval, Lac St-Jean.	St. Hyacinthe, P. Q.
Ottawa, Ont.	St. Jean P. Q.
Joliette, P. Q.	Rimouski, Que.
Sherbrooke.	Malbaie, Que.
Mariaville.	Montmagny, Que.

AGENTS

Angleterre—The National Bank of Scotland,
Londres.
France—Crédit Lyonnais, Paris et Succursales.
Etats-Unis—The National Bank of the Republic,
New-York. The Shoe and Leather Nat. Bank,
Boston.
Service de collections prompt.
Correspondance respectueusement sollicitée.

(MEDICINAL)

Comme MM. les Médecins ne prescrivent jamais un remède, sans savoir d'avance les effets qu'il peut produire, nous nous faisons un devoir de porter à leur connaissance les médicaments qui entrent dans la préparation du **VIN DES CARMES** ; il leur sera plus facile par là même d'apprécier la valeur de cette préparation.

A un vin liqoreux de 1ère qualité est ajouté :

- Ex.—Quinquina rouge du Pérou
- " Colombo.
- " Kola.
- " Coca.
- " Orange amère.

Ces différentes substances sont combinées suivant les doses indiquées au Codex.

Inutile de faire remarquer à MM. les médecins les effets puissants qui résultent de cette combinaison.

Le prix de ce vin est de \$4.00 le gallon et de \$9.00 la caisse.

MM. les Médecins ne sont pas sans savoir que les droits sur les vins médicinaux sont très élevés.

A. TOUSSAINT & CIE

Quebec.

Dr. Ed. Morin & Cie

PHARMACIENS

48, Rue St. Pierre et 338, Rue St-Jean

QUEBEC

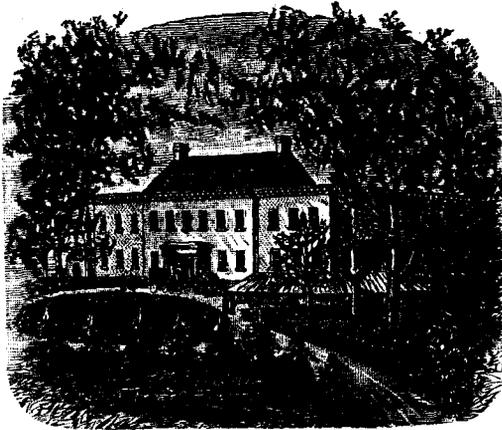
Nous gardons toujours en magasin un assortiment complet de
Drogues, Médecines patentées, Articles de Chirurgie, Articles de Toilette,
Bandes herniaires, Bandes Abdominales, entre autre, la SANGLE
ELASTIQUE de Glenard (à \$1.60 pièce) etc., etc., que nous
vendons au plus bas prix du marché

Nous venons de sortir notre Catalogue de prix pour 1899, et nous invitons tous les médecins qui ne l'ont pas encore reçu de nous fournir leur adresse et nous le leur enverrons.

DR. ED. MORIN & CIE

48, RUE ST-PIERRE et 338, RUE ST-JEAN, QUEBEC

Quebec



Belmont Retreat

Hopital Privé,

Quebec

Fondé en 1851 pour le traitement des malades et des personnes souffrant de maladies nerveuses.

Département séparé pour les dames.

J. M. MACKAY

PROPRIÉTAIRE

Téléphone 420. P.O. Boite No 173. Québec

LA CAISSE DES FAMILLES

SOCIÉTÉ DE SECOURS

Avec l'approbation de Sa Grandeur Mgr Bégin

Paiements mensuels.

Taux fixes et minimes.

Les hommes et les femmes, pourvu qu'ils soient catholiques, peuvent s'associer. La société accorde \$5.00 par semaine aux hommes et \$2.50 aux femmes malades durant DOUZE semaines par année.

Taux mensuels pour secours à la maladie	Age	18 à 35	50 cts	40 à 45	60 cts
		35	40	55	70

Taux mensuels, durant toute la vie pour une assurance de \$1,000.00 payable à la mort	Age	\$ c.
	18 à 25	0 60
	25 à 30	0 65
	30 à 35	0 70
	35 à 40	0 85
	40 à 45	1 00
	45 à 50	1 25

Taux mensuels, durant vingt ans pour une assurance de \$1,000.00 payable à la mort ou à 70 ans :	Age	\$	Taux mensuels, durant quinze ans, pour une assurance de \$1,000.00 payable à la mort ou à soixante-dix ans :	Age	\$
	18 à 25	1 20		18 à 25	1 60
	25 à 30	1 30		25 à 30	1 70
	30 à 35	1 40		30 à 35	1 80
	35 à 40	1 50		35 à 40	2 40
	40 à 45	2 00		40 à 45	2 70
	45 à 50	2 50		45 à 50	3 30

Cette institution, qui a mérité la confiance du public, est aujourd'hui l'une des plus recherchées.

On demande des agents bien recommandés pour représenter la société.

Des circulaires faisant connaître les avantages de la société seront envoyés gratuitement à toute personne qui en fera la demande au Gérant :

NARCISSE COTÉ 87, rue St-Joachim, Québec.

W. BRUNET & CIE

Pharmaciens en Gros

Importateurs de Drogues, d'Instruments de Chirurgie des manufactures Françaises et Anglaises.

UNE VISITE DE MM. LES MEDECINS EST SOLLICITEE