

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine, Chirurgie,
Obstétrique, Pédiatrie, Thérapeutique, Hygiène

LA PLUS ANCIENNE REVUE MEDICALE FRANCAISE
AU CANADA.

FONDÉE EN 1872

TOME XXXVIII.

[CONTENANT LES TRAVAUX DE MM.

BOUCHER, BOURGEOIS, BOURGOUIN, BRISSET, D'AMOURS, DECOTRET, DEMARTIGNY
DION, DUBE, FIEDLER, FOUCHER, HEINECK, KNOPF, LACHAPELLE, LATREILLE
LARAMÉE, LAURENDEAU, LESAGE, MARSAN, MASSON, PELLETIER, PREVOST,
RHEAUME, VALIN, VERNER, VILLENEUVE.

1909

SUPPLEMENT

32382

UN NOUVEAU CHEVALIER DE ST-PATRICK

Le Duc d'Arran a été décoré par le roi de l'insigne de Chevalier de l'ordre de St-Patrick, successeur du Duc de Carysfort, Chevalier de St-Patrick, décédé, qu'avait remplacé son père en 1901.

Il est aussi le vicomte Sudley de Castle Core, baron de Doops et baron de Sudely, dans la pairie de l'État. La généalogie remonte à Gerald Gore, un échevin de Londres, à la fin du seizième siècle.

Un des fils de ce dernier est aussi le représentant de la famille Gore Langton, représenté maintenant par le Duc de Temple.

Le nouveau Chevalier de St-Patrick était autrefois adjudant et major breveté des Gardes Royales. Il fit le service dans la Cavalerie Egyptienne et commandant la Cavalerie et la Garde Royale dans la campagne du Sud de l'Afrique.

Le Duc d'Arrans est président du " Bovril Limitée ".

L'ANEMIE GASTRO-INTESTINALE

A premier abord, cette assertion semble erronée. Cependant si les dérangements fonctionnels de la digestion deviennent chroniques, ils produisent certainement une dépression sur le sang et le système nerveux.

Car l'absorption de toxines par infection intestinale se fait souvent ressentir dans la circulation et dans tous ces cas, il faut non seulement traiter l'affection intestinale, mais aussi l'anémie s'en suit.

Il faut éviter les médicaments qui dérangent la digestion, et tous les sels inorganiques et métalloques à base de *Fer* qui constipent et irritent l'estomac.

Le Pepto-Mangan (Gude), est alors le médicament de choix sans aucun inconvénient mentionné plus haut. Les enfants surtout en apprécient la saveur et les bons effets.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS.

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXVIII

JANVIER 1909

No 1

MEMOIRES

ETIOLOGIE, PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DES ANEVRYSMES DE L'AOORTE (1)

Par le Dr EUGÈNE LATREILLE

Docteur en médecine de l'Université de Paris, Membre correspondant de la Société anatomique, Membre correspondant de la Société de dermatologie et de Syphillographie de Paris. (1)

Dans cette étude sur l'étiologie et la pathogénie des anévrysmes de l'aorte, je me propose simplement de passer en revue les principales causes invoquées par les auteurs dans la production des anévrysmes de l'aorte, et d'essayer d'en discuter la valeur. Je chercherai ensuite à démontrer que le diagnostic étiologique de ces mêmes lésions est encore plus facile à établir en clinique qu'à l'autopsie et même au laboratoire.

Dans un deuxième chapitre, j'envisagerai rapidement la structure et la pathogénie des principales formes d'anévrysmes aortiques dont je vous présenterai ici quelques spécimens provenant du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté; et je terminerai, en manière de conclusion, par un mot de traitement médical actuel des anévrysmes de l'aorte tel que je l'ai entendu exposer, par le Prof. Albert Robin dans une de ses dernières leçons de clinique thérapeutique de l'hôpital Baujon de Paris.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 16 décembre 1908.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que la tendance actuelle est de faire rentrer tous les anévrysmes dans le cadre de la syphilis. On a même pu se demander si la question suivante ne devrait pas être posée: l'existence d'un anévrysmes n'implique-t-elle pas *ipso facto* celle de la syphilis? M. Vaquez a répondu lui-même à la question en ces termes: "Malgré nos connaissances actuelles et ma conviction personnelle relatives à la fréquence de l'étiologie syphilitique de l'anévrysmes, ce serait aller bien loin que de conclure à une pareille affirmation. Il nous faudrait pour cela que l'anatomie pathologique nous ait donné une confirmation absolue de la constance de cette relation. Or, si nous savons pertinemment que l'artérite syphilitique est celle qui conduit le plus sûrement à l'anévrysmes, il est des cas bien nombreux d'artérite chronique où le diagnostic étiologique différentiel est impossible."

Le fait est que les causes de l'anévrysmes sont d'une façon générale encore mal connues. Il y a bien au début de tout anévrysmes une artérite, une lésion d'artérite, mais l'étiologie de cette artérite n'est pas toujours facile à déterminer. Ne sait-on pas, en effet, que presque toutes les infections aiguës et chroniques, qu'un très grand nombre d'intoxications exogènes ou endogènes sont capables de provoquer des réactions et des dégénérescences dans les tuniques des artères. La fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, la fièvre puerpérale, la pneumonie, l'impaludisme, la tuberculose, et dans l'ordre des intoxications et auto-intoxications, le saturnisme, le tabagisme, l'alcool, la goutte ne sont-elles pas, parmi les plus connues, les causes les plus banales que l'on retrouve à l'origine des artérites chroniques. Du reste, il y a aussi dans l'étiologie de ces lésions des considérations d'hérédité, d'âge, de métier, de sève, de race et de climat dont il faut sans doute tenir compte, mais qui ne nous arrêteront pas plus que les précédentes. Au contraire, quatre causes importantes, capitales, priment dans l'histoire des anévrysmes de l'aorte, et méritent de retenir plus longtemps notre attention. Ce sont: le rhumatisme polyarticulaire aigu, le paludisme, l'alcoolisme et surtout la syphilis.

Dans une statistique recueillie par le prof. Étienne de Nancy, et portant sur 240 cas d'anévrysmes, le rhumatisme articulaire a été trouvé seul en cause dans 7 cas.

D'autre part, L. Renon, de Paris, en rapportant à la Société médicale des hôpitaux un cas d'anévrysmes aigu de la crosse aorti-

que, où la lésion a évolué en quelques jours chez un jeune homme de 16 ans, au cours de sa sixième attaque de rhumatisme articulaire aigu, cite 7 autres cas.

Zuber, chez un adolescent de 16 ans atteint de rhumatisme articulaire dès l'âge de cinq ans, et ayant eu sept attaques dans les cinq dernières années, découvre un anévrisme important de la crosse de l'aorte avec voussure marquée. La radiographie confirme le diagnostic. L'aorte s'était dilatée d'une façon énorme en 3 ans, sous l'influence du rhumatisme récidivant.

De la Rue rapporte aussi l'histoire d'une fillette de douze ans et demi atteinte d'insuffisance aortique, d'aortite chronique et de tumeur anévrysmale de la crosse de l'aorte. De la Rue a publié, de plus, un tableau clinique d'ensemble de l'anévrisme aortique chez l'enfant, nous montrant que la syphilis est exceptionnellement relevée comme cause d'anévrisme dans le jeune âge.

« Bien que n'ayant pas personnellement observé d'exemples, dit M. Triboulet, à cette même séance de la Société médicale des hôpitaux, où les faits précédents étaient rapportés, je conçois, au cours d'un rhumatisme, surtout après plusieurs attaques préalables ayant préparé le terrain, je conçois la possibilité d'une de ces localisations de germes d'infection secondaire frappant les trois tuniques du vaisseau, en un point limité, et y réalisant la lésion térébrante qui fait l'anévrisme. » Je rappelle que la grande statistique d'Etienne sur l'étiologie de l'anévrisme signale une proportion de 7 pour 240 cas d'anévrisme attribuables au rhumatisme. Ce qui nous montre que ces faits, quoique rares, sont certainement possibles.

D'après Lancereaux, l'impaludisme devrait être rangé au premier rang parmi les conditions étiologiques de ce qu'il a décrit sous le nom d'aortite en plaques aboutissant fréquemment à l'anévrisme.

Ferréol en 1878, Hervé dans sa thèse de 1885, en ont également rapporté plusieurs cas. Dans deux observations dues à ce dernier auteur, il s'agirait de deux individus âgés de 27 et 34 ans, chez lesquels aucune cause ne pouvait expliquer le développement d'une aortite chronique; or, ils avaient eu tous deux des attaques de fièvre intermittentes aux colonies. Enfin, Lancereaux est revenu sur cette question et a rapporté à l'académie de médecine 26

cas d'aortite avec ou sans anévrysmes, où l'existence antérieure du paludisme était manifeste.

Cliniquement, l'existence assez fréquente d'anévrysmes chez d'anciens paludéens ne peut être mise en doute, mais à combien d'autres affections, alcoolisme, syphilis, n'ont pas été exposés les marins et les soldats, retour des colonies, qui ont fait l'objet de la plupart de ces observations.

Quant à l'alcoolisme, d'après Etienne de Nancy, ce serait le facteur étiologique le plus important, après la syphilis, dans la production des anévrysmes puisqu'il a pu en relever 28 cas sur ces 240. Mais Lancereaux nie l'action qu'on veut attribuer à l'alcool sur la production de la sclérose et de la dégénérescence artérielle. Cependant, l'opinion de Lancereaux a été contestée, et voici des faits qui plaident assez énergiquement contre elle. Il est évident que l'ingestion continue et immodérée de boissons et d'aliments détermine un état de pléthore habituelle de l'appareil circulatoire; d'autre part, l'action de l'alcool et des poisons alimentaires sur les vaisseaux est, d'après les recherches de Maximovitch et Rieder, hypertensive et parésiante. Les alcooliques, et en particulier les buveurs de bière et de vin, et les gros mangeurs sont donc en état presque permanent de pléthore et d'hypertension artérielle. D'ailleurs, d'après Armaingaud de Bordeaux, l'apoplexie serait d'une fréquence relativement grande chez les sujets occupés dans le milieu vinicole, et pour ce clinicien l'athérome est incontestablement provoqué par le vin.

Enfin, 25 p. c. des cas d'artério-sclérose reconnaissent comme cause l'alcoolisme chronique, d'après une statistique d'Edgren.

Quoiqu'il en soit, je le répète, Etienne de Nancy rattache le développement de l'anévrysmes à l'alcoolisme dans 28 cas sur 240, et considère ce facteur étiologique comme le plus important après la syphilis.

Mais tous ces divers facteurs: l'alcoolisme si fréquemment invoqué, l'impaludisme auquel Lancereaux attribue un rôle prédominant, le rhumatisme articulaire, etc. . . . peuvent être considérés comme n'ayant qu'une importance très secondaire auprès de celui qui va nous intéresser maintenant: la syphilis.

Fournier, l'un des premiers, dès 1878, déclarait que la syphilis doit assurément prendre place dans l'étiologie des anévrysmes, mais dans une proportion numérique qui reste à déterminer. Cette

proportion numérique a été déterminée par Etienne de Nancy qui, dans sa statistique de 240 porteurs d'anévrysmes, chez qui il a cherché la syphilis dans les antécédents, l'a trouvée 166 fois, c'est-à-dire dans 69 p. c. des cas.

Bien plus, en réunissant les statistiques de Malinстен, de Welst, de Frankel et de Rash, c'est-à-dire sur un ensemble de 409 cas d'anévrysmes, cet auteur a pu retrouver la syphilis dans les antécédents de près de 72 p. c. des malades.

L'action de la syphilis sur les parois artérielles est d'ailleurs acceptée depuis longtemps. La syphilis altérant les parois vasculaires peut déterminer un locus minoris resistentiel prêt à céder sous la pression sanguine et à se laisser dilater. D'autre part, Lancereaux a bien fait voir que l'anévrysmes est d'autant plus fréquent que l'artérite est plus circonscrite; et justement, le propre de la syphilis est de déterminer des foyers d'artérite très circonscrits.

De plus, histologiquement, il est commun de rencontrer des lésions spécifiques gommeuses, amas embryonnaires avec dégénérescence centrale, parfois même cellules géantes ayant envahi indistinctement la totalité des tuniques vasculaires. Il est évident que ces lésions histologiques ne se montreront que dans les anévrysmes de nature syphilitique, dans le sens donné à ce mot par Fournier. Fournier distinguant les accidents de nature syphilitique caractérisés par des lésions histologiques spéciales à la syphilis, v. g., gommés, amas embryonnaires circonscrits, des accidents d'origine syphilitique ou para-syphilitiques caractérisés par des lésions histologiques communes à toutes les inflammations chroniques, v. g., sclérose, tabès.

Aussi, lorsqu'on a trouvé dans la paroi d'un anévrysmes des gommés syphilitiques, la dilatation vasculaire n'est que la conséquence de cette lésion qui a affaibli le pouvoir de résistance de la paroi. C'est dans ces cas que le traitement spécifique amenant la résorption des tissus gommeux permet la guérison de l'anévrysmes. Au contraire, l'anévrysmes est-il ancien, parasphilitique, des lésions de sclérose se sont constituées qui n'offrent plus aucune prise au traitement.

En résumé, nous retiendrons donc que les deux facteurs étiologiques les plus importants de l'anévrysmes de l'aorte sont: le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant et la syphilis chez l'adulte.

Mais j'arrive, Messieurs, à une question autrement plus intéressante, celle de savoir si le diagnostic étiologique est aussi facile en clinique qu'à l'autopsie ou au laboratoire. J'ai déjà répondu affirmativement à cette question dès le début de ce travail. Et en effet, c'est bien ici que la clinique reprend ses droits. L'âge des malades est déjà une indication, et les anévrysmes qui se développent avant 40 ans seront tenus suspects de syphilis, les antécédants héréditaires et personnels, les lésions concomitantes, le traitement d'épreuve nous mettront sur la voie, enfin, certains caractères mêmes de la maladie seront regardés comme propres à sa nature spécifique, et ces petits anévrysmes ne révélant guère leur présence à l'examen clinique que par de la douleur intense, angineuse, et de la compression du recurrent: aphonie, spasme de la glotte, sans signes physiques, ne parviendront pas à dissimuler derrière ces simples signes leur nature syphilitique et leur terrible gravité.

À l'autopsie l'anévrysme sussignordien, les petits anévrysmes multiples sans aucune autre lésion, athéromateuse ou autre, de l'aorte nous feront penser à la syphilis. Mais déjà ici le diagnostic étiologique ne sera pas aussi facile à établir qu'en clinique.

Enfin, à l'examen histologique, il est encore plus difficile de déterminer la caractéristique de l'anévrysme syphilitique, puisque les auteurs n'ont pu se mettre d'accord sur la nature des lésions primitives de l'artérite syphilitique: endartérite de Heubner, mé-sartérite, périartérite de Lancereaux, panartérite de Letulle.

Quoiqu'il en soit, un certain nombre d'auteurs ont signalé dans les parois des anévrysmes, la présence d'amas circonscrits de cellules embryonnaires, semblables aux gommés syphilitiques, semés d'îlots dans la tunique moyenne, petites gommés au-dessus et au-dessous de la tumeur anévrysmale, cellules géantes. Mais à côté de ces cas rares où la syphilis a, pour ainsi dire, laissé sa signature dans les altérations artérielles de l'anévrysme, il faut bien avouer que dans l'immense majorité des cas, il n'existe pas de différence histologique appréciable entre les anévrysmes des syphilitiques et les autres.

* * *

Avec Cornil et Ranvier les anévrysmes de l'aorte anévrysmes spontanés, anévrysmes dits artério-scléreux peuvent, au point de

vue anatomique, être divisés en deux grandes classes: anévrysmes par dilatation et anévrysmes par rupture.

Dans la variété par dilatation, la cavité anévrysmale se continuera largement avec la cavité vasculaire. La circulation se fera donc librement, et c'est ce qui explique l'absence ou tout au moins le peu d'importance des coagulations sanguines qui pourront s'y former. Habituellement, dans cette variété, il n'y a pas formation d'un collet net. De plus, les parois de ces anévrysmes, tout en étant plus ou moins altérées suivant l'ancienneté de la lésion, présentent, toujours à l'examen histologique, au moins des vestiges des trois tuniques vasculaires. L'endartère et la périartère sous l'influence du processus pathologique se sont épaissies et sclérosées; mais les lésions sont encore plus accentuées au niveau de la tunique moyenne, dont les éléments rompus désagrégés n'existent plus qu'à l'état de vestiges aux points correspondants aux plus grands diamètres de la tumeur. Large communication entre l'anévrysmes et le vaisseau qui lui a donné naissance, pas de caillot volumineux ni abondants, parois ayant conservé dans toute la tumeur au moins des vestiges des trois tuniques vasculaires, voilà les caractères de l'anévrysmes de dilatation, dont le type principal est l'anévrysmes fusiforme.

Bien différents sont les aspects que présentent les anévrysmes dits de rupture dont l'anévrysmes sacciforme est le type le plus fréquent. Dans cette variété, l'anévrysmes forme un poche de volume variable, appendue latéralement à une artère. Cette poche communique avec la cavité vasculaire par un orifice plus ou moins grand, mais relativement petit, par rapport au grand diamètre de la poche. Il y a aussi formation à ce niveau de ce qu'on appelle un collet. La présence de ce collet, de cet orifice rétréci, entrave singulièrement la circulation, en sorte que, dans cette variété d'anévrysmes, il y a presque toujours formation le caillots stratifiés, d'âges très différents. Ceux de la profondeur sont blanchâtres, très durs; ceux de la surface sont rouges et friables. Les parois de l'anévrysmes sont ici comme dans la variété précédente, très altérées, l'endartère et la périartère épaissies puis sclérosées ne forment qu'un seul tissu souvent confondu avec les tissus environnants; mais la tunique moyenne est rompue et pour en retrouver des vestiges, il faut faire porter l'examen au niveau du collet du sac; dans le reste de la paroi anévrysmale on ne trouve pas trace

d'éléments musculaires. Communication entre le vaisseau et l'anévrysme par un petit orifice siégeant au niveau de la rupture : collet du sac, caillots volumineux, absence de la tunique moyenne dans la paroi du sac, tels sont les caractères distinctifs de cette deuxième variété d'anévrysme, anévrysme par rupture.

Enfin, dans les deux cas, à un examen histologique, disent Cornil et Ranvier, la paroi du sac apparaît comme formée par un seul tissu dont la structure est identique à celle de la tunique interne modifiée par l'endartérite, c'est-à-dire par un tissu de cellules plates, formant des couches superposées, séparées par une substance fibrillaire; ce tissu pouvant subir du reste une série de transformations diverses: athérome, dégénérescence graisseuse ou calcaire; dans certains anévrysmes même la poche forme une véritable coque calcaire.

* * *

Des faits que je viens d'exposer, il est possible, je crois, de tirer une conclusion en faveur de l'origine syphilitique de la plupart des anévrysmes de l'aorte. Si l'on se rappelle la structure et l'évolution des lésions dans l'artérite chronique et dans l'artérite syphilitique, on est frappé par un fait extrêmement intéressant. Dans l'artérite chronique, l'athérome, usure de la vie, maladie générale, siége le plus souvent en des points multiples de l'aorte et des gros vaisseaux. Dans l'artérite syphilitique, au contraire, les lésions, à la manière des accidents tertiaires, sont localisées, circonscrites. L'anévrysme coïncide rarement avec l'athérome; l'anévrysme évolue sur une lésion localisée, circonscrite de l'artère.

2° Dans l'aortite chronique, l'athérome, les lésions débutent dans la couche profonde de l'endartère et envahissent l'endartère en surface; et je me souviendrai toujours des enseignements précieux de mon maître M. Brault qui avait l'habitude, aux autopsies, de décoller facilement l'adventice des aortes athéromateuses pour me montrer l'intégrité de cette tunique externe dans ces cas, et par conséquent, l'insuffisance de preuves apportées par les auteurs qui ont prétendu que l'athérome survenait à la suite de l'artério-sclérose des vaso-vasorum. Or, dans l'artérite syphilitique, rien de tel, à la manière encore des accidents tertiaires, les lésions spécifiques au lieu de s'étaler en surface, frappent en profondeur;

aucun tissu, aucun système, aucun organe n'est épargné, et c'est bien ce que l'on rencontre dans l'histoire de l'anévrisme. L'infiltration embryonnaire gagne les trois tuniques vasculaires. La tunique moyenne cède, mais le processus pathologique continuant par évolution, les deux autres tuniques infiltrées d'éléments embryonnaires puis scléro-cées se soudent ensemble, se confondent avec les tissus voisins et se dilatent.

La dilatation du sac n'est pas seulement mécanique, et ne se fait pas seulement sous l'influence de la pression intérieure; puisque le parois en se dilatant au lieu de s'amincir s'épaississent le plus souvent. Bien plus, le processus pathologique poursuivant toujours son évolution, les organes voisins, la trachée, l'œsophage, le sternum, le rachis seront envahis, contaminés; et j'ai, ici, une preuve clinique, un exemple que je considère comme démonstratif de cet envahissement d'un organe voisin par propagation du germe morbide vraisemblablement à l'origine de la lésion anévrysmale. C'est une ulcération à bords nettement arrondis et infiltrés, siégeant à la face interne de la paroi antérieure de l'œsophage, immédiatement en contact avec un sac anévrysmal rompu à la limite inférieure de cette ulcération. Je n'insiste pas plus longtemps, Messieurs, sur ces conclusions qui devront être contrôlées ultérieurement par la recherche dans les coupes du trépanème de Schaudim.

* * *

Je terminerai par un mot du traitement médical actuel des anévrysmes de l'aorte, en résumant, sous la forme d'une ordonnance, une leçon de clinique thérapeutique du professeur Albert Robin de Paris, datant de mai 1908.

- ℞ 1° Régime lacto-végétarien, deux litres de lait par jour.
 2° Repos absolu au lit.
 3° En cas de syphilis:

Biiodure Hg.....	0 gr. 20 centigr.
Iodure de potassium.....	20 grammes
Ea. distillée.....	20 —
Sirop pensées sauvages.....	100 —
Sirop simple.....	200 —

Une cuillerée à soupe deux fois par jour.

4° S'il n'y a pas de syphilis:

Iodure potassium.....	10 grammes
Chloral.....	4 —
Ext. thébaïque.....	40 centigr.
Eau distillée.....	300 grammes

Deux cuillerées à soupe par jour.

5° Tous les huit jours, injections de sérum gélatiné à 2 % (stérilisé à l'autoclave à 115°). Injecter d'abord 40 c.c., puis, 80 et 100, jusqu'à concurrence de 40 injections.

6° Contre la douleur: contention de la poche anévrysmale par une épaisse couche d'ouate, et enfin, morphine.

7° Contre la dyspnée: ventouses scarifiées.

8° *Contre l'hypertension:*

Solution alcoolique de trinitrine au centième.	XXX gouttes
Eau distillée.....	300 c. c.

Deux cuillerées à soupe par jour.

9° *Contre les hémoptysies:*

Chlorure Calcium.....	4 grammes
Sirop opium.....	30 —
Eau distillée.....	120 —

A prendre dans les 24 heures.

L'EXPOSE D'UN PLAN DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU CANADA (1)

Par Madame FIEDLER
Déléguée du Gouvernement français.

Il me faut vraiment de la témérité pour venir ici, moi, étrangère et de passage seulement, vous faire l'exposé d'un plan de lutte contre la tuberculose au Canada. Voici la raison de cette témérité :

Depuis 2 ans sur le sol américain en mission officielle du gouvernement français, comme je l'ai été dans différents pays d'Europe pour de près y étudier la lutte contre la tuberculose, plusieurs mois de séjour au Canada, m'ont permis de me rendre compte des ravages croissants, des ravages terribles, des ravages innombrables de la tuberculose dans votre beau pays et n'est-ce

(1) Travail lu devant " la ligue antituberculeuse de Montréal " en séance publique.

pas notre devoir à tous de tâcher de pallier aux maux qui frappent l'humanité, sous quelle latitude, dans quel pays que ce soit, le bien n'ayant pas de nationalité, ne connaissant pas de frontière.

Mais, n'est-ce pas ici un peu terre française ? C'est à ce double titre et c'est pour cette raison que j'ai le courage, la témérité enfin de vous entretenir de ce sujet résultant de mes nombreuses enquêtes et de longues années d'assistance sociale. Vous avez certainement au Canada 35 associations, 12 sanatoria et 4 dispensaires destinés au traitement des tuberculeux.

Or, bien que ces créations représentent une somme de généreux effets, leur nombre restreint n'en témoigne pas moins que la lutte contre la tuberculose se trouve engagée fort imparfaitement au Canada. À ce fléau, qui ravage votre territoire dans toute son étendue, et annuellement fait mourir plus de cent mille personnes, aucune défense organisée systématiquement n'a été opposée et comme ni programme déterminé ni plan tracé à l'avance ne sont suivis, la défense n'a pu se généraliser méthodiquement et régulièrement. Aussi reste-t-il trop de régions, trop de provinces, trop de villes où le péril tuberculeux est combattu incomplètement, insuffisamment ou même point du tout.

Les façons et moyens de lutter contre la tuberculose chez les nations des deux continents ont été mis en éclatante lumière par le récent congrès international de la tuberculose de Washington. À la suite de ces comparaisons des leçons et des conclusions ont été tirées à la face du monde civilisé. Tandis que dans cette joute humanitaire, des documents, résultats, statistiques ont fait placer les États-Unis et l'Allemagne, aux premiers rangs — le Canada en a occupé un des moindres.

Pourquoi ce contraste, pourquoi cette infériorité. Alors que les principes sur lesquels on se base pour lutter contre la tuberculose sont identiques dans tous les pays, il est évident que les moyens employés pour en faire l'application devraient être au Canada les mêmes que chez vos voisins des États-Unis.

Pourquoi surtout, puisque vos médecins, vos spécialistes, et leurs nombreux et remarquables travaux sont tenus en honneur dans le monde de la science et y font autorité ?

Nul n'ignore aujourd'hui que parmi les maladies qui chaque jour menacent la vie humaine, on n'en connaît pas de plus mortelle que la tuberculose. C'est bien lorsque l'homme peut le

plus utilement contribuer à la prospérité commune qu'il en est frappé, puisque c'est de 20 à 40 ans qu'elle présente son maximum de fréquence. La proportion effrayante de cette mortalité laisse deviner toutes les conséquences des ravages exercés au Canada par ce fléau qui de préférence vient tuer l'homme ou la femme en pleine période productive, pendant les belles années de son rendement social. Et fait curieux et pénible à la fois, alors que dans le reste du monde, la mortalité tuberculeuse sévit surtout dans les régions de la misère, aggravée par l'alcoolisme et surtout dans les centres industriels ou maritimes et toujours parmi la classe la plus pauvre, au Canada la tuberculose frappe ses coups redoutables partout, et peu de familles se trouvent aujourd'hui indemnes de la visite de cette peste blanche.

Si nous consultons les statistiques de la mortalité tuberculeuse, les tableaux sont saisissants. Et alors que la mortalité tuberculeuse augmente à vue d'œil chez vous, ces dernières années, elle diminue aux États-Unis, elle diminue en Allemagne, elle diminue en Angleterre, elle diminue au Danemark, elle diminue en France.

Les écarts entre ces mortalités des différents pays et le vôtre qui logiquement ne pourront que s'accroître davantage d'année en année, si vous n'y mettez énergiquement halte ces écarts de mortalité, dis-je, sont les bornes indicatrices marquant les résultats des mesures prises dans les pays à la tête du mouvement et le vôtre et ceux de l'insouciance et, permettez-moi le dire de l'impardonnable indolence qui jusqu'à ces derniers temps me paraît avoir régné chez vous. Vous êtes trop longtemps restés sourds aux cris d'alarme répétés et êtes restés indifférents aux avis pressants et motivés des médecins qui à eux seuls ne peuvent endiguer le courant dévastateur.

Que la tuberculose soit contagieuse et soit curable surtout aux stades de début, est un fait universellement reconnu. Il s'agit donc de guérir le plus grand nombre possible de tuberculeux au début de la maladie et alors non-contagieux afin de diminuer celui des maladies arrivées à un degré contagieux et diminuer par cela même le nombre des nouvelles infections. Les Sanatoriums sont les institutions où l'on traite ces tuberculeux du 1er degré par l'aération continue, le repos physique et moral et la suralimentation, et où leur guérison est assurée. On y met scientifiquement à

profit les moyens naturels toujours à notre portée : l'air, le soleil et l'eau.

Combien avez-vous de Sanatoriums au Canada, 14 Sanatoriums et combien de Sanatoriums gratuits pour les vaincus de la vie ? Aucun !

Je vous laisse à tous le soin d'apprécier ces chiffres, résultats de mes enquêtes. Et cependant tout le monde n'est-il pas d'accord sur l'absolue nécessité de ne plus laisser les tuberculeux indigents à l'abandon. Mais il faut reconnaître qu'en dehors de l'Angleterre, des États-Unis, de la Suisse et de l'Allemagne nulle part un système rationnel d'ensemble pour cette assistance spéciale n'a encore été établi.

L'empire Allemand, le premier a compris l'intérêt social et l'intérêt économique considérables qu'il y a à soigner ses phtisiques avant qu'ils soient incurables. La conséquence logique de cette sorte de socialisme d'État, mis en pratique il y a 26 ans, s'est traduit par la création d'un armement anti-tuberculeux complet.

Ce système spécial d'assistance a acquis une importance exceptionnelle en Allemagne parce que organisé d'une façon rigoureuse, on y a tenu compte de tous les éléments du problème : assister les tuberculeux indigents, isoler les tuberculeux contagieux, guérir les tuberculeux curables. L'ensemble du problème y a été pris en considération. L'État n'a pas entrepris d'être le médecin de ses tuberculeux, mais par sa législation sociale, qui comprend les lois d'assistance publique qui assurent les soins médicaux et un secours monayé à tous les nécessiteux, et par ses lois d'assurances ouvrières, qui les garantissent également dans des conditions déterminées, l'État Allemand a permis de guérir ses phtisiques et de les protéger.

En Allemagne, plus que tout, la science est en honneur. On s'est appuyé uniquement sur elle, après avoir reconnu qu'elle est bien la réelle source et doit être le guide de tous les progrès sociaux quels soient.

Au Canada, comme en France on la néglige trop, la voix de la science, la voix des médecins cependant retentissante, pour demander à la politique surtout les améliorations sociales. Dans ces conditions, ce sont les intérêts des politiciens qui sont servis avant les intérêts populaires.

Dans le plan de défense et d'assistance tuberculeuse allemande,

que je considère unique et modèle, il s'agit non-seulement d'un devoir humanitaire et social mais aussi d'un système économique, destiné à sauvegarder la vie des individus, regardés comme forces dans l'Etat. Le programme des opérations stratégiques a été nettement tracé pour la campagne antituberculeuse et des armes de combat y ont été forgées pour les mener à bien.

En voici le faisceau :

Les Sanatorias, le Comité Central pour la construction des Sanatorias, les œuvres de Sanatoria, les stations agricoles, les stations de convalescence, les maisons de convalescence, les asiles pour tuberculeux incurables, les dispensaires, la propagande de l'idée, la diffusion de la connaissance du danger tuberculeux, les règlements de police d'hygiène publique, et tout ce qui améliore la condition sociale et matérielle de l'ouvrier, maisons ouvrières, jardins ouvriers, bains populaires, colonies de vacances.

Les buts sont : *guérir, éviter* et tenir au complet les arsenaux de défense et d'attaque.

Les tables de mortalité, c'est-à-dire la notable diminution de la tuberculose d'année en année a montré le bénéfice du plan méthodiquement et pratiquement organisé de lutte contre la tuberculose.

Mais une telle levée en masse nécessite une organisation spéciale. La régularisation et ce mouvement s'imposa afin de le canaliser.

On constitua donc un Comité Central dont la mission consista à centraliser les efforts, à les diriger, à les faciliter.

La situation étant dès lors nettement définie. Les associations de prévention ou d'assistance tuberculeuse continueraient leur œuvre comme auparavant et le Comité Central serait leur point d'attache.

Voilà donc un nouvel instrument d'assistance aux tuberculeux, en fonctionnement. Et de quelle importance car il laisse les initiatives et les charges à chaque association tout en les rattachant à un point central d'où leur vient l'impulsion et la vie. Ce ralliement des forces en faisant concourir parallèlement au même but en explique facilement la prodigieuse vigueur.

Voilà le nœud vital de la question de la lutte contre la tuberculose. Au Canada : un Comité Central à fonder.

Et c'est pour cela qu'en montrant comment fut constitué le Comité Central Allemand, je voudrais montrer la voie à suivre ici

pour sûrement canaliser les efforts et les bonnes volontés et avec succès tracer un plan de lutte contre la tuberculose au Canada et la combattre efficacement.

Le Comité Central Allemand est composé d'environ 4 mille membres : délégués des communes, délégués des institutions d'assurance, des caisses d'épargne, de médecins, d'économistes, de philanthropes — ayant un président et un secrétaire général. Ce dernier est le Prof. Paunwitz que vous avez entendu à Montréal, le 12 octobre dernier.

Le Comité Central Allemand fut le vrai point de départ de la lutte sans merci engagée contre le péril tuberculeux en Allemagne.

Le Comité Central n'a pas la charge d'ériger des Sanatoriums qui lui soient propres. Là n'est point son but.

Sa mission consiste à encourager, à activer leur création, à aider à trouver des fonds, à provoquer des subventions de la part des administrations locales ou commerciales, des patrons, des chefs d'entreprises et des personnes charitables, à les compléter au besoin et à veiller à ce que le budget des dépenses soit assuré, à susciter des continuelles améliorations, à y apporter par l'application des procédés les plus modernes de construction, d'aménagement ou de traitement que les progrès de la science sans cesse font surgir.

Ce Comité Central réunit en outre documents, observations, statistiques et l'on y trouve renseignements, plans, projets de construction préparés à l'avance, indications précises et même des médecins directeurs ou médecins assistants infirmiers et infirmières pour institutions pour tuberculeux. Tout y est fait systématiquement avec l'unique souci que les secours soient à la hauteur de la nécessité.

Et qui pourroit au budget de dépenses d'un tel instrument de lutte pourrait-on me demander ?

Oh, c'est bien simple, chaque membre, soit collectif, soit particulier, paie une cotisation annuelle, taxée suivant l'un ou l'autre cas. Les provinces, les villes, sont sujettes à une taxe de \$100 à \$200.00, les associations à une taxe moindre, les industriels ou chefs d'entreprises à une taxe et les particuliers à \$5.00 par an.

D'où il est possible de se rendre compte combien les charges ainsi partagées par un si grand nombre sont faciles à supporter et

d'autre part combien le budget pourrait être considérable au Canada et aisé à constituer pour la fondation et le fonctionnement de ce Comité Central, véritable ministère non politique de lutte contre la tuberculose.

J'ajoute non politique, puisque ses membres appartiendraient à tous les partis, à toutes les factions unies dans le bien avec un intérêt unique, un seul but : lutter contre la tuberculose, le fléau dévastateur des foyers, de tous les foyers canadiens.

Le Comité Central Canadien aurait donc à pousser à la fondation des dispensaires en nombre suffisant dans chaque ville, chaque village, chaque hameau pour y faire la sélection des malades et les y traiter jusqu'au moment de leur admission dans des établissements correspondants à leur degré de maladie, puis à pousser à la fondation de preventatoriums pour les débiles, les délicates et convalescents, ces candidats à la tuberculose, qui sans traitement préventif deviennent sûrement et fatalement la proie de la tuberculose.

Le Comité Central Canadien aurait à s'occuper ensuite des Sanatoriums pour les tuberculeux, mais les tuberculeux guérissables, de même qu'à pousser à la fondation d'hôpitaux spéciaux pour tuberculeux non admissibles dans les Sanatoriums. Le Comité Central aurait enfin à s'occuper de la fondation d'asiles pour tuberculeux incurables afin d'éviter la création de foyers, de nids à tuberculose.

La question de fournir à leur sortie aux pensionnaires des Sanatoriums une occupation appropriée à leur état et à leurs forces est aussi des plus importantes.

Des Sanatoriums de transition, sortes de stations agricoles avec travail en plein air ont été avec succès essayés en Allemagne et permettent d'y sûrement consolider la guérison des cures sanatoriales.

Dans ces stations employés sous la direction d'un ingénieur agronome, les tuberculeux guéris ou bien en voie de guérison sont placés sous un contrôle médical. Les individus mariés y sont admis en ménage avec femme et enfants. Les produits du sol servent à l'alimentation des convalescents et de leur famille et au paiement en nature de leur salaire.

En outre, l'été des colonies volantes de malades entièrement rétablis sont mis à la disposition des grands propriétaires terriens,

ce qui donne à ces malades un salaire en argent venant augmenter celui en nature reçu l'hiver.

Voilà, je crois, une indication pour ce qu'il y aurait vraiment à tenter au Canada, où l'agriculture est en honneur, où la science agricole est si avancée et où tant de territoires restent encore à défricher et à mettre en valeur.

Je voudrais vous signaler encore un autre genre d'institutions, les Sanatoriums de jour, comme il en existe en Allemagne et appelés les Erhoshlungslällea et aux États-Unis, " Day Camps " Les day camps placés dans la périphérie des grandes villes donnent aux malades en voie de guérison la facilité d'y respirer l'air pur depuis le matin jusqu'au soir, soit étendus sur des couchettes au milieu des forêts, soit en cas de mauvais temps sous des abris ouverts.

A New-York, des bateaux Sanatoriums, établis dans cette même idée y rendent les mêmes services.

Certes, les forêts, les lacs et les fleuves abondent au Canada. Et il en coûterait si peu d'y établir les " Days Camps " ou ces bateaux sanatoriums pour les pré-tuberculeux ou les convalescents, autrement appelables *candidats à la tuberculose*.

En lisant dans les colonnes d'un journal de Montréal le généreux don du colonel Burland, pour bâtir un dispensaire modèle à Montréal, j'ai pensé immédiatement, mais pourquoi n'établirait-on pas sur le roof du bâtiment un sanatorium de jour tel qu'il est question de l'établir à New-York sur le bâtiment de la clinique Vanderbilt. Idée toute américaine, elle pourrait ce me semble être utilisée au Canada et rendrait ainsi les services plus nombreux reçus par les hôpitaux ou les dispensaires pour tuberculeux et de la sorte viendrait diminuer les frais de construction et d'établissement.

Les institutions de lutte contre la tuberculose que nous avons passées en revue jouent un rôle considérable, mais la propagande de l'idée n'en joue pas un moindre, par La Presse, des conférences publiques d'hygiène ordinaire, d'hygiène générale et d'hygiène anti-tuberculeuse. Les docteurs Dubé, de Montréal, et tant d'autres se sont dévoués à cette cause au Canada, mais il faudrait que ces conférences se généralisent bien davantage et se fassent partout montrant avec projections à l'appui et les ravages de la tuber-

culose et les moyens de l'enrôler en insistant sur la nécessité de l'air pur, la nécessité de l'aération des demeures même par des froids rigoureux, car rien n'assainit autant que l'air des neiges. Il est un fait certain que l'ignorance des notions les plus élémentaires d'hygiène est une des causes principales de la propagation de la tuberculose dans les campagnes canadiennes, là où elle devrait ne jamais avoir élu domicile.

Des sociétés de préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire devraient surgir partout, sur toute la vaste étendue du Dominion, y créer des centres d'action avec des conférenciers chargés de l'instruction théorique et pratique relative aux soins à donner aux malades après qu'on leur a enseigné ce qu'il faut faire pour ne point le devenir.

Des conseils imprimés, des brochures distribuées au sein des familles, dans les fabriques, dans les écoles, partout complèteraient cette œuvre de propagande — par le livre, le journal, la parole.

J'ai parlé de la propagande par l'école — l'école, cette pépinière du pays. Mais c'est à l'école déjà que la tuberculose compte d'innombrables proies. Le Dr Trudeau le grand Trudeau me racontait qu'à New-York il avait examiné les enfants de plusieurs écoles publiques, 50 p. c. des enfants étaient frappés de tuberculose. Il m'a été affirmé qu'à Montréal le chiffre était au moins aussi considérable, si ce n'est plus. Une réforme s'impose, s'impose absolument. L'examen médical des enfants, l'examen médical des maîtres d'écoles et des maîtresses d'école par un spécialiste de la tuberculose et l'obligation à cette inspection par une loi d'hygiène publique, car un maître tuberculeux dans la classe et dans le dortoir contamine les enfants qui lui sont confiés, de même que les enfants tuberculeux contaminent leurs camarades de classe et de dortoirs aussi que ses maîtres ou maîtresses.

C'est donc en commençant à l'école et par l'école que vous pouvez déjà efficacement lutter contre la tuberculose, en en éloignant les tuberculeux, en leur donnant les soins nécessaires et l'instruction antituberculeuse.

C'est pour cette catégorie de malades qu'ont été créées en Allemagne et en France les écoles en forêts.

Je viens de vous parler de lois à proposer pour la sauvegarde de l'enfance à l'école et je voudrais terminer en vous montrant la nécessité d'une loi, celle de déclaration obligatoire de tous cas

de tuberculose par le médecin traitant et par la famille ou le représentant ou même l'employé du malade tuberculeux. On éviterait de la sorte plus facilement le danger de la contamination en augmentant la responsabilité du médecin la responsabilité de la famille et celle du patron, du malade.

La statistique, les chiffres effrayants ainsi mis en lumière ouvrirait les yeux endormis et montreraient le péril tuberculeux au Canada, ce péril qui m'a terrifié. Une des raisons ainsi de la croissance du péril est que l'on s'adresse au médecin trop tard, lorsque le malade est perdu ou tout au moins à un stade avancé de la phthisie. C'est à cause de cette remarque que l'éducation antituberculeuse s'impose et qu'il faut apprendre au public que un rhume, une bronchite sont souvent le début de la tuberculose et que l'anémie est presque toujours l'antichambre de la tuberculose.

Ah, je pourrais m'étendre bien longtemps encore sur ce sujet de la lutte contre la tuberculose qui est devenue la raison d'être même de ma vie.

Je termine, cependant, avec l'espoir, avec le désir vif et vraiment ardent que les quelques suggestions présentées puissent aider des esprits d'initiative généreuse et patriotique, à systématiquement et méthodiquement établir un plan de défense et de lutte contre la tuberculose au Canada par un Comité Central et des lois de préservation sociale. J'ajouterai même que si mon concours était utile pour donner des renseignements complémentaires pour la Constitution d'un Comité Central au Canada et aider à sa mise sur pied et sa mise en fonctionnement, je serais du plus profond de mon cœur heureuse d'y contribuer.

Et je terminerai maintenant en vous faisant l'exposé d'une idée soumise déjà aux promoteurs de la lutte contre la tuberculose à Montréal, à ces hommes de science et de cœur, et ces femmes de bien auxquels vous redeviez cette instructive exposition dont l'organisation est si parfaite et si complète et auxquels vous devez le concours des hommes de science antituberculeuse qui viennent d'un peu partout le jour et le soir aider à vous instruire dans vos nouveaux devoirs vis-à-vis de votre famille et vis-à-vis de votre pays qui lui est la grande famille canadienne.

C'est donc forte du soutien moral de vos célèbres et dévoués mé-

decins, de vos admirables philanthropes, c'est donc forte de leur appui et de leur encouragement que je viens vous soumettre l'idée, cette idée si chère que je caresse pour la province de Québec d'abord, en désirant qu'elle fasse ensuite son chemin dans vos autres provinces.

Cette idée est la fondation d'un sanatorium, d'un Preventatorium pour mieux dire, institué d'après un plan de fonctionnement tout nouveau et qui me paraît devoir répondre aux exigences et aux conditions actuelles.

Il s'agit donc de la fondation, dans les montagnes Laurentiennes d'un Sanatorium pour les cas de début de la tuberculose, pour ceux que l'on est certain de guérir et d'empêcher de grossir l'armée des incurables et de former de nouveaux foyers tuberculeux.

La construction et le fonctionnement d'un établissement de ce genre sont toujours choses fort onéreuses — et c'est ce qui souvent fait reculer — et voici justement la nouveauté de l'idée, de cette idée qui m'est devenue si chère pour vous et que je vais vous exposer :

Faire supporter les frais de construction et de fonctionnement par toutes les associations ou corporations intéressées et annihiler ainsi la difficulté financière.

Il s'agirait d'abord de la construction d'un pavillon central, où se trouveraient les services administratifs, l'office du médecin, la pharmacie, la cuisine, la salle à manger, le salon, la bibliothèque, en un mot tout ce qui constitue l'ensemble du service d'administration.

Ce pavillon coûterait 20,000 dollars seulement, à demander au gouvernement fédéral ou au gouvernement provincial ou à toute âme généreuse heureuse de contribuer à un tel édifice de salubrité publique. Les 20,000 dollars suffisent amplement non seulement à la construction de ce pavillon, mais à tous les frais de premier établissement et d'aménagement même dans les moindres détails.

Autour de ce pavillon central d'administration se grouperaient des petits pavillons, et voilà le nouveau de l'idée, de petits pavillons appartenant chacun à une ville, à une corporation ou une association différente qui chacune en supporterait les frais de construction et d'aménagement, frais qui ne sauraient s'élever à plus de 4,000 dollars par pavillon pour 10 personnes.

L'on demanderait à la ville de Montréal, par exemple, la con-

tribution de 4,000 dollars pour la construction d'un pavillon qui lui serait propre pour ses malades pré-tuberculeux ou tuberculeux du 1er degré. L'on ferait de même pour la ville de Québec et autres villes. L'on demanderait au Pacific Canadien 4,000 dollars pour la construction d'un pavillon pour ses employés tuberculeux. L'on ferait la même demande au Grand Tronc, aux compagnies de tramways, aux compagnies de navigation. L'on ferait encore de même auprès des associations financières, auprès des grandes banques, auprès des industries textiles, auprès des compagnies minières pour leurs employés, auprès des sociétés de secours mutuels, auprès des associations religieuses, auprès du Ministre de l'Instruction Publique pour les maîtres et maîtresses tuberculeux de ses écoles et pour les élèves tuberculeux des écoles.

L'on aurait de cette façon un nombre toujours croissant de pavillons, c'est-à-dire de petits sanatoriums de 10 lits chacun au prix de coût de 4,000 dollars, chose impossible à réaliser sans cette idée de pavillon central pour les services généraux. Tout en coûtant si peu, ces pavillons répondraient cependant aux exigences et seraient établis suivant les règles et le confort le plus moderne exigible dans les sanatoriums modèles, tel celui de Saranack Lake fondé par le Dr Trudeau.

Une fois ce sanatorium établi, vous pourrez me demander : et comment trouver les fonds pour le faire marcher.

La question me semble bien simple à résoudre. Chaque pavillon devra non seulement porter le nom de l'association fondatrice, mais abriter seulement les malades envoyés par cette association, qu'elle soit municipale, financière, industrielle, religieuse ou autre. Et c'est cette association qui devra être responsable du prix de semaine de 4 à 6 dollars à fixer pour le malade — prix payé par le malade lui-même, par ses répondants.

Voici l'idée de la fondation que je rêve pour vous, exposée dans ses grandes lignes, idée que je verrai avec bonheur germer et se réaliser sur votre terre généreuse et pour laquelle je demande l'appui et le concours de tous. Je place cette idée sous le patronage de la commission régale, sous le patronage de la ligue antituberculeuse de Montréal, sous le patronage des universités de votre ville, sous la patronage des sociétés médicales de votre ville et en allant la semaine prochaine à Québec où l'on m'a demandé d'aider à la diffusion de l'idée de lutte contre la tuberculose, je la placerais

sous l'égide de l'Honorable Monsieur Gouin et du gouvernement provincial.

Oui, j'ai à cœur d'aider de toutes mes forces à la fondation de cette nouvelle arme de lutte contre la tuberculose, car mon cœur a été serré et étreint à la constatation du péril tuberculeux qui fauche et toujours plus profondément fauche votre beau sol, ce sol Canadien que j'ai appris à aimer.

L'on dit toujours : Ce que femme veut, Dieu le veut. Soyez donc tous et chacun de vous en particulier des bras divins et contribuez tous, et chacun, sûrement, vous le pouvez, tout au moins, par la diffusion de l'idée, contribuez donc tous, je vous en prie, au nom de tous les tuberculeux d'aujourd'hui et de demain, qui tous ont leurs vies entre vos mains, contribuez à l'érection d'un sanatorium corporatif qui permettra à la Province de Québec et à la ville de Montréal d'ouvrir une voie nouvelle dans la lutte contre la tuberculose.

LE SECRET MEDICAL

Par M. G. MARSAN

avocat, professeur en droit commercial, de Montreal.

(Suite.)

II.

Le sage ne doit avoir d'autre
gardien de son secret que lui-même.

GUIZOT.

Longtemps l'on a restreint l'obligation du secret aux "confidences" proprement dites. Mais il était deux manières de comprendre cette notion. Un vieil auteur enseigna d'abord que le secret portait seulement sur les faits volontairement dévoilés oralement au médecin par le client lui-même. Cette doctrine n'a jamais fait école, ni obtenu l'adhésion de la jurisprudence; et l'opinion unanime admet depuis longtemps que le médecin doit taire les faits dont le secret importe au malade, sans distinguer entre les confidences orales du client et les constatations dues aux seules lumières du médecin. L'industrie professionnelle de celui-ci lui

fera naturellement découvrir seul des choses ignorées du malade, ou même cachées par lui. Le client tremblerait sans cesse à la peur d'une découverte de ce genre, et renoncerait souvent à demander un médecin près de lui, s'il n'était sûr de sa discrétion sur les secrets qu'il apprendra tout seul. On avait tenté de perfectionner cette théorie en admettant que, si l'obligation du secret englobe les constatations spontanément faites par le médecin, c'est à la condition que le malade lui ait formellement demandé le silence.

C'était un formalisme bien étroit et bien peu raisonnable. Comment imposer, en effet, aux personnes accablées par la maladie la charge de recommander le secret au médecin ! D'ailleurs, si pareille recommandation a pu être autrefois dans les mœurs, on la trouverait aujourd'hui singulièrement choquante et parfaitement déplacée. Nos usages ne s'y prêtent nullement. Jurisprudence et doctrine sont donc d'accord pour admettre, à côté des confidences, des faits secrets par leur seule nature.

Il n'est pas nécessaire, dit M. Hémar (1), précisément au sujet du médecin, que le fait ait été expressément confié à titre de secret. Toute confiance du malade, étant le résultat de la nécessité où il se trouve d'invoquer le secours de la science, est présumée faite sous le sceau du secret. C'est ce que la doctrine qualifie de *secret nécessaire*. Ainsi que l'a dit M. l'avocat général Que-neault (affaire Saint-Pair) : "Entre la malade et son médecin les confidences sur les causes de la maladie sont forcées, puisqu'elles peuvent seules mettre sur la voie de la guérison. Le dépôt des secrets du malade dans la conscience du médecin est donc un dépôt nécessaire."

III

Le secret médical oblige toutes les personnes que leur profession rend confidents nécessaires des secrets des malades. En France, toutes les personnes qui exercent légalement l'art de guérir : les médecins, chirurgiens, officiers de santé, dentistes, sages-femmes, pharmaciens, entrent dans cette catégorie ; dans cette province, si nous nous en tenons au texte même du code de procédure (art. 332) et des statuts refondus (art. 395a), il n'y a que les médecins, l'aviseur religieux ou légal et le fonctionnaire de l'État qui

(1) Annales d'hygiène publique de médecine légale, 1868.

ne puissent être contraints de déclarer ce qui leur a été révélé à raison de leur caractère professionnel.

L'article 3995a des statuts refondus, qui permet au médecin de ne pas révéler ce qui lui a été révélé confidentiellement, est loin d'être aussi explicite que l'article 378 du code pénal français, qui astreint au silence " toute personne dépositaire par état ou profession des secrets qu'on lui confie," de telle sorte que la jurisprudence française n'a jamais hésité à comprendre dans cette formule générale des personnes dont la loi ne parlait pourtant pas formellement, savoir: les avocats, les notaires, les ministres des divers cultes, les dentistes, les directeurs de maternité, les commissaires de police, etc.

Commentant l'article du code de procédure français qui correspond à l'article 332 du code de procédure de cette province, Garsonnet, dans son traité de Procédure, dit:

" Sont exceptées en partie de ces dispositions, c'est-à-dire sont tenues de comparaitre et de prêter serment, mais non de déposer, les personnes qui sont astreintes au secret professionnel, et qui ne pourraient le trahir sans manquer à un *devoir de conscience* et sans commettre en même temps le délit prévu par l'article 378 du code pénal. Tels sont, aux termes de cet article, les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens et sages-femmes, les confesseurs, magistrats, notaires, avoués, avocats, agréés près les tribunaux de commerce, membres des tribunaux d'assistance judiciaire et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession des secrets qu'on leur confie." 3 Garsonnet, Proc. par. 833.

En France, depuis 1810, le secret médical constitue donc une *obligation légale* tandis que dans cette province la loi de 1907 ne fait que créer un *privilege* en faveur des médecins; comme *obligation professionnelle*, le secret médical remonte cependant aux temps les plus reculés.

Les arrêts de la Cour de Cassation rapportés dans Sirey, 1901, forment le dernier terme d'une longue évolution qui a déterminé progressivement la nature assignée par la jurisprudence aux devoirs du secret professionnel qu'impose aux médecins le code pénal. Elle est arrivée à lui donner un caractère absolu, et ces arrêts admettent cette conséquence: ni en matière civile, ni en ma-

tière répressive, le médecin ne doit être reçu à témoigner sur des faits qu'il n'a connus que par l'exercice de sa profession, et si, en fait, son témoignage a été reçu et recueilli, les juges n'en doivent tenir aucun compte et l'écarter des débats : juridiquement, il n'existe pas.

Dans cette province, les lois actuellement en force ne justifieraient pas une jurisprudence aussi absolue.

IV

Il ne serait pas exact de dire que le secret professionnel n'est violé que lorsque la révélation est de nature à entacher l'honneur ou à compromettre la considération des personnes ; on peut cependant admettre que la divulgation d'un fait indifférent, quoique confidentiellement communiqué, ne constituerait point de délit. C'est ainsi qu'un médecin a le droit de dire que tel de ses clients est atteint de bronchite, diphtérie ou fièvre typhoïde, car ce sont des maux que les intéressés avouent tous les jours. Au contraire, dès que l'intérêt du malade exige le silence, commence l'obligation du secret pour le médecin.

Deux décisions rendues en France, dans des espèces voisines l'une de l'autre, relativement aux administrations des hôpitaux, marquent nettement cette opposition. Dans les deux cas l'on demandait d'attester l'admission d'un malade à l'hôpital. Dans le premier, comme il s'agissait d'un hôpital où les indigents étaient soignées pour toutes sortes de maladies, la Cour déclara que le secret n'était pas engagé. (Cass., 16 mars 1893, S. 93. 1. 280). Dans le second, où il s'agissait de l'admission d'une femme dans une maternité, la Cour jugea au contraire que le directeur devait se taire. (Cass., 14 mars 1895, Pand. fr., 95. 1. 163 ; S. 95. 1. 375.)

D'après un arrêt de la Cour de Cassation, le médecin ne peut même pas dire qu'il a été consulté, s'il en doit résulter la divulgation d'un secret. (Cass., 10 mai 1900. Sirey, 1901, 1. 161.)

D'après le professeur Brouardel, les éléments constitutifs du secret médical portent sur la nature de la maladie, le pronostic et les circonstances spéciales qui l'accompagnent. M. Brouardel prétend que le silence doit toujours être gardé, même lorsqu'il s'agit de maladies n'ayant rien de secret ; car c'est à cette condi-

tion seule que le silence ne sera jamais interprété dans un sens défavorable. Le savant médecin se place ici à un point de vue de déontologie médicale que le législateur ne semble pas avoir envisagé.

Il reste donc admis que, si le médecin n'est pas toujours astreint à une obligation légale, il est moralement tenu à la discrétion.

Il y a des faits qui peuvent venir à la connaissance du médecin à l'occasion de l'exercice de sa profession, qu'il ne connaît que parce que, comme médecin, il est entré dans la maison, mais qui n'ont pas de rapport avec le malade ou la maladie, qui sont extramédicaux; tels sont les scènes ou dissensions de famille ou de ménage, arrangements pécuniaires ou discussions d'intérêts entre parents, confection ou révocation de testaments, recommandations verbales des mourants à leur entourage, etc.

La révélation de ces faits est-elle permise? Les auteurs français sont divisés sur la question, mais la Cour de Cassation paraît étendre le secret même aux constatations de cet ordre, ce qui est conforme à la tradition de l'ancien droit. (Sirey, 1886, 1. 86.)

“ Il arrive parfois,” dit Brouardel, “ que le médecin se trouve être témoin de scènes de violences entre un mari et sa femme, ou l'une des parties se plaint à lui, une action en séparation, en divorce survient, et l'on demande le témoignage du médecin. Que doit-il faire? Il doit garder le secret et ne s'en laisser relever par aucune des parties, ainsi que l'a jugé la Cour de Caen, au sujet des poursuites intentées, non contre un médecin, mais contre l'abbé Pierre Fay, desservant à Pont-Farcy (Calvados), qui, cité comme témoin dans une affaire de tentative de meurtre par un mari jaloux, avait été condamné à 100 francs d'amende pour s'être refusé à déposer de ce qu'il pouvait avoir appris par les confidences de la femme du prévenu (même en dehors de la confession). La Cour a proclamé, non pas que le prêtre pouvait ne pas révéler, mais qu'il devait ne pas révéler le secret auquel il était tenu par l'article 378 du code pénal.”

V

Le silence quant aux secrets du malade s'impose-t-il aux personnes à qui les médecins les auraient communiqués? Sans parler de celles à qui il les révèle par simple indiscrétion, et qui certai-

nement en répétant la confidence deviendraient complice de sa faute, il est plusieurs catégories de personnes qui reçoivent légitimement communication des secrets du malade, spécialement celles de son entourage qui lui donnent leurs soins, les membres de sa famille, et certains représentants de l'autorité publique.

Ces derniers doivent nécessairement garder un secret dont ils sont eux-mêmes dépositaires à raison de leur état ou profession. Ainsi les maires, les préfets et les employés de leurs bureaux doivent faire les déclarations des cas de maladies transmissibles que les médecins sont légalement tenus de leur faire.

Le juge Langelier, dans son traité sur la preuve, commentant l'article 332 du code de procédure civile, à l'effet que le témoin ne peut être contraint de déclarer ce qui lui a été révélé confidentiellement, dit ce qui suit :

“ A qui est donnée cette protection ? D'abord à l'avocat ; en second lieu, au ministre du culte. Les avocats ne sont pas obligés de dire ce qui s'est passé entre eux et leurs clients dans l'exercice de leur profession. Ils n'ont même pas le droit de le déclarer sans le consentement de ces clients. Cela s'étend, non seulement à ce que leur ont dit leurs clients, mais aux documents qui peuvent leur avoir été communiqués par eux, et à ce qu'eux-mêmes peuvent leur avoir dit. Cela s'étend aussi à ce qui leur a été dit ou communiqué par d'autres personnes de la part de leurs clients.

Mais il y a diverses exceptions à cette règle.

“ L'avocat ne peut être forcé de déclarer ce qui s'est passé entre lui et son client dans leurs relations professionnelles ; mais le client lui-même, si c'est lui qui est entendu comme témoin, peut-il être forcé de le dévoiler ? Ou bien jouit-il de la même immunité que l'avocat ? Il faut dire aujourd'hui que, dans tous les cas où l'avocat pourrait refuser de répondre, le client lui-même le peut aussi. Pendant longtemps on avait donné moins d'étendue à l'immunité du client qu'à celle de l'avocat, mais, depuis la décision de lord Selborne dans la cause de *Minet vs. Morgan*, la doctrine contraire est admise comme étant la loi.

“ Même le clerc d'un avocat ne doit pas dire ce qui est venu à sa connaissance, et que son patron devrait refuser de dire. L'interprète employé entre l'avocat et son client est exempté de répondre.

“ Du moment que les conditions de l’immunité ont existé, l’avocat doit refuser de répondre quand même il aurait cessé d’agir pour son client, quand même il serait devenu intéressé dans l’affaire au sujet de laquelle il a été consulté.

“ Le privilège de l’avocat, de ne pas répondre, est plutôt le privilège de son client que son privilège à lui. En conséquence, il n’a pas droit d’y renoncer, et son client peut y renoncer et le mettre ainsi dans la nécessité de répondre.” 16 R. L., 22.

“ Les termes de l’article 332 devraient même, je crois, chez nous, faire étendre le privilège dont il s’agit à la personne qui, sans avoir été admise à l’exercice de la profession d’avocat ou de notaire, est dans l’habitude de donner des consultations. Car, en Angleterre, où l’on se montre si difficile sur l’extension de ce privilège, on l’accorde à un individu auquel des confidences ont été faites, par ce qu’on le croyait erronément avocat.

Langelier; de la preuve, nos 823, 827, 829, 831, 832, 834.

Il va de soi que ce que le juge Langelier dit de l’aviseur légal s’étend aux autres confidents nécessaires mentionnés dans le code de procédure civile, à l’article 332; les mêmes commentaires s’appliquent aux médecins depuis le statut 7 Ed. VII, ch. 43, sect. 11, en vigueur depuis le premier septembre 1907.

(A suivre.)

REVUE GENERALE

CHAMBRES D’ENFANTS (1)

La chambre d’enfants doit être particulièrement salubre durant les six premières années (maximum de la tuberculose dans le jeune âge). Elle doit être vaste, l’enfant éliminant proportionnellement plus d’acide carbonique que l’adulte (au moins 25 mètres cubes par enfant); la profondeur excèdera la hauteur de l’étage; elle sera bien exposée au sud, sud-est ou sud-ouest, et non au nord (en France). Elle doit être lumineuse et aérée; la surface

(1) Par E. LESNÉ, Médecin des Hôpitaux de Paris.

de la fenêtre ne sera pas moindre que le tiers de la surface du parquet; les chambres mansardées et les chambres en sous-sol seront d'une prohibées, de même que celles sur petite cour fermée. En été, la fenêtre sera continuellement ouverte; en hiver, l'aération se fera par une chambre voisine.

Il y aura autant que possible, à côté de la chambre à coucher, une chambre de jeu avec grande fenêtre et balcon, la chambre à coucher ne devant contenir que le mobilier de nuit; cette chambre sera plus tard la chambre de travail. Les enfants ne doivent pas dormir dans les chambres où ils se tiennent dans la journée; il ne faut pas faire sécher le linge et le vêtement des enfants dans leur chambre à coucher; et surtout il ne faut pas y conserver de linge sale.

Si la chambre de l'enfant n'est pas très vaste, la personne chargée de le surveiller doit coucher dans la chambre voisine, de façon à le voir par la porte de communication; il est, en effet, de toute nécessité que l'enfant ait le plus d'air possible.

Le plancher de la chambre d'enfants sera recouvert d'un linoléum qu'on pourra laver ou d'un tapis cloué qui sera nettoyé par le vide et non à l'aide d'un balai. Les murs seront de couleur claire, bleue ou verte, ces couleurs étant celles que l'œil supporte le plus facilement, ou seront tapissés d'un papier portant des figures, des animaux, etc., des sujets gais et intéressant l'enfant.

La température de la chambre d'enfants doit être de 15 à 18 degrés. En été, les fenêtres ouvertes matin et soir et les stores permettront de maintenir cette température. En hiver, il faudra réchauffer la pièce. Les meilleurs procédés de chauffage sont le feu de bois qui ventile et ne dessèche pas l'atmosphère ou encore le chauffage à la vapeur ou à l'eau chaude, hygiénique et pratique. Pour prévenir les accidents, les fenêtres seront grillagées et la cheminée entourée elle-même d'un grillage.

L'éclairage artificiel sera l'électricité ou la bougie dont la combustion laisse dans l'air moins de produits nuisibles que le pétrole ou le gaz. Il faut proscrire les veilleuses qui vicient l'air et en général tout éclairage continu de nuit qui donne à l'enfant la mauvaise habitude de ne plus pouvoir s'en passer.

L'ameublement de la chambre d'enfants sera aussi simple que possible, les meubles supprimant de la place et présentant certains

dangers à cause des chutes. Les chaises seront basses pour que l'enfant n'ait pas les jambes pendantes.

Le nourrisson ne couchera jamais dans le lit de ses parents : il y respirerait un air vicié et la mère pourrait l'étouffer pendant son sommeil, accident encore malheureusement trop fréquent.

Les rideaux aux fenêtres sont indispensables pour préserver du grand jour et du soleil ; mais, en dehors d'eux, il n'y aura ni tentures, ni même de rideaux au lit.

Le nouveau-né sera couché dans un berceau métallique haut sur pieds, bien stable et immobile, car il ne faudra pas donner à l'enfant l'habitude d'être bercé avant de s'endormir. La corbeille en osier ne pourra servir de berceau que pendant le jour, l'enfant étant très surveillé afin d'éviter l'approche des animaux qui pourraient effrayer l'enfant.

Le petit lit métallique, toujours nécessaire un peu plus tard, pourra du reste fort bien remplacer le berceau du nouveau-né ; les côtés seront élevés pour empêcher l'enfant de tomber ; on pourra même le recouvrir d'un filet de sûreté fixé à une flèche. Le berceau ou le lit seront placés de telle sorte que la lumière arrive non latéralement, mais de face.

- La literie du berceau comprendra un matelas de crin de cheval, de varech ou de balles d'avoine, un oreiller peu élevé en crin. Sous le drap un imperméable. Une ou deux couvertures de laine et un édrédon, suivant la saison, compléteront la literie (1). Le tout sera toujours rigoureusement propre. La literie de l'enfant plus âgé sera la même que chez l'adulte. Les fillettes seront couchées sur des matelas un peu fermes, la tête peu élevée, surtout si elles ont tendance à la scoliose.

Le médecin doit défendre de laisser coucher plusieurs enfants ensemble ou des enfants avec des adultes ; le coucher en commun est contraire à l'hygiène et à la morale.



DE L'ASSOCIATION DE LA SCARLATINE ET DE LA ROUGEOLE CHEZ L'ENFANT (1)

Les fièvres éruptives sont parfois associées ; l'association de la scarlatine et de la rougeole est une des plus importantes, en raison du pronostic qu'elle comporte et de la gravité toute spéciale de la rougeole survenant peu après la scarlatine.

Fréquente il y a quelques années, avant les mesures de prophylaxie hospitalière dues aux efforts de Grancher, de Sevestre, de Hutinel, etc., l'association de la scarlatine et de la rougeole est devenue beaucoup moins commune. Ce ne sont toutefois pas les cas de contagion hospitalière qui donnent naissance aux associations les plus typiques. C'est à l'école, lorsque la rougeole et la scarlatine se vissent simultanément, que les enfants peuvent à la fois contracter les deux affections ; de même, certaines agglomérations d'enfants, telles que les consultations externes des hôpitaux, peuvent, malgré toutes les précautions prises, favoriser cette double contamination.

La contagion simultanée entraîne l'apparition des deux maladies à des intervalles différents. L'incubation de la scarlatine, plus courte, amène l'apparition des premiers symptômes de cette maladie quelques jours avant l'invasion de la rougeole, réalisant de type à pronostic plus particulièrement grave.

Lorsqu'au contraire c'est lors de son entrée à l'hôpital pour rougeole ou pour scarlatine que l'enfant contracte par contagion celle des deux fièvres éruptives à laquelle il avait jusqu'alors échappé, l'intervalle qui sépare les deux maladies est ordinairement assez grand pour que leur influence réciproque soit peu marquée ; toutefois si c'est la scarlatine qui survient la seconde, en raison même de la courte incubation, elle peut modifier l'évolution de la rougeole antérieure.

Il est enfin des cas dont la source étiologique est difficile à préciser, où il y a non simultanéité de contagion, mais simultanéité d'éruption ; ce ne sont pas, contrairement à ce que l'on pourrait croire, les plus graves.

Nous avons pu observer tous ces exemples d'association morbide ; nous les avons groupés en trois chapitres : rougeole antérieure à la scarlatine et rougeole simultanées, scarlatine antérieure à la rougeole à bref ou long intervalle.

(1) Par P. Lereboullet, médecin des hôpitaux, dans la *Revue française de Médecine et de Chirurgie*, de Paris.

* * *

I. — Lorsque *la scarlatine est secondaire à la rougeole*, le plus souvent l'évolution de l'une et l'autre affection n'est guère modifiée ; la rougeole évolue pour son compte, la scarlatine survenant poursuit de même son évolution propre. Toutefois si la rougeole ne modifie guère l'allure de la scarlatine secondaire, celle-ci paraît susceptible de renforcer les complications de la rougeole si cette dernière affection en a provoqué. Un de nos cas concernait un enfant de 2 ans et demi dont la rougeole fut compliquée de broncho-pneumonie ; la scarlatine survenue quinze jours plus tard amena une reprise des phénomènes broncho-pulmonaires qui entraînent la mort en trois jours. Dans un autre cas, concernant également un enfant de 2 ans et demi, la rougeole était à la période de convalescence lorsque la scarlatine apparut : des suppurations multiples et de retour des phénomènes broncho-pulmonaires montrèrent que la seconde maladie avait amené une recrudescence des phénomènes infectieux ; la guérison survint. Dans deux autres cas, la scarlatine survenue au cours d'une broncho-pneumonie post-rubéolique ne paraît pas en avoir modifié l'évolution. Dans un dernier fait, les deux affections évoluèrent normalement, sans complications. Si donc la scarlatine secondaire à la rougeole aggrave le pronostic dans certains cas, cette aggravation n'est pas constante et le plus souvent le pronostic est celui de l'une ou l'autre maladie envisagée en elle-même en dehors de toute association.

II. — Lorsque *la rougeole et la scarlatine apparaissent simultanément*, l'éruption mixte peut présenter quelques caractères spéciaux, donnant lieu à certaines difficultés de diagnostic ; des complications secondaires peuvent survenir, dues à l'une ou l'autre affection (otite et broncho-pneumonie dans un de nos cas) ; il ne semble pas toutefois que l'allure des deux maladies soit modifiée du fait de leur apparition simultanée, à en juger du moins par les trois cas qui servent de base à notre étude, et dans lesquels la guérison est régulièrement survenue.

III. — Il n'en est plus de même quand *la scarlatine précède la rougeole à quelques jours d'intervalle*. L'évolution se trouve alors modifiée. Dans cinq cas, la rougeole, survenue secondairement à la scarlatine et peu de jours après, a été une *rougeole grave vite compliquée de broncho-pneumonie mortelle*. Les cas sont super-

posables : un enfant entre à l'hôpital avec une éruption de scarlatine plus ou moins qui s'atténue en même temps que la fièvre descend, lorsque, trois, quatre ou six jours après l'apparition de la scarlatine, la rougeole se manifeste par son catarrhe prémonitoire, puis par son éruption. Très rapidement après l'éruption, la dyspnée et les signes physiques joints à la fièvre élevée indiquent l'apparition d'une broncho-pneumonie qui augmente rapidement et la mort survient en deux ou trois jours ; aux symptômes pulmonaires s'associent parfois, comme dans un de nos cas, des signes d'infection générale vraisemblablement streptococcique. L'autopsie révèle ordinairement des lésions de broncho-pneumonie disséminées.

La mort n'est toutefois pas fatale ; à nos cinq cas qui furent suivis de mort, s'en opposent quatre autres, dans lesquels, en dépit de certaines complications, la guérison survint avec ou sans phénomènes broncho-pulmonaires surajoutés.

IV. — Lorsque *la scarlatine précède la rougeole à long intervalle*, le pronostic est communément beaucoup moins sombre. La scarlatine traitée, la gorge désinfectée, les conséquences de la rougeole secondaire sont moins terribles et nous avons vu un assez grand nombre de cas de scarlatine compliqués de rougeole au cours de convalescence suivis de guérison. A quatre faits de cet ordre, nous devons toutefois en opposer un, dans lequel la mort survint, mais cela s'explique aisément : une fillette de 5 ans, entrée pour scarlatine aux Enfants-Assistés, fit secondairement deux poussées d'érythème infectieux à tendance purpurique avec état général grave et c'est au cours de la deuxième de ces poussées qu'éclata la rougeole ; elle entraîna une broncho-pneumonie avec troubles laryngés, associés très vraisemblablement au stropococque, la mort survint du fait des accidents laryngés.

Ce cas, malgré l'apparition tardive de la rougeole, en raison même de l'érythème survenu au déclin de la scarlatine, se rapproche de ceux où cette dernière infection n'est séparée que par quelques jours de la rougeole.

* * *

L'ensemble des faits montre nettement que de toutes les variétés d'association, *la plus grave est celle où l'on voit la scarlatine ne précéder la rougeole que de quelques jours* ; lorsqu'au contraire les exanthèmes apparaissent simultanément, ou inversement sont

séparés par un long intervalle, le pronostic ne paraît pas influencé directement par cette association. Quelle explication en donner ? Doit-on, avec Grancher, conclure que " la gravité de l'épidémie double... et aussi l'individualité du malade sont des éléments de pronostic autrement importants et sérieux que l'ordre de succession des deux pyrexies en présence " ?

Si une telle conclusion est en partie justifiée pour les cas où les éruptions se succèdent à long intervalle, il n'en est pas de même, semble-t-il, pour les cas où la scarlatine précède du peu la rougeole ; dans ces cas, il y a bien quelque chose de particulier propre à cette association. La scarlatine, on le sait, modifie profondément la virulence du milieu buccal ; le streptocoque existe à l'état virulent dans la gorge dès le début de l'affection et il y reste longtemps, agent effectif de la part des complications. La rougeole, de son côté, doit sa gravité aux infections secondaires qui viennent si souvent la compliquer et notamment aux infections broncho-pulmonaires ; lorsqu'elle survient chez un scarlatineux et que le catarrhe bronchique se développe alors que la gorge est un foyer streptococcique virulent, l'infection bronchique descendante est réalisée d'autant plus facilement qu'il s'agit là d'une auto-infection secondaire ne nécessitant nullement l'intervention de germes venus du dehors ; une broncho-pneumonie disséminée en est ordinairement la conséquence ; elle est la cause habituelle de la mort de scarlatine avec rougeole secondaire survenue rapidement. Le seul cas de mort après rougeole tardive observé par nous confirme cette règle, puisque dans ce cas la persistance de l'infection streptococcique semblait prouvée par les symptômes observés. Ce qui fait donc la gravité de la rougeole secondaire à la scarlatine, c'est la facilité avec laquelle se réalise la broncho-pneumonie descendante à la faveur de la surinfection du milieu buccal. Lorsque la rougeole ne survient qu'à long intervalle, la gorge a le plus souvent repris, soit naturellement, soit du fait des lavages répétés, un état bactérien normal ; la rougeole secondaire a dès lors sa gravité propre, s'accompagne ou non de complications suivant les cas, mais ne paraît pas influencée par la scarlatine antérieure.

Si la scarlatine succède, au contraire, à la rougeole, elle n'exerce sur elle aucune influence, lorsque tout catarrhe broncho-pulmonaire a disparu ; il est toutefois des cas où les complications broncho-pulmonaires poststrubéoliques sont encore en évolution ; dans

ces cas, la scarlatine peut en augmenter la gravité ; elle agit alors en tant qu'infection secondaire venant aggraver ou réveiller une infection antérieure non terminée.

* * *

Les diverses associations dont nous avons dit pronostic variable s'expliquent ainsi facilement. De ces notions peuvent se dégager quelques conclusions pratiques.

L'isolement hospitalier, surtout lors de l'entrée des malades, l'existence d'un service de douteux, l'organisation mieux réglée des consultations externes, permettront chaque jour mieux de réduire le nombre des contagions secondaires, sans pouvoir toutefois supprimer complètement les faits d'association par contagion simultanée, les plus graves.

La désinfection de la gorge des enfants malades par lavages répétés, telle qu'on le fait de plus en plus, même en dehors de la scarlatine, s'impose avec une rigueur d'autant plus grande qu'elle peut permettre d'éviter, dans une large mesure, les complications broncho-pulmonaires de la rougeole, lorsque celle-ci survient secondairement.

Dès l'apparition de l'exanthème rubéolique, l'isolement de l'enfant dans une chambre spéciale est nécessaire, moins encore pour soustraire les autres enfants à la contagion que pour protéger le malade lui-même contre d'autres infections exogènes, et l'emploi précoce des moyens thérapeutiques dirigés contre les broncho-pneumonies, avant même que des symptômes marqués se soient montrés peut permettre d'atténuer les conséquences souvent graves de l'association scarlatine-rubéolique.

L'attention du médecin doit, dans ces cas, être d'emblée attirée sur la possibilité d'une broncho-pneumonie secondaire à évolution rapide et il peut être ainsi mieux armé pour agir.

L'étude des faits montre donc une fois de plus que les infections combinées, dont les exemples sont si fréquents dans l'enfance, ne sont pas graves seulement du fait de la virulence de chacune d'elles, ou du terrain sur lequel elles se développent. Leur ordre de succession peut avoir son importance, et c'est parce que l'association de la scarlatine et de la rougeole met bien en lumière l'influence néfaste de l'infection scarlatineuse sur la rougeole et ses complications qu'il nous a semblé utile de préciser ici ses caractères.

ACTUALITES

L'EXPOSITION ANTI-TUBERCULEUSE A MONTREAL

(18-29 novembre 1908)

La Ligue Anti-tuberculeuse de Montréal vient s'affirmer dans l'opinion publique, par l'organisation d'une exposition anti-tuberculeuse, la première du genre tenue au Canada.

Cette Ligue, dirigée par des médecins et des hommes d'affaires des deux langues, existe depuis quelques années et je conseille à ceux qui en entendent parler pour la première fois, de lire les rapports qu'elle publie annuellement depuis sa fondation. Le nombre de malades traités au dispensaire va augmentant chaque année. De même le travail de l'inspecteur de la Ligue devient de plus en plus ardu d'année en année par suite des visites faites à domicile pour distribuer des crachoirs, des œufs, etc., ou pour surveiller la désinfection qu'il réussit à imposer aux familles. Les pauvres malades envoyés à la campagne lorsqu'ils sont guérissables ou chez les *Incurables* pendant les dernières semaines de leur vie augmentent plus que ne le voudraient les finances de l'Association.

L'exposition que vient de visiter un public intéressé, a demandé des sacrifices d'argent et beaucoup de travail de la part des membres de la Ligue et particulièrement du Docteur Fraser B. Gurd, secrétaire du Comité d'organisation, présidé par M. le Docteur Adami. Les choses qu'on voyait dans les salles de l'auditorium étaient propres à frapper l'esprit des visiteurs, jeunes et vieux.

La Ligue s'est attachée surtout à instruire les jeunes enfants de nos écoles et elle y a réussi, grâce à l'amabilité du Bureau de direction de la compagnie des Tramways, et de son gérant, M. D. McDonald.

Six mille écoliers et écolières ont été gratuitement transportés en tramways, des écoles et couvents jusqu'à la salle d'inspection. Plus de cinq mille enfants ont pu faire ce voyage à pied. Il a fallu beaucoup de patience pour organiser l'arrivée et le départ de chaque groupe d'élèves. Plusieurs médecins se sont dévoués à la bonne cause, en faisant une courte conférence à chaque groupe visiteur. Tous les grands élèves des écoles dirigés par les Reli-

gieux et Religieuses, par les Instituteurs et Institutrices laïques de notre ville ont visité l'exposition.

Les grandes maisons d'éducation, telles que Villa-Maria, Mont Ste-Marie, Outremont, Lachine, etc., ont envoyé leurs élèves et leurs religieuses institutrices. Les collèges du Mont St-Louis, de Loyola, Ste-Marie, de Montréal, les séminaires de philosophie et de théologie et l'école normale Jacques-Cartier ont également accepté l'invitation de la Ligue anti-tuberculeuse.

Nous en espérons les plus beaux et les plus consolants effets pour tout de suite, et pour plus tard. Jamais, autrefois les élèves de nos écoles, collèges et couvents n'avaient une telle occasion de s'instruire avec de telles leçons de chose.

Toute cette jeunesse qui pousse emportera enfouies dans sa mémoire, quelques-unes des sentences qu'elle a entendues à la salle des conférences, de même qu'elle se rappellera quelques-uns des tableaux statistiques, images, ou pièces pathologiques exposés dans les salles de l'exposition.

Parmi les adultes qui ont visité l'exposition bien peu, peut-être, ont dû changer leur manière de penser et de se conduire vis-à-vis la tuberculose et nous nous y attendions, puisque nous savons que les préjugés de toutes sortes sont anérés dans les cerveaux adultes de notre époque et que, pas plus nous, médecins que les autres n'arriverons à les faire disparaître. Nous sommes toujours heureux de saluer l'adulte qui ajoute foi aux enseignements de l'hygiène, et qui nous seconde dans notre lutte, mais nous dédaignons d'entreprendre une croisade contre ceux qui en rient et nous traitent de trouble-fête — c'est pure perte de temps. Aussi nous dirigeons nos efforts vers les jeunes -- les adultes de demain.

La Ligue anti-tuberculeuse a distribué des milliers de cathéchismes anti-tuberculeux dans toutes les écoles. Nous demandons tous les jours la création de cours d'hygiène dans les écoles, pensionnats, et ces cours commencent à s'organiser. Les organisateurs de l'exposition actuelle ont eu en vue l'éducation hygiénique des jeunes, et elle y a réussi amplement, grâce au concours apporté par nos maisons d'éducation et de notre commission scolaire. Dans cette dernière corporation nous avons particulièrement apprécié le travail de nos amis le Dr J. P. Décarie, l'un des commissaires, et de M. Perreault, le très intelligent directeur des écoles.

Les élèves de nos Écoles Normales, nos futurs instituteurs laï-

ques ont entendu et vu des choses qui, nous en sommes certains, les engageront à tenir tête aux municipalités et aux commissions scolaires qui n'entendent rien aux choses de l'hygiène et n'en veulent pas dans leurs écoles.

Lorsque les enfants de nos écoles seront à leur tour députés, conseillers municipaux, notaires, avocats, hauts financiers et petits négociants, instituteurs dans les hautes maisons d'éducation ou à l'école primaire, lorsque l'ouvrier, le cultivateur de 1930 entendront parler de l'hygiène de l'habitation, de l'école, de l'usine, etc., ils comprendront tous et feront d'emblée ce que leurs prédécesseurs d'aujourd'hui ne veulent ni entendre, ni faire.

Un peuple instruit accepte des mesures d'hygiène, même lorsqu'elles lui imposent des sacrifices d'argent et lui causent des ennuis ; il faut les faire accepter par la force à une population ignorante. Soyons convaincus d'une chose, c'est que nos gouvernements ne feront jamais rien qui puissent froisser l'électorat qui les maintient au pouvoir ! C'est donc à nous d'instruire les électeurs — *pas ceux d'aujourd'hui, il est trop tard* — mais ceux de demain, car ils sont encore à l'âge où ils ont foi en ceux qui les enseignent.

J. E. DUBÉ.

RAPPORT ANNUEL DU SECRETAIRE DE LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL, 1908.

M. le président,

Messieurs,

La " Société Médicale de Montréal," grâce au zèle de ses membres, a vu se continuer en 1908 l'ère de progrès, dans laquelle elle s'était engagée ces années dernières et qui permet d'espérer beaucoup de son efficacité dans l'avenir.

Elle a tenu 16 séances avec une assistance moyenne de 28 membres.

Tandis qu'en 1907, vingt-neuf communications avaient été faites à la société ; 43 sujets divers ont occupé les séances de 1908. Ils se repartissent comme suit :

Huit malades ont été présentés :

Par M. MARIEN :

- 1° Conjonctivôme à tissus multiples.
- 2° Monstre double vivant (autositaire et parasitaire).

Par M. St-JACQUES :

- ° Volumineuse tumeur du cou.
- 2° Un cas d'ithyose.

Par M. BOULET :

Mélano-sarcôme récidivant de la conjonctive.

Par M. O. F. MERCIER :

Un cas de néoplasme de l'estomac traité par la pylorectomie.

Par M. LASNIER :

- 1° Épithélioma de la face guéri par la radiothérapie.
- 2° Nævus de la figure guéri par les rayons X.

Quatorze pièces anatomiques ont soulevé des discussions intéressantes :

Par M. MARIEN :

- 1° Volumineuse vésicule biliaire kystique et calculuse.
- 2° Sarco-épithéliôme de l'ovaire.
- 3° Obstruction des voies biliaires par lithiase hépatique et vésiculaire.
- 4° Pièces parasitaires enlevées à un enfant vivant, présenté à la société.

Par M. St-JACQUES :

- 1° Rupture complète du rein.
- 2° Hydronéphrose aiguë par tumeur rénale.
- 3° Grossesse tubaire rupturée.

Par M. DE MARTIGNY :

- 1° Un utérus fibromateux avec chou-fleur du col.
- 2° Kyste papillaire de l'ovaire.
- 3° Un fœtus anencéphale.
- 4° Tumeur végétante de l'ovaire.

Par M. O. F. MERCIER :

Volumineux sarcôme du rein.

Par M. LEBEL :

Tumeur bulbo-prostaterantielle.

Par M. LATREILLE :

Anévrisme de l'aorte ouvert dans l'œsophage.

Vingt-et-un mémoires et rapports ont été lus sur des sujets divers :

Par M. VALIN :

- 1° Régimes diététiques généraux.
- 2° Régimes des fiévreux et des convalescents.
- 3° Régimes alimentaires chez les dyspeptiques.

Par M. ROY :

- 1° Autoplastie de la face pour un épithélioma des paupières.
- 2° Fibrome calcifiant de l'orbite.

Par M. L. PARISEAU :

Le sommeil électrique.

Par M. LESAGE :

- 1° L'Ophthalmo-réaction au point de vue médico-légal.
- 2° Rétrécissement mitral pur et tuberculeuse pulmonaire.

Par M. LASNIER :

Epithélioma de la face et radiothérapie.

Par M. RHÉACME :

Un cas d'entéro-anastomose.

Par M. BENOIT :

Un cas d'hémorragie cérébelleuse.

Par M. BOURGOIN :

- 1° Vomissements nerveux et boulimie.
- 2° La ponction lombaire, sa technique, ses indications.

Par M. ST-JACQUES :

Kyste et dégénérescence polykystique du rein.
Le congrès de Washington.

Par M. HINGSTON :

"Spirochaete pallida," agent étiologique de la syphilis.

Par M. DE MARTIGNY :

Cancer de l'utérus

Par M. le professeur FOURCHER :

Un cas de gliôme intra lural du nerf optique.

Par M. DE COTRET :

Grossesse triple diagnostiquée un mois avant l'accouchement.

Par M. ARCHIBALD :

Les adhérences intestinales. (Recherches expérimentales sur leurs causes et sur les moyens de les prévenir.)

Par M. LATREILLE :

Etiologie et pathogénie des anévrismes de l'aorte.

Fidèle à ses traditions, la société a continué de lutter le bon combat ; les questions d'hygiène publique et d'intérêts professionnels ont toujours figuré en tête de ses travaux. C'est ainsi que, pour compléter l'admirable travail accompli par la " commission du bon lait " nommée en 1907, et pour en assurer les bons résultats, le rapport de cette commission a été imprimé à un millier d'exemplaires dont des centaines ont déjà été distribués aux autorités fédérales, provinciales, municipales, scolaires, etc.

De plus une délégation composée de MM. LeSage, Marien, Masson, Dagenais a été envoyée à Québec pour appuyer une demande du bureau d'hygiène, au gouvernement provincial, à l'effet de nommer des inspecteurs de lait. Nos délégués sont revenus avec les meilleures espérances quant aux résultats de leur mission !

Le mois dernier, la " ligue pour la prévention de la tuberculose " rendait hommage au prestige de la *Société Médicale* et à l'influence qu'elle exerce dans les milieux canadiens-français, en lui demandant de prendre sous ses auspices une des plus importantes conférences qui ont été données durant son exposition de " l'Auditorium. " M. LeSage qui présidait en cette circonstance expliqua que la vulgarisation de l'hygiène, poursuivie par la ligue faisait partie du programme de la Société et dit combien celle-ci était heureuse de collaborer à la réalisation d'un but aussi élevé.

COMMISSIONS

La société a nommé cinq commissions spéciales chargées d'étudier des sujets importants :

LE 18 FÉVRIER 1908 :

Commission pour s'enquérir du mode d'admission des malades pauvres dans les hôpitaux et les dispensaires, et du meilleur moyen de prévenir le traitement gratuit des malades, susceptibles de payer des honoraires à leur médecin.

COMMISSAIRES : MM. Boulet, Rhéaume, Décarie, Ethier et Hébert.

LE 18 FÉVRIER 1908 :

Commission pour étudier un code de déontologie dans le but de régler les rapports professionnels qui doivent exister entre le médecin de famille et le chirurgien ou le spécialiste consultant, etc.

COMMISSAIRES : MM. Marien, O. F. Mercier, Boucher, Boulet et St-Jacques.

LE 17 MARS 1908 :

Commission pour étudier le fonctionnement actuel de l'inspection médicale des écoles et des modifications que l'on fait actuellement subir à ce service de l'hygiène municipale et spécialement sur la présence et les fonctions des gardes-malades dans ce service.

COMMISSAIRES : MM. Boucher, Bourgoïn, Gagnon, Boulet et Laberge.

LE 23 AVRIL 1908 :

Commission chargée de rédiger certaines formules hygiéniques ayant rapport à des pratiques journalières de l'enfance.

COMMISSAIRES : MM. Guérin, Bruneau, Benoit St-Jacques, Verner.

LE 21 OCTOBRE 1908 :

Commission pour étudier le projet de loi répondant l'acte médical par rapport aux rôlements qui devront être faits.

COMMISSAIRES : MM. Valin, Dérôme, Marien, St-Jacques et Cléroux.

Nous avons le regret de constater que, de ce côté, le travail n'a pas été plus généreux que celui des commissions nommées en 1907 et que, sous ce rapport, l'œuvre de la Société est restée *statu quo*.

Une seule commission a fait rapport et nous avons le devoir d'adresser les remerciements de la Société à la commission formée le 23 avril 1908. Le rapport de MM. Guérin, Bruneau, Benoit, St-Jacques et Verner, adopté par la *Société Médicale*, a été accepté par la commission scolaire et il est maintenant imprimé dans les cahiers et les livres de ce corps public.

Nous osons espérer que des raisons sérieuses ont retardé le travail des autres commissions et que bientôt, lorsqu'elles seront reformées, ces dernières seront en mesure de nous soumettre leurs conclusions.

NOUVEAUX MEMBRES :

L'œuvre de la Société et l'intérêt de ses séances lui attirent chaque jour de nouvelles sympathies et de nouvelles adhésions parmi les travailleurs de notre profession. Cette année 12 nouveaux membres sont venus grossir nos rangs et porter le nombre des sociétaires à 136. Ce sont MM. A. Tétrault, R. Dunnont, W.

Dérôme, M. Lefebvre, H. Gervais, R. Hébert, F. A. Fleury, J. B. Prince, E. Latreille, Geo. Martin, A. St-Pierre et A. Mireault.

Nous faisons des vœux pour que le recrutement se fasse encore plus activement et pour que les 5 ou 600 médecins de Montréal fournissent un contingent plus considérable à la *Société Médicale* de Montréal.

Il n'y a pas, à notre sens, de mode de recrutement plus effectif que l'intérêt que l'on pourra donner aux séances, par le nombre et la valeur des communications et par la variété des sujets étudiés, et nous profitons de l'occasion pour faire un appel pressant à tous et à chacun des membres. Il est parmi nous des représentants de toutes les spécialités et de toutes les branches de la médecine ; il semble que ce serait donner de l'efficacité à nos travaux que d'insérer, au programme d'une même séance, des sujets appartenant à la chirurgie, à la médecine aux spécialités, et susceptibles d'attirer chacun un petit nombre d'auditeurs.

On nous a souvent avoué que les séances laissaient indifférents un bon nombre de collègues, à cause que les communications d'ordre chirurgical y prennent trop de place. La remarque est juste mais le remède est très facile ! Qu nos collègues médecins prennent, sur le programme, la part qui leur appartient, et MM. les chirurgiens seront bien forcés de la leur abandonner.

Quant à nous, nous avons toujours orienté nos efforts dans ce sens mais nous nous sommes trouvés dans la nécessité bi-mensuelle de remplir des "ordres du jour," et nous avouons que parfois nous avons été forcés de combler des vides en faisant appel à MM. les chirurgiens.

Quoiqu'il en soit de ces remarques, nous devons à la justice de rendre hommage au zèle déployé d'une façon générale et d'adresser à tous nos plus sincères remerciements pour leur travail d'hier, et d'exprimer les espérances que nous fondons sur les collaborations de demain.

RAPPORTS AVEC LES SOCIÉTÉS SŒURS.

La société a continué d'entretenir les meilleures relations avec les sociétés sœurs du pays et de l'étranger. C'est ainsi que, pour répondre courtoises invitations, elle s'est fait représenter au 4e congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord tenu à Québec en juillet, — au congrès de l'Association améri-

eaine de laryngologie tenu à Montréal, — et au congrès international de la tuberculose tenu à Washington. Nous avons le plaisir de vous dire qu'en ces occasions, nos représentants ont été traités avec tous les égards possibles.

Enfin Messieurs un heureux événement est venu réjouir le cœur des membres de la Société et a fait réjaillir, sur celle-ci, un éclat inaccoutumé.

En septembre dernier la Société avait l'honneur de recevoir, comme ses hôtes, le doyen de la faculté de médecine de Paris, accompagné de plusieurs maîtres, dont le professeur Arlonif de Lyon, et d'une nombreuse phalange de confrères français ; à cette occasion elle a donné une fête dont le succès lui fait honneur. Ces visiteurs ont laissé Montréal, sous le charme de sentiments sincères, et ont conservé, de la Société Médicale, le meilleur souvenir.

L'élection de décembre a apporté quelques changements dans le bureau, pour l'année 1909.

M. le président LeSage — dont le terme d'office finit le 31 décembre — a été remplacé par M. le vice-président Parizeau, M. St-Jacques étant appelé à la Vice-présidence.

M. L. Verner, dans l'office de secrétaire adjoint, succède à M. Dion à qui ses occupations ne permettent pas d'occuper ce poste pour l'année prochaine.

A ceux qui s'en vont, nous offrons le témoignage ému de notre reconnaissance pour l'aide et les conseils qu'ils nous ont donnés.

Que M. LeSage veuille bien accepter nos remerciements pour la courtoisie avec laquelle il nous a toujours traité, et pour l'expérience éclairée qu'il a généreusement mise à notre disposition, et qui nous a rendu si facile notre collaboration à l'œuvre de la Société.

Nous prions M. Dion de croire que nous garderons de son passage au secrétariat, le meilleur souvenir, et nous lui exprimons tous les regrets que nous éprouvons de son départ.

A MM. Parizeau, St-Jacques et Verner nous sommes heureux de souhaiter la plus cordiale bienvenue. Nous croyons que la sage direction que M. le président saura continuer aux affaires de la Société, la conduira toujours vers le progrès et le succès.

Quant à nous qui restons, Messieurs, l'honneur que nous faites d'une réélection au secrétariat, nous oblige a beaucoup de recon-

naissance et de gratitude. Nous croyons que le meilleur gage que nous vous en puissions donner, sera de nous consacrer, plus activement encore, à l'œuvre que vous ambitionnez tous, à savoir, le succès de la " Société Médicale de Montréal."

B. G. BOURGEOIS,
Secrétaire.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 3 novembre 1908

Présidence de M. LESAGE

PIÈCES PATHOLOGIQUES

M. le docteur Lebel, assistant à la clinique de l'Hôtel-Dieu, fait passer dans l'assistance, un cerveau d'aspect macroscopique normal mais présentant, sur la face antérieure de la protubérance, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, laquelle comprime la partie supérieure du bulbe.

L'observation, accompagnant cette pièce, est forcément très incomplète, la malade n'ayant séjourné que quelques heures dans le service, et son état de demi-conscience n'a pas permis au Dr Lebel de se renseigner davantage. L'asthénie généralisée et les troubles de la sensibilité semblent avoir été les symptômes les plus manifestes.

Cette pièce fera d'ailleurs le sujet d'une communication avec histoire complète par M. le docteur Lasalle qui a eu la malade sous ses soins pendant quelques semaines.

DISCUSSION.

M. ST-JACQUES, à propos de ce cas, fait remarquer combien il serait désirable que les médecins qui dirigent sur les hôpitaux des malades inconscients ou comateux, les fassent accompagner de quelques notes cliniques sur l'évolution antérieure de l'affection, notes destinées à orienter le diagnostic immédiat du clinicien.

M. MARIEN, exaltant les progrès accomplis par la chirurgie contemporaine, et, en particulier, par la chirurgie du crâne, rappelle qu'aujourd'hui, grâce aux larges crâniectomies que l'on peut pratiquer sans inconvénient, les parties profondes et même les organes de la base du cerveau sont accessibles au chirurgien.

M. ASSELIN croit qu'en raison de son volume, la tumeur actuelle originait de la protubérance, parce que les tumeurs du bulbe ont la spécialité de faire mourir précocement, en comprimant de bonne heure les centres bulbaires du voisinage.

M. DUFRESNE dit avoir vu opérer trois cas de tumeurs de la base cérébrale dans un service parisien bien coté, et que tous trois sont morts. Les résultats ne semblent pas, en conséquence, très encourageants, pour les tumeurs basilaires du moins.

Les conclusions qui semblent se dégager de la discussion sont qu'en présence d'une tumeur cérébrale supposée, il est recommandable d'établir d'abord l'état de la papille oculaire, par un bon examen ophtalmoscopique, puis de faire une trépanation décompressive qui procure beaucoup de soulagement aux phénomènes douloureux.

Si la localisation de la tumeur est exactement établie et d'accès possible, il est permis de tenter une trépanation radicale.

M. ST-JACQUES présente les pièces d'une *grossesse tubaire droite rupturée*. La malade avait été traitée, il y a 4 ans, pour paramétrite suppurée et avait vidé, par sa fausse iliaque droite, un abcès du ligament large.

M. BOUCHER, à propos de la communication faite à la dernière séance par M. de Martigny, touchant les modifications proposées à l'acte médical, explique que ce projet de loi a été définitivement accepté par le *Bureau des Gouverneurs* et n'attend plus, pour entrer en vigueur, què la confirmation et la sanction de la Législature.

En conséquence, la commission nommée par la Société Médicale n'aura pas à étudier ce projet de loi, en vue d'y apporter des modifications nouvelles, mais au point de vue des règlements qui pourront être faits d'après cette loi.

M. ST JACQUES, au nom du comité de la "Ligue pour la prévention de la tuberculose," invite la Société à prendre sous ses

auspices une conférence organisée par cette ligue et qui sera donnée le lundi, 23 novembre prochain. L'invitation est acceptée avec empressement.

Sur la recommandation de M. le président, il est reconnu que la Société Médicale doit appuyer la demande adressée par la ligue anti-tuberculeuse au gouvernement de Québec, à l'effet qu'une commission royale soit nommée avec instructions de collecter des statistiques, d'établir les ravages causés par la tuberculose dans la province, de rechercher les moyens de les diminuer et de faire rapport au gouvernement.

Le secrétaire est autorisé à écrire au premier-ministre dans ce sens.

M. ST-JACQUES, de retour du Congrès International de la tuberculose à Washington, donne une très intéressante causerie sur le fonctionnement de ce congrès et sur les conclusions qui ont été formulées à la suite des discussions auxquelles a été soumis le "problème tuberculeux" sous ses différents aspects.

B. G. BOURGEOIS.

Séance du 17 novembre 1908

Présidence de M. LESAGE

M. LE PRÉSIDENT, dès l'ouverture de la séance, rappelle que l'exposition de la ligue anti-tuberculeuse sera ouverte, par le Gouverneur-Général, le mercredi, 4 novembre, à 4 heures du soir et engage les membres à s'y rendre en aussi grand nombre que possible. Il les invite aussi à assister à la conférence donnée par le professeur Knopf, sous les auspices de la Société Médicale, dans les salles de l'exposition, le 23 novembre prochain.

M. ARCHIBALD, "*Les adhérences péritonéales et leur prévention*", ayant remarqué la fréquence des adhérences qui se produisent dans le ventre à la suite des interventions chirurgicales, a entrepris, il y a quelques années, des recherches expérimentales en vue d'étudier ce problème, l'un des plus embarrassant de la chirurgie contemporaine. Ce sont les résultats de ce travail de longue haleine que M. Archibald nous communique.

Après avoir établi que *l'action infectieuse*, beaucoup plus que *l'action mécanique*, est la cause de ces adhérences, il s'est occupé de leur prévention au moyen de substances isolantes.

Ayant constaté microscopiquement la présence de microbes dans les adhérences, à la suite d'opérations menées avec la plus scrupuleuse asepticité, il croit pouvoir émettre l'opinion que ces germes ont été apportés dans le foyer adhérentiel par les leucocytes et qu'ils sont, par conséquent, un résultat phagocytaire.

CONCLUSIONS

M. Archibald formule les conclusions suivantes :

1° Lorsque les surfaces dénudées de péritoine sont petites et non infectées, elles guérissent bien ; mais si elles sont plus étendues, elles laissent des adhérences.

2° Entre toutes les substances employées au cours des expérimentations, la *gélatine formalinée* à 1 p. c est celle qui a donné les meilleurs résultats.

3° Par suite des résultats obtenus chez les animaux, la méthode est certainement applicable à l'homme.

DISCUSSION

M. MARIEN félicite le rapporteur de son travail élaboré avec tant de soins et si instructif pour les chirurgiens. Cette question des adhérences post-opératoires est très angoissante et M. Archibald aura bien mérité de la science et de ses collègues s'il arrive à la résoudre.

M. ST-JACQUES s'est trouvé aux prises avec les pires cas d'adhérences abdominales. Il se sert depuis plusieurs années de l'huile d'olives stérilisée qui a donné de bien bons résultats.

La théorie infectieuse des adhérences est bien en conformité avec l'expérience clinique ; les mains, les instruments, le matériel d'opérations, même stérilisés, peuvent apporter des germes dans les plaies et l'on sait que les laparatomies bactériologiquement aseptiques n'existent pas.

M. DE MARIEN rappelle combien la gélatine est de stérilisation difficile et exprime des craintes quant à la possibilité du tétanos consécutif à son emploi.

M. LESAGE croit que la théorie phagocytaire de l'infection est seule capable d'expliquer les adhérences survenant à la suite des contusions abdominales et par conséquent dans des ventres qui n'ont pas été exposés au contact de l'air.

M. ARCHIBALD dans ses remarques finales, dit ne pas employer l'huile d'olives à cause de son action irritante.

Il admet la stérilisation difficile de la gélatine mais il est absolument tranquille lorsque cette dernière a subi trois stérilisations de 30 minutes, sous 35 livres de pression.

M. LESAGE : "*Rétrécissement mitral pur et tuberculose pulmonaire*". à propos d'observations récentes, étudiée les rapports existant entre le rétrécissement mitral et la curabilité ou tout au moins l'évolution chronique de la tuberculose pulmonaire et cite plusieurs observations personnelles, établissant l'influence de la lésion cardiaque sur la lésion pulmonaire.

M. DUBÉ ajoute quelques cas à la statistique de M. Lesage et dit partager absolument les prétentions de notre président.

B. E. BOURGEOIS.

Secrétaire.

ASSOCIATION MÉDICALE DU DISTRICT DES TROIS-RIVIÈRES.

Séance du 3 septembre 1908

Présidence de M. DEBLOIS

Médecins présents: MM. les Drs Bernard, St-Césaire; Belle-Isles, Bellemare, G. Bigné, A. Bigné, Darche, DeBlois, Fréchette, Gélinas, Godin, Grenier, Hélie, Lambert, Leblanc, Leduc, Marchand, Normand, Panneton, Thérien, Tourigny.

Monsieur le président dit un mot de bienvenue aux médecins de la campagne qui assistent à notre réunion.

On donne lecture d'une lettre des Drs Laurendeau et De Martigny demandant l'aide de la Société pour faire adopter par la Législature certaines réformes au sujet des intérêts professionnels.

Lecture d'une lettre du Dr Grenier, secrétaire de la Société Médicale du comté de Champlain, disant que cette société a résolu de ne pas faire d'examen médical pour les compagnies d'assurance à moins de cinq dollars pour chaque examen et priant d'en avertir les membres de notre société.

Monsieur le docteur Normand nous parle ensuite des injections d'eau de mer isotonique ou Plasma de Quintin. — On traite avec ces injections un grand nombre de maladies, gastro-entérite, eczéma, neurasthénie, broncho-pneumonie et toutes les maladies qui dépendent d'intoxication. Le traitement marin est aussi ancien que le monde; on conseille depuis un temps immémorial les excursions sur la mer ou au bord de la mer aux personnes faibles, aux anémiques, aux tuberculeux, etc., et on a presque toujours de bons résultats. Aujourd'hui, on n'avoit plus le malade à la mer, on apporte la mer au malade sous forme de Plasma de Quintin. Ce Plasma est de l'eau de mer diluée avec de l'eau de source, de manière à ce qu'elle soit isotonique au sérum sanguin; on en fait des injections intramusculaires de quantité variant de 10 à 200 c. c.

Pour expliquer les bénéfices retirés de ces injections, Quintin invoque l'évolution: Tous les êtres, dit-il, furent par leurs ancêtres des animaux marins, ils ont besoin de retremper leurs cellules dans le fluide qui leur a si longtemps servi de milieu vital lorsque ces cellules viennent à manquer de vitalité. On peut ne pas accepter cette théorie, mais il faut accepter les résultats qui sont excellents.

Le conférencier passe ensuite en revue les principales maladies contre lesquelles on peut employer l'eau de mer: les troubles digestifs de l'enfance; la broncho-pneumonie, la tuberculose, l'entérocolite, la constipation, la neurasthénie, l'eczéma, etc. A prendre l'énumération de ces maladies on pourrait penser que l'eau de mer est une panacée contre tous les maux, mais en regardant de plus près on voit que toutes ces maladies sont la cause ou le résultat de l'intoxication, et c'est contre cette intoxication qu'agit l'eau de mer; il ne faut donc pas s'étonner si on obtient de bons résultats dans des maladies qui, au premier abord, paraîtraient demander des traitements tout à fait différents.

Technique. — On emploie pour les injections l'eau de l'Atlantique prise à 20 ou 30 milles des côtes et à 8 ou 10 pieds au-dessous de la surface. On dilue cette eau en en mettant 83 parties avec 190 parties d'eau de source. On stérilise par filtration et on met une ampoule hermétiquement fermée. La quantité à injecter varie avec chaque malade de 5 cc. à 200 cc.

Chez les adultes on peut commencer par 50 cc. et augmenter au besoin. L'injection doit être faite lentement, au moyen d'un dis-

positif ressemblant à une seringue fontaine. L'injection doit se faire au moyen de la pesanteur, si cela ne suffit pas, on adapte une poire thermo cautère et on augmente la pression. Chez l'adulte on fait l'injection dans les muscles de la fesse; chez l'enfant on peut injecter dans la région interscapulaire.

Le conférencier dit que c'est un moyen thérapeutique qui mérite d'être expérimenté, et que lui-même l'emploiera avant longtemps. Il prie le docteur DeBlois de nous donner les résultats qu'il a obtenus chez les malades traités par ce moyen.

Le Dr DeBlois a employé les injections d'eau de mer chez dix malades. Il a maintenant 7 de ces cas sous observation. Il n'a pas voulu l'employer dans la tuberculose parce que contre cette maladie il préfère les inhalations d'ozone. Cependant, on pourrait combiner les deux moyens de traitement. Dans la neurasthénie il commence par injecter 40 cc. Les premières injections causent un peu de perturbation, mais ensuite les bons résultats se font sentir, le sommeil devient meilleur, l'estomac et les intestins fonctionnent mieux, la céphalalgie disparaît, et tous les symptômes s'améliorent. Cependant, il préfère combiner les injections d'eau de mer avec les autres agents vitaux, hydrothérapie, électricité, etc. Il dit quelques mots de ce qu'il a observé à la clinique du Dr Simon de Paris, où on traite jusqu'à 800 malades en même temps. Il ajoute que l'eau de mer se conserve peu de temps, ce qui rend son emploi assez dispendieux.

On discute ensuite la question des honoraires pour examens médicaux pour les compagnies d'assurance. Il est décidé de rester dans le *statu quo* jusqu'à la prochaine séance. Il sera alors décidé si on doit accepter \$4.50 par examen comme l'offrent les compagnies, ou si on doit s'en tenir aux décisions antérieures, et exiger cinq dollars.

Et la séance est levée.

O. TOURIGNY,
Sec. Trés.

Séance du 12 novembre 1908

Présidence du Dr C. N. DEBLOIS

Le président présente à l'assemblée M. le Dr Lasnier qui doit donner une conférence sur les Rayons X, leur utilité en médecine,

en chirurgie et en thérapeutique. Le Dr Lasnier, comme on le sait, dit-il, est un des pionniers de la Radiologie au Canada.

Le conférencier remercie la Société Médicale du district des Trois-Rivières de l'avoir invité à parler sur un sujet dont il s'est beaucoup occupé depuis quelques années, et se déclare heureux de se retrouver au milieu de ses amis des Trois-Rivières. Ce n'est pas une conférence qu'il vient nous donner, mais plutôt une simple causerie.

On peut, dit-il, radiographier toutes les parties du squelette, y compris le crâne, le bassin, etc. On peut aussi radiographier certains organes comme le cœur, les poumons, et on peut obtenir des photographies de calculs des reins, même de la vessie. Par ce moyen on peut voir les corps étrangers de l'estomac et des intestins. Et comme l'appareil plâtré n'est pas un obstacle à la visibilité des os du squelette, le traitement des fractures en retire un grand bienfait, en ce que par les Rayons X on peut voir facilement si la fracture est bien réduite, et ainsi ne pas défaire inutilement cet appareil.

La médecine retire de l'emploi des Rayons X des bénéfices aussi grands que la chirurgie. Ainsi ils nous aident à diagnostiquer un grand nombre de maladies, hypertrophies du cœur, péricardite, anévrisme de l'aorte, etc. Mais c'est surtout dans la tuberculose pulmonaire au début que la Radiologie rend des services. Dans 20 à 25 des cas on peut faire le diagnostic de cette maladie avant qu'aucun autre symptôme puisse être constaté. Les Rayons X nous rendent facile le diagnostic de la pleurésie et des autres maladies de la plèvre.

On a commencé il y a déjà longtemps à se servir des Rayons X en thérapeutique. On les employa d'abord pour faire l'épilation dans les cas de favus, trichophytie, etc., et on les employa ensuite dans un grand nombre de maladies.

Les maladies qui sont le plus favorablement influencées par les Rayons X sont le cancer superficiel, le lupus, les érythèmes, les taches de vin (*naevi*), la couperose, les ganglions tuberculeux, la leucémie, etc. Et le conférencier fait passer sous nos yeux des photographies de ces cas de cancer, de *naevus*, de couperose, qui ont été guéris par les Rayons X.

En terminant, le Dr Lasnier dit que son but est de vulgariser

la Radiologie; il voudrait voir cette science mieux connue et employée par tous les médecins.

Le président remercie le Dr Lasnier et dit quelques mots sur le sujet. Puis, grâce à l'obligeance de M. Williams, propriétaire du Lacouturoscope, le Dr Lasnier fait défiler sur l'écran nombre de radiographies intéressantes.

Le docteur A. Bigné soulève ensuite la question des taux d'examen médical pour les compagnies d'assurance. Le Dr Normand propose alors, secondé par le Dr Badeaux, que les membres de la Société ne fassent pas d'examen médical pour les compagnies d'assurance à moins de cinq dollars; et que copie de cette résolution soit envoyée au secrétaire de chaque société de comté du district des Trois-Rivières. — Adopté.

Elections. — Il est proposé par le Dr Gervais, secondé par le Dr Panneton, que les anciens officiers soient réélus.

Proposé en amendement par le Dr Tourigny, secondé par le Dr Bigné, que le Dr Badeaux soit nommé secrétaire-trésorier. L'amendement est adopté et la motion principale telle qu'amendée.

Et la séance fut levée pour se continuer chez M. le Président, où le vin et le miel coulèrent, accompagnés de flots d'éloquence politique et de kirsch.

J. M. BADEAUX,
Sec.-Trés.

ANALYSES

THERAPEUTIQUE

Asthme, Traitement de la crise. — Le malade sera assis: on ouvrira largement les fenêtres:

Dans quelques cas, on pourra enrayer l'accès en plongeant les mains du malade dans l'eau très chaude, ou en lui posant des sinapismes aux membres inférieurs.

Faire brûler dans une assiette une cuillerée à café de la poudre suivante:

Nitrate de potasse.....	6 grammes
Poudre de belladone.....	} à 15 —
— de feuilles de datura.....	

On peut aussi faire fumer au malade une ou deux cigarettes, contenant du tabac mélangé à un quart ou à un tiers de feuilles de *datura stramonium*.

Dans les crises intenses, il faut recourir à la pyridine, liquide incolore, très volatil, d'une odeur très forte et nauséuse, qui diminue la réflexivité de la moelle et du centre respiratoire. On en verse une dizaine de gouttes sur un mouchoir ou bien on en met 4 à 5 grammes dans une soucoupe placée au milieu de la chambre.

Enfin, on injectera 1 cc. de la solution suivante:

Sulfate neutre d'atropine.....	0 gr. 005 milligr.
Chlorhydr. de morphine.....	0 gr. 10 centigr.
Eau distillée et bouillie.....	10 cc.

Injecter d'abord $\frac{1}{2}$ cc., si l'on ignore la susceptibilité du malade à l'égard de la morphine.

Entre les accès, les médicaments qui éloignent les crises et en diminuent l'intensité sont: l'iodure de potassium, la belladone, l'arsenic.

On prescrira la formule suivante:

Extrait d'opium.....	0 gr. 10 centigr.
Iodure de potassium.....	} à 10 grammes
Teinture de lobélie.....	
— de polygala.....	
Eau distillée.....	300 —

1 cuill. à soupe matin et soir.

Le malade prendra 2 grammes d'iodure de potassium par jour, si possible. Il cessera le traitement deux jours par semaine et dix jours par mois. La durée du traitement est indéterminée.

Dieulafoy donne l'iodure pendant 15 jours seulement par mois; pendant les 15 autres, il prescrit:

Extrait de belladone.....	} à 0 gr. 20 gr.
P. de f. de belladone.....	

Pour 20 pil. — $\frac{1}{2}$, puis 1 pil. chaque matin.

En même temps, il prescrit l'arsenic:

Arséniate de soude.....	0 gr. 65 centigr.
Eau distillée.....	80 grammes

1 cuill. à café par jour.

L'arsenic pourra être encore donné sous forme de cacodylate de soude, ou de méthyl arséniate disodique, à raison de 5 centigr. par jour, soit en injection sous-cutanée, soit en solution. En été, le malade fera une saison à la campagne. En règle générale, il évitera les causes qui déterminent chez lui l'accès d'asthme; en plus,

du séjour dans certaines localités, certaines odeurs peuvent ramener l'accès.

Enfin, considération plus importante, on se rendra compte si la respiration nasale est libre, s'il n'y a ni polypes, ni rhinite hypertrophique, dont le traitement est capable d'éloigner à jamais les crises. Cette recherche est essentielle chez l'enfant, car les végétations adénoïdes peuvent, en abolissant la respiration nasale nocturne provoquer de véritables accès d'asthme. Chez l'enfant, la pyridine constituera un bon médicament de l'accès (V gouttes, trois ou quatre fois par jour. (1)

(1) Dr Mendel.

CHIRURGIE.

HépatO-cholangio-duodénostomie. (GARRÉ, *Cong. fr. de Chir.*).

L'auteur a observé un cas de rupture traumatique du canal hépatique, dans lequel il a réussi à conduire la bile de la périphérie du foie dans l'intestin.

Ce cas est intéressant sous plusieurs rapports : d'abord en ce que la bile s'épancha pendant 6 semaines librement dans la cavité abdominale, et ensuite parce que le succès de l'opération dissipe tous les doutes sur la possibilité d'établir une fistule définitive entre les canaux biliaires périphériques et l'intestin.

« Il s'agit d'un homme de 36 ans, qui fut écrasé par un char : pas de lésions extérieures, vomissements, ballonnement abdominal, ictère léger.

Après cinq semaines, ponction de l'abdomen dont on retire 7 litres de bile. Laparatomie : on constate une péritonite généralisée biliaire typique ; le canal hépatique est déchiré à son insertion, la déchirure s'étendant jusque dans le parenchyme hépatique d'où suinte la bile. Une suture du canal hépatique n'apparaît pas praticable ; on se contente de drainer et de tamponner. L'ascite biliaire ainsi que la jaunisse disparaissent ; la bile s'écoule par le drain ; les selles sont acholiques.

Après 5 mois, la fistule se ferme, mais la jaunisse reparait ; le malade accuse de fortes coliques. Un an et demi après l'opération, il rentre à la clinique dans un état déplorable, avec un ictère grave et de la fièvre.

Je me décide alors à rechercher les voies biliaires et à faire, si possible, la résection de la cicatrice du canal hépatique. Mon projet se montre irréalisable, et il ne reste rien d'autre à faire que d'établir une communication entre le foie et l'intestin. Le côté

droit du foie est recouvert d'adhérences; au niveau du lobe gauche, les canaux biliaires de la surface apparaissent dilatés: c'est là que j'ouvre, avec le cautère de Paquelin, la capsule de Glisson sur une étendue de 3 centimètres et que je fixe le duodénum, préalablement incisé, au moyen d'une suture circulaire.

Le résultat de cette hépato-cholangio-duodénostomie fut parfait: la jaunisse disparut, les selles redevinrent normales, l'état général du malade s'améliora. Il quitta la clinique guéri après cinq semaines. La guérison se maintient actuellement depuis trois ans et demi après l'opération."

Les ruptures traumatiques du canal hépatique sont très rares: la littérature en contient seulement 5 cas, dont quelques-uns se compliquaient de rupture de la substance hépatique. Tous ces malades sont morts, malgré des ponctions de l'ascite biliaire.

Bandouin a proposé en 1897 cette opération d'hépato-cholangio-duodénostomie pour les cas d'obstruction permanente des voies biliaires. Je crois qu'une des conditions de réussite réside précisément dans les cas où la stagnation de la bile dure déjà depuis plusieurs semaines ou mois, parce qu'alors la dilatation des vaisseaux biliaires périphériques du foie peut atteindre à la formation de véritables varices qui assurent la possibilité d'une fistule biliaire permanente dans l'intestin.

D'après les recherches anatomiques, le canal hépatique gauche traversant le lobe gauche du foie dans toute sa longueur comme un large conduit, les ramifications des voies biliaires sont plus courtes dans le lobe gauche que dans le lobe droit du foie. Pour établir une fistule permanente il est donc préférable de choisir le lobe gauche du foie.

Sténoses intestinales secondaires aux hernies étranglées avec ou sans phlegmon stercoral. (MAUCLAIRE et LEVANT; *Arch. gén. de chir.*)

Les cas de rétrécissements de l'intestin secondaires à un phlegmon herniaire stercoral sont très rares (3 observations). Ceux consécutifs aux hernies étranglées sans phlegmon sont au contraire assez fréquents: une quarantaine d'observations en ont été publiées.

Le mécanisme des sténoses intestinales secondaires aux hernies étranglées sont de causes extrinsèques, ou intrinsèques; les tubulaires, qui offrent une certaine longueur, résultent d'une ischémie relative des tuniques intestinales par compression des artères intestinales; la thrombose veineuse ne suffit pas à les provoquer. Quant aux sténoses courtes, annulaires, elles relèvent de lésions de

toutes les couches de l'intestin, la muqueuse étant altérée la première; mais, dans certains cas, elles paraissent aussi résulter d'une nécrose de la séreuse, amenant une cicatrice péritonéale circulaire.

Les accidents sont parfois aigus, plus souvent subaigus; dans ce dernier cas, le péristaltisme et les coliques à rythme et à localisation toujours identiques sont les signes les plus précieux pour le diagnostic.

Des différentes méthodes de traitement, l'entérotomie et l'entéroplastie sont peu usitées. L'entéro-anastomose et l'entérectomie restent donc les deux seuls procédés intéressants, la dernière constituant la méthode de choix.

Un cas de psychose post-opératoire. (KALLIONGÈS. Athènes; comm., *Soc. de Chir.* Paris.)

Il s'agit d'une jeune femme qui avait été opérée d'appendicite et qui le jour même de son opération, s'enfuit de l'hôpital, et après s'être cachée deux jours dans les champs regagna son domicile où elle se mit à vaquer aux soins du ménage, mangeant comme tout le monde. Huit jours après l'opération, son mari la ramena à l'hôpital où l'on constata, sous le pansement, une réunion per preniana.

Depuis ce moment, cette femme se porte bien, mais présente de temps à autre des troubles mentaux qu'elle n'avait jamais présentés avant l'opération.

Z. RIÈAUME.

GYNECOLOGIE.

Menace d'avortement. Par le Prof. DEMELIN.

Repos au lit absolu. Calmants de la contraction utérine, dont le principal est le *laudanum*.

Après évacuation du rectum, faire administrer, avec une petite poire à lavements ou une seringue en verre, un mélange composé de une ou deux cuillerées à soupe d'eau tiède et de 25 gouttes de laudanum de Sydenham. Ce mélange doit être gardé et absorbé. On peut renouveler ce remède plusieurs fois par jour et donner, par 24 heures, cent gouttes de laudanum, dose *maxima*; la dose moyenne est de cinquante gouttes par jour.

Si menace d'avortement imminente, pour agir vite, injection sous-cutanée de morphine. A titre d'adjuvant, conseiller la *teinture de Viburnum prunifolium*, à la dose de 10 gouttes dans un peu d'eau, à renouveler cinq ou six fois par jour.

On examinera l'utérus le moins souvent possible, pour ne pas l'exciter, et on fera peu d'injections vaginales pour la même raison. Les injections chaudes à 45 ou 50 degrés, qui font contracter l'utérus, doivent être prohibées. En cas de nécessité, injection vaginale sous faible pression (58 ou 60 centim. de différence entre le niveau du liquide à injecter et le plan sur lequel repose le malade), température à 37°.

Pas de tamponnement du vagin, qui peut exciter l'utérus.

Prof. DEMELIN.

BIBLIOGRAPHIE

Digestion et nutrition. *Aperçus de Médecine pratique*, par le Dr E. MONIN. — Vigot Frères, Éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. — Un volume in-18 cartonné. 4 fr.

Sous ce titre, DIGESTION ET NUTRITION, le Dr E. Monin vient de publier un ouvrage extrêmement pratique, d'une précision et d'une clarté parfaites, et tenu soigneusement au courant des conquêtes les plus récentes en clinique et en thérapeutique. L'ouvrage, d'ailleurs, porte ce sous-titre modeste : "*Aperçus de Médecine pratique*" et s'adresse au médecin-praticien ainsi qu'au public instruit et éclairé.

Le régime rationnel, les intoxications alimentaires, les principales affections du tube digestif et de ses annexes sont, d'abord, traités, avec un grand luxe de préceptes d'hygiène et de formules pratiques. L'auteur aborde, ensuite, les diverses modalités de l'arthritisme et fait aussi une fructueuse incursion dans le domaine des affections respiratoires, circulatoires et eutanées, considérées comme liées à un état constitutionnel. L'ouvrage se termine par des considérations intéressantes sur la défense de l'organisme et sur sa dépuration.

Indications opératoires dans les affections de l'estomac, par le Dr DELANGRE, de Tournai. — Paris, VIGOT, Frères, Éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine. — Un vol. in-8°. . . 5 fr.

Dans cet exposé, l'auteur s'est efforcé de condenser les éléments de la question du diagnostic exact des maladies de l'estomac, justiciables de la chirurgie. Aussi a-t-il tenu à donner un certain développement à la partie clinique pour apprécier l'opportunité d'une intervention avec ses résultats immédiats et éloignés.

Les indications opératoires sont en effet fournies par des notions

cliniques, pathogéniques, techniques et statistiques qui sont mises en valeur pour en déduire la *méthode chirurgicale la mieux adaptée à une phrase ou à une modalité déterminée de ces gastropathies.*

Basé sur les considérations de physiologie et d'anatomie pathologique, si indispensables au diagnostic et au traitement, ce livre, très documenté, répond parfaitement à son but ; il est écrit avec beaucoup de méthode, de clarté, de précision et constitue un véritable manuel, une excellente mise au point de cette importante question d'actualité. Il sera consulté avec fruit, non seulement par les chirurgiens, mais aussi par les médecins à cette époque où, comme l'a dit M. le professeur Bouchard, la thérapeutique évolue davantage, chaque jour, dans le sens chirurgical.

Les colloïdes en biologie et en thérapeutique. Le Mercure colloïdal électrique, par G. STODEL, préparateur au laboratoire de physiologie de la Sorbonne. — VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un vol. in-8° raisin. 6 fr.

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

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

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

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

Dans le chapitre IV, l'auteur expose des résultats importants de ses recherches personnelles sur la préparation, les propriétés

physico-chimiques et biologiques et les applications thérapeutiques du mercure colloïdal électrique.

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

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

L'examen fonctionnel de l'intestin par le régime d'épreuve. *Son application à la pratique journalière et les résultats pour le diagnostic et la thérapeutique.* par le Dr Ad. SCHMIDT, professeur à l'Université de Halle, traduit par le Dr Robert S. KOLBÉ DE CHATEL-GUYON, ancien professeur à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires. — Paris, VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'École de Médecine. — Un vol. in-8° avec 20 figures dans le texte et 3 planches en couleurs. 5 fr.

La gastropathologie possède, depuis quelques vingt ans déjà, des méthodes simples et accessibles au praticien même le plus occupé. On n'en avait pas d'analogues pour l'étude clinique des entéropathies aussi fréquentes qu'obscures. *Smüll et Strasburger* se sont, depuis de longues années, efforcés d'appliquer la même méthode pour l'entéropathologie et sont arrivés, petit à petit, à créer un "procédé coprologique rationnel" basé sur un "régime d'épreuve" constant, commode et simple, qui fournit une "selle normale" ("selle type"), *conditio sine qua non* de l'étude comparée de la fonction intestinale normale et pathologique.

Le praticien trouvera condensé et clairement exposé dans ce manuel de *Schmidt* tout ce que la *pratique journalière a consacré pour le diagnostic et le traitement diététique et médicamenteux des troubles intestinaux les plus divers : entéropathies, gastrogènes, pancréatogènes et indépendantes, troubles de la* de *la sécrétion et de la résorption, et d'ordre nerveux etc.* Des planches coloriées et de nombreuses gravures dans le texte renseignent clairement et le médecin et le malade lui-même sur l'état des "selles normales" et des "selles pathologiques" dans certaines entéropathies caractéristiques. *En effet, l'examen macroscopique rationnel* après un "régime d'épreuve" constant et bien choisi pour solliciter la fonction globale et dédoublée de l'appareil digestif, est la partie essentielle de "l'analyse coprologique clinique."

En un mot, l'examen fonctionnel de l'intestin sous une forme

succincte, tel qu'il est exposé ici, est à la portée de tout médecin spécialiste et du praticien qui y trouvera un élément sémiotique et thérapeutique précieux au chevet des malades. Il est rapide, il n'exige pas plus de dix minutes. Il ne demande aucun arsenal de laboratoire compliqué ni une éducation spéciale. Il constituera désormais un complément aussi indispensable en clinique que les examens courants des urines, des crachats, du sang etc., etc. . . .

Le docteur Kolbé de Châtel-Guyon nous donne une traduction élégante de cet intéressant ouvrage utile aux praticiens modernes, non sans y avoir apporté une contribution personnelle par de judicieuses annotations fondées sur une expérience consommée en la matière.

Maladies des articulations, par les Drs MAUCLAIRE et DUJARRIER, chirurgiens des hôpitaux de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 288 pages avec 88 figures. Broché: 6 fr. Cartonné, 7 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Dans ce nouveau volume du *Nouveau Traité de Chirurgie*, M. Mauclaire étudie d'abord les arthropathies inflammatoires non microbiennes: hydarthrose, arthropathies, hémophiliques, ostéoarthrite chronique, plastique ankylosante et arthrites toxico-chimiques. Il passe ensuite aux arthropathies microbiennes: arthrites tuberculeuses, syphilitiques, blennorragiques et arthrites infectieuses rhumatoïdes.

Les corps étrangers articulaires, l'arthrite sèche et les arthropathies nerveuses (arthropathies tabétiques, syringoméliques, médullaires et hystériques), sont exposées par M. Dujarrier, chirurgien des hôpitaux de Paris.

M. Mauclaire étudie ensuite les ankyloses et les tumeurs articulaires.

D'excellentes figures, notamment d'intéressantes radiographies, des types d'exercices mécanothérapeutiques illustrent ce fascicule très au courant des recherches les plus récentes.

Comme dans les autres fascicules du *Nouveau Traité de Chirurgie*, c'est à la clinique et à la thérapeutique que la part la plus large a été faite.

Le *Nouveau Traité de Chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet se présente sous la forme de fascicules séparés, où se groupent les affections ayant entre elles des connexions plus ou moins étroites. Ce mode de répartition des matières, qui s'écarte de la forme traditionnelle du volume, offre un double avantage: il entoure les cha-

pitres de barrières moins zexes et laisse aux auteurs plus de latitude; d'autre part, il assure plus de célérité dans la publication en permettant l'impression des manuscrits dès leur remise.

Autour de leur autorité scientifique incontestable, les directeurs ont su grouper un choix de collaborateurs actifs.

Ouze fascicules sont déjà en vente: *Grands Processus morbides* (10 fr.); *Maladies de la peau* (3 fr.); *Maladies des muscles* (4 fr.); *Hernies* (8 fr.); *Lésions traumatiques des articulations* (3 fr.); *Arthrites tuberculeuses* (5 fr.); *Corps thyroïdes et Goîtres* (8 fr.); *Maladies des os* (6 fr.); *Maladies de l'œil* (8 fr.); *Maladies des articulations* (6 fr.); *Maladies du crâne* (10 fr.).

SUPPLEMENT

Le fer est le produit vital de la circulation que la maladie modifie raisonnablement.

Pour subvenir au défaut de nutrition dans les cas d'anémie, asthénie et cachexie, etc.

L'HEMABOLOID

(assainié avec strychnine)

répond aux conditions tonique, hématique et nutritives; est immédiatement absorbé sans dérangement des fonctions digestives.

THE PALISSADE MANUFACTURING CO.

YONKERS, N. Y.
