

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. XXXIX

1er MARS 1910

No 3

MEMOIRES

LE TRAITEMENT OPERATOIRE MODERNE DES FRACTURES DE LA ROTULE

Par PAUL HEINECK, Chicago, (Illinois),

Professeur de Chirurgie, Relevance Medical College; Professeur de Chirurgie, University of Illinois; Chirurgien à l'Hôpital du comté Cook (Cook County).

- (a). *Considérations générales.*
- (b). *Indications opératoires.*
- (c). *Avantages des procédés ouverts, dits sanglants.*

Les méthodes les plus diverses sont encore d'usage courant dans le traitement des fractures de cet os.

Pour les fractures de cet os sesamoïde, le plus grand du corps humain, de nombreuses méthodes opératoires ont été proposées et employées. Aucune n'a obtenu l'unanimité des suffrages. Chaque méthode préconisée fut l'objet de communications descriptives et explicatives, ayant pour but l'exposition de ses mérites particuliers, réels ou apparents. La plupart des procédés recommandés, après avoir joui d'une vogue passagère, furent abandonnés et remplacés par des actes opératoires d'exécution plus facile, et procurant de plus favorables résultats. Une connaissance plus approfondie des lésions à réparer, des obstacles à surmonter, des indications à remplir, et les perfectionnements de la technique chirurgicale ont contribué au grand changement apporté dans le traite-

ment des fractures rotuliennes. On a rejeté de certains temps opératoires démontrés inutiles et nuisibles, et on a adopté certaines modifications de technique, reconnues importantes et avantageuses.

L'emploi général de méthodes si différentes nous a portés à envisager certains problèmes, dont la solution avec exactitude est d'une haute pratique. C'est par l'étude minutieuse sur la table d'opération et dans la salle d'autopsie, de l'anatomie pathologique que présentent les genoux, sièges de rotules fracturées et par l'observation et la comparaison cliniques des résultats anatomiques et fonctionnels obtenus par les différents procédés qu'on arrivera à éclaircir les problèmes sous-mentionnés.

1. La rotule est-elle indispensable à l'intégrité fonctionnelle du genou ?

2. Les déplacements permanents de la rotule, congénitaux ou acquis, partiels ou complets, portent-ils invariablement atteinte sérieuse aux fonctions du genou ?

3. Le chirurgien rencontre-t-il d'autres lésions traumatiques, occasionnant des symptômes analogues à ceux que les fractures de la rotule déterminent ? Quelles sont ces lésions ? Quel en est le traitement de choix ?

4. Quels sont les désavantages des méthodes opératoires sous-cutanées ? Quels sont les avantages des méthodes ouvertes, dites sanglantes ?

5. Quelles sont les contre-indications et quelles sont les indications à l'emploi du traitement opératoire ?

6. Les mêmes procédés conviennent-ils indifféremment aux fractures récentes et aux fractures anciennes ? Quelles sont les modifications de l'acte opératoire nécessitées, imposées par l'ancienneté de la fracture ?

7. Laquelle des diverses interventions chirurgicales procure les meilleurs résultats, immédiats et éloignés ? Est-ce la suture osseuse longitudinale ou transversale, le cerclage, l'hémi-cerclage, ou la suture des ailerons ?

Des détails de technique intéressant également toutes les méthodes sanglantes sont encore loin d'être réglées. Nous ne mentionnons que les points en litige suivants : —

(a) L'intervention opératoire sera-t-elle pratiquée le jour ou le

lendemain du traumatisme ? Ou est-il préférable de n'intervenir qu'après la disparition des effets immédiats de l'accident ?

(b) A quelle anesthésie aura-t-on recours ? Locale, rachidienne, ou générale ?

(c) Afin de rendre exsangue le champ opératoire, aura-t-on recours à la mise en place de la bande d'Esmarch ?

(d) Quelle est l'incision qui fournit à l'opérateur le plus libre accès à l'os fracturé et aux tissus déchirés péri et para-rotuliens ?

(e) Fera-t-on le lavage de l'articulation ? Et avec quel agent, une solution antiseptique, irritante ou non-irritante ? Ou emploiera-t-on comme agent irrigant la solution saline normale ? Vaut-il mieux évacuer de la cavité synoviale au moyen d'éponges de gaze tout épanchement de sang, liquide ou coagulé ? . . .

. . . Les résultats obtenus par le nettoyage de l'article à l'aide de compresses de gaze sont-ils plus satisfaisants que ceux donnés par l'irrigation articulaire ?

(f) Quels seront les fils à ligature et à suture employés ; le fil métallique, le crin de Florence, le fil de soie ou le catgut ? Les raisons avancées pour non-emploi de sutures et de ligatures non-résorbables perdues, sont-elles valides ?

(g) Enlèvera-t-on les esquilles et les fragments osseux complètement détachés ?

(h) Le drainage articulaire est-il à recommander ?

(i) Est-il utile de drainer les tissus péri-articulaires ?

(j) Quel est le traitement post-opératoire le plus approprié et quelle doit en être sa durée ?

L'étude des cas d'absence congénitale de la rotule rapportés dans la littérature démontre que l'absence de cet os, soit unilatérale, soit bilatérale, porte atteinte à l'intégrité fonctionnelle de l'articulation anatomiquement défectueuse (1a, b, c, d). Cette absence entraîne des troubles fonctionnels, parfois minimes, parfois considérables. Dans quelques-unes des observations rapportées les auteurs mentionnent, comme cause accessoire de l'affaiblissement de la jointure, la présence d'un ou de plusieurs des états suivants : L'insertion anormale du tendon rotulien, la subluxation du genou, l'hyperextension de la jambe sur la cuisse et autres anomalies congénitales, etc.

ABSENCE ACQUISE DE LA ROTULE

L'extirpation de la rotule a été pratiquée pour affections inflammatoires, ostéomyélite chronique (2a, b, c) ou tuberculeuse (a, b, c, d), pour fractures, transversales (4a, b) ou comminutives (5a, b, c), et pour affections néoplasiques (6).

L'étude des observations publiées prouve d'une manière évidente que :

(a) L'enlèvement de cet os peut se faire à l'aide de l'anesthésie rachidienne ou générale.

(b) Quoique la rotule ne soit pas essentielle pour la marche, son ablation est suivie d'un affaiblissement, d'une tare fonctionnelle de l'articulation. J'ai examiné des individus chez lesquels la rotule avait été extirpée par Murphy (3c) : par Rogers (4b). Quoique ces malades aient des genoux utiles, je suis plus que jamais convaincu qu'un genou sans rotule est un genou en état d'infériorité fonctionnelle. Afin de conserver intacte la stabilité du genou, et de rétablir la continuité de l'appareil extenseur de la jambe, on comble la brèche créée par l'extirpation de l'os, soit par la suture du tendon fémoral au tendon rotulien, soit par les mesures opératoires plastiques, indiquées dans le cas particulier. L'extirpation de la rotule est toujours un sacrifice. L'enlèvement de cet os entraîne la perte de la protection qu'il fournit à l'articulation. Dans la diffusion et la distribution de toute violence reçue sur la face antérieure du genou, la rotule joue un rôle important. Tout os sésamoïde est un accessoire mécanique du tendon dans lequel il est partiellement ou totalement inséré ; et conséquemment, l'ablation de la rotule affaiblit et altère l'action du tendon extenseur de la jambe. Cet os maintient étendues les fibres du tendon quadricipital, les empêche de prendre la forme d'une corde et constitue, pour les mouvements autour des condyles, une meilleure poulie que le tendon lui-même. En plus il maintient l'extrémité supérieure du ligament rotulien dans un plan bien antérieur à l'axe de flexion et d'extension de l'article. L'enlèvement de la rotule est non justifiable dans les fractures simples et transverses de cet os. Dans les fractures comminutives, c'est une mesure de dernier ressort. Dans les maladies inflammatoires et néoplasiques de cet os son extirpation est une ressource de valeur. Si

l'os est le siège d'un néoplasme malin et primitif, son ablation est indiquée.

Vu que la rotule est un os sesamoïde, son déplacement vertical est toujours dû, soit à un relâchement pathologique, soit à une rupture du ligament rotulien ou du tendon quadracipital, ou à un détachement de l'épine tibiale.

On peut affirmer que l'absence de la rotule, soit congénitale, soit acquise, porte atteinte au fonctionnement du genou et détermine une impotence plus ou moins complète.

Il est aussi démontré que toute luxation de la rotule, congénitale ou acquise, intermittente ou permanente, complète ou incomplète, est accompagnée d'une diminution plus ou moins grande de l'intégrité fonctionnelle du genou.

Pour corriger le déplacement pathologique de la rotule, et surtout pour remédier à l'infirmité qu'entraîne le déplacement de cet os, de nombreuses opérations ont été suggérées et pratiquées (7a, b, c, d, e). La rupture complète du tendon quadracipital ou du tendon rotulien, détermine un déplacement vertical de la rotule, soit vers le haut, soit vers le bas. Ce déplacement est accompagné de troubles fonctionnels immédiats et tardifs, analogues à ceux qu'occasionnent les fractures complètes de la rotule, que celles-ci soient transverses, obliques, étoilées, ou comminutives. D'une violence de même nature peut résulter une solution de continuité, ou du ligament rotulien, ou de la rotule, ou du tendon quadricipital. Quoique la violence qui détermine cette solution de continuité soit dépensée également sur le tendon, sur le ligament et sur la rotule, dans la grande majorité des cas, c'est l'os qui cède. L'étroite parenté de ces trois états pathologiques et leur symptomatologie analogue, sont démontrées par la table synoptique qui suit:

RUPTURES COMPLÈTES DU TENDON QUADRICIPITAL

1. Peut accompagner, précéder, ou suivre une fracture de la rotule du même membre.
2. Peut être unie ou bilatérale, simple ou complexe, complète ou incomplète, fermée ou ouverte.
3. Se rencontre le plus souvent chez des individus du sexe masculin.
4. Est occasionnée, soit par une force directe ou indirecte, soit

par contraction musculaire, soit par l'action conjointe de ces différentes forces. Souvent la lésion survient à l'occasion d'un effort fait par le malade pour ne pas tomber (9); la rupture étant souvent déterminée par une contraction du quadriceps extenseur, ayant pour but d'empêcher le fléchissement de la jambe sur la cuisse.

5. L'extension active de la jambe sur la cuisse n'est pas possible. Le malade ne peut élever la jambe, ne peut éloigner le talon de la surface du lit.

6. On constate la présence d'une rainure, d'un sillon distinct entre les bords proximal et périphérique de la plaie tendineuse.

7. La flexion augmente, l'extension diminue les dimensions de ce sillon.

8. La cavité articulaire est fréquemment intéressée. Dans 21 cas soumis au traitement opératoire, on constata l'ouverture de la capsule articulaire 10 fois. (Walker 10). Vu les relations anatomiques de la cavité synoviale, une rupture, siégeant à ou proche de l'insertion rotulienne du tendon presque forcément intéresse l'article.

9. L'opération ouverte est suivie par des meilleurs résultats. 21 cas opérés avant 1896, donnèrent 19 guérisons complètes (10). Les résultats du traitement opératoire de nos jours sont encore plus satisfaisants.

RUPTURE COMPLÈTE DU TENDON ROTULIEN :

1. do.
2. do.
3. do.
4. do.
5. do.

6. Il est facile de constater la présence d'un pareil sillon entre les bords de la plaie ligamenteuse.

7. do.

8. Plus fréquemment (II). Dans 20 cas de ruptures ligamenteuses traitées chirurgicalement (Walker 10), l'ouverture de la capsule articulaire fut constatée 12 fois.

9. 23 cas traités non chirurgicalement ne donnèrent que quelques guérisons complètes (Binet). 20 cas traités par la méthode ouverte avant 1896, donnèrent 16 guérisons complètes. Les résultats sont meilleurs de nos jours.

FRACTURE COMPLÈTE TRANSVERSALE DE LA ROTULE

1.
2. do.
3. do.
4. do.
5. Il est impossible au blessé de détacher le talon du plan du lit.
6. Un sillon analogue existe entre les fragments rotuliens.
7. do.
8. La cavité articulaire est presque toujours intéressée.
9. C'est le traitement de choix.

Le muscle quadriceps, la rotule et le ligament rotulien sont les éléments les plus importants de l'appareil extenseur de la jambe; le fonctionnement intégral de l'articulation n'existe que quand ces principaux éléments sont d'une intégrité anatomique et fonctionnelle absolue. Toute fracture complète de la rotule, toute rupture complète du tendon quadricipital ou du ligament rotulien, crée dans l'appareil extenseur de la jambe, une solution de continuité très facilement reconnaissable et qui entraîne des troubles de fonction. Après un accident de cette nature,, afin d'obtenir une guérison anatomique et fonctionnelle, il faut rétablir la continuité des tissus divisés.

Le rapprochement soigné des bords de tendons déchirés, la coaptation exacte des marges de ligaments sectionnés et l'accollément intime des surfaces fracturées de rotules brisées ne sont réalisables qu'à l'aide de la vue, c'est-à-dire qu'au moyen des opérations ouvertes (8a, b, c, d).

L'étude du sujet démontre d'une façon concluante que tout état pathologique de la rotule, du tendon quadricipital et du ligament rotulien se manifeste par des troubles de fonctions plus ou moins marqués. Il en est de même de l'absence de la rotule ou d'un des autres éléments de l'appareil extenseur. Par ce qui précède il est démontré catégoriquement qu'un fonctionnement parfait est l'expression et le résultat d'une intégrité anatomique absolue.

TRAITEMENT

Dans les fractures de la rotule les indications suivantes sont à remplir :

1. Il faut réduire la fracture.

2. Il faut maintenir les fragments en apposition intime durant toute la durée de la formation du cal.

3. Il faut rétablir la continuité des tissus mous lésés par le traumatisme.

4. Il faut aider l'articulation à recouvrer sa souplesse et l'amplitude de ses mouvements; en résumé, toutes ses fonctions.

La valeur d'un traitement opératoire ou non-opératoire est déterminée par son pouvoir de remplir les indications sus-mentionnées. Les méthodes opératoires se subdivisent en deux grandes classes: les méthodes ouvertes et les méthodes sous-cutanées. Dans chaque cas particulier, le chirurgien est guidé dans son choix de méthode par la nature et par les caractéristiques de la fracture. Chaque méthode a des avantages et des désavantages, des indications et des contre-indications.

Les méthodes non-opératoires et les méthodes opératoires percutanées et sous-cutanées, vu leur insuffisance respective, ne sont et ne peuvent être que des méthodes de nécessité; on n'y aura recours qu'en présence de circonstances exceptionnelles.

On trouve dans la littérature plusieurs cas de fracture de rotule où, malgré une restauration parfaite du contour anatomique de cet os, le fonctionnement du genou resta défectueux. Dans ces cas, la gêne fonctionnelle reconnaît comme cause ou la mauvaise exécution d'un des temps opératoires, ou l'emploi de soins consécutifs inappropriés: — le nettoyage de la cavité synoviale a été incomplet, les déchirures des tissus para-rotuliens ont été insuffisamment réparées et l'immobilisation du membre a été trop prolongée. Les ailerons sont un agent important de transmission de force entre le quadriceps et le tibia. On ne doit pas reprocher à un procédé opératoire les accidents entièrement imputables à la maladresse ou à l'inexpérience chirurgicale de l'opérateur.

On trouve dans la littérature quelques cas pareils à ceux qui suivent. Chez deux malades de Sonnenberg (II), malgré l'existence d'une atrophie marquée du quadriceps et d'un écart de 7 à 10 centimètres entre les fragments, l'affaiblissement du genou était minime. Dans un de ces cas il y avait trois fragments; l'os avait été fracturé deux fois.

Ces cas s'expliquent ainsi: —

Lors de la cassure de la rotule, l'appareil extenseur accessoire

de la jambe fut peu ou nullement lésé; ou s'il subit quelques lésions, la guérison en fut si complète que cet appareil suppléa fonctionnellement plus ou moins bien à la perte de continuité de la rotule. Quoique le traitement non-opératoire soit parfois suivi de bons résultats fonctionnels, en général, on regrette d'y avoir eu recours. L'observation clinique confirme ce que la logique nous avait conduits à attendre. L'intégrité anatomique et fonctionnelle s'accompagnent, sont inséparables et se complètent. Dans le traitement des fractures de la rotule, nous avons abandonné les méthodes opératoires per-cutanées et sous-cutanées. Au point de vue scientifique et au point de vue des résultats procurés par leur emploi, l'infériorité des différentes méthodes sous-cutanées aux méthodes ouvertes, est notoire. Des circonstances exceptionnelles contraignent parfois l'opérateur à y avoir recours. Les plus connues sont celles de Ceci, de Kocher, de Barker et de Bucher. Dans le procédé de Ceci, après avoir perforé par voie sous-cutanée les fragments rotuliens, on insère à travers ces tunnels forés un fil approximateur en huit de chiffre. Ceci fait usage d'un fil métallique. Dans les procédés de Kocher, de Barker et de Butcher, une ou deux ligatures introduites par voie sous-cutanée, encerclent les fragments ou verticalement ou périphériquement.

Les raisons suivantes ont amené l'abandon des diverses méthodes opératoires per-cutanées et sous-cutanées: —

1. Ces méthodes ne facilitent pas, n'assurent pas la coaptation immédiate des fragments de l'os cassé. L'arthrotomie permet d'apposer les fragments avec grande exactitude et de les maintenir ainsi réduits par un des procédés suivants: —

Suture osseuse, cerclage, hémi-cerclage, suture des tissus pré et para-rotuliens.

L'accellement intime des surfaces fracturées empêche la formation d'un cal exubérant en largeur ou en longueur. Tout changement apporté au contour et aux dimensions de la rotule, entrave l'adaptation normale réciproque de sa surface cartilagineuse et de la surface articulaire fémorale. Après l'emploi des procédés ouverts, une augmentation dans les dimensions de la rotule est une rareté.

2. Elles ne permettent pas l'avivement des surfaces fracturées. Dans le traitement des fractures anciennes on compte parmi les

temps essentiels de l'opération, la résection du lien fibreux interfragmentaire et l'avivement des surfaces qu'on se propose de rapprocher.

3. Elles n'empêchent pas la réunion des fragments osseux en position vicieuse. D'une réunion vicieuse résulte un fonctionnement défectueux. Les opérations ouvertes permettent au chirurgien de corriger le renversement des fragments, ainsi que toute autre tendance de consolidation en position fausse. Au moyen d'une arthotomie le rapprochement des fragments s'effectue avec une coaptation incomparable avec celle des autres procédés.

4. Elles ne permettent pas la toilette de la cavité synoviale. Les opérations ouvertes facilitent l'enlèvement des fragments osseux intra ou extra-articulaires complètement détachés et de tout épanchement sanguin, intra ou extra-capsulaire, liquide ou coagulé. Par l'enlèvement précoce des épanchements sanguins on restreint la formation d'adhérences de nature intra ou extra-articulaire.

5. Les déchirures capsulaires et les lacérations des expansions aponévrotiques des Vastes, demandent à être réparées. Cette réparation ne peut s'effectuer qu'au moyen d'une opération ouverte. Il faut envisager l'appareil extenseur de la jambe comme un seul organe et se rappeler que toute détérioration structurale des éléments constitutifs de cet appareil entraîne une modification correspondante de fonction. Les insertions du Vaste externe, du Vaste interne et les prolongements latéraux de ses insertions sur l'extrémité supérieure du tibia et du péroné aident à l'extension de la jambe sur la cuisse.

6. Elles ne permettent pas l'enlèvement du lambeau fibro-périostique qui si fréquemment encapuchonne les surfaces fracturées, et dont l'interposition intrafragmentaire forme obstacle à la consolidation osseuse. Ces débris fibro-périostiques empêchent la dislocation des fragments et sont parfois si adhérents aux projections osseuses des surfaces fracturées que leur extirpation nécessite l'emploi de pinces et de curette. A l'aide de l'opération ouverte, leur relèvement est facile.

7. Les opérations sous-cutanées et per-cutanées créent des ouvertures insuffisantes pour l'évacuation d'épanchements et d'exsudats, mais de dimensions suffisantes à l'introduction et à l'entrée de l'infection.

Avant de procéder, déterminons la nature et la gravité des dangers auxquels les malades sont exposés par l'emploi des méthodes opératoires, demandant l'ouverture de l'article.

A la suite d'arthrotomie pratiquée avec précaution aseptique, le danger d'ankylose, de suppuration articulaire et de pyohémie neus paraît peu inquiétant. Mullin (12), dans ses cas, n'observa jamais une élévation de température significative. Stimson (13), de 1892 à 1896, a opéré, par la méthode ouverte, 200 fractures rotuliennes. Durant cette période le seul accident fâcheux qu'il eut à enregistrer est une suppuration superficielle, n'ayant eu aucune suite regrettable. Nous concédons que les dangers inhérents aux opérations de la grande chirurgie, existent dans les opérations ouvertes de la rotule. Ces dangers, accidents d'anesthésie, choc opératoire, infection pyogène, sont communs à toutes les opérations. En opérant rapidement, on diminue le schock. Le temps consacré à un acte opératoire doit être aussi court que le permet l'exécution soignée et complète de ses différents temps. Nous ne nous arrêterons pas ici sur les deux autres dangers susmentionnés.

Thiem (14), examina les rapports officiels des années 1895 à 1903, inclusivement, des assurances mutuelles allemandes. D'après ces rapports, durant cette période, des indemnités furent payées pour 283 fractures de la rotule. Deux cent trente-trois de ces fractures furent traitées non chirurgicalement. Cette catégorie donna 6 décès. Soixante cas furent traités par les procédés sanglants; cette série donna deux décès. Un de ces derniers malades mourut de délire alcoolique compliqué de pneumonie; l'autre mourut d'une pneumonie consécutive à une arthrite suppurante.

Dans les 1100 cas consécutifs analysés par nous, les accidents suivants sont rapportés. En 1898, à la suite d'une opération pour fracture ancienne (15), une inflammation péri-articulaire survint. Il n'en résulta aucun trouble permanent. Durant la même année, il fut rapporté deux cas de suppuration superficielle et un cas d'arthrite suppurante suivie d'ankyloses. En 1896 (16), il est fait mention de 5 cas d'ankylose consécutive au traitement opératoire. Dans l'année 1902, Baerlocher (17), rapporta avoir eu, après emploi des méthodes sanglantes une ankylose et deux décès.

Le délire alcoolique détermina un de ces décès, une pneumonie causa l'autre.

Cela nous donne, dans l'espace de 10 ans, 16 cas d'ankylose, dont 6 survinrent avant ou pendant l'année 1898. Des dix cas restants, quatre eurent lieu dans la pratique d'un opérateur, qui, d'après ses rapports, a été plus qu'ordinairement malheureux dans ses résultats. Les autres six cas survinrent dans la pratique de partisans enthousiastes des méthodes ouvertes (Baerlocher, Championnière, Trendelenburg, Ranzi, Rigby). Dans un cas (21), il y eut à la suite d'une suppuration du genou une telle désorganisation de la jointure qu'il fallut amputer la jambe. Pendant les années 1898 à 1908, incluses, nous n'avons pu rassembler que six décès survenant après l'opération ouverte. Trois de ces décès ne sont pas attribuables à l'acte opératoire (délirium tremens, pneumonie (18), apoplexie (18), embolie pulmonaire (19). Nous reconnaissons deux décès (20a, b), dus à une infection consécutive à l'opération.

Les faits nous permettent d'affirmer, que, dans le traitement des fractures de la rotule, l'opération ouverte, pratiquée par des mains soigneuses et capables, n'entraîne pour bien dire aucun danger. Après l'accident, le blessé a le temps de se faire transporter à l'hôpital où il sera confié aux soins d'un chirurgien habile.

A suivre

FIEVRE TYPHOÏDE DE LA GROSSESSE ET DES SUITES DE COUCHES

Par E. A. DE COTRET,

Professeur de Clinique Obstétricale, accoucheur de la Maternité.

MESSIEURS,

Je vous parlerai aujourd'hui d'une question toute palpitante d'intérêt local et pleine d'actualité. Vous comprenez déjà qu'il s'agit en ce moment de la fièvre typhoïde. Si je touche à ce sujet ce sera comme accoucheur.

Vous le savez, depuis quelque temps la fièvre typhoïde fait des ravages considérables; elle s'attaque à toutes les classes de la société, ne respectant, en aveugle, ni les âges, ni les sexes, ni les conditions, et elle donne un démenti formel à cette opinion de Roki-

tansky et Niemeyer qui considéraient la grossesse comme créant une sorte d'immunité contre la fièvre typhoïde. Caseaux, Forget et un certain nombre d'autres auteurs protestèrent contre cette affirmation beaucoup trop absolue, et prouvèrent par des faits que la fièvre typhoïde peut frapper les femmes pendant leur grossesse. Il paraît cependant démontré que la fièvre typhoïde est une complication rare chez la femme enceinte: c'est ainsi que Guss-erow, sur 1420 cas de fièvre typhoïde observés à Vienne, n'a rencontré que 48 femmes enceintes, soit 3,3 pour 100; Zuelzer, à Vienne, admet un chiffre moindre, soit 1,3 pour 100; Duhaut, dans sa thèse en 1893, relate que, sur 1046 cas de fièvre typhoïde observés par divers médecins lyonnais, 7 seulement existaient au cours d'une grossesse; Osler prétend que la fièvre typhoïde est rare chez la femme enceinte; sur 685 cas de fièvre typhoïde il n'a vu qu'une seule femme enceinte. Moi-même, sans avoir fait de réelles statistiques, je ne crois pas avoir vu plus d'une douzaine de femmes enceintes atteintes de cette maladie. Kelly dit qu'à Guy's Hospital on n'a eu que 7 cas dans une période de 28 années. Dans le moment, j'en ai une sous mes soins. " Mais, dit Vinay, il est inutile de discuter la fréquence plus ou moins grande de la pyrexie pendant la gestation, il suffit que son existence soit certaine pour étudier l'influence que peuvent avoir l'une sur l'autre ces deux conditions".

Si la grossesse ne met pas à l'abri de la dothiéntérie, la rareté relative des cas observés nous permet de conclure qu'elle n'est pas non plus une cause prédisposante.

La fièvre typhoïde, qui peut se montrer à toute époque de la grossesse, semble cependant plutôt atteindre la femme dans les premiers mois de la grossesse.

Influence de la grossesse sur la fièvre typhoïde. — L'état de grossesse ne semble pas modifier les formes de la maladie, ni augmenter sa gravité. Le cours de la maladie semble identique, que la femme soit enceinte ou non. On rencontre chez les femmes enceintes les formes diverses et la gravité variable qui existent en dehors de la grossesse; leur état n'est nullement une circonstance aggravante, quelle que soit l'époque où la maladie apparaisse. Le début de la gestation pas plus que l'approche de la délivrance ne modifie la marche de la pyrexie et en aggrave le pronostic.

Chambrelet, dans le dernier traité d'occouchement paru, nous dit :

“ Un point intéressant à signaler, car il est en opposition avec ce que l'on observe pour la plupart des autres maladies infectieuses, c'est que le pronostic de la dothiénterie ne paraît pas manifestement aggravé par le fait de la gestation.

“ Nous avons eu occasion d'observer des fièvres typhoïdes légères chez des femmes enceintes et évoluant sans la moindre complication et, dans les cas graves, les symptômes inquiétants ne nous ont pas paru devoir être rapportés à l'état de gravidité ”.

Si nous consultons les statistiques des différents auteurs, nous constatons que la mortalité moyenne n'est pas supérieure quand les femmes sont enceintes. Barratte donne 12 morts dans 94 cas ; Martinet rapporte 16 cas personnels avec 16 guérisons ; Murchison, 14 cas avec 4 morts ; Braeger 59 cas avec 16 morts, soit 183 cas traités par les procédés les plus divers avec 32 morts, ce qui fait une moyenne de 17 pour 100 en chiffres ronds ; ce qui ne paraît pas supérieur à la mortalité moyenne de la dothiénterie.

Influence de la fièvre typhoïde sur la gestation. — Quant à l'influence de la fièvre typhoïde sur la marche de la grossesse, tous les auteurs sont d'accord à ce sujet : la fièvre typhoïde entraîne le plus souvent l'interruption de la grossesse. L'interruption de la grossesse peut survenir à toutes les époques de la gestation. Ce sont généralement l'hyperthermie, l'infection générale et les troubles respiratoires qui provoquent l'expulsion du produit de conception ; une cause qui agit plus directement, c'est l'infection du fœtus. “ La cause réelle de l'interruption de la grossesse, dit Vinay, est l'intoxication qui résulte de la fièvre. Les produits sécrétés par les agents pathogènes agissent à la fois sur le fœtus, dont ils déterminent la mort, et sur l'utérus dont ils provoquent les contractions. Les métrorragies qui sont assez fréquentes, loin d'être la cause de l'avortement, en sont le prélude ou les premiers symptômes ; elles résultent du décollement du placenta et des membranes. Il va de soi que l'influence nocive de la fièvre typhoïde est en rapport avec sa gravité : cependant les formes les plus légères de la maladie peuvent amener l'expulsion prématurée de l'œuf.

D'après les statistiques, on peut dire que, dans les deux tiers des cas, il y a avortement ou accouchement prématuré. Comme je viens de le dire, d'une façon générale l'avortement et l'accouchement prématuré sont d'autant plus à prévoir que la maladie est plus grave. Mais ce n'est cependant pas là une règle absolue; car des manifestations graves ont permis à la grossesse de suivre son cours. D'une façon générale aussi le fœtus est expulsé avant la mort de la mère.

Charpentier et quelques autres auteurs croient que l'interruption de la grossesse se produit de préférence au début de la grossesse, et que les femmes atteintes dans les trois derniers mois voient plus souvent leur grossesse se continuer.

L'interruption de la grossesse peut survenir à toute époque de la maladie, souvent dans le cours de la troisième semaine, et quelquefois au commencement de la convalescence de la fièvre typhoïde. "L'avortement, dit Vinay, à une époque tardive, semble influencé par le traitement: ainsi chez les femmes traitées par les bains froids, il survient assez fréquemment pendant le décours de la maladie, vers la quatrième semaine, alors que la convalescence est manifeste".

Vinay prétend que les bains froids modifient avantageusement la maladie maternelle, et il prouve par des statistiques que les bains froids peuvent abaisser la mortalité maternelle de 17 à 6 pour 100. Mais ces bains froids n'ont guère d'influence appréciable sur la persistance de la grossesse; "l'avortement, dit-il, est survenu dans 55 pour 100 des cas, c'est une proportion qui diffère à peine de celle qui est indiquée par les anciens auteurs (65 pour 100) en l'absence de tout traitement hydrothérapique".

Certains auteurs ont signalé l'amélioration qui suivait la délivrance. D'autres, au contraire, ont insisté sur la gravité de l'expulsion fœtale au cours de la fièvre typhoïde et sur la possibilité des complications de septicémie puerpérale qui pouvaient survenir à ce sujet. Caseaux, Martinet, Stoltz pensent que la maladie perd de sa gravité du fait de l'expulsion fœtale. Griesinger, Guserow, Griscle, considèrent au contraire, cette éventualité comme défavorable, la marche de la maladie en est aggravée, et la femme devient plus facilement la proie de la septicémie puerpérale. Dans les observations que Chambrelent a recueillies, l'interruption de la grossesse n'a paru en rien modifier la marche de la pyrexie.

L'opinion de Vinay est plus rationnelle, voici ce que nous dit cet auteur: " Pour apprécier exactement l'influence de l'avortement, il est nécessaire de considérer dans quelles formes de la pyrexie il se produit. Lorsque la maladie est de forme moyenne, l'évacuation de l'utérus est le plus souvent un accident heureux.....

" Par contre, si la forme est sévère et que l'avortement se produise au milieu de phénomènes d'adynamie, il est peu probable que la libération anticipée de l'utérus améliore l'état général. La situation de la patiente est analogue à celle des femmes atteintes de varioles confluentes, de pneumonie ou de choléra et qui avortent, leur état en est plutôt aggravé et la mort survient peu après.

" Le danger véritable de l'interruption de la grossesse, c'est la facilité avec laquelle surviennent les complications septicémiques".

L'accoucheur devra surveiller de très près la marche du travail, chez une malade qui accouchera en état de fièvre typhoïde. Il semble en effet résulter de quelques observations citées par Duhaud, dans sa thèse, que, lorsque des phénomènes d'infection puerpérale surviennent chez une femme atteinte de fièvre typhoïde, ces symptômes peuvent se combiner et prendre un caractère de gravité spéciale dû à la coïncidence de deux infections dont les micro-organismes, par leur association, acquièrent une virulence particulière.

L'avortement est souvent précédé d'un frisson suivi d'un redoublement de fièvre, puis survient une métrorragie qui est parfois abondante et qui est bientôt suivie des douleurs qui déterminent l'expulsion de l'œuf. Quand l'hémorragie est considérable, elle est accompagnée d'un brusque abaissement de la température. Le collapsus est en rapport avec la perte de sang, et, quand il est marqué, c'est toujours une condition fâcheuse pour l'évolution ultérieure de la maladie.

Plus fréquemment on rencontre, pendant un jour ou deux, des douleurs abdominales légères, intermittentes; elles augmentent graduellement d'intensité et de fréquence; elles se rapprochent et deviennent continues; il survient alors un écoulement de sang peu abondant qui est l'indice du décollement de l'œuf, et, au bout de quatre à cinq heures, l'expulsion de ce produit a lieu.

Influence de la fièvre typhoïde sur le partus. — Si le pronostic n'est pas aggravé pour la mère, on ne saurait en dire autant en ce

qui concerne le fœtus. Son expulsion survient dans les deux tiers des cas.

On a cherché si les organes du fœtus ne présentaient pas des lésions analogues à celles observées dans la fièvre typhoïde.

En 1840, Charcellay, et en 1841 Manzoni et Weiss plus tard, affirmaient qu'ils avaient trouvé des altérations des follicules clos dans l'intestin des fœtus nés de mères typhiques.

Mais ce n'est que lorsque le bacille d'Eberth a été bien connu que le fait de la possibilité de la transmission de la fièvre typhoïde de la mère au fœtus a été bien établi, et qu'il a été permis d'étudier la fréquence de cette infection.

Les organes du fœtus renferment souvent le bacille typhique (Chantemesse, Widal, Neubaus, Eberth, Étienne, Marfan, etc.).

D'après Gusserow, les altérations des glandes de l'intestin seraient exceptionnelles; il ne les a jamais rencontrées. Il est facile de comprendre cette rareté, puisque les agents de l'infection sont transmis au fœtus, non plus par les voies digestives, mais par la veine ombilicale. L'infection des viscères du fœtus n'est pas fatale, et parfois l'examen le plus minutieux n'y peut décèler aucun micro-organisme. De même que nous avons vu que dans la pneumonie le fœtus pouvait ne pas être atteint par les pneumocoques, de même il semble exister des cas bien nets de fièvre typhoïde dans lesquels les recherches les plus minutieuses n'ont pas permis de retrouver le bacille d'Eberth dans les organes fœtaux.

Mais de ce que l'agent infectieux n'atteint pas le fœtus dans tous les cas de fièvre typhoïde de la mère, pouvons-nous conclure que l'enfant ne participe pas à l'infection maternelle ?

Nous ignorons les conditions prochaines qui permettent l'envahissement de l'organisme fœtal par les bacilles en circulation dans l'organisme maternel. Malvoz pense que le micro-organisme ne franchit le placenta qu'à la faveur d'altérations histologiques des villosités choriales. Il est possible, comme l'indique Duhaut, que la lésion qui ouvre au microbe la porte de l'organisme fœtal, c'est le microbe lui-même qui la produit en déterminant des colonies au niveau des villosités, en provoquant des congestions qui amènent une desquamation épithéliale.

Il est certain qu'une pareille théorie explique mieux les cas dans lesquels l'infection ne se produit pas; ce sont les cas légers,

ceux qui se présentent avec une atténuation dans le nombre et la virulence des agents pathogènes. Il faut bien convenir que, même lorsqu'il y a passage du bacille dans l'organisme de l'enfant, les lésions placentaires ne sont pas absolument fatales.

L'avortement peut être dû au passage des toxines seules, à travers le placenta.

Le passage des substances solubles de la mère au fœtus dans le cas de fièvre typhoïde nous est démontré par le pouvoir agglutinant que présente, dans certains cas, le sang du fœtus né d'une mère typhique, malgré l'absence des micro-organismes spécifiques (Widal-Chantemesse).

A côté de faits positifs, il existe des examens négatifs: Achard et Bensaude ont vu que, chez le lapin, le placenta arrête le pouvoir agglutinant. G. Etienne n'a pas trouvé la réaction dans le sang d'un embryon de quatre mois et demi, tandis que le sang de la mère était agglutinant. Charrier et Appert ont obtenu le même résultat en examinant les différents liquides (sang du cœur, sérosités péricardiques et péritonéales, liquide céphalo-rachidien, etc.), d'un fœtus de trois mois: par contre, la macération du placenta a donné une réaction caractéristique, il semble que le placenta serve de filtre pour retenir dans l'organisme maternel les substances agglutinantes et vraisemblablement aussi les toxines.

Quand la dothiéntérie tue l'enfant dans l'utérus, elle ne lui donne pas le temps de se macérer: l'expulsion survient peu après la mort du produit. La plupart des fœtus qui naissent avant le septième mois sont déjà morts; mais, dans l'accouchement prématuré, les deux tiers des enfants naîtraient vivants, d'après Saquin. Il est vrai qu'une grande partie d'entre eux ne tarde pas à succomber.

Si la fièvre typhoïde est survenue pendant la dernière période de la grossesse, la maladie retentit moins souvent sur l'état de santé ultérieur de l'enfant (Chambrelent). Mais il n'en est pas de même si la maladie a évolué pendant la première partie de la grossesse, ou même dans les cas où la fécondation est survenue peu de temps après la convalescence (Bar).

Les enfants qui survivent sont délicats et présentent assez souvent des anomalies de structure ou fonctionnelles, comme ceux qui naissent de parents tuberculeux, syphilitiques ou alcooliques; l'enfant présentera des malformations, certaines anomalies du

côté du cerveau, de la surdité, etc. Cependant Chambrelent a présenté à la Société d'Obstétrique de Paris, cinq observations d'enfants nés de mères ayant eu la fièvre typhoïde et accouchées vers le 6e, 7e ou le 8e mois. Ces enfants ont été suivis pendant plusieurs années et aucun d'eux n'a présenté de tare physique ou intellectuelle.

Fièvre typhoïde des suites de couches. — La fièvre typhoïde qui existe après l'accouchement peut être la simple continuation d'une fièvre qui est survenue pendant la grossesse et en a provoqué l'interruption. Beaucoup plus rarement, la maladie ne se développe que pendant les premiers jours du puerpérisme. Après un intervalle variable d'apyrexie complète, de deux à huit, dix jours, on voit la température s'élever, le pouls s'accélérer, l'appétit disparaître et l'état général s'aggraver sans qu'on trouve du côté des organes génitaux des modifications appréciables, qui puissent expliquer ce changement subit et imprévu.

Le diagnostic différentiel est assez difficile à établir quelquefois entre une fièvre typhoïde et une infection puerpérale. On a bien, il est vrai, la réaction de Widal, mais comme celle-ci n'est pas toujours positive au début de la typhoïde, on peut être quelquefois embarrassé.

“ Vous savez, nous dit Queirel dans ses leçons de Clinique obstétricale, combien je suis peu porté à admettre, dans le post-partum fébrile, autre chose qu'une infection puerpérale plus ou moins atténuée, plus ou moins grave ; mais il est certainement des cas où l'infection éberthienne vient se mêler aux accidents puerpéraux, sinon en faire tous les frais.

“ Dans certaines conditions le diagnostic sera facile, d'autres fois il sera de nature à vous faire hésiter, d'autres fois enfin il ne sera fait qu'avec la nécropsie ”.

Ce n'est certainement pas toujours sur la marche de la température qu'on peut se baser pour faire un diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et l'infection puerpérale. On a dit que pendant la fièvre typhoïde, la fièvre est continue, en ce sens que la température reste toujours au-dessus de la normale, mais le plus souvent la température du matin est inférieure de un degré environ à celle du soir. Dans les cas graves, la température du matin est presque aussi élevée que celle du soir, de sorte que le

tracé thermométrique se rapproche de la ligne droite. Dans l'infection puerpérale on peut rencontrer, et de fait on rencontre, comme je l'ai vu souvent, l'un ou l'autre de ces tracés.

Il est assez curieux de comparer deux cartes d'observation, l'une touchant une malade atteinte d'infection puerpérale (voir Pinard et Wallich, page 80, tracé 12), et l'autre d'une malade morte de fièvre typhoïde après un accouchement (voir Clinique Obstétricale par Queirel, page 260), chez qui le séro-diagnostic a été positif. Ces deux cartes de température sont absolument identiques.

Je vais plus loin, je consulte le grand traité de Médecine de Bouchard et Brissaud, et je reproduis ce que je lis à la page 106: " Sur la marche de la température, dans la fièvre typhoïde Wunderlich avait émis quelques propositions qui s'appliquent à bon nombre de formes communes et auxquelles on a voulu accorder force de loi: toute fièvre qui, dès le second jour, atteint 40° , n'est pas la fièvre typhoïde; — toute fièvre, qui, le soir du quatrième jour, ne s'élève pas à 40° , n'est pas la fièvre typhoïde; — le maximum de la température se montre d'abord le soir, quelque soit le jour de son apparition; le septième jour, il se fait une rémission de la température qui ne s'abaisse jamais qu'à la normale: — la défervescence se fait par lysis.

" Il n'est aucune de ces propositions qui ne puisse être exacte. On observe des dothiéntéries sans fièvre; des fièvres typhoïdes abortives qui, dès le second jour, provoquent une élévation thermique de 40° ; on note une température plus élevée le matin que le soir; une rémission fébrile qui apparaît du cinquième au dixième jour et peut abaisser la température au chiffre normal".

Ainsi donc, dans la fièvre typhoïde, la température n'a pas toujours une forme régulière. Faut-il ici rappeler le stade irrégulier caractérisé par de grandes oscillations thermométriques, auquel Wunderlich a donné le nom de *stade amphibole*.

Voulez-vous encore consulter deux autres cartes d'observation vraiment identiques. Voyez La Pratique de l'art des Accouchements par P. Bar, A. Brindeau, etc., et la Clinique Obstétricale, par Queirel. Dans Bar, on lit la page 500, Vol. I: " La courbe thermique (dans la pyohémie puerpérale) est celle de toutes les pyohémies: elle procède par *grandes oscillations irrégulières*, le thermomètre marquant dans une même journée 37° ou 41° ".

A la page 270 de ses cliniques, Queirel parle d'une primipare qui vient d'accoucher: " Tout va bien, dit-il, jusqu'au 8e jour, où la température monte à 38°, puis à 40°, 1 au 10e jour. Malgré les injections intra-utérines et deux injections sous cutanées de sérum de Marmorek de 10 cent. cubes, le 14e jour, nous arrivons à 41°, et vous voyez ensuite les oscillations que forme la courbe thermique. En est-il une plus caractéristique de l'infection puerpérale ? " C'est le séro-diagnostic positif qui a fait reconnaître une fièvre typhoïde.

A proprement parler, le diagnostic serait facile, si la dothiériémie se montrait toujours avec sa forme classique, les phénomènes abdominaux, la période ascendante de la température et le plateau qui lui succède, coïncidant avec un pouls qui la suit dans ses oscillations, tout en restant plein et pas trop rapide. Mais souvent on a affaire à des formes anormales, et certains symptômes qui empêcheraient toute hésitation sont absents.

Voilà pour la fièvre typhoïde ; maintenant voulez-vous connaître les symptômes à certains moments de l'infection puerpérale ? " Bientôt, dit Ribemont Dessaignes, survient un état fébrile continu, qui ne s'explique par aucune lésion du côté de l'appareil génital: pas de ballonnement du ventre, l'utérus n'est pas douloureux à la pression, il n'y a pas de douleurs au niveau des annexes, les lochies sont à peu près normales. L'état général est cependant mauvais, la femme maigrit; sa peau présente une teinte terreuse sub-ictérique, la langue est sèche, la soif vive, l'inappétence absolue, l'urine est rare et albumineuse. Une diarrhée plus ou moins intense, généralement fétide, affaiblit la malade ". " La congestion douloureuse du foie et de la rate, disent de leur côté Bar et Jeannin, traduit l'infection de l'organisme. Les phénomènes nerveux, très variables suivant les individus, dominent parfois la scène; on observe alors la *forme typhoïde* décrite par Siredey, tantôt à type ataxique avec délire violent, jactitation, excitation maniaque; plus souvent à type adynamique, avec délire calme, abattement, état de stupeur ".

Laissez-moi terminer ce tableau par ce dernier coup de pinceau et vous me direz si c'est toujours facile de diagnostiquer une fièvre pendant les suites de couches.

" La langue, dit Charpentier, en parlant de l'infection puerpérale, devient alors sèche, noirâtre; les gencives, les dents, la face

interne des lèvres se recouvrent de matières noires, fuligineuses, mélangées de petites stries sanguinolentes. Des mucosités visqueuses, tenaces, recouvrent la voûte palatine, la face interne des joues. La parole devient difficile, embarrassée, la soif entraîne, en un mot *l'état typhique est extrêmement accusé*".

Généralement le pouls n'offre pas les mêmes caractères dans la fièvre typhoïde et dans l'infection puerpérale. Dans la fièvre typhoïde il ne suit pas d'une façon *aussi constante* (je souligne ces deux mots), les modifications que subit la température: tandis que dans la fièvre puerpérale grave, le pouls est toujours mauvais, son accélération est constamment proportionnelle à l'élévation de la température et parfois la dépasse. Mais si la fièvre typhoïde est grave ou avancée le pouls peut devenir aussi rapide et aussi méchant.

Ecoutez encore ce que dit Williams: "Le diagnostic de fièvre typhoïde est souvent porté dans les cas d'infection puerpérale prolongée, parce qu'on se base généralement sur la fièvre longtemps continuée sur la prostration générale de la patiente. Il n'y a aucun doute que, occasionnellement, la fièvre typhoïde peut être une complication du puerperium; mais celui qui se fera un devoir de faire des recherches minutieuses dans tous les cas qui viendront à sa connaissance, sera bientôt convaincu qu'un bien petit nombre de ces cas désignés sont véritablement d'origine typhique, et que la plupart d'entre eux ne sont autre chose que de vraies infections du canal génital. Dans l'état actuel de nos connaissances, spécialement depuis la découverte de l'action agglutinante du sérum des patients typhiques, on n'est pas justifié de faire un diagnostic de fièvre typhoïde à moins que la réaction spécifique n'ait été démontrée.

"D'un autre côté, la fièvre typhoïde compliquant le puerpérium peut simuler parfaitement une infection puerpérale. Jaug, dernièrement, a décrit plusieurs cas où l'erreur a été commise, la vraie nature de la maladie n'ayant été découverte qu'à l'autopsie, et moi-même (c'est toujours Williams qui parle), j'ai eu connaissance de cas semblables".

Laissez-moi encore citer Queirel: "Tous les symptômes de la dothiéntérie, analysés séparément, peuvent n'avoir qu'une importance médiocre, mais quand la septicémie puerpérale offre des

anomalies, propres à vous étonner, il faut penser à l'infection éberthienne, comme complication et comme explication de phénomènes qui n'auraient pas dû être la conséquence d'une parturition, s'étant produite dans de bonnes conditions de santé et d'asepsie.

“ Et voilà pourquoi, avec Pinard, avec Lepage qui a porté cette question devant la Société d'Obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie en juillet 1899, nous vous dirons: toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'accidents septiques qui n'avaient pas raison de se produire, en face de phénomènes fébriles qui viendront vous surprendre, faites faire le séro-diagnostic de Widal.

“ C'est en effet le seul moyen de diagnostiquer sûrement la fièvre typhoïde, alors qu'elle n'évolue pas classiquement; c'est la seule méthode d'investigation qui peut vous donner la certitude, alors que vous hésitez à affirmer ce diagnostic devant un tableau clinique anormal ”.

Mais le séro-diagnostic lui-même, si précieux à l'ordinaire, peut faire défaut chez des typhiques pendant quelque temps, ou se montrer chez des non-typhiques qui ont eu anciennement la dothiénentérie — et qui l'ignorent (Chantemesse); et puis, pour le pauvre médecin de la campagne, éloigné de tout centre et de tout laboratoire, comment établir un bon diagnostic ! . . .

Une autre difficulté peut encore surgir, c'est que la fièvre typhoïde se complique d'une infection puerpérale, de sorte qu'il est malaisé d'établir ce qui revient à chacune de ces deux affections.

Quand la fièvre typhoïde survient pendant le puerpérium, la mortalité est généralement grande, quelle que soit la méthode de traitement (50%). Brand explique cette gravité par ce fait qu'il est généralement difficile de faire un diagnostic précis de bonne heure. Mais il est plus simple et semble plus rationnel de considérer la puerpéralité comme une condition qui aggrave la fièvre typhoïde. En effet, la femme arrivée au terme de la grossesse, et déjà fatiguée par la production du nouvel être, éprouve encore par le fait de l'accouchement une dépression et une déperdition nouvelle. Les douleurs qui accompagnent la parturition, le traumatisme qui en est inséparable, de même que l'hémorragie de la délivrance, sont des causes qui diminuent la résistance des sujets et modifient le terrain sur lequel va se produire la pyrexie. Après l'accouchement, la femme se trouve en présence d'un travail de

réparation auquel elle doit suffire. C'est pour l'élever à la hauteur des actes organiques qu'elle doit accomplir qu'il faut lui permettre très promptement une alimentation réparatrice. Si elle est atteinte de fièvre typhoïde va-t-elle avoir cette alimentation réparatrice ?

Donc le pronostic de la fièvre typhoïde chez les accouchées est particulièrement grave. Bien plus, voici ce que disent Ribemont, Dessaignes et Lepage: "l'avortement ou l'accouchement prématuré peuvent aggraver le pronostic en facilitant le développement d'une septicémie puerpérale".

Il ne me reste plus qu'à parler du *traitement* de la fièvre typhoïde chez la femme enceinte. Je le ferai aussi brièvement que possible en citant l'opinion de certains auteurs les plus accrédités.

Vinay nous dit: "Le développement de la fièvre typhoïde chez une femme enceinte ne comporte aucune indication spéciale par le fait de la gravidité. L'hygiène, le régime et la médication sont les mêmes qu'en dehors de cet état. C'est dire que nous conseillons comme traitement à peu près exclusif, la méthode hydrothérapique.

"La statistique que j'ai donnée plus haut montre bien que, pendant la grossesse, comme en dehors d'elle, la méthode hydriatique est supérieure aux différentes médications qu'on a proposées comme traitement de la fièvre typhoïde.

"L'influence du bain froid sur la persistance de la grossesse est par contre moins évidente, comme j'ai déjà eu l'occasion de l'indiquer, et son efficacité si manifeste sur la maladie maternelle, reste nulle ou à peu près vis-à-vis de l'enfant, l'avortement survient avec une fréquence presque égale, quelle que soit la médication employée.

"Lorsqu'une femme avorte au cours de la fièvre typhoïde, on doit continuer les bains tant que persiste l'élévation de température. La conduite à tenir est la même que dans les cas où la fièvre n'apparaît que pendant le puerpérium; la période des couches ne constitue pas une contre-indication par elle-même. On peut laisser tout au plus à la malade une journée de répit, d'autant mieux qu'à la suite de l'accouchement, il survient fréquemment une défervescence de la fièvre; mais dès que la température remonte, il est nécessaire de revenir au traitement antérieur".

Bar, Chambrelent, Ribemont, Dessaignes, Lepage, Charles, et les autres nous disent : " le traitement de la fièvre typhoïde chez la femme enceinte comporte les mêmes indications qu'en dehors de la gravidité ; " où " l'on institue le traitement comme si la grossesse n'existait ", " en évitant toutefois, ajoute Charles, ce qui pourrait favoriser les contractions utérines. Si malgré ces précautions, l'avortement tend à se manifester, il faut l'enrayer autant que possible ; s'il devient inévitable, on veille surtout aux hémorragies qui sont le plus à craindre. "

Il va sans dire qu'en cas d'avortement ou d'accouchement prématuré, les règles de l'asepsie et de l'antisepsie devront être observées avec la plus minutieuse exactitude.

Comme il est prouvé que la fièvre typhoïde n'est pas plus rare chez la femme enceinte que chez celle qui ne l'est pas, il est évident qu'on ne devra jamais provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré, parce que ce serait de plus ajouter un traumatisme inutile et dangereux.

" Pendant les suites de couches, ajoute Vinay, le traitement est le même qu'avant l'accouchement et ni l'écoulement des lochies, ni la présence d'un utérus en involution, ni le gonflement des seins, ni même l'existence de complications septicémiques ne sont un obstacle à l'emploi de la méthode hydrothérapique.

" A mon avis, la péritonite généralisée est la seule contre-indication formelle des bains froids "

Quand la fièvre typhoïde atteint une nourrice, on doit suspendre l'allaitement.

Je résumerai ainsi mon travail :

La fièvre typhoïde chez les femmes enceintes n'est rare qu'en apparence et la grossesse ne leur confère aucune immunité, même relative

La fièvre typhoïde a une influence considérable sur la grossesse, qu'elle interrompt dans 66% des cas.

L'avortement est plus fréquent que l'accouchement prématuré.

L'avortement semble se produire avec plus de fréquence pendant le deuxième septénaire de la maladie.

L'état de grossesse ne modifie en rien la forme ou la gravité de la fièvre typhoïde.

L'interruption de la grossesse ne modifie pas la marche de la piroxie. Elle serait plutôt désavantageuse.

L'influence de la fièvre typhoïde sur le fœtus est considérable. Les enfants qui survivent sont faibles et présentent souvent quelque tare.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde pendant les suites de couches est parfois très difficile. Dans tous les cas il faudra avoir recours au séro-diagnostic.

Le pronostic de la dothiënterie dans les suites de couches est plus grave. On ne doit jamais provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Le traitement de la fièvre typhoïde pendant la grossesse ou les suites de couches est le même qu'en dehors de la grossesse.

LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL AU CANADA ET LE ROLE DU MEDECIN.

Par le Dr WILFRID DEROME,

Professeur suppléant à la chaire de Médecine légale, Médecin légiste du gouvernement
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Aucun d'entre vous n'ignore que notre gouvernement local a doté cette Province de Québec d'une loi spéciale aux accidents du travail, mais comme il est possible que quelques membres de cette société n'aient pas encore eu le temps d'en prendre une parfaite connaissance j'ai cru faire œuvre utile en donnant ici un bref commentaire des articles qui intéressent davantage le médecin.

Il est bien entendu que l'étude que nous allons faire ensemble de cette loi, n'est pas la critique. Qu'il me suffise de vous dire que de l'aveu même de ses auteurs, celle-ci est loin d'être parfaite. Elle devra et sera amendée à mesure que l'expérience en aura démontré les lacunes.

La loi sur les accidents du travail au Canada a été sanctionnée le 29 mai 1909, et elle est en vigueur depuis le 1er janvier 1910.

Sans vouloir m'attarder à vous démontrer la nécessité de celle-ci, je dirai seulement que tous les grands pays industriels de l'Europe possèdent une loi analogue, notamment l'Allemagne, depuis 1884, l'Angleterre, depuis 1897 et enfin la France depuis 1898.

Nos législateurs n'ont donc fait que suivre l'exemple donné par

leurs devanciers d'Europe avec l'espoir d'en arriver au même but qui est de faire partager par l'industrie les conséquences des accidents du travail que, seuls, à peu près jusqu'aujourd'hui les ouvriers avaient supportées. En effet, avant le 1er janvier 1910 et d'après le droit commun, l'ouvrier victime d'un accident du travail n'avait droit à une indemnité qu'à la condition de prouver qu'il y avait eu faute de la part du chef d'entreprise ou de ses préposés. Victime de sa propre imprudence, il se voyait refuser tout dédommagement. Victime d'un de ces cas fortuits qui représentent près de la moitié des accidents industriels, il n'obtenait pas davantage. Je dirai plus, l'ouvrier victime même d'une faute caractérisée de la part du patron était voué le plus souvent à un résultat incertain, grâce à sa pauvreté, à la difficulté d'obtenir les témoignages de camarades appelés à venir déposer contre leur patron. Bref, sur cinq accidents à peine un seul était-il indemnisé. L'ouvrier était donc seul à supporter le risque des accidents industriels.

Avec la nouvelle loi, toute autre est la situation, le *risque* devient *professionnel*, c'est-à-dire qu'il devient à la charge de l'industrie et doit figurer avec les autres dépenses parmi les frais généraux.

L'ouvrier n'a plus de preuves à administrer, c'est entendu que l'entreprise elle-même est responsable et doit réparation à tout accident occasionné par la production. De même que le travail constitue l'ouvrier créancier de salaire, ainsi tout accident du travail le constitue créancier d'une indemnité.

En d'autres termes, tout dommage demande réparation. Remarquez, Messieurs, que je ne dis pas réparation *complète*. En effet, si l'industrie ou mieux le patron qui la représente est tenu par la nouvelle loi à payer dans tous les cas d'accidents du travail, il était juste et raisonnable que celle-ci ne l'oblige pas à payer une réparation intégrale, c'eût été courir le risque de faire supporter à l'industrie un fardeau trop lourd et conséquemment la mettre en danger.

On a donc dit au patron: vous paierez dans tous les cas d'accident du travail en dehors de toute idée de faute; mais dans aucun cas vous paierez une indemnité intégrale complète.

C'est une sorte de *transaction* entre patrons et ouvriers.

L'indemnité est de plus *forfaitaire*, c'est-à-dire que la loi n'a

bandonne pas au juge l'évaluation du dommage. Celui-ci peut être calculé à l'avance suivant les conséquences possibles de l'accident et sur un tarif ayant pour base le salaire de la victime. Transaction et forfait à la fois profitables au patron et à l'ouvrier, puisque l'un se trouve toujours dédommagé de tout accident du travail, tandis que l'autre peut calculer à l'avance sa dette éventuelle et ainsi, s'en couvrir par les assurances.

Voilà, Messieurs, exposées aussi brièvement que possible, les dispositions essentielles de notre nouvelle loi et l'esprit dans lequel elle a été conçue.

Si vous me le permettez maintenant, je vais vous lire le texte même de la loi et en expliquer au besoin les passages qui intéressent le plus particulièrement le médecin.

Je regrette de me voir dans l'obligation de vous faire entendre la lecture d'un texte officiel; mais, ne vous alarmez pas, ce ne sera pas long et je m'efforcerai de vous démontrer tout à l'heure la nécessité de bien connaître cette loi à cause du rôle que nous, médecins, nous serons appelés à jouer dans son application.

Texte de la loi.

Sa division en quatre sections.

Commentaire des articles.

Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, et la réparation des dommages qui en résultent.

(Sanctionnée le 29 mai 1909.)

SA MAJESTÉ, de l'avis et du consentement du Conseil législatif, de l'Assemblée législative de Québec, décrète ce qui suit:—

SECTION I.

DES INDEMNITÉS.

1. Les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, aux ouvriers, apprentis et employés occupés dans l'industrie du bâtiment, dans les usines, manufactures et ateliers, et dans les chantiers de pierre, de bois ou de charbon; dans les entreprises du transport par terre ou par eau, de chargement ou de déchargement, dans celle de gaz ou d'électricité, de construction, de

réparation ou d'entretien de chemins de fer ou tramways, d'aqueducs, d'égouts, de canaux, de digues, de quais, de docks, d'élevateurs et de ponts; dans les mines, minières, carrières, et, en outre, dans toute exploitation industrielle, dans laquelle sont fabriquées ou mises en œuvre des matières explosives, ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux. donnent droit, au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité réglée conformément aux dispositions ci-après.

La présente loi ne s'applique pas à l'industrie agricole ni à la navigation à voile.

2. Dans les cas prévus par l'article I de la présente loi, la victime a droit:—

a. Pour l'incapacité absolue et permanente, à une rente égale à cinquante pour cent de son salaire annuel, à compter du jour de l'accident ou de celui où, soit par l'accord des parties, soit par le jugement définitif, il est constaté que l'incapacité présente le caractère de la permanence;

b. Pour l'incapacité partielle et permanente, à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident fait subir au salaire;

c. Pour l'incapacité temporaire, à une indemnité égale à la moitié du salaire journalier touché au moment de l'accident, si l'incapacité de travail a duré plus de sept jours et à partir du huitième jour.

Le capital des rentes ne doit cependant, dans aucun cas, sauf celui mentionné à l'article 5, excéder deux mille piastres.

3. Lorsque l'accident a causé la mort, l'indemnité comprend une somme égale à quatre fois le salaire moyen annuel du défunt au moment de l'accident, ne devant, dans aucun cas, sauf le cas mentionné à l'article 5, être moindre que mille piastres ni excéder deux mille piastres.

Il est en outre payé une somme n'excédant pas vingt-cinq piastres pour les frais de médecin et de funérailles, à moins que la victime ne soit membre d'une association tenue d'y pourvoir et qui y pourvoit.

L'indemnité est payable de la manière suivante:—

a. Au conjoint survivant, non divorcé ni séparé de corps, au moment du décès, pourvu que l'accident ait eu lieu après le mariage;

b. Aux enfants légitimes ou naturels, reconnus avant l'accident, de manière à aider à pourvoir à leurs besoins jusqu'à l'âge de seize ans révolus;

c. Aux ascendants dont le défunt était l'unique soutien au moment de l'accident.

À défaut d'accord entre les parties au sujet de la répartition de l'indemnité, elle est faite par le tribunal compétent.

Cependant toute somme payée en vertu de l'article 2 de la présente loi pour le même accident sera déduite de l'indemnité totale.

4. Un ouvrier étranger ou ses représentants n'ont droit aux sommes et indemnités prévues par la présente loi que si, au moment de l'accident, ils résident au Canada et continuent à y résider pendant le service de la rente. Mais s'ils ne peuvent se prévaloir de la présente loi, le recours de droit commun existe en leur faveur.

5. Aucune indemnité n'est accordée dans le cas où l'accident a été intentionnellement provoqué par la victime.

Le tribunal peut diminuer l'indemnité si l'accident est dû à la faute inexcusable de l'ouvrier, ou l'augmenter s'il est dû à la faute inexcusable du patron.

6. Si le salaire annuel de l'ouvrier dépasse six cents piastres, il n'est pris en considération que jusqu'à concurrence de ce montant. Pour le surplus, et jusqu'à mille piastres, il ne donne droit qu'au quart des indemnités susdites. Dans le cas d'un salaire annuel d'au delà de mille piastres, la présente loi ne s'applique pas.

7. Les apprentis sont assimilés aux ouvriers les moins rétribués de l'entreprise.

8. Le salaire servant de base à la fixation des rentes s'entend, pour l'ouvrier occupé dans l'entreprise pendant les douze mois écoulés avant l'accident, de la rémunération effective qui lui a été allouée pendant ce temps, soit en argent, soit en nature.

Pour les ouvriers occupés pendant moins de douze mois avant l'accident, il doit s'entendre de la rémunération effective qu'ils ont reçue depuis leur entrée dans l'entreprise, augmentée de la rémunération moyenne qu'ont reçue, pendant la période nécessaire pour compléter les douze mois, les ouvriers de la même catégorie.

Si le travail n'est pas continu, le salaire annuel est calculé tant

d'après la rémunération reçue pendant la période d'activité que d'après le gain de l'ouvrier pendant le reste de l'année.

9. Dès que la permanence de l'incapacité au travail est constatée, ou, en cas de mort de la victime, dans le mois de l'accord entre le chef de l'entreprise et les intéressés, et, à défaut d'accord, dans le mois du jugement définitif qui le condamne, le chef d'entreprise doit payer, suivant le cas, au choix de la victime ou de ses représentants, ou le capital des rentes à une compagnie d'assurance agréée à cette fin par arrêté du lieutenant-gouverneur en conseil.

10. Les rentes créées en vertu de la présente loi sont payables par trimestre.

Les indemnités pour les cas d'incapacité temporaires sont payables aux mêmes époques que les salaires des autres employés, ne devant, en aucun cas, excéder seize jours.

11. Le lieutenant-gouverneur en conseil détermine les conditions de l'agrégation des compagnies d'assurance qui demandent, par requête, à être autorisés à assumer le service des rentes conformément à la présente loi; mais une compagnie qui n'a pas fait un dépôt entre les mains du gouvernement fédéral ou du gouvernement provincial, conformément à une loi du Canada ou de la province, d'un montant estimé suffisant pour assurer l'exécution de ses obligations, ne peut être ainsi autorisée.

12. Toutes les indemnités prévues par la présente loi sont incessibles et insaisissables, mais le chef d'industrie pourra retenir sur le montant de l'indemnité toute somme à lui due par l'ouvrier.

13. Les indemnités déterminées aux articles qui précèdent sont à la charge exclusive du chef de l'entreprise, lequel ne peut faire aucune retenue sur les salaires, de ce chef, même avec le consentement du salarié.

SECTION II.

DE LA RESPONSABILITÉ

14. Indépendamment de l'action résultant de la présente loi, la victime ou ses représentants conservent, contre les auteurs de l'accident, autres que le patron ou ses ouvriers et préposés, le droit de réclamer la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun.

L'indemnité qui leur est accordée exonère à due concurrence le chef d'entreprise des obligations mises à sa charge. Cette action contre les tiers responsables peut même être exercée par le chef d'entreprise, à ses risques et périls, aux lieu et place de la victime ou de ses ayants droit, si ceux-ci négligent d'en faire usage après mise en demeure.

15. Les dommages résultant des accidents survenant par le fait du travail ou à l'occasion du travail dans les cas prévus par la présente loi, ne donnent lieu, à charge du chef d'entreprise, au profit de la victime ou de ses ayants droit, tels que définis à l'article 3 de la présente loi, qu'aux seules réparations déterminées par cette loi.

16. Tous montants payés par une compagnie d'assurance ou une société de secours mutuels, sont imputés en déduction des sommes et rentes payables en vertu de la présente loi, jusqu'à due concurrence, si le patron justifie qu'il avait pris à sa charge les cotisations ou primes exigées pour cet objet. Mais l'obligation du patron continue si la compagnie ou société néglige ou devient incapable de servir l'indemnité à laquelle elle est tenue.

17. Les ouvriers qui travaillent seuls d'ordinaire ne peuvent être assujettis à la présente loi par le fait de la collaboration accidentelle d'un ou de plusieurs autres ouvriers.

18. La victime est tenue, si le chef d'entreprise l'exige par écrit, de subir un examen fait par un médecin pratiquant, choisi et payé par le chef d'entreprise, et, si elle refuse de se soumettre à cet examen on s'y oppose en aucune façon, son droit à l'indemnité, ainsi que tout recours pour le mettre à effet, reste suspendu jusqu'à ce que l'examen ait lieu.

La victime, dans ce cas, aura toujours le droit d'exiger que l'examen soit fait en présence d'un médecin de son choix.

19. Toute contravention contraire aux dispositions de la présente loi est nulle de plein droit.

SECTION III

DE LA GARANTIE

20. La créance de la victime de l'accident ou de ses ayants-droit relative aux frais de médecin et aux frais funéraires, ainsi qu'aux indemnités allouées à la suite de l'incapacité temporaire de travail,

est garantie par un privilège sur les biens meubles et immeubles du chef d'entreprise prenant rang concurremment avec la créance mentionnée au paragraphe 9 de l'article 1994 du Code Civil.

Le paiement de l'indemnité pour incapacité permanente de travail, ou accident suivi de mort, est garanti, tant que l'indemnité n'a pas été payée ou que la somme requise pour constituer la rente exigible n'a pas été versée à une compagnie d'assurance ou autrement payée en vertu de cette loi, par un privilège de même nature et de même rang sur les meubles et prenant rang sur les immeubles après les autres privilèges et hypothèques.

SECTION IV

DE LA PROCÉDURE

21. La Cour Supérieure et la Cour de Circuit connaissent de toute demande et de toute contestation résultant de la présente loi, conformément à la juridiction qui leur est attribuée respectivement par le Code de procédure civile.

22. L'appel et la révision des jugements qui en sont susceptibles doivent être interjetés dans les quinze jours de la date de leur reddition, à peine de déchéance. Ces appels ont préséance sur les autres.

23. Le tribunal ou le juge peut, à toute phase de la procédure, avant jugement, ou pendant l'instance en appel, accorder, sur requête, une provision à la victime ou à ses ayants-cause sous forme d'allocation journalière.

24. Le procès par jury est aboli dans toute cause en vertu de la présente loi; mais les procédures sont sommaires et soumises aux dispositions du Code de procédure civile relatives à ces matières.

25. L'action en recouvrement des indemnités prévues par cette loi, se prescrit contre toutes personnes par un an.

26. Une demande en révision des indemnités, fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime, est ouverte pendant quatre années à dater de l'accord survenu entre les parties, ou du jugement définitif. Cette demande est faite par action.

27. Avant d'avoir recours aux dispositions de la présente loi, l'ouvrier doit y être autorisé par un juge de la Cour Supérieure.

sur requête signifiée au patron. Le juge, sans enquête ni affidavit, doit accorder cette requête, mais peut auparavant employer tels moyens qu'il croit utiles pour amener une entente entre les parties. Si elles s'accordent, il peut rendre jugement conformément à cette entente, sur la requête même et ce jugement a le même effet qu'un jugement final de la cour de juridiction compétente.

28. La présente loi entrera en vigueur le premier janvier 1910, et ne s'appliquera ni aux causes pendantes ni aux accidents arrivés avant sa mise en demeure.

Vous venez d'entendre, Messieurs, le texte même de la loi et vous avez pu voir déjà que le rôle du médecin dans son application est capital.

Laissez-moi ici vous rapporter les paroles prononcées au début de ses leçons en novembre 1903 par M. le Dr Thoinot, professeur à l'Université de Paris: "Le médecin, dit-il, est la véritable cheville ouvrière de la loi. Lui seul, en effet, a qualité pour constater l'accident même; pour en déterminer les suites, pour se prononcer sur toutes les contestations qui peuvent s'élever sur le dommage physique ou psychique infligé par l'accident à l'ouvrier et sur les conséquences qui doivent résulter de la blessure pour la capacité de travail de la victime." Ces paroles, n'est-ce pas, se passent de commentaires, tellement elles sont vraies?... Si nous voulons cependant préciser davantage nous voyons que nos rapports avec la loi sont de trois ordres:

- 1° Comme médecin traitant particulier de la victime.
- 2° Comme médecin du patron ou de la compagnie d'assurance.
- 3° Enfin comme médecin expert.

Nous avons vu dans le texte que contrairement à ce qui se passe en Allemagne, la loi laisse à la victime une pleine liberté dans le choix de son médecin et dans le traitement qu'il entend suivre. Elle lui impose seulement l'obligation de subir un examen par le médecin du patron si celui-ci en fait la demande par écrit.

Elle ne prévoit pas le cas où l'ouvrier refuserait les soins médicaux élémentaires dans le but d'en retirer une indemnité plus considérable. De même elle est muette dans le cas où seraient re-

fusés les soins complimentaires, tels que massage, opération, traitement électrique, etc., qui auraient pour résultat de diminuer et parfois de faire disparaître une incapacité quelconque.

Enfin elle ne dit pas si le médecin traitant particulier de la victime sera appelé à donner de vive voix ou sous forme de certificat l'état dans lequel se trouve son client. Dans tous les cas, le médecin devra s'appliquer à le faire de manière à répondre aux exigences de la loi; en particulier pour le certificat de premier constat qui devra comprendre :

- 1° L'état actuel du blessé et les caractères de la blessure.
- 2° Les conséquences probables de l'accident (incapacité temporaire ou permanente, mort.)
- 3° L'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

Le médecin autorisé du patron ou de la compagnie d'assurance devra évidemment bien se familiariser avec les dispositions de la loi, s'il veut sauvegarder les intérêts qu'il représente.

Enfin quant au médecin expert, nous avons pu voir que la loi n'en dit pas un mot. Sa présence sera cependant nécessitée par les désaccords qui ne manqueront pas de surgir dans le règlement du litige, en particulier, lorsque l'accident aura entraîné la mort. L'autopsie seule alors pourra déterminer les causes exactes de celle-ci.

Enfin, Messieurs, il est certain que tous, nous devons nous appliquer à bien connaître cette nouvelle loi des accidents du travail, parce qu'elle ouvre un nouveau et vaste champ à l'activité médicale. Je m'adresse ici non-seulement aux chirurgiens mais aussi aux médecins. En effet on semble trop porté à considérer comme de nature exclusivement chirurgicale les conséquences des accidents. Les médecins sont aussi aptes que ces derniers à apprécier les conséquences fonctionnelles générales des accidents et ils ont pour domaine propre les maladies internes créées par le traumatisme.

Messieurs, voilà les quelques considérations sur la loi des accidents du travail que j'ai crues utiles de porter à la connaissance de cette société.

Je regrette avec vous que la loi ne précise pas davantage le rôle important que le médecin y doit jouer. Espérons que la législa-

ture et la jurisprudence ne tarderont pas d'y pourvoir. En attendant, souhaitons la bienvenue à cette œuvre humanitaire appelée sans aucun doute, à réaliser au point de vue social un progrès considérable.

CHRONIQUE MEDICALE

ARAIGNEES ET CHARLATANS.

(Histoire vraie)

Nous avons tous l'occasion de voir souvent des clients qui ont une " araignée au plafond " ; j'ai eu récemment la bonne fortune, — plus rare, — d'en rencontrer un, qui avait, ou plutôt avait eu la sienne, dans le nez. En effet, sous l'action d'un traitement approprié, l'encombrante tarentule avait filé, mais son départ précipité avait laissé, dans la paroi de l'appendice facial, un orifice pénétrant, très gênant et très disgracieux ! — C'est pour la fermeture de ce " nid déshabité " que je fus consulté !

Voici, en deux mots, l'histoire, amusante et triste à la fois, de mon malade :

XXX... est un brave homme de 57 ans. Cultivateur et bûcheron, il a mené une existence de manœuvre dès son enfance, et son érudition ne va pas jusqu'aux données scientifiques, qui lui eussent permis de connaître la *faune*, ordinaire ou pathologique, de l'organisme humain !!

Jouissant, par ailleurs, d'une santé superbe, avec une histoire héréditaire et personnelle immaculées, XXX... commence à sentir un jour de légers fourmillements dans le nez et la joue gauche. La peau n'est pas malade, la région ne présente pas de tuméfaction, elle n'est ni sensible ni douloureuse.

L'affection ne paraît pas incompatible avec la vie et elle n'inquiète pas notre homme outre mesure!...

Tout au plus, l'intrigue-t-elle un peu!... Il aimerait bien savoir quel est l'animal qui, de temps en temps, se promène dans l'épaisseur de ses tissus !!

Mais ne pouvant préciser ce dernier détail de diagnostic, et rassuré d'ailleurs quant au pronostic, il en prend son parti et continue de couler, *pendant six années encore*, des jours heureux.

Mais, à l'automne de 1909, XXX... rencontre un sien cousin, ayant toutefois souffert du même mal; à la suite d'un "conseil de famille", on arrive à la conclusion que la bête peut être une *araignée à longues pattes*, et l'on part consulter le charlatan de la région... *spécialement bon pour les araignées!*

Celui-ci s'appelle *Maillé* ou *Mailhot*, — je n'ai pu obtenir la rédaction exacte de son nom; — il habite je crois, Yamachiche.

En charlatan qui connaît son affaire, et surtout son client, *Maillé* corrobore le diagnostic et, moyennant *trois dollars payés en espèces*, applique une "*ciroine*", avec les recommandations suivantes, de la stricte observance desquelles dépend le succès de la médication:

1° Garder l'emplâtre jusqu'à ce qu'elle tombe, de crainte de laisser en place des débris de pattes, à l'aide desquels l'animal pourrait renaître.

2° Ne pas se mouiller les pieds.

3° Ne pas mettre ses mains dans la farine.

Quelques heures après l'application, apparaissent des douleurs atroces qui se prolongent pendant quinze jours et empêchent notre homme de manger et de dormir; mais comme il est robuste et... *bonne poire*, il n'en meurt pas et il... garde son emplâtre!

Au bout de ce temps, la région devient indolore, mais en même temps qu'elle se tuméfie, il s'établit une suppuration abondante; du pus et de l'eau rousse s'écoulent abondamment et baignent la lèvre supérieure, et notre malade est tout le temps occupé à recevoir "*le mal qui sort*", dans un mouchoir bien sec... pour éviter l'humidité!

Enfin après trois mois de ce "patient et sanieux martyr", le jour de la délivrance sonne, l'emplâtre tombe et... un large ulcère apparaît qui a mangé toute la joue et le nez du côté gauche.

Le cartilage est perforé dans toute son épaisseur, et, après cicatrisation, il persiste dans la paroi une perte de substance, pouvant admettre facilement un crayon; cet orifice fait fonction de troisième narine, à travers laquelle l'air passe en sifflant, et cause au malade des ennuis considérables.

C'est pour remédier à cette infirmité définitive, qu'il vient consulter mon excellent ami, le Dr St-Denis, lequel me le recommande.

La réparation est assez laborieuse. Après avoir abrasé à la curette tous les tissus malades et cruenté la plaie, je mène trois incisions: deux horizontales, — dont l'une passe au niveau du rebord orbitaire jusqu'à la saillie malaire et l'autre détache la base de la lèvre supérieure jusqu'au delà de la commissure, — me permettent de mobiliser en bloc les tissus de la joue; une troisième incision, verticale, remonte sur le dos du nez, jusque sur la peau du front, dont un lambeau est abaissé pour combler l'angle supérieur de la plaie. En bas cette incision contourne l'aile du nez et vient se perdre dans l'incision horizontale inférieure.

La peau, sur le côté sain du nez, est aussi décollée à la rugine et attirée au devant du lambeau Jugal, auquel elle est fixée par des points au crin de Florence.

La guérison s'opère rapidement et XXX... laisse l'hôpital avec un nez, sinon absolument intact, du moins complet et d'assez bonne facture.

"Pourvu qu'il ne s'avise pas de soumettre à semblable exorcisme, les nombreuses araignées qui ont probablement attaché leurs toiles à son plafond cérébral!!

Il paraît que ce "nouveau confrère" possède une clientèle considérable et dévouée, et nombreux sont, dans son district, les individus dont les balafres hideuses chantent partout et la rapacité des araignées et la puissance du guérisseur!

Mon jeune confrère et interne, M. le docteur Ferron me cite de mémoire les quelques cas suivants, observés dans la seule paroisse de Ste-Flore:

1° Une femme, prise d'un cancer au sein, se met sous les soins de *Maillé*; il lui applique son emplâtre, elle meurt au bout de 23 jours, avec des phénomènes septiques et un processus gangréneux du thorax!

2° Une laveuse se contusionne l'épaule; comme au bout de quelques jours, elle remarque l'apparition d'une petite ecchymose à la région deltoïdienne. *Maillé* lui fait tomber une "masse de mauvaise chair". — Résultat: disparition de la tache cutanée, mais ankylose de l'épaule!

3° Un individu trouvant inesthétique son nez atteint probablement d'acnée hypertrophique, *Maillé* le lui ampute avec son caustique, d'une façon que n'eut pas désavouée Cyrano!

4° Enfin, une brave canadienne, dont les multiples accouche-

ments ont brisé le périnée, est un jour atteinte de prolapsus génital; l'audacieux guérisseur pense à une araignée, logée dans la masse charnue qui se présente à la vulve. — Vite une emplâtre! qui chasse la bête mais laisse un cloaque vésico-recto-vaginal.

Voilà le bien et le mal que peut encore faire un seul homme, dans un seul district, en 1910!!

Je ne sais ce qui doit le plus nous étonner: de la naïveté du client qui se fait mutiler et même... assassiner sans récriminations; de l'audace du charlatan, qui ne se contente plus d'exploiter la badauderie du peuple, par des applications inoffensives et anodynes, mais va jusqu'à cette thérapeutique active, qui outrepassé quelquefois le but et met la vie en danger; ou bien encore, de l'interprétation... éventuellement bienveillante de ces faits par le tribunal, auquel pourraient être soumis un jour, ces actes de pratique illégale et criminelle de la médecine!

On me dit que l'arsenic forme la base de la masse médicamenteuse employée! J'avoue que j'ignorais cette indication de la thérapeutique populaire, et je n'avais, jusqu'aujourd'hui, entendu prôner la valeur de ce métalloïde que pour détruire les "mouches à patates et consoler les *amoureuses désespérées*"!

Ces cas sont venus à ma connaissance par accident; il est possible qu'une enquête plus sérieuse mette au jour des faits plus intéressants, et, peut-être aussi, plus pénibles.

En tout cas, elle permettrait probablement de savoir, où et comment l'individu se procure la matière première de... son secret, dont il paraît faire abondante consommation, et quel est le droguiste, si peu scrupuleux, qui lui vend le poison défendu!

J'ai signalé le fait à mon bon ami, le docteur Gauvreau, qui a promis de s'y intéresser. — Attendons les développements!

B. G. BOURGEOIS,

Chirurgien de l'Hôp. Notre-Dame.

INTERETS PROFESSIONNELS

BILL RODDICK AMENDE

Les médecins commencent à lire et à commenter le bill Roddick amendé.

Nous recevons, de la part d'un jeune confrère, la circulaire suivante, qui a été adressée à un grand nombre de jeunes médecins, qui protestent, avec raison, suivant nous, contre la clause restrictive des *dix années*, article 18, paragraphe 2, sur laquelle nous avons attiré l'attention de nos lecteurs dans le dernier numéro de l'Union Médicale (Fév. 1910).

LETTRE AUX JEUNES MEDECINS

Chers Confrères:—

Vous n'êtes pas sans avoir entendu parler du fameux bill Roddick, tel qu'amendé par nos gouverneurs de la Province de Québec, et vous avez dû prendre également connaissance de l'Article 18 Paragraphe 2 qui se lit comme suit:

“ Toute personne en possession d'une commission ou d'un certificat d'inscription avant la date à laquelle la présente loi devient exécutoire, ainsi qu'il est dit plus haut, et qui a été engagé à l'exercice actif de la médecine dans l'une ou plusieurs provinces du Canada, APRES DIX ANS de la date de ce certificat, a le droit d'être inscrite au terme de la présente loi comme praticien en médecine, sans avoir à subir l'examen, en payant la contribution voulue et en se conformant aux conditions et règlements établis à cet égard par le Conseil.”

Ne voyez vous pas chers confrères de quelle manière nos gouverneurs nous traitent, et pourquoi avoir inséré dans ce paragraphe APRES DIX ANS DE LA DATE DE CE CERTIFICAT pour avoir le droit d'être inscrit aux termes de la présente loi comme praticien en médecine.

Nos titres et nos certificats de capacité n'ont-ils pas la même valeur que ceux de nos aînés qui ont cinquante ans, vingt ans, ou quinze ou dix ans de pratique?

Pourquoi nos gouverneurs ont-ils cru bon d'imposer cette restriction “ APRES DIX ANS ”; pourquoi ne pas nous donner

le même privilège et les mêmes droits qu'eux à être inscrits dans le Régistre Médical Canadien.

Réunissons donc nos forces pour protester contre une telle restriction dans un Bill de cette valeur; usons de nos influences pour que ce paragraphe soit retranché ou amendé de manière à donner satisfaction aux jeunes médecins.

Un jeune Confrère.

Nous avons commenté ce paragraphe dans l'article paru le mois dernier sur cette question. Nous y renvoyons nos lecteurs. Évidemment, il y a, là, une injustice à réparer.

J'ajoute que cette restriction nous est imposée par nos confrères de l'Ouest qui craignent un exode trop considérable des médecins des vieilles provinces.

À cela nous pourrions leur répondre que le Canada est à nous autant qu'à eux, et que cette clause n'a aucune raison d'être. Il ne peut pas être question de compétence, puisque l'enseignement est, aujourd'hui, supérieur à ce qu'il était autrefois.

On craint la concurrence?.....

Mais nous l'avons, ici, partout la concurrence, et nous vivons quand même.

J'ajoute que cette clause est d'un égoïsme trop rigoureux pour des compatriotes.

Mais je m'empresse de publier ci-après la lettre qui suit où on trouvera des explications pressenties déjà par nous et affirmées plus loin, par mon confrère le Dr Sirois.

ALBERT LESAGE.

LA LOI RODDICK AMENDEE

On s'étonne, en certains quartiers, du changement d'opinion du Bureau Médical sur la loi Roddick.

Cet étonnement n'a pas sa raison d'être, parce que ce ne sont pas les gouverneurs mais bien les promoteurs de l'Acte médical du Canada qui ont évolué.

Mahomet ne voulant pas aller à la montagne, la montagne est venue à Mahomet.

Une brève analyse des événements mettra ce fait en pleine lumière.

A la session de 1901, M. le Dr Roddick présente son projet de loi à la Chambre des Communes, sans en presser, toutefois, l'adoption, pour donner aux intéressés le temps de l'étudier et de suggérer les modifications requises.

Le Bureau médical, à son assemblée de septembre de la même année, nomma un comité pour surveiller la passation de la loi au Parlement et il est unanimement résolu sur proposition du Dr Sirois, appuyé par le Dr Pagé :

“ Que le comité reçoive instruction de n'accepter le Bill Roddick qu'aux conditions suivantes : ”

- 1° Représentation plus équitable de la province de Québec ;
- 2° Tout médecin qualifié dans sa province sera éligible comme membre du Conseil ;
- 3° L'enregistrement des étudiants admis à l'étude par le Bureau fédéral ne sera pas obligatoire pour les bureaux provinciaux ;
- 4° Tout candidat à la licence fédérale sera porteur d'une licence provinciale ;
- 5° Nommer des examinateurs français pour les examens d'admission à l'étude et à la pratique ;
- 6° Toute province aura droit de se retirer de l'Union après un an d'avis ;
- 7° Respecter les prérogatives et privilèges universitaires.

(Voir Rapport de l'assemblée de septembre 1901, pages 26-27.)

Je l'admets volontiers, nous demandions plus pour obtenir moins, comme j'admets que l'empressement avec lequel ces suggestions furent acceptées par M. le Dr Lachapelle, dont les opinions bien connues étaient diamétralement opposées aux nôtres, n'était pas de nature à calmer nos méfiances et nos appréhensions.

Durant la session de 1902, après avoir pris connaissance des désirs du Bureau, le Dr Roddick présenta de nouveau son projet de loi sans l'avoir en rien modifié dans le sens indiqué. Le bill est référé à une commission spéciale de la Chambre pour entendre les parties intéressées. Chose singulière, les membres de la délégation chargée de représenter la province de Québec reçurent l'invitation de se rendre à Ottawa trois jours après la date fixée pour la réunion. Ce retard était-il intentionnel ou accidentel — personne n'a pu donner d'explication satisfaisante sur ce point. Le

projet de la loi est adopté par les Communes malgré les objections de quelques députés de la province de Québec qui avaient au moins la consolation d'avoir le droit et la raison de leur côté.

Au Sénat, le Sénateur Béique réussit à faire amender le projet de loi v. g., en enlevant au Conseil Médical tout contrôle sur les aspirants à l'étude de la médecine, et par conséquent sur l'enseignement secondaire et en faisant déclarer que ce Conseil ne pouvait être une institution enseignante. Mais les clauses 4, 5, 7, 12, 15 restaient inacceptables pour la province de Québec. (1)

On voulut passer outre. Les partisans de la mesure avaient, paraît-il, reçu des assurances qu'une fois adoptée par le parlement fédéral, la loi ne manquerait pas d'être sanctionnée par la Législature, voire même par le Bureau médical. On escomptait peut-être aussi l'absurde crainte de "bande à part" qui a fait tant de mal à nos compatriotes dans des questions d'intérêt vital. En septembre 1902, nos gouverneurs, par un vote de 22 contre 11 refusent d'approuver l'Acte Médical du Canada.

Quelques mois plus tard, en dépit du paragraphe f de la clause 4 de la loi qui dit: Le but du Conseil est: "l'obtention avec la coopération et à la demande des différents Conseils médicaux des diverses provinces du Canada, des mesures législatives nécessaires pour la mise à exécution des dispositions de la présente loi, et pour atteindre les objets ci-dessus énumérés", en dépit de cette clause si claire et si formelle, disons-nous, M. Hutchison demande à la Législature l'application de l'Acte Médical à la Province de Québec.

Grâce à l'éloquence de M. Turgeon qui, dès le premier instant, avait eu la "claire vision" des intentions des promoteurs de loi, grâce à l'inflexible logique de M. Flynn, grâce surtout au travail herculéen de nos amis de Québec, M. Hutchison ne put rassembler que neuf députés pour lui tenir compagnie.

M. le Dr LeSage trouve que ses amis de Québec ont fait preuve de trop d'acharnement en cette circonstance. Je regrette de ne pouvoir partager cette opinion. En 1903, au moment où la Société Médicale de Montréal adoptait les conclusions de l'excellent rapport du rédacteur de l'*Union* — l'Acte Médical était sanctionné

(1) Je tiens à affirmer que ces amendements ont été dictés au sénateur par le Dr Lachapelle, alors président, qui fut le seul à s'en occuper à ce moment malgré l'intérêt que nos gouverneurs prenaient à cette mesure, qui ont passé telle quelle sans cela.— A. L.

depuis bientôt un an. Il était trop tard pour l'amender : ses promoteurs ayant refusé d'accéder à nos demandes les plus légitimes. Bien plus, la manière quelque peu cavalière avec laquelle on avait accueilli en haut lieu les représentations du Recteur de l'Université et de M. le Dr Brochu ne permettait pas de douter de leur intention de nous faire avaler la loi telle qu'adoptée, sous la forme déclarée inacceptable par "l'Union." La seule solution possible était de faire rejeter le projet de loi Hutchison par la Législature et nous avons heureusement réussi pour le plus grand bien de notre autonomie professionnelle.

Depuis 1903, les événements ont marché. La population du Nord-Ouest augmente à vue d'œil, et le courant de l'immigration entraîne dans cette partie du pays un accroissement parallèle du nombre des médecins. Naturellement, nos confrères de là-bas veulent se protéger et contrôler les qualifications des nouveaux venus. Ce besoin a fait surgir l'idée d'une réciprocité confinée aux provinces de Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Anglaise. Mais Ontario qui souffre de pléthore médicale ne pouvait laisser ériger une barrière sur ses frontières.

D'un autre côté, l'Université McGill recrutant un peu partout ses élèves avait intérêt à leur tenir ouvertes les portes de l'Ouest. Aussi, lors de la réunion de la "Canadian Medical Association", à Winnipeg, l'été dernier, la discussion fit-elle ressortir le fait que le meilleur moyen d'harmoniser les intérêts en jeu serait une législation fédérale. On avait d'abord songé à faire amender la loi de 1902 de manière à la rendre applicable après acceptation par au moins cinq provinces.

Sir W. Laurier et Sir Chs Fitzpatrick avaient néanmoins posé en principe que la constitutionnalité d'une telle loi, passée à Ottawa, dépendait de son adoption par *toutes les provinces*. Le paragraphe 3, de l'Art. 6 de l'Acte médical a en effet été amendé, en 1902, pour consacrer ce principe.

Dans ces conditions, un compromis entre les provinces pouvait seul amener la solution de cette épineuse question.

Aussi bien, lorsque les délégués des différents Bureaux médicaux se réunirent à Montréal, le 10 novembre dernier, nos représentants se trouvaient en mesure de poser leurs conditions. Quelques-uns des plénipotentiaires se firent quelque peu tirer l'oreille,

mais finirent par comprendre que trop d'exigences compromettraient fatalement le règlement de la question.

De cette réunion est sorti le projet d'amendements par le Bureau, par les Sociétés médicales et la majorité de la profession. Ces modifications, acceptées de part et d'autre avec largeur de vue, nous permettent, dans l'intérêt général, de surmonter nos légitimes répugnances pour l'intervention fédérale dans les matières d'éducation.

M. le Dr LeSage n'aime par l'Art. 7 donnant le pouvoir au gouverneur en conseil de nommer un ou trois des membres du Conseil.

Tout le monde est de son avis ! " Veut-on faire la cour au gouvernement en vue d'une contribution annuelle " ? demande-t-il ?

C'est l'unique raison qui justifie cette concession. Après tout, à quoi servira la loi Roddick si elle est inapplicable faute de ressources.

Quand on songe qu'en outre des dépenses occasionnées par la réunion annuelle du Conseil, des salaires des officiers, des frais d'administration, il faudra payer un corps d'examineurs assez nombreux pour faire subir les examens dans tous les centres où il y a une école de médecine, on se demande d'où viendra l'argent requis pour équilibrer un tel budget. A moins de fixer l'honoraire de la licence à un prix prohibitif et d'imposer une contribution annuelle fort onéreuse à ses licenciés, nous ne voyons pas comment le Conseil Médical parviendra à solder ses comptes sans aide gouvernemental.

Autre point: d'après la loi de 1902, il y aurait eu un représentant nommé par le gouvernement pour chaque province: soit neuf; avec la loi amendée il n'y en aurait plus que trois: c'est-à-dire un moindre mal.

Pourquoi avons-nous substitué le mot *dix* au mot *six* dans l'Art. 18. par. 2 et augmenté de quatre ans le stage requis d'un praticien qui veut obtenir sa licence sans examen ?

Nous le répétons: la mesure actuelle est le résultat d'un compromis, de concessions réciproques. Les provinces de l'Ouest, en particulier la Colombie-Anglaise, redoutant une véritable invasion de leur territoire, si les jeunes médecins de l'Est obtenaient la licence fédérale sans coup férir, ont demandé ce changement. N'oublions pas que l'obligation imposée par la loi de 1902 aux candidats à la licence de subir les examens sur les matières primaires

et finales se trouve réduite par le projet actuel aux seules matières finales. Or si, après cinq ou six ans de pratique un jeune médecin est déjà trop *rouillé* — passez-moi le mot, pour tenter l'aventure, il fait mieux, pour son plus grand bien et le bon nom de la province, de ne pas franchir l'ombre du clocher paroissial.

La clause 24, qui permet à toute province de se retirer de l'Union, n'est peut-être pas aussi puérile qu'elle en a l'air. La persistance avec laquelle on a refusé de l'insérer dans la loi de 1902, malgré l'engagement solennel du Dr Roddick, les efforts déployés par quelques-uns de nos collègues, lors de la dernière réunion du Bureau, pour en restreindre la portée prouvent qu'elle n'est pas un trompe-l'œil.

Le consentement de toutes les provinces étant requis pour le maintien de l'Union, il s'en suit qu'aucune des parties au contrat ne peut molester son voisin, chercher à lui imposer ses vues ou le dépouiller de quelques prérogatives sans risquer de faire crouler tout l'édifice. Ce sera un frein au zèle intempestif, un calmant pour les enthousiasmes exorbitants, une protection, enfin pour les minorités.

Concéder au Parlement fédéral le droit de légiférer sur la matière c'est lui reconnaître le droit corrélatif d'amender sa législation. Ces amendements pourront modifier toute l'économie de la loi, quelle protection aurions-nous contre une telle éventualité? La nouvelle clause 25 qui décrète qu'aucun amendement ne pourra être proposé au Parlement fédéral sans avoir été acceptée préalablement par les Conseils provinciaux? Est-il bien certain que le Parlement consente à laisser limiter ainsi ses prérogatives, à se plier au bon vouloir des Bureaux Médicaux? Si cette clause 25 est retranchée, nous aurons pour nous protéger la clause 24 qui a l'avantage de frapper l'esprit comme juste et loyale.

Quel sort aura ce projet de loi sanctionné par notre Bureau le 22 décembre? Si nous sommes bien informé, il soulève des objections dans les provinces-sœurs. Elles ne sont peut-être pas insurmontables. Dans tous les cas nous avons, pour notre part, fait preuve de bonne volonté et d'esprit de conciliation.

L. J. O. SIROIS,

Vice-Prés. du C. M. C. P. Q.

St-Ferdinand d'Halifax, 26 février 1910.

NOTE. — Je suis heureux de publier cette correspondance de mon ami le Dr Sirois. Elle jette de la lumière sur certains

points que je n'ai pas le temps de mettre en relief: la clause des dix années, par exemple, à laquelle je fais allusion plus haut et que je désapprouve quand même, et l'ingérence du gouvernement, pour les motifs que je supposais dans le dernier numéro de "L'Union".

Mais nous aurons les loisirs voulus de discuter encore, car la Colombie Anglaise refuse de concourir dans les amendements de Québec avant de consulter la profession médicale.

Le Dr Roddick a résolu d'ajourner la passation de son bill sur leur demande expresse. Voici la lettre qu'il adresse au Régistrateur à ce propos.

(Traduction.)

Montréal, 28 fév. 1910.

Mon cher Docteur,

J'ai l'honneur de vous informer qu'à la demande du Conseil Médical de la Colombie Anglaise, j'ai décidé de retarder l'introduction de mon bill amendé devant le Parlement du Dominion.

Je suis informé que le Bureau de cette province ne veut pas assumer la responsabilité d'accepter deux ou trois amendements importants qui y ont été introduits sans consulter *au préalable* les membres de la profession médicale.

Vu l'époque de l'année, la grande distance qui nous sépare de cette province, et le retard qu'une telle attitude provoque, il ne sera pas possible de procéder à l'étude de ce bill cette année.

Ce délai est regrettable, car tout semblait marcher à souhait dans le règlement de cette question, etc.

Cordialement,

Signé, T. C. RODDICK.

DR GAUVREAU,
Régistrateur Coll. M. C. P. Q.

Je regrette en effet, comme le promoteur du bill, un délai qui peut amener des complications inattendues, peut-être.

ALBERT LESAGE.

SOCIETES

ASSOCIATION MEDICALE DE L'OUEST DE MONTREAL

Séance du 18 courant.

Les élections pour 1910 ont donné le résultat suivant: Président, Dr E. G. Asselin, gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec; Dr L. N. Delorme, professeur à l'Université Laval; Trésorier, Dr J. O. Lapointe; Comité de Régie: Dr A. D. Aubry, Dr J. W. Colletterte, Dr G. E. Cartier, Dr Philippe Ste-Marie.

Il est proposé par le Dr Ph. Ste-Marie et adopté à l'unanimité qu'une lettre de félicitations soit adressée de la part de l'Association à Son Honneur le maire Guérin, au Dr E. P. Lachapelle, contrôleur; à MM. les Drs E. Garceau, Rioux, Letourneau et Du-beau, échevins de Montréal.

Il est proposé et adopté: que le secrétaire adresse une lettre de remerciements au maire et conseillers de la Ville St-Paul pour leur bienveillance manifestée en laissant à l'association, à la demande du Dr Ph. Ste-Marie, l'usage de la salle du conseil, pour leur prochaine assemblée de mars.

Il est proposé et adopté que la prochaine réunion de l'Association ait lieu à la Ville St-Paul et que M. le Dr Dubé soit invité à nous donner une conférence publique sur l'alcoolisme.

L'Association délègue son Président, M. le Dr E. G. Asselin, pour exposer devant la commission sur la tuberculose, les "vues" des membres de l'Association.

Les délégués de l'Association au Congrès des Médecins de langue française qui doit se tenir à Sherbrooke, et à la réunion de la "Canadian Medical Association" à Toronto sont MM. les Drs J. O. Lapointe et J. M. Aumont.

Votre tout dévoué,

J. M. AUMONT,
Secrétaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 21 décembre 1909

Présidence de M. PAULIZEAU

Après l'adoption du procès-verbal, le secrétaire lit une lettre de la " McGill Medical Society " invitant la Société Médicale de Laval à envoyer un représentant à son banquet du 14 janvier prochain.

Comme la Société anglaise est une association des E. E. M., on en conclut que la lettre s'adresse aux E. E. M. de Laval, et le secrétaire est prié de la leur faire parvenir.

Intérêts professionnels :

La question de la réciprocité interprovinciale donne ensuite lieu à une discussion, à laquelle prennent part MM. Boucher, Foucher, de Martigny, St-Jacques, LeSage.

Finalement la résolution suivante de MM. LeSage et St-Jacques est passée, après que les règlements *re avis de motion*, ont été suspendus sur la proposition de MM. de Martigny et St-Pierre :

Résolution. — La Société Médicale, considérant le travail effectif fait par le Bureau des Gouverneurs de la province, en obtenant l'échange de la licence avec le " British Medical Council " et par lui avec toutes autres provinces de la Puissance, également en échange avec lui ;

2° Considérant l'établissement du nouveau bureau provincial d'examineurs, dans le but d'obtenir plus facilement l'échange de la licence avec les autres provinces réfractaires ;

3° Considérant les modifications apportées au curriculum médical dans le même but.

La Société Médicale ayant pris connaissance du projet de loi Roddick pour l'établissement d'un Conseil Médical général pour toute la Puissance, ne juge pas opportun, jusqu'à plus ample informé, de concourir dans les propositions du projet et maintient les conclusions et oppositions qui avaient motivé son refus lors de l'étude faite en 1903, du dit Bill Roddick.

Rapport du Trésorier :

M. le Docteur Bourgouin donne le rapport financier de l'année

et déclare que les opérations de 1909 accusent un surplus de \$149.90.

Rapport du Secrétaire adopté :

La secrétaire M. Bourgeois, donne lecture d'un rapport détaillé des travaux de l'année et termine en exhortant les membres à faire tout leur possible pour attirer aux séances des auditoires nombreux.

M. le Président, dans son allocution de fin d'année touche certains points faibles dans le fonctionnement de notre Société, il rend hommage à la bonne volonté que l'on montre d'une façon générale, mais il croit remarquer un peu trop de timidité chez les plus jeunes membres. Il conseille à ces derniers un peu plus de hardiesse et les encourage à rapporter plus souvent ce qui leur est donné d'observer d'intéressant dans les services hospitaliers qu'ils fréquentent.

Après avoir dissous les commissions nommées en 1909, il prend congé en assurant les membres de ses sentiments de gratitude, pour l'honneur qu'ils lui ont fait et du plaisir qu'il a eu de présider les séances de la Société pendant l'année écoulée.

M. LeSage prend occasion de la disparition de la Commission de l'eau, pour signaler le travail accompli par le comité conjoint de la Société Médico-Chirurgicale. Le rapport de ce comité a eu pour résultat d'intéresser le Comité d'Hygiène de la ville à la question de l'aqueduc, dont on est en train de changer la prise d'eau.

Après avoir voté des remerciements aux officiers de l'année 1909 pour leurs bons offices, et à l'Université Laval, pour l'usage de ses salles, l'on procède à l'élection de M. Goodall, qui est élu membre titulaire de la Société.

A 11 heures la séance est levée.

Le Secrétaire,

B. G. BOURGEOIS.

Séance du mercredi, 19 février 1910

Présidence de M. ST-JACQUES

Une assistance nombreuse, la présence du maire de Montréal et de plusieurs confrères échevins ont fait de cette première séance régulière de l'année, une séance très solennelle.

Le président, M. Eug. St-Jacques, le premier inscrit à l'ordre du jour, débute en souhaitant la bienvenue aux nouveaux élus du suffrage populaire, et dit l'honneur particulier qui rejaillit sur la Société, à la suite de l'élévation à la mairie de l'hon. Dr. J. J. l'un de ses membres les plus assidus.

M. St-Jacques, en quelques phrases succinctes, explique ensuite le programme de l'année, qui semble très attrayant, et de nature à intéresser les membres. Il entre peu après dans le vif de son sujet de conférence: l'enseignement de la médecine en France et en Allemagne, dont nous pouvons déduire les conclusions suivantes:

1° Les laboratoires d'Allemagne, plus riches et mieux outillés, l'emportent sur ceux de France.

2° D'autre part, l'enseignement clinique, grâce au merveilleux talent de parole et à la clarté d'exposition de ses professeurs, est de beaucoup supérieur en France, qui demeure, pour cette raison, le pays des grands spécialistes.

3° Pour ce qui est des cours de perfectionnement, à l'usage des praticiens, l'Allemagne tient le devant; ils sont en ce pays plus pratiques, et mieux appropriés à tous les desiderata.

En quittant l'Europe, nous revenons à Montréal, avec une conférence de M. J. E. Laberge, sur l'organisation de notre bureau d'hygiène, en rapport avec les maladies contagieuses: il adresse en passant, un amer reproche, aux médecins trop nombreux, qui négligent de faire les déclarations de maladies contagieuses, mais veut bien avouer que l'oubli est la cause la plus ordinaire du manquement à la loi, et pour y suppléer, il propose l'essai d'un nouveau système de déclaration, plus apte à rafraîchir la mémoire. Il termine par la nomenclature des diverses attributions des employés du département, et montre les résultats de leur travail. Ainsi, grâce à eux, nous avons maintenant la certitude d'avoir eu affaire récemment à une véritable épidémie de fièvre typhoïde, et ce malgré les premières dénégations officielles.

Après la conférence de M. Laberge, le maire, l'hon. J. J. Guérin se lève pour remercier la Société de l'honneur qu'elle lui a fait de l'inviter spécialement. Toujours dans le passé, il s'est intéressé à nos débats, dont il apprécie le but scientifique; il comptera sur son appui à l'avenir dans les questions d'hygiène municipale, car la ville, ajoute-t-il, se sentant bien malade, a cru bon d'élire plusieurs médecins, il faut que les appelés s'entourent de toutes les précautions, et préviennent les complications.

MM. les Drs Garceau et Dubeau, nouveaux échevins concourent dans les mêmes idées et s'en remettent à l'appui des corps médicaux dans l'œuvre d'épuration hygiénique, si nécessaire dans l'enceinte municipale.

M. les Drs Latreille et St-Pierre, vu l'heure avancée, et sur la prière du président, remettent à une séance ultérieure, la lecture de leurs communications.

Avant de clore la séance, le Secrétaire fait part à l'assemblée de deux résolutions soumises par le Comité de Régie: la 1^{re} à l'effet une série de banquets mensuels, dans le but d'y discuter les questions d'intérêts professionnels; la seconde, en vue de nommer une commission spéciale, en rapport avec l'article 34 de nos règlements.

Ces deux suggestions sont adoptées: les messieurs suivants devant faire partie de la Commission spéciale: J. Décarie, Bourgoin, Cléroux, Bourgeois, Chagnon.

A 11 heures la séance est levée.

Le Secrétaire,

Ludovic VERNER.

ANALYSES

MEDECINE

Le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, par M. CAMILLE LIAN. *La Presse Médicale* 22 janvier 1910.

Les auteurs qui ont étudié les troubles cardiaques par lésions orificielles se sont plutôt arrêtés à décrire les symptômes d'insuffisance cardiaque totale, sans détacher assez du tableau clinique les troubles qui ressortissent à l'affaiblissement du cœur gauche.

Pour Merklen, l'asystolie se traduit par "de la dyspnée, des modifications du pouls, la diminution des urines et l'augmentation de la matité cardio-hépatique."

Mais ces troubles, fait remarquer M. Lian, tout en indiquant une insuffisance totale du cœur, impliquent surtout la défaillance du cœur droit. Et cependant la fatigue du cœur gauche a aussi une symptomatologie propre qu'il est important de connaître et qui a été bien mise en évidence par Merklen.

On peut les résumer ainsi: "Dyspnée, palpitations et douleurs angineuses". C'est à ces troubles que M. Lian réserve le nom de "syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche".

Les malades sont plutôt ici des aortiques. On trouve chez eux de la *dyspepsie d'effort* ou de *décubitus* ordinairement le matin quelquefois le soir.

Les *palpitations* bien que plus fréquentes chez les faux cardiaques, se rencontrent souvent dans "la dilatation du cœur gauche hypertrophié au cours de l'artério-sclérose et de la n phrite interstitielle chronique". De même dans l'insuffisance aortique quand il y a hypertrophie et dilatation ventriculaire gauche considérables. Elles font au contraire défaut chez les mitraux qui ne sont pas des nerveux.

Les *douleurs angineuses* comportent le plus d'importance dans le syndrome décrit.

Comme l'angine vraie elles relèvent d'une distention du cœur gauche, mais englobent toutes les douleurs rétrosternales avec leurs irradiations.

Elles sont causées suivant Vaquez et Josué par les tiraillements du plexus cardiaque quand le ventricule gauche se distend.

Quand la maladie est un peu plus avancée le cœur se dilate et les douleurs disparaissent mais on assiste à l'apparition d'une insuffisance mitrale fonctionnelle, survient également l'asthme cardiaque souvent associé à l'œdème pulmonaire aiguë. La matité cardiaque est très augmentée et l'on entend à l'auscultation un bruit de galop vraisemblablement dû à l'affaiblissement du cœur gauche.

En résumé l'insuffisance ventriculaire gauche se caractérise: "Par la dyspnée d'effort, les palpitations et les douleurs angineuses." Viennent plus tard s'ajouter "l'asthme cardiaque et l'œdème pulmonaire aiguë."

Comme signes physiques: "dilatation hypertrophique du cœur gauche, bruit de galop, plein de rales." Et plus tard: insuffisance mitrale fonctionnelle.

La connaissance plus profonde de ces symptômes nouvellement mis en lumière permettra souvent au médecin, par un régime et un traitement appropriés de reculer l'échéance fatale.

Un moyen simple et facile de diagnostiquer la rage chez l'animal,
par le Dr GEORGES (*Conc. méd.*), dans *Gazette Médicale de*
Paris, février 1910.

Comme nous avons une épidémie de rage à Toronto, il est bon d'être renseigné sur ce point.

La rage est généralement transmise à l'homme par la morsure d'animaux; elle l'est plus rarement par la souillure d'érosions muqueuses ou de plaies cutanées. Or, dans la série animale, cette maladie atteint surtout le *chien*; c'est par lui qu'elle se perpétue et qu'elle se transmet au chat, au loup, aux bovidés, exceptionnellement au cheval.

Le chien donne la rage à l'homme dans 92.53 pour 100 des cas; le chat dans une proportion de 6.06 pour 100; les bovidés et le cheval dans 1 pour 100 des cas seulement.

Quoique la morsure de l'homme par un chien enragé ne soit suivie de rage que dans 15 à 16 pour 100 des cas, dès qu'un animal de cette espèce a mordu, il faut se demander si celui-ci n'est pas atteint de rage.

C'est là un problème des plus importants, dont la solution peut offrir de sérieuses difficultés.

Parfois un chien absolument sain a mordu parce qu'il se croyait menacé ou parce qu'il croyait les biens de son maître menacés. Parfois encore, l'homme a été l'objet d'une véritable agression de la part d'un animal atteint de rage furieuse, et alors la maladie est relativement facile à reconnaître. Néanmoins, il peut aussi avoir été mordu ou léché à une période à laquelle il était encore impossible de soupçonner l'affection: c'est le cas pour la rage tranquille ou mue, au début de laquelle l'animal, simplement triste ou inquiet, montre une tendance à flairer ou à lécher tout ce qu'il trouve, devient même plus caressant.

Quoiqu'il en soit, un diagnostic ferme de rage ne peut être porté à simple vue; aussi est-il nécessaire, lorsqu'un chien est soupçonné, de le séquestrer et de l'observer pendant un certain temps pour voir évoluer chez lui la maladie.

Le diagnostic est tout aussi délicat s'il doit être porté après la mort, et par le seul examen du cadavre d'un chien. Les lésions de la rage ne sont en effet nullement spécifiques; disséminées dans tous les appareils, elles sont très limitées, superficielles, inconstantes même, ou communes à d'autres affections. On doit toujours être très réservé dans ses appréciations. Si, par exemple, l'estomac renferme des corps étrangers chez un animal qui de son vivant a présenté quelques symptômes suspects, on peut quasi affirmer la présence de la rage. Mais il faut savoir que l'estomac peut être complètement vide chez un animal notoirement rubique.

Il y a cependant un moyen *rigoureux* d'établir l'existence ou la non-existence de la rage chez un chien suspect. Décrit par Kelsch et Vaillard, il est basé sur les découvertes de Pasteur.

Ce moyen a le grand mérite d'être *simple, facile, à la portée de tous et praticable dans toutes les circonstances.*

Il consiste dans l'inoculation d'une parcelle des centres nerveux du chien soupçonné, soit dans l'arachnoïde, après trépanation, soit dans la chambre antérieure de l'œil d'un chien ou d'un lapin.

Si l'animal sacrifié était infecté, la rage apparaît chez le chien au bout de 13 ou de 17 jours après l'inoculation cérébrale, et de 15 ou 20 jours après l'injection oculaire. Il faut savoir que chez le lapin, fait caractéristique, la rage est paralytique d'emblée dans les mêmes délais.

Ces inoculations expérimentales doivent être faites avec la plus grande asepsie, sinon les animaux succombent prématurément à une affection autre que la rage.

L'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil se recommande par sa simplicité; elle n'exige d'autre instrument qu'une seringue de Pravaz.

Certaines précautions sont de rigueur absolue dans le manuel opératoire. Le bulbe de l'animal suspect ayant été sectionné et enlevé avec des instruments préalablement flambés, un fragment en est prélevé avec pureté, puis trituré dans une petite quantité d'eau *bouillante*; pour cette opération il est recommandé de se servir d'un verre et d'une baguette de verre, stérilisés soit par le chauffage, soit par une ébullition prolongée.

L'émulsion obtenue est ensuite filtrée sur un linge fin, soumis au préalable à l'ébullition. On en injecte alors 4 à 5 gouttes dans la chambre antérieure de l'œil, au moyen d'une seringue de Pravaz bouillie. L'inoculation est rendue plus facile par l'installation sur la cornée de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne.

Dans les cas où cette inoculation expérimentale ne pourrait être réalisée sur place, le bulbe des animaux suspects de rage devrait être envoyé à l'Institut Pasteur dans la *glycérine neutre*, qui n'altère pas sensiblement la virulence de l'organe, du moins pendant un certain temps.

DERMATOLOGIE

Traitement de la pédiculose compliquée d'impétigo pédiculaire, par R. SABOURAUD. *La Clinique* 1909.

Dans ce travail, M. Sabouraud se rencontre comme toujours thérapeute pratique et éclairé.

Il fait d'abord remarquer l'association fréquente des deux affections. L'une n'existe presque jamais sans l'autre et le praticien peu expérimenté ne sait souvent pas quelle des deux, il doit d'abord attaquer.

Traiter seul l'impétigo, c'est laisser en place la cause de tout le mal et c'est exposer les autres enfants à la contagion. D'un autre côté, en s'attaquant aux parasites avec des solutions antiseptiques capables de les détruire, on risque de produire une douleur intense, et l'on voit parfois les ganglions occipitaux doubler de volume.

Il faut éviter surtout, de couper la chevelure aux fillettes pour ne pas les rendre ridicules et suspectes.

Dans les cas les plus difficiles, même lorsque l'impétigo présente une épaisse couche ulcérée et croûteuse, l'auteur se contente de quelques fortes applications quotidiennes d'une cinquantaine de grammes de vaseline. On en imprègne toute la tête et on la laisse en place 12 à 24 hrs. On essuie ensuite la peau et les cheveux avec de l'ouate.

La vaseline pénétrant par capillarité dans la trachée des parasites les a fait mourir; elle a en même temps ramolli les croûtes d'impétigo.

Un peigne fin garni d'ouate entre les dents se charge du nettoyage.

Une ou deux applications de vaseline pure suffisent ainsi au traitement.

Dans les cas moins difficiles, c'est-à-dire quand il y a moins de croûtes avec autant de parasites, on peut ajouter 1 à 111 gouttes de Xylol par gramme de vaseline. Une pommade au sous-acétate de plomb au 100^{me} ou à l'oxide de zinc au 10^{ème} guérit rapidement ensuite l'impétigo.

Enfin on peut dissoudre et décoller les lentes en appliquant sur les cheveux de l'ouate imprégnée de liqueur Hoffmann et de Xylol à parties égales. Les lentes qui ne seraient pas dissoutes par cette application ne sont plus contagieuses, "elles sont stérilisées sur place."

J. A. BOURGOIN.

THERAPEUTIQUE

La ponction lombaire chez les syphilitiques, par R. ROMME. *La Presse Médicale*, déc. 1909.

La ponction lombaire, au cours du traitement de la syphilis, passe de plus en plus dans la pratique courante, surtout depuis

qu'on connaît mieux les lésions secondaires tardives que peut déterminer dans la moëlle, le spirochète de Sebring.

M. Romme, à la lumière des plus récents travaux, nous fait connaître les nouvelles théories pathogéniques du tabès et de la paralysie générale et nous montre l'utilité de la ponction lombaire pour déceler longtemps à l'avance l'apparition de ces affections parasyphilitiques.

Dans les méningites ordinaires, on trouve fréquemment d'après Nagotte, des lésions radiculaires. Il en serait de même dans les méningites syphilitiques chroniques. Ces altérations des racines provoqueraient à leur tour la sclérose des cordons postérieurs. Cette sclérose ne serait donc pas une lésion syphilitique mais proviendrait de la méningite chronique "qui joue le rôle d'épine inflammatoire."

La ponction lombaire pratiquée fréquemment au cours d'une syphilis vient en quelque sorte confirmer ces théories. En effet, on trouve souvent, même à une époque assez rapprochée du début de la contagion, une leucocytose prononcée du liquide rachidien, indiquant qu'il y a déjà un commencement de méningite chronique. De là, l'importance d'examiner périodiquement ce liquide pour suivre l'évolution de la méningite et éviter, par une cure mercurielle convenable, les complications parasyphilitiques.

L'auteur rapporte ensuite quelques observations où l'on voit que les traces cutanées de la syphilis peuvent disparaître sans que pour cela la maladie cesse d'évoluer du côté du système nerveux, car on peut voir apparaître le signe d'Argyll Robertson et le liquide rachidien contient encore des leucocytes.

Par un traitement intensif et suffisamment long on peut quelquefois et peut-être souvent éviter les complications du côté du système nerveux: le signe d'Argyll Robertson s'efface, la leucocytose elle-même s'atténue pour disparaître complètement.

La ponction lombaire constitue donc aujourd'hui un excellent moyen de contrôle nous permettant de suivre et d'enrayer la syphilis nerveuse.

Il ne faut pas attendre trop tard car nous savons que le traitement mercuriel n'a pas de prise sur le tabès et la paralysie générale. Ce traitement peut être préventif il n'est pas curatif.

J. C. BOURGOIN.

PHARMACOLOGIE

Bourdonnements d'oreille.

Traitement local. — Soigner, avant tout, l'affection locale causale: otite moyenne aiguë, adhérences de la caisse, etc.

Dans les cas intenses et rebelles, injections par la trompe de solutions de cocaïne à 2, puis 4 et jusqu'à 10 %, répétées tous les trois ou cinq jours (BAUMGARTEN).

Si les bruits persistent, recourir au besoin à l'application de *petits vésicatoires sur la mastoïde*.

Traitement général. — Il suffit, le plus souvent, chez les sujets névropathes.

Bromure de sodium seul (1 gr. 50 ou 2 gram. par jour, en une fois, dans un peu d'eau sucrée, une heure avant le coucher) ou associé aux autres bromures ou à l'antipyrine:

Bromure d'ammonium.....	2 gram.
— de potassium.....	4 —
— de sodium.....	4 —

Pour un paquet à dissoudre dans 750 grammes d'eau minérale carbonique (ERLENMEYER).

Prendre une à trois doses de 100 cc. de cette solution par jour. Ne pas continuer pendant plus de trois semaines.

Prendre ensuite une dose unique de 1 gr. 50 à 2 gram., le soir des jours où les bourdonnements seront les plus marqués.

Ou:

Antipyrine.....	6 gr. 20 centigr.
Bromure de sodium.....	1 — 50 —

Pour un paquet n° 10: une paquet tous les soirs, dans un peu d'eau sucrée, avant de se coucher.

Teinture d'aconit, II à X gouttes par jour pendant une ou deux semaines.

Teinture d'arnica, V à VII gouttes chaque fois, deux ou trois fois par jour, sur un morceau de sucre (GRUBER).

Traitement des complications. — Si les vertiges accompagnent le bourdonnement :

Chlorhydrate de quinine.....	1 gram.
Extrait de gentiane.....	Q. s.
Poudre de guimauve.....	Q. s.

Pour dix pilules: une pilule trois fois par jour. En cas d'insuccès:

Prendre trois fois par jour, un quart d'heure après les repas, dans un peu d'eau sucrée, X à XXX gouttes de :

Acide bromhydrique à 10 o/o 20 gram.

Après l'usage de ces médicaments, gargarisme avec une solution de bicarbonate de soude : une demi-cuillerée à café pour un verre d'eau.

Eczéma —

Oxyde de zinc.....	} parties égales
Amidon.....	
Lanoline.....	
Vaseline.....	

En application locale.

Dysenterie :

Ipeca concassé.....	2 grammes
Eau.....	150 —

Faire bouillir $\frac{1}{2}$ d'heure, passer et ajouter :

Sirop d'opium	30 grammes
---------------------	------------

A prendre par cuillerées à soupe d'heure en heure.

Diurétique :

Nitrate de potasse.....	} à 2 grammes
Acétate de potasse.....	
Oxymel scillitique.....	30 —
Sirop des cinq racines	35 —

A prendre dans la journée.

Coryza : (traitement abortif).

Acide phénique pur.....	} à 5 grammes
Ammoniaque.....	
Alcool à 90°.....	10 —
Eau distillée.....	15 —

Toutes les heures, verser 10 gouttes sur du papier buvard et en respirer les vapeurs par le nez.

— Ou bien : priser toutes les heures une forte pincée de

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 50 centig.
Menthol.....	0 gr. 25 —
Salol.....	5 grammes
Acide borique.....	15 —

Ou bien : prendre, en deux fois, trente gouttes de

Teinture de belladone.....	} à 4 grammes
— de feuilles d'aconit.....	

Chorée de Sydenham :

1° Antipyrine (Knorr).....	15 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	40 —
Eau distillée.....	200 —

Une cuillerée à soupe contient 1 gramme (15 grains). — Dose : deux le premier jour, 3 le second, 4 le troisième, 5 les six jours suivants.

Les enfants supportent bien les hautes doses d'antipyrine, qui agit bien dans ces cas, à condition que le rein soit bon.

2° *Arsenic sous forme de liqueur de Boudin.*

Au-dessous de sept ans.

Liqueur de Boudin.....	5 grammes
Potion gommeuse.....	120 —

Une cuillerée à soupe de deux heures en deux heures.

Au-dessus de sept ans, augmenter de 5 grammes par jour jusqu'à 20 à 30 grammes, par jour, dose maxima. On redescend ensuite de la même façon. S'il y a nausées, vomissements, suspendre durant 6 à 7 jours.

Coqueluche :

1° Bromoforme.....	XLVIII gouttes
Huile d'amandes douces.....	} à 15 gramme
Gomme arabique.....	
Eau de laurier-cerise.....	4 —
Eau.....	120 —

Une cuillerée à thé renferme deux gouttes.

Ne jamais donner ce médicament au dessous de 2 ans.

Commencer par 4 gouttes jusqu'à 30 à 40 gouttes en en surveillant l'action.

2° *L'Antipyrine agit très bien aussi.*

On peut donner 4 à 5 grammes, par jour à un enfant de 10 ans... soit 0 gr. 50 centig. par année d'âge...

Rhumatisme articulaire aiguë :

(a) Régime lacté —

Prescrire le salicylate de soude à hautes doses : 4 à 8 grammes par jour jusqu'à disparition des phénomènes douloureux. Diluer le salicylate dans une assez grande quantité d'eau de Vichy, pour éviter l'irritation de l'estomac.

On peut aussi prescrire

Salicylate de soude.....	1 gramme
Bicarbonato de soude.....	2 —

Pour 1 paquet : 4 à 8 dans la journée dans une infusion chaude.

(b) *localement :*

Pansement humide après application locale d'un des liniments suivants :

Baume tranquille.....	40 grammes
Extrait thébaïque.....	} 2 grammes
— de jusquiame.....	
— de belladone.....	
Chloroforme.....	10 grammes

Ou bien :

Salicylate de Méthyle (ess. de Wintergreen).....	} à 10 gr.
Chloroforme.....	
Laudanum.....	} 120 grammes
Baume tranquille.....	

Surveiller les urines. Si le salicylate est contre-indiqué (femmes enceintes), cardiopathies, néphrites chroniques, alcoolisme, athérome artériel, donner 3 fois dans la journée 1 cachet de :

Sulfate de quinine.....	0 gr. 25 centig.
Antipyrine.....	0 gr. 50 centig.

On peut aussi prescrire l'aspirine et le salophène à la dose de 2 à 4 gram. par jours (1).

(1) — Extrait du Formulaire Aide-mémoire de J. Génévier, chez Stoinheil, éditeur, à Paris, édition 1910.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des médecins des hôpitaux de Paris, par le docteur J. GÉNÉVRIER, ancien interne des hôpitaux de Paris. — *Formulaire.. Conseils pour formuler. Médications usuelles. Régimes. Formulaire des médicaments nouveaux. Posologie du Codex 1908.* — Prix, relié en peau : 6 fr. — Paris, 1910, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Ce formulaire, édité avec autant de soin que d'élégance, contient dans ses 520 pages beaucoup plus de substance que ne l'indique son titre trop modeste; de taille à être logé dans la poche, il fournira au praticien, en toute circonstance, un renseignement utile et précis; le but visible de l'auteur a été de condenser, dans une forme concise mais toujours claire, tout ce qui se rapporte à la thérapeutique. Avec ce guide, le praticien possèdera tous les éléments nécessaires à la rédaction d'une ordonnance complète.

Dans la première partie de l'ouvrage, toutes les affections, médicales ou chirurgicales, sont rangées par ordre alphabétique, et pour chacune d'elles le traitement indiqué est celui qu'a recommandé un de nos maîtres de la Faculté ou des hôpitaux de Paris.

Dans la seconde partie, l'auteur a réuni toutes les notions utiles à l'application des différents moyens thérapeutiques; nous citerons, entre autres chapitres, les différentes formes d'administration des médicaments, y compris l'opothérapie et la sérothérapie, qui sont étudiés avec quelque détail; moyens thérapeutiques externes (révulsion, bains froids, électricité, etc...), avec une description de chacun d'eux pour en permettre l'utilisation; cures thermales; régimes alimentaires pour les nourrissons et pour les malades.

Enfin, cette petite encyclopédie thérapeutique donne, en terminant, un formulaire des médicaments nouveaux et un tableau résumant les innovations du Codex de 1908, d'après lequel sont établies toutes les formules indiquées dans l'ouvrage.

NOUVELLES

Nous sommes heureux d'apprendre que MM. Rhéaume, Latreille, Verner et Lebel ont été nommés médecins de l'Hôtel-Dieu sur une résolution de la Faculté de Médecine approuvée par le Conseil des Sœurs directrices et du Bureau Médical de l'hôpital.

Nous adressons nos félicitations aux heureux titulaires pour les postes de confiance qu'ils occupaient déjà, de fait, et dont ils sont dignes à tous les points de vue.

SUPPLEMENT

SPECIALITES PHARMACEUTIQUES

A vendre, pour des raisons de santé, un commerce de spécialités pharmaceutiques à des conditions de prix et paiement très avantageuses. Quelques-unes de ces spécialités sont susceptibles d'une grande vogue.

Pour plus amples détails, s'adresser à S. Lachance, 283, rue St-Christophe.

COMPLICATIONS SUBSEQUENTES DE LA GRIPPE

S'il est un symptôme prédominant dans toute attaque de grippe proprement dite, c'est bien cette prostration intense qui succède aux symptômes aigus de la maladie.

Cette dépression vitale n'est pas toujours en proportion de la sévérité de l'attaque grippale, et les sujets les plus robustes sont souvent les plus déprimés.

De plus, la grippe est souvent accompagnée ou suivie de complications assez sérieuses, telles que l'otite, la névrite, l'inflammation des sinus, dérangements gastro-intestinaux, bronchites catarrhales persistantes, et surtout cette forme particulière, plus ou moins caractéristique, asthénique de pneumonie lobulaire, qui est la plus dangereuse des complications.

C'est alors que la résistance vitale du patient et l'habileté du médecin sont nécessaires pour obtenir une convalescence heureuse.

L'anémie est alors le résultat inévitable de la convalescence tardive.

Le Pepto-Mangan (Gude) est le médicament de choix qui fournit au système les éléments de fer et manganèse sans aucun dérangement des pouvoirs digestifs, et agit comme un spécifique véritable dans tous les cas d'anémie et convalescence grippale.

CHANCE EXCEPTIONNELLE POUR MEDECIN

A VENDRE

Rue St-Hubert, entre Sherbrooke et Cherrier, une maison en pierre de taille, avec toutes les améliorations modernes. Pour détails et conditions, s'adresser à l'Administrateur de L'UNION MÉDICALE du Canada, B. P. 2189, Montréal.
