

**PAGES**

**MANQUANTES**

## NOTRE JOURNAL

A l'assemblée annuelle des actionnaires du "Bulletin Médical de Québec," tenue en septembre, les officiers suivants ont été élus pour l'année 1905-06.

Président du bureau de direction : Dr AHERN.

Directeurs : Dr TURCOT

" BROCHU

" FORTIER

" MAROIS

" VERGE

" FAUCHER

" MATHIEU

" SIMARD.

Sur proposition du Dr Simard, il a été résolu qu'à l'avenir la rédaction du journal serait soumise au comité suivant :

Dr ROUSSEAU

" SIMARD

" DORION

" MAYRAND

" DUSSAULT

" PAQUET

M. le docteur Mayrand et Paquet sont nommés secrétaires du comité de rédaction.

Le rapport du trésorier pour l'année 1904-05. est des plus satisfaisants. Nous ne saurions trop féliciter le Dr Marois pour son talent d'administrateur. Grâce à lui, le journal entre cette année dans une ère de prospérité inconnue jusqu'aujourd'hui.



# Travaux Originaux

---

## CANCER DU CARDIA

### *Jéjunostomie latérale avec canalisation (procédé Wetzel von Eiselsberg)*

Par le Dr ARTHUR SIMARD, professeur d'anatomie et de médecine opératoire, chirurgien de l'Hôtel-Dieu,

---

Le malade qui fait le sujet de cette observation est âgé de 45 ans.

Son histoire est assez simple. Rien dans ses antécédents héréditaires et personnels n'est digne de mention. Il a toujours été robuste et d'une belle santé jusqu'à il y a maintenant 6 ans, date à laquelle il fait remonter les premiers troubles du côté de l'estomac.

D'après les renseignements qu'il nous donne, il a commencé, à cette époque déjà éloignée, à ressentir des douleurs à l'estomac, sous forme de sensations de brûlure, picotements. Ces douleurs duraient un mois à un mois et demi, disparaissaient pendant plusieurs mois pour réapparaître toujours plus cuisantes et de plus longue durée.

Les douleurs se manifestaient plus aiguës surtout après les repas, et pendant ces périodes de crises il était forcé de mettre de côté des aliments qui d'ordinaire ne lui causaient pas d'ennui. De temps à autre il a eu des selles noirâtres.

Depuis 7 mois les douleurs sont continuelles. Il passe fréquemment des selles noires. Il y a quelques mois, il a commencé à ressentir une certaine gêne dans la déglutition, et cette gêne s'est accentuée progressivement, si bien que depuis trois

mois les aliments solides ne passent plus ; seuls les aliments liquides peuvent traverser l'œsophage. Depuis deux mois il dit avoir été forcé de discontinuer l'usage du lait qui lui causait de fortes douleurs ; il l'a remplacé par du bouillon et du café au lait.

N. B. se présente aujourd'hui à l'hôpital pour subir une intervention qu'il a d'ailleurs refusée un mois et demi auparavant.

Il est amaigri, émacié même, le teint jaune paille, en pleine cachexie néoplasique accentuée par l'affaiblissement dû à une alimentation évidemment insuffisante.

Le seul phénomène accusé par le malade est cette dysphagie complète pour les aliments solides et même demi liquides.

Les différents organes paraissent sains. L'estomac n'est pas dilaté ; le malade ressent au creux épigastrique une douleur sourde exaspérée par la pression et pendant la déglutition ; l'intestin est normal, selles noires et fétides.

A part quelques régurgitations le malade n'a pas eu à proprement parler, de vomissements. Un explorateur œsophagien de petit calibre, mené avec précaution, est arrêté à la partie inférieure, au voisinage du cardia.

Il s'agit donc très certainement d'un rétrécissement œsophagien au voisinage du cardia, dépendant d'une lésion organique des parois de ce canal, pour lequel N. B. réclame une intervention.

Une opération radicale, curative est ici hors de question.

D'ailleurs, le cancer de l'œsophage au cardia n'est justiciable que d'un traitement palliatif, qui a pour but de prolonger l'existence du malade en assurant son alimentation, tout en réduisant au minimum les sensations douloureuses d'ordinaire exaspérées par le passage des aliments.

Nous avons le choix entre le cathétérisme, la gastrostomie, et la jéjunostomie.

Le cathétérisme est d'emblée écarté.

Tant que le cathétérisme, c'est-à-dire l'alimentation au moyen de la sonde, peut être facilement pratiqué, il constitue le traitement de choix. Mais pour cela, il faut absolument que le rétrécissement reste franchissable sans difficultés. Alors on peut avoir recours, soit au cathétérisme intermittent, soit, ce qui semble préférable, à la sonde à demeure dont on ramène par le nez l'extrémité supérieure, soit encore à une canule à demeure réalisant une véritable intubation de l'œsophage suivant l'idée lancée et mise en pratique par Leyden et Renvers.

Chez notre malade le rétrécissement est quasi infranchissable et forcément il faut se rabattre sur la bouche stomacale ou intestinale.

La gastrostomie serait peut-être l'opération de choix, mais nous l'avons délibérément mise de côté pour les raisons suivantes : Une gastrostomie pour donner de bons résultats doit remplir les conditions suivantes : 1° pouvoir être rapidement exécutée, vu que les malades qui en sont justiciables ne sont pas d'habitude en état de supporter un shock opératoire un peu sérieux. 2° il faut impérieusement qu'elle réalise une " bouche " continente et continente de façon durable.

Lorsque l'estomac est adhérent et qu'il est difficile sans une intervention un peu longue et quelquefois périlleuse de rompre les adhérences pour attirer un cône dans la plaie, il vaut mieux donner la préférence à la jéjunostomie.

Chez notre malade, le cancer au cardia laisse facilement soupçonner des adhérences solides, un envahissement probable de la petite courbure, bref des conditions existantes qui rendront la gastrostomie difficile d'exécution, par conséquent à pronostic immédiat sérieux. Car, pour peu que l'intervention chez des

cancéreux cachectiques soit de quelque durée, la mortalité opératoire reste considérable et les guérisons ne correspondent qu'à une survie de quelques jours, dix-neuf jours en moyenne d'après Lagrange.

De plus, avec l'impossibilité d'attirer suffisamment l'estomac dans la plaie, on ne peut d'ordinaire réaliser une bouche qui soit et reste continente.

Au contraire, la jéjunostomie offre des conditions toutes autres, de rapidité, de facilité d'exécution et pratiquée avec une technique spéciale peut promettre une bouche continente et de façon durable.

Certes, tous les procédés ne sont pas égaux devant les deux conditions essentielles savoir : technique simple, rapide, aisée, et réalisation d'une bouche continente de façon durable.

Les procédés de Mayld (jéjunostomie en Y) d'Albert, de Kelling sont d'une technique fort ingénieuse, mais ils ne laissent pas, quoi qu'on veuille dire, que d'être d'une certaine complexité et nous ne voyons pas sur quelles raisons pratiques on pourrait s'appuyer pour les préférer à la jéjunostomie latérale typique, d'ailleurs classique, et surtout à l'opération de Wetzel-von Eiselsberg ou jéjunostomie latérale avec canalisation.

Cette dernière qui est relativement de date récente, puisqu'elle a été préconisée pour la première fois, au congrès de la Société Allemande de Chirurgie tenue en 1895, par Von Eiselsberg, puis défendue en 1896 par Karewski, adoptée depuis par Moynihan, par Henle de Breslau, par Heidenhain, par le professeur Helferich et tout récemment en 1904 par le professeur Lejars, de Paris, se recommande par sa technique simple, aisée, rapide, et les quarante observations aujourd'hui publiées font foi qu'elle réalise une bouche continente et d'une façon durable.

« Nous y avons eu recours chez quatre malades, dit M. Lejars, et la simplicité de l'intervention, la bonne tenue de la

fistule, la facilité de l'alimentation, l'absence de tout écoulement biliaire et de tout reflux ne nous ont laissé aucun doute sur l'excellence du procédé."

Il consiste très sommairement en une laparotomie médiane dont le milieu est l'ombilic ; on dispose longitudinalement la première anse intestinale, à partir de l'angle duodéno-jéjunal, suivant le grand axe de la plaie, puis on fixe l'intestin à la partie supérieure et inférieure de la plaie.

A l'extrémité inférieure de l'intestin fixé on ponctionne juste assez pour glisser dans l'orifice une sonde de caoutchouc rouge No. 14 ; on fait descendre le bout terminal de la sonde une dizaine de centimètres dans la cavité intestinale, puis on la fixe au moyen d'un catgut fauflé tout autour.

Ceci terminé, la portion libre de la sonde est appliquée sur toute la longueur du segment intestinal, puis envaginée par un surget séro-musculaire jusqu'à l'extrémité supérieure de l'anse intestinale fixée à la paroi. Dans le but de maintenir le segment intestinal en bonne direction longitudinale, on fixe par des points latéraux l'intestin au péritoine et à la couche musculaire de la plaie, puis on ferme la paroi. Pour prévenir toute expulsion de la sonde, celle-ci est fixée par un fil à l'intestin et à la peau.

La sonde est laissée en place le plus longtemps possible ; elle est d'ailleurs bien supportée. Plus tard, un mois, deux mois après, quand on juge à propos de l'enlever, un trajet vertical est constitué qui permet l'introduction facile de la sonde pour l'alimentation journalière.

C'est à ce procédé que nous nous sommes arrêté. L'opération a été des plus simples et menée rapidement. Le malade, malgré son état cachectique a très bien supporté l'intervention. Le shock a été pratiquement nul, les suites très simples.

Le lendemain on commençait à l'alimenter par la sonde,

200 grammes de lait toutes les 4 heures. Le second jour il prit 800 grammes de lait et 250 grammes de bouillon ; il eut de la diarrhée. Au 4<sup>e</sup> jour, son alimentation fut portée à 2 litres de lait et bouillon qu'il supporte très bien ; n'a pas de diarrhée, n'évacué aucun aliment non digéré. A partir du 6<sup>e</sup> jour, il prend du lait peptonisé avec 2 œufs etc.

Dès le 2<sup>e</sup> jour après son opération, on remarque une diminution très marquée des douleurs ressenties au creux épigastrique. Le 4<sup>e</sup> jour elles sont pratiquement disparues.

Le malade laisse l'hôpital le 15<sup>e</sup> jour. La plaie cutanée est cicatrisée, la fistule est continente, son intestin fonctionne assez régulièrement, pas de diarrhée, état général satisfaisant.

La jéjunostomie était dans le cas présent la seule intervention rationnelle, comme d'ailleurs l'exploration directe l'a établie ; le malade avait en effet un cancer au cardia prolongé à la petite courbure avec adhérence solide de l'estomac.

Son exécution facile, rapide, aisée, la continence de la bouche intestinale nous ont absolument convaincu de l'excellence du procédé de la jéjunostomie latérale avec canalisation qui mérite de prendre rang parmi les opérations bien réglées, classiques. Certes, la jéjunostomie n'est pas et ne peut pas devenir une opération courante, cependant nous croyons que du moment que l'objection technique à son emploi n'existe plus grâce à cet excellent procédé, le champ de ses applications doit se prolonger assez loin des bornes reconnues jusqu'à ces derniers temps et la thérapeutique médico-chirurgicale peut trouver en elle une aide réellement utile.

Déjà, au premier congrès international de chirurgie tenu à Bruxelles le 18 septembre dernier, Von Eiselsberg de Vienne a rapporté 9 interventions dans l'ulcère saignant de l'estomac et 16 dans l'ulcère non saignant. Il la pratique d'ailleurs chez les malades affaiblis au moins à titre d'opération préliminaire.



naire. Bien plus, il la considère comme l'intervention de choix dans l'estomac à sablier avec très petite portion cardiaque, dans la rétraction totale de l'estomac à la suite d'ulcères multiples, dans la gastrite ulcéreuse avec péri-gastrite, dans la linite plastique. Non pas qu'elle soit destinée à remplacer les autres interventions dans les affections stomacales, comme la gastro-entérostomie par exemple, mais elle sera toujours justifiée par les contre-indications des autres méthodes et les résultats heureux qu'elle fournit engageront les chirurgiens, nous en avons la conviction, à lui réserver les cas douteux. Elle trouvera peut-être dans un avenir prochain, en raison de son innocuité et de la facilité de l'alimentation qu'elle réalise, un nouveau champ d'applications, toutes les fois qu'il importe d'assurer pour une période assez longue le repos absolu de l'estomac.



### LE SANMETTO DANS LA NÉPHRITE AIGUE, DANS LA CYSTITITE ET DANS TOUTES LES AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES.

J'ai ordonné le SANMETTO dans les dernières quatre années pour la néphrite aiguë, la cystite et toutes les affections génito-urinaires aiguës et j'ai pu constater avec plaisir qu'il est digne de son éloge. Je ne saurais citer aucun médicament supérieur au SANMETTO dans le traitement de la cystite aiguë aussi pour combattre l'atonie fémale et surtout le début de la maladie de Bright rien ne vaut le SANMETTO. Je le recommande chaleureusement, il marche à la tête de tous les médicaments applicables aux maladies des voies urinaires.

St. Louis Mo,

DR. E. L. COOLEY,  
Diplômé en—, etc,

## RAPPORT SUR LA CHYLURIE\*

---

Monsieur le Président,

Messieurs,

Ce n'est pas sans une certaine crainte de témérité que j'ai accepté la tâche délicate de vous donner une courte étude et un rapport d'observation sur cette très rare affection qu'on appelle la chyurie

Je définis la chyurie un état du sang qui contient de la graisse en émulsion dans le sérum dans une proportion exagérée constituant un véritable état pathologique.

Il est à la connaissance de tous que des traces de matières grasses existent dans l'urine à l'état normal comme il en existe plus ou moins d'ailleurs parmi tous les liquides de l'organisme. Cependant si dans certains états physiologiques ou pathologiques la graisse émulsionnée vient à augmenter dans le sang l'urine chyleuse ou laiteuse en serait le résultat.

Je crois qu'il est bien à propos de vous dire un mot ici de l'origine des corps gras en rappelant un peu leurs actions physiologiques normales.

La majorité des substances d'origine animale ou végétale dont l'homme se sert pour son alimentation contiennent des graisses qui sont rendues assimilables par les sécrétions pancréatiques, biliaires, peut-être par la sécrétion intestinale grâce à un double mécanisme de dédoublement et d'émulsion. Les graisses absorbées sont réparties dans l'économie par le système veineux porte qui les conduit au foie.

---

\* Communication lue devant les membres de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, à sa réunion du 11 Sept. 1905.

(C. Bernard) et surtout pour la plus grande proportion par les canaux chylifères. Les graisses peuvent aussi être formées par synthèse au sein même de l'organisme. On admet que cette synthèse se fait au dépens des hydrocarbures ou des albuminoïdes ; cette double origine est actuellement prouvée. Le foie joue aussi un grand rôle dans ces transformations, le glycogène pouvant donner naissance à une graisse très oxydable. De plus le foie élaborerait du glycogène et du sucre au dépens des graisses.

Arrivées dans le sang les matières sont détruites ou elles entrent en combinaison. Elles peuvent aussi s'emmagasiner dans certains organes et surcharger l'organisme (obésité), ou bien elles s'éliminent par les sécrétions et les excrétions normales.

Les recherches de M. Henriot nous font pénétrer plus avant dans la connaissance du mécanisme physiologique de la production et de la transformation des substances grasses. Celles-ci seraient saponifiées par un ferment soluble, la lipase, qui existe dans le sérum du sang, le pancréas et le foie.

Au point de vue chimique les graisses de l'organisme humain sont des acides gras volatiles, des graisses neutres et des savons de soude.

Il est également connu que le taux de la graisse augmente dans le sang pendant la digestion normale, la lactation, la grossesse, dans divers états pathologiques, par exemple, la dégénérescence graisseuse des reins, les cachexies, la gangrène, le diabète sucré, la tuberculose, etc.

*Caractère des urines grasses.*—En général elles sont louches de couleur normale ou laiteuse, réaction alcaline. La graisse peut former à la surface de ces urines une simple pellicule ou au contraire la graisse émulsionnée donne à l'urine l'apparence chyleuse. Quelque fois des globules graisseux sont tellement nombreux que l'urine prend l'aspect du lait.

*Examen des urines graissenses.*—Les matières sont colorées en noir par l'acide osmique et dissoutes par l'éther.

\* \* \*

Il y a deux grandes variétés de chylurie : l'une parasitaire, l'autre non parasitaire, ou tout au moins d'origine inconnue, toutes deux pouvant s'accompagner d'hématurie.

Comme son nom l'indique la chylurie parasitaire est le résultat de l'infection de l'organisme par la *Filaria sanguinis hominis*. La filaire du sang est un helminthe. Elle vit dans le corps de l'homme sous deux états différents, à l'état adulte et à l'état embryonnaire. Les filaires adultes ont une longueur de 8 centimètres, un diamètre de 3 millimètres ; elles ressemblent à un fil de catgut ; la tête est ronde, le reste du corps se termine en pointe. Les embryons sont des animalcules longs de 125 millimètres et larges de 10 millimètres. Le mâle est plus petit que la femelle, sa partie postérieure est enroulée en spirale avec deux spicules inégaux.

La filaire du sang vit et se nourrit dans l'eau. Elle pénètre dans l'organisme humain par deux voies différentes : ou bien elle s'attache aux jambes des individus qui traversent les marais pour pénétrer par effraction dans les tissus et cheminer ensuite dans les lymphatiques, ou bien est avalée avec l'eau de boisson et une fois rentrée dans le tube digestif elle se fraye une route à travers les tissus et gagne le système lymphatique, son habitat ultime. C'est là que se réunissent les sujets de sexe opposé. Le couple s'accroît, se nourrit, se multiplie. Les embryons qui en proviennent traversent les glandes lymphatiques en suivant le cours de la lymphe et finissent par arriver dans le sang, où ils séjournent pendant de très longues années mais où ils finissent cependant par mourir. Les moustiques jouent un rôle considérable dans la propagation de la filariose. Manson a découvert que la femelle de certaines espèces s'empare des embryons de la

filaire en suçant le sang des personnes déjà atteintes, et il a retrouvé le parasite dans l'estomac de ces insectes et a étudié les modifications qu'il y subit. Là, l'embryon se développe, prend un tube digestif, des organes génitaux et devient apte à vivre indépendant. Après sa ponte la femelle du moustique va mourir dans l'eau, l'embryon filarien s'en échappe et dès lors pour lui cette existence qui se perpétuera dans l'eau jusqu'à ce qu'il soit ingéré avec cette eau par quelque nouvelle victime humaine est indépendante. Telle est l'histoire naturelle de la filaire. Les accidents que détermine sa pénétration dans le corps de l'homme sont : pour la zone génitale : l'éléphantiasis, les dilata-tions variqueuses, les varices lymphatiques de la cuisse en retardant ou en supprimant la circulation dans les vaisseaux lymphatiques, action mécanique directe, ou adéno lymphagite oblitérante.

La chylurie parasitaire ne se rencontre que dans les pays chauds. Cependant il y a quelques cas que nous avons observés en Europe, ce sont là en vérité des cas qui jusqu'à ce jour paraissent tout à fait exceptionnels.

E. Laurie mentionne deux cas de chylurie parasitaire guéris par le thymol à l'intérieur : 5 5 grains 3 fois par jour. La Presse médicale de Paris rapporte deux cas graves, l'un relatif à un jeune Brésilien de 21 ans, et une femme de 26 ans qui ont été guéris rapidement par des pilules d'ichthyol à la dose quotidienne de 8 grains à 30 grains. Chez ces deux malades l'affec-tion avait jusqu'alors résisté à tous les médicaments usités en pareil cas : arsenic, terpinol, benzonaphitol.

A côté de la chylurie nettement parasitaire on a constaté dans nos climats des cas d'urine chyleuse survenant d'une façon intermittente chez des gens assez bien portants, quelques fois accompagnés de douleurs rénales, et de vives sensations de brû-lures à la verge.

Elle est passagère ou durable, et oscille entre quelques jours ou plusieurs années.

Nos connaissances étiologiques sont à peu près nulles sur cette affection qui embrasse probablement des faits disparates. C. Bernard a cependant montré que la chylurie est due quelques fois à ce que le sucre introduit comme aliment et le produit de la digestion des féculés et des gommes se changent dans le foie en un mélange de substances, partie grasseuse, partie azotée coagulable qui dans les veines sushépatiques et dans les veines en général se montrent à l'état de granulations très fines donnant au sérum l'aspect chyleux. D'après C. Bernard cette affection ne se manifesterait que lorsque l'alimentation se compose en partie de féculés, de gommes et de sucres.

---

L'observation que je me permets de vous faire, se rapporte à un adulte de 38 ans ; pèse 150 livres ; journalier dont les antécédents pathologiques sont nuls ; marié, son épouse n'a pas d'enfant ; impuissant depuis 4 ans ; ne boit pas de stimulants alcooliques et ne fume pas.

J'ai vu le malade le 11 mars 1905 ; il urinait une grande quantité d'urine laiteuse à chaque miction. Il avait des douleurs rénales vives, des sensations de brûlures persistantes à la verge et des faiblesses générales qui l'obligèrent à laisser l'ouvrage.

L'examen général dénote quelques légers troubles digestifs ; l'examen de l'urine donne une grande quantité de graisse.

Je lui fais retrancher le sucre et les pommes de terre de son alimentation, et de ce dernier aliment surtout il en mangeait abondamment. Je lui donne l'extrait fluide de salix nigra, à la dose de trente gouttes, quatre fois par jour. Après quatre semaines de traitement, mon patient reprenait ses forces, les douleurs

rénales étaient disparues, et les urines avaient leur couleur normale.

Croyant avoir affaire à un cas de chylurie simple, je n'ai pas fait de recherches pour trouver la filariose.

Je soumetts bien humblement ce travail à votre discussion et serai heureux d'acquérir de plus amples connaissances sur ce sujet.

J. MARION

11 Septembre, 1905.



LE SANMETTO DANS L'IRRITABILITÉ DE LA VESSIE]  
ET DE L'URÉTHRE.]

J'ai ordonné le SANMETTO pendant plusieurs années à mes malades avec les meilleurs résultats. Je le prescrit dans tous les cas d'irritabilité de la vessie et de l'uréthre. Je n'ai pas été déçu de son action. Le SANMETTO répond à un besoin ressenti depuis longtemps dans la thérapeutique vésicale.]

Indianapolis, Ind.

DR. E. R. PERRY.

# **Revue des Journaux**

## TRAITEMENT LOCAL DES URÉTRITES CHRONIQUES

Par PAUL LEBRETON, assistant du service Civiale à l'hôpital Lariboisière

S'il est une affection tenace et souvent rebelle à une thérapeutique même bien conduite, c'est assurément l'urétrite chronique. Bénigne par elle-même, elle est cependant, de par sa longue durée, la source de désordres psychiques, lesquels, chez les prédisposés, peuvent mener à la neurasthénie, à l'hypochondrie, voire même au suicide. D'autre part et il faut insister sur ce point, l'état général du sujet entre par une large part dans la résistance de l'affection aux divers agents thérapeutiques ; l'on a le plus souvent affaire, en pareil cas, à des tempéraments arthritiques ou nerveux, chez lesquels on tourne pour ainsi dire dans un cercle vicieux, la névrose recevant un coup de fouet de l'urétrite, qu'elle empêche elle-même de guérir :

Mais, en outre, il existe un certain nombre de *causes locales* qui peuvent entretenir l'urétrite et qu'il faut savoir reconnaître en temps voulu, pour diriger contre chacune d'elles un traitement approprié : c'est précisément à ce point de vue que nous nous proposons d'examiner la question.

Cette branche de thérapeutique spéciale a d'ailleurs fait de grands progrès, depuis que l'on s'est attaché à lutter de façon rationnelle et méthodique contre toutes ces causes locales, depuis surtout que l'urétroscopie est devenue, en France comme en Allemagne, d'un usage plus courant. Les travaux de Grünfeld, Oberländer, Kollmann, en Allemagne ; ceux de Janet, de



Guiard, de Luys, de Motz, etc., en France, ont peu à peu fixé les divers points qui doivent attirer l'attention du praticien. Nous avons nous-même observé, depuis notre entrée au Service Civile de l'hôpital Lariboisière, plus de 300 cas d'urétrites chroniques ; nous avons fait une cinquantaine d'examens urétroscopiques, et de toutes les données ainsi fournies nous avons tiré de multiples indications pour le traitement méthodique des urétrites chroniques, que nous allons maintenant exposer.

\* \*

Lorsqu'un malade vient consulter pour un écoulement matinal datant d'un temps variable, la première chose à faire est de recueillir cet écoulement, de façon aseptique bien entendu et de l'examiner au microscope ; cet examen, en effet, doit être la base du traitement, en indiquant ce qu'il faut faire. Il permet de ramener toutes les urétrites chroniques à trois types bien distincts :

1° Les *urétrites chroniques gonococciques vraies*, où se rencontrent encore par places des amas de gonocoques typiques ;

2° Les *urétrites chroniques banales*, caractérisées bactériologiquement par la présence de nombreux microbes banaux, cocci, bacilles, etc. ;

3° Les *urétrites chroniques stériles*, ou plutôt *amicrobiennes* où l'on ne voit plus que des leucocytes et des cellules, seuls ou associés, sans traces de microbes.

Ces trois formes d'urétrites, qui représentent les trois stades successifs d'évolution de l'affection, lorsque le traitement a été prudemment et sagement conduit, sont justifiables chacune d'une méthode thérapeutique différente, sur laquelle nous allons maintenant un peu insister.

A. Les *urétrites chroniques gonococciques vraies*, dont nous avons eu personnellement très peu d'exemples, ont toujours cédé à de grands lavages uréthro-vésicaux de permanganate de potasse

suivant la méthode de Janet. Nous insistons spécialement sur la faiblesse des doses employées par nous, 1/5000 ou 1/6000, qui nous ont paru donner les meilleurs résultats. En effet, au bout de 10 à 15 lavages, nous avons toujours vu disparaître les gonocoques, et, en conséquence, nous n'avons pas eu à expérimenter les petits moyens dirigés par Janet (1) contre les lacunites gonococciques rebelles.

B. Les *urétrites chroniques banales* et les *urétrites chroniques amicrobiennes* sont réunies par nous à dessein, car leur traitement est le même, à part quelques différences dans les solutions employées pour les lavages.

L'examen attentif des urines dans quatre verres a ici une grosse importance, car c'est de lui que va dépendre l'orientation immédiate de la pratique. Si les urines ne sont pas absolument claires, toute question de phosphaturie rapidement mise à part par l'adjonction de quelques gouttes d'acide acétique. *il ne faut pas explorer le canal*, par crainte d'une infection possible de la vessie dans le cathétérisme.

Ce qu'il faut ordonner, ce sont de grands lavages urétro-vésicaux, toujours avec l'appareil de Janet, quotidiennement, à 37° environ, jusqu'à ce que les urines, aussi bien dans le premier verre que dans les suivants, soient devenues limpides, ce qui a lieu généralement entre 5 et 10 lavages.

Les substances qui nous ont donné à l'usage le plus de satisfaction sont :

1° Pour les *urétrites chroniques banales*, les sels à base de mercure :

Soit l'*oxycyanure de mercure* en solution à 1/4000, qui a une action remarquable, tout en étant absolument indolore.

---

1. J. JANET.—"Traitement des lacunites et folliculites urétrales". *VIIIe Session de l'Association française d'urologie*, Paris, 1903, p. 419

Soit le *sublime*, en solution à 1/20.000 ou 1/30.000, lequel, plus irritant, peut cependant réussir là où le précédent a échoué c'est une pure affaire de susceptibilité individuelle, et de tâtonnements de la part du médecin ;

2° Pour les *urétrites chroniques stériles* :

Soit le *nitrate d'argent* en solution à 1/4000, bien toléré en général ;

Soit l'*acide salicylique*, en solution à 1/2000, avec les mêmes remarques que précédemment.

Les urines, une fois devenues limpides dans tout les verres, permettent de déceler plus facilement la présence des filaments qui, autant et plus peut-être que la goutte, caractérisent l'urétrite chronique.

De ces filaments, les seuls à considérer sont les filaments lourds, tantôt en croissant, et alors indices de lésions urétrales glandulaires, tantôt en petits amas, qui tombent au fond du verre et s'éparpillent en "vol d'alouettes" dès que l'on agite les urines. Ces derniers, très importants, sont presque toujours l'indice, soit d'un *rétrécissement*, lorsqu'ils sont situés dans la première portion de l'urine, soit d'une *prostatite subaiguë ou chronique*, lorsqu'ils se trouvent dans la dernière ; ce sont ces lésions que l'on est dès lors en droit de chercher et de contrôler.

De fait, il n'est pas de cas où nous n'ayons trouvé des bosselures ou des rugosités périnéales, nettement appréciables à l'explorateur n°. 18 ou 20 ; la théorie des *rétrécissements larges* "imaginée", dit Pousson, par Otis n'est donc pas une vue de l'esprit ; nous en sommes partisan très convaincu et nous ne cessons de le faire constater à tous ceux qui nous font l'honneur de suivre notre consultation.

Un peu moins fréquemment, le toucher rectal nous a fait sentir une prostate un peu volumineuse, bosselée, légèrement dououreuse à la pression, tantôt très ferme, tantôt, au contraire,

molasse et pâteuse. Le massage un peu énergique de l'organe a presque toujours ramené une quantité plus ou moins considérable de liquide lactescent, opalin, assez épais, où le microscope révélait la présence de leucocytes en nombre variable.

Nous avons lutté contre les rétrécissements par la dilatation aux bougies, puis aux biniés sans conducteurs jusqu'au n°. 60, après méatotomie, lorsqu'il était nécessaire,—en mettant le canal au repos pendant quelques jours, dans les cas rares où le passage des instruments amenait quelque complication (urétrorragie légère par état congestif intense de l'urètre, ou réaction inflammatoire de la vessie ou de l'épididyme).

Contre la prostatite nous avons toujours employé avec succès le massage de l'organe, pratiqué énergiquement et combiné aux lavements très chauds, pris matin et soir et faisant office d'un véritable pansement humide autour de la glande.

En résumé, dans la majorité des cas, nos urétrites chroniques ont été traitées de la façon suivante : après avoir fait uriner le malade, grand lavage avec une des solutions indiquées plus haut jusqu'à ce que le besoin d'uriner commence à se faire sentir, puis dilatation avec massage de l'urètre sur l'instrument, ensuite massage vigoureux de la prostate, enfin rejet du liquide de lavage, ramonant l'urètre d'arrière en avant et le débarrassant de tous les produits pathologiques expulsés par les manœuvres précédentes.

\* \* \*

Tel est, dans ses grandes lignes, le traitement qui, institué dès l'abord chez la plupart de nos malades, nous a donné parfois d'excellents résultats. Malheureusement, il n'en a pas toujours été ainsi, et nous avons dû chercher plus loin la cause de ces urétrites rebelles, chez des malades qui s'abstiennent cependant de tout sujet d'irritation pour leur canal : vin, alcool ou femmes.

C'est dans ces cas que l'urétroscopie nous a été d'un grand secours. Nous en avons déjà fait une cinquantaine, et les résultats de nos examens, légèrement différents de ceux obtenus par Luys, qui en a fait l'objet d'une toute récente communication au dernier Congrès d'urologie, nous permettent de dire que les lésions de l'urétrite chronique, variables suivant la région urétrale examinée, peuvent être ramenées à trois types bien nets :

1° *L'infiltration molle*, qui se rencontre surtout vers la région membranense, est caractérisée par la congestion de la muqueuse qui, rouge et boursoufflée, vient faire hernie dans la lumière du tube urétroscopique, sous forme de gros bourrelets œdémateux limitant la lumière du canal.

Ces lésions, et j'insiste sur ce point, ne sont pas partout connues et affectent des zones d'étendue variable, entre lesquelles existent des portions de muqueuse absolument saines ;

2° *L'infiltration dure*, à siège variable, mais de préférence périnéal antérieur ou pénien, n'est autre que le tissu de rétrécissement, reconnaissable à la teinte nacrée, à l'aspect lisse de la muqueuse, qui a perdu sa striation normale, à la rigidité des parois urétrales qui, ne pouvant revenir sur elles-mêmes, forment une sorte d'entonnoir au fond duquel la lumière du canal apparaît considérablement élargie ;

3° *Les lésions glandulaires* ont la même distribution ; elles siègent de préférence sur la paroi supérieure de l'urètre où débouchent les canaux excréteurs de la plupart des glandes de Littres.

Pour les voir, c'est donc cette paroi supérieure qu'il faut surtout déplisser, en abaissant légèrement l'extrémité du tube urétroscopique que l'on a entre les doigts.

Ce faisant, on aperçoit de place en place, tantôt piquetant une muqueuse normale et rosée, tantôt tranchant sur la coloration nacrée d'un tissu de rétrécissement, une série de petits ori-

fices brunâtres, parfois entr'ouverts et laissant suinter une gouttelette de pus, et entourés d'une zone congestive d'un rouge lie-de-vin caractéristique. Ces orifices, quelquefois suffisamment dilatés pour admettre l'extrémité d'un long stylet, sont ceux des glandes de Littre enflammées et constituent une des lésions les plus fréquentes et les plus intéressantes des urétrites chroniques.

Tels sont les trois ordres de lésions que nous avons toujours rencontrées, seules ou associées, au cours de nos urétrosopies ; nous n'avons jamais vu les lésions, sans doute infiniment rares telles que polypes, végétations et productions papillomateuses, décrites par Luys (1) ; quant aux lacunites et folliculites urétrales, elles sont aussi moins fréquentes, mais peuvent cependant se rencontrer en certains cas.

D'ailleurs, il faut bien le dire, l'urétroscopie, si elle peut être d'une réelle utilité pour le diagnostic, rend moins de services pour le traitement, quoique, actuellement il se produise une tendance à user de plus en plus du traitement urétroscopique. De fait, les lésions des glandes de Littre peuvent en bénéficier réellement ; il est, en effet, facile sous le contrôle de la vue, de les cautériser, soit à l'aide d'une pointe fine de galvano-cautère, soit à l'aide du stylet électrolyseur de Kollmann.

De même, l'infiltration molle, que l'on traitait jusqu'ici par les instillations un peu aveugles de nitrate d'argent à 1% ou 1/50 peut-être combattue par l'application directe de la substance modificatrice, soit en crayon, comme le préconise Luys, soit en solution forte à l'aide d'un petit tampon d'ouate, comme nous le faisons nous-même.

D'autre part, si l'on ne possède pas suffisamment la technique urétroscopique, nous conseillons de remplacer les instilla-

---

1. LUYs.—“ Diagnostic et traitement urétroscopique des urétrites chroniques”. *Ea Presse Médicale*, 1903, 22 Avril.

tions de nitrate d'argent en solution aqueuse par des solutions ou plutôt des suspensions aux mêmes titres dans un corps gras favorisant l'absorption du médicament actif et l'empêchant de fuir trop rapidement la place où on l'a déposé. On peut employer soit la glycérine, soit un mélange à parties égales de lanoline et d'huile de vaseline, mélange que nous avons employé en pansements à demeure, à l'imitation de Deguy (1). Mais il faut avoir soin, le liquide ayant une consistance sirupeuse et étant très difficile à pousser, de prendre une petite seringue spéciale avec crochets ou anneaux latéraux pour caler les doigts. On se servira avec avantage de cette petite seringue dans les cas où l'on emploiera le sulfate de cuivre glycérimé à 2 $\frac{3}{4}$ , qui nous a aussi donné de bons résultats.

Enfin, contre les lésions d'infiltration dure nous avons employé la dilatation à l'aide de l'appareil de Kollmann, en remplissant d'abord la vessie d'eau boriquée ou d'oxycyanure de mercure à dose faible, que le malade rend, la dilatation une fois finie; mais la puissance de cet instrument est telle qu'il faut considérablement espacer les séances, ne les effectuer que tous les huit ou dix jours, et n'augmenter que de deux divisions au plus chaque fois; la dilatation poussée à ce point, en même temps qu'elle lutte contre le tissu de rétrécissement, a aussi une grande influence sur les lésions glandulaires contre lesquelles elle est également indiquée.

\*  
\* \*

Voici terminée cette étude courte, mais pratique, du traitement local et méthodique des urétrites chroniques. Ainsi que l'on peut en juger, il est long, délicat, fait de petites manœuvres,

---

(1) DECUV.—“ Traitement de la blennorrhagie chronique”. *Revue française de médecine et de chirurgie*, 1902, n° 3, p. 63.

exigeant pour être supportées jusqu'à la fin une dose de patience que bien des malades n'ont pas, ce qu'on ne saurait en vérité leur reprocher.

Dans le cours de ce long traitement, il est utile de vérifier toutes les trois ou quatre séances le contenu de l'écoulement et les diverses portions d'urine émises dans quatre verres, afin de pouvoir modifier suivant les circonstances, la nature et la dose des lavages et de faire cesser la dilatation pendant quelques jours s'il en est besoin.

Lorsque le cas sera favorable, on verra disparaître les microbes dans l'écoulement où les leucocytes deviendront de moins en moins nombreux ; la goutte diminuera de même, tandis que les filaments de l'urine s'élèveront et finiront par surnager au lieu de tomber au fond du verre.

L'écoulement une fois disparu, et les filaments devenus légers, il faudra faire le *traitement d'épreuve* et irriter le canal par un grand lavage au nitrate d'argent à 1/2000, l'absorption d'une grande quantité de bière, et un coït bien préservé de toute contamination. Si l'écoulement ne revient pas, si les urines restent limpides, sans filaments lourds, on pourra affirmer la guérison ; sinon, il faudra reprendre le traitement pendant quelque temps.

Malheureusement, il est des cas tellement rebelles que malade et médecin finissent par se lasser ; c'est ici qu'il faut sans doute accuser les tares de l'état général, l'hérédité arthritique ou nerveuse. Cependant, si l'on ne peut parvenir à tarir complètement la goutte matinale, nous croyons possible de l'amener, par les moyens plus haut indiqués, à un état pour ainsi dire aseptique, et tel que le malade peut cependant contracter mariage, sans risques pour sa future compagne. Nous voulons dire par là que l'écoulement ne doit plus renfermer que des produits de desquamation épithéliale, sans globules de pus ni microbes d'aucune



sorte; de même les filaments de l'urine doivent avoir la même composition épithéliale essentielle.

Mais tant que l'on ne sera pas parvenu à amener le malade à cet état urétral, il faudra le dissuader du mariage, car c'est dans un grand nombre de cas à l'infection des organes féminins par ces écoulements chroniques qu'il faut attribuer ces lésions, chroniques elles aussi, de métrites et de salpingites, qui pèsent si lourdement sur la vie génitale de la femme et aboutissent bien souvent à la stérilité.



### LE SANMETTO DANS LES AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES.

J'ai eu les meilleurs résultats de l'emploi du SANMETTO dans les affections génito-urinaires.

Cannelton, Ind.

DR. C. T. HENDERSHOT,

Diplomé en 1897.

## LES TRAITEMENTS ACTUELS DU TÉTANOS

---

Si la prophylaxie du tétanos a largement bénéficié des recherches bactériologiques et de la découverte du sérum antitétanique, il n'en a pas été de même du traitement de la maladie constituée. Toutefois, il semble que, sachant mieux aujourd'hui administrer le sérum, on soit en droit d'en attendre de meilleurs résultats ; et nous verrons, chemin faisant, comment la connaissance plus exacte de la physiologie pathologique peut modifier les procédés thérapeutiques.

### I.—TRAITEMENT PRÉVENTIF.

Il consiste dans la désinfection attentive de la plaie tétanigène et dans l'injection de sérum antitétanique.

*Tout sujet porteur d'une plaie anfractueuse et suppurante, surtout si elle siège aux extrémités, tout sujet porteur d'une plaie souillée de terre, est suspect de tétanos et doit être traité comme tel.*

La plaie est débridée et drainée s'il y a lieu. On doit s'attacher avec le plus grand soin à en tarir la suppuration ; car les agents banals de la suppuration ont une action favorisante pour les germes tétaniques, et le bacille de Nicolaïer élabore une toxine plus virulente s'il est associé à d'autres microbes. En outre, tant que le foyer de suppuration n'est pas éteint, le bacille tétanique peut y séjourner et continuer à produire ses toxines ; or si l'immunité passagère due à une injection préventive de sérum s'épuise avant que le bacille ait disparu de la plaie, rien n'empêche le tétanos d'éclater tardivement malgré la sérothérapie précoce.

On peut d'ailleurs agir directement, au niveau de la plaie, en employant pour le pansement le *sérum antitétanique en poudre* (Calmette) : ainsi l'on saupoudrera d'antitoxine la plaie ombilicale, qui, chez les enfants mal tenus, est souvent le point de départ du tétanos.

En outre, chez tout malade suspect, on doit pratiquer sans tarder, et sans attendre l'apparition des premiers symptômes, une *injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique*. Pour la raison que nous avons indiquée plus haut, *tant que la suppuration n'est pas tarie*, il faut *renouveler* tous les huit jours l'injection de 10 centimètres cubes de sérum : c'est faute d'avoir suivi ce précepte que l'on a vu parfois le tétanos survenir malgré une seule injection préventive, l'action du sérum étant épuisée alors que le bacille, continuant à vivre dans la plaie suppurante, pouvait encore produire ses effets néfastes.

Par cette thérapeutique, on met à *coup sûr* le malade suspect à l'abri du tétanos, à la condition d'agir réellement d'une manière *préventive* : car on ne saurait plus répondre du succès dès l'apparition des premiers symptômes.

## II.—TRAITEMENT DU TÉTANOS CONFIRMÉ.

On doit avoir recours à la chirurgie, à une thérapeutique symptomatique, et tenter le traitement curatif par la sérothérapie ou la méthode de Baccelli.

1. *Traitement chirurgical*.—Ici encore, il consiste dans la désinfection, et mieux, dans la suppression de la plaie tétanigène. S'il s'agit d'une plaie des doigts, des orteils, on ne doit pas hésiter à recourir à l'*amputation*, par laquelle on supprime le foyer d'origine de la toxine tétanique. Si la plaie siège dans la continuité d'un membre, à l'avant-bras ou au bras, l'hésitation est permise : mais, dans un cas grave, on n'oubliera pas que la suppression radicale du foyer, obtenue par l'amputation, exerce souvent une influence très favorable sur l'évolution de la maladie, et que la vie du patient vaut bien le sacrifice d'un membre.

Si l'on ne se résout pas à l'amputation, il sera bon d'employer, dans le pansement, le sérum antitétanique en poudre.

2. *Traitement symptomatique*.—Il est aujourd'hui ce qu'il était autrefois, et nous en rappellerons brièvement les indica-

tions essentielles. L'administration du chloral *larga manu* en est la base.

Dès que les contractures apparaissent, dès qu'il y a du trismus, il faut administrer le chloral, à doses plus élevées que dans aucune autre maladie. Si l'on peut, au début, se contenter de donner 4 à 6 grammes de chloral, on ne craindra pas d'atteindre, quand les contractures se généralisent, 8, 10, 12 grammes par jour.

Le chloral peut être donné par toutes les voies : par la bouche, en lavements (ce sont les modes d'administration les plus usuels), en injections intra-veineuses et sous-cutanées.

Par la voie buccale, l'administration du chloral ne présente rien de particulier : on emploiera soit le sirop de chloral du Codex (dosé à 1 gramme par cuillerée à soupe), soit une potion que l'on formulera. On se rappellera seulement que, en raison de sa causticité et de son goût très mauvais, le chloral doit être donné en solution assez étendue ; il est assez bien accepté dans du lait. On pourra associer le chloral au bromure de sodium ou de potassium :

Hydrate de chloral.....	10 grammes
Bromure de potassium.....	10 —
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	200 —

Une cuillerée à soupe contient 1 gramme de chloral et 1 gramme de bromure.

*Les lavements* de chloral sont avantageusement associés aux potions. D'ailleurs l'intensité du trismus et de la dysphagie pouvant empêcher complètement l'ingestion des médicaments, ils deviennent, dans ce cas, seuls utilisables. On prescrira :

Hpdrate de chloral.....	4 grammes
Lait.....	150 —
Jaune d'œuf.....	No. 1.

F. S. A.—Un lavement à garder le plus longtemps possible. Renouveler ce lavement deux à trois fois par jour.

Le chloral en lavement n'est pas aussi actif que lorsqu'il est administré par la bouche : toutefois il a une réelle efficacité,

car il est un des médicaments qui s'absorbent le mieux par le rectum.

Dans les cas très graves, on peut être autorisé à pratiquer une *injection sous-cutanée* ; on emploiera une solution à 20 p. c. contenant 1 gramme de chloral pour 5 centimètres cubes. Cette méthode des injections sous-cutanées *n'est pas usitée*, car elle présente de *graves inconvénients* : le chloral est caustique, et, injecté, il peut provoquer des *eschares* ; aussi fera-t-on la piqûre en une région où le tissu cellulaire est abondant et où ne porte pas le poids du corps (partie supérieure et latérale des membres inférieurs). En raison de l'extrême gravité de la maladie, on a le droit de faire des injections sous-cutanées de chloral, malgré les accidents qui peuvent en résulter, parce que, administré ainsi, le médicament s'absorbe rapidement, et agit vite pour diminuer ou supprimer les convulsions.

Mais les *injections intra-veineuses* de chloral, recommandées autrefois et aujourd'hui peu employées, n'offrent peut-être pas les mêmes inconvénients et ont une action plus rapide ; on injectera dans une veine du pli du coude 20 à 50 centimètres cubes d'une solution à 5 p. 100 (1 gramme à 2 gr. 50 de chloral).

Bien entendu, les injections sous-cutanées et intra-veineuses doivent être réservées aux cas où l'administration du chloral par la bouche est impossible, et où des convulsions très intenses créent un danger de mort imminente et nécessitent une sédation immédiate.

Sous l'influence du chloral, la contracture cède ou diminue, les crises s'espacent, et, modérant l'intensité des symptômes, le médicament exerce une action favorable sur l'évolution de la maladie. Même dans les cas mortels, le chloral procure au patient un soulagement notable.

Les inhalations de *chloroforme* font cesser momentanément la contracture et peuvent être employées dans les crises très intenses ; mais il faut en user avec la plus grande modération lorsqu'il y a menace d'asphyxie ou lorsque surviennent des troubles bulbaires.

La *balnéation* exerce sur les accidents nerveux une action sédative manifeste. Récemment, Sadger, en a obtenu un résultat remarquable chez un sujet atteint de tétanos grave : pendant quatre-vingt-seize heures consécutives, l'hydrothérapie a été appliquée. Le malade a été plongé d'abord dans un bain chaud pendant trois heures, jusqu'à sudation abondante, puis dans un bain tiède, des affusions d'eau froide lui étant faites sur la nuque ; on lui appliqua ensuite des enveloppements humides, puis on reprit le bain chaud. Au bout de vingt-quatre heures, il n'y avait plus de crampes. La guérison fut complète ; et l'hydrothérapie, qui avait été le seul traitement institué, donnait, d'après Sadger, des résultats aussi bons que les autres procédés.

3. *Traitement curatif.*—Deux méthodes principales, dirigées, non pas contre les symptômes, mais contre la cause même de la maladie, se trouvent en présence : les injections d'acide phénique (méthode de Baccelli) et la sérothérapie.

*Sérothérapie.*—L'injection de sérum antitétanique peut être sous-cutanée, intra-cérébrale, sous-arachnoïdienne, épidurale, para-nerveuse.

*Injections sous-cutanées.*—Elles ont été employées dès la découverte du sérum antitétanique. Autant leur action préventive est efficace, autant leur action curative est médiocre. Les cas qui, ainsi traités, guérissent, sont presque toujours des cas légers, peu fébriles, et dont on eût été en droit d'espérer la guérison par la seule thérapeutique des symptômes. Toutefois comme il n'est pas certain qu'elles soient dépourvues de tout effet bienfaisant, comme il semble que, dans quelques cas graves, elles ont eu une réelle influence sur l'évolution favorable, on doit toujours faire aux tétaniques des injections sous-cutanées de sérum ; et comme ce sérum est peu toxique, et provoque seulement, comme accidents, des poussées d'urticaire pénibles, mais sans gravité, on doit faire des injections répétées, à doses massives : tous les jours ou tous les deux jours une injection de 10 à 20 centimètres cubes de sérum antitétanique. Quelque-

fois, en administrant le sérum et le chloral à hautes doses, on a sauvé des malades qui paraissaient devoir succomber.

Il semble d'ailleurs, d'après une statistique de Lœper et Oppenheim, que l'on ne peut dénier toute action curative aux injections sous-cutanées de sérum antitétanique ; car la mortalité paraît avoir baissé depuis l'emploi de ce procédé. Malgré tout, cette thérapeutique est médiocre dans ses résultats, et l'on n'en doit pas attendre l'effet avec grande confiance.

Devant l'échec des injections sous-cutanées, on a cherché à porter l'antitoxine directement au contact du système nerveux qui est impressionné d'emblée par la toxine ; et, dans ce but, des tentatives fort intéressantes ont été faites.

*Injections intra-cérébrales.* — L'idée des injections intra-cérébrales revient à Roux et Borrel : elle s'appuie sur les considérations suivantes :

Wassermann et Takaki montrèrent que, si l'on ajoute une dose mortelle de toxine à une émulsion de cerveau ou de moelle d'animal sain, ce mélange injecté à des souris ne provoque pas le tétanos, tandis qu'une même dose de toxine injectée seule détermine une mort rapide. Ils crurent à une action antitoxique de la substance nerveuse vis-à-vis de la toxine tétanique. A. Marie démontra qu'il y avait, non pas destruction, mais seulement *fixation* de la toxine par les centres nerveux. Roux et Borrel étudièrent ce phénomène, et, reconnaissant l'affinité spéciale de la toxine pour la cellule nerveuse (affinité que ne possède pas l'antitoxine), ils pensèrent que, si le sérum injecté sous la peau neutralise le poison encore contenu dans le sang, il ne fait que limiter l'empoisonnement, car la plus grande partie de la toxine diffuse, dans les centres nerveux, de cellule à cellule, à l'abri de l'antidote. " S'il en est ainsi, ce n'est pas dans le sang des tétaniques qu'il faut accumuler l'antitoxique pour les guérir ; il faut le mettre là même où progresse la toxine et préserver les portions vitales de la moelle avant qu'elles soient atteintes."

Dès lors, Roux et Borrel furent conduits à préconiser l'in-

jection intra-cérébrale, qui donna, sur les animaux en expérience, des résultats satisfaisants.

Cette méthode fut ensuite appliquée à l'homme pour la première fois par Chauffard et Quénu ; et voici la technique opératoire qui doit être suivie :

L'injection est faite dans la région motrice du cerveau, un peu en avant des circonvolutions rolandiques, de manière que, sans le léser, le sérum puisse facilement les atteindre par diffusion. Pour cela, le malade étant endormi et la région fronto-pariétale aseptisée, on incise le cuir chevelu suivant une ligne courbe à concavité antéro-inférieure, longue de 4 centimètres et allant d'emblée jusqu'à l'os. Le centre de l'incision est situé sur le trajet d'une verticale passant par le bord antérieur de l'apophyse orbitaire externe, à 8 centimètres de celle-ci. Le lambeau curviligne est détaché de l'os et relevé. On perfore la boîte crânienne à l'aide d'un perforateur imaginé par Roux et Borrel, et muni d'un arrêt pour limiter la pénétration. On charge une seringue de Roux d'un sérum antitétanique concentré ; on enfonce l'aiguille de 2 ou 3 centimètres dans la substance cérébrale, et l'on fait l'injection très lentement, goutte à goutte. On répète l'opération du côté opposé, de manière à injecter 3 centimètres cubes et demi de liquide dans chaque hémisphère.

Les premiers résultats de cette méthode furent encourageants. Mais il n'en fut pas toujours de même ; et, aujourd'hui, l'injection intra-cérébrale est à peu près abandonnée.

Mais le principe n'en subsiste pas moins ; et les procédés que nous allons indiquer maintenant en dérivent ; car tous ont pour but "de mettre la tétanine là même où progresse la toxine."

*Injections intra-rachidiennes.*— Le plus souvent, c'est la moelle bien plus que le cerveau qui est impressionnée par la toxine tétanique. Il était donc logique de porter le sérum au voisinage de la moelle, dans l'espace sous-arachnoïdien lombaire, C'est ce que proposa Sicard. Pour cela, on pratique d'abord une ponction lombaire, et on laisse s'écouler une quantité de liquide céphalo-rachidien égale à la quantité de sérum que l'on



veut injecter (2 à 5 centimètres cubes). L'injection peut être répétée pendant plusieurs jours. Cette méthode a donné des résultats inconstants ; et il ne semble pas que les cas graves en aient nettement bénéficié. M. Vallas reproche même, aux injections sous-arachnoïdiennes, d'avoir provoqué quelques accidents. D'ailleurs si l'on accepte, avec Cathelin, l'hypothèse de la circulation du liquide céphalo-rachidien, on doit admettre que l'antitoxine, injectée dans le liquide, est rapidement emportée avec lui loin des centres nerveux, et passe bientôt dans la circulation générale ; et l'on s'explique ainsi les échecs de cette méthode qui ne paraissait rationnelle que lorsque l'on pensait que le liquide céphalo-rachidien reste au contact de la moelle.

*Injections para-nerveuses périphériques.*—On admet aujourd'hui que la toxine tétanique remonte le long des nerfs périphériques pour gagner la moelle. On peut espérer que l'antitoxine, portée au contact des nerfs périphériques, suivra le même chemin et aura ainsi une action plus efficace. S'appuyant sur ces considérations et sur des expériences de MM. Marie et Morax, Sicard a proposé l'ingénieuse méthode des injections para-nerveuses périphériques. Les injections de sérum sont faites profondément, au niveau des troncs nerveux périphériques. Sicard estime que l'on pourra utiliser parallèlement les injections para-nerveuses et sous-arachnoïdiennes.

*Injections épidurales.*—Avec les injections sous arachnoïdiennes, le sérum est dilué dans le liquide céphalo-rachidien ; avec les injections para-nerveuses, il est mis en contact avec un petit nombre de nerfs, assez loin de la moelle. Lorsque le tétanos est consécutif à une plaie des membres inférieurs, il semble logique de porter le sérum dans l'espace épidural : une injection faite à ce niveau baigne tout le plexus sacré, et, par conséquent, tous les nerfs du membre inférieur, non loin de leur origine médullaire ; et l'on crée ainsi, sur le chemin de la toxine, un véritable "barrage antitoxique," MM. Apert et Lhermitte ont traité de cette manière, avec succès, un cas de tétanos consécutif à un ulcère de jambe. M. Mornac a employé sans succès la

même thérapeutique ; mais ici, les injections n'avaient été faites que tardivement. On peut injecter dans l'espace épidural, plusieurs jours de suite, 10 à 20 centimètres cubes de sérum. Cette méthode mérite d'être étudiée ; elle est séduisante dans son principe.

Tels sont les principaux modes d'injection du sérum anti-tétanique. Il faudrait encore citer l'*injection intra-veineuse* qui a été essayée par Roux et Vallas, Bienwald, etc., et qui paraît avoir donné de bons résultats dans quelques cas graves. D'après les expériences de Descos et Barthélemy, c'est surtout avant l'apparition des contractures que l'injection intra-veineuse serait utile ; à la phase de contractures, l'injection intra-rachidienne s'est montrée plus efficace dans les cas expérimentaux.

Quel que soit le procédé employé, il importe d'agir vite. Lorsque le tétanos évolue depuis plusieurs jours et lorsqu'il a pris une forme grave, on ne doit guère compter sur un succès thérapeutique, car une dose mortelle de toxine peut déjà être arrivée au contact des centres nerveux : tout ce que l'on peut espérer alors, c'est empêcher l'apport d'une nouvelle quantité de toxine.

Malgré leur médiocre efficacité, on doit, même en cas de tétanos confirmé, pratiquer des *injections sous-cutanées*. Elles sont faciles à faire ; on peut les répéter fréquemment, plusieurs fois par jour au besoin, et à haute dose. En outre, on leur associera, s'il s'agit d'un tétanos dû à une plaie d'un des membres supérieurs, les *injections para-nerveuses*, et, s'il s'agit d'un tétanos consécutif à une plaie d'un des membres inférieurs, les *injections épidurales*.

Si la pratique répond aux considérations théoriques, ces deux méthodes, rationnelles d'après ce que nous connaissons de la physiologie pathologique du tétanos, nous permettront sans doute d'enregistrer de plus nombreux succès, à la condition de les employer dès le début des accidents.

*Méthode de Baccelli.*— D'après Baccelli, l'acide phénique en injections sous-cutanées agirait dans le tétanos comme agent modérateur du pouvoir réflexe de la moelle, et aussi comme agent antitoxique et antithermique.

La méthode, employée surtout en Italie, a donné de bons résultats. M. Vallas a relevé 80 cas avec 72 succès et 8 morts ; mais, dit cet auteur, "l'immense majorité des cas est de provenance italienne. Sur 80 cas, nous trouvons 69 cas italiens. Dès lors, on peut se demander si le tétanos revêt, en Italie, une forme clinique moins sévère que dans d'autres contrées. Cette hypothèse n'a rien d'invraisemblable, si l'on remarque que, en dehors de toute question de traitement, les statistiques ont donné des taux de mortalité très variables suivant les pays." En France, la méthode de Bacelli a donné des résultats inconsistants entre les mains de Claude et d'Heucqueville (guérison d'un tétanos de moyenne intensité), Chauffard (mort), Enriquez et Bauer (amélioration, puis mort). Il est encore difficile de juger la méthode.

Les injections sont sous-cutanées. On emploie une solution aqueuse d'acide phénique à 2 ou 3 p. 100. Exceptionnellement on a pratiqué des injections d'huile phéniquée à 10 p. 100, pour introduire dans l'organisme de fortes proportions d'acide phénique. On peut encore, comme l'ont fait MM. Claude et d'Heucquevillé, injecter du sérum physiologique contenant la quantité voulue d'une solution phéniquée à 2 p. 100.

En moyenne, on injecte chaque jour, *en plusieurs fois*, 0 gr. 30 à 0 gr. 40 d'acide phénique (soit 15 à 20 centimètres cubes d'une solution à 2 p. 100). Mais on a employé, dans les cas graves, des doses beaucoup plus élevées, et, pour Favero, il faudrait administrer 0 gr. 01 d'acide phénique par kilogramme.

L'injection détermine une sensation passagère de brûlure, sensation qui peut être atténuée par l'adjonction d'une petite quantité de camphre ou de glycérine à la solution phéniquée ; le camphre aurait en outre cet avantage d'être un antidote de l'acide phénique, et d'agir en même temps comme sédatif des centres nerveux.

Les accidents observés à la suite des injections phéniquées ont été des éruptions (scarlatiniformes ou morbilliformes) ; dans un cas de Conti, il y eut du strabisme, et, dans un cas de Loglio, on peut se demander avec Vallas si ce n'est pas à l'acide phénique qu'il faut attribuer le délire qui précéda la mort.

Si l'on emploie la méthode de Baccelli, on doit se rappeler qu'elle ne contre-indique nullement ni les injections de sérum antitétanique que l'on pratiquera dans tous les cas, ni le traitement symptomatique par le chloral.

*Autres médications.*—L'*opothérapie*, l'injection d'émulsion de cerveau, a été employée par Krokiewicz, s'appuyant sur l'expérience de Wassermann et Takaki que nous avons indiquée à propos des injections intra-cérébrales de sérum. Mais nous avons dit que, contrairement à l'opinion de Wassermann et Takaki, la substance nerveuse ne jouit d'aucune propriété antitoxique : la méthode opothérapique pèche donc par sa base, et ne semble pas appelée à un grand avenir.

On a préconisé encore les injections d'*eau oxygénée*, les injections intra-veineuses d'une *solution iodo-iodurée*, etc.

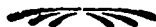
Il est fort difficile de porter un jugement sur les différents traitements du tétanos, en raison de la gravité très variable de la maladie. Toutefois, quelques faits sont acquis dès aujourd'hui. La valeur de la sérothérapie préventive n'est plus guère contestée. Les effets remarquables du chloral à hautes doses sur les contractures sont hors de doute, et ce médicament doit toujours être employé sans compter.

La sérothérapie, malgré ses échecs, doit aussi être pratiquée dans le traitement du tétanos confirmé, et l'on fera des injections sous-cutanées, et, selon les cas, des injections paraneurales ou épidurales, dont l'emploi semble très rationnel.

Quant à la méthode de Baccelli, elle est certainement un des moyens thérapeutiques auxquels on a le plus le droit de recourir, étant donné qu'elle a paru procurer quelques succès, et qu'elle n'est nullement incompatible avec les autres modes de traitement.

H. GRENET.

(*Arch. gén. de Médecine*)



## CLINIQUE CHIRURGICALE

---

*La pronation douloureuse des jeunes enfants.*—Chassaignac, le premier, a décrit cette affection, il y a une cinquantaine d'années sous le nom de torpeur douloureuse ou paralysie douloureuse des jeunes enfants ; M. Broca a consacré dernièrement (*Leçons cliniques de Chirurg. Infant.*, 1905, p. 325) une excellente leçon à cette affection qui sollicite si fréquemment l'attention des praticiens. De grands inconvénients peuvent suivre une traction brusque de l'avant-bras d'un jeune enfant : une lésion ostéo-articulaire fait suite et celle-ci provoque l'impotence du membre tirailé. La lésion pourra être par exception, une entorse de l'épaule ou du poignet ; par exception aussi une douleur à la pression, avec un peu de gonflement persistant pendant quelques jours au-dessus de la base de l'apophyse styloïde radiale, permet de diagnostiquer une de ces faibles amorces de décollement épiphysaire, auxquelles Ollier donnait le nom d'entorse juxta-épiphysaire.

Mais tout cela ne se rencontre guère ; c'est toujours *au niveau du coude que l'exploration révèle des signes physiques* et parmi les impotences provoquées par traction sur le membre supérieur, c'est à *celles-là seulement qu'il faut réserver le nom de pronation douloureuse.*

En général il s'agit d'un enfant âgé de moins de cinq ans, de moins de trois ans même dans la majorité des cas. Il vient de tomber ; on croit venir à son aide et alors que l'enfant ne s'est fait aucun mal dans sa chute, on le blesse en le relevant. D'autres fois, il est tenu en main par sa mère : vienne un trottoir, un ruisseau, un escalier, on l'enlève pour lui faire franchir l'obstacle, pour lui faire monter la marche. L'accident est plus

fréquent à gauche, car la mère donnant d'ordinaire à l'enfant la main droite lui prend conséquemment la main gauche.

La lésion la plus probable produite par cet accident est une subluxation de la tête radiale ; la preuve décisive il est vrai, manque. La radiographie n'apprend rien, les autopsies probantes font défaut ; seulement on constate parfois une augmentation du diamètre antéro.postérieur et il semble que quelque chose file d'avant en arrière sous le pouce qui appuie quand à un moment donné—lors de la supination qu'on provoque — on perçoit le claquement caractéristique de la réduction.

La symptomatologie est très simple : le bras pend inerte le long du corps, mais la perte des mouvements n'est pas complète. Il existe des mouvements partiels dans les doigts, le poignet. L'enfant se refuse à fléchir le coude, à écarter le bras du tronc. Les mouvements communiqués sont douloureux, mais possibles.

Comme traitement, Chassaignac conseillait la simple mise du bras en écharpe, avec un peu d'ouate autour du membre ; et de fait, au bout d'un intervalle variant de trois à sept jours, la guérison est parfaite. M. Broca se refuse à cette manœuvre qu'adoptent encore de nos jours MM. Brunon (de Rouen), Bézy (de Toulouse), Piéchaud (de Bordeaux). L'enfant peut guérir instantanément ; pourquoi attendre quelques jours ?

Pour obtenir la guérison immédiate, le chirurgien saisit le poignet, met l'avant-bras en extension, lui imprime un brusque mouvement de supination et le fléchit, pendant que du pouce opposé il appuie d'avant en arrière sur la tête radiale. A ce moment on perçoit un petit claquement sourd, identique à celui qu'on perçoit en réduisant une luxation. La douleur disparaît instantanément et l'enfant peut immédiatement accomplir tous les mouvements.

# **Sociétés Médicales**

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

---

Séance spéciale du 10 octobre 1905.

Présidence de M. le Dr J. D. Pagé,

Il est unanimement résolu que l'inscription suivante soit faite au procès-verbal :

Les membres de la Société Médicale de Québec ont appris avec un profond chagrin, la mort du docteur L. J. A. Simard, de Québec, un de leurs anciens présidents.

Ils se plaisent à reconnaître les qualités de cœur et d'esprit qui faisaient du regretté défunt un chrétien convaincu, un citoyen modèle, un médecin habile et dévoué.

Ils croient aussi s'acquitter d'une dette de reconnaissance en proclamant que monsieur le docteur Simard, par son assiduité aux séances et la part éclairée qu'il prenait aux discussions, a été un des principaux facteurs de la prospérité de la Société Médicale de Québec.

Le secrétaire est prié de transmettre une copie de ces résolutions à la famille de Monsieur le docteur Simard, ainsi qu'au Bulletin Médical, et la séance est levée.

Le secrétaire,

F. X. J. DORION, M. D.



ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT  
DE JOLIETTE.

*(Réunion du 11 septembre 1905.)*

---

Présidence : Dr J. J. Shepperd.

Présence : Edgar Turgeon, St-Jean de Matha ; G. Desrosiers, St-Félix de Valois ; J. O. Cadoury, Berthierville ; Th. Gervais, Berthierville ; Jos. Marion, Joliette, A. M. Rivard, Joliette ; J. J. Shepperd, Joliette ; J. C. Bernard, Joliette ; Jos. Lippé, St-Ambroise de Kildare ; J. E. Paquin, St-Didace ; Albert Laurendeau, St-Gabriel de Brandon ; J. O. Beaudry, St-Jacques ; J. P. Laporte, Joliette ; J. Ad. Magnan, Joliette ; J. A. Barolet, Joliette.

Les Officiers suivants furent élus pour l'année prochaine à l'unanimité :

Dr. J. J. Shepperd, Président ; Dr G. Desrosiers, vice-président ; Dr Albert Laurendeau, Sec. Trés. ; Drs J. O. Beaudry, J. O. Gadoury, membres du Comité de Régie.

M. le Dr Marion donne communication d'un intéressant travail sur la chylurie, au sujet d'un cas typique qu'il eut à traiter dernièrement.

M. le Dr Marion annonce, que le malade présenté à la séance précédente, opéré par M. le Dr Marion de Montréal d'un volumineux Sarcome, au maxillaire supérieur, et dont l'observation a paru dans l'Union Médicale, est en pleine récidence.

L'Association révisé divers articles de sa Constitution et du Code de déontologie adopté en 1905 ; crée un Tribunal de Discipline, et adopte des Règlements ad hoc ; fait quelques modifi-



cations au tarif de district ; puis décide de faire réimprimer 200 constitutions, telles que révisées ci-dessus.

Messieurs les Drs J. C. Bernard, G. Desrosiers, J. Lippé et Albert Laurendeau sont choisis comme membre du Tribunal de Discipline.

Proposé par M. le Dr Turgeon, secondé par M. le Dr Albert Laurendeau ; Qu'à l'avenir aucun médecin du district ne fasse aucun examen médical pour aucune compagnie d'assurance sur la vie, à moins de cinq dollars par examen, et que copie de la présente résolution soit envoyée à toutes les compagnies d'assurances faisant affaires dans le district.

Adopté unanimement.

Proposé par M. le Dr Marion, secondé par M. le Dr Desrosiers ;

Qu'à l'avenir, la somme minimum de deux dollars soit chargée pour tout examen sur la vie des aspirants aux Sociétés de secours mutuels, faisant affaires dans le district, et que copie de cette résolution soit envoyée à tous les médecins du district.

Adopté unanimement.

Le comité de pratique illégale de la médecine, fait rapport que le rebouteur A. Mirault a été poursuivi en justice, et que les avocats de l'Association procéderont à l'enquête dans le cours du mois.

M. le Dr Jos. Mélançon de St. Lignori est admis comme membre de l'Association.

Puis, M. le Président laisse son siège, afin de soumettre à l'assemblée une motion en rapport avec le procès-verbal de la dernière réunion, et des commentaires parus dans l'Union-Médicale à ce sujet.

M. le Dr G. Desrosiers est appelé au Fauteuil.

Proposé par M. le Dr J. J. Shepperd, secondé par M. le Dr J. E. Beaudry :

Que cette Association croit devoir protester contre les termes de la note de la direction, publiée dans l'Union Médicale d'août dernier : cette note ayant rapport aux soins donnés au Procureur de l'Evêché de cette ville, par le rebouteur Mirault ; parce que cette dite note de la rédaction, semble vouloir jeter du ridicule sur un membre du clergé.

Cette motion fit un peu d'émou.

M. le Dr Bernard dit que nous n'avons pas à intervenir entre M. l'abbé X. . . . ou le clergé en général, et la direction de l'Union-Médicale ; celle-ci étant parfaitement responsable de ses écrits, de ses opinions, de sa conduite. Puis l'orateur fit un fort plaidoyer en faveur de la *non intervention*.

M. le Dr Th. Gervais dit que, au sujet de la discussion soulevée par cet incident, s'il lui était permis d'exprimer son opinion, ce serait une expression d'approbation en faveur de l'Union-Médicale.

M. le Dr Albert Laurendeau dit qu'il serait pour le moins étonnant, que l'assemblée adoptât une résolution de blâme, à l'endroit d'une Revue médicale qui vient à la rescousse de notre Association, dans la lutte que nous avons entreprise contre le préjugé, l'ignorance, contre les charlatans et leurs adeptes.

Après une expression unanime des sentiments de tous les membres présents, M. le Dr J. O. Beaudry prie M. le Dr Shepherd de bien vouloir retirer sa motion. Ce qui fut fait.

La prochaine réunion aura lieu à Joliette à une heure P. M. à l'hôtel Commercial, lundi le 11 décembre prochain.

ALBERT LAURENDEAU,

Sec.-Trés.



## QUELQUES FAITS RECENTS A PROPOS DE SERUM ANTI-DYPHTÉRIQUE.

Comparativement, la période de temps utilisée jusqu'à ce jour pour éprouver la valeur curative des sérums, est assez restreinte, et c'est là la cause d'une foule de conceptions fausses concernant les préparations ; la plus répandue prétend que le sérum doit être frais pour être efficace : erreur comprimée dans l'esprit du public par cette pratique des grands fabricants de serum de renouveler les bouteilles après un temps donné. La conclusion que les médecins en ont tirée c'est que ce sérum n'avait plus de valeur : D'où une demande exagérée pour du sérum frais. Les pharmaciens de leur côté se fiant sur le remplacement du sérum vieilli se sont surchargés. Les intérêts de tous en ont souffert et les frais d'échange ont contribué à élever le prix du serum.

Dernièrement cependant, des hommes de science se sont chargés d'étudier la dépréciation du serum anti-diphthérique par le temps, et nous pouvons aujourd'hui montrer des faits pour remplacer les théories d'autrefois. Roux, de l'Institut Pasteur de Paris, Marx de l'Institut Royal de Therapie de Frankfort, Allemagne. Chiadini, en Italie et Miller, des Etats-Unis, sont au nombre de ceux qui ont voulu tirer au clair cette question.

Des essais répétés ont été faits avec des échantillons de quelque quinze mille prises de serum dans les meilleures conditions de laboratoire. Tous se sont accordés à dire que la limite de temps était de beaucoup trop courte, que *la demande incessante pour du serum frais était injustifiable, que le vieux serum mérite confiance.* La plupart de sérums ne perdent aucune de leurs qualités curatives pendant deux, trois, quatre, et même cinq années. La perte maximum qui arrive quelquefois, souvent dans la première année, est de 33 1/3%. Le meilleur moyen d'y remédier est donner une dose un peu plus grande, comme c'est la pratique ordinaire aux Etats-Unis.

---



LE DOCTEUR I. J. A. SIMARD

## FEU LE Dr L. J. A. SIMARD

---

Le BULLETIN MEDICAL déplore aujourd'hui avec un bien sensible regret la perte de l'un de ses membres fondateurs les plus estimés, par la mort du Dr L. J. A. Simard, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval de Québec et de la profession médicale de cette ville.

Cette perte sera d'autant plus vivement ressentie par les lecteurs du BULLETIN que, pour la plupart, le nom du Dr L. J. A. Simard rappelait non seulement un ancien maître particulièrement vénéré, mais l'un des médecins les plus entièrement dévoués à l'intérêt général et supérieur de notre profession, que tous ont été habitués à voir associé, dans la collaboration de notre journal, aux projets et à toutes les initiatives qui avaient pour but une réforme ou un progrès à réaliser, comme aussi à toutes les luttes que nous avons cru devoir engager pour la défense d'un principe d'ordre supérieur ou la sauvegarde d'un droit acquis.

Le BULLETIN sera l'interprète fidèle de tous les médecins de notre district en rendant à ce regretté confrère un hommage de haute appréciation pour ses éminentes qualités du cœur et de l'esprit et en lui payant un juste tribut de reconnaissance pour les services rendus. On peut dire pour résumer toute sa vie médicale que peu de médecins ont eu une carrière aussi bien remplie, tant dans la pratique privée que dans l'enseignement universitaire, et nul n'a fait preuve d'un zèle et d'un dévouement plus constant pour promouvoir les intérêts de notre profession et l'avancement du praticien.

Le Dr Simard était né à Ste-Anne des Plaines, comté de

Terrébonne le 22 mars 1837; il ne dépassait donc à peine l'âge de 68 ans. Il avait eu la consolation jusqu'à sa mort de voir encore vivant à sa paroisse natale de Ste-Anne des Plaines son vénéré père, M. L. D. Simard, heureux vieillard qui a atteint l'âge remarquable de 96 ans.

Le jeune Simard suivit son cours classique au collège de Ste-Thérèse, et il fut dirigé à la suite, pour ses études médicales, à l'Université-Laval de Québec.

Cette université n'était alors qu'à quelques années de sa fondation; elle représentait la première et la seule université catholique dans notre pays: c'est pourquoi les autorités religieuses de nos collèges se faisaient un devoir tout naturel, à cette époque de diriger vers ce centre de la haute éducation l'élite de leur jeunesse qui se destinait aux professions libérales.

Ici, comme au collège, le jeune étudiant manifesta un talent supérieur et des aptitudes remarquables pour les sciences qui laissèrent entrevoir une brillante carrière. Le succès par lequel il couronna ses études universitaires attira particulièrement sur lui l'attention des autorités de l'Université-Laval: aussi fut-il choisi au nombre d'un groupe de jeunes gradués d'élite que les directeurs de cette institution décidèrent d'envoyer en Europe pour compléter des études spéciales afin de les préparer à occuper des chaires dans l'enseignement de leurs facultés du Droit et de la Médecine. Il fut le contemporain de la génération des médecins les plus distingués qui ont honoré la profession médicale de cette ville: les Lemieux, Landry, Jackson, Sewell, Larue, Verge, Wells, tous également disparus.

A son retour d'Europe, après trois années d'études rigoureusement suivies dans les principaux centres, il fut d'abord agrégé à l'Université-Laval, comme professeur suppléant d'Anatomie pratique; puis successivement on le nomma professeur titulaire des branches les plus importantes de la médecine: la

pathologie générale, la physiologie, les maladies des yeux et des oreilles, la déontologie et l'histoire de la médecine, qu'il enseignait encore avec la vigueur intellectuelle et la chaleur de démonstration de ses jeunes années, lorsqu'il fut atteint par sa cruelle maladie.

Il a occupé la chaire d'enseignement à l'Université Laval pendant près de quarante ans. On peut ajouter que par ses connaissances étendues non moins que par ses éminentes qualités professorales il fut l'un de ceux qui ont le plus contribué au prestige et à l'avancement de cette institution nouvelle. Travailleur infatigable, esprit clair et d'une grande pénétration, doué d'une remarquable facilité d'analyse et d'assimilation, âme ardente et pleine de dévouement pour la jeunesse, il possédait toutes les qualités qui doivent distinguer le professeur et donner non seulement de l'éclat à son enseignement mais surtout le rendre fructueux et intéressant pour ses élèves.

A toutes ces qualités il unissait pour la jeunesse étudiante un dévouement et une sympathie qui lui méritèrent toujours l'estime et la reconnaissance de tous ceux qui avaient eu à bénéficier de son enseignement.

Il n'en est pas parmi ceux qui ont passé par l'École de médecine de Québec, durant cette longue période, qui en rappelant son nom et son souvenir, n'aimaient à apprécier sa généreuse condescendance et à lui marquer un sentiment de respectueuse considération.

Avec ce professeur émérite disparaît pour ainsi dire tout un passé, auquel son nom a été intimement mêlé, et qui marquera l'une des principales étapes de l'histoire de l'Université Laval. L'Université perd en lui l'un de ses professeurs les plus dévoués et l'un de ceux qui a rendu les plus grands services à la cause de son enseignement.

Le Dr Simard a été pendant de longues années, membre

du Collège des médecins de la Province, comme représentant de l'Université Laval. Il s'y montra toujours partisan convaincu des hautes études classiques ; et on le considérait à juste titre, comme le plus renseigné sur toutes les questions qui regardaient les besoins de l'enseignement et les exigences du progrès scientifique.

Il prit toujours une part prépondérante dans les délibérations de cette assemblée où se discutent les grands intérêts de notre profession. Il y fut le champion de réformes importantes et son nom a été associé à la plupart des mesures qui tendaient à améliorer les programmes de l'enseignement et dont la réalisation devait marquer de réels progrès et servir à rehausser le niveau de l'éducation professionnelle dans notre province. Tout en se montrant dévoué aux intérêts généraux qui regardent plus spécialement la masse des praticiens il resta toujours un défenseur intransigeant des privilèges de l'Université qu'il représentait et dans laquelle il entrevoyait de plus sûres garanties pour le développement du progrès scientifique comme pour la haute formation intellectuelle des aspirants à la médecine.

Médecin aux convictions sincères et doué d'un haut sens politique, il ne se montra pas moins zélé pour la défense des privilèges de nos institutions provinciales et de notre autonomie législative en matière d'éducation, lorsque furent mis en avant certains projets dont le but immédiat, dans l'esprit de leurs auteurs, paraissait assez légitime à première vue, mais dont, les conséquences éloignées pouvaient être les plus funestes aux privilèges acquis de nos institutions et à l'influence de l'élément français dans le Dominion du Canada. Tous se rappellent avec quelle chaleur de conviction et quel sens patriotique il souleva, de concert avec son subtil collègue du Bureau de médecine, M. le Dr Sixois, la première opposition au projet fédéraliste du contrôle de l'éducation professionnelle et de l'admission à la



pratique de la médecine, proposé par M. le Dr Roddick au Parlement d'Ottawa.

Notre regretté collègue a eu la satisfaction, avant de s'éteindre, de voir le triomphe de ses idées et la justesse de ses vues confirmées par les événements. Son triomphe a été aussi celui du Bulletin qui avait servi à diriger tous les efforts pour lutter contre des empiètements plus ou moins déguisés et faire prévaloir le principe du respect de l'autonomie législative des Provinces en matière d'éducation que l'on a toujours considéré à bon droit comme l'une des pierres fondamentales de l'édifice de notre constitution politique actuelle depuis l'acte de la confédération de 1867.

La profession médicale ressentira longtemps par cette mort, la perte de l'un de ses membres les plus marquants, un médecin aux aspirations élevées, au caractère fortement trempé. Si l'on a pu lui reprocher, quelquefois, de se montrer trop généreux et sympathique pour la jeunesse étudiante et les candidats à la pratique de la médecine, à l'encontre des exigences du Bureau de Médecine, il n'en fut pas moins l'un de ceux dont le dévouement et l'expérience ont rendu les plus grands services à la cause de nos intérêts professionnels.

Malgré le poids des années, le Dr Simard n'avait rien perdu de sa vigueur intellectuelle ni de son zèle pour la culture de la science ; il resta également dévoué jusqu'à la fin à tout ce qui se rattachait à l'avancement de notre profession. Son nom a été associé à toutes les grandes initiatives et, en particulier, à ce travail de l'organisation des sociétés médicales dans tous les districts, qui ont ouvert de nouveaux horizons aux médecins praticiens pour l'encouragement à l'étude en même temps que pour le développement de l'esprit de bonne confraternité et de la solidarité professionnelle. Il fut toujours ce que l'on nomme un intellectuel et personne n'avait une plus haute idée de la dignité et de la noblesse de la profession. On l'a vu, jusqu'à ces dernières années, marcher de pair à l'avant-garde avec les jeunes dont il servait à soutenir l'ardeur dans les luttes et pour lesquels il était un guide le plus sûr, grâce à sa longue expérience et à sa connaissance intime des hommes et des choses.

Il fut l'un des fondateurs et l'un des membres les plus actifs de notre société médicale de Québec dont il occupa la chaire de présidence de 1900 à 1902.

Tous se rappellent avec quel succès éclatant il présida le conventum organisé par cette société en 1900, dans le but d'arriver à grouper tous les praticiens des districts et des villes et de rattacher nos sociétés médicales à un centre de fédération en jetant les bases d'une association générale pour tous les médecins de langue française de l'Amérique du Nord. C'est que, chez cette âme d'élite, l'amour de sa profession n'était pas séparée du sentiment patriotique ; et les rêves ambitieux qu'il entretenait pour l'influence sociale des élèves qui avaient puisé leur éducation dans l'université française à laquelle il se faisait gloire d'appartenir, se confondait dans son esprit avec les espérances qu'il nourrissait pour l'avenir de sa nationalité.

Le souvenir que son nom rappellera dans notre monde médical sera celui d'un médecin zélé et patriotique à l'âme fortement trempée en même temps que l'un des esprits les plus riches et les mieux cultivés.

Le Dr L. J. A. Simard était le père de notre distingué collègue le Dr Arthur Simard qui, intimement lié à la direction de notre journal fera revivre longtemps, pour les lecteurs du BULLETIN, le souvenir des brillantes qualités d'esprit et du dévouement à nos œuvres dont nous a fait bénéficier si largement celui dont nous déplorons la perte. Tous nos lecteurs s'uniront à nous pour offrir à ce sympathique confrère, dans sa douloureuse épreuve, l'expression de nos plus sincères regrets et de nos plus vives sympathies.

S'il est une chose qui puisse adoucir le deuil profond dont il vient d'être frappé ce sera l'estime universelle et le respect qui seront gardés à la mémoire de son vénéré père, parmi tous les membres de la profession médicale, dans cette province comme parmi ses collègues plus intimes de l'Université à laquelle il a dévoué le meilleur de sa vie.

