

AOÛT 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.

- 455 — De la sortie compulsive, des asiles d'aliénés, des maniaques périodiques pendant les intermittences de la maladie..... *Villeneuve*
- 460 — Sur la période terminale de la paralysie générale... *Chagnon*
- 463 — La sphymomanométrie clinique et le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire..... *Mercier*
- 470 — Tuberculose et hérédité *Dubé*
-

REVUE GÉNÉRALE.

- 480 — Traitement du rhumatisme articulaire aigu *Hervieux*
- 485 — Danger social de la syphilis..... *Villeneuve*
-

SOCIÉTÉS.

- 493 — Société médico-psychologique de Québec, (séance du 27 juin 1901)
- 495 — L'Association médicale du district des Trois-Rivières.
-

ACTUALITÉS MÉDICALES.

- 497 — L'enseignement de la chimie dans les écoles de médecine..... *Daigle*
-

ANALYSES.

CHIRURGIE.

- 503 — Sur la réduction des fractures *Marien*

MÉDECINE MENTALE

- 505 — Deux cas de folie gemellaire. *Chagnon*

OPHTALMOLOGIE.

- 505 — Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveaux nés..... *Boulet*

OBSTÉTRIQUE.

- 506 — Vagissements intra-utérins.
507 — Thérapeutique chez les nourrices dans ses rapports avec la sécrétion lactée..... *LeSage*

PÉDIATRIE

- 509 — Traitement de la gale chez l'enfant.
510 — Traitement des oxyures..... *LeSage*

THÉRAPEUTIQUE.

- 511 — Le chloréthane comme hypnotique chez les aliénés.
511 — Traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechsig *Chagnon*
512 — Douleurs d'origine gastrique.—La levure de bière dans le diabète.—Traitement du tic douloureux de la face.—Influence de la forme d'administration des médicaments.—traitement de la cystite chronique par le gargarisme de l'urètre postérieur..... *LeSage*

PHARMACOLOGIE.

- 515 — Asthme (formulaire clinique) — migraine, etc., formules diverses.

BIBLIOGRAPHIE.

- 515 — La Goutte et le Rhumatisme.—L'Electricité et la Thérapeutique moderne.—Traitement rationnel de la Tuberculose pulmonaire et de ses modalités cliniques.—Comment on préserve l'œil du liseur de la myopie, de ses progrès, de ses complications.—Cours de Minéralogie Biologique, 3e série.—Traitement de la Tuberculose et des affections respiratoires chroniques par les Injections Trachéales.—Le 28e volume de la collection : Comment on se défend contre les maladies coloniales.—Les maladies qu'on soigne à Berck-sur-Mer.

MEMOIRES

DE LA SORTIE COMPULSIVE, DES ASILES D'ALIÉNÉS, DES MANIAQUES PÉRIODIQUES PENDANT LES INTERMITTENCES DE LA MALADIE (1)

Par le Dr GEO. VILLENEUVE

Professeur titulaire de Clinique des maladies mentales, et professeur adjoint de Médecine légale
à l'Université Laval, Surintendant médical de l'Asile Saint-Jean de Dieu,
Médecin consultant de l'Asile Saint-Benoît.

D'après notre loi provinciale concernant les aliénés et les asiles d'aliénés, " toute personne placée dans un asile d'aliénés cesse d'y être retenue, aussitôt que la guérison est constatée par le surintendant médical, et alors le surintendant médical doit donner l'ordre de la mettre en liberté."

Suivant cette clause, les individus ou corps constitués, tenus par la loi de payer les frais d'entretien d'un aliéné dans un asile peuvent-ils exiger le renvoi de cet aliéné, pendant ses intervalles lucides, lorsqu'il est atteint de manie périodique?

Je synthétise ainsi dans une question, une demande d'élargissement faite au Gouvernement, par une municipalité voisine de Montréal, au sujet d'un aliéné entretenu à ses frais, à l'asile St-Jean de Dieu. Le motif de cette demande? Deux conseillers, s'étant rendus à l'asile St-Jean de Dieu pour s'enquérir de l'état du patient, avaient constaté qu'il causait raisonnablement et se rendait utile aux propriétaires comme cocher.

Conformément à l'usage, la requête du conseil municipal me fut référée et motiva le rapport suivant. J'y discute un point de droit relatif à la sortie des aliénés, d'une application souvent difficile en pratique. Cette question est d'un intérêt majeur pour nous, qui sommes chargés d'administrer les asiles, mais elle a aussi une importance plus générale, au point de vue administratif. Sous ce double aspect, elle vaut la peine d'être étudiée. C'est ce qui m'a induit à vous soumettre mon rapport.

(1) Travail présenté à la Société Médico-Psychologique de la Province de Québec, le 27 juin 1901.

“ En réponse à la consultation qui m'est demandée par l'envoi du dossier No 000, et qui a été provoquée par la lettre du secrétaire trésorier du comté d'Hochelega, annexée au dossier, j'ai l'honneur de vous présenter le rapport suivant :

A. B. . . est atteint de manie périodique.

Cette maladie est caractérisée, d'une façon générale, par l'apparition, chez un même sujet, d'accès de manie plus ou moins durables et séparés par des intervalles lucides plus ou moins prolongés. Les causes les plus légères peuvent présider au développement des accès; le plus souvent, la cause occasionnelle est à peine appréciable; souvent aussi, le sujet paraît faire lui-même les frais de la maladie et nulle cause provocatrice ne semble exister. L'invasion de l'accès est rapide et brusque et ne présente pas généralement de période prémonitoire; il atteint vite son plus grand degré d'acuité, auquel il se maintient pendant toute sa durée, pour décroître ensuite et disparaître comme il est venu, c'est-à-dire rapidement. Dans les intervalles des accès, le sujet reprend intégralement l'usage de ses facultés, du moins, dans les premiers temps de la maladie. Cette maladie, dans la périodique d'apparition des accès, est chronique et essentiellement incurable.

Dans le cas particulier du patient, la maladie date depuis au-delà vingt-cinq ans, puisqu'il a été interné dans l'ancien asile de St-Jean. Il a aussi fait plusieurs séjours à Beauport et a été enfermé plusieurs fois en prison, toujours à l'occasion de ses accès. Il est venu à l'asile St-Jean de Dieu, la première fois, le 4 août 1882 et il en est sorti le 12 décembre suivant. Il y est revenu le 6 octobre 1893 et en est parti sous congé le 20 novembre 1894; de retour le 16 avril 1895, il est reparti le 25 juillet 1898, pour être réadmis le 26 août de la même année.

Le patient A. B. . . a toujours été admis et réadmis à l'occasion d'accès et plusieurs accès sont éclos et ont évolué sous nos yeux, pendant ses différents séjours, en dehors de ceux qui avaient provoqué ses admissions et réadmissions. Ces accès ont toujours présenté le même aspect, celui d'une violente exaltation maniaque, survenant brusquement, sans cause aucune, atteignant en peu de temps une intensité de folie furieuse, pen-

dant laquelle le malade est notoirement méchant, fortement enclin à la violence et se sert d'un langage profondément immoral. A cette phase de la maladie, le patient A. B. . . doit être séparé des autres malades. Ces accès n'ont jamais eu rien de fixe, ni dans leur durée ni dans leur survenance

A. B. . . relève actuellement d'un accès qui a duré deux mois et qui s'est manifesté sous la même forme de folie furieuse, avec immoralité transcendante dans ses discours.

Ainsi, le patient A. B. . . est atteint d'une maladie mentale chronique et incurable, et dont les accès peuvent, en toute occasion, devenir une source de scandale et une cause de danger, si on le laisse se manifester librement.

Mais le caractère propre de cette maladie, le plus important et celui qui soulève la contestation actuelle, est de n'apparaître que par accès, séparés par des intervalles lucides complets ou à peu près complets, sans que rien ne puisse nous autoriser à prévoir la durée de l'accès, ni à prédire l'époque de sa réapparition. C'est exactement cette périodicité infailible des accès, leur retour fatal et l'incertitude de l'échéance, en face de la gravité de leurs manifestations, qui complique si fortement la question de sortie et, dans certains cas, la rend presque insoluble, parce que l'erreur peut résider autant dans l'affirmative que dans la négative. Ainsi, depuis que le patient A. B. . . nous est revenu en 1895, il a eu plusieurs accès dont j'ai été le témoin; il sort à peine d'un accès qui a duré deux mois; il est certain qu'il en aura d'autres. Mais quand? Est-ce dans deux semaines, dans deux mois, dans deux ans? Je n'en sais rien, mais ce que je sais sûrement, c'est qu'il en aura d'autres, et que ce peut-être tout aussi bien dans deux semaines, que dans deux mois ou dans deux ans.

Au point de vue particulier de l'intérêt des personnes responsables pécuniairement pour le séjour du patient A. B. . . à l'asile, la question que nous avons à nous poser est celle-ci: Doit-on le considérer comme guéri, après chaque accès, aux termes de l'article 3230 S. R. Q., et ses amendements et le congédier, dès qu'il redevient lucide, de manière à libérer les intéressés des charges de son entretien?

Dans un cas de manie périodique, maladie chronique et incurable, le mot guérison ne saurait être prononcé, l'état intervallaire n'est qu'un intervalle lucide, une intermission ou une intermission, suivant sa durée, mais ce n'est jamais un retour définitif à la raison; ce n'est qu'une période d'attente d'un accès dont l'on peut prophétiser le retour. Répondre affirmativement à cette question, serait donc se mettre en contradiction flagrante avec les principes scientifiques les mieux établis. Tenter d'imposer cette solution à la généralité des cas, serait s'exposer dans la pratique aux plus graves déboires. Rien de ce que je connais des antécédents du patient A. B. . . , rien de ce que j'ai vu et entendu moi-même, ne m'autorise à penser qu'elle devrait lui être plus particulièrement appliquée.

Jusqu'à présent, j'ai suivi la ligne de conduite suivante vis-à-vis les malades de cette catégorie. Lorsque leurs accès sont rares et que des parents ou des amis désirent s'en charger et offrent des garanties suffisantes de réintégration, dès les premières manifestations d'une rechute, j'accorde une libération conditionnelle. Je laisse partir de même, sur leur propre demande, ceux de ces malades, dont les accès peu fréquents et plus bruyants que violents, m'inspirent pas de craintes sérieuses, lorsqu'ils peuvent s'employer utilement pendant les états intervallaires. Dans les mêmes conditions, j'exige la sortie de ces malades, pendant leurs intervalles lucides, lorsque les personnes tenues à leur entretien, par leur situation de fortune, peuvent exercer sur eux une surveillance efficace.

Lorsque personne ne se présente pour réclamer ces malades pendant les accalmies de leur affection et qu'ils sont eux-mêmes satisfaits de rester à l'asile, je ne crois pas devoir les congédier, dans la majorité des cas.

Après avoir été ballotté d'asile en asile et quelquefois, de prison en prison, le patient A. B. . . a fini par comprendre que l'asile était bien son seul et véritable refuge. C'est pour cette raison qu'il ne demande pas à en partir. Je ne puis me résoudre à l'en chasser, parce que je ne sais pas si, le lendemain de sa sortie, à quelque jour que je l'ordonne, il n'aura pas une attaque. Ce serait endosser une responsabilité directe très grave,

en vue des événements qui peuvent se produire. Je ne connais personne qui soit responsable de son entretien et à qui je puisse le confier.

Il est vrai de dire que nous employons le patient A. B. . . à des travaux utiles, pendant ses intervalles lucides, mais comme nous le faisons pour beaucoup d'autres malades, chaque fois que les circonstances s'y prêtent. Il est reconnu que le travail, lorsqu'il est possible, est un des meilleurs éléments du traitement des aliénés.

Il est évident aussi que si MM. D. . . et V. . . ont vu le patient A. B. . . pendant une intermission de sa maladie, ils ont pu avoir avec lui une conversation raisonnable au point de s'y méprendre totalement sur le caractère véritable de son affection.

Un malade comme le patient A. B. . . est une affliction pour un asile et les Révérendes Sœurs le verraient partir avec plaisir. Je n'ai jamais cru devoir demander son transfert, malgré leurs sollicitations et l'ennui qu'il me cause à moi-même, parce que je ne me reconnais pas le droit de me soustraire à mes obligations. Je ne crois pas, non plus, que les corps constitués puissent échapper aux leurs, pour des considérations d'ordre purement pécuniaire. Les principes humanitaires les plus élémentaires s'y opposent formellement.

SUR LA PÉRIODE TERMINALE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

Par E.-P. CHAGNON

Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame, Membre associé étranger de la Société Médico-Psychologique de Paris, Membre honoraire de la Société de Médecins Mentale de Belgique, Membre actif de de l'American Medico-Psychological Association.

La paralysie générale suit-elle la marche que nous décrivent presque tous les auteurs classiques? Les paralytiques généraux finissent-ils leurs jours dans le marasme couverts d'eschares, et ayant subi la fonte paralytique? Et doit-on considérer avec les auteurs, comme complications plutôt que comme symptômes, ces ictus qui se présentent si fréquemment dans cette maladie, et souvent la terminent?

Nous avons eu occasion d'observer et suivre jusqu'à la mort 85 paralytiques généraux. Nous avons cru qu'il serait intéressant de vous rapporter la terminaison de leur maladie. A l'exemple de M. Arnaud de Vanves (2), nous les avons divisés en 3 groupes, à savoir: ceux que la mort a surpris lorsqu'ils étaient encore en pleine activité physique; ceux qui, quoique affaiblis, pouvaient encore circuler de leur lit à leur fauteuil; et enfin ceux qui étaient tout à fait confinés à leur lit.

Nous avons pu inclure dans le 1er groupe, 40 paralytiques généraux, soit 47,05% du nombre total, chez qui la mort est survenue avant qu'ils fussent alités. Le 2e groupe comprend 21 paralytiques, soit 27,05%, qui étaient obligés de tenir soit le fauteuil, soit le lit; chez ceux-ci, pas d'eschares, des troubles trophiques dans certains cas. Notre troisième groupe, composé de 23 malades, 27,05%, se forme de ceux chez qui le séjour au lit s'était imposé depuis un temps variable; bon nombre de ces derniers ont présenté des eschares, mais seulement des es-

(1) Communication faite à la Société Médico-Psychologique de Québec, le 27 juin 1903.

(2) Société Médico-Psychologique de Paris.

chères superficielles, qui ont pu parfois guérir avant la mort. Un seul a présenté cette fonte paralytique décrite par les auteurs.

Si maintenant nous voulons considérer le mécanisme de la mort de ces 85 paralytiques, nous les diviserons encore en 3 groupes.

Ceux morts par ictus constituent notre premier groupe, ils sont au nombre de 27, soit 31.88% du nombre total. 26 sont morts d'une affection intercurrente, ce qui nous donnera 30.58% pour notre 2e groupe. Le marasme, qui forme notre 3e groupe, compte 32 cas, soit 37.64%. Chez ceux-ci nous avons observé des eschares, mais superficielles, des eschares de décubitus, des eschares localisés aux points de frottement. Un seul malade a présenté, comme nous l'avons dit plus haut, la véritable fonte paralytique.

Les affections intercurrentes que nous avons observées sont celles-ci : troubles gastro-intestinaux pour huit cas, et broncho-pneumonie pour deux cas. Deux sont morts d'une atrection cardiaque, et cinq de mort subite. Deux sont morts d'épuisement nerveux, un de gangrène traumatique, et enfin six de polynévrite infectieuse.

Nos 27 décès par ictus, soit cérébral, soit épileptique, sont survenus chez des malades vigoureux. Pour la plupart des cas, ce n'était pas une première attaque; au contraire, nous avons observé plusieurs attaques qui se renouvelaient périodiquement jusqu'à ce qu'une attaque isolée ou un état de mal emporta nos malades. Nous mentionnerons également que nos malades, morts dans le marasme, ont également présenté, pour un bon nombre, lorsqu'ils pouvaient circuler, cette même répétition d'ictus.

De ces données, nous nous croyons en droit de soumettre les conclusions suivantes :

1° La paralysie générale ne semblerait pas suivre le cycle régulier décrit par la plupart des auteurs classiques. En effet, près de la moitié de nos malades sont morts en pleine activité physique et plus des $\frac{2}{3}$ n'ont pas atteint la période d'impotence absolue ;

2° Les paralytiques généraux présentent rarement cette fonte décrite par les auteurs; pour nous, nous n'en avons observé qu'un seul cas. Les eschares sont de même relativement rares, elle surviennent chez les malades alités aux points de contact;

3° Nous croyons que les ictus sont plutôt des symptômes que des complications de la maladie. En effet, le tiers de nos malades en sont morts, et nous les avons observés très souvent chez ceux qui sont morts d'affections intercurrentes ou dans le marasme.

LA SPHYGMOMANOMÉTRIE CLINIQUE ET LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par ALPHONSE MERCIER

Docteur en médecine de l'Université de Paris, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Parmi les moyens de diagnostic et de pronostic actuellement à la portée du médecin, la sphygmomanométrie ou mesure de la pression artérielle occupe aujourd'hui une place importante.

La détermination exacte de la pression artérielle chez l'homme est une acquisition relativement récente. Dès le lendemain de la découverte de Harvey, l'on s'occupa d'estimer la quantité de mouvement dont le liquide sanguin devait être animé dans les vaisseaux; mais si la physiologie, grâce surtout aux perfectionnements apportés aux procédés d'investigation par Ludwig, Marey, etc., faisait de rapides progrès et arrivait dans ces dernières années à se renseigner d'une façon précise sur la nature de la pression artérielle, ses éléments composants, ses lois, sa mesure exacte, les causes de ses variations, les rapports qu'elle affecte avec les différents phénomènes physiologiques, il n'en était pas de même en clinique.

On ne pouvait songer chez l'homme à introduire dans le courant circulatoire les hémodynamomètres employés en physiologie expérimentale, ces appareils par la mutilation qu'entraîne leur emploi étant inapplicables au malade.

Les appareils employés en clinique pour mesurer la tension de la radiale peuvent être rangés dans trois groupes distincts:

1° On s'adressa d'abord au sphygmographe du professeur Marey, pensant trouver dans les tracés recueillis avec cet appareil la mesure cherchée. Mais, de l'avis de son inventeur lui-même, c'était demander à cet instrument plus qu'il ne peut donner.

2° On chercha ensuite avec les sphygmomanomètres de Bloch, Chardin, Chéron, etc., à mesurer cette pression à l'aide

de poids ou de ressort d'une force connue. Bien qu'encore en usage, ces appareils ne peuvent en aucune façon renseigner d'une façon précise et leurs indications ne sont jamais qu'approximatives.

3° Les sphygmomanomètres de Basch, Potain, Philadelphine, Waldembourg, Riva-Roni, etc., constituent le troisième groupe. Le premier en date est celui du professeur Basch, de Vienne, à qui revient l'honneur d'avoir découvert le véritable principe de la sphygmomanométrie. Mais "de tous les appareils destinés à mesurer la pression de la radiale, le plus pratique en clinique et celui qui donne les chiffres les plus exacts est l'instrument de M. le professeur Potain." Telles sont les conclusions d'un intéressant travail dû à MM. Guillaïn et Vaschide et communiqué récemment à la société de Biologie de Paris.

Au reste le seul fait de voir un observateur d'une rigueur scientifique aussi incontestée que M. Potain, lui accorder sa confiance et s'en servir journellement dans son service pendant de longues années, est déjà une preuve suffisante de la valeur de cet instrument.

Sa précision, son maniement commode et facile, l'importance de ses indications en font un instrument presque indispensable, et très utile dans une foule d'états pathologiques.

I. — Les premières recherches faites à l'aide du sphygmomanomètre eurent pour effet d'opérer un changement radical dans les idées que l'on se faisait jusqu'alors au sujet de la pathogénie et du traitement de l'insuffisance aortique. On croyait généralement qu'il y avait dans cette maladie une diminution de la pression sanguine et on en faisait découler tous les symptômes: pouls capillaire, crochet, etc. On en avait même déduit tout un ensemble de moyens thérapeutiques, parmi lesquels les toniques, les réconfortants, la digitale tenaient la plus grande place. Cette erreur avait pour elle un semblant de vérité puisqu'elle reposait sur l'observation des tracés sphygmographiques, dans lesquels on voulait alors retrouver la mesure de la tension sanguine. La question en était là quand M. Potain fit connaître au congrès de l'association française pour l'avan-

gement des sciences, tenu à Blois, les résultats auxquels il était arrivé avec son sphygmomanomètre. Ayant examiné la pression artérielle chez 15 cas d'insuffisance aortique pure ou compliquée, il trouva que dans la forme pure la pression sanguine était toujours au moins égale et souvent supérieure à la normale, et oscillait entre 16 et 25, la normale étant 16.

Dans la forme compliquée d'autres altérations valvulaires, la pression était toujours un peu au-dessous de la normale. Il restait à concilier cette augmentation de pression avec les symptômes cliniques de la maladie qui accusent toujours une pression artérielle insuffisante.

M. Potain trouva l'explication de cette contradiction apparente dans la résistance des vaisseaux périphériques. Tant que celle-ci existe, elle maintient la pression sanguine à un degré suffisant, mais la pression diminue aussitôt que la résistance périphérique fléchit.

Le fait a du reste été démontré expérimentalement et M. F. Frank en créant chez les animaux des lésions valvulaires aortiques a vu que le cœur, même en augmentant le nombre et l'énergie de ses battements, ne peut pas à lui seul maintenir la pression à son niveau normal. Il faut qu'il soit aidé par la circulation périphérique, par la contraction des capillaires.

Ces notions sont aujourd'hui classiques. Elles ont eu pour résultat de modifier d'une façon complète la règle de conduite à suivre en face d'un cas d'insuffisance aortique, et le grand mérite de restreindre dans une juste mesure les indications de la digitale, qu'on ne saurait donner avec assez de ménagements à ces malades.

II. — Les succès de la sphygmomanométrie ne devaient pas s'arrêter en si beau chemin. M. Potain et ses élèves continuèrent leurs recherches et se mirent systématiquement à étudier la pression artérielle de tous leurs malades. A leurs observations s'en ajoutèrent d'autres et bientôt la somme de renseignements ainsi obtenue devint considérable. Les limites de cet article ne nous permettent pas d'entrer dans le détail de ces études; qu'il nous suffise de dire que l'usage du sphygmomanomètre tend à se répandre de plus en plus et peut se montrer

d'une extrême utilité dans une foule de circonstances, plus particulièrement dans l'artério-sclérose commençante, dans les néphrites chroniques à évolution latente; dans l'éclampsie, et les suites de couches chez les cardiaques, dans la pneumonie, etc., etc. Dans tous ces états, tant au point de vue diagnostic que du pronostic, on aurait vraiment tort de se priver d'un moyen d'investigation si commode et précis.

III. — Il est cependant une maladie où l'étude de la pression artérielle présente plus d'intérêt que dans toutes les autres. Nous voulons parler de la tuberculose pulmonaire, laquelle s'accompagne toujours d'un abaissement notable de la tension sanguine.

Le fait est connu depuis longtemps et dès 1891, M. le docteur Marfan, dans un relevé de 100 malades, déclarait n'avoir trouvé que trois fois une pression normale ou presque et encore s'agissait-il dans ces trois cas de phtisiques âgés, manifestement artério-scléreux.

Tout récemment, M. Papillon dans sa thèse avouait avoir été frappé de la faiblesse relative de la pression artérielle dans les nombreuses observations de tuberculose pulmonaire recueillies depuis plusieurs années dans le service de son maître Potain.

En général, la pression chez ces malades varie de 15 à 10, et il ne faudrait pas croire que cette diminution soit due à l'usage des médicaments ou à la fièvre, qui abaisse la tension sanguine, car le phénomène s'observe indistinctement chez les tuberculeux apyrétiques ou fébriles, et chez les malades vierges de tout traitement.

Que la tuberculose en pleine évolution, arrivée à une période plus ou moins avancée, puisse modifier les conditions de la circulation et influencer la pression artérielle, rien d'étonnant à cela puisque l'hypotension appartient en propre à toutes les maladies cachectisantes, mais la question est tout autre, et si l'abaissement de la pression artérielle est un phénomène constant, c'est aussi un phénomène précoce, pouvant se reconnaître dès le début de la maladie, avant même l'apparition des lésions pulmonaires et présentant par conséquent au point de

vue du traitement et de la prophylaxie de la tuberculose une importance symptomatique de tout premier ordre.

Dans ces dernières années, en face des progrès sans cesse grandissants de la tuberculose, les médecins de tous les pays ont réuni leurs efforts et repris pour ainsi dire en commun l'étude de cette terrible maladie. Convaincus que seule une intervention hâtive avait chance d'enrayer la marche du mal, on a surtout cherché, tout en donnant au traitement l'attention qu'il mérite, à établir un ensemble symptomatique capable de signaler la maladie à sa première apparition.

Au point de vue thérapeutique cette croisade a déjà donné les plus heureux résultats et l'on peut admettre que jamais la lutte contre la tuberculose n'a été mieux conduite, et avec plus de chance de succès qu'à l'heure actuelle.

La question du diagnostic a aussi fait des progrès considérables, et dans la majorité des cas de tuberculose pulmonaire, il est maintenant possible, grâce aux nombreux moyens d'investigation mis à notre portée, de poser un diagnostic très précoce et partant utile, car si la tuberculose est curable, si elle est même, de toutes les maladies chroniques, la plus curable, encore faut-il qu'elle soit reconnue à bonne heure, et le plus tôt possible.

L'examen direct du poumon, la recherche des signes stéthoscopiques correspondant à la période de germination du professeur Grancher; l'étude attentive des symptômes généraux qui accompagnent d'ordinaire cette phase de germination: anémie, amaigrissement, fièvre, troubles gastriques, la détermination du coefficient d'élimination urinaire; l'examen du sang; les notions de contagion, les conditions de vie et de santé antérieures, les antécédents de famille, l'apparence extérieure du sujet, etc., telles sont à peu près les principales sources où le médecin doit puiser ses renseignements, et les motifs susceptibles de lui permettre d'affirmer son diagnostic.

Bien que l'importance de ces signes soit très inégale et qu'aucun d'eux soit assez caractéristique pour entraîner une certitude, ils n'en ont pas moins, quand ils sont réunis en nombre suffisant chez le même malade, une très grande valeur

au point de vue diagnostic et dispensent en tout cas de recourir à l'épreuve plus ou moins décisive de la tuberculine ou d'attendre comme on le faisait autrefois, la présence du bacille de Koch dans les crachats.

Mais, ces signes qui ne valent que par leur réunion, peuvent n'exister qu'en nombre insuffisant; plusieurs, et quelquefois les plus importants, peuvent manquer, et le diagnostic reste alors forcément incomplet, hésitant. Le fait n'a d'ailleurs pas lieu de surprendre si l'on considère la multiplicité et la variété de formes cliniques que peut revêtir, à ses débuts surtout, la tuberculose pulmonaire, tantôt ne se manifestant que par quelques symptômes incomplets, tantôt prenant le masque d'une affection aiguë des voies respiratoires, etc.

D'un autre côté, certaines affections absolument indépendantes de la tuberculose peuvent très bien simuler la phtisie et en imposer pour cette dernière, alors qu'en réalité, il s'agit de dilatation bronchique, de gommes syphilitiques, de néoplasme du poumon...

Les congestions pulmonaires des femmes neuro-arthritiques, signalées par le professeur Potain, exposent particulièrement à ce genre d'erreur, surtout quand elles siègent au sommet et s'accompagnent de quelques-uns des symptômes mentionnés plus haut.

En somme, si le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire est possible, exigible même dans la majorité des cas, nombreux sont encore les faits où le doute est permis et le médecin, si habile et attentif soit-il, est incapable de se prononcer d'une manière ferme. La difficulté existe si bien que certains cliniciens, et non des moindres, s'en sont prévalu pour tenter de légitimer l'emploi de la tuberculine; d'autres se contentent de proposer le sérum artificiel, l'iodure de potassium, pensant de cette façon pouvoir dans tous les cas résoudre le problème.

Nous n'avons pas à rappeler les avantages et les inconvénients de ces divers procédés, *qui ne trouvent leur application que dans certaines circonstances nettement déterminées.*

La mesure de la pression artérielle n'est pas passible des mêmes reproches, et peut suffire, dans les cas difficiles dont

nous parlions, à affermir un diagnostic, jusque-là hésitant. Elle peut même acquérir la valeur d'un signe pathognomonique, c'est du moins ce que semble indiquer la règle de conduite suivie par nos maîtres à l'hôpital de la Charité de Paris. Ainsi M. Potain avait l'habitude de considérer comme phtisique toute jeune fille chloro-anémique qui, sans offrir pourtant aucun signe bien net de tuberculose, accusait une diminution marquée de la pression artérielle. Les cas de pleurésies, et nous visons ici la pleurésie dite franche primitive, survenant en pleine santé, évoluant depuis leur début jusqu'à la fin comme la pleurésie la plus légitime, laissant même sortir le malade en apparence guéri, n'en étaient pas moins regardés par M. Potain, pour peu qu'il trouvât une faiblesse notable de la tension sanguine, comme des manifestations précoces d'une tuberculose pulmonaire jusque-là latente, ou bien comme une localisation primitive du bacille dans la plèvre.

Nous pourrions multiplier les exemples de ce genre. Étant donné la fréquence de ces faits et l'embarras du médecin appelé à se prononcer, on conçoit l'importance de la sphygmomanométrie, et la nécessité de s'en servir surtout chez les malades soupçonnés de tuberculose.

Un mot, avant de finir, au sujet de l'interprétation qu'il faut donner à l'abaissement de la pression artérielle dans la tuberculose pulmonaire précoce. Deux hypothèses sont en présence.

Dans la première l'abaissement de la tension sanguine ne serait qu'un effet de l'évolution tuberculeuse. Sous l'influence des toxines tuberculeuses, il se produit une atonie générale du système circulatoire, une action dépressive comparable à celle qu'on obtient avec l'injection de tuberculine. Cette dernière en effet, outre l'ascension thermique, fait toujours baisser considérablement la pression artérielle. L'action des toxines sur les vaisseaux est du reste un fait expérimental, et l'on sait que les matières microbiennes peuvent paralyser ou resserrer les capillaires, en agissant sur les nerfs vasomoteurs. La faiblesse de la pression sanguine en somme serait un symptôme de phtisie, un signe précoce de l'infection bacillaire commençante.

Dans l'autre hypothèse, l'abaissement de la pression artérielle serait antérieure à la maladie et le phénomène deviendrait ainsi un des éléments qui constituent la prédisposition. Toute séduisante qu'elle soit, cette opinion n'est encore que théorique mais elle n'en est pas moins intéressante et ne saurait manquer, en suscitant de nouvelles recherches, de donner une nouvelle importance à la question de la sphygmanométrie.

TUBERCULOSE ET HÉRÉDITÉ (1)

Par J.-E. DUBE

Docteur en médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval,
Médecin des Hôpitaux.

Si vous consultez les auteurs vous verrez comme moi que sur la question d'hérédité pour la tuberculose il n'y a pas encore accord parfait et que bien des opinions sont émises.

Qu'est-ce d'abord que l'hérédité? Le Gendre dans le *Traité de Pathologie générale* en donne la définition suivante: L'hérédité est une loi de biologie générale qui régit les êtres les plus simples, les végétaux unicellulaires aussi bien que les animaux plus perfectionnés; d'ailleurs au point de vue philosophique, les êtres végétaux et animaux d'une organisation complexe n'étant que des associations de cellules, l'hérédité doit être étudiée dans l'histoire même de la cellule.

L'hérédité transmet la forme et la structure, la composition chimique et les propriétés anatomiques et physiologiques, leur manière de vivre; il est d'observation aussi ancienne que la médecine qu'ils se transmettent également leurs manières d'être malades. Ainsi ajoute LeGendre, " nous concevons l'hérédité non seulement de la forme extérieure, de la constitution, du tempérament, mais de la diathèse et des maladies diathésiques, des maladies de la nutrition. Tout fonctionnement vicieux de la nutrition a pour effet d'encombrer l'organisme de substances chimiques anormales dont la présence, chez les enfants comme chez les parents, provoque des altérations des

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, mai 1901.

tissus ou des modalités réactionnelles vicieuses, qui à la longue engendrent des maladies. Ce qui se transmet par l'hérédité, c'est surtout la prédisposition morbide; mais cette prédisposition peut affecter plus spécialement tel ou tel tissu, tel ou tel système, tel ou tel organe (dystrophies héréditaires).

Un groupe de maladies de plus en plus vaste comprend celles qui sont causées par des parasites végétaux ou animaux. Ces maladies parasitaires ou infectieuses sont-elles héréditaires? Il est certain qu'elles peuvent être congénitales; mais nous aurons à montrer qu'il y a lieu de distinguer entre l'hérédité de fécondation (infection *ab ovo*) et l'hérédo-contagion (infection *in utero*). S'il est prouvé qu'il ya des infections héréditaires *ab ovo*, le parasite est-il transmis en nature de l'ascendant au descendant? Nous verrons que la chose est exceptionnelle (hérédité de la graine, du germe infectieux). Elle n'a été vue que pour la fièvre du ver à soie. Mais on peut concevoir qu'une infection soit héréditaire *ab ovo*, sans que le parasite lui-même ait pénétré le spermatozoïde ou l'ovule; la maladie n'est pas seulement le microbe. Celui-ci, en traversant l'organisme, le lèse de diverses façons et l'inonde de poisons qui y causent des altérations de structure; il provoque par sa présence des modifications dans la vie des cellules. Cette modalité vitale peut être transmise héréditairement (hérédité de terrain) et constituer aux rejetons des organismes infectés et une aptitude à se laisser plus facilement infecter eux-mêmes, s'ils viennent à rencontrer les agents infectieux. On peut rapprocher très légitimement à ce point de vue les infections des intoxications. L'alcool, le plomb, comme d'autres poisons, peuvent passer exceptionnellement peut-être en matière du corps des parents, de la mère du moins, dans celui de l'enfant; mais, plus habituellement, ces poisons qui ont causé dans l'organisme des parents certaines altérations matérielles y ont aussi provoqué une perturbation dynamique, modification de la nutrition qui peut être reproduite chez les descendants. Cette modification de la nutrition de toutes les cellules et de leurs réactions peut avoir pour effet de rendre les descendants aptes à s'intoxiquer plus facilement encore que leurs parents par les poisons qui avaient

intoxiqué ceux-ci. Elle a pour conséquence aussi d'amoinrir leur résistance vitale à toutes les causes morbifiques."

Je vous demande pardon, messieurs, de cette longue citation, mais cette question si difficile y est si bien mise à point que je n'ai pu résister à la tentation de donner cette page en entier.

Le même auteur, à propos de l'hérédité et de la tuberculose, nous dit combien, à partir d'Hippocrate jusqu'au siècle dernier, les médecins et le public ne croyaient qu'à l'hérédité de la tuberculose. Il fallut que Villemin prouva la contagiosité de la tuberculose et que Koch en eut découvert le germe, pour qu'un nouveau facteur entrât en cause, c'est-à-dire la contagion. Actuellement comme le dit LeGendre, on est bien obligé d'accepter la réalité des deux facteurs. La discussion porte sur leur importance respective.

Qu'entend-on par transmission héréditaire? "Ce mot peut être entendu comme synonyme de contagion héréditaire, c'est-à-dire transmission du bacille de la mère au fœtus à travers le placenta, ou comme transmission d'une simple aptitude à se tuberculiser par contagion, lorsque "occasion se présentera."

Voici l'opinion de quelques auteurs, que je puise dans l'excellent travail de Le Gendre. Baumgarten, par exemple, croit que la contagion héréditaire est la règle, et que le fœtus d'une mère tuberculeuse contient dans l'intimité de ses tissus des germes qui peuvent y demeurer à l'état latent, jusqu'au jour où un affaiblissement de son organisme leur permettra de se développer. Pour Landouzy il s'agirait plutôt d'une transmission d'un état diathésique en vertu duquel les enfants de tuberculeux sont seulement candidats à la tuberculose.

"La transmission directe *in utero* du germe pathogène de la mère au fœtus à travers le placenta, dont la réalité a été démontrée à propos du charbon symptomatique de la bactériémie et du microbe du choléra des poules par les expériences d'Arloing, Cornevine, Thomas, Straus et Chamberland, Chamberlent a incité en 1883 Landouzy et H. Martin à instituer des expériences pour savoir si des fœtus nés de mère phthisique, non tuberculeux macroscopiquement, peuvent par inoculation donner la tuberculose à des cobayes."

Dans ces trois cas ils obtinrent des résultats positifs, c'est-à-dire que l'inoculation intra-péritonéale de fragments de viscères de fœtus de mères tuberculeuses, macroscopiquement sains, à des cobayes rendit ceux-ci tuberculeux au bout de quarante à cinquante jours. Charrin et Kalt obtinrent depuis des résultats pareils. En 1891 Birch-Hirschfeld et Schmorl obtinrent également l'infection tuberculeuse de cobayes avec des fragments de fœtus trouvés indemnes de tuberculose même au microscope.

Voilà messieurs des faits que citent avec raison les auteurs qui croient à l'hérédité de la tuberculose. " Mais la fréquence relative de l'hérido-tuberculose chez l'homme, comparée à sa rareté chez les animaux, fournit à la fois la raison autant qu'une nouvelle preuve de l'hérédité de contagion."

Un père tuberculeux peut-il transmettre la tuberculose au produit de conception? " Curt. Jani a constaté dès 1886 la présence des bacilles de la tuberculose dans l'appareil génital sain des tuberculeux pulmonaires. Il en conclut que dans la majorité des cas des germes tuberculeux peuvent être transmis à l'ovule par le sperme d'un phthisique." Mais l'ovule est-il véritablement infecté, et l'ovule infecté est-il capable de développement?... L'expérimentation seule pourrait le décider: si l'on réussissait à engendrer des petits tuberculeux après injection de sperme tuberculeux très frais d'un lapin dans le vagin d'une lapine, alors l'hérédité tuberculeuse de l'homme serait plus que probable.

Landouzy et Martin, en 1886, ont réussi à rendre tuberculeux le produit de conception de cobayes par la fécondation artificielle au moyen du sperme provenant de cobayes tuberculeux. M. Sanson a pu observer un troupeau de vaches saines et indemnes de tuberculose auxquelles on adjoignit des vaches et des taureaux de race étrangère. Peu d'années après ces dernières et même les taureaux moururent de tuberculose. Ces taureaux engendrèrent des produits qui moururent de tuberculose après quelque temps. Or le premier troupeau de vaches étant restées toutes sans exceptions indemnes, ce n'est pas d'elles que pouvait venir la tuberculose à laquelle ont succombé

leurs produits. Les auteurs citent l'exemple d'une femme indemne de tuberculose mariée deux fois. Avec le premier mari qui était tuberculeux elle eut des enfants qui moururent tous de tuberculose et avec le second très bien portant elle eut plusieurs enfants sains qui vécurent et ne présentèrent jamais de lésions tuberculeuses.

Landonzy y admet que, si les bacilles n'ont pas infecté eux-mêmes l'ovule, les toxines bacillaires, en faisant un milieu nocif aux spermatozoïdes, ont pu empêcher ceux-ci d'imprimer à l'ovule un développement normal. L'enfant issu de cet ovule fécondé par un spermatozoïde imprégné de tuberculine, naît rabougri, chétif, de faible poids, pour succomber en bas âge, sans grand appareil anatomopathologique, ni syndrome éclatant, si bien que son décès est classé sous la rubrique: débilité congénitale. Il rapproche avec raison ce fait de débilité congénitale chez les enfants de tuberculeux, de celle des enfants de syphilitique, même exempts de syphilis, et de celle des enfants des intoxiqués par le plomb et l'alcool.

Voici maintenant ce que Graucher et Barbier écrivent sur l'hérédité dans la tuberculose pulmonaire: Elle comprend disent-ils l' " hérédité de la graine, hérédité parasitaire, et l'hérédité du terrain, prédisposition à la maladie. Nous ne nous occuperons d'abord que de l'hérédité parasitaire. Contrairement à ce qui a été écrit tout récemment encore, et si on prend soin d'écarter les phtisies soi-disant héréditaires, dues à la contagion dans les familles de tuberculeux, on peut dire que la tuberculose pulmonaire est exceptionnellement héréditaire au sens strict du mot."

Pour ces auteurs, sauf les cas où la mère présente des lésions tuberculeuses des organes génitaux, ou des organes voisins, il faut, pour que le bacille puisse passer de la mère au fœtus, que ce même bacille soit apporté au placenta par le sang maternel. Or il est reconnu que le sang d'un tuberculeux pulmonaire est très rarement infecté. " L'infection sanguine chez les tuberculeux non granuliques dit Graucher, est inconstante, passagère, sauf les cas de rupture d'un foyer tuberculeux dans les voies circulatoires; elle est due vraisemblablement à des

“leucocytes bacillifères issus des foyers tuberculeux, c'est-à-dire qu'elle est minime comme quantité, lorsqu'elle existe.”

Il semble démontré que le bacille dans ce dernier cas pénètre dans le fœtus par la voie placentaire et que l'ovule n'est pas contaminée dans l'ovisac, ni dans la traversée de l'ovaire à l'utérus.

La fréquence de la transmission parasitaire peut s'apprécier par la fréquence de la tuberculose congénitale, et par celle de la tuberculose infantile.

La tuberculose congénitale caractérisée par l'existence de lésions caséuses à la naissance est une rareté.

Kuss dans sa thèse a réuni 140 exemples, dont 40 environ dans l'espèce humaine. Mais il est reconnu aujourd'hui par nombre d'auteurs que le fœtus peut à la naissance être bacillisé sans que l'on s'en aperçoive à l'œil nu. Cette *latence du germe* n'est cependant pas acceptée par tous.

S'il était démontré que cette infection latente est fréquente, les partisans de l'hérédité y trouveraient un argument des plus sérieux contre les contagionnistes.

En résumé disent Grancher et Barbier : “les lésions congénitales tuberculeuses sont très rares chez les enfants de mère tuberculeuse, mais paraissent assez constantes dans les cas où la mère a succombé à une granulie dans le cours de sa grossesse.”

“Comme on le voit, la question de l'hérédité de la graine à la naissance est fort complexe, non élucidée dans tous ses points, et elle ne saurait être comprise dans une de ces formules qu'on appelle pompeusement des lois.”

Je puis dire, pour ma part, que je n'ai jamais rencontré de traces macroscopiques de tuberculose chez les tous jeunes enfants que j'ai autopsiés en grand nombre à la crèche de la maternité. Sur ces 300 nourrissons âgés de un jour à quelques semaines ou quelques mois pour quelques-uns, deux seulement présentèrent des lésions marquées de tuberculose généralisée, et tous deux avaient plus de deux mois.

Dans la tuberculose infantile il est moins facile de distinguer l'influence de l'hérédité que dans la tuberculose congénitale.

S'agit-il d'hérédité ou s'agit-il de contagion? Ce qu'il faut mettre en relief dit Grancher, c'est que les enfants nés des tuberculeux et restant dans ce milieu sont éminemment tuberculisables par contagion.

La statistique nous montre combien la tuberculose est rare avant trois mois. A partir de cette date elle devient de plus en plus fréquente.

Pour Grancher et Barbier la tuberculose héréditaire paternelle possible n'est pas démontrée.

Je vous demanderai maintenant la permission de résumer clairement les différentes opinions émises ci-dessus sur l'hérédité dans la tuberculose.

Il ne nous est plus permis de penser comme les vieux auteurs sur l'hérédité dans la tuberculose. Ils ont émis des opinions de fatalistes et ils en sont excusables puisqu'il ne connaissaient pas encore la contagion de cette maladie.

D'un autre côté faut-il nier toute influence héréditaire et voir partout de la contagion?

Quelle influence sur le produit de la conception peuvent avoir un père et une mère tuberculeux?

Qu'arrive-t-il si la mère seule est tuberculeuse?

Qu'arrive-t-il si le père seul est tuberculeux?

Prenons le cas où le père seul est tuberculeux. Les auteurs comme nous venons de le voir, ne croient pas beaucoup à la possibilité de la transmission de la tuberculose au fœtus par le sperme d'un tuberculeux, lors même que ce sperme comme il a été prouvé d'ailleurs, contiendrait des bacilles tuberculeux. Il y a bien des expériences tendant à démontrer que la chose est possible, celles de Landouzy par exemple, et des observations, celle de Sanson entre autres, rapportées plus haut qui parlent beaucoup en faveur d'une telle hypothèse.

Il est intéressant à ce propos de voir ce que pensent les auteurs de l'hérédité paternelle dans la syphilis qui est comme la tuberculose une maladie parasitaire contagieuse.

Les mêmes doutes ont existé, à propos du père syphilitique, mais aujourd'hui les preuves abondent en faveur de l'hérédité syphilitique paternelle. En effet: "1° Les preuves directes

démontrent la syphilis chez l'enfant issu d'un père syphilitique et d'une mère saine; 2° il y a la fréquence excessive des avortements dans les ménages où le père seul est entaché de syphilis; 3° la tendance aux avortements cesse dans ces ménages dès que le traitement spécifique est institué; 4° enfin la syphilis importée dans le sein de la mère par un enfant héréditairement infecté par un père syphilitique est une autre preuve. Il existe cependant des faits qui prouvent que l'hérédité paternelle dans la syphilis est loin de s'exercer dans tous les cas, et cela sans que la clinique puisse l'expliquer. L'avenir prouvera-t-il que la tuberculose se comporte comme la syphilis? Nous ne le savons pas. Pour le moment les auteurs s'accordent pour reconnaître chez l'enfant engendré par un père tuberculeux certains caractères de déchéances et plus d'aptitudes à se tuberculiser.

Qu'arrive-t-il si la mère seule est tuberculeuse?

Autrefois on enseignait que l'enfant né d'une mère semblable devait mourir de la même maladie. On n'est plus aussi sévère aujourd'hui, grâce toujours à la grande découverte de Villemin sur la contagion de la tuberculose.

Une mère tuberculeuse peut-elle donner naissance à un enfant tuberculeux dès le début. Oui, bien que l'on compte les observations authentiques! Et encore là, il s'agit bien plutôt d'une contagion intra-utérine ou hérédo-contagion et non de l'hérédité *ab ovo* c'est-à-dire infection de l'œuf au moment de la conception. En effet toutes les observations montrent des lésions tuberculeuses avancées du placenta. En présence de ces faits il faut reconnaître que les partisans de l'hérédité *ab ovo* ou hérédité de la graine, ont peu de preuves à l'appui de leur thèse. Aussi sont-ils obligés de se retrancher derrière la théorie de la *latence du germe!* Pour eux le fœtus peut naître d'une mère tuberculeuse sans présenter de traces macroscopiques et même microscopiques de tuberculose, mais il a tout de même au sein de ses tissus des bacilles, qui, plus ou moins longtemps après sa naissance et à la moindre occasion envahiront tout son organisme et amèneront sa mort par tuberculose. Ces auteurs n'ont pas de preuves assez évidentes pour convaincre leurs contra-

dicteurs. Tous les auteurs sont d'un autre côté parfaitement d'accord pour reconnaître chez l'enfant né d'une mère tuberculeuse, un taré et un prédisposé à cette même maladie qu'il contractera pour peu qu'il soit exposé à la contagion.

Pourquoi le public a-t-il toujours cru et croit-il encore à l'hérédité du germe tuberculeux? Le public est observateur et il voit trop souvent ces hécatombes dans les familles de tuberculeux. Pour lui ces enfants qui l'un après l'autre sont emportés par ce mal terrible, ont apporté en naissant la cause de leur mort. Quand comprendra-t-il ce que c'est que la contagion? Alors, il pourra comme nous, expliquer ces morts autrement que par l'hérédité de la graine. En effet il n'existe guère d'endroit plus funeste que le milieu familial pour l'enfant qui vient de naître avec une prédisposition à la tuberculose dont souffre sa mère ou son père et peut-être les deux!

Nous savons, aujourd'hui, combien la cohabitation avec un tuberculeux qui expectore est chose dangereuse! Nous savons, à la suite d'expériences précieuses telles que celles de Grancher et Strauss, Codéac et Mallet, que le milieu ambiant est infecté soit par les bacilles qui sortent de la bouche du tuberculeux au moment où il parle, et surtout par les crachats desséchés et pulvérisés par un balayage intempestif ou des courants d'air. Cornil, Malassez et Vignal ont pu constater la virulence de crachats de tuberculeux putréfiés ou non, desséchés ou humides et expectorés depuis trois et six mois.

Voilà autant de chose qu'il faut apprendre au public avant qu'il veuille croire à la contagion de la tuberculose. C'est ce que les membres du Congrès de la tuberculose tenu à Ottawa dernièrement ont bien compris, puisqu'ils ont présenté plusieurs motions demandant de faire un enseignement pratique à cet effet aux enfants dans nos écoles. Voyez comme aujourd'hui, tout le monde connaît la contagion de la variole, de la scarlatine, etc.; il n'en a pas toujours été ainsi soyez-en certains; il a fallu des années pour en arriver là et si vous cherchez bien vous pourrez peut-être trouver encore quelques rares individus qui vous affirmeront qu'il n'y a pas de maladies contagieuses.

Il nous appartient de former l'opinion publique sur la tuberculose et sa contagion; nous devons nous constituer les propagateurs des grandes mesures d'hygiène les plus propres à enrayer les progrès de cette maladie. Secouons cette apathie et cette inactivité qui font de nous des coupables de lèse-médecine. Grâce à l'initiative d'un des membres de notre société, M. le docteur Lecavalier il s'est formé un comité de médecins chargés de voir à la création de sanatoriums pour les tuberculeux pauvres. Nous espérons que le congrès tuberculeux, qui doit avoir lieu tous les ans à Ottawa même, pourra exercer une pression assez forte sur les députés d'en face, pour leur arracher des lois d'hygiène capables de faire respecter notre pays dans le conseil des nations civilisées, où il est en baisse en questions de sciences et d'hygiène.

Le monstre de l'alcoolisme et la lutte à entreprendre contre les ravages qu'il fait au pays; les logements insalubres et leurs conséquences graves au point de vue de la santé des gens qui les habitent, voilà des questions qui se rattachent à la prophylaxie de la tuberculose chez nous. Espérons qu'avant longtemps nous combattrons l'alcoolisme comme on le fait en France et que nous prendrons exemple sur Londres pour mieux travailler à faire disparaître de nos villes les habitations insalubres, véritable four à tuberculose.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Il est peu important de s'appuyer sur les connaissances que nous avons de la nature du rhumatisme articulaire aigu pour en établir le traitement.

Les théories sur sa nature sont au nombre de quatre; 1° La doctrine embolique (Pfufer, Hueter, Notop): l'endocardite serait toujours primitive et les inflammations des articulations dépendraient d'embolies se produisant dans les vaisseaux des séreuses articulaires; l'embolie provenant des valvules malades qui laisseraient se détacher, des particules solides de leur surface altérée;

2° La doctrine infectieuse (Klebs) est analogue à la précédente: l'embolus ne viendrait plus des valvules du cœur mais résulterait de la pénétration dans le sang de ferments figurés, et la pénétration de ces germes se ferait par les orifices de la peau dilatés par la sueur. Les nouvelles conceptions en microbiologie n'ont plus besoin de ces explications de mode de pénétration qui paraissent un peu surannées;

3° La doctrine névropathique (Heymann) expliquerait la lésion rhumatismale par la production des arthrites sous l'influence des lésions du système nerveux.

Le froid, dans cette théorie, agirait sur les centres nerveux et déterminerait des modifications dans les centres trophiques qui président aux articulations;

4° Enfin la théorie humorale (Richardson, Rauch) qui établit deux hypothèses. Dans l'une c'est l'acide urique qui domine, ce qui rapprocherait le rhumatisme de la goutte. Dans l'autre ce serait l'acide lactique qui serait l'agent.

En laissant de côté les théories sur la nature du rhumatisme articulaire aigu nous dirons que cette maladie est une des trop rares affections contre laquelle on peut employer un agent spécifique.

Le salicylate de soude, en effet, peut être considéré comme un véritable spécifique et quand il échoue c'est qu'il est trop ménagé ou que l'on a affaire à un pseudo-rumatisme infectieux, v. g. rhumatisme gonococcique, et ces infections sont effectivement rebelles au traitement salicylé.

C'est Stricker en 1876 qui appliqua le premier la médication salicylée au moyen de l'acide salicylique. En 1877, G. Sée, reconnaissant l'action irritante de l'acide salicylique, le remplaça par le salicylate de soude et c'est lui qui fut le véritable vulgarisateur de cette méthode de traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salicylate de soude.

Le principal danger du rhumatisme articulaire aigu se trouve dans les complications endo-péricardiques. Ces complications beaucoup moins fréquentes depuis l'application du traitement salicylé, sont encore trop communes: on les observe principalement dans les classes pauvres, parce que ces malades se font soigner généralement trop tard, alors que les complications du côté des membranes séreuses sont constituées. Il y a peu de doute que ces endocardites peuvent être évitées si le rhumatisme est combattu à temps.

Nous avons donc tout intérêt à instituer le traitement salicylé du rhumatisme articulaire aigu dès le début des douleurs articulaires. Chez les enfants le traitement sera encore plus précoce que chez l'adulte, les complications cardiaques étant pour ainsi dire la règle chez eux, quelle que soit du reste l'intensité de l'attaque du rhumatisme.

Donc dans tous les cas, il faudra commencer l'administration du salicylate de soude de bonne heure. Il y a cependant encore une autre condition au succès du traitement, c'est d'administrer le médicament d'emblée à forte dose.

Dans les cas de forte attaque de rhumatisme chez l'adulte avec fièvre intense il faudra donner deux drachmes de salicylate de soude par 24 heures.

Le salicylate de soude se prescrit en solution aqueuse ou dans un sirop, ou encore dans la bière amère. Les doses seront fractionnées de manière à faire prendre au malade 15 grains de salicylate de soude à toutes les deux heures.

L'intolérance pour le salicylate se manifeste, par des nausées, des vomissements, des vertiges, des troubles visuels, parfois des troubles cardiaques pouvant amener une syncope. Exceptionnellement l'on a observé des troubles mentaux, délire paisible d'abord puis de plus en plus violent. Le salicylate de soude congestionne les reins, il peut déterminer des accidents toujours graves, en s'accumulant, si le rein n'est pas perméable. Aussi avant d'en décider l'administration, il faut de toute nécessité, s'assurer de la perméabilité rénale.

La présence de l'albumine dans l'urine n'est pas une contre indication absolue à l'emploi du salicylate de soude. Le traitement salicylé est contre-indiqué dans l'albuminurie de la néphrite chronique, mais l'albuminurie essentiellement liée au rhumatisme ne doit pas constituer une contre indication.

Dans les formes de rhumatisme très aiguës, très graves avec fièvre intense, il y a toujours présence d'albumine dans les urines et c'est cependant dans les attaques graves que le traitement salicylé réussit le mieux.

Les bourdonnements d'oreilles et troubles de l'acuité auditive sont fréquents avec les hautes doses de salicylate de soude mais ils disparaissent rapidement lorsqu'on cesse l'administration du médicament.

La médication salicylée sera, en somme la médication de choix chez les gens jeunes, en bonne santé d'ailleurs, mais restera contre indiquée chez les individus âgés et plus particulièrement chez les brightiques, les cardiaques, les artério-scléreux, les alcooliques invétérés, les femmes enceintes.

Si nous étudions maintenant dans ses détails l'effet thérapeutique du salicylate de soude nous trouvons que son action est immédiate : la température s'abaisse dès les premières doses, mais si l'on cesse trop tôt son emploi, une rechute se produit ordinairement. L'on continuera donc durant quinze jours le traitement salicylé, si l'on veut des effets durables. Il n'est pas

nécessaire cependant de donner tout le temps des doses aussi élevées, dès que les premiers effets bienfaisants se seront fait sentir, l'on pourra diminuer d'une dose à tous les deux jours.

Les enfants supportent bien le salicylate de soude à cause justement du parfait état du filtre rénal qui permet une élimination rapide. L'on administrera à un enfant au-dessous de 6 ans, 30 à 45 grains par 24 heures; de 6 à 10 ans, 40 à 60 grains; au-dessus de cet âge la dose quotidienne sera de 60 à 75 grains.

Ce traitement combiné à la diète lactée et à l'administration de l'eau de Vichy comme boisson, constitue ce que l'on pourrait appeler le traitement spécifique du rhumatisme articulaire aigu franc.

Le traitement local consiste à faire de l'immobilisation durant la période des grandes douleurs et l'enveloppement avec de l'ouate des articulations atteintes. L'on peut se contenter de cet enveloppement simple ou encore appliquer un liniment calmant quelconque. Ce n'est pas qu'il y ait beaucoup d'effets à attendre de l'application d'un liniment, mais cela fait prendre patience au malade et donne le temps à la médication interne de produire ses effets. Lorsque la fièvre a disparu ainsi que le gonflement l'on doit faire disparaître les raideurs articulaires par le massage péri-articulaire, la compression viendra à bout des épanchements récalcitrants. Les bains de vapeur, les bains sulfureux aideront à condition de n'être pas trop rapprochés de la période aiguë. L'iodure de potassium sera administré quand persisteront des craquements articulaires. Le médicament que nous placerions au second rang dans le traitement du rhumatisme aigu c'est le *salophène*.

Quelquefois pour une raison ou pour une autre, il est impossible de recourir au salicylate de soude, le salophène peut être accepté, et l'on doit alors l'administrer en toute confiance puisqu'il se dédouble en libérant le salicylate de soude dans l'économie et qu'il agit par ce sel.

Le salophène s'administre à la dose quotidienne de 40 à 60 grains.

Le sulfate de quinine a été longtemps le seul médicament employé contre le rhumatisme articulaire aigu. La quinine à

haute dose fait baisser rapidement la fièvre, mais son action sur l'élément douleur est passablement illusoire et le plus souvent avec le sulfate de quinine le rhumatisme traîne en longueur.

Les alcalins à hautes doses ont été recommandés par nombre de médecins célèbres. Garrod affirmait que le traitement alcalin prévenait les complications cardiaques. M. Bouchard associe le bicarbonate de soude ($2\frac{1}{2}$ drachmes par jour) au salicylate.

L'antipyrine est un médicament qui donne de bons résultats dans le traitement articulaire aigu. En 1887, G. Sée soutenait que l'antipyrine peut soutenir la comparaison avec le salicylate de soude. L'antipyrine calme bien les douleurs, abaisse la température, mais n'a pas sur l'infection rhumatismale l'action spécifique du salicylate de soude. Les doses élevées d'antipyrine qu'il faut prescrire souvent ne sont pas mieux supportées que le salicylate; on la donne à la dose quotidienne de 45 à 60 grains.

Le benzoate de soude, le salol, la salipyrine, le chlorhydrate de phénocolle, sont aussi des médicaments qui ont été employés et vantés par plusieurs médecins dans le traitement du rhumatisme articulaire, mais, en somme, ces médicaments n'ont pas l'importance thérapeutique des précédents.

Les complications qui peuvent survenir au cours d'une attaque de rhumatisme aigu, (beaucoup moins ordinaires qu'autrefois cependant) sont le *rhumatisme cérébral* qui sera traité par la méthode des bains froids. Cette méthode est réellement toute puissante contre cette complication.

Les complications endo-péricardiques peuvent la plupart du temps être évitées, si le traitement salicylé est commencé assez tôt.

Les complications pleuro-pulmonaires, malgré leurs allures bruyantes sont en général bénignes et cèdent rapidement au traitement salicylé.

Les complications rénales avec néphrite caractérisée sont rares; le traitement habituel des néphrites aiguës leur sera appliqué.

H. HERVIEUX.

DANGER SOCIAL DE LA SYPHILIS (1)

La syphilis constitue un danger social à quatre points de vue principaux. Elle constitue un danger social: 1° De par les dommages individuels; 2° de par les dommages collectifs qu'elle inflige à la famille; 3° de par les conséquences héréditaires qu'elle comporte, notamment, de par l'effroyable mortalité dont elle menace les enfants; 4° de par les dégénérescences, l'abâtardissement qu'elle peut imprimer à l'espèce. Chacune de ces propositions exige ses preuves et ces preuves les voici:

I. — DOMMAGES INDIVIDUELS.

Au point de vue pronostique les manifestations multiples et diverses de la syphilis se divisent naturellement en deux grands groupes.

Les unes ne sont que bénignes ou relativement bénignes, tout au moins superficielles et passagères.

Les autres au contraire, sont toujours plus ou moins importantes. Elles intéressent profondément les tissus, elles sont parenchymateuses, destructives, en un mot.

De ces manifestations, celles du premier groupe relèvent de ce qu'on appelle la période secondaire, et celles du second comprend le tertiairisme.

Relativement au tertiairisme, qui comprend la quasi-totalité des dommages individuels de la syphilis, deux questions se présentent à envisager, à savoir: 1° Quelle est la fréquence des éventualités tertiaires de toutes formes et de toutes échéances?

2° Quels sont ces accidents, dits tertiaires, et, notamment, quelle est la fréquence des plus menaçants, des plus graves?

1° La fréquence, l'excessive fréquence du tertiairisme dans notre société est un fait incontestable, incontesté d'ailleurs. Déterminer de quelle proportion de fréquence la syphilis aboutit au tertiairisme est un problème actuellement non résolu.

(1) Analyse d'un travail complet publié par le Professeur FORREB, en 1899, dans les *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*.

voire, peut-être à jamais insoluble. Avons-nous en effet la possibilité de suivre nos malades à perpétuité? Le tertiairisme est plus ou moins commun, suivant diverses conditions: prédisposition héréditaire ou acquise, âge, tempérament, santé, antérieure, etc. Nous sommes en mesure d'affirmer ceci, que le tertiairisme est absolument commun, presque fatal, chez les sujets qui se traitent incomplètement ou ne se traitent pas du tout.

2^c A cette double question va répondre la statistique suivante, dressée sur un nombre de 4400 malades (4000 hommes et 400 femmes, enfants inclus) qu'il m'a été donné d'observer personnellement et dans ma clientèle de ville (4400 est le nombre des malades, 5749 est le chiffre des accidents, souvent multiples, présentés par les malades).

Syphilides tertiaires	1451
Gommes sous-cutanées	204
Lésions tertiaires des organes génitaux	271
" de la langue	262
" du palais et voile du palais	215
" du pharynx	94
" des lèvres	42
" des amygdales	12
" intéressant toute la gorge	11
" de la pituitaire	5
" osseuses	519
" du squelette nasal et du palais osseux	229
Arthropathies tertiaires	22
Gommes tendineuses	3
" musculaires	16
Lésions du tube digestif (œsophage à rectum)	8
" ano-rectales	13
" du larynx et de la trachée	32
" du poumon	23
" du cœur	6
" de l'aorte et des artères	13
" du foie	9
" des reins	31
" du testicule	245
" de l'œil	110
" de l'oreille	24
" des artères	3
Syphilis du cerveau	758
Accidents cérébraux-spinaux	29
Monoplégies	6
Syphilis de la moëlle	135
Tabes	631
" cérébro-spinal	45
Névrites et atrophies musculaires	24
Paralysie générale	83
" oculaires	110
Hémiplégie faciale	23
Affections osseuses diverses	13
Localisations diverses	19

Après la peau, c'est le cerveau qui est le plus fréquemment touché par la syphilis.

D'autre part, aux accidents cérébraux proprement dits, ajoutons maintenant ceux qui intéressent la moelle et les nerfs (craniens et rachidiens).

Le total sera supérieur, et de beaucoup à celui des localisations cutanées. Précisons: il sera de 1857, alors que celui des syphilides tertiaires ne s'élève qu'à 1451. De sorte qu'en définitive, de par une statistique dont les éléments ne sauraient être suspects, le système nerveux est la victime préférée du tertiairisme.

Sur les 743 cas de syphilis cérébrale observés par moi, je reste en possession de 354 cas à terminaisons connues.

1° Soixante-dix-neuf des malades en question ont guéri; 2° Soixante-six, sont morts; 3° Deux cent-neuf ont survécu, mais avec des infirmités diverses, souvent importantes et graves, en tout cas irrémédiables, intéressant soit la motilité, soit l'intelligence, soit la motilité et l'intelligence à la fois.

Une seconde considération bien faite encore pour assombrir le pronostic en question résulte des affections dites parasyphilitiques, qui sont les conséquences de la syphilis, sans être syphilitiques autrement que d'origine, et cela pour trois raisons, à savoir:

1° Fréquence des affections parasyphilitiques (631 cas sur 4400 malades);

2° Gravité propre de la plupart de ces affections parasyphilitiques (tabès, paralysie générale);

3° Faillite du traitement spécifique vis-à-vis de ces affections d'ordre parasyphilitiques (tabès et paralysie générale).

II. — DANGERS INTÉRESSANT LA FAMILLE.

Relativement à la famille, le danger social de la syphilis réside en ces trois points: contamination de la femme; désunion, voire dissolution du mariage; ruine matérielle de la famille par incapacité de son chef.

La femme mariée est-elle souvent contaminée dans le mariage: dans la clientèle de ville sur 100 femmes syphilitiques, j'en ai trouvé 81 appartenant à la catégorie des irrégulières, et 19 appartenant à la catégorie des femmes mariées ayant reçu la syphilis de leurs maris.

C'est-à-dire, une femme mariée sur 5 femmes syphilitiques de tout ordre, une femme sur cinq conjugalement contaminées!

III. — CONSÉQUENCES HÉRÉDITAIRES.

Conséquences héréditaires, voilà par excellence le danger social de la syphilis. Son influence héréditaire peut être contre balancée, amoindrie, voire annihilée par le traitement spécifique. Mais insuffisamment traitée, ou, à *fortiori*, abandonnée à son évolution propre la syphilis se montre singulièrement nocive pour les jeunes, nocive de bien des façons et bien souvent aussi nocive jusqu'à la mort. On a dit qu'elle tuait les jeunes par hécatombes, et ce mot n'a rien d'exagéré.

Elle les tue dès les premiers mois de la grossesse, de là "l'avortement syphilitique", célèbre par sa fréquence.

Elle les tue souvent aussi à une époque plus avancée de la grossesse, à savoir dans les derniers mois de la gestation. De là l'accouchement prématuré, encore éminemment commun.

Elle les tue à leur naissance. Que d'enfants hérédo-syphilitiques ne voient le jour que pour mourir après quelques heures.

Elle les tue, et cela avec une fréquence connue de tous, dans leurs premières semaines (40 p. 100).

D'autres fois encore, elle laisse vivre un certain temps, quelques années par exemple, voire jusqu'à la seconde enfance, voire jusqu'à l'adolescence, pour les tuer à long terme, par quelque lésion relevant de ce qu'on a appelé la syphilis héréditaire tardive, infiniment plus commune qu'on ne le croit généralement.

Très fréquemment cette action meurtrière de la syphilis se poursuit, s'entretient, se continue sur toute une série de grossesses. Aussi bien la syphilis aboutit-elle à anéantir en germe la postérité de certaines familles, si bien que la polymortalité

des germes dans une famille est devenue de nos jours un signe usuel pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis.

Cette nocivité héréditaire de la syphilis est variable d'intensité :

1° Quant à la provenance; l'hérédité paternelle est celle qui se traduit par la mortalité moindre (28 p. 100); l'hérédité maternelle infiniment plus dangereuse (60 p. 100); enfin l'hérédité mixte est celle qui fournit le maximum (68 p. 100).

2° Suivant les milieux sociaux. En ville la mortalité varie de 60 à 61 p. 100, à l'hôpital je l'ai vue s'élever jusqu'à 84 p. 100.

3° Suivant l'âge de la syphilis. Elle atteint son maximum dans les trois premières années de la maladie pour décroître au-delà: 90 femmes, contagionnées par leurs maris sont devenues enceintes dans la première année de leur syphilis; 50 grossesses se sont terminées par avortement ou expulsion d'enfants morts-nés, 38 par naissance d'entants qui se sont rapidement éteints; et 2 seulement par naissance d'enfants qui ont survécu. Cette première année de l'infection est donc l'année terrible au point de vue de l'hérédité.

4° Dystrophies et dégénérescences hérédo-syphilitiques.

Ces tares héréditaires de la syphilis qui n'affectent pas la mortalité syphilitique vraie, qui ne sont pas syphilitiques à proprement parler, revêtent le caractère de manifestations dystrophiques.

Les dystrophies d'origine syphilitiques, il faudrait un volume pour les décrire. Elles consistent presque toutes sous des formes variées à l'infini en des défaillances natives du développement, aboutissant à des imperfections, à des incorrections organiques, à des formations enrayées ou défectueuses, à des déviations de types, etc. Voire, dans leur degré le plus élevé à des monstruosité véritables. Elles réalisent pour l'individu, à des degrés naturellement très divers, des raisons de déchéance, d'infériorisation, de dégénérescence, par exemple vorton syphilitique qui ne survit que quelques heures ou quelques jours, l'enfant valetudinaire, l'infantile, le rachitique, les infirmes de l'intelligence qu'on appelle des arriérés, des

simples, des bornés, déséquilibrés, des imbéciles, des idiots, les infirmes du système nerveux qui naissent ou deviennent des hydrocéphales, des névropathes, des névrosés, des hystériques, des neurasthéniques, des épileptiques, des sourds-muets, etc. ;

5° Quelle sera la descendance de ces sujets ainsi dystrophiés ?

Dans certains cas la dite descendance n'existera pas, la stérilité, en effet, est le résultat forcé de certaines dystrophies.

Quand elle existera elle pourra être normale et indemne de tares héréditaires. C'est même là je crois le fait usuel. Mais il est non moins avéré que les enfants des hérédo-syphilitiques peuvent porter l'empreinte de leur tare originelle.

A la façon de la syphilis, l'hérédo-syphilis peut réagir sur le fœtus de la façon la plus nocive. Elle constitue très certainement une prédisposition à l'avortement, comme à la naissance d'enfants morts, dus ou destinés à une mort rapide.

Sur 81 grossesses survenues dans des ménages où l'un des conjoints était entaché d'hérédo-syphilis, j'aboutis en chiffres ronds au pourcentage de 50 p. 100 d'avortements ou d'accouchements prématurés.

La société a-t-elle le droit, voire l'obligation, de se défendre contre la syphilis par des mesures de prophylaxie publique ?

Il ressort de la statistique dressée sur un total de 11000 cas observés par moi (10000 hommes et 1000 femmes).

1° Que les grosses poussées de la contamination syphilitique se produisent : Par l'homme, entre vingt et vingt-six ans ; pour la femme entre dix-huit et vingt-et-un ans ;

2° Que le summum, le gastigium de fréquence des contaminations syphilitiques résonne pour l'homme à la vingt-troisième année ; pour la femme, à la vingtième année.

Relativement aux contagions survenues avant la vingtième année, sur 100 hommes qui contractent la syphilis, il y en a 8 qui la contractent avant la vingtième année ; et, sur 100 femmes qui contractent la syphilis il en est 20 qui la contractent avant leur vingtième année.

A cet âge la syphilis se prend le plus inconsciemment du

monde, en pleine ignorance de tout, ou, tout au moins, sans la moindre préoccupation du danger couru. Ne serait-il pas charitable de s'efforcer, par un moyen quelconque, à protéger ces tout jeunes êtres, presque ces enfants, par cela même qu'ils sont incapables de se protéger eux-mêmes.

A la vérité on nous objecte ceci :

Mais cette protection que vous réclamez n'ira pas aux gens que vous voudriez et que nous voudrions, nous-mêmes, sauvegarder.

En s'exerçant par l'action publique sur le seul milieu qu'elle puisse atteindre, à savoir sur les prostituées, elle ne profitera qu'au public peu intéressant des gens qui les fréquentent, c'est-à-dire à la clientèle des maisons publiques, aux habitués des lupanars, à la lie et aux bas fonds de la société.

Erreur répondrais-je, grande erreur, car toutes les syphilis se tiennent étiologiquement. C'est un axiôme en matière de prophylaxie que la contagion vit par ricochets qui s'entrecroissent d'un milieu social à un autre milieu très différent. Il est cependant commun que la syphilis rebondisse du bouge le plus misérable et le plus object au foyer le plus riche et le plus pur. C'est ainsi que la syphilis passe du grabat au palais, du lupanar infâme à l'alcôve de l'honnête femme, voire au berceau de l'enfant.

En somme, comme conclusions, il n'y a pas de foyer indifférent de syphilis au point de vue de la prophylaxie, assainir ce lupanar ce n'est pas seulement protéger ceux qui le fréquentent, c'est aussi protéger du même coup le foyer conjugal, l'honnête femme, l'enfant et la race.

La société a bien le droit de s'armer en guerre contre une pareille ennemie, et cela combattre par tous les moyens dont elle dispose.

Je préciserai ce dernier point par les propositions suivantes :

1° La société trouve dans la multiplicité et la haute gravité des dangers dont la menace la syphilis, le droit légitime incontestable à mes yeux, de se défendre contre elle par des mesures de prophylaxie publique.

2° Or, la syphilis ne menace pas seulement ceux qui s'y ex-

posent, elle menace aussi, et cela pour un nombre considérable, infini, ceux qui ne s'y exposent pas.

3° Eh bien, relativement à ceux qui s'exposent de plein gré à la syphilis, l'intérêt général est de chercher à les protéger, alors même qu'ils pourraient plus sûrement se protéger eux-mêmes, et cela parce que c'est d'eux que procède la syphilis de ceux qui ne s'y exposent. La société a donc le droit d'intervenir par des mesures de prophylaxie publique pour assainir les centres de débauche et de contagion.

4° Et enfin, relativement à ceux que la syphilis menace sans qu'ils s'y exposent, la société a charge de les protéger par le fait même qu'ils sont incapables de se protéger eux-mêmes. Oui, je l'affirme, elle a charge de défendre contre la syphilis les intérêts sacrés de l'honnête femme, de la famille, de l'enfant, voire, dirais-je de l'enfant à naître. A ce titre, donc, elle n'a pas seulement le droit de se défendre contre la syphilis comme on l'entend; elle en a aussi très certainement, l'obligation, le devoir.

GEO. VILLENEUVE.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC

*Sixième séance tenue à l'Asile d'Aliénés de Québec,
le 27 juin 1901*

Présidence de M. VILLENEUVE.

Lecture et adoption du procès verbal de la dernière séance.
Election de nouveaux membres. — MM. Jos.-Pierre Deschatelets et Jos.-É. Dion, de Longue-Pointe, sont élus membres de la société.

Classification. — Le comité de "classification" présente son rapport qui est adopté après amendement. Il est résolu que cette classification soit la seule suivie dans les asiles de la province. Elle se lit comme suit :

Manie: (a) aiguë; (b) chronique.

Mélancolie: (a) aiguë; (b) chronique.

Folie périodique (circulaire, à double forme, alterne).

Confusion mentale primitive.

Délire systématisé progressif.

Folie des dégénérés.

Démence vésanique.

Paralyse générale.

Démence organique et sénile.

Folies névrosiques: (a) épileptique; (b) hystérique; (c) choréïque; (d) autres formes.

Folies toxiques: (a) alcoolique; (b) morphinique; (c) autres formes.

Imbécilité.

Idiotie.

Ce même comité devra présenter à la prochaine séance un projet de tableaux statistiques.

American Medico-Psychological Association. — M. ANGLIN donne lecture d'une lettre de M. C. B. Burr, secrétaire de l'*American Medico-Psychological Association*, annonçant que cette société avait décidé de tenir sa prochaine réunion à Montréal, en juin 1902. Le comité de réception, tel que formé à Milwaukee, se compose de MM. Vallée, Burgess, Perrigo, Villeneuve, Anglin et Chagnon.

Codification de la loi des asiles. — Sur proposition de M. Vallée, la société adopte à l'unanimité la résolution suivante: La *Société Médico-Psychologique de Québec* prend la liberté d'attirer l'attention du gouvernement sur la nécessité qu'il y aurait de codifier la loi des asiles. Cette loi a été maintes fois amendée depuis la publication des Statuts Refondus, et en outre, il serait désirable de la compléter sur certains points, entre autres, en ce qui regarde la protection des biens des aliénés internés dans les asiles.

M. VILLENEUVE: De la sortie compulsive des asiles d'aliénés, des maniaques périodiques, pendant les intermittences de la maladie. (Voir plus haut.)

M. CHAGNON: Sur la période terminale de la paralysie générale. (Voir plus haut.)

M. VALLÉE, fait remarquer que son expérience sur le mode de terminaison de la paralysie générale lui donne les mêmes résultats.

Elections. — Le Bureau pour l'année 1901-02 est formé ainsi qu'il suit:

Président: M. U.-A. Bélanger; Vice-Président: M. J.-V. Anglin; Secrétaire: M. E.-P. Chagnon, ré-élu.

Et la séance est levée.

Le Secrétaire,
E.-P. CHAGNON.

ASSOCIATION MEDICALE DU DISTRICT DES TROIS-RIVIERES (1)

Nous avons l'honneur de vous apprendre que "l'Association Médicale du District des Trois-Rivières," a été régulièrement fondée le 29 mai dernier 1901.

Le but de cette Association est de s'occuper des intérêts professionnels dans notre District, de resserrer les liens de confraternité, et de donner de l'émulation dans les Etudes Médicales.

Il y aura réunion mensuelle et tous les membres seront avertis à l'avance, par carte postale.

Tous les Médecins du District, sont appelés à faire partie de l'Association. Environ 50 Médecins ont déjà promis leur concours.

Il suffit pour devenir membre de donner son nom, accompagné d'une remise de deux dollars, à Monsieur le Trésorier, le Dr J. H. Leduc, Trois-Rivières. A chaque réunion il y aura des travaux originaux présentés par les Médecins.

On s'occupera de la création d'un tarif pour les Médecins du District, etc.

Le 29 mai dernier, l'élection des Officiers pour l'année courante, a donné le résultat suivant :

Président Honoraire, . .	Dr G. B. DESAULNIERS, Nicolet.
Vice-Président Honoraire, .	Dr P. A. GRENIER, St-Maurice.
Président Actif,	Dr L. P. NORMAND, Trois-Rivières.
1er Vice-Président Actif, .	Dr H. MARCHAND, Champlain.
2e " " " " " " " "	Dr H. TRUDEL, St - Grégoire.
Secrétaire,	Dr C. E. DARCHE, Trois-Rivières.
Assistant-Secrétaire,	Dr C. N. DeBLOIS, " "
Trésorier,	Dr J. H. LEDUC, " "

(1) Nous recevons le programme de nos amis des Trois-Rivières qui se sont formés en association. Nous sommes heureux de cette innovation, et nous ne doutons pas du succès. Nos félicitations.

Les Comités se composent des officiers ci-dessus et en outre:

LE COMITÉ DE DIRECTION:

De MM. les Drs L. P. Fiset, M. P. P., Shawenegan. E. F. Pan-
neton, Trois-Rivières. L. A. Plante, Louiseville.
H. Désilets, Bécancour.

LE COMITÉ D'ÉTUDES ET D'ORGANISATION:

De MM. les Drs M. E. Gervais, Nap. Lambert, Geo. Bour-
geois, Trois-Rivières. Wilbrod Ferron, St-Paulin.
Léopold Désilets, Nicolet.

A une réunion du Comité d'Organisation, tenue le 13 juin
ult., il a été décidé que la prochaine réunion ait lieu le 27 juin
courant, à 8 heures du soir, à la Salle des Sociétés de Bienfai-
sance, coin des rues Bonaventure et St-Joseph.

Dr L. P. NORMAND,
Président.

Dr C. E. DARCHE,
Secrétaire.

Trois-Rivières, 18 juin 1901.

ACTUALITES MEDICALES

L'ENSEIGNEMENT DE LA CHIMIE DANS LES ECOLES DE MEDECINE

L'enseignement de la Chimie est d'ordinaire plus ou moins goûté de l'élève en Médecine qui est loin d'être toujours convaincu de son importance et de son utilité. Le "Montreal Medical Journal" publiait, au mois de janvier dernier, un article de Chs G. L. Wolf, du Cornell Medical College de New-York, sur le sujet. L'auteur nous a paru traiter la question avec beaucoup de compétence; son article contenait des observations très justes en même temps qu'il exposait dans son ensemble un programme et une vraie méthode d'enseignement de la Chimie, méthode absolument rationnelle, conforme aux besoins de l'élève, et conforme aux derniers progrès accomplis dans cette branche réellement importante des études médicales. Malgré que cet écrit, adressé aux universités anglaises et américaines, ait été élaboré dans un autre milieu que le nôtre, il semble qu'il ne manque pas d'intérêt pour nous; peut-être même n'est-il pas dépourvu d'un brin d'actualité. C'est l'impression qui nous reste d'une lecture attentive de cet article, suivie d'un retour sur les faits qui nous sont personnellement connus relatifs à l'enseignement de cette science dans nos écoles.

Nous avons pensé qu'une analyse de cet article, suivie de quelques commentaires, ne serait pas sans intérêt pour les lecteurs de l'*Union Médicale*.

Avec une curiosité facile à expliquer, dit Chs G. L. Wolf, l'étudiant en médecine demande parfois au professeur de Chimie, quelle est l'utilité de l'enseignement d'un si grand nombre de faits chimiques, tel que la chose se pratique d'ordinaire dans les leçons professées dans les écoles de médecine. Il faut avouer, après mûre réflexion, que cette question apparemment singulière et dont on pourrait soupçonner les motifs, n'est pas dépourvue d'une certaine dose de bon sens.

Dans les quatre années d'études qui composent la vie ordinaire de l'étudiant, il est admis qu'il y a beaucoup de choses à apprendre, beaucoup de choses vraiment utiles et nécessaires. C'est pourquoi, dans l'étude d'une science qui peut paraître au premier abord purement théorique, comme la Chimie, il est important de mettre constamment sous les yeux de l'élève, et cela d'une façon aussi évidente que possible, le côté pratique que comporte cette étude. Il ne faudrait pas du reste tomber dans l'extrême opposé qui consisterait à oublier totalement l'intérêt scientifique, théorique si l'on veut, que comporte cette étude pour n'en laisser voir que le côté absolument pratique, ce qui constituerait une autre erreur, attendu que la pratique elle-même est souvent appuyée sur la théorie.

Dans le Cours de Médecine qui est actuellement donné aux élèves, beaucoup de temps est accordé, avec raison, à l'étude de l'Anatomie, de la Physiologie, de la Pathologie, de la Chirurgie, de la Médecine proprement dite, et, habituellement, d'après Wolf, le temps alloué à l'étude de la Chimie est insuffisant; il est impossible au professeur aussi bien qu'aux élèves de parcourir en entier, durant ce laps de temps, le programme qu'ils sont censés parcourir. Deux remèdes seraient proposés à cet état de choses: ou le temps alloué aux études purement médicales serait raccourci, ce qui n'est pas désirable, ou bien l'on exigerait de l'étudiant, lors de son admission à l'étude de la médecine, une certaine connaissance préalable de la Chimie. Il est admis que cette dernière alternative serait l'idéale, malheureusement, elle-même a aussi ses inconvénients, lesquels sont surtout apparents pour le professeur. Parmi ces inconvénients est le fait que la Chimie, dans certaines écoles supérieures (high schools), est enseignée d'une manière superficielle et des moins satisfaisantes. L'enseignement y est donné par des hommes qui n'ont pas reçu eux-mêmes une formation suffisante, et qui, avec les meilleures intentions du monde, ne sont pas en état de donner une base solide aux études qui seront poursuivies plus tard à l'École de Médecine. L'enseignement du professeur en médecine, loin d'en recevoir du secours, devient par ce fait doublement difficile, attendu qu'il n'y a plus.

pour lui, à édifier seulement, mais encore à défaire ce qui a été mal commencé. Ceci ne s'applique pas, cela va sans dire, aux collèges et aux institutions où l'enseignement est donné d'une façon plus complète et suivant de bonnes méthodes.

En parlant de l'enseignement de la Chimie médicale, il est nécessaire de mentionner l'enseignement de la Physique médicale qui lui est si intimement unie. Ici encore le besoin d'une préparation antérieure se fait sentir afin que les leçons du professeur consistent surtout à démontrer les applications à la médecine de principes déjà connus, plutôt qu'à enseigner des lois élémentaires, lesquelles devraient faire partie du domaine des connaissances acquises lors de l'admission à l'étude de la médecine.

Nous intercalerons ici une note du professeur Bordier, de Lyon, extraite de la préface de son traité de Physique biologique.

“ Autrefois, dit-il, l'enseignement de la Physique (et cette observation peut s'appliquer à la Chimie) était presque la répétition des leçons suivies par les élèves pendant leur préparation au baccalauréat (c'était ce que l'on est convenu d'appeler ici de la physique et de la chimie de collège). Cette science fondamentale faisait alors partie de ce groupe désigné sous le nom de *sciences accessoires*.

“ Aujourd'hui, ces sciences ne méritent plus cette épithète peu flatteuse d'accessoires ; la Physique biologique est aussi indispensable par l'étude des phénomènes de la vie que la Physiologie dont elle n'est d'ailleurs qu'une partie et non la moins intéressante, ni la moins importante.

“ On peut définir, en effet, la Physique biologique : l'étude des phénomènes physiques qui ont pour siège les êtres vivants et celles des perturbations apportées par les agents physiques extérieurs dans les manifestations vitales des tissus. *C'est donc à un point de vue tout à fait nouveau que l'enseignement de cette science doit être donné dans les Facultés de Médecine.*

“ En s'inspirant de l'esprit du nouveau programme, la Physique sera présentée à un point de vue professionnel, si l'on peut ainsi parler, et cette branche des sciences médicales sera

présentée sous une incidence telle que son enseignement sera reconnu, non seulement utile, mais encore indispensable pour l'instruction du futur médecin.

“ En effet, l'étude de la Physique ne permet pas seulement d'expliquer et de comprendre les manifestations mécaniques, électriques, calorifiques, lumineuses, etc., des êtres vivants ; elle sert encore au médecin pour augmenter ses moyens de diagnostic et de thérapeutique.”

Le professeur devra donc, tant pour la Physique que pour la Chimie, voir constamment à ce que tous les faits présentés à l'élève soient dans leur plus stricte corrélation avec ceux enseignés dans les autres branches de la médecine. Cette proposition nous apparaît comme des plus évidentes ; cependant, si on observe les méthodes d'enseignement suivies dans plusieurs Ecoles de Médecine, on est porté à croire que, ou bien on ne se rend pas compte de l'importance de cette méthode ou bien, si on s'en rend compte, on la perd de vue dans la précipitation d'un enseignement de routine. Pour cette considération il n'est pas désirable que dans une grande université, cet enseignement soit donné par des hommes qui n'ont pas eu l'opportunité d'une formation médicale. S'il en était ainsi, dans beaucoup de cas les sujets traités le seraient avec la plus grande compétence et de la façon la plus complète, au point de vue purement chimique, mais on n'insisterait pas suffisamment sur les connexions intimes qui pourraient exister entre les faits chimiques présentés et certains points de physiologie ou certains procédés cliniques. Il n'est pas sans intérêt de constater qu'en attirant l'attention de l'élève sur les relations qui existent entre la Physiologie ou la Clinique et certains faits chimiques, ces derniers quoique d'une interprétation parfois difficile, deviennent sur-le-champ faciles à comprendre et à retenir.

Aucune partie de la Chimie n'a fait autant de progrès depuis quinze ans que celle ayant des connexions avec la Physique et constituant ce que l'on pourrait appeler la Physico-Chimie. On a pensé un certain temps que la chimie organique à elle seule donnerait la solution d'un grand nombre de problèmes de Physiologie qui avaient été l'objet de nombreux travaux

depuis Wohler; que ceci n'ait pas été réalisé entièrement, les événements subséquents l'ont démontré et certaines questions de Physiologie, quoique avancées, n'ont pas été définitivement résolues par elle. Il est trop tôt pour dire quels seront les résultats des études faites à la lumière, en Physiologie, de pair avec l'étude de certains phénomènes d'ordre physico-chimiques correspondants, mais on peut être assuré que les travaux sur la digestion et sur le métabolisme en général en recevront une grande lumière.

Pour cette raison la Chimie devrait être abordée par les étudiants en médecine au point de vue de ses relations avec la Physique. Les théories de la dissociation, de la pression osmotique, les connexions qui existent entre ces dernières et les phénomènes électriques, ainsi que les lois de l'équilibre devraient être entièrement étudiées. Une considération attentive de ces relations serait d'une utilité beaucoup plus grande que l'étude de ces affreuses réactions (dreary testing) de sels inconnus qui occupent une si grande part d'un temps des plus précieux pour l'étudiant.

Au cours de la première année la majeure partie du temps devrait être consacrée à l'étude des réactions chimiques simples, de celles qui est de nécessité absolue de connaître en vue des travaux futurs. C'est à ce moment, c'est-à-dire dès le début, que doit être prise l'habitude de considérer les réactions au point de vue physico-chimique. Avec des séances hebdomadaires de deux heures chacune au laboratoire, avec, en outre, un enseignement didactique suffisant, le sujet peut être passé en revue d'une manière satisfaisante. Un temps trop long ne doit pas être occupé par des procédés d'analyses, ce qui, après tout, appartient à une branche très spéciale de la Chimie dont le but est peu compris de l'étudiant et très peu utilisé dans sa carrière subséquente de praticien. Ceci, il faut bien s'entendre, ne veut dire en aucune façon que la partie analytique doit être mise de côté, mais que, pour ne pas tomber dans une exagération opposée, elle ne doit pas être le tout et ne doit pas tout comprendre dans un cours de Chimie.

Dans la deuxième année une étude des phénomènes pu. sio-

logiques au point de vue chimique devra occuper une égale partie du temps. Les travaux dans cette section ont pris un développement si considérable qu'une revue élémentaire, sans entrer dans les considérations cliniques, devra occuper tout le temps alloué. Les leçons de laboratoire également devront être consacrées à l'étude de ces phénomènes à leur point de vue chimique et à l'influence exercée par les conditions variées dans lesquelles ils s'opèrent, sur le cours des réactions et sur les produits résultants.

Dans la troisième année, le cours devra être distinctement un cours clinique et devra se faire particulièrement sur l'examen des divers fluides recueillis au lit du malade et adressés au laboratoire pour analyse. A cette époque de ses études médicales, l'étudiant est en très bonne position pour apprécier entièrement la signification clinique des faits qu'il observe. Il a vu et suivi les malades, l'importance des changements constatés dans les résultats analytiques ne sauraient lui échapper.

Il peut être objecté à la division de ce cours en trois parties qu'elle exige plus de temps qu'il n'en peut être alloué dans les circonstances. On peut répondre à cela que le cours de troisième année ne comprendrait pas l'année entière; en réalité, il n'y aurait pas nécessité à cela, et que, de plus, le résultat obtenu par l'aide qu'il apporterait à l'étude de la Pathologie justifierait pleinement l'allocation de temps qui lui serait accordée, conclut Chs G. L. Wolf.

Nous n'entendons point discuter cet article dans tous ses détails, ni essayer de dire, pour le présent du moins, jusqu'à quel point les observations qu'il contient peuvent s'appliquer ici. Nous n'avons pas davantage la prétention de tracer un programme à d'autres ni de dresser une critique contre qui que ce soit. Nous avons fait l'analyse de ce travail croyant qu'il contenait du bon, beaucoup de bon, et nous laissons à chacun d'en prendre ce qui lui convient.

Il nous sera permis, cependant, de nous poser certaines questions et de nous demander, ici comme ailleurs, si l'adoption d'un tel programme ne serait pas davantage en rapport avec

les progrès accomplis et le niveau des études médicales à l'étranger.

Il semble que le vieux programme et la vieille méthode d'enseignement, celle suivie par le passé, jusqu'à une certaine époque du moins, soient maintenant d'une infériorité notoire et présentent dans leur application de graves inconvénients. Par exemple, l'étude complète et détaillée de tous les corps simples, telle qu'elle se pratique au Collège, n'est-elle pas, à l'École de Médecine, une répétition inutile et n'amène-t-elle pas la perte d'un temps précieux, qui pourrait être grandement utilisé dans le sens indiqué par Wolf ? Cette observation a surtout sa raison d'être, depuis que la Chimie a été ajoutée à la liste des matières exigées de l'élève lors de son admission à l'étude de la médecine.

L'étude des phénomènes vitaux, au point de vue chimique, ou, si l'on veut, l'étude de la Chimie biologique proprement dite, et celle de la Chimie pathologique, ne sont-elles pas celles qui intéressent davantage l'élève en médecine ? Ne doivent-elles pas être l'objet d'une attention particulière, à l'École de Médecine, où l'enseignement de la Chimie ne doit plus être un enseignement quelconque et simplement théorique ?

La connaissance de certains procédés d'analyse et l'étude complète de tous les produits pathologiques recueillis au lit du malade, susceptibles d'analyse chimique, ne sont-elles pas aujourd'hui reconnues indispensables au praticien ?

La Chimie occupe incontestablement une place de première importance dans notre médecine moderne, où elle marche de pair avec la biologie elle-même, la bactériologie, la pathologie, voire même la thérapeutique : ne doit-elle pas cesser d'être un ennui et un épouvantail pour l'étudiant ? Ne peut-elle devenir pour lui une étude attrayante et lui apparaître, enfin, telle qu'elle est en réalité, une connaissance des plus utiles au praticien et à tout homme de science désireux de s'associer, de près ou de loin, aux travaux qui s'accomplissent dans les laboratoires du monde entier et sont l'objet des plus belles découvertes ?

ANALYSES

CHIRURGIE

Sur la réduction des fractures, par M. TUFFIER, (Société de Chirurgie, séance du 19 juin 1901).

Depuis 1893, à plusieurs reprises, ce chirurgien a publié des travaux sur la réduction des fractures à ciel ouvert; ces travaux sont basés sur l'anatomie pathologique faite sur le vivant au moyen de la radiographie et sur des résultats cliniques et thérapeutiques.

Il insiste de nouveau sur cette réduction des fractures parcequ'elle n'a pas bénéficié des progrès chirurgicaux dans la même proportion que les lésions des autres appareils, et cependant la restauration *parfaite* d'un membre, chez un sujet jeune et sain, qui va recouvrer pour de longues années l'usage *intégral* de ses fonctions, paraît autrement intéressante que le résultat obtenu par l'ablation d'un cancer voué à une récurrence certaine. La réduction d'une fracture ne doit pas être un *à peu près*, c'est une coaptation mathématique qu'il faut chercher. Toute fracture diaphysaire avec déplacement doit être réduite complètement et parfaitement. Pour cela, il faut réduire non pas en regardant la peau, mais en regardant les os sous les rayons X. Si la réduction n'est pas constatée *de visu* parfaite ou suffisante, le foyer de fracture doit être de suite ouvert, la continuité de l'os doit être *rétablie*, les fragments *suturés*, et le membre *immobilisé* dans une bonne attitude.

1° *Réduction parfaite de la fracture.* — Elle est impossible à constater sans le secours de la radioscopie. Dans des cas de fractures de la partie moyenne des deux os de l'avant-bras et des fractures de jambe, la réduction sous chloroforme peut être déclarée complète; à la palpation de l'avant-bras et de la jambe, elle semble, en effet parfaite; mais les radioscopies nous montrent que les deux os chevauchent dangereusement, le fragment inférieur étant en plein espace interosseux.

2° La réduction d'une fracture doit être faite sous la *radioscopie*; il est illogique et quelque peu contempteur de la science de négliger ce moyen de contrôle. Comment, vous avez la facilité inespérée de voir exactement ce que vous faites et vous ne voulez pas vous en servir. Au lieu de chercher à voir de vos yeux si les deux fragments sont bien réellement coaptés, vous regardez la peau ou les reliefs musculaire... vous interrogez les saillies voisines, vous repérez d'une façon pénible ou incertaine les points qui vous indiqueront si le membre est dans une bonne attitude. Nous devons tendre à une précision plus grande, puisque nous en avons le moyen, nous avons le devoir de nous rendre un compte exact de la valeur et de l'efficacité de notre intervention. En général, si l'on a un déplacement notable d'une fracture, il est impossible d'arriver à une réduction, même imparfaite, sans analgésie. Les tentatives de réduction donnent-elles un résultat satisfaisant sous la radioscopie, l'on place, séance tenante, l'appareil plâtré, et l'on s'assure par la radiographie qu'il n'est survenu aucun déplacement pendant l'application. Si la

réduction ne peut être obtenue l'on fait l'ouverture de la fracture et la réduction de vive force, au moyen d'une instrumentation spéciale. Cette réduction, les fragments en main, est souvent très-difficile à obtenir.

Puisque nous avons entre les mains une instrumentation de précision nous devons l'appliquer; la chirurgie est dotée de moyens d'asepsie qui rendent inoffensive l'incision d'un foyer de fracture, il faut user de ces moyens.

A cause de l'imperfection de la réduction des fractures, telle qu'on la pratique, l'auteur la dénomme *réduction clinique*, par opposition à la réduction radiographique, *anatomique* qui est mathématique. Il trouve à cette *réduction clinique* incomplète de graves inconvénients et, pour faire son procès, il divise classiquement ses griefs en: *accidents primitifs, consécutifs et tardifs*.

Du fait de la coaptation non exacte des fragments découlent des *accidents primitifs*, qui sont la lenteur de la consolidation, les troubles vasculaires et nerveux, et ce sont là les moindres inconvénients de ce mode de réduction. Dans tous les foyers de fracture à grand déplacement qu'il a ouverts, l'auteur a toujours trouvé des interpositions musculaires et fibreuses (prises pour le fameux pont périostique qui joint les surfaces fracturées mais qui n'a rien de providentiel); il le croit au contraire plutôt nuisible qu'utile, car des débris déchirés, écrasés, décollés, gênent la consolidation. Les vaisseaux sanguins, par suite des changements de rapports anatomiques sont la cause de l'œdème du membre pendant les premières semaines de la marche. Les accidents nerveux primitifs témoignent d'un trouble dans l'équilibre anatomique du nerf.

Sous le titre d'*accidents consécutifs*, il envisage ceux qui se manifestent au sortir de l'appareil. Les troubles fonctionnels qui se manifestent tiennent en partie au défaut de coaptation; les fragments non réduits jouent le rôle de corps étrangers inutiles et nuisibles. La réparation de ces lésions est le triomphe des procédés de massage qui facilite une adaptation nouvelle. Cette transformation anatomique n'a qu'un temps: tôt ou tard se développe dans ces articulations de complaisance de l'arthrite sèche.

Ces troubles *tardifs* sont la conséquence des précédents, ce sont des œdèmes persistants, des varices et des névrites avec atrophie du segment du membre atteint et souvent du segment sus-jacent. Ce... atrophie persiste et plusieurs années après, elle peut s'étendre et remonter. Enfin ce sont les arthrites sèches, survenant plusieurs années après l'accident.

L'incision d'un foyer de fracture fermée est absolument inoffensive, dans l'état actuel de la chirurgie. Il faut cependant faire une réserve, car si l'incision d'un foyer récent est inoffensive, il en est autrement d'un foyer déjà ancien, datant de huit à quinze jours. Au niveau d'une pointe osseuse, le sphacèle peut se produire rapidement. La plaie faite à ce niveau est envahie et avance par les agents microbiens et il peut en résulter des accidents septiques. En dehors de ces circonstances spéciales, l'incision du foyer est inoffensive.

L'auteur a déjà décrit sa *technique* et son *instrumentation* pour les réductions de ces fractures. Il insiste sur quelques points très-importants et encore trop méconnus. Dans les soins *préparatoires*, la nécessité d'une asepsie plus rigoureuse que partout ailleurs s'impose d'une façon impérieuse.

Pendant l'opération, les délèvements doivent être réduits au minimum.

le moins de dénudation, peu ou pas de détachements du périoste, pas de mise à nu des gaines ou des tendons; extirper les esquilles libres, laisser et suturer celles qui sont adhérentes.

La *coaptation* est toujours difficile mais il faut chercher avec patience à l'obtenir d'une façon parfaite, pour éviter tout raccourcissement et toute rotation des fragments. Cette *coaptation obtenue*, il faut la *maintenir* après l'opération à l'aide d'un appareil plâtré bien fait. Pour obtenir une *justa-position* parfaite il faut faire la suture osseuse au moyen de trous aussi petits que possible dans lesquels on passe des fils fins, souples et solides.

La suture n'est pas suffisante pour assurer seule la bonne *coaptation* et la réduction parfaite d'une fracture dans la majorité des cas; elle rend au membre sa longueur, elle empêche la rotation, mais elle est impuissante à lui assurer sa bonne *direction*. Pour la maintenir il faut recourir à l'appareil plâtré. Le massage comme adjuvant pourra être nécessaire, lorsque son action sera bien définie.

A. MARIEN.

MÉDECINE MENTALE

Deux nouveaux cas de folie gémellaire, par le Dr CULLERRE (*Archives de Neurologie*, février 1901).

La littérature médicale ne relève que 31 observations de folie gémellaire antérieure à celles-ci. Avant de rapporter ses observations, le Dr Cullerre se demande d'abord si l'on doit admettre une *folie gémellaire*. Il se déclare pour l'affirmative et lui assigne les caractères suivants: "1° Simultanéité dans l'éclosion et parallélisme au moins partiel des symptômes psychiques; 2° Cours analogue de la maladie et terminaison identique; 3° Origine spontanée du mal évoluant sur un même fonds organique."

Par son éclosion prématurée, son polymorphisme, et son évolution fréquente vers la démence, par son apparition pour un grand nombre de cas, chez le débile et même chez l'imbécile, la folie gémellaire se range dans la grande classe de la folie des dégénérés, dont elle serait un "rameau." La gémellité même serait une tare. Certains accoucheurs, tels que M. Bar, M. Keim, M. Porak, et le professeur Fournier, l'admettent. Il faut encore ajouter l'hérédité qui se rencontre dans la plupart des cas où elle a été recherchée. Les jumeaux seraient donc des dégénérés et souvent des héréditaires.

E. P. CHAGNON.

OPHTALMOLOGIE

Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveaux-nés.

La blennorrhagie et la leucorrhée chez la mère sont causes de la plupart des ophtalmies purulentes du nouveau-né.

Un traitement antiseptique approprié avant l'accouchement peut prévenir cette maladie du nouveau-né. Deux ou trois gouttes de nitrate d'argent, solution 4 grains à l'once, instillées entre les paupières de l'enfant qui vient de naître peuvent empêcher l'éclosion de la maladie.

L'ophtalmie purulente débute généralement 3 ou 4 jours après la naissance, par de la rougeur de la conjonctive, du gonflement plus ou moins marqué des paupières et l'apparition de sécrétion, d'abord d'aspect de beurre fondu, puis franchement purulente. Il faut alors, dès le début, instituer le traitement convenable: compresses glacées au sublimé, solution 1 pour 4000, appliquées sur les yeux jour et nuit et renouvelées toutes les 3 ou 4 minutes, nettoyage des yeux à chaque quart d'heure pour prévenir la stagnation du pus dans l'œil et une fois par jour badigeonnage des conjonctives palpébrales, surtout les culs-de-sacs, avec une solution de nitrate d'argent, 2½ pour 100 généralement.

Si l'affection paraît sévère le praticien général commet une imprudence de ne pas adresser le petit malade à un ophtalmologiste de son choix. Ceci est dit sans arrière pensée, car la responsabilité de pareils cas n'a rien de bien enviable.

Un traitement mal conduit entraîne le plus souvent un désastre, au contraire bien appliquée il doit compter 99 succès sur 100 cas.

Etant donnée la difficulté du traitement pour l'entourage du petit malade et les complications cornéennes à redouter la durée de la maladie n'est pas indifférente. D'où il faut avoir présent à l'esprit qu'une ophtalmie purulente médiocrement soignée durera un mois et demi à deux mois, tandis qu'un bon traitement peut en avoir raison entre deux et trois semaines.

La moyenne de la durée des 26 derniers cas que nous avons eus sous nos soins a été de treize jours et un tiers.

Nous indiquons ces chiffres pour appuyer de leur autorité la recommandation de bien mettre à jour les culs-de-sac conjonctivaux de paupières supérieure et inférieure dans le badigeonnage de la conjonctive avec le nitrate d'argent.

Nous considérons comme très importante cette dernière manœuvre, d'autant qu'il faut se servir de pince à griffes pour l'exécuter.

R. BOULET.

OBSTÉTRIQUE

De la thérapeutique chez les nourrices dans ses rapports avec la sécrétion lactée,
par HOUSSELOT, (*Thèse de Paris, 1900, dans Revue d'Obstétrique
et de Pédiatrie, janvier et février 1901*).

M. Housselot étudie l'action des médicaments que l'on peut donner aux nourrices lorsqu'elles sont atteintes de maladies sérieuses. Question très importante, car leur élimination par la mamelle peut quelquefois intoxiquer le nourrisson, *médication galactogène*. — L'auteur, après d'autres, affirme que tous les médicaments qui élèvent la tension artérielle augmentent la sécrétion lactée, v. g. la digitaline, la caféine, la strychnine, le jaborandi, dont l'action cependant est contestée. Enfin, dit-il, les organes génitaux et la mamelle sont en relation intimes et toute excitation des uns retentit sur l'autre.

L'hypogalactie peut dépendre de plusieurs causes: mauvaise direction de l'allaitement, (donner le sein plus souvent que toutes les 2 heures, ou jour

et nuit) une alimentation défectueuse, débilité du nourrisson dont les succtions ne sont pas assez énergiques, suppression momentanée de l'allaitement, hypotrophie héréditaire de la mamelle, &c... Si cet état persiste on peut donner des médicaments dits galactogènes et parmi eux, le *galega officinalis* ou quelques autres qui entrent dans la formule suivante employée par M. Marfan :

Extrait aqueux de galega	10 grammes.
Chlorhydrophosphate de chaux	10 grammes.
Teinture de fenouil	10 grammes.
Essence de curmin	xv gouttes.
Sirop de sucre.....	400 grammes.

Quatre cuillerées à soupe par jour.

D'autres auteurs ont conseillé le *Somatose* à la dose de 3 à 4 cuillerées à café par jour.

Les aliments ont une grande influence. Il faut proscrire surtout les excitants, les faux toniques, le café comme les liqueurs et le vin pur, en un mot toute boisson renfermant de l'alcool. Il faut regulariser les repas mais il faut interdire à toute mère qui nourrit les ragoûts épicés, les condiments irritants la charcuterie, le boudin, la frisure, la salade, les pâtisseries insuffisamment cuites, les fruits crus de consistance trop ferme comme la poire, la pomme, les noix, les liqueurs et les boissons riches en alcool :—

La *médication agalactique* fourmille également de médicaments qui n'ont aucun effet spécial. (1)

Puis l'auteur étudie un chapitre très important à savoir, le passage des médicaments de la nourrice dans le lait et leur action sur le nourrisson.

1° *L'alcool* est le plus funeste. Il faut crier bien haut que toute boisson doit être phobibée chez une femme qui allaite. Les exemples sont frappants et nombreux où des nourrissons, jusque là bien portants, sont pris tout-à-coup d'accidents méningitiques dont la cause nous échappe. Si on cherche on trouve un abus d'alcool chez la mère ou la nourrice.

2° *Opium et ses dérivés.*—La science a enregistré des décès chez des enfants au-dessous de cinq ans après absorption de 25 milligrammes d'opium; on doit être très prudent à l'égard des nourrices; on peut leur donner 0 gr. 01 centigr. de morphine en injection, ou du laudanum en lavement, mais avec réserve. On rapporte un cas où une nouvelle accouchée a vu son enfant succomber à la suite d'une tétée parce qu'elle avait pris 4 grammes de liq. sédative d'opium pour combattre les tranchées.

L'auteur conseille de remplacer l'opium par l'antipyrine dans ces cas.

3° *Le sulfate de quinine* est variable dans sa transmission. Donnée à jeun il passe rapidement dans le lait; avec des aliments aux repas, il passe beaucoup moins, et les enfants y deviennent moins sensibles à mesure qu'ils avancent en âge.

(1) Un moyen simple et qui s'est toujours montré efficace est le suivant : Appliquez sur les deux seins un linge de toile fine qui les couvre en entier, recouvrez-le avec de la gutta percha, et comprimez assez fortement avec une bande qui entoure tout le thorax. Changez matin et soir. A l'intérieur, donnez l'iodure de potassium français, par conséquent pur de tout iodate qui provoque des éruptions, à la dose de 1 F. 50 à 2 grammes par jour, en trois fois, dans une potion v. g. (15 à 30 grains). Réagissez sur l'intestin par un purgatif. Ce traitement simple nous a réussi dans tous les cas. Après deux ou trois jours, la sécrétion lactée était complètement tarie sans douleur.

4° *Purgatifs*. La rhubarbe, gratiole, ricin, séné, l'oscille, passent rapidement dans le lait et agissent sur le nourrisson en provoquant de la diarrhée. Il en est de même pour l'*atropine*, la *jusquiame*, la colchique qu'il faut éviter de prescrire aux nourrices.

5° *Le fer* augmenterait la quantité du lait et agirait favorablement sur les nourrissons débiles.

6° *L'arsenic* est dangereux, Brouardel et Pouchet ont décelé la présence d'un milligramme d'arsenic dans 100 gr. de lait chez une femme qui aurait pris 12 gts. de lig. de Fowler, durant six jours. Ce médicament est donc contre-indiqué.

7° *Iode et ses composés*. L'iodure de potassium apparaîtrait dans le lait environ 4 heures après ingestion: Des doses fortes ou même supérieures à 0 gr. 15 centigr. par jour seraient préjudiciables au nourrisson chez qui il peut provoquer des éruptions iodiques. Il en est de même pour l'*iodoforme*. employé dans les pansements vulvaires. La possibilité de traiter ainsi les enfants syphilitiques ne repose sur aucune base sérieuse à cause de variabilité dans l'élimination.

8° *Mercurure et ses composés*. Il s'élimine dans le lait des nourrices, mais plus souvent tardivement. Suivant des auteurs récents (Sigalas) le traitement indirect de la syphilis des nouveaux nés par le lait des nourrices soumises à la médication hydrargyrique est une méthode rationnelle: mais l'existence du temps perdu d'élimination doit être présente à l'esprit du clinicien qui, pour combattre des accidents graves, devra recourir à la mercurialisation directe de l'enfant.

9° *L'antipyrine* donnée à doses massives peut être décelée dans le lait cinq six, huit heures après ingestion, pour disparaître 13 ou 15 heures après et dans des proportions de 0 gr. 50 p. 1000. Elle n'exerce aucune influence défavorable et peut être donnée aux femmes en couches.

10° *Acides*. Les acides ne paraissent pas influencer la sécrétion lactée (acide nitrique, chlorhydrique, acétique) Legendre donne l'acide chlorhydrique à 4 gr. p. 1000, à la dose d'un tiers de verre par repas sans inconvénient pour le nourrisson.

11° *Le chloral* demande d'espacer la tétée. Donner le sein trois-quarts d'heure après ingestion d'une dose expose l'enfant à de l'agitation. Après un intervalle d'une heure et demie à deux heures il n'y a aucun danger.

12° *Le chloroforme* semble anodin dans les circonstances ordinaires.

13° *L'ether* semble plus pernicieux, mais les résultats sont incertains.

Quant au dernier chapitre, l'auteur se demande comment utiliser les médicaments qui passent dans le lait en vue du traitement pour le nourrisson. La question n'est pas assez précise. Nous avons vu ce qu'il faut penser de l'iodure de potassium et du mercure nous nous arrêterons ici dans l'analyse de ce travail pratique.

PÉDIATRIE

Traitement de la gale chez les enfants.—Dans la *Gazette des Hôpitaux*, extrait du No de 4 juin 1901 par Baloucelle, thèse de Montpellier 1901.

TRAITEMENT DE DEUX HEURES : — 1° *Première demi-heure* : savonnage de tout le corps au savon noir et eau tiède de l'enfant entièrement nu ; 2° *Deuxième demi-heure* : grand bain avec continuation de savonnage et friction ; 3° *Troisième demi-heure* : frottage de tout le corps avec la pommade d'Helmerich :

Fleur de soufre	50 grammes.
Carbonate de potasse	75 "
Axonge benzoïné ou non	300 "

4° *Quatrième demi-heure* : grain bain suivi de poudrage à l'amidon.

Les frictions doivent être faites avec prudence à cause de la délicatesse de la peau chez les enfants ; une seule séance bien faite suffira le plus souvent à guérir les cas les plus rebelles. Il faudra instituer un traitement général, la désinfection intestinale surtout.

Traitement des oxyures, par DEGUY, dans la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*.

L'auteur préconise deux méthodes combinées pour obtenir un succès: traitement général de l'intestin, traitement local du rectum.

Traitement général de l'intestin. — 1° Purger le malade par le calomel suivant l'âge de l'enfant (1); 2° régime lacté durant 24 heures; 3° donner, durant les deux jours qui suivront les vermifuges suivants:

Santonine 0 gr. 05 centig.

Pour un paquet le matin à jeun, ou bien:

Semen-contrà 3 grammes.

Faire infuser dans 100 grammes d'eau bouillante et ajouter 20 grammes de sirop de mousse de Corse. Après trois ou quatre jours de traitement général, on continuera de la façon suivante:

Traitement local du rectum. — 1° Par des suppositoires.

Calomel 0 gr. 10 centig.

Beurre de cacao 2 grammes.

ou bien:

Onguent mercuriel double 0 gr. 10 centig.

Beurre de cacao 2 grammes.

ou bien pommades poussées aussi profondément que possible avec le doigt:

Calomel 3 grammes.

Vaseline 30 grammes.

ou bien:

Oxyde jaune de mercure 0 gr. 30 centig.

Vaseline 15 grammes.

Lanoline 15 grammes.

(1) Voir *Union Médicale*, mai 1900, p. 313.

2° Par des lavements avec l'une des formules suivantes

Tamisie..	2 grammes.
Infuser dans eau..	300 grammes.
Ajouter glycérine..	29 grammes.

ou bien:

Menthol..	0 gr. 25 centig.
Huile..	60 grammes.

ou bien:

Santonine..	0 gr. 50 centig.
Infuser dans eau..	150 grammes.

Ou bien suivant la méthode préconisée par l'auteur: 1° donner d'abord un lavement évacuateur afin de vider l'ampoule rectale; 2° donner une injection au *nitrate d'argent* 1 p. 200. qu'il laisse en place durant cinq minutes; 3° neutraliser l'excès de nitrate par un lavage à l'eau salée.

Il est rare que ce traitement de quatre à cinq jours échoue.

J. A. LESAGE.

THERAPEUTIQUE

De l'emploi dans le traitement des aliénés d'un hypnotique nouveau, sûr et efficace: le chlorétope, par J. PERCY WADE, M. D. (*The Journal of Nervous and Mental Diseases*, août 1900).

Le chlorétope est peu (0.8 per cent) soluble dans l'eau, mais est soluble dans l'alcool. Le meilleur véhicule pour l'administrer est le sherry ou le whiskey, ou encore il peut être donné en suspension dans le sirop d'acacias, ou sous forme de lentilles. Lorsque le malade refuse de se nourrir ou de prendre des médicaments, on peut le donner mêlé aux aliments du gavage.

La dose ordinaire du chlorétope varie de 6 à 18 grains, mais la dose de 6 grains est absolument sans effet dans le traitement des aliénés. La dose initiale doit être d'au moins 15 grains, et doit être augmentée graduellement jusqu'à ce que l'effet désiré soit produit. La dose moyenne donnée au Maryland Hospital for the Insane était de 35 grains. On y a même donné 50 grains sans produire de résultats défavorables.

Le médicament a été employé comme sédatif et hypnotique dans 18 cas différents, 11 femmes et 7 hommes. Quatre de ces cas présentaient de la manie aiguë. Cinq étaient des cas de mélancolie agitée, et les autres étaient ou de la manie principale, ou de la manie périodique, ou de la démence sénile s'accompagnant d'incitation. Dans chacun de ces cas, le médicament produisit un sommeil normal, d'une durée de 6 à 7 heures. A leur réveil, les malades se montraient beaucoup moins agités.

Les résultats et les effets obtenus par l'administration du chlorétope démontrent que ce médicament est très utile dans l'incitation motrice de la manie aiguë et de la mélancolie agitée. Il peut très probablement être utilisé de même dans la paralysie générale. Le fait qu'il ne déprime pas le cœur est d'un bon appoint pour ces cas de manie aiguë avec insomnie où il est nécessaire de conserver toutes les forces vitales afin de prévenir la mort par épuisement. Sous ce rapport, il n'est pas aussi dangereux que le bromidia ou le sulfonal qui sont déprimants. Il est plus agréable à prendre que la paralaldéhyde.

Le traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechsig, par J. SÉGLAS et HERTZ
(*Archives de Neurologie*, août 1930).

Cette méthode consiste à faire précéder l'administration du bromure de potassium par celle de l'opium. L'opium, sous forme d'extrait, est administré au début à la dose de 0. gr. 02 à 0. gr. 05, prise en deux ou trois fois. Cette dose est augmentée progressivement, de manière à arriver en 10 ou 12 jours à administrer 1 gr. à 1.25 par jour. Cette dernière dose est continuée pendant 6 semaines, puis brusquement interrompue et remplacée par le bromure de potassium, à la dose de 7 grammes par jour. Cette dose est continuée pendant deux mois, puis réduite progressivement à 2 grammes par jour, quantité moyenne et variable selon les cas.

L'administration de l'opium à doses aussi élevées n'étant pas sans amener parfois des accidents sérieux,—tels que vomissements, constipation opiniâtre, crises diarrhéiques, hyperthermie, hallucinations, délire,—Flechsig recommande, et en cas d'intolérance la suppression de l'opium par doses progressivement décroissantes.

Cette méthode de traitement aurait donné, entre ses mains, de bons résultats, surtout chez les jeunes gens beaucoup moins dans le petit mal que dans le grand. Elle doit être appliquée avec prudence chez les malades affaiblis physiquement, atteints d'affections cérébrales en foyer ou présentant de la tendance à l'état de mal. Cette méthode eût ses partisans; elle eût aussi ses adversaires. Ces derniers rapportent non-seulement des succès, mais aussi des décès survenus au cours du traitement.

Les auteurs ont soumis à la cure de Flechsig un certain nombre d'épileptiques de leur service de Bicêtre. Sur une première série de 12 malades, 1 à refusé de continuer au bout de 3 jours, 5 ont dû cesser le traitement en raison d'accidents d'intoxication. Des 6 autres, suivis pendant un an, 3 n'ont pas été modifiés, et 3 ont vu leurs accès diminués de près de moitié.

Une deuxième série de 10 malades fut soumise au même traitement. L'un d'eux à refusé de continuer. Un autre, arrivé à 0. gr. 60 d'opium, est mort à la suite d'une série d'attaques. Un 3e malade, arrivé à 0.70 d'extrait d'opium, présenta des accidents d'intoxication qui mirent sa vie en danger. Les 7 autres malades, arrivés à 0.80 d'extrait, présentèrent également des phénomènes d'intoxication tellement sérieux qu'il devint nécessaire d'interrompre le traitement.

De l'ensemble de leurs recherches personnelles, les auteurs concluent que le traitement de Flechsig n'est supporté que par un nombre restreint de malades. Son administration nécessite des soins et une surveillance tels qu'il est indispensable de placer d'abord l'épileptique dans un milieu spécial; encore reste-t-elle toujours difficile, souvent même dangereuse. Ces contre-indications sont loin d'être compensées par les bénéfices, somme toute assez minimes, qu'on peut en retirer et qui ne leur paraissent pas supérieurs à ceux de la cure bromurée simple.

Douleurs d'origine gastrique.—(*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratique*).

Chez un homme atteint d'ulcère transformé en cancer, Dieulafoy obtint un résultat éclatant contre la douleur par la potion suivante :

Eau de chaux	100 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	3 centigrammes.
Chlorhydrate de morphine.....	3 centigrammes.

Toutes les heures on donna une cuillerée à soupe de lait additionné d'une cuillerée à thé de cette eau de chaux préparée comme ci-dessus.

Dès le lendemain les douleurs étaient moins vives. On augmenta progressivement la quantité du lait jusqu'à 100 grammes toutes les heures si bien qu'au bout de quinze jours le malade absorbait sans vomissements une dose journalière de 1200 à 1500 grammes de lait.

La levure de bière dans le diabète (par CANAERT, dans le *Nord Médical*).

L'auteur apporte des faits nouveaux et favorables au traitement du diabète par la levure de bière sèche à la dose de trois cuillerées à thé par jour.

Il rapporte le cas d'une malade qui vit son sucre tomber de 101 grammes par jour à zéro après une cure de quinze jours. Elle portait aux jambes des plaies qui se cicatrisaient complètement après une menace de gangrène. Quatre mois plus tard réapparition des mêmes troubles après cessation de traitement : même cure, même succès.

L'auteur espère de voir l'usage de la levure de bière se répandre de plus en plus à cause des succès obtenus.

Traitement du tic douloureux de la face.—(GRAND CLÉMENT, dans *Lyon Médical*).

L'auteur donne la formule suivante qu'il injecte loco dolenti dans le tic douloureux de la face.

Eau distillée	10 grammes
Antipyrine.....	4 grammes.
Cocaïne	0 gr. 05 centigr.

Il rapporte l'histoire d'une malade qu'il injecta chaque jour durant six semaines pour un tic douloureux qui lui causait des douleurs très vives dans la région oculaire; l'œil semblait violemment tiré en arrière à chaque paroxysme. Elle n'osait ni boire ni manger, etc., dans la crainte d'un accès. Au bout de ce temps, l'amélioration fut réelle et persista. Plusieurs autres cas ont été favorablement influencés de cette façon.

Influence de la forme d'administration des médicaments (Extrait du *Scalpel*, 10 février 1907).

L'iode de potassium, aux doses de 0 gr. 30 centigrammes, administrées avant les repas dans 15 grammes d'eau, guérira une bronchite en quatre jours, tandis que les mêmes doses prises dans 60 grammes d'eau après les repas, n'apporteront aucun soulagement, même données pendant plusieurs semaines.

Le fer, administré dans une mixture effervescente, agira rapidement et favorablement sur l'anémie, tandis qu'il reste inefficace ou même produit de mauvais effets, donné sous une autre forme.

La morphine qui, en solution aqueuse, diminue à peine la toux, l'atténuera rapidement si on la dissout dans une petite quantité d'excipient visqueux.

Le sulfate de magnésie à la dose de vingt à trente grammes avec autant d'eau chaude qu'il en faut pour le dissoudre administré le matin, le malade s'abstenant de boire durant quelque temps—aura une action favorable sur l'épanchement pleural.

La noix vomique, la digitale, la belladone, et probablement beaucoup d'autres, sont beaucoup plus efficaces si on les mélange avec un peu d'eau immédiatement avant leur administration que quand on les prépare sans forme de solutions dans lesquelles elles sont souvent des journées entières en contact les sels alcalins.

Traitement de la cystite chronique par le gargarisme de l'urèthre postérieur,
par MONTFORT, dans *Gazette Médicale de Nantes*.

L'auteur rappelle qu'il faut traiter l'urétrite postérieure qui complique presque toujours la *cystite chronique*, sans quoi cette dernière est souvent inguérissable. Le professeur Guyon a préconisé un traitement qu'il appelle le gargarisme de l'urèthre postérieur. L'auteur rapporte deux faits où ce mode de traitement a eu un effet salutaire sur deux cystites jusque là rebelles à tout traitement. La chose est importante à noter à cause du retentissement sur les reins et sur l'état général.

Guyon a dit qu'il n'y a pas de cystite sans urétrite postérieure. Voici la manière d'en faire le diagnostic: c'est le procédé des trois vases. Le premier jet, balayant le pus de l'urèthre, donne une urine purulente, dans le premier verre; le second jet, passant dans un canal à peu près net, donne une urine plus limpide dans le second verre; enfin la vessie achevant de se vider verse son contenu qui est aussi purulent dans le troisième verre. Nous avons donc ici, avec trois verres les caractères de l'urétrite postérieure compliquant la cystite chronique.

Voici en quelques mots le meilleur moyen de procéder au lavage de l'urèthre dans ces cas.

"L'urèthre antérieur ayant été préalablement lavé, on introduit une sonde jusque dans vessie; elle devra être d'un numéro aussi élevé que possible et porter à son extrémité deux yeux larges de façon à permettre une bonne irrigation. La vessie évacuée est remplie d'une petite quantité d'eau boriquée—40 à 50 grammes environ, et pendant que le liquide s'écoule, on retire peu à peu la sonde jusqu'à ce que l'écoulement s'arrête; on a ainsi la preuve qu'on est dans l'urèthre postérieur.

Laisant la sonde à cette place, on injecte de l'eau boriquée et procédant par coups de piston, c'est-à-dire, en injectant peu de liquide à la fois et en veillant à ce que le liquide ne reflue pas le long de la sonde. Il ne reste plus qu'à enfoncer la sonde pour évacuer la vessie dans laquelle s'est accumulée l'eau du lavage. Cette manœuvre pourra être recommencée plusieurs fois dans la même séance. On termine par un lavage de vessie."

Les liquides employés sont: l'eau boriquée pour le lavage au piston suivi d'un lavage au nitrate d'argent à 1 p. 100 et même à 1 p. 500.

PHARMACOLOGIE.

Formulaire clinique.

ASTHME.

1° *Attaque* : Aération. Pyridine x à xv gouttes en inhalations sur un mouchoir ou une cuillerée à thé dans une soucoupe dans la chambre du malade.

2° *Intervalles* : a) Vingt jours par mois, une cuillerée à soupe trois fois par jour de la solution suivante :

Iodure de potassium	10 grammes.
(chimiquement pur).	
Teinture de lobélie	} à à 10 grammes.
“ “ polygala	
Extrait d'opium	0 gr. 10 centigrammes.
Eau	300 grammes.

(b) Durant les dix autres jours prendre une cuillerée à thé matin et soir de la solution suivante :

Arséniate de soude	0 gr. 10 centigrammes.
Eau	100 grammes.

Contre la migraine :

Antipyrine	0 gr. 50 centig.
Phénasétine	0 gr. 25 centig.
Caféine	0 gr. 05 centig.
Acide citrique	0 gr. 01 centig.

Pour une poudre ou un sachet. Un ou deux par jour.

Contre les brûlures :

Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme.
Aristol	4 grammes.
Huile d'olive	20 grammes.
Lauoline	75 grammes.

En application locale.

Contre le mal de dents :

Menthol	0 gr. 10 centig.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20 centig.
Alcool	60 grammes.
Sirop simple	30 grammes.

Une cuillerée à thé de demi-heure en demi-heure.

BIBLIOGRAPHIE.

GEORGES CARRE et C. NAUD, Éditeurs, 7, rue Racine, Paris.

La Goutte et le Rhumatisme par ARMAND DELPEUCH, médecin de l'Hôpital Cochin. 1 vol. in-8 carré, de 680 pages, avec 10 planches hors texte, dont 1 en chromotypographie. Cartonné à l'anglaise.....20 francs

A. MALOINE, Libraire-Éditeur, 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

L'Electricité et la Thérapie moderne, par CH. CHARDIN, officier de l'Instruction publique, Electricien spécialiste. 1 vol. in-8 avec figures, relié toile.....2 fr. 50

Traitement rationnel de la Tuberculose pulmonaire et de ses modalités cliniques, par le Docteur A. PÉGUERIE, lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier—ancien Médecin-major de l'armée. 1 vol. in-8.....16 fr.

Comment on préserve l'œil du liseur de la myopie, de ses progrès, de ses complications par le Dr E. ROLLAND, de Toulouse.—*Bulletin d'Oculistique*.—Brochure de 48 pages avec 4 figures dans le texte. Prix: 1 fr. 25 c.

Cours de Minéralogie Biologique, 3e série, par J. CAUBE (DU GERS). 1 vol. in-18.....4 fr.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS, 4, rue Antoine-Dubois et Place de l'École de Médecine, Paris.

Traitement de la Tuberculose et des affections respiratoires chroniques par les Injections Trachéales, par le Dr HENRI MENDEL, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte..... 2 fr. 50

L'ÉDITION MÉDICALE FRANÇAISE, 29, rue de Seine Paris.

Le 28e volume de la collection : Comment on se défend contre les maladies coloniales, (*Guide du Voyageur et du Colon*), par le Docteur J. CRESPIN, professeur suppléant à l'école de Médecine d'Alger, médecin sanitaire maritime

Agence Centrale de la PRESSE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE, 93, Boulevard Saint-Germain, VI, Paris.

Les maladies qu'on soigne à Berck-sur-Mer (*Abscès froids, adénites, ostéites, tumeurs blanches, coxalgies, mal de Pott, scoliose, luxation congénitale de la hanche, pied bot, etc.*), par le Dr CALAT (de Berck-sur-Mer). Paris, 1900, 1 vol. in-18, 450 pages. Prix : 2 fr. broché ; 2 fr. 50 cartonné.

COLLÈGE DES
Médecins et Chirurgiens

DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

Bureau Médical de la Province

EXAMEN PRÉLIMINAIRE

L'Examen pour l'admission à l'Étude de la médecine commencera **JEUDI**, le 19 septembre prochain, à Québec, à 9 heures a. m., dans les salles de la Faculté des Arts de l'Université Laval.

Les certificats de bonne conduite ainsi que l'honoraire de l'Examen, \$20, doivent être remis au moins dix jours d'avance, entre les mains de l'un des secrétaires soussignés.

ASSEMBLÉE SEMI-ANNUELLE.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine aura lieu **MERCREDI ET JEUDI**, les 25 et 26 septembre prochain, à 10 heures a. m., à Québec, dans les salles de la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

Les Candidats à l'Examen professionnel ou à la licence, doivent remettre l'honoraire, \$40, entre les mains de l'un des Secrétaires soussignés, au moins dix jours d'avance.

Le comité des créances s'assemblera mercredi, le 25 septembre prochain, à Québec; les candidats doivent se présenter avec leurs diplômes et certificats d'admission à l'Étude. Après cette date, aucun candidat ne sera admis.

Le Comité d'Examen Professionnel se réunira mercredi, le 25 septembre prochain, à Québec.

Les bacheliers ès-arts, ès-sciences et ès-lettres qui se proposent d'étudier la médecine, peuvent être admis en présentant leurs diplômes dûment assermentés sur demande au secrétaire, à Québec, ou Montréal, au moins huit jours avant la réunion du bureau, où ils pourront prêter serment devant un juge de paix de leur localité, sur une formule qu'on pourra avoir de chaque secrétaire.

J. P. BOULET, M. D.,
Québec.

J. A. MACDONALD, M. D.,
Montréal,
Secrétaires.