

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

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

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

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

Vol. XXXIX

1er JUIN 1910

No 6.

MEMOIRES

L'ALCOOLISME EN MEDECINE LEGALE.

Par le DR WILFRED DEROME

Professeur suppléant de médecine légale Pathologiste de
l'Hôpital Notre-Dame.

De quelcote côté qu'on envisage le problème de l'alcoolisme, que ce soit comme clinicien, comme sociologue ou comme médecin légiste, il est certainement un de ceux qui excitent au plus haut point l'intérêt des hommes de science.

Cette question, je ne dirai pas nouvelle, mais à laquelle la présente croisade a donné un regain d'actualité, a été récemment traitée d'une manière magistrale par plusieurs conférenciers, en particulier par un de nos plus distingués confrères, M. le Docteur Dubé.

Mon intention n'est donc pas tant d'apporter ici des arguments nouveaux ; mais me plaçant à un point de vue un peu différent que mes devanciers, je voudrais essayer de démontrer les conséquences de l'alcoolisme dans le domaine de la délinquance et du crime.

Bien que faisant partie du cadre de la médecine légale, je désire laisser de côté la part des formes atténuées de l'alcoolisme dans la production des accidents du travail. Il y aurait là, évidemment, une statistique intéressante à faire, mais voyons plutôt quels sont les buveurs et quelles sont leurs réactions tant psychopathiques que médico-légales.

A l'exemple de mon maître M. le Dr Dupré, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale au palais de Justice de Paris, je distinguerai les buveurs en buveurs d'occasion et en buveurs d'habitude.

Parmi les buveurs d'occasion, il faut d'abord distinguer *les buveurs épisodiques*, c'est-à-dire ceux qui s'enivrent par accident ; ensuite les buveurs à répétition, vulgairement appelés ivrognes, qui cherchent toutes les occasions de boire et qui en profitent pour en ingurgiter une dose massive à la suite de laquelle ils restent pour un certain temps relativement sobres.

Ce sont là des débiles de la volonté, c'est-à-dire que leur volonté est trop faible pour résister à la tentation d'aller prendre un verre dans chacune de cette longue suite de buvettes qui ornent notre bonne ville de Montréal.

Enfin, toujours parmi les buveurs d'occasion, il faut ranger les *buveurs impulsifs*, appelés dipsomanes.

Ceux-ci sont des tarés, des héréditaires, sujets à des accès plus ou moins espacés pendant lesquels ils boivent d'une manière consciente mais irrésistible. Leur intelligence intacte cherche à lutter contre l'idée impulsive, mais celle-ci s'impose à l'esprit, pénètre avec effraction, amène une grande perturbation dans le cours des idées normales, laquelle se produit au dehors par les signes de l'angoisse.

Je prie de remarquer toute l'analogie qui existe entre cette impulsion à boire et les impulsions au meurtre, au vol, à l'incendie, etc.

Parmi les *buveurs d'habitude*, il faut distinguer ceux qui s'empoisonnent lentement, graduellement sans réactions bruyantes, mais qui arrivent cependant à une intoxication chronique avec tout son cortège de manifestations viscérales. Ils sont les plus nombreux, et c'est bien là l'alcoolisme du bourgeois et des gens riches en général.

Il faut enfin ranger dans la classe des buveurs d'habitude ceux qui, grâce à des excès souvent répétés et devenus subintrants, finissent par arriver à l'alcoolisme chronique.

Chaque buveur n'entre donc pas dans l'alcoolisme par une voie identique, et par conséquent ne réagit pas de la même manière en face du verre à boire ; il en est de même des réactions psychopathiques et médico-légales après que le verre est bu, c'est-à-dire que

chaque individu réagit suivant sa formule personnelle déterminée par son caractère, son éducation, son milieu social et surtout par son niveau mental et son hérédité.

Afin de rester dans le cadre forcément restreint de cette étude, nous ne ferons que mentionner ici l'épilepsie et la démence alcooliques dont les réactions médico-légales se confondent d'une part avec le syndrome démentiel en général ; mais nous traiterons des autres réactions tant psychopathiques que médico-légales qui ressortissent plus particulièrement de l'alcoolisme et qui sont comprises dans les différentes formes des ivresses et du délire alcoolique subaigu.

Le *delirium tremens* ou délire aigu au cours de l'alcoolisme chronique n'offre d'intérêt médico-légal que par la mort presque subite qu'il peut entraîner, mort subite en effet qui peut éveiller dans l'esprit de l'entourage et même de la justice, l'idée de crime.

Les ivresses et le délire subaigu au contraire sont la source des plus nombreuses comme des plus dangereuses réactions.

Et, d'abord, il convient de rappeler ici les différences cliniques et évolutives qui séparent le délire subaigu de l'ivresse.

Tandis que l'ivresse est toujours causée par une ingestion massive et récente de boisson alcoolique, débute sans prodrome et se termine en quelques heures dans un sommeil réparateur sans laisser aucun souvenir de la période ébriuse ; le délire subaigu au contraire est une complication accidentelle au cours de l'alcoolisme chronique.

Il peut être causé soit par l'abstinence que par l'abus de boisson, par une infection, un traumatisme, etc. Il débute lentement, dure en général plusieurs jours, et se termine en laissant persister derrière lui les signes de l'alcoolisme chronique : facies abruti, œil humide, tremblement de la langue et des doigts, troubles gastriques, etc.

On peut distinguer théoriquement avec Lasègue trois sortes d'ivresses. L'ivresse excito-motrice, caractérisée simplement par de l'agitation, l'ivresse hallucinatoire, si à l'excitation vient s'ajouter des hallucinations, et enfin l'ivresse délirante, plus rare, mais caractéristique des dégénérés et en particulier des hérédo-alcooliques.

Il est évident qu'en pratique ces trois formes de l'ivresse sont le plus souvent associées, mais cette division nous permet de bien comprendre les réactions mélico-légales spéciales à chacune d'elles.

En effet, dans l'ivresse excito-motrice, à part ces cas d'ivresses furieuses et même impulsives dans lesquelles les sujets sont poussés à tout briser et même à tuer, l'individu ne pourra se rendre coupable que de délits en somme peu graves, tels, par exemple, la dégradation de la propriété, les insultes aux passants ; le tapage dans les rues, etc., enfin toutes les conséquences habituelles d'un désordre léger et passager dans les idées et les actes.

Si au contraire, l'ivresse est hallucinatoire, les réactions qui en sont habituellement la conséquence, deviennent beaucoup plus sérieuses. En effet, les hallucinations sont des perceptions vraies d'objets qui n'existent pas. Dans l'alcoolisme comme dans toutes les intoxications d'ailleurs, ce sont les hallucinations visuelles qui prédominent. Elles sont toujours de nature désagréable, et en général les objets vus sont colorés en rouge. Elles apparaissent d'abord la nuit pour se continuer pendant le jour. Elles sont plus fortes le soir, et en particulier au moment du sommeil (hallucinations hypnagogiques).

Sous l'influence donc, de ces hallucinations qui le terrifient, et dans sa conviction absolue de l'existence réelle du tableau qui se déroule devant ses yeux, l'individu, en proie à une angoisse extrême, cherche par tous les moyens possibles, à se soustraire au supplice qui l'attend.

Au comble de l'excitation, cherchant un refuge dans la fuite, il s'élançait avec la rapidité de l'éclair (raptus alcoolique), le plus souvent par une fenêtre et y trouve la mort.

C'est l'histoire d'un grand nombre de suicides supposés, et pourtant, l'étude psychopathologique de ces cas nombreux démontre avec évidence qu'au contraire, toujours ces individus craignent la mort et que c'est plutôt en cherchant à l'éviter que dans leur précipitation, ils la trouvent.

D'autres fois, le même halluciné acculé et assailli de tous côtés, saisit rapidement son revolver et dans le désir de tuer le diable rouge ou le serpent qui s'avance pour l'enlacer, il tue sa femme, son enfant ou toute autre personne qui lui est chère. Rarement il tournera son arme contre lui-même ; mais s'il le fait, ce n'est

pas parce qu'il désire véritablement la mort ; mais plutôt dans le but d'éviter une mort plus terrible dans les mains de ses ennemis. Son acte sera donc ainsi la conséquence des idées délirantes de persécution plutôt que des hallucinations proprement dites et nous tombons alors dans les actes médico-légaux de l'ivresse délirante.

Celle-ci est accompagnée, nous l'avons dit, d'excitation psychomotrice et d'hallucinations visuelles, de plus, nous avons vu qu'elle diffère de l'accès de délire alcoolique subaigu, non pas tant par ses symptômes mais plutôt par son apparition qui est sans prodrome, sa durée qui est plus courte et sa terminaison qui ne laisse persister à peu près aucune trace.

Ses réactions médico-légales seront donc celles des deux formes précédentes, et en plus un certain nombre d'autres qui se confondent avec celles du délire alcoolique subaigu.

Celui-ci a presque invariablement pour base des idées de persécution, et en particulier des idées de jalousie, conséquence d'ailleurs des perturbations génésiques amenées par l'alcoolisme chronique.

Suivant que le malade est excité ou déprimé, le délire peut prendre une teinte soit de grandeur, soit de mélancolie ; c'est-à-dire que dans un cas, le malade sera fort, puissant et riche ; ne craignant ni les lois, ni l'autorité, il devient dangereux pour les personnes qui dans son délire, l'importunent.

Dans l'autre cas, il sera indigne, coupable, ruiné, et dans son désespoir tentera souvent de se donner la mort.

Le délire subaigu est surtout alimenté par des hallucinations visuelles à caractère terrifiant qui défilent comme des vues cinématographiques et dans un "silence effrayant" a dit Lasègue. Il voit des serpents, des apaches, des voleurs, des ennemis enfin armés de couteaux, de revolvers, etc. Aussi, au comble de l'excitation anxieuse et dans sa frayeur, il crie, appelle au secours ou fuit éperdument. Poursuivi de trop près et se croyant en état de légitime défense, il décharge son arme sur ses ennemis imaginaires et souvent tue quelqu'un de son entourage.

Les hallucinations tactiles et de la sensibilité générale sont moins constantes ; il se sent piqué par une multitude de petites bêtes, on lui envoie des courants électriques, ou enfin il se croit

emmêlé dans une intrication de fils dont il essaie en vain de se dénouer.

Enfin ce délire est un rêve (délire onirique) pendant lequel se déroulent les drames les plus fantastiques et dont le malade est toujours le créateur et le héros. Aussi la plupart des drames passionnels que les grands journaux servent dans le même détail à une population avide de sensation, trouvent le plus souvent leur origine dans les réactions violentes et franchement morbides d'un alcoolique en état de délire subaigu.

Voilà un aperçu général et à la fois résumé des principales réactions tant psychopathiques que médico-légales qui se rencontrent dans le monde des buveurs même les mieux équilibrés.

Pour être complet sur cette question, il faudrait décrire la formule réactionnelle de chacun, tant il est vrai que l'alcool est la pierre de touche de la mentalité d'un individu, et de ce fait, est susceptible de variations infinies dans ses conséquences soit directes ou indirectes.

Quant à la question de responsabilité dans l'un quelconque des actes ci-dessus, l'expert devrait toujours éviter d'en parler. Ce n'est pas son rôle à lui de juger, et d'ailleurs, il n'est pas payé dans ce but. Il doit donc se tenir strictement dans son rôle qui est avant tout médical, et qui dans l'espèce consiste à apprécier si tel individu est ou non un malade, et si comme tel il a pu commettre tel acte iscriminé.

Cependant le magistrat ne manque pas, en général, l'occasion de demander à l'expert son opinion personnelle.

Celui-ci doit alors guider sagement sa réponse sur les distinctions suivantes, établies d'ailleurs par la jurisprudence.

Celle-ci se distingue en effet, au point de vue de la détermination de la responsabilité des buveurs, *l'ivresse simple* et *l'alcoolisme*.

L'ivresse simple est à son tour divisée en *ivresse fortuite* et en *ivresse volontaire*.

L'ivresse fortuite étant ni voulue, ni prévue ne peut être reprochée à l'auteur, de même que les actes médico-légaux qui peuvent en être la conséquence, ne lui sont imputables ; par contre, si l'ivresse est volontaire, une autre distinction s'impose, à savoir :

ou les actes qui en sont la conséquence sont *intentionnels* et *prémédités*, et dans ce cas entraînent l'application de la peine normale en vertu du principe que l'ivresse n'est pas une excuse quand elle est un moyen ; ou, au contraire, les actes ne sont *pas prémédités* et alors ils sont punis comme des actes attribuables à la négligence et à l'imprévoyance.

Quant à l'alcoolisme, il doit être considéré comme pouvant produire sur la responsabilité pénale les mêmes effets que l'aliénation mentale.

MEDECINE PRATIQUE

RECUEIL DE FAITS ANATOMO-CLINIQUES

Par le Dr EUGENE LATREILLE,

De la Faculté de Paris, Professeur-suppléant à l'Université Laval de Montréal,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

I.

Importance capitale de la biopsie dans le diagnostic des ulcérations chroniques en général, et des ulcérations du pharynx en particulier.

OBSERVATION I. (1).— Mme L. Q., 40 ans, mariée, mère de 16 enfants vivants et bien portants, habitant la campagne où son mari est cultivateur, vient consulter, en mai 1909, au dispensaire otorhino-laryngologique de l'Hôtel-Dieu, pour une ulcération de la gorge qui évolue depuis 2 mois, malgré tous les traitements.

Pas de passé pathologique héréditaire ni personnel important. Pas de spécificité avouée, ni connue ; cependant comme les caractères cliniques de la lésion ne permettent pas d'éliminer franchement la syphilis en faveur de l'épithélioma (ce qui d'ailleurs est presque la règle dans ces cas), on soumet sagement la malade à un traitement mercuriel d'épreuve intensif (6 injections hebdomadaires de calomel à 5 centigr.).

Après ce traitement, la lésion, qui n'avait d'ailleurs pas bron-

(1) Deux autres observations paraîtront dans le prochain numéro.

ché, présentait les caractères cliniques suivants: le pilier antérieur et surtout le voile du palais (moitié gauche) immobile, rouge, infiltré, dur, épaissi, était le siège d'une ulcération marginale à bords irréguliers et à fond anfractueux, bourbillonneux, sanguinolent. La luette était très œdématiée.

Comme le mercure était resté sans effet sur cette lésion, le diagnostic d'épithélioma s'imposait alors de plus en plus; et, de fait, la malade était sur le point d'être renvoyée avec ce diagnostic et les consolations d'usage, quand on décida, pour en avoir le cœur net, de faire une *biopsie*. Un fragment du volume d'un pois est détaché de l'ulcération, déposé dans un flacon d'alcool à 60°, et m'est confié pour examen histologique. Cet examen, contre toute attente, ne révèle aucune lésion néoplasique cancéreuse; et établit nettement (amas et nodules embryonnaires, artérite oblitérante) la nature syphilitique de la lésion.

La malade est aussitôt soumise à un nouveau traitement mercuriel intensif (frictious); et, en quelques semaines, l'infiltration se résorbe, l'ulcération se cicatrise, et tout rentre dans l'ordre.

De cette observation anatomo-clinique, deux enseignements à retenir:

1° Les ulcérations chroniques du pharynx, surtout chez l'adulte, sont d'un diagnostic très difficile sans biopsie (examen histologique ou bactériologique).

2° Les sels mercuriels insolubles (calomel) ne sont pas, quoi qu'on en dise, les plus efficaces dans le traitement intensif du tertiariisme.

II.

Tumeur ou gomme de la région du cervelet et du 4e ventricule, ou sclérose en plaques ?

Généralités : Le 2 avril 1910, l'ambulance transporte à l'Hôtel-Dieu un homme de 23 ans, Adélard R., qui souffre d'angine de la gorge, qui tousse, et qui présente une paralysie faciale gauche, de la diplopie, et de l'incoordination motrice.

Antécédents : Rien de particulier du côté de ses antécédents héréditaires; ni personnels; si ce n'est qu'il est sujet à s'enrhumer facilement et que sa mère est morte tuberculeuse à 39 ans.

Objectivement, ce qui nous frappe d'abord chez cet homme, c'est que son hémiplégie faciale gauche est complète, du moins pour ce qui est des branches superficielles de ce nerf : paralysie de l'orbiculaire (inocclusion de l'œil qui remonte en haut au commandement de "fermez les yeux"), joue soulevée par l'expiration, bouche déviée vers le côté sain.

Pour expliquer la diplopie, nous constatons une abolition des mouvements associée de latéralité des deux yeux correspondant à une paralysie du moteur oculaire externe, et de la branche du moteur oculaire commun qui va au droit interne, des deux côtés. Pupille normale à l'accommodation et à la lumière. Pas de stase papillaire.

La motilité musculaire des membres est généralement conservée, quoiqu'un peu diminuée, peut-être, du côté droit; ce côté droit étant aussi le siège d'une sensibilité un peu émoussée, tant à la douleur qu'à la chaleur.

Par contre, exagération des réflexes, clonus du pied et Babinsky positif en extension; et, surtout, incoordination motrice marquée dans les mouvements intentionnels des quatre membres.

La ponction lombaire révèle une lymphocytose notable avec hypertension du liquide céphalo-rachidien. L'examen des urines démontre de la glycosurie. Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Le sommet du poumon droit est cependant douteux tant à la percussion, qu'à l'auscultation.

Tous ces troubles se sont installés graduellement, mais sans début brusque, depuis 15 mois, accompagnés, par périodes, de céphalée, de vomissements, de constipation, de sensation de vertige, d'instabilité et d'incertitude de la démarche (ataxie).

Diagnostic : En présence de ces faits, deux choses à élucider : la nature de la maladie, et le siège de la lésion.

Localisation : L'hémiplégie faciale supérieure et inférieure n'est pas pour nous faire croire à une lésion siégeant dans la région de la capsule interne (hémorragie, ramollissement). Rien non plus ne nous indique la possibilité vraisemblable d'une névrite périphérique (pas de goutte, de rhumatisme, ni de signes de diabète). Reste donc à incriminer le noyau d'origine du facial, VIIe paire,

situé sur le 4^e ventricule, à côté du noyau d'origine du moteur oculaire externe, VI^e paire. Effectivement une lésion localisée à ce niveau expliquerait, en même temps que la paralysie faciale complète, la paralysie des droits externes et la glycosurie.

De plus, l'incoordination motrice, l'ataxie, la sensation de vertige, l'abolition des mouvements associés de latéralité des yeux sont des troubles correspondant à une lésion siégeant dans la région du cervelet.

En présence de symptômes imputables d'une part à une lésion du 4^e ventricule, et d'autre part à une altération de la région cérébelleuse, il suffit de nous rappeler les rapports anatomiques qui existent entre la face inférieure du cervelet et le plancher du 4^e ventricule pour admettre la possibilité, chez notre malade, d'une lésion dont cette région serait le siège.

Quant à la nature de cette lésion, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, les vomissements, la céphalée, la constipation nous mettent bien dans l'esprit l'idée d'une tumeur, mais comment expliquer la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, à moins d'admettre que cette tumeur soit une gomme syphilitique. Or, à deux reprises le malade a été mis à un traitement mercuriel jusqu'à salivation et même stomatite avérée, sans amélioration. Maintenant, contre l'idée de tumeur, ce malade ne se cachetise pas; bien plus, il s'alimente et demande à manger. Et puis alors faudrait-il encore expliquer l'exagération des réflexes, le clonus du pied, l'absence d'œdème papillaire!

D'autre part, il existe une maladie, la sclérose en plaques, dont les lésions sont assez irrégulièrement disséminées le long des centres nerveux pour amener tous les troubles que nous avons ici sous les yeux, y compris la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Aussi, malgré qu'il nous manque la parole scandée et les troubles intellectuels, voire même le tremblement intentionnel, symptômes fréquents de la sclérose en plaques, nous arrêterions-nous à ce diagnostic, si nous étions obligés de conclure *avant l'autopsie*.

III.

Un cas de syringomyélie. (1)

Un jeune homme de 22 ans, messenger, sans antécédents héréditaires.

(1) Malade présenté à la Société médicale, séance du 17 mai, 1910.

taires, familiaux, ni personnels intéressants, qui se sent, depuis un an, de moins en moins habile à se servir de ses mains, vient consulter à l'Hôtel-Dieu, en mai 1910; et nous constatons alors chez lui un syndrome syringomyélique des plus typiques, dont les éléments peuvent être groupés autour des quatre principales manifestations morbides suivantes:

Atrophie musculaire : localisée aux deux mains, elle porte sur les muscles des éminences thénar et hypothénar, ainsi que sur les interosseux. De plus, l'action des fléchisseurs des doigts l'emportant sur celle des extenseurs, les mains ont pris l'attitude classique de " mains de prédicateurs ".

Troubles trophiques : La colonne vertébrale présente une déviation scoliothique dorsale à convexité droite, dans laquelle le sommet de la convexité est à 2 centimètres en dehors de la ligne médiane; et l'angle inférieure de l'omoplate descend 4 centimètres plus bas à gauche qu'à droite.

Enfin l'épiphyse sternale de la clavicule très hypertrophiée a trois fois le volume de celle du côté opposé.

Troubles des réflexes : Exagération des réflexes achilléens et rotuliens, clonus du pied. La démarche est légèrement spasmodique. Il y a de la raideur spasmodique de la nuque et du dos.

Troubles de la sensibilité : La dissociation syringomyélique est des plus évidente au niveau des mains, des avant-bras et de la partie supérieure du tronc en avant et en arrière, où la sensibilité tactile est conservée, alors que la sensibilité à la douleur et à la chaleur est abolie. De plus, il existe au niveau des mains un certain degré de perversion de la sensibilité au chaud et au froid: le malade prenant assez facilement l'un pour l'autre.

D'ailleurs, cette abolition de la sensibilité à la douleur et à la chaleur n'est pas sans inconvénient pour le malade qui présente au pouce et à l'index des cicatrices de brûlures qu'il s'est faites, sans les sentir, avec sa cigarette restée allumée entre ces doigts.

Si l'on veut maintenant procéder ici comme pour l'observation précédente, il n'est pas impossible, je crois, de déterminer, du

moins approximativement, la localisation et la nature de la lésion qui est à l'origine de ces différents troubles morbides.

La topographie des atrophies musculaires et des troubles de la sensibilité, voire même des troubles trophiques (membres supérieurs) est bien en rapport, évidemment, avec une lésion de la moëlle siégeant à la hauteur du renflement cervical ; mais ce qui est plus intéressant encore c'est que nous avons des éléments cliniques qui nous permettent de supposer que la lésion, à ce niveau, sectionne partiellement la moëlle sur une hauteur plus grande dans sa partie postérieure, i. e., derrière le canal de l'épendyme, que dans sa partie antérieure. Je m'explique. L'atrophie musculaire étant limitée aux mains, la destruction des cornes antérieures n'existe donc que sur le segment du renflement cervical correspondant aux mains ; tandis que les troubles de la sensibilité étant plus étendus font croire à une diffusion plus grande en hauteur des lésions des cornes postérieures. Enfin, la spasmodicité cervicale, la spasmodicité de la démarche, l'exagération des réflexes achilléens et rotuliens, le clonus du pied nous démontrent que le faisceau pyramidal est certainement irrité par cette lésion, et cela sur une hauteur encore plus grande que les territoires précédemment cités ; cette irritation, d'ailleurs, ne saurait-elle être autre chose que de la *sclérose descendante*.

Ce qui nous amène à parler de la nature de la lésion. Or, actuellement, la lésion la plus généralement incriminée dans la syringomyélie (Raymond, Déjerine), c'est le gliôme ; c'est-à-dire un sarcome de la névroglie.

Cette tumeur prend naissance en arrière du canal épendymaire, évolue en hauteur et en profondeur, refoulant, ou plutôt détruisant le tissu ambiant : substance grise, cornes antérieures, cornes postérieures ; substance blanche, faisceau pyramidal, etc. . . . , et aboutissant, en dernière analyse, à la formation, dans son centre, d'une cavité plus ou moins irrégulière.

REVUE GENERALE

CE QUE TOUT MEDECIN DOIT AVOIR EN S'INSTALLANT (1).

(Objets, Instruments et Appareils indispensables à l'exercice de la profession médicale);

Quel est celui d'entre nous qui n'a été fort embarrassé le jour où, nos études médicales terminées, ce titre de docteur enfin acquis, . . . il a fallu s'installer ? La première préoccupation, en l'occurrence, est celle de *s'outiller* ; de se procurer, afin de les avoir sous la main, à toute heure du jour et de la nuit, les instruments les meilleurs, les plus simples mais : *tous ceux de première nécessité*.

Dès qu'il aborde la clientèle, le jeune confrère sait qu'il doit être tout à la disposition de ses semblables ; les cas les plus disparates, les plus délicats et les plus urgents vont être soumis à son diagnostic et nécessiter des soins appropriés. Il ne suffit pas qu'il soit instruit, il faut aussi qu'il ait déjà acquis une habileté professionnelle qui ne s'apprend que par la fréquentation des malades et, ces conditions remplies, il pourra se trouver très embarrassé s'il n'a pas à sa portée " ses instruments de travail ". Quels sont donc ceux qu'il faut avoir partout et toujours ? Quels sont ceux, au contraire, qui ne correspondent qu'à des opérations rares, non urgentes et qu'on peut se dispenser d'acheter ?

Pour savoir faire un choix judicieux, il faudrait déjà être un praticien. Or, le plus souvent, c'est le fabricant d'instruments qui fait la liste, y glissant parfois des objets d'une inutilité absolue, oubliant, plus rarement il est vrai, l'instrument indispensable. Certes, si les limites du budget du jeune médecin le permettent, son arsenal personnel peut s'enrichir de quantités d'objets de seconde nécessité. Mais ce n'est pas là le cas le plus fréquent. Quand on s'installe, on a de gros frais ; il est sage de consacrer à l'outillage médico-chirurgical la somme nécessaire afin de se procurer tout ce qui est indispensable. Mais il serait absurde et très regrettable de se munir, comme nous l'avons vu plusieurs fois,

(1) Extrait d'une conférence pratique de petite chirurgie faite à l'amphithéâtre de St-Raphaël, le 25 février 1910, par le Dr Joseph Guyot (de Bordeaux), Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Chirurgien des hôpitaux.
— *Progrès Médical*.

d'objets inutiles au détriment d'instruments nécessaires à la pratique médicale quotidienne.

C'est à l'intention de nos jeunes confrères sur le point de s'établir que nous avons tenté de faire une liste, qui certes n'a la prétention d'être ni complète ni immuable : chacun, suivant le milieu où il exercera, suivant aussi son instruction et les spécialités qui lui sont familières, pourra la compléter. Ce que nous avons voulu, en la publiant, c'est mettre à la disposition des intéressés, toujours intéressants, une sorte de schéma où ils trouveront le minimum des choses indispensables à la pratique de la médecine et de la chirurgie journalière. Sonder un rétentionniste, ponctionner une ascite, évacuer un épanchement pleural, mettre des pointes de feu, enlever un sou de l'œsophage, faire une trachéotomie, suturer une plaie, saigner un urémique, inciser un phlegmon, opérer une hernie étranglée, donner le chloroforme, faire une application de forceps, tamponner une épitaxis, appliquer des ventouses, faire une injection de sérum, etc., etc. ; tout cela n'est-ce pas la pratique de tous les jours et ne faut-il pas que le praticien ait à lui, à sa disposition, comme des amis fidèles, ses instruments : accessoires indispensables à son action qui sera, presque toujours, d'autant plus bienfaisante et utile qu'elle aura été plus rapide.

L'arsenal d'un médecin aujourd'hui doit comprendre non seulement les objets, instruments ou appareils susceptibles d'être transportés suivant besoin au domicile de ses malades mais encore l'outillage d'une salle annexée à son cabinet destinée et aux pansements des blessés et aux examens que tout médecin devrait faire lui-même (examens des urines, recherches de bacilles dans les crachats, examen et pansements gynecologiques, etc.).

I. — *Instruments de chirurgie courante :*

- 1 boîte de six bistouris manche métal ;
- 1 paire de ciseaux droits ;
- 1 paire de ciseaux courbes ;
- 6 pinces à forcei-pressure ;
- 6 pinces de Kocher ;
- 2 pinces à griffes ;
- 1 pince à disséquer ;
- 1 stylet ;
- 1 sonde cannelée ;
- 1 trocart ;

- 1 aiguille de Reverdin droite ;
- 1 aiguille de Reverdin courbe ;
- 1 boîte d'aiguilles d'Hagedorn ;
- 2 lancettes ;
- 1 sonde de femme en métal ;
- 1 pince à langue de Berger ;
- 1 ouvre-bouche ;
- 1 boîte à agrafes de Michel ;
- 2 curettes de Wolkman ;
- 2 daviers à extraction dentaire ;
- 1 canule de trachéotomie (adultes) ;
- 1 canule de trachéotomie (enfants) ;
- 2 écarteurs de Farabœuf ;
- 2 valves vaginales ;
- 1 spéculum de Cusco ;
- 1 hystéromètre ;
- 1 pince à pansement utérin.
- 1 pince à col.
- 2 curettes utérines ;
- 1 sonde intra-utérine de Doloris ;
- 1 forceps de Tarnier.
- 1 crochet de Kirmisson.
- 1 rasoir.

II. — Appareils d'ordre thérapeutique.

- 1 thermocautère.
- 1 aspirateur Dieulafoy.
- 1 seringue à hydrocèle.
- 1 seringue de Roux.
- 2 seringues de Pravaz avec aiguilles de platine.
- 1 pile portative de Gaiffe.
- 1 laveur (douche avec canule vaginale).
- 1 vide-bouteille.
- 1 bande hémostatique d'Houzay de Launois.
- 10 ventouses.
- 1 lot d'attelles de bois pour fractures.

III. — Sondes et bougies.

- 1 explorateur urétral de Guyon.
- 5 sondes uréthrales de Nélaton.
- 5 sondes en gomme.
- 5 sondes coudées de Mercier.
- 5 bougies uréthrales.
- 1 tube de Faucher.
- 2 sondes œsophagiennes.
- 2 bougies œsophagiennes.

IV. — *Appareils d'exploration.*

- 1 stéthoscope.
- 1 ophthalmoscope.
- 1 spéculum nasi.
- 1 Spéculum auri.
- 1 laryngoscope.
- 1 microscope.
- 1 boîte de doigts de gant (toucher rectal).
- 2 paires de gant de caoutchouc.
- 1 boîte d'examen d'urine.
- 2 abaisse-langue métalliques.

V. — *Pharmacie d'urgence.*

- Gaze en boîtes stérilisées.
- Coton en boîtes stérilisées.
- Gutta percha laminée.
- Bandes de toile.
- Bandes de tarlatane.
- 1 crayon de nitrate d'argent.
- 2 flacons de crins de Florence.
- 4 flacons de catgut No 1 et No 2.
- 2 drains de caoutchouc stérilisés.
- Paquets de cyanure à 0 gr. 25 centigr.
- Alcool à 90°.
- Vaseline boriquée.
- Collodion.
- Poudre de bismuth.
- Poudre de Lucas-Championnière.
- Pommade de Reclus.
- Ampoules de caféine (pour injections hypodermiques).
- d'éther.
- d'ergotine.
- de morphine.
- de novocaïne.
- 2 flacons de chloroforme anesthésique.
- 1 tube de chlorure d'éthyle (anesthésie locale).

VI. — *Objets divers.*

- 2 blouses blanches.
- 1 lampe à alcool.
- 2 cuvettes en émail.
- 1 plateau à instruments.
- 1 étuve pour stérilisation des instruments.
- 1 table d'examen.
- 1 vitrine à instruments.
- 1 trousse métallique stérilisable.

Ayant à sa disposition et sous sa main ces différents objets, le jeune confrère pourra alors, sans crainte, attendre ses clients.

A la liste que nous lui indiquons, il ajoutera suivant les circonstances, le milieu et son instruction individuelle dans telle ou telle spécialité tels instruments ou tels appareils. Il est incontestable que l'arsenal du médecin isolé à la campagne devra être plus important, plus complet que celui des médecins de ville.

Mais chez les uns comme chez les autres, nous ne saurions trop insister, en terminant, sur la nécessité actuelle, pour le médecin praticien, d'avoir toujours à sa disposition au moins deux paires de gant de Chaput. N'arrive-t-il pas quotidiennement que le même médecin ait dans la même journée à ouvrir un abcès, un phlegmon, un anthrax et ensuite à donner des soins à une femme en couche ?

Le gant, en pareil cas, en protégeant ses mains des contacts septiques (toucher rectal, fûs, autopsies) lui rendra ainsi qu'à ses malades les plus grands services.

Si l'emploi du gant de caoutchouc si facilement stérilisable par l'ébullition, est en effet entré actuellement dans la pratique chirurgicale quotidienne, il faut bien reconnaître que nombre de médecins, de praticiens distingués, à clientèle de choix, ne profitent pas encore, pour eux et leurs clients, de tous les sérieux avantages que comporte l'emploi habituel du gant pour toutes les explorations ou opérations septiques.

INTERETS PROFESSIONNELS

MEDECINE ET ALCOOL (1)

Monsieur le Rédacteur,

La correspondance que vous avez publiée dans l'UNION MÉDICALE, numéro Mai 1910, au sujet des licences d'auberges et la vente des spiritueux dans les campagnes, a été une véritable sur-

(1) A propos de la lettre du Dr Lussier, parue dans le dernier numéro de l'Union, à laquelle nous avons répondu sommairement, nous sommes heureux de publier les deux lettres suivantes, qui corroborent notre opinion. A. L.

prise pour moi. Si cette lettre avait été écrite par le Président de l'Association des Hôteliers de la Province de Québec, j'aurais compris sa raison d'être, car ce Monsieur est chargé de protéger le commerce des alcools, mais quand j'ai constaté qu'elle porte la signature d'un médecin, je me suis demandé si la mentalité de la profession médicale avait fait faillite.

Le bon Docteur LUSSIER considère cette question au point de vue de sa bourse, de ses revenus, de son avenir, de sa famille et de ses rapports avec ses confrères ; mais le côté scientifique, le salut de ses malades, les dangers de l'usage des alcools en médecine, les conséquences désastreuses de l'alcoolisme chez les convalescents qui conservent la détestable habitude de boire après avoir été traités à l'alcool pour une pneumonie, une fièvre typhoïde, etc., la condamnation de l'alcool comme remède par les autorités médicales les plus respectables, sont pour lui lettre morte ; c'est à croire que la médecine est une hérésie.

Je m'empresse, Monsieur le Rédacteur, à titre de médecin de campagne, pratiquant depuis 31 ans, de protester contre les idées émisees par mon estimable confrère. Il est vrai qu'il s'adresse directement aux Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, pour le tirer de ses embarras imaginaires, je sais aussi que ces Messieurs ont la compétence voulue pour régler cette question, mais je crois qu'un ancien gouverneur et un membre du Collège des Médecins peut se permettre de ramener la question sur son vrai terrain.

1° Le malade retire-t-il quelques bénéfices de l'usage de l'alcool comme remède ?

2° Y a-t-il quelque avantage pour le médecin à prescrire les alcools ?

Ces deux propositions sont assez claires, et je suis en position de prouver, par des citations nombreuses, que la médecine moderne réprouve les alcools dans le traitement des maladies : que l'alcool n'est pas un remède, qu'il est un véritable poison, dont l'action n'est pas contrôlable comme pour les autres poisons, qu'il doit rester dans la thérapeutique tout au plus comme remède externe dans les " embareations " et comme dissolvant de quelques substances résineuses.

Je n'ai pas besoin de rappeler le souvenir de tous ces pauvres

malades qui sont devenus alcooliques, après avoir été traités par le brandy ou le whisky. Les femmes ne sont-elles pas les premières victimes de ce funeste poison, dont elles se servent à tout propos ? Les menstrues sont-elles douloureuses, elles ont recours à l'alcool ou à la morphine, la moindre indigestion, réclame son petit verre de gin. Je ne connais pas de plus pernicieuse habitude que l'usage des alcooliques pendant la grossesse et les relevailles. Dieu sait si l'usage en est répandu dans ces circonstances. Après le baptême on passe ordinairement à l'hôtel pour emporter une bonne provision de boisson.

Je dirai plus, et c'est l'usage chez le peuple d'avoir recours à l'hôtelier avant de consulter le médecin au début d'un grand nombre de maladies. Cette pernicieuse habitude ne vient-elle pas des médecins qui mettent toute leur confiance dans l'usage des alcools comme traitement des maladies, ou de ceux qui par crainte de la perte d'un client, ou la crainte d'un confrère mal équilibré et désobligeant, n'ont pas la fermeté de refuser une prescription qu'ils savent contraire à toutes les lois d'une saine thérapeutique.

Hélas, Monsieur le Rédacteur, les nombreuses années passées dans la pratique active de la profession médicale, m'ont permis de signaler bien d'autres faiblesses, mais quand je constate que l'on pousse la témérité jusqu'à vouloir les excuser publiquement, je ne puis m'empêcher de protester avec énergie.

Quand j'écris ce que je pense, comme je le fais dans le moment, je ne crains pas la critique, car je me sens bien appuyé, par des autorités compétentes.

L'alcool est-il nécessaire à la santé ?

Sir Andrew Clark, Sir William Gull, Sir Benjamin Ward Richardson, Sir Frederick Treeves, répondent dans la négative.

"I am bound to say that for all honest, enduring, fruitful work, alcohol never helps a human soul." — *Sir Andrew Clark.*

"A very large number of people fall into the error every day of believing that strong wine gives strength." — *Sir Wm. Gull.*

"Alcohol imparts no power to man." —

Sir Benjamin Ward Robinson.

L'alcool est-il une nourriture ?

"Alcohol can be of no use to me or any other animal as a substance for food." — *Sir Benjamin Ward Robinson.*

"There is no support to the body in the use of alcohol."

Dr. J. C. Reid.

"Alcohol does not nourish the body." — *Dr. L. Beale.*

"Before a man could get a substantial meal of alcohol he would certainly be dead drunk." — *Dr. J. M. Fothergill.*

"It is only lately that we have begun to regard alcohol in its true light as drug and not as a food."

Sir Spencer Wells, Bart. M. D., F. R. S.

"Alcohol is not a food in any sense of the term." *Prof. Miller.*

L'alcool est-il un stimulant ?

"L'alcool appartient à la classe des remèdes connus sous le nom de narcotiques, cette classe comprend le chloroforme et l'éther, remèdes qui produisent une double action. 1° Action hilariaute pour une courte période ; 2° déprimante pour un temps beaucoup plus long." — *Sir Victor Horsley.*

"Tous les auteurs sur la matière médicale, classent maintenant l'alcool parmi les plus puissants poisons narcotiques et toxiques de nature végétale." — *Dr. C. A. Lec.*

"L'alcool est un poison contre lequel il n'y a pas d'antidote connu." — *Professeur Miller.*

Peut-on se dispenser de l'alcool dans le traitement des maladies ?

"L'alcool peut être remplacé avantageusement, sans préjudice pour le malade, tout médecin intelligent devrait être capable de prescrire d'autres remèdes d'une égale valeur, si non supérieure, dans le nombre de cas très limité où l'alcool peut être indiqué."

Dr. S. N. Davis.

"Je pratique la médecine depuis 40 ans, et je n'ai pas prescrit une goutte d'alcool." — *Dr. Lucas M. Bennett.*

"Dans le traitement des maladies on obtient un meilleur résultat par d'autres moyens que par l'alcool." — *Dr. N. Greinfeld.*

"Dans le traitement des maladies, l'alcool a subi une épreuve loyale et il a été jugé sans valeur." — *Sir Victor Horsley.*

Y a-t-il quelque avantage pour le médecin à prescrire les alcools ?

Je viens de dire les inconvénients de l'usage des alcools pour le malade, le médecin de son côté en retire-t-il quelque bénéfice ?

Celui qui s'habitue à prescrire des spiritueux à ses clients, devient, par le fait même, le meilleur agent de l'aubergiste de son village. Celui-ci, qui est désintéressé ne manque pas de citer Monsieur le Docteur un tel, comme son autorité, pour prouver que la boisson est une panacée universelle guérissant toutes les maladies, et les bouteilles de brandy, de gin, de whisky, de vin frelaté se trouvent plus souvent dans la chambre du malade, que les remèdes du bon Docteur.

Allez donc blâmer le client maintenant, lui qui n'a qu'à s'adresser au médecin du village pour avoir une prescription, l'autorisant à acheter une bouteille de brandy ou autre boisson pour lui, pour sa femme, malade, pour celle de son voisin, ou de son troisième voisin.

Je connais des médecins pharmaciens à la campagne, qui n'ont pas les scrupules de Monsieur le Docteur Lussier et qui ne craignent pas le fisc, ils éludent la difficulté en vendant du PÉRUNA, qui contient 28-50% d'alcool, le PARKER'S TOXIC "purely vegetable" recommended for "inebriates", contenant 41-6% d'alcool.

Ces bons médecins-pharmaciens finissent par tomber dans le mercantilisme absolu et ne savent plus prescrire autre chose que les remèdes patentés qui ornent les tablettes de leur magasin. Ces messieurs, de même que ceux qui prescrivent souvent les spiritueux, deviennent des gens populaires, ils réussissent parfois à se faire élire député d'un comté, élaborent et font adopter des lois contre la pratique illégale de la médecine et le charlatanisme.

Vous savez tout cela, Monsieur le Directeur, mais ce que vous ne soupçonnez pas, c'est que ces mêmes législateurs médecins, appuyés par d'autres politiciens plus puissants, empêchent le fonctionnement de la loi médicale, et Monsieur le Régistrare du Collège des Médecins et Chirurgiens est contraint de suspendre pendant douze mois, dans un cas que je connais, l'exécution des plaintes portées contre tel ou tel rebouteur. Ils vont jusqu'à menacer le Collège des Médecins et Chirurgiens d'abroger la loi, de l'amender en légalisant la pratique illégale de la médecine, si le

Collège des Médecins et Chirurgiens ose poursuivre tel ou tel rebouteur célèbre.

Si je me permettais, Monsieur le Directeur, d'ouvrir le rideau plus largement, je vous ferais la description de bien d'autres faiblesses dans la pratique de notre profession à la campagne ; mentionnons en passant, l'exode des malades vers les hôpitaux, la pratique au rabais, l'engagement à vil prix au bénéfice des sociétés de secours mutuels, les examens d'admission dans les assurances sur la vie, par des confrères éloignés, qui acceptent de faire ces examens à prix réduits, pour les compagnies qui tiennent la profession médicale en tutelle.

Comme conclusion à cette critique, je me permettrai de dire au Docteur Lussier, qu'il cesse de prescrire des spiritueux à distance, sans s'occuper de ce que fera son confrère. Qu'il soigne ses typhiques par les méthodes modernes : hydrothérapie, hygiène parfaite, injection de sérum artificiel, de caféine, d'éther ou d'huile camphrée au besoin, alimentation appropriée, et il verra tomber sa mortalité à 5% quand elle s'élève à 25% avec le traitement alcoolique.

Sir William Gull affirme que la fièvre typhoïde peut être guérie sans alcool. Les Docteurs Gairdner, Bishop, Henderson, Mudge, Nichols et Norman Kew, disent la même chose .

J. C. S. GAUTHIER, M. D.

Upton, 20 mai 1910.

N. D. L. R. — Il y a dans cette lettre une accusation grave à propos de poursuites contre les charlatans. Si M. le Dr Gauthier veut bien nous faire connaître ces faits, nous nous engageons à leur donner suite. Et nous *désions le député en question de faire rappeler aucun des articles de notre loi* sur ce point du charlatanisme.

AUTRE POINT DE VUE A PROPOS D'ALCOOL.

Monsieur le Rédacteur,

Voulez-vous me permettre quelques observations sur une correspondance parue dans votre dernier numéro, et signée Docteur

Laurent Lussier, un médecin de campagne, à ce que je comprends, qui se demande " comment le pauvre médecin de campagne peut-il gagner la vie de sa famille, si pour une bouteille (sic) de brandy qu'il a donnée en toute bonne foi à un client, il s'expose à se voir poursuivi et condamné, etc., etc."

D'abord, le médecin qui tient tant à prescrire à son client du brandy par bouteille complète ne le donne jamais; il le vend le plus souvent un gros prix, et mieux que cela, l'alcool qu'il vend n'est pas toujours du meilleur, c'est de l'alcool de pommes de terre, le profit est plus grand.

Quand donc le médecin de campagne ou d'ailleurs sera-t-il convaincu que l'alcool, brandy ou gin, surtout à la bouteille, n'est plus un médicament mais un véritable *poison*?

J'ai déjà dit dans un travail que je présentais au Congrès de Trois-Rivières, ce que je pensais des médecins qui donnent des certificats pour obtenir de la boisson le dimanche, permettez-moi de le répéter, car les deux conditions sont un peu identiques.

Je disais alors: " A ce sujet permettez-moi de dire un mot des certificats que l'on sollicite du médecin pour avoir de l'alcool le dimanche. Pour ma part, je n'en ai jamais donné et je n'en donnerai jamais, car je trouve la chose absolument déplacée: je puis ajouter que j'en ai souvent refusé. Je ne comprends pas comment un médecin peut prescrire une chopine de cognac ou un flacon de gin dans un but thérapeutique. Si la loi a voulu par là rendre service aux malades, elle manque son but complètement, car, au contraire, c'est ainsi qu'elle fabrique des malades."

Si le médecin de campagne veut vendre du whisky à la bouteille il n'a qu'à se mettre épiciier, ce sera plus honnête que de se couvrir du manteau professionnel pour faire un commerce illicite et vendre de l'alcool de sixième ordre.

Je ne suis pas sans peser la portée de mes paroles, mais je sais pour les avoir vus à l'œuvre qu'il existe des médecins de campagne, des *pauvres médecins de campagne* qui augmentent leurs revenus en vendant du brandy ou du gin à la bouteille. Est-ce digne de la profession, je vous le demande ?

Si on fait un changement à la loi des licences, la seule chose à faire serait de supprimer complètement ce semblant de droit.

qu'ont les médecins de détailler impunément l'alcool chez eux comme dans les épiceries ou les bar-rooms.

Il nous restera, n'en craignez rien, une foule de moyens de stimuler nos malades sans en faire des alcooliques.

Je ne suis pas seul d'ailleurs à penser ainsi puisqu'il y a déjà quelques années notre maître à tous en matière d'alcoolisme, le Dr Triboulet disait à la Société de Thérapeutique de Paris: " nous voyons tous les jours la dose qui fait du mal, et en tant que médecin je demande à connaître la dose d'alcool qui fait du bien."

Veuillez me croire, Monsieur le Rédacteur,

Votre tout dévoué,

Geo. BOURGEOIS.

N. D. L. R. — En toute justice pour notre confrère le Docteur Lussier, nous n'avons pas compris qu'il prônait l'alcool en thérapeutique. Au contraire, il mettait les médecins honnêtes en garde contre les autres: ceux qui ne le sont pas. Nous sommes heureux qu'il ait provoqué ce débat intéressant pour nous, et nous l'en remercions, car les conclusions qui s'imposent devront faire du bien à tous.

ENCORE LA CLAUSE 18, PARAGRAPHE 2. — LES DIX ANNEES.

...Note de la rédaction. — La clause des dix années est mal vue. Voici une réponse du Dr Denis. Nous ne sommes pas fâchés de tout cela. Si le médecin lisait plus et s'intéressait davantage aux questions vitales qui le concernent, nos gouverneurs s'habitueraient à les consulter plus souvent et à tenir compte de leur opinion.

Monsieur le Rédacteur,

Monsieur le Docteur L. J. O. Sirois voyant que les raisons de compromis et de concessions réciproques, pour expliquer la cause des dix années, n'avaient pas eu tout le succès désiré, se retranche maintenant derrière l'expérience. Après la nomenclature de médecins célèbres, il pose en principe que le temps et le travail ont été les grands collaborateurs de leur célébrité. Monsieur le docteur admettra, que c'est le travail plutôt que le temps qui rend le médecin célèbre, car c'est par lui qu'il acquiert la science.

Je connais un grand nombre de médecins, ayant plus de dix années de pratique, qui soignent leurs malades, soit par ignorance ou autrement, avec des remèdes patentés, tels que des Pilules Rival, Parmelee ou autres, pour combattre la constipation, etc., etc. Pour conserver leur clientèle, que les jeunes médecins sont en train de leur enlever, non à cause de leur expérience, je vous l'assure, ils sont obligés de soigner au rabais, de faire des visites "gratis pro Deo" comme l'a très bien dit M. le Dr O. E. Desjardins, et ainsi quêter leur clientèle.

Allons donc, cher Docteur, ce n'est pas le principe sacré et inviolable de l'égalité entre les membres de la profession médicale qui sonne le creux, pour me servir de votre expression, mais bien vos arguments boiteux qui n'excusent pas votre injustice envers les jeunes médecins.

En terminant cette lettre je tiens à enregistrer mes félicitations aux jeunes médecins que la Faculté a nommés à des fonctions importantes ; cela vous prouve, une fois de plus, que la valeur n'attend pas le nombre des années.

Docteur A. DENIS.

CONVERSATION A PROPOS DE LA LICENCE INTERPROVINCIALE.

LONDRES et ONTARIO

Je reçois, d'un médecin compétent que je connais bien, une lettre m'informant qu'il a l'intention d'aller planter sa tente dans la province d'Ontario.

Il me demande ce qu'il lui faudra faire pour en recevoir l'autorisation.

Je lui réponds que la chose est très facile. "Allez à Toronto, mon cher ami, et demandez à ces messieurs de bien vouloir vous permettre de subir les examens requis à cette fin, à savoir une réponse écrite et orale sur chacune des matières des quatre années. Et vous "aurez de la veine" si vous recevez votre licence, car il vous faudra écrire et parler *en anglais seulement*, sans compter l'amour que ces messieurs nourrissent pour nous, de la Province de Québec".

— D'ailleurs, si on vous refuse votre admission vous aurez encore l'avantage d'aller exercer en Angleterre, où on vous délivrera un permis sur simple production de la licence et du diplôme de la Province de Québec, car nous échangeons, maintenant, avec l'Angleterre.

— Mais c'est une anomalie ridicule....

— Parfaitement. Mais c'est comme cela. Nous en savons assez pour traiter Sa Majesté le roi George V ou les lords de la Chambre Haute, mais nous sommes totalement insuffisants pour prescrire une potion à nos voisins d'Ontario.

Il est juste de reconnaître que nous avons fait de généreux efforts pour remédier à cet état de choses. Mais nous avons trop souvent cru que, comme l'homme de Tarascon, "c'était arrivé", parce que, comme lui, nous en avons beaucoup parlé. Mais... nous attendons encore le dénouement.

Quand les négociations entamées en vue de la licence interprovinciale sont sur le point d'aboutir, aussitôt on nous baille le Bill Roddick.

Ce dernier est-il amendé et accepté comme pis-aller, aussitôt une petite province de l'Ouest, la Colombie Anglaise, qui ne nous fait ni chaud ni froid, nous pose une objection aussi ridicule qu'inopportune. Et nous languissons.

On nous chante sur tous les tons que la solution est trouvée, tandis que le problème n'est même pas posé.

Nos médecins étouffent dans la province de Québec, à moins qu'ils ne rient à se rompre les côtes de constater qu'il leur est plus facile d'aller exercer en Angleterre que dans Ontario.

— Mais le *proviso*, dans les statuts d'Ontario ?...

— Ah! le *proviso* ?

Eh bien. essayez donc d'en faire la traduction et de l'appliquer à notre organisation actuelle. Nous discuterons ensuite.

Je vous en donnerai un petit exemple le mois prochain.

Nos voisins d'Ontario sont des joueurs hors pair. Comme dans la chanson, ils mettent toujours les deux billes dans le trou!...

— Mais nos *quarante-cinq gouverneurs* ne pourront-ils donc jamais gagner la partie ?

? ? ?

— Ils ne sont pas encore assez nombreux, ou... pas assez forts!

— A moins qu'ils ne siègent ni assez souvent, ni assez longtemps.

— Si, du moins, on les payait pour leurs pas et démarches...

Et la conversation continue.....

TRIBUNE LIBRE

N. D. L. R. — A propos d'une correspondance publiée dans l'UNION MÉDICALE du mois d'avril par le Dr Desjardins, nous recevons la réponse suivante de la part du Dr Boisvert, de Plessisville, qui se croit visé par son confrère.

Nous nous faisons un devoir de publier cette protestation. Tous nos abonnés ont des droits égaux à ce point de vue. D'ailleurs, nous sommes heureux qu'un confrère puisse se justifier d'une accusation de déloyauté professionnelle. De la discussion jaillit la lumière, bien souvent, et ce serait injuste de ne regarder qu'un côté de la médaille dans ces questions de controverses.

Il y a, ici, évidemment un malentendu, entre deux confrères également honorables. Nous persistons à croire que la Société Médicale eut empêché tout cela si elle eut continué ses séances avec l'adhésion de chaque médecin du district.

Au point de vue des rapports entre clients et médecins, il est évident qu'un malade peut faire appeler le médecin de son choix sans commettre une injustice à l'égard du médecin de sa paroisse. Nous n'admettons pas, comme notre correspondant semble le croire, que ce soit là un brevet d'incapacité; il y a souvent du caprice dans un tel désir. Mais un confrère ne doit jamais donner ses soins à domicile à un malade qui désire changer de médecin sans s'assurer que ce dernier a été payé jusqu'à date.

Dans le cas, possible, d'un médecin appelé à la sourdine auprès d'un malade déjà sous les soins d'un autre médecin, il est du devoir de celui-ci d'en prévenir son confrère. Ce dernier peut alors poser deux conditions: ou bien continuer de traiter avec le premier médecin — consultations — ou bien exiger le paiement des honoraires à date du premier médecin avant de continuer ses visites.

C'est la ligne de conduite que nous suivons dans les villes et nous nous en trouvons bien.

Nous conseillons aux médecins des districts ruraux d'agir comme nous. C'est le moyen le plus sûr de convaincre le public que nous avons droit à son respect et à sa considération, parce que nous nous estimons les uns les autres.

Voici donc la lettre de M. le Dr Boisvert.

Plessisville, 27 mai 1910.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Monsieur le Rédacteur,

Dans une correspondance publiée dans le numéro du mois d'avril dernier, sous forme de lettre ouverte aux Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, Monsieur le Dr Desjardins, de Ste-Anastasia, se plaint amèrement de la triste situation du médecin à la campagne.

Il est facile d'y découvrir qu'il s'agit plutôt d'un plaidoyer personnel, et, j'espère qu'aucun des lecteurs de L'UNION MÉDICALE n'a pris trop au sérieux cette épître où il stigmatise les confrères qui ont blessé ses susceptibilités, s'attaquant même à ceux qui lui ont donné sa formation médicale.

Comme je suis désigné par ce confrère demeurant à 15 milles, et que ces prétendus méfaits auraient pu scandaliser quelques-uns des lecteurs de L'UNION MÉDICALE, je viens, M. le Rédacteur, non pas me disculper, puisque mon honorable confrère a l'intention de me citer devant le Conseil de Discipline comme *test case*, mais relever certaines accusations gratuites contenues dans le paragraphe "*Concurrence déloyale*", et établir nos responsabilités réciproques.

Il est un fait notoire: c'est que des confrères voisins sont, très souvent même, appelés dans la paroisse de Ste-Anastasia pour y traiter des malades.

Monsieur le Dr Desjardins aurait dû faire son examen de conscience avant d'accuser ses confrères de déloyauté; il aurait dû chercher s'il n'a pas contribué en tout ou en partie à s'attirer le mal dont il se plaint. Or, j'affirme qu'il est le seul coupable, et voici pourquoi:

Il était à peine arrivé depuis quelques mois, qu'il était déjà l'objet de critiques plus ou moins motivées de la part de quelques paroissiens influents.

Au lieu de faire face à l'orage menaçant, avec tout le ménagement, la diplomatie et le tact dont on puisse être capable en pareille circonstance, mon confrère s'est raidi: c'était trop humiliant de sacrifier ses prétentions aux exigences d'un public ignorant.

Il a réussi à s'aliéner graduellement les sympathies du groupe le plus influent de sa paroisse, de la classe la plus aisée, et par conséquent de ceux qui pouvaient le plus facilement s'éloigner de lui.

Voilà comment il est arrivé à avoir une concurrence qu'il persiste à attribuer à la déloyauté de ses confrères voisins, mais dont il s'est fait, jusqu'à présent, l'artisan inlassable.

Je nie formellement les accusations mensongères de vente de soins à vil prix, d'introduction clandestine, etc., qu'il accumule contre moi.

Je tiens à déclarer que, jamais je suis allé traiter des malades à Ste-A. . . . , autrement que sur leur demande expresse et pour des honoraires trois fois plus élevés que ceux qu'ils doivent ordinairement payer aux médecins de leur paroisse.

Si l'on tient compte de la distance, je ne vois pas comment mon confrère peut raisonnablement crier à la concurrence dans de telles conditions, et ce qui plus est, à la concurrence déloyale.

Mon charitable confrère manifeste une étonnement peu ordinaire quand il me reproche d'avoir visité "*gratis pro Deo*" un ancien ami malade qui avait demandé mes soins cependant.

Il serait peut-être plus étonné encore s'il apprenait que nous avons aidé cet ami malade de nos deniers afin de donner une sépulture convenable à son enfant, qu'il a perdu durant sa maladie.

Tout se réduit en réalité à un différend entre médecin et clients: notre confrère se heurte à la détermination bien arrêtée de quelques-uns de ses coparoiissiens à demander des soins à l'étranger.

Je désirerais connaître le chapitre de la déontologie médicale qui pourrait violenter leur liberté de se servir du médecin de leur choix, n'importe où il se trouve, ou encore, obliger ce dernier à refuser ses soins sous prétexte qu'un confrère pourrait en être blessé.

Comment le Dr Desjardins peut-il invoquer la déontologie médicale pour imposer une consultation au malade qui le remercie de ses services: pourquoi n'avertit-il pas le médecin qui le remplace auprès d'un malade, que ce dernier n'a pas soldé sa note?

J'attendrai avec impatience le moment de l'entendre développer ces points devant le Conseil de Discipline.

Je mentionne en terminant cette phrase regrettable qu'il commence par ces mots: "Encore si c'était un spécialiste émérite, etc., et qu'il termine par un "mais" suggestif.

Pour lui épargner le trouble de tenir sa phrase trop longtemps en suspension, je lui conseillerai de consulter les *Annuaire*s de l'Université Laval de Québec de 1893 à 1898. Ça lui permettra, j'espère, de la compléter avec justice dans le prochain numéro de l'UNION MÉDICALE et de constater que, en dépit du dédain qu'il affecte publiquement à mon sujet, je serais en droit de lui commander de baisser la tête du fier *Sicambre*.

Dr A. J. BOISVERT.

P. S. — Contrairement aux prétentions du Dr Desjardins, la Société Médicale du district d'Arthabaska n'est pas morte.

Nous avons repris, le 24 mai dernier, nos séances régulières, suspendues par la maladie grave et prolongée de notre Président.

Dr A. J. B.

ACTUALITES

Ve CONGRES DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMERIQUE DU NORD, A SHERBROOKE.

La plupart des médecins ont reçu, sans doute, la lettre circulaire que nous publions ci-dessous.

Nos amis de Sherbrooke se préparent à suivre la trace de Québec, Montréal et Trois-Rivières.

Voici les noms des membres actifs du Bureau :

Président, Honorable P. Pelletier, Sherbrooke.

1er Vice-Président, N.-A. Dussault, Québec.

2e Vice-Président, Honorable J. J. Guérin, Montréal.

3e Vice-Président, Joseph-E. Laroche, Manchester, N.H.

Secrétaire-Général, F.-A. Gadbois, Sherbrooke.

Trésorier, J.-O. Ledoux, Sherbrooke.

“ Le cinquième Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, nous disent-ils, est définitivement fixé aux 23, 24 et 25 août prochain.

Les séances se tiendront au Séminaire de Sherbrooke.

Nous nous permettons d'annexer à cette circulaire un état sommaire du programme élaboré jusqu'à date, et d'y joindre aussi les bulletins d'adhésion comme membres actifs et membres participants.

Vous le constaterez, monsieur et cher confrère, en prenant connaissance du programme, le concours de médecins éminents nous est assuré pour traiter les différentes questions qui seront étudiées en séance générale. Nous avons donc raison d'entretenir les espérances les plus optimistes, et de croire que tout le succès voulu couronnera une œuvre secondée par tant de louables efforts.

Nous ne doutons pas que tous les médecins canadiens-français auront à cœur de se joindre à nous, soit en s'inscrivant pour des communications, sur des sujets à leur choix, ou bien en nous faisant parvenir leur adhésion comme membres participants, et par là même de contribuer pour une large part à ce grand mouvement scientifique.

Recevez l'assurance que les citoyens de Sherbrooke vous offriront la plus chaleureuse hospitalité. Notre coquette petite ville, si jolie dans sa parure d'été, se fera plus belle et plus attrayante encore pour fêter dignement la présence de ses visiteurs distingués.

N'oublions pas que ces réunions, tout en contribuant fortement à la diffusion de la science, permettent en outre de resserrer des liens d'amitiés anciennes, aussi bien qu'elles nous fournissent l'occasion agréable d'en former de nouvelles.

Dans l'espoir que vous accueillerez favorablement cette circulaire, veuillez agréer, monsieur et très honoré confrère, l'expression de nos sentiments distingués”.

Le Président,

HON. P. PELLETIER.

Le Secrétaire Général,

Frédéric-A. GADBOIS.

A cette lettre est joint le programme préliminaire suivant :

PROGRAMME DU CONGRÈS MÉDICAL DE SHELBROOKE,
les 23, 24 et 25 août 1910.

Ce Congrès sera divisé en trois sections :

1° Section médicale et annexes.

2° Section chirurgicale et annexes.

3° Section d'hygiène et d'intérêts professionnels.

Trois questions principales seront traitées dans les assemblées générales.

Le cancer de l'estomac, son diagnostic et traitement.

Rapporteurs en médecine: Docteurs DUBÉ et BOURGOUIN de Montréal.

Rapporteurs en chirurgie: Docteurs MERCIER et BOURGEOIS, de Montréal.

Les infections gastro-intestinales.

Rapporteurs: Docteurs ROUSSEAU et LECLERC, Québec.

(a) L'enseignement actuel de l'hygiène à l'école.

Rapporteur: Docteur Jean DÉCARIE de Montréal.

(b) Hygiène scolaire.

Rapporteur: Docteur KENNEDY, Montréal.

Messieurs les docteurs Décarie et Kennedy liront leurs rapports à la séance solennelle d'ouverture, qui aura lieu le soir, devant un public mixte.

La deuxième journée du Congrès sera occupée par les rapports et la discussion des grands travaux.

La troisième et dernière journée sera consacrée, l'avant-midi, aux travaux des sections, et l'après-midi à une promenade sur le lac et aux élections."

* * *

— Comme on le voit, on a mis à l'étude des questions éminemment pratiques pour nous.

Nous demandons donc à tous les médecins de s'unir de nouveau afin de donner une preuve non seulement de cohésion, mais aussi de travail sérieux.

Sans doute, il est moins onéreux de rester chez soi et de croire que le Congrès marchera quand même ; mais est-il sage, est-il patriotique d'agir ainsi ?

Non, évidemment.

Le travail en commun est le plus profitable qui soit.

Il n'y a pas une séance de la Société Médicale de Montréal, en ce qui nous concerne, qui n'instruise davantage ceux qui y assistent.

Par déduction, pourquoi n'en serait-il pas ainsi de nos Congrès ?

Si les rapporteurs ont quelque mérite à synthétiser une question, ils en retirent un bénéfice réel par les études approfondies qu'ils sont obligés de faire de ces points particuliers de la pathologie. Ce qu'ils croyaient obscur ou incomplet s'éclaire souvent d'un jour nouveau et s'achève même quelquefois par le groupement de faits épars qui avaient échappé à la rédaction de nos traités didactiques.

Quant à l'auditeur, sa curiosité s'éveille bien souvent, il prend la bonne habitude, au retour, de lire davantage et d'observer de plus près, il s'intéresse à ses malades, parce qu'il les comprend mieux, en un mot il exerce sa profession avec plus d'intelligence et de succès.

Sans doute, au point de vue scientifique, nous ne sommes pas au pinacle ; mais nous avons déjà quelque mérite d'être ce que nous sommes, car nous avons marché très vite depuis dix ans. Or ce progrès, nous le devons entièrement à nos Sociétés Médicales et à nos Congrès.

Ce serait une erreur que de laisser refroidir notre zèle pour ces grandes réunions.

Allons-y en foule ; publions nos observations, discutons-les et tirons-en tout le bénéfice possible.

Nous souhaitons donc à nos amis de Sherbrooke tout le succès possible. Notre concours est tout acquis.

A. LESAGÉ.

ANALYSES

CHIRURGIE.

Les accidents tardifs du chloroforme, dans *Journal de Médecine et Chirurgie prat.* Avril 1910.

On a depuis longtemps étudié les accidents survenant au cours de l'anesthésie chloroformique ; il n'en est pas de même des troubles graves qui peuvent suivre la chloroformisation de quelques jours ou de quelques heures. On a souvent attribué au choc opératoire ou à l'infection ces cas qui, s'ils ne relèvent pas uniquement de l'intoxication chloroformique, trouvent là leur principal facteur. M. le Dr Roulland vient de publier à ce sujet un travail très complet dans la *Gynécologie* (janvier 1910), à propos d'un cas observé dans le service de M. Doléris. Ces cas sont en réalité très rares et il n'en existe qu'un petit nombre dans la littérature médicale (17 réunis dans ce travail). M. Roulland les a réunis et a reproduit en particulier ceux qui ont été publiés déjà dans la thèse de M. Jean Aubertin sur les *effets tardifs du chloroforme* (1906). Dans le fait qui lui est personnel, il s'agit d'une malade âgée de 50 ans, opérée pour un corps fibreux de l'utérus. Elle eut le jour même beaucoup de vomissements, puis fut prise le lendemain d'une agitation à laquelle succéda bientôt un état semi-comateux qui alla en s'accroissant jusqu'à la mort qui eut lieu le cinquième jour après l'opération. On ne trouva aucune trace d'infection à l'autopsie, mais des lésions du foie et des reins.

Il n'est pas cependant très facile de se prononcer sur les lésions qui dans ces cas comme dans la plupart des autres ont déterminé la mort. En réalité on a trouvé presque toujours des lésions d'hépatite graisseuse avec dégénérescence rapide de la glande hépatique, et aussi, mais moins souvent, des lésions de néphrite, et il faut admettre que le chloroforme joue dans tous ces cas un rôle capital, mais suffit-il à détruire une cellule hépatique normale ? Pourquoi ces accidents sont-ils si rares sur le très grand nombre d'anesthésies chloroformiques ? Il est probable que dans la plupart des cas au moins, il faut admettre une lésion ancienne de la cellule hépatique due soit à une susceptibilité congénitale, soit à une intoxication préalable et que le chloroforme vient donner pour ainsi dire le coup de grâce à un foie déjà insuffisant depuis longtemps.

Quelle que soit la théorie admise, voici la forme que présentent habituellement ces accidents.

Au point de vue clinique, les symptômes seront d'autant plus marqués que l'intoxication sera plus grave. Quelques auteurs ont

cité des cas de malades ayant présenté des troubles graves et ayant guéri.

Dans presque tous les cas mortels, on a remarqué des phénomènes d'intolérance au cours même de l'anesthésie. Les malades ont absorbé des doses considérables de chloroforme, ont eu des vomissements, parfois des syncopes, des excitations nerveuses, etc. Dans les heures qui suivent le réveil, la céphalée débute accompagnée de vomissements extrêmement fréquents (10 à 20 fois en 24 heures et plus). Ils sont pénibles et épuisent les malades; ils deviennent même parfois très douloureux.

Ces vomissements peuvent se prolonger plusieurs jours et une période d'accalmie précède souvent les troubles nerveux qui ouvrent la scène et assombrissent singulièrement le tableau.

Le malade est atteint de terreur vague, il a peur de mourir, il délire ou pousse des cris perçants, il veut se lever. Il présente des contractions partielles de la face, du trismus, des ébauches parfois d'épilepsie jacksonienne. On a noté des troubles vasculaires de la face, la cyanose ou lividité, parfois alternance des deux. Bevan et Fawill ont noté le clonus du pied et le signe de Babinski.

La respiration est toujours irrégulière, difficile, présentant des accélérations ou devenant superficielle. Elle est heletante ou souvent en Cheyne-Stokes.

L'auscultation ne révèle rien, si ce n'est parfois un peu d'assourdissement des bruits vésiculaires et signes de congestion.

L'ictère ou le subictère est fruste et passager.

Le pouls filant et rapide est irrégulier.

Les urines, parfois diminuées de quantité, sont foncées et présentent des petites quantités d'albumine qui sont souvent passagères. On a retrouvé des cylindres et des pigments biliaires. Elles sont pauvres en urée (2 gr. 50, Auburtin) et contiennent de l'urobiline, de l'acétone et des matières extractives.

Le coma succède à ces accidents qui prennent peu à peu un caractère moins aigu et la mort survient entre le troisième et le septième jour.

Pronostic et moyens préventifs. — Le pronostic des intoxications chloroformiques est très sombre; leur traitement est à peu près nul. La caféine, l'huile camphrée, les petites doses de sérum, les inhalations d'oxygène, sont à peu près les seules ressources thérapeutiques dont nous disposons. Il faut avouer qu'elles sont presque toujours inefficaces.

Offergeld donne comme moyen préventif l'administration d'un mélange d'oxygène et chloroforme dans toutes les anesthésies. Il

est souvent difficile et même impossible de prévoir ces accidents, les infectés, les débiles, les intoxiqués, supportent parfois très bien l'anesthésie chloroformique.

Tout au plus peut-on recommander de faire avant toute anesthésie une analyse soigneuse et complète des urines, un examen minutieux du foie et des antécédents hépatiques et dans les cas suspects, chez les alcooliques et les intoxiqués, on administre très prudemment le chloroforme à doses fractionnées en laissant de temps en temps respirer de l'air pur ou de l'oxygène au malade.

THERAPEUTIQUE.

Les colloïdes et l'emploi du collargol par la voie buccale dans la pneumonie et la broncho-pneumonie de l'enfant et de l'adulte, par le Dr Marcel BRENER. (*La Pédiatrie pratique*, mars 1910.)

Les métaux colloïdaux, introduits en thérapeutique il y a quelques années, ont donné des résultats très encourageants, et leur valeur semble définitivement établie.

Les maladies du poumon, la pulmonie de l'adulte et la broncho-pneumonie de l'enfant en particulier, sont surtout justiciables de cette médication.

Jusqu'à présent l'argent colloïdal est plus employé que les autres métaux. On l'introduit dans l'organisme par injection intra-rachidienne, intraveineuse ou hypodermique, par friction cutanée ou par ingestion. Sous l'influence du collargol on voit la température baisser rapidement dans la plupart des cas se maintenir autour de la normale durant tout le cours de la maladie qui se trouve abrégée.

Ce médicament n'agit pas à la façon des antithermiques simples. C'est plutôt un antiseptique puissant, et si la température se trouve heureusement influencée par son administration, c'est à la faveur de son action antimicrobienne.

Ces données sont connues depuis quelques années, mais leur application pratique n'est pas encore assez généralisée. Cela tient parfois au mode d'administration du médicament.

La voie intraveineuse ou hypodermique répugne quelquefois au médecin ou au malade, et d'ailleurs on n'a pas toujours sous la main de l'électrargol aseptique. Par contre la méthode des frictions a toujours l'inconvénient de nous laisser ignorer la quantité de médicament absorbée. Elle doit être très minime.

L'ingestion à laquelle l'auteur donne ses préférences lui a, dans la plupart des cas, donné d'excellents résultats.

Chez les adultes et chez les enfants assez âgés il emploie la forme pilulaire ; pour les très jeunes enfants, c'est à la potion qu'il faut donner la préférence.

On donne chez l'adulte 3 pilules de 5 centigrammes par jour. Chez l'enfant, suivant l'âge, on peut prescrire, par exemple :

Collargol	2 à 6 centigrammes.
Sirop ou glycérine pure	20 grammes.
Eau distillée	80 grammes.

A prendre dans la journée par cuillerée à dessert.

C'est-à-dire qu'on prescrit un centigramme environ par année d'âge et par jour.

Pour édulcorer la préparation on peut donner la préférence à la glycérine qui agit favorablement sur la nutrition.

A l'appui de sa méthode, M. Brener cite un nombre d'observations très démonstratives, celle d'un alcoolique entre autres atteint d'une pneumonie classique qui, dix jours après le début de la maladie se sentait assez bien pour reprendre son métier de souffleur de verre.

Dans la plupart des cas rapportés, la température subit une chute brusque peu après le début du traitement par le collargol, la fréquence de la respiration et le nombre des pulsations cardiaques diminuent également. En somme, l'affection prend une allure bâtarde.

La saison des broncho-pneumonies chez les enfants est un peu passée, pour pouvoir faire une étude suivie du traitement par l'ingestion de collargol, mais nous nous proposons de l'employer systématiquement pour nous édifier personnellement.

Nous devons ajouter que l'emploi du collargol en friction nous avait déjà donné des résultats appréciables mais pas aussi constants que l'absorption par les voies digestives.

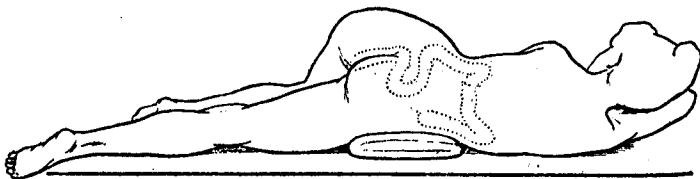
J. C. BOURGOUIN.

Lavements alimentaires. Quelques formules empruntées à la *Revue gynécologique obstétricale et pédiatrique*.

Voici quelques formules de lavements alimentaires qu'a fait paraître il y a quelques années la *Presse Médicale*, et qui peuvent

rendre service, en cas d'impossibilité d'alimenter un malade par la voie buccale.

1° Lait..	75 grammes.
Eau-de-vie	15 à 30 grammes.
Laudanum	II à IV gouttes.
2° Lait..	250 grammes.
Amidon..	60 à 70 grammes.
3° Lait..	250 grammes.
Sucre de raisin..	60 —
4° Lait..	250 grammes.
Jaune d'œufs	n° 1
5° Lait..	250 grammes.
Jaune d'œufs	n° 3
Sel de cuisine	3 grammes.
6° Lait..	250 grammes.
Peptone..	60 —
Laudanum..	V gouttes.
7° Pancréas frais..	50 à 100 grammes.
Viande crue râpée..	150 à 300 —
Graisse..	30 à 35 —
8° Bouillon..	250 grammes.
Vin..	120 —
Jaune d'œufs..	n° 2
Peptone sèche..	10 à 20 grammes.



Pour donner en lavements, on fait coucher la malade sur le flanc. (fig.) On lui donne un lavement à l'eau tiède pour nettoyer l'intestin, lavement qu'elle rend aussitôt, et on envoie le lavement alimentaire tiède que la malade devra garder au moins deux à trois heures.

À ces lavements il est absolument nécessaire d'ajouter quelques ferments digestifs, tels que la pepsine ou la trypsine, à la dose de 0.35 à 0.50 centig. pour aider la digestion intestinale, car nous savons que le gros intestin en est complètement dépourvu.

PEDIATRIE.

Contagion et maladies contagieuses, par DESFOSSÉS et LAGANE, dans *Tablettes Médicales Mobiles*. Avril 1910.

Scarlatine. — L'agent pathogène n'est pas encore nettement connu; peut-être est-ce un streptocoque: *S. banal* (Bergé, 1903), ou *S. conglomeratus* de Kurth.

Durée de la période d'incubation: de quelques heures à 1 mois, en moyenne de 4 à 5 jours.

Durée de la période d'invasion	1 à 2 jours.
— d'éruption	4 à 6 —
— de desquamation	1 à 8 semaines.

Il est de notion classique que la scarlatine est surtout contagieuse à la période de desquamation, les squames étant l'agent le plus important de dissémination de la maladie. La contamination peut se faire directement ou indirectement par l'intermédiaire d'objets ayant appartenu à un scarlatineux (livres, vêtements, etc.), ou de personnes les ayant approchés. Le lait a été parfois incriminé.

Mais actuellement, on admet de plus en plus que la scarlatine est contagieuse pendant la période d'éruption et même pendant la période prodromique, c'est-à-dire pendant la période angineuse. "Seul le mucus bucco-pharyngé ou nasal ou auriculaire, est l'agent de contagion".

Il sera de bonne précaution d'enduire le malade de vaseline pendant sa desquamation, afin d'empêcher la diffusion des squames, et de lui faire prendre à la fin de la maladie un grand bain savonneux. Mais il sera encore plus important de veiller à la désinfection de la gorge et du nez du malade et des personnes qui l'entourent.

La désinfection de la literie, des vêtements et de l'appartement devra être particulièrement soignée, car les germes infectieux s'y attachent, avec ténacité et persistent longtemps. Il existe des cas de contagion après plusieurs mois dans des chambres non désinfectées.

L'isolement du malade doit être imposé; actuellement, les règlements lui assignent une durée de 40 jours; peut-être les nouvelles idées sur le contagion vont-elles les modifier à ce sujet et ne faire maintenir l'isolement qu'aussi longtemps que la langue et la gorge du malade ne seront pas revenues à la normale.

La déclaration et la désinfection sont obligatoires.

* * *

Coqueluche. — Agent pathogène encore inconnu.

La durée de la période d'incubation n'est pas absolument déterminée: elle semble en moyenne de 8 jours. En pratique, on peut affirmer que lorsqu'un enfant isolé d'un milieu coquelucheux ne présente pas de toux après 15 jours, il a échappé à la contagion.

La période catarrhale dure de 8 à 15 jours, la période de quintes, en moyenne, 30 à 40 jours, la période de déclin 14 à 20 jours, avec de grandes variations possibles.

La période de contagiosité de la coqueluche a été très discutée: pour certains auteurs (Weil en particulier, 1901), elle existerait pendant l'incubation, avant l'apparition des signes caractéristiques de la maladie, et serait très limitée aux périodes des quintes, ne dépassant pas le 5e jour. Pour les auteurs classiques, la contagiosité se manifeste avec les quintes, atteint son maximum à l'acmé de la maladie, décroît et disparaît dans la troisième période, avec cette réserve que des quintes rares persistant longtemps à ce stade, peuvent être encore contagieuses, ainsi que les rechutes observées parfois à ce moment.

La contagion se fait très vraisemblablement par les produits d'expectoration.

Elle est le plus souvent directe: un contact de moins de cinq minutes (Roger), un simple baiser (Variot) suffisent à la réaliser.

La contagion indirecte, par l'intermédiaire des vêtements, des jouets, des meubles, du médecin est exceptionnelle, mais mal connue encore; les mouchoirs de poche, les linges de toilette semblent jouer un assez grand rôle.

La prophylaxie consiste dans l'isolement du malade tant qu'il est en période contagieuse. Il sera utile de le faire cracher dans un vase rempli de liquide antiseptique. Une fois guéri, il sera bon de faire désinfecter ses vêtements, sa literie, sa chambre, car il semble que le coquelucheux puisse se réinfecter lui-même.

Pour Weil, les règlements scolaires qui découlent de cette conception de la contagiosité sont très exagérés: ce n'est pas l'enfant qui a des quintes qu'il faut isoler, mais ceux qui l'ont auparavant approché.

La belladone, la vaccination n'ont aucun pouvoir préventif.

La déclaration de la coqueluche est facultative.

* * *

Oreillons. — Agents pathogènes décrits par Laveran et Catrin: cocci souvent grappés en diplocoques, mais leur spécificité n'est pas encore formellement prouvée.

La période d'incubation est particulièrement longue: 15 jours

en moyenne, avec comme durées extrêmes observées 15 et même 8 jours d'une part, 26 et 30 jours d'autre part.

La période d'invasion (période prodromique) dure de 12 à 36 heures: la période d'état, 6 à 10 jours.

La contagiosité débute et même présente son maximum dans l'incubation même. Ainsi les oreillons sont contagieux 24 heures au moins avant que le diagnostic soit possible, analogie étroite avec la rougeole.

Elle persiste pendant toute l'évolution de la maladie et, parfois, persiste après elle.

Le contagion est contenu dans les mucosités de la bouche et du nez.

La contagion a généralement lieu directement: Catrin croit à la nécessité d'un contact intime et prolongé; certains auteurs la croient possible du fait seul du transport des vêtements du malade. En tout cas, le contagion n'est pas transporté au loin par l'atmosphère et un simple mur, une porte vitrée (Variot) peuvent le limiter.

L'isolement doit être maintenu pendant 15 à 20 jours, pour éviter les propagations.

Il sera utile, après guérison, de désinfecter les vêtements, la literie du malade, et de lui faire prendre un grand bain savonneux.

* * *

Méningite cérébro-spinale épidémique. — Agent pathogène: Le diplococcus intracellularis meningitidis de Weichselbaum ou méningocoque.

La durée de la période d'incubation a semblé pouvoir n'être que de 7 jours, parfois beaucoup plus longue.

Sa contagiosité serait assez particulière. Il semble, en effet, que la contagion directe soit rare, puisque fort peu de membres du personnel médical ou infirmier ont été atteints et que les cas multiples dans une même famille sont assez rares.

Elle semble se faire grâce à des intermédiaires qui ne sont autres que des convalescents ou des tierces personnes demeurées saines, ayant été en contact avec un méningitique, autrement dit des "porteurs de germes".

Leur réalité a été prouvée par les recherches bactériologiques, qui ont décélé le méningocoque dans les cavités nasales et, surtout, dans le pharynx de méningitiques ou de personnes ayant été simplement en contact avec eux. Il y aurait environ 18 % de personnes infectées dans le voisinage immédiat des malades.

Chaque porteur de germes peut, à son tour, contagionner d'autres personnes, sans pour cela déterminer de méningite; on comprend donc la possibilité de cas sporadiques unissant entre elles les diverses épidémies.

Les porteurs de germes contaminent leurs voisins par la projection des mucosités naso-pharyngiennes (gouttelettes de Flugge) dans l'acte de parler, tousser, éternuer. Peut-être aussi le microbe s'introduirait-il grâce aux aliments au niveau d'une légère érosion de la gorge et des amygdales.

Tous les sujets dont le pharynx se trouve infecté par le méningocoque ne font pas de la méningite; ceux qui en sont atteints y sont prédisposés par des causes encore mal déterminées.

Le méningocoque disparaît d'une gorge enflammée après une dizaine de jours, mais il a pu persister infiniment plus longtemps.

Du rôle des émotions dans l'étiologie de la chorée de Sydenham, d'après 150 observations personnelles, par M. le docteur Oddo, dans *Pédiatrie pratique*, avril 1910.

La Société de Neurologie et la Société de Psychiatrie de Paris, ont, cette année, consacré leur réunion annuelle commune à l'étude du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques. Le programme de la discussion a été tracé pour les problèmes psychologiques inhérents à cette question, par Pierre Janet; pour les problèmes physiologiques, par Hallion; pour les problèmes neurologiques, par Henri Claude et pour les problèmes psychiatriques, par Dupré. C'est dire l'intérêt qui résultera de cette discussion sur une des plus importantes questions de la neuro-psycho-pathologie. Aussi, n'est-il pas étonnant que la discussion commencée le jeudi 9 décembre n'ait pas été épuisée en deux longues séances et qu'elle ait dû être reprise dans une séance supplémentaire le 16 décembre.

Or, dans le programme des questions neurologiques afférents à l'émotion, Henri Claude pose, au paragraphe 5, la question de l'influence des émotions sur les chorées dans les termes suivants:

"L'émotion provoque certains *accidents choréiformes*, certaines myoclonies au même titre que la suggestion, l'imitation. Elle ne détermine pas la *chorée de Sydenham*, mais elle en exagère nettement les symptômes."

Une enquête soignée faite durant un espace de dix années sur tous les cas de chorée de Sydenham observés au Dispensaire des Enfants malades de Marseille, concernant le rôle des émotions

dans l'étiologie de cette affection, répond précisément à la cinquième question posée par le docteur Henri Claude.

Que le public soit porté à exagérer considérablement l'influence des émotions sur la production de la danse de Saint-Guy, c'est un fait banal et qui ressort de mon enquête, puisque cette influence était mise en cause chez 74 des petits malades que j'ai observés, soit assez exactement la moitié. C'est presque toujours la frayeur, cette émotion dominante de l'enfance qui est en jeu dans les renseignements fournis par les parents ; une seule fois, c'était la colère.

(1) *Date d'apparition de la chorée après l'émotion.* — Dans quinze cas, d'après l'affirmation des parents, les mouvements choréiformes se seraient produits *immédiatement* après l'émotion ressentie par l'enfant. Cette soudaineté d'apparition des accidents choréiques permet de restreindre singulièrement le rôle de l'émotion et, de fait, dans le plus grand nombre de cas, j'ai pu me convaincre qu'il s'agissait, en réalité, d'aggravations ou récidives survenant chez un enfant déjà choréique antérieurement.

Une date éloignée (à partir d'un mois) permet également d'éliminer un certain nombre de cas, une vingtaine environ. Tout au plus pourrait-on, quand le traumatisme psychique a été fort, quand l'impression de l'enfant a été durable, quand son psychisme a paru modifié par une émotion violente, admettre que le trouble émotionnel a joué le rôle de *cause prédisposante*.

Le délai qui semble le plus en rapport avec la notion de causalité va de deux ou trois jours à quinze jours. Ce délai a été observé dans le plus grand nombre des cas : une trentaine environ. L'influence de l'émotion paraît plus probable lorsque, durant cette période, l'enfant a présenté des modifications psychiques notables ; j'ai pu relever dans quelques cas des cauchemars reproduisant le fait qui avait causé l'émotion.

(2) *Nature de la cause émotionnelle.* — Dans la grande majorité des cas, l'événement auquel la mère rattache l'origine de la chorée est d'importance minime, et cette raison dispense des autres pour éliminer ces observations. Il convient cependant de faire quelques réserves pour des enfants très émotifs, à hérédité nerveuse chargée et qui ont été impressionnés fortement et d'une manière durable par des causes légères telles que chutes, rixes, animaux menaçants, ivrognes et qui revêtent ainsi un état psychopatique, qui est le fait principal. Cette particularité se rencontre de préférence chez les anciens choréiques et ici encore, il faut établir une différence très notable entre la production d'une première atteinte et celle d'une aggravation ou d'une rechute.

Je pourrai citer, à cet égard, l'observation d'un petit décroeteur qui revenait au Dispensaire avec une nouvelle recrudescence de chorée chaque fois que la police, le trouvant en contravention, lui saisissait sa boîte.

Les grandes causes émotionnelles sont les plus intéressantes à relever. Je citerai à ce propos : un garçon de 8 ans qui eut une première atteinte de chorée après une très violente tempête sur mer ; un autre, qui devint choréique quelques jours après avoir vu son père mourir subitement ; un autre, qui fut malade quinze jours après avoir essuyé un coup de fusil ; un quatrième, qui devint choréique à la suite d'un incendie.

Parfois les causes émotionnelles se succèdent et agissent par leur superposition autant que par leur intensité. Je pourrai citer comme exemple une fillette de 13 ans et demi qui revenait de l'école avec une compagne lorsque celle-ci fut emmenée par un satyre ; la disparition de son amie, la découverte de son cadavre quelques jours après, l'arrestation de l'assassin, tous ces événements racontés avec mille détails sur les portes, puis la comparution comme témoin devant le juge d'instruction ; enfin, pour couronner le tout, au retour du Palais de Justice, le cheval qui la ramenait s'emporte et la chorée éclate quelques jours après. Car, c'est une remarque à faire que les grands traumatismes psychiques dans la chorée, comme ailleurs, sont suivies d'une phase de méditation qui manque lorsque la cause émotionnelle est moindre, ainsi que nous l'avons vu plus haut.

Dans quelques cas, le diagnostic de chorée pourrait être discuté : dans un pensionnat de jeunes filles on enferme toutes les élèves d'une classe pour leur soustraire la vue de la maîtresse qui a une crise d'hystérie. Les enfants, se trouvant dans l'obscurité et entendant des cris, croient à une explosion de gaz ; trois d'entre elles devinrent choréiques. Rien ne distinguait chez celle que j'examinai, les symptômes de ceux d'une chorée vulgaire.

Mais les faits compris dans ma statistique sont des cas de chorée de Sydenham indéniable, dans lesquelles l'hystérie n'a rien à voir.

Conditions prédisposantes dues à la névropathie héréditaire ou acquise, ayant favorisé l'influence de l'émotion sur la chorée de SYDENHAM. — Chez presque tous les malades que j'ai observés, l'hérédité névropathique était très nette. Du côté paternel, c'est l'alcoolisme qui se rencontre naturellement d'une manière prédominante et aussi l'absinthisme ; mais on y trouve aussi l'aliénation mentale, le suicide, l'épilepsie et le tabès ; du côté maternel, c'est l'hystérie qui occupe la première place et ensuite le ner-
vo-

sisme accentué, la lipémanie, etc. On rencontre aussi fréquemment les convulsions chez les collatéraux et une place spéciale doit être donnée à l'hérédité similaire. La chorée s'est rencontrée chez les frères et sœurs, la mère, le père, les oncles et tantes, dans une dizaine de cas environ.

En ce qui concernait les antécédents personnels de mes petits malades, j'ai trouvé les convulsions dans un grand nombre de cas, la névropathie, le retard de la marche, de la parole, l'énurèse prolongée, etc.

Autrement dit, il ressort de mon enquête que le terrain névropathique héréditaire ou personnel se rencontre presque toujours dans les chorées influencées par les émotions. Il se rencontre même plus souvent dans les cas où l'émotion a joué un rôle que dans ceux où elle a été absente.

Dans un grand nombre des cas aussi, l'émotion n'a pas été seule en cause et concurremment avec elle se rencontrent aussi les causes générales de la chorée admises par tous : le rhumatisme articulaire aigu et les infections diverses, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, etc. Mais on pourrait dire de ces causes ce que je disais plus haut des influences émotionnelles ; c'est que dans un certain nombre de cas, la date éloignée d'apparition de la chorée après l'infection enlève de la valeur à la notion de causalité de cette dernière.

Un élément capital dans l'étiologie de la chorée de Sydenham est l'âge. La chorée est avant tout une maladie de l'enfance : rare avant 5 ans, elle a son maximum de fréquence de 10 à 12 ans et diminue ensuite graduellement, sans que je sois autorisé à penser avec Gilles de la Tourette que la chorée n'apparaît jamais après la puberté : " J'ai vu plusieurs exemples de chorée apparaissant pour la première fois chez les filles pubères ".

Pour en revenir à l'influence des émotions dans l'étiologie de la chorée de Sydenham, loin de moi la pensée de vouloir faire de cette affection une maladie émotionnelle. Mais un premier point qui ressort de mes observations, c'est que dans la très grande majorité des cas, l'émotion est une cause d'aggravation et de récurrence de la chorée déjà constituée. Et, à ce point de vue, il me semble qu'il faut rapprocher cette influence aggravante de l'émotion sur la chorée de l'émotivité des choréiques.

Le choréique est un être essentiellement *impressionnable*, sur-sautant au moindre choc, pâissant et rougissant si on lui parle. On sait, d'ailleurs, combien la moindre émotion, la vue du médecin, porte à son maximum l'agitation choréique et c'est même là

une excellente condition qui favorise l'examen de ces malades.

Cette influence aggravante indéniable se manifeste :

1° Par ses effets immédiats, ainsi que cela ressort de ma statistique ;

2° Par la disproportion qui existe entre la petitesse de la cause émotionnelle et l'intensité des effets produits sur le choréique.

Mais l'émotion peut-elle jouer le rôle de cause déterminante dans la production de la chorée de Sydenham ?

Contrairement à l'opinion si nette de Henri Claude, je n'hésite pas à répondre : oui, dans les conditions suivantes :

1° L'influence émotionnelle est grandement favorisée par le terrain névropathique héréditaire ou acquis ;

2° Les influences émotionnelles déterminantes de la chorée de Sydenham appartiennent à la catégorie des grands traumatismes émotionnels des émotions choes ;

3° Le plus souvent cette cause émotionnelle est suivie d'une période de méditation variant de quelques jours à un mois ;

4° L'émotion n'agit pas comme seule cause, mais elle peut combiner ses effets avec ceux du rhumatisme, de l'infection, etc. ;

5° L'âge du sujet joue un rôle capital : une même émotion pourra produire l'hystérie chez la mère, la neurasthénie chez le père ; elle déterminera la chorée chez l'enfant.

En un mot, je résumerai les conclusions qui se dégagent de mon enquête personnelle sur 150 choréiques : " L'émotion est une cause d'aggravation et de récurrence de la chorée de Sydenham, elle ne la crée pas, mais elle peut en déterminer l'apparition isolément et concurremment avec d'autres causes, à condition de porter sur un terrain préparé par la névropathie héréditaire ou acquise de l'organisme jeune".

Méningite cérébro-spinale épidémique, dans *Journal de Médecine et Chirurgie prat.* Mars 1910.

Bien qu'il n'y en ait pas eu encore un très grand nombre de cas, on peut dire, sans faire de métaphore, que, depuis plusieurs années, la méningite cérébro-spinale épidémique est dans l'air, car cette maladie, qui était à peu près complètement inconnue des générations actuelles, suit une marche ascendante depuis 1903, au moins dans certaines localités, et a pris un caractère quasi-épidémique et ubiquitaire en 1909. Aussi a-t-elle pris un très grand intérêt pour tous les médecins qui sont exposés à en rencontrer des

cas sporadiques dans leur pratique, intérêt d'autant plus grand que la sérothérapie antiméningococcique, surtout quand elle est employée de bonne heure, donne des résultats très remarquables. M. le Dr Comby vient de publier sur ce sujet, dans les *Archives de médecins des enfants* (no 3), un article dont les éléments sont empruntés presque uniquement à l'observation de malades traités dans son service et qui donne une idée très nette de ce que l'on doit savoir de la maladie, tant au point de vue de son épidémiologie et de sa symptomatologie, qu'au point de vue de sa thérapeutique.

M. Comby a pu réunir dans son service, pendant les cinq premiers mois de 1909, quinze observations de méningite cérébro-spinale, tandis que les six années précédentes il n'en avait réuni que 16 cas en tout, c'est-à-dire environ 12 fois moins, proportionnellement au temps écoulé. Mais le nombre allait toujours croissant d'année en année pour arriver au chiffre actuel. A noter tout de suite que, dans la période antésérothérapique, la mortalité fut considérable, 75 p. 100, alors qu'avec le traitement sérothérapique, elle est tombée à 20 p. 100.

Si l'on s'en tient à l'observation des 31 cas entrés dans le service, on remarque au point de vue étiologique qu'il y a eu beaucoup plus de cas en hiver, pendant les quatre premiers mois de l'année (19), que pendant les huit mois suivants (12). Le froid et l'humidité semblent favoriser la propagation de la méningite. C'est ainsi que si on ne considère que l'épidémie de 1909, on voit les cas se multiplier en février et mars pour s'arrêter en mai et juin.

La contagiosité semble très faible dans les conditions actuelles de notre hospitalisation. Quoiqu'il n'ait pris aucune mesure d'isolement pour les malades hospitalisés, M. Comby n'a pas eu à déplorer de cas intérieur, ni parmi les enfants, ni parmi les élèves ou le personnel auxiliaire. En ville, de même il n'a jusqu'à présent relevé aucun cas de contagion directe.

Mais cette contagiosité n'est pas niable, et elle s'explique par les mucosités du nez et de la gorge, dans lesquelles on a trouvé souvent le méningocoque virulent et c'est là qu'il faut faire porter les mesures préventives.

Cette recherche du méningocoque, faite dans le service par M. et Mme Debré, a été positive dans la plupart des cas. Même chez les malades guéris, on a pu pendant assez longtemps (un mois ou deux mois) déceler la présence de ce microbe dans le mucus nasopharyngien. Cette persistance du méningocoque est fâcheuse pour la prophylaxie et il faut se défier des *porteurs de germes*, qui

sans avoir été malades eux-mêmes, ou après leur guérison apparente, sont dangereux pour l'entourage.

L'âge des malades a varié beaucoup: 13 entre 4 mois et 2 ans, et 18 au-dessus de cet âge.

— La symptomatologie de la méningite cérébro-spinale est très variable. En général, la maladie débute brusquement sans phase prodromique appréciable. L'enfant est pris de vomissements dans les deux tiers des cas; la céphalée est moins fréquente, difficile d'ailleurs à relever chez de très jeunes enfants, mais elle s'accuse dans la seconde enfance. Toutefois ces symptômes, vomissements et céphalalgie, ne sont pas caractéristiques par eux-mêmes; ils peuvent marquer l'invasion de beaucoup d'autres maladies infectieuses.

Ce qui est vraiment important et utile pour le diagnostic, c'est la raideur de la nuque. L'enfant a le cou raide et parfois la tête projetée en arrière, dans l'attitude de l'opisthotonos. La raideur s'étend à toute la colonne vertébrale. Elle se manifeste aussi dans les membres inférieurs, de telle sorte que l'enfant, étant assis, ses jambes restent demi-fléchies sur le lit; et ne peut les étendre et, quand on veut le faire, on provoque de la douleur. Ce symptôme est désigné depuis quelques années sous le nom de *signe de Kernig*; il est loin d'être constant, M. Comby, ne l'a relevé que 12 fois sur 31 cas. D'autre part, il se rencontre dans d'autres maladies qui n'ont rien à voir avec la méningite. Il l'a vu très net dans la pneumonie, dans la fièvre typhoïde, etc. Il le considère comme sans valeur réelle.

La tache cérébrale ou raie méningitique est habituelle dans la méningite cérébro-spinale. Elle a rarement manqué dans tous ces cas.

L'herpès labial est un phénomène des premiers jours, et son apparition peut fixer le diagnostic. Mais il ne se rencontre au plus que dans le tiers des cas. On l'a vu envahir l'intérieur de la bouche, les joues, le palais.

Les convulsions ne sont pas rares. A signaler le strabisme interne ou externe, unilatéral ou bilatéral, mentionné dans plusieurs observations. Parfois le malade semble ne pas voir, ne pas entendre; la cécité, la surdité peuvent persister après la guérison. La surdité permanente est signalée dans une des cas. Quant à la cécité, elle n'a pas persisté, et les lésions du fond de l'œil se sont montrées d'ordre congestif, c'est-à-dire curables.

Il est remarquable de voir la plupart des malades conserver toute leur connaissance et toute leur présence d'esprit au milieu

de symptômes très inquiétants. Cette persistance de l'intellect fait contraste avec la somnolence et l'abattement de la méningite tuberculeuse. Cependant M. Comby a noté le *délire* cinq fois. La *constipation* est fréquente, mais beaucoup moins que dans la méningite tuberculeuse. Chez deux malades, il a observé des *arthrites* assez graves et douloureuses. Dans un de ces cas, l'arthrite s'est compliquée de *phlegmatia alba dolens*; dans 2 cas, d'une *otite* double. L'association de la rougeole a été relevée chez 2 malades; 2 fois également on a observé la coqueluche au cours de la méningite cérébro-spinale. Tous ces malades ont guéri. Dans 2 cas, la méningite s'est déclarée après la pneumonie, et dans 1 cas après la vaccine.

La *fièvre*, dans la méningite cérébro-spinale, est très variable. Il est des cas avec hyperthermie passagère, prolongée ou intermittente. Dans d'autres cas, la fièvre est modérée, ne dépassant pas 38° et 38°5. Enfin, il y a des cas absolument apyrétiques, quoique terminés par la mort. Donc la fièvre n'est un guide ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic, ni même pour le traitement.

Il est des formes rapides, foudroyantes même, évoluant en deux ou trois jours; des formes d'une durée moyenne de huit à quinze jours; des formes prolongées (un mois, deux mois, trois mois); des formes à rechute. Dans un cas prolongé plus de six semaines, on a noté la formation d'*escarres* sacrées et trochantériennes qui ont contribué à la terminaison funeste.

Il serait souvent bien difficile d'affirmer l'existence ou tout au moins la nature de la méningite sans la *ponction lombaire*.

Celle-ci a donné presque toujours des résultats probants. Dans quelques cas, la ponction est restée blanche; dans la plupart des autres, elle a donné un liquide trouble, laiteux, jaunâtre, paraissant contenir du pus même à l'œil nu. Le liquide céphalo-rachidien, ainsi altéré, tantôt coulait goutte à goutte et petite quantité, tantôt coulait en jet, abondamment, avec hypertension manifeste. On a pu en retirer souvent 25, 30, 35, 40 centimètres cubes. Quelquefois, le liquide est clair, mais laisse un dépôt floconneux. Parfois il est ambré, un peu jaune, sans cesser d'être limpide.

L'examen microscopique, après centrifugation, montre la présence de nombreux éléments polynucléaires, avec des diplocoques de Weichselbaum intra ou extra-cellulaires. Cette constatation a été faite dans toutes les observations.

Quand l'enfant va mieux, surtout après la sérothérapie, le liquide cérébro-spinal devient plus clair et aux polynucléaires succèdent les lymphocytes. On peut ainsi, par les modifications du liquide céphalo-rachidien, saisir les phases de régression et annoncer la guérison prochaine.

On voit le rôle joué par la ponction lombaire, au double point de vue du diagnostic et du pronostic.

Avant l'emploi du sérum antiméningococcique, en effet, on traitait les malades de la façon suivante: bains chauds à 37 ou 38° pendant dix minutes toutes les trois, quatre ou six heures, suivant les cas. Quand le bain chaud ne pouvait être donné (trop grande fatigue de l'enfant, raideur généralisée), on employait le drap mouillé tiède ou froid, renouvelé plusieurs fois par jour.

Outre les bains, M. Comby a fait systématiquement à tous les malades des ponctions lombaires, laissant couler le liquide purulent le plus possible. Ces ponctions évacuatrices étaient renouvelées tous les deux ou trois jours. Quelquefois elles ne donnaient que du sang ou restaient blanches, d'où leur inefficacité. Mais, quand elles étaient suivies d'un écoulement abondant, elles soulageaient le malade.

Plusieurs fois, après la ponction lombaire, on a injecté dans le canal rachidien 5 ou 10 centimètres cubes d'électrargol, tantôt avec succès, tantôt sans effet favorable. Dans d'autres cas, ces injections d'électrargol ont été faites dans le tissu sous-cutané ou dans les veines du pli du coude, du pied, etc.

Il a semblé que, chez quelques enfants, ce médicament avait eu une réelle efficacité. Ajoutez à cela les calmants, la glace sur la tête, l'opium, etc.; c'est tout ce qu'on pouvait faire avant le sérum.

"... Dans la seconde série de mes observations (épidémie de 1909) dit M. Comby, j'ai employé le sérum antiméningococcique chez 14 malades. Chez les nourrissons et même chez quelques enfants plus âgés, j'ai injecté 10 centimètres cubes à la fois; chez d'autres, la dose moyenne a été de 20 centimètres cubes; enfin, dans plusieurs cas, j'ai injecté 30 centimètres cubes de sérum à chaque fois. Ces injections ont été répétées une, deux, trois ou un plus grand nombre de fois, jusqu'à douze chez une seule malade (plus de 260 grammes de sérum). En général, les injections ont été bien supportées; mais plusieurs enfants ont accusé de vives douleurs à la tête et aux jambes pendant l'injection. Nous n'avons pas tenu compte de la quantité de liquide retiré pour la quantité de sérum à injecter. Même dans les cas de ponctions blanches, nous avons injecté du sérum. Les accidents sériques ont été très rares. Deux malades seulement ont eu des érythèmes passagers. C'est peu sur près de 60 injections et plus de 1,000 centimètres cubes de sérum de diverses provenances chez 14 malades. Avec le sérum de Dopter ou de Flexner, sur 10 malades traités, j'ai compté 2 morts et 8 guérisons. Avec le sérum de Kolle, 4 morts

sur 4. Le résultat total a été de 6 morts sur 14, soit près de 43 p. 100, ce qui n'est pas merveilleux. Mais cette statistique a été chargée outre mesure par des circonstances particulières, par des cas ultimes, pris trop tard ; si nous défalquons ces cas, la mortalité s'abaisse à près de 20 p. 100".

A titre prophylactique, chez les porteurs de germes, convalescents, guéris, ou même sains qui ont été en contact avec les malades, il faudra faire le nettoyage des cavités naso-pharyngées suivant le procédé de M. Vincent. Inhalations quatre à cinq fois par jour, pendant trois minutes, d'une certaine quantité du liquide suivant versé dans un bol qui trempe dans une cuvette d'eau très chaude :

Iode..	20 grammes
Gaïacol..	2 grammes
Acide thymique..	0 gramme 25
Alcool à 60°..	200 grammes

Badigeonnage de la gorge matin et soir avec un tampon d'ouate imbibée de :

Iode métalloïde..	0 gramme 50
Iodure de potassium..	1 gramme
Glycérine..	15 grammes

Se rincer la bouche, se gargariser avec de l'eau oxygénée à 1 p. 100.

Par ces moyens, on pourrait faire disparaître les méningocoques en quatre jours du rhino-pharynx des porteurs de germes.

OBSTETRIQUE.

Sur les dangers des injections sous-cutanées d'eau salée dans l'éclampsie. PIERRA, dans *Revue Mensuelle de Gynécologie et d'Obstétrique*. Avril 1910.

Chez une éclamptique qui avait subi une césarienne vaginale, survint, 3 heures après, une anurie complète. Une décapsulation fut pratiquée, qui provoqua une diurèse abondante et une diminution parallèle de l'albumine ; en même temps, la malade, qui était dans le coma, reprenait connaissance.

C'est alors qu'on lui fit des injections sous-cutanées de sérum artificiel, qui atteignirent 3 litres en 24 heures. Immédiatement, l'oligurie reparut, l'albuminurie augmenta, le coma s'installa de nouveau, et la malade finit par succomber.

L'auteur rapproche ce fait malheureux des expériences de Kowasoye : elles ont montré que l'eau salée ne s'élimine par le rein que si l'intégrité de cet organe est parfaite, mais que, s'il présente une lésion même légère, le chlorure de sodium s'accumule dans l'organisme, l'affection rénale s'aggrave et les œdèmes augmentent.

Les injections de sérum peuvent donc occasionner des accidents graves et même mortels. Loin de favoriser la diurèse, elles ferment le rein ; et, d'autre part, comme nous l'avons montré, elles ont encore l'inconvénient de favoriser les congestions et les œdèmes dans différents organes ; enfin elles élèvent la tension artérielle. C'est plus qu'il n'en faut pour qu'on doive les rejeter systématiquement du traitement de l'éclampsie.

Quatre cas de décapsulation rénale pour éclampsie puerpérale.
(LICHTENSTEIN). *Revue de Gynécologie et d'Obstétrique.*
Avril 1910.

L'auteur a pratiqué 4 fois cette intervention. Trois de ses malades ont guéri, la dernière seule a succombé.

Dans les trois premiers cas, il existait une albuminurie intense (14 gr. dans le premier), le taux des urines était très abaissé (l'anurie était même complète dans le troisième), et les accès étaient très fréquents (25 à 33). Or, la diurèse s'est rétablie : es rapidement chez les trois malades, l'état général s'est amélioré, et les accès ne se sont pas reproduits (sauf un accès dans un des cas).

Dans le dernier cas, il y avait 18 gr. d'albumine ; l'auteur pratiqua l'accouchement prématuré artificiel. Ce n'est que 15 jours après que survinrent les accès, (21, en 14 heures), bientôt suivis de coma, avec anurie absolue. L'auteur pratiqua une saignée de 150 c.c., mais fit deux injections de sérum, de 3 litres en tout ! La malade succomba et à l'autopsie on trouva une dégénérescence graisseuse des deux reins.

Il semble bien que la décapsulation ait joué, dans les trois premières observations, un rôle important. Ces faits sont à rapprocher d'autres faits du même ordre, encore trop peu nombreux pour entraîner une opinion solidement assise.

Du lever précoce des accouchées. (MEUSER. *Société gynécologique néerlandaise*, 19 décembre 1909), dans *Revue Mensuelle de Gynécologie et d'Obstétrique.* Avril 1910. (LAFONT.)

L'auteur s'est livré à d'intéressantes recherches sur ce sujet controversé.

Sur 300 femmes, 200 se sont levées le 9^e jour, les 100 autres avant le 7^e et, pour la plupart, du 3^e au 5^e jour.

Voici, mis en regard les uns des autres, les résultats obtenus, suivant qu'on a procédé de l'une ou de l'autre façon :

Elévations de température au-delà de

	Lever précoce	Lever tardif
37, 9°	27 %	39 %
Lochies abondantes ou sanguines de longue durée	22 %	2 %
Lochies odorantes	3 %	5 %
Antéflexion fortement prononcée	8 %	— %
Rétroflexion utérine	5 %	7 1/2 %
Subinvolution utérine	17 %	1 5 %
Thrombose	2 %	0.5 %

Ajoutons que, dans les cas de lever précoce, les garde robes ont été plus régulières.

En résumé, il semble résulter de ces recherches que la *tendance à la thrombose* serait plus fréquente chez les femmes qui se lèveraient tôt. C'est là une conclusion qui demande à être confirmée par de nouvelles expériences. Les accoucheurs, en effet, restent divisés à ce point de vue, les uns penchant pour la nécessité du repos prolongé, les autres pour le lever précoce, et d'autres, enfin, dont nous sommes, pour une pratique plus éclectique et s'inspirant surtout des circonstances.

HYGIENE

L'action du froid sur le lait, par LORTAT, JACOB et SABAREANU, dans *Revue gynécologique, obstétrique et pédiatrique*. Mars 1910.

Voici quelques détails importants à connaître sur la question du lait.

M. Miguel a trouvé que dans 1 cc. de lait venant d'être traité, le nombre de bactéries augmentait dans des proportions curieuses :

Arrivée au laboratoire	9.000 par cc.
1 h. après	21.750 —
2 —	36.250 —
7 —	60.000 —
9 —	120.000 —
25 —	5.600.000 —

Pour empêcher ces cultures, trois procédés : la stérilisation, la pasteurisation, l'ébullition.

La stérilisation :

Le lait est porté à 110°. Mais les cliniciens ne préconisent guère ce procédé, qui n'est pas toujours parfait, qui altère la saveur et la composition chimique du lait, le rend quelquefois indigeste, et n'est pas toujours accepté par les enfants (*Marfan*).

La pasteurisation et l'ébullition :

La température du lait est portée à 80° ou 100°. Les microbes pathogènes et le ferment lactique sont détruits, mais les autres microbes et les spores restent intacts. Les diastases sont respectées. Ce procédé est excellent, mais il laisse persister des microbes qui peuvent produire des altérations. Aussi faut-il ajouter à ces procédés l'emploi du froid.

La congélation :

On abandonnera la congélation proprement dite, qui a le défaut de séparer les différents éléments du lait, ce qui fait que, lorsqu'on décongèle le lait, il ne reste plus en masse uniforme et homogène. Et quand au bout d'une quinzaine de jours on le réchauffe, on a de petites congulations qui lui enlèvent ses propriétés gustatives et alimentaires.

Il vaut mieux se fixer sur la réfrigération (au-dessous de 0°), qui n'a pas tous ces inconvénients. C'est un lait vivant, qui, histologiquement, garde ses qualités.

La réfrigération empêche la pullulation microbienne normale. Il faut la faire immédiatement après la traite, et laisser le lait dans un endroit froid. On peut donc l'appliquer :

- 1° Sur le lait cru, quand on est sûr de sa provenance ;
- 2° Sur le lait pasteurisé, quand on redoute les microbes pathogènes.

Après la réfrigération à + 2°, le lait doit être maintenu jusqu'à sa consommation à une température inférieure à + 12°.

PHARMACOLOGIE

Iodures de potassium et de sodium. — Administration, par LOMBARD, dans *Tablettes Médicales Mobiles*. Mars 1910.

On peut administrer l'iodure par la voie gastrique, la voie rectale, ou la voie hypodermique. La forme pilulaire n'est certaine-

meent pas à recommander ; cependant il est certains malades à qui ce mode d'administration convient et dont l'estomac n'en souffre pas trop ; on prescrit (Barié) :

Opium brut.	0 gr. 01 centigr.
Térébenthine de Bordeaux	0 — 05 —
Iodure de potassium.	0 — 15 —
Pour une pilule.	

ou bien les pilules ou dragées répandues dans le commerce.

Le plus souvent, on utilise les solutions, et on formule :

Iodure de potassium.	20 grammes.
Eau distillée	300 —

dont une cuillerée à soupe contient 1 gramme et une cuillerée à café 33 centigrammes.

En raison de l'élimination très rapide de l'iodure et de l'importance, pour l'organisme, à en être toujours imprégné, la dose quotidienne d'iodure devra être prise en un grand nombre de fois ; aussi peut-on la faire avaler avec chaque prise d'aliments, diluée dans du lait ou de la bière, qui en masque assez bien la saveur désagréable ; mieux encore peut-on faire mettre cette dose dans une carafe d'eau qui sera bue à tous moments de la journée, même sans tenir compte des repas. La saveur est ainsi masquée, mieux peut-être que par de l'anisette ou du sirop (café, écorces d'oranges amères) :

Iodure de potassium.	10 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.	200 —

dont une cuillerée à soupe contient 1 gramme.

La voie rectale est à recommander souvent : les lavements sont préférables aux suppositoires :

Iodure de potassium.	10 grammes.
Eau distillée	150 —
Laudanum.	XXX gouttes.

Une cuillerée à soupe dans 200 grammes d'eau bouillie tiède, pour un lavement à conserver.

L'injection hypodermique en solution à 2 ou 3%, et à la dose quotidienne de 3 à 4 cc., convient très bien comme traitement local de certaines lésions tertiaires ; elles agit rapidement et est très bien tolérée, mais très douloureuse.

Le traitement ioduré a toujours une durée prolongée ; mais le mode d'administration varie avec l'affection qui en est justiciable :

dans l'asthme, il se fait dans l'intervalle des crises ; 15 à 20 jours par mois, ou bien une semaine suivie de trois jours de repos, et ainsi de suite. Toutes les 3 ou 4 semaines, on interrompt le traitement pendant 10 à 15 jours. On associe souvent l'iodure à la lobélie :

Iodure de potassium	} aa 10 grammes.
Teinture de lobélie	
Eau distillée, q. s. p.	300 cc.

dont on prend une à trois cuillerées à soupe par jour, la faible dose étant souvent suffisante

Chez les asthmatiques nerveux, on l'associe au bromure. De même, pour combattre les douleurs précordiales, dans les myocardites chroniques. Mais, dans l'asthme et l'emphysemèse pulmonaire, on peut, dans les cas aigus, donner la potion suivante :

Kermès	0 gr. 15 centigr.
Iodure de potassium	0 — 50 —
Eau de laurier-cerise	3 —
Sirop thébaïque	30 —
Julep, q. s. p.	300 cc.

A prendre par cuillerées à soupe dans les 24 heures.

Tant pour calmer la douleur que pour modérer son action irritante sur les muqueuses, on prescrit souvent l'iodure avec l'extrait thébaïque :

Extrait thébaïque	0 gr. 10 centigr.
Iodure de potassium	10 —
Eau distillée	300 cc.

à laquelle solution on peut adjoindre du bromure de potassium.

Dans le même but, on s'est adressé à la belladone.

Teinture de belladone	3 grammes.
Iodure de potassium	5 —
Eau distillée, q. s. p.	150 cc.

(1 cuillerée à soupe contient 50 centigr. d'iodure et 30 centigr. de teinture de belladone. Codex 1908.) Il faut surveiller la tolérance à la belladone.

Dans la syphilis, la dose utile est de 3 grammes chez l'homme, 2 grammes chez la femme ; cette dose peut être portée à 8 et 10 grammes, mais il n'y a aucun avantage à atteindre les doses énormes de 15, 20 grammes et plus, qui ont été données.

BIBLIOGRAPHIE

Guide de l'étudiant en médecine, par le Dr Joseph GAUVREAU, registraire du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec. Opuscule de 22 pages.

Notre ami le Dr Joseph Gauvreau vient de publier un opuscule où sont consignés et annotés sommairement tous les renseignements indispensables à l'étudiant en médecine.

Il suffit de jeter un coup d'œil rapide sur les différents chapitres de cet opuscule de poche pour connaître la procédure à suivre en toute circonstance.

Voici quels en sont les principaux chapitres :

- 1° Le Bureau provincial de médecine.
- 2° Le Régistraire.
- 3° Admission à l'étude de la médecine.
- 4° Le comité des créances.
- 5° Les examens préliminaires, y compris l'ordre des matières et le nombre de points assignés à chacune d'elles et la durée de l'examen.
- 6° A l'Université.
- 7° Le Bureau médical d'examineurs.
- 8° La licence.
- 9° Renseignements divers.
- 10° Enfin des formules diverses avec carte d'identité.

— Nous sommes heureux de féliciter notre ami Gauvreau de son travail utile et intelligent.

C'est bien comprendre les devoirs de sa charge que d'occuper ses loisirs à vulgariser les notions élémentaires de notre loi médicale dont les textes entortillés prêtent à toutes les interprétations, si bien qu'ils se contredisent sur plus d'un point.

Nous comptons que notre dévoué registraire n'en restera pas là.

L.

Hygiène du Visage (cosmétique, esthétique et massage), par le Dr GASTOU, directeur du laboratoire central de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-18 de 70 pages avec 14 figures. Cart. 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

L'hygiène et le traitement des maladies du visage sont le plus souvent et à tort négligés par le médecin, abandonnés aux empiriques ou laissés sans contrôle médical aux parfumeurs et aux instituts de beauté.

Le visage est, de par sa situation découverte, de tous les organes le plus exposé soit aux irritations naturelles, action de l'air, du chaud, du froid, soit aux irritations artificielles: soins de propreté mal compris, hygiène défectueuse, pratiques nuisibles de coquetterie, abus cosmétiques ou médicamenteux. Toutes les irritations deviennent l'origine ou le point de départ de troubles fonctionnels ou de maladies locales.

Montrer ce qu'il faut faire pour éviter les maladies du visage, conserver ce qui est, prévenir ce qui n'est pas, cacher ce qui est défectueux ou donner ce qui manque, c'est-à-dire l'hygiène préventive, les soins de la toilette, la question des cosmétiques, telles sont les questions exposées par le Dr Gastou dans ce petit volume des *Actualités médicales*.

On y trouvera successivement l'étude de la cosmétique chimique (art du parfumeur), de la cosmétique physique et mécanique (hydrothérapie, frictions, *massages esthétiques*, électrothérapie et physiothérapie), et enfin la cosmétique médico-chirurgicale (petite chirurgie et injections de paraffine) et la prothèse et la chirurgie esthétiques.

Esquisses Cliniques de Physiothérapie, traitement rationnel des maladies chroniques. par le Dr J. A. RIVIERE, de Paris; rédacteur en chef des *Annales de Physiothérapie*, Chevalier de la Légion d'Honneur, etc. Ouvrage in-8° Jésus de 400 pages, précédé d'une lettre du Pr Lancereaux, ancien président de l'Académie de Médecine, et accompagné de 64 gravures. Prix: 7 fr. 50.

Rédigé pour les praticiens, d'une manière très méthodique, ce livre synthétise toute une existence vouée à la physiothérapie, dont l'auteur est le précurseur et le pionnier convaincu. Les onze premiers chapitres traitent de l'outillage thérapeutique pour les applications de l'électricité, de l'air, de la lumière, de l'eau, de la chaleur et du mouvement. Les quinze derniers traitent des maladies infantiles, de l'anémie, des états pulmonaires et cardiaques, de l'arthritisme, de la neurasthénie, de l'obésité, de l'artério-sclérose, des affections du tube digestif, de la peau et de l'utérus. Un important chapitre est consacré à la physiothérapie du cancer. Le volume se termine par d'intéressantes considérations sur le moral dans les maladies.

L'ouvrage du Dr Rivière marquera sa place parmi les publications de l'heure présente consacrées à l'apologie de la thérapeutique naturelle. L'auteur a su y montrer éloquemment toutes les ressources que le médecin peut trouver dans les agents physiques, au grand bénéfice de sa clientèle journalière.

Guide pratique du diagnostic de la Syphilis, séro-diagnostic, par le Dr P. GASTOU, directeur du Laboratoire central de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-16 de 96 pages, avec 22 fig., cart.: 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Haute-feuille, à Paris.)

Ce petit livre décrit et explique la Technique du diagnostic de la syphilis, telle qu'elle est pratiquée à l'hôpital Saint-Louis.

La *première partie*, Diagnostic clinique de la syphilis selon ses périodes, est l'énumération des procédés de laboratoire à employer dans le diagnostic de la syphilis en incubation, en activité, latente ou suspecte.

La *seconde partie* étudie les différents procédés de laboratoire: examen à l'ultra-microscope; colorations sur frottis; examen histologique des coupes; examen du liquide céphalo-rachidien; inoculation aux animaux; séro-agglutination du spirochète; séro-diagnostic basé sur la déviation du complément; méthodes chimiques.

Les auteurs insistent surtout sur le séro-diagnostic de la syphilis.

Après avoir étudié les bases du séro-diagnostic en général: l'immunité et son mécanisme; l'hémolyse et les systèmes hémolytiques, la déviation du complément, M. Gastou passe en revue les différentes méthodes de séro-diagnostic.

Dans la *troisième partie*, il expose les résultats donnés par le séro-diagnostic au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement de la syphilis. Ces résultats ont trait:

1° Au diagnostic de la syphilis suivant ses périodes et ses accidents; 2° aux questions de la syphilis conceptionnelle et congénitale, de l'allaitement et des nourrices; 3° à la valeur étiologique de la séro-réaction dans le mariage, la descendance, la prostitution et les assurances; 4° à la valeur du séro-diagnostic, relativement au pronostic de la syphilis, à l'application du traitement, à sa durée et à sa forme.

Les auteurs en tirent des conclusions relatives à la nécessité: 1° d'associer au mercure, comme base de traitement de la syphilis, les arsenicaux qui agissent contre les spirochètes et les lécithines qui remédient à l'usure du système nerveux, l'iode n'étant qu'un adjuvant contre les lésions artérielles; 2° de traiter toute femme syphilitique ou non, qui a conçu d'un père entaché de syphilis récente ou ancienne.

SUPPLEMENT

POUR LES MEDECINS PRATICIENS

VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE "VINOL" DANS CERTAINES MALADIES DE L'ENFANCE ET DE L'ADULTE.

Par JAMES BURNET, M. A., M. D., etc.

L'insuccès de la pêche à la morue, il y a deux ans, et la diminution considérable dans cette industrie, a favorisé des prix plus élevés pour l'huile de Foie de Morue originale, et conséquemment suggéré l'idée de la "substitution" sous différentes formes, à des prix modérés : Emulsion pétroléum et autres sans valeur thérapeutique et sans résultats, absolument dépourvues de pesanteur et substances grasses particulières à l'huile de foie de morue.

Stimulant actif, mais sans valeur dans le rachitisme et la tuberculose, nous sommes surpris de l'attention que la profession paraît y donner, alors que leurs connaissances médicales devraient suggérer d'autres préparations de valeur. Même dans l'Emulsion d'Huile de Foie originale, il y a souvent une quantité inférieure d'huile, il faut donner de hautes doses pour obtenir des résultats sensibles et l'absorption est nécessaire. Le principe actif est encore incertain d'ailleurs, il suffit d'y trouver une substance grasse, d'une absorption facile.

Dans les circonstances exceptionnelles, j'ai fait l'expérimentation avec le "Vinol", substance pâteuse, à odeur citronneuse, incorporée en petits pots à large dimension.

INGRÉDIENTS: *Oeufs, moëlle d'os rouges et l'extrait de Malt.* Contenant non seulement le gras, mais aussi le fer, les albuminoïdes, les phosphates et la malt d'une valeur spéciale dans la dyspepsie amyliacée.

Le Vinol contient une substance grasseuse, et de plus les ingrédients plus haut mentionnés, qui semblent rencontrer toutes les médications de l'Huile de Foie de Morue.

Voici quelques exemples :

Observation. — Enfant 17½ mois. Pâle. Rate hypertrophiée.

Ne peut s'asseoir ; aucune dent, faiblesse extrême.

Nourri au pain et à la gelée surtout ; ne peut tolérer le lait.

J'ordonne une diète de crème et d'orge, et le Vinol.

Dans vingt-quatre heures l'appétit général était revenu ; à qua-

tre mois, il se tenait debout, avait 4 dents. Enfin amélioration complète, etc.

Voici d'autres exemples d'enfants au-dessus de trois ans, débiles, d'origine tuberculeuse glandulaire ou cervicale, et aussi dans la convalescence tardive des cas de rougeole et autres.

Observation. — M. B., 3 ans. Faible, pâle et émacié. Sans appétit. Poumon ne révélant rien d'anormal à la percussion. Aucune adénoïde ou amygdalite. Je prescrivis Vinol.

Augmentation de poids et d'appétit. Je l'envoie à la campagne et continue le Vinol. Elle retourne en parfaite santé.

Dans le rachitisme à forme ordinaire où l'Huile de Foie de Morue n'était pas tolérée, je prescrivis le Vinol; amélioration immédiate des vomissements et de l'état général, les dents percent rapidement et l'enfant marche.

Fait important à noter dans les cas réfractaires aux Emulsions d'Huile de Foie de Morue.

Je m'en suis surtout servi dans les cas de mauvaise nutrition et où le lait n'était pas digéré dans les proportions de lait et eau de barley — parties égales — avec addition d'une quantité limitée de Vinol toutes les deux bouteilles.

Il y eut quelques insuccès, car il est difficile de généraliser tous les cas, mais je dois reconnaître un succès satisfaisant qui doit vous induire à tenir le Vinol en mémoire.

Le Vinol est une nourriture, et un facteur puissant dans le rachitisme et l'anémie. Sa composition seule est une garantie de succès dans tous ces cas.

Voici d'ailleurs ses avantages sur l'Huile de Foie de Morue:

1° Le Vinol est le substitut de l'Huile de Foie de Morue dans les vomissements des réfractaires.

2° Le Vinol se donne aussi l'été, fait important chez les rachitiques qui exigent toujours une substance grasse qui n'irrite ni l'estomac ni l'intestin; le Vinol remplit toutes les médications.

3° Le Vinol augmente l'appétit que l'Huile de Foie de Morue diminue.

4° Le Vinol est agréable. L'Huile de Foie de Morue désagréable pour tous malgré les divers procédés pour en modifier le goût.

5° Le Vinol est une préparation stable. L'Huile de Foie de Morue ne peut l'être, tel que démontré, et la substitution en est fréquente.

Le Vinol se prescrit chez les jeunes enfants, depuis une cuillerée à café à une petite cuillerée à thé trois fois par jour, après repas, ou avec la nourriture ou sur du pain, peut être aussi mêlé au lait en émulsion parfaite, ou encore avec du gruau.

Je préfère le donner par cuillerée à thé, séparément, car les enfants le tolèrent mieux ainsi.

Car si vous le mêlez au lait, le goût est altéré, et les enfants ne tolèrent pas aussi facilement le changement de goût de leur nourriture et pourraient peut-être s'en dégoûter.

MEDECIN.

Très belle clientèle de médecin à céder, avec commerce de pharmacie. Rapport annuel \$3,000, avec perspective d'augmentation, dans un beau centre agricole, à proximité des centres industriels de Grand'Mère et Shawinigan Falls. Convierait particulièrement à un médecin pouvant développer une spécialité quelconque: chirurgie, etc., avec perspective d'un revenu annuel de \$5,000. Pour plus de renseignements, écrire au Dr L. O. Bournival, St-Barnabé, Co. St-Maurice, Qué.

NECROLOGIE

Nous ferons paraître, le mois prochain, une notice biographique du regretté professeur Lamarche que seul un ami de cœur pouvait analyser avec justesse.

En attendant, qu'il nous soit permis de déposer un souvenir ému sur la tombe de ce professeur distingué qui dirigea l'Union Médicale durant plusieurs années.

Le professeur Lamarche fut un maître de la parole et une intelligence d'élite capable des plus hautes aspirations.

Pourquoi n'a-t-elle pas brillé dans tout son éclat?

Pourquoi s'est-elle éteinte si tôt?
