

TABLE DES MATIERES

A		Pages	Pages
ABCES FROIDS—Traitement des.— F. Monod.	49	CHIRURGIE—A la campagne. La pratique de la	283
ABSINTHE—Interdiction de l' en Belgique ...	16	A. Laurendeau.....	283
ACIDE PHENIQUE—Empoisonnement par l'.	198	rurale. De l'emploi des antisepti-	18
Valeur de l'alcool dans.....	80	ques en. P. Boudin.....	18
ADRENALINE—en thérapeutique.....	223	CHLORURE—de calcium comme préventif des	168
ALCOOLISME—Rapport Bourgeois ...	252	éruptions secondaires à l'inj. de	74
Lutte contre, l' par les boissons	234	sérum antitoxique.—Netter.	74
hygiéniques.—A. Loir.....	267	d'éthyle dans la réduction des	101
AMENORRHEE.—Pilules et cachets contre l'....	275	hernies.....	101
AMYGDALES—Palatines et pharyngies. Exérèse	183	CIRCULATION—Locale— Arrêt de la ... comme	75
des.—G. L. Bergeron ...	40	agent thérapeutique.—Stewart .	346
Le phlegmon des. A. Martin.....	129	COESARIENNE—Opération. Brunet.	280
ANESTHESIE—Locale.....	194	COLLODION—Corricide.....	66
ANEVRYSMES—La réalisation expérimentale des	264	CONGRES—Américain de la Tuberculose ...	203
Fisher.....	282	de Milan.....	285
ANGINE—de poitrine. Sympt. et Trait.—Petit..	84	des Trois-Rivières, p. 69, 150, 175, 187, 203	286
et affections analogues. Trait. par la	314	des Trois-Rivières, discours d'ouvertu-	104
gymnastique et le massage du tho-	73	re. Normand.	13
rax.—V. Hasebroek.....	56	des Trois-Rivières. Rapport général.—	13
et syphon d'eau de Seltz. F. Monod....	314	DeBlois.....	18
ANTYPIRINE.—Moyens de faire tolérer. — Som-	149	International d'antropologie criminel..	18
bomale.....	265	International d'assainissement et de	13
ANIS.—Traitement des fissures à.....	370	salubrité de l'habitation ...	13
APHTES REBELLES.—Traitement des ...	398	COQUELUCHE—Gouttes contre	13
APPENDICE—Ileo cœcale. Invagination de. Rap-	159	Potion contre la.....	345
port à l'Académie.—C. Monod... ..	69	CRANE—Chirurgie du. Observations. Rayo... ..	98
ARTHRIQUES—Aiguës. Traitement par l'air chaud	32	CORYZA—Nasal. Cocaine et Menthol... ..	12
.	95	CREOSOTE—Phosphate de—Action du... ..	384
ARTHRITES—Aiguës. Traitement par l'air chaud	299	CURRIE—Pierre—Nécrologie... ..	170
ARTHRITIS—Gonflements. Traitement des..	145	D	
ASPHYXIE—du nouveau né. Traitement de Him-	282	DENTS—Extraction des... sans douleur par l'em-	74
mebsbach.	12	ploi de l'Eudremine.....	284
ASSOCIATION—Médicale des éditeurs des Etats-	69	DERMITES IRRITANTES—Crème contre les.....	284
Unis.	32	DIABETIQUES—Hydrates de Carbone chez les	94
ASSURANCES—Sur la vie. Re tarif des. A.	95	Martinet... ..	94
Laurendeau.	299	DIABETE SUCRE—Étiologie du	83
COMPAGNIES D'—Tarif des... Imposés aux mé-	145	DOIGT—Traitement des écrasements des.P.Reclus	374
decins examinateurs. A. Laurendeau ...	282	DYSENTERIE bacillaire à Bermanne, par Lüdke	96
ASTHME—Tuberculeux. Etude clinique.M. Piéry.	12	DYSPNEE—Potion contre la.....	138
B		E	
BAGILLE—Un nouveau.—Robertson... ..	69	EAUX THERMALES et volcanisme. A.Gauthiet	347
BAISER—Propagation de la tuberculose par le-	32	ECZEMA—Traitement local de. Jeanselme... ..	154
Terrier.....	95	ELECTROTHERAPIE.—Notions d'. Foveau de	197
BASEDOW—Maladie de. Traitement par les rayons	299	Courmelles ...	314
X.—Widemann	145	ENROUEMENT—Potion contre	314
BLENNORRAGIE—Chez la femme. Rapport. F.	282	ENTERO—Anastomose, pour exclusion du colon	83
de Martigny.....	12	chez un cancéreux. W. J. Derome.....	24
BRONCHITE.—Aigue simple des nourrissons.—	69	EPILEPSIE.—Traitement médical de: Hughes...	102
L. Cerf.....	32	ESTOMAC—Hyperesthésie de la muqueuse de.	107
BROUARDEL—Le Professeur.— Nécrologie.A.Loir	95	Son traitement. D. Steelle... ..	116
BRULURES—Pommade contre les	299	Perforation traumatique. R. le Für.....	116
C		Lavement et irrigation de. Sternberg.	116
CAMPBRE ET CHLORAL—Contre la morsure	75	ETUDIANTS EN MEDECINE.—Banquet des	76
des insectes.	346	EXPECTORANTES—Pilules—Migey.	138
CARDIAQUE—Dyspnée.—Potion contre la... ..	89	EXPECTORANT—Sirop.....	12
CARIE—Dentaire. Prophylaxie de la	335	F	
CHEMIE—Le domaine de la...dans la science.—T.	288	FACIAL—Tics et névralgies.....	371
Flahaut.....	288		
la.—A. Laurendeau... ..	288		

	Pages		Pages
FEMMES—Plus de femmes maigres.....	26	MONOD Charles. Banquet offert au Dr. Discours	388
FER—Une nouvelle méthode d'administrer le— Rendall.....	75	MUSCULAIRE chez les enfants. Traitt. du trem- blement. Raffaelli.....	42
FLUORATE DE SOUDE—dans la Cystite chroni- que — Tuffier.....	43	N	
FOIE—Kyste hydatique du. Quenu.....	117	NASO—Pharyngiennes ulcérations. Poudre contre	346
FORMIQUE—Acide et force musculaire. Clement.	13	NOUVELLES—150, 186, 234, 250, 298, 314, 394,	406
FRANCE.—A nos amis de.....	187	NERVEUSE—Suture. Reynier.....	99
FRANCE—Nouvelles de.....	14	NEURALGIE faciale—Traitement de la. Waine babcock.....	57
FRACTURE DES MEMBRES.— Etude sur le traitement des. Guermonprez.....	85	rebelle—Traitement des. Spitz Müller	154
FRACTURE DES OS LONGS.—Traitement Bou- chet.....	96	O	
FRACTURES SIMPLES—Traitement opératoire. Lane.....	97	OBSTETRICALE—Chronique. de Cotret.....	126-395
FRACTURE—de la Claviture, suture. Taylor.....	97	OCCLUSION intestinale. Traitement Electrique de Mitjavilla.....	117
G		Aigüe. Remarques sur le diagnostic et le traitement. F. Monod.....	191
GALE—Mixture contre la.....	250	ODONTOLGIQUE—Topique.....	13
Nouveau traitement de la.....	48	OMBILICALE—Injection. Soins à donner au cor- don. M. Maygrier.....	297
GASTRIQUE—Potion contre les crises. Cayla.....	138	OSTEOPATHIE.....	152
Suc. Constatation de l'absence de H. C.L. libre par l'examen des excrements Hees.....	279	P	
GASTRO—Enterite des nourrissons. Régime dié- tétique. R. Masson.....	141	PANCREAS—Plaies et ruptures traumatiques du Traitement. Reynaldo des Santos..	188
GENU VALGUM.—A. Broca.....	4	PASTILLES—Anticonceptionnelles.....	46
GLYCEROPHOSPHATE de Chaux du meilleur mode d'administration.....	344	PHARMACEUTIQUE.—Enseignement. A propos de PHLEBITE—Mobilisation des membres inférieurs dans le traitement des. G. Berne.....	100
GOITRE exopharyngique.—Traitement par le sérum antithyroïdien. M. Pitt.....	95	PLEURESIE purulente chez l'enfant. Diagnostic de la. Opert.....	21
GRIPPE—Le Colomel associé à la poudre de Do- vers dans la.....	12	PLEURESIE et Tuberculose—Syliro. Vonbuck.....	23
GRIPPE—Epidémique. Evolution de la. Legendre Modification de la potion de Todd dans la. Grorichard.....	138	PLOMB.—Traitement de la colique de. Dellarde Dubois.....	118
et prostatite.....	183	PNEUMONIE—Prophylaxie de. T. Anders.....	118
H		dans les hôpitaux de New-York.— Loomis.....	118
HEBOTOMIE—Un cas d'. A. Laurendeau.....	272	Solution saline dans. M. Taylor..	406
HEBERT—Nécrologie.....	137	POTT.—Mal. de. Traitement du. F. Calot.....	238
HEMOPTYSIES—Traitement des. Rauzier.....	113	PROFESSION MEDICALE—La. A. Lasselonde..	197
et hematemèses. Potion à l'a- drenaline.....	234	PROSTATITE—Traitement médicale de la. Snow	51
HEMORRHOIDES par l'adrenaline. Traitement de Traitement des. Ch. Monod..	70	PROSTATIQUES JEUNES—Les. R. Le Für.....	282
HINGSTON—Honneur à Sir William.....	123	PRURIT GENITAL—Traitement.....	182
HOPITAUX—Courrier des.....	49	PRURIT de la face—Traitement.....	182
HOPITAL NOTRE-DAME.....	79	PUERPERAL—Septicémie. Observat. Guérison. Vincent.....	119
HOTEL-DIEU.....	66	R	
HYGIENE.....	65	RAGE AU CANADA—A. Loir.....	363
Infantile. Hervieux.....	46	RECTUM—Retrécissement post opératoire. Rap- port. F. Monod.....	251
des boissons et Tuberculose.—H. Tri- boulet.....	247	REIN—Irritation des. par l'acide salicylique. Frey	75
I		Droit. Destruction suivie d'œdème du larynx et de pericardite suppurée.— Benoit.....	157
INDEX MEMENTO.....	8	RETRECIS.—Retention aiguë chez les. Noguès..	148
INSOMNIES.—Traitement des.....	314	RHUMATISME ARTICULAIRE aigu. Traitement du. Shoemaker.....	43
K		S	
KOLLIDER.—Nécrologie.....	84	SALPINGITE—Aigüe. Comment on les reconnaît et comment on les soigne.— J. L. Faure.....	21
KYSTE—Séieux spontané mobile dans la cham- bre antérieure. J. N. Roy.....	139	SCOPOLAMINE dans l'éclampsie. A. Laurendeau. Morphine. Société de Chirurgie de Paris.....	105
L		de Marmorek.....	250
LACTATION—La limite de la. Fordice.....	75	A. Laurendeau.....	404
LAIT PROPRE—Importance du. Harrington.....	75	SEBORRHEE du cuir chevelu. Brocq.....	152
LECTEURS—A Nos.....	395	SERUM—Antistreptococcique dans les opérations buccales Willems.....	99
LEUCOKERATOSE sublinguale. J. N. Roy.....	263-306	de Marmorek. Résultats cliniques et ap- plications du. Marmorek.....	87
LUXATION —Congénitale. Coville.....	97	de Marmorek, par Hoffa.....	97
M		de Marmorek, par A. de Martigny.....	171
MAINS—Stérilisation des. Stoney.....	102	de Marmorek. Rapport de A. de Mar- tigny 220, 243, 309, 331, 391.	400
MAGENDIE—Décoction de.....	346	SOCIETE allemande de Chirurgie. 35e Congrès de Chirurgie de Paris. Mort subite. Her- nie intercostale.....	250
MALADIES—Infectieuses : Les agglutinines sè- ches dans le diagnostic desl Hermann	40		14-29
MERCURIELLES—Injections. Camous.....	357		
MOELLE—Suture de la.....	56		
MOELLE—Anesthésie médullaire. Krecke.....	101		
MOELLE—Maladie organique de la. Sagder.....	135		

	Pages		Pages
d'odontologie canadienne - française	31	TUBERCULOSE du larynx et avortement...	82
Internationale de la Tuberculose.		et Sanatorium. Béique.....	291
Séance du 6 novembre.....	393	osseuse. Radiothérapie dans la	
Médicale de Montréal, 26, 43, 62, 78, 104,		Redard.....	146
120, 135, 169, 184, 198, 330, 343, 362,		Lutte contre.....	84
376, 393, 405.		pulmonaire unilatérale. Traite-	
Médico-chirurgicale de Joliette. ...	248-358	ment par le Pneumothorax	
Médicale du district d'Arthabaska....	361	artificiel. Breauer.....	134
Médicale du comté de Maskinongé....	361	Commission de la	326-378
SODIUM.....	40	TYPHANS artificiels en parafine... ..	265
SUC GASTRIQUE—Influence du thé sur la secré-		TYPHOÏDE—Fièvre. Des injections massives de	
tion du.....	264	solution saline dans la. Marion.....	99
SUEURS—Traitement des.....	394	U	
SUPPURATIONS aiguës. Traitement des. par		UTERUS—Déplacement de. et endometrite. Muller	169
l'hyperhémie passive. Colley	99	Cancer de. Observation clinique. F.	
SYCOSIS—de la lèvre supérieure. Pomnade con-		de Martigny.....	17
tre la.....	264	Infantile et son traitement. — W.	
SYPHILIS—Lotion contre la. Trèves.	138	Barrette.....	42
SYPHILITIQUE—Le coryza et son traitement	278	UTERINE—Fibromatose. Un cas de. W. J. De-	
Végétations et ulcérations non		rome.....	174
syphilitiques. Leur traite-		Rupture. Opération césarienne. —	
ment.....	183	Potocki.....	184
T		URINE.—Examen des.....	47-67
TABLE DES MATIERES.....	407	Incontinence nocturne. Bazy... ..	149
TECHNIQUE opératoire. Les procédés de lenteur		Incontinence potion contre... ..	12
et les procédés de vitesse en. Doyen.	35	Retention aiguë. F. Monod.....	1
TETANIE—Traitement. Campbell Howard.	94	Evaluation du sucre dans. par l'épreu-	
TETANOS—Traitement par le sérum antitétani-		ve de Trommer modifiée... ..	279
que et le chloral.....	264	URTICAIRE—Mixture contre.....	284
TOUX—Mixture contre la.....	32	V	
TOUX—Spasmodique. Gouttes contre.....	138	VOMISSEMENTS—Incoercibles dans l'adolescenc-	
TRACHOME—Le.....	386	ce. Broeckert.	103
TRICOPHYTE de la barbe. Traitement de	12	W	
TUBERCULEUX—L'albumine dans l'alimentation		WECKER—de-Jean Louis. Nécrologie. J.N.Roy.....	105
des. Labbey et Vitrey... ..	134		
Diarrhée des. Renan.....	153		
Radiothérapie dans les adéno-			
pathies. Redard.....	147		



A NOS LECTEURS

Nous offrons au public médical, au début de cette nouvelle année, un journal de médecine et de chirurgie, ayant sa place d'avance toute marquée à côté des Revues déjà existantes ; nous ne doutons pas que notre œuvre de collaboration à l'avancement de la science médicale au Canada, ne soit appréciée et encouragée par nos nombreux lecteurs et amis. Notre publication sera bi-mensuelle mais notre intention est de la rendre hebdomadaire aussitôt que possible.

Nous nous sommes assurés le concours de plusieurs maîtres de la médecine et de la chirurgie françaises, qui nous ont promis des articles originaux, lesquels, nous sommes convaincus, seront hautement appréciés de tous. Ces communications jointes aux analyses des principaux travaux publiés à l'étranger permettront à nos lecteurs d'être toujours au courant des derniers faits scientifiques parus. Nous faisons appel à tous nos confrères qui voudront bien devenir les collaborateurs de notre journal en nous adressant des articles originaux, et nous nous tenons prêts à répondre à toute question, à toute demande de renseignement qui nous serait adressée. Les seuls articles que nous refuserions impitoyablement de publier seraient ceux contenant le ferment d'une polémique personnelle.

Nous tiendrons particulièrement à donner à nos lecteurs un compte rendu exact des nombreuses sociétés médicales du Canada, et l'on nous trouvera toujours au premier rang de ceux qui ont à cœur de soutenir les intérêts de notre profession.

LA RÉDACTION.

Travaux Originaux

Retention aigue d'urine, secondaire à une paralysie vesicale de nature non déterminée compliquée du lesion congenitale probable de l'urètre.

Par le Dr. F. Monod, ancien interne lauréat en Chirurgie des hôpitaux de Paris.

Au mois de Juin dernier, mon ami le Dr de Modilped, de Hemmingford, amenait à mon hôpital, un malade en plein délire, dont l'histoire médicale était la suivante : trois jours auparavant, il avait été pris brusquement de retention aigue d'urine, et devant l'impossibilité de vider sa vessie, avait fait venir le Dr Modilped qui le voyait pour la première fois, trente heures environ après le début des accidents.

Un essai de cathétérisme avec une sonde molle, puis avec une sonde métallique fut pratiqué sans résultat, et avec beaucoup de sagesse. Craignant de faire une fausse route, mon confrère pratiquait séance tenante une ponction capillaire de la vessie supra-pubienne; le malade fut immédiatement soulagé; mais la ponction dû être répétée, à 3 reprises différentes, sans arriver à vider d'une façon suffisante la vessie, qui au moment de la première ponction remontait à mi-chemin de l'ombilic.

Le malade sur les instances de son médecin vint me consulter à Montréal, et c'est durant le voyage qu'il fut brusquement prit du délire dans lequel je le trouvais.

Je tentais à mon tour de pratiquer le cathétérisme par les voies naturelles, mais j'échouais complètement et sans attendre d'avantage je pratiquais la taille vésicale supubienne, après avoir administré au malade quelques gouttes de chloroforme. Il me fut facile d'atteindre et d'ouvrir la vessie remontant à ce moment presque à l'ombilic ; je la vidais entièrement d'une urine fétide contenant des fausses membranes et du pus, mais il me fut impossible de suturer la paroi vésicale à la peau.

Je me contentais donc de placer un gros drain dans la plaie, dont l'extrémité libre fut conduite dans un bocal contenant de l'eau phéniquée ; la journée se passât sans incident, et je me bornais à surveiller le drainage de la vessie, le malade étant toujours délirant ; mais dès le lendemain les choses avaient changé tout à fait d'aspect, le délire ayant dans la nuit, complètement disparu, et ce fut un homme en pleine possession de ses facultés qu'il me fut donné d'interroger. Agé de 45 ans exerçant la profession de fermier dans les environs de Hemmingford, il a toujours mené une vie de travail régulier, il n'a jamais été malade, n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte, n'a jamais eu la syphilis ou la chaude-pisse. Le seul incident notable est un coup de pied de cheval reçu il y a trois ans, et qui serait venu le frapper dans la région des bourses ; il est difficile d'obtenir un récit exact de cet accident auquel il a attaché peu d'importance, cependant il semble bien établi d'après son dire que depuis il a graduellement éprouvé des troubles de la miction, urinant avec de moins en moins de force un jet de plus en plus petit, mais il n'a jamais eu d'accès de rétention ni d'uretrorrhagie,

Interrogé au sujet de son accès de rétention actuel le malade admet avoir travaillé durant les heures précédant son accident, à la pluie, les pieds dans l'eau ; c'est en rentrant à la maison, complètement trempé qu'il a essayé d'uriner sans succès, il ne s'en est pas inquiété autrement. et ce n'est que quand il a commencé à réellement souffrir qu'il s'est décidé à faire venir le Dr. de Modilpied.

Muni de ces renseignements, j'ai tenté à nouveau le cathétérisme de l'urètre. Après injection d'une solution de cocaïne à 2 0/0 j'ai passé une bougie olivaire qui s'est arrêtée au niveau de la partie postérieure du bulbe, une bougie fine filiforme vint buter au même niveau ; à ce moment je me sentis frappé dans le dos, et me tournant, je constatais que brusquement le malade était retombé dans le même état délirant que la veille je retirais aussitôt la bougie, appelais une nurse, et à nous deux, eûmes toutes les peines du monde à maintenir le malade dans son lit. Au bout de 10 minutes environ, le malade redevint conscient, et rien ne put le convaincre qu'il n'avait pas été endormi par un narcotique. Je n'essayais pas bien entendu un nouveau cathétérisme, et deux jours après, le malade endormi à fond, je pratiquais une uretrotomie externe.

J'arrivais aisément sur le bulbe que je dénudais, et ayant passé une sonde par la vessie je pratiquais le cathétérisme rétrograde, une sonde métallique à grande courbure fut passée sans aucune résistance et je sentais son extrémité en avant du bulbe, une seconde sonde poussée à la rencontre de la première par l'urètre antérieure pénétra sans résistance jusqu'à la sonde vésicale, et sur ce point de rencontre, en avant du bulbe j'incisais l'urètre dont la paroi parût absolument normale ; il me fut facile ensuite d'introduire par l'urètre antérieure une sonde à bout coupé qui fixée sur le bout de la sonde vésicale fut amenée jusque dans

le réservoir urinaire en retirant celle-ci. Je laissais 8 jours en place, ma sonde à bout coupé, durant ce temps, la vessie fut maintenue vide et la plaie hypogastrique se réunit sans suppuration, la plaie périnéale avait elle aussi bon aspect si bien qu'au bout d'une semaine, pensant à bon droit que le canal normal était rétabli, je retirais ma sonde à bout coupé et dit au malade d'uriner de lui-même. Je le laissais 24 heures et malgré ses efforts il lui fut impossible d'uriner une goutte de liquide ; pendant ce temps la vessie se distendait à nouveau. Je me préparais alors à sonder le malade, et malgré tous mes efforts ne put y réussir, quel que fut l'instrument employé il venait buter au même endroit que lors de la première tentative de cathétérisme. avant l'opération, en arrière du bulbe. Je fut obligé de conduire de nouveau le malade sur la table d'opération et de rechercher le bulbe. Ayant de nouveau pratiqué le cathétérisme rétrograde et antrade, je me rendis compte cette fois que les deux sondes se croisaient dans le canal, la sonde vésicale passant en avant de la sonde urétrale, la première passant sans obstacle jusqu'au méat, la seconde s'arrêtant à la région bulbaire de l'urètre. J'incisais cette fois en cette place et ayant largement réséqué l'urètre, j'enlevais toute la partie, longue de 3 cm environ, correspondant à ce double canal. puis je drainais la vessie directement par le périnée. Les suites furent simples, au bout de 6 jours, je retirais le drain périnéal et je pus passer un catheter métallique dans la vessie sans aucune peine ; mais quel ne fut pas mon étonnement de constater que le malade abandonné à lui-même ne pouvait pas plus uriner que précédemment, le canal étant alors absolument perméable, la seule cause de rétention ne pouvait donc être qu'un état de parésie vésicale, et je me mis à sonder régulièrement mon malade espérant que cette parésie ne serait que de courte durée, n'étant que le résultat de la trop

grande distension primitive suivie de l'application de la sonde à demeure pendant plus de quinze jours. Au bout d'un mois l'état vésical n'avait aucunement progressé bien que j'eus tout tenté, injection hypodermique de cacodylate, formiate de soude et électrisation directe du muscle vésical. Le malade urinait par regorgement et n'avait un vague désir d'uriner que quand la vessie était complètement dilatée au point de remonter au dessus du pubis. Je le renvoyais au bout d'un mois et demi sur sa ferme, il a appris à se sonder et aux dernières nouvelles que j'ai reçu de lui, son état était le même.

Je me suis longtemps demandé le diagnostic exact de la cause de cette rétention, et tout d'abord j'avais essayé à faire intervenir le coup de pied de cheval, comme cause d'une rétrécissement traumatique de l'urètre, j'ai abandonné cette hypothèse n'ayant pu à aucun moment découvrir l'ombre d'un rétrécissement dans ce canal. D'autre part, le malade interrogé spécialement à ce sujet, n'a jamais pu me donner un compte exact sur cet accident. De tellesorte qu'il est même douteux dans mon esprit que l'urètre ait été touché, en tous les cas, il n'y a eu ni trace apparente du coup, après l'accident ni urétrorrhagie, abandonnant l'idée du rétrécissement, j'ai pensé que je m'étais trouvé en face d'une vessie qui avait été progressivement atteinte de paralysie cadrant bien avec le dire du malade que depuis plusieurs années, il urinait de plus en plus difficilement, à la suite d'un refroidissement, il s'est fait une congestion vésicale, et le malade n'a même plus pu uriner par regorgement comme il le faisait avant et comme il l'a de nouveau fait après son opération.

J'avoue que la cause de cette paralysie m'échappe encore à l'heure actuelle, et que je n'ai pu trouver chez

lui, ni tabès, ni syphilis, ni aucune trace d'affections dont la paralysie vésicale est un des symptômes commun cependant étant donné la marche parfois capricieuse du tabès, il est possible qu'un autre symptôme tabétique apparaîtra.

Reste à expliquer l'impossibilité où nous nous sommes trouvés de Mouilqied et moi de franchir l'urètre. En lisant cette observation, on pourrait à première vue, accuser de Mouilqied d'une fausse route, l'accident a été commis et par les meilleurs, mais il faut dans ce cas-ci abandonner cette hypothèse. Car j'ai vu de mes yeux le canal, je l'ai ouvert, et je n'étais pas en présence d'une fausse route, mais bien d'un double canal urétral. Je ne puis donc admettre que l'existence d'un diverticul congénital de l'urètre et dans lequel la sonde venait obstinément buter, et qui avait été méconnu jusqu'à ce jour, le malade n'ayant jamais eu l'occasion de se faire sonder. Je lui ai enlevé ce canal diverticulaire, je lui ai fait un canal facilement perméable, mais je n'ai pu lui enlever la cause même de sa rétention qui résidait comme les faits me semblent l'ont prouvé non au niveau de l'urètre, mais au niveau du muscle vésical lui-même.

Revue des Journaux

CHIRURGIE

Les déviations Ostéo-Articulaires des Adolescents.

Par A. BROCA

Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

GENU VALGUM

I

Le genu valgum est une déformation caractérisée par la projection de la jambe en dehors, d'où saillie plus ou moins prononcée du genou en dedans. Il se présente, chez l'adolescent, avec un aspect caractéristique.

Le sujet, la plupart du temps masculin, âgé de 15 à 40 ans, est d'ordinaire assez grand, tout en jambes, monté sur des membres inférieurs à peu près cylindriques, où sont mal marqués les renflements des masses musculaires du mollet et de la cuisse.

Si vous le faites tenir, tout nu, debout en face de vous, souvent au premier coup d'oeil vous ne vous apercevrez pas de grand'chose : mais en y regardant de près vous verrez que les talons se touchent grâce à un artifice, parceque pour ramener les jambes au parallélisme le sujet a mis l'un des condyles fémoraux au devant de l'autre, et de ce côté le pied est en rotation externe. Jointe à un peu de flexion, cette attitude atténue toujours la difformité et peut en masquer complètement un degré léger.

Il faut donc que le malade soit droit, les membres en extension, les condyles internes des fémures en contact polaire sur une ligne transversale. et les pieds s'écartent alors, les deux talons ne peuvent être joints. Il est de règle que dans cette position les deux pieds soient à la fois assez plats et un peu en valgus, appuyant sur le sol par leur bord interne.

La difformité est rarement symétrique, mais, avec prédominance souvent marquée d'un côté. Elle m'a paru plus souvent bilatérale qu'on n'a coutume de le dire. Quand elle est unilatérale il en résulte un raccourcissement du membre, d'où, dans les cas très accentués, une inclinaison du bassin avec scoliose de compensation, toutes réserves faites sur les associations dues à la perturbation ostéogénique générale dont j'ai déjà parlé.

Dites maintenant au sujet de marcher : avec un genu valgum bilatéral, il se balance disgracieusement à chaque pas, comme un marin, pour que ses genoux ne se choquent en se croisant ; en même temps, il marche en flexion du genou, d'autant plus que la déviation est plus grande, presque, dans les cas extrêmes, comme dans un fauteuil.

En quelques secondes, l'existence de la lésion est ainsi reconnue : mais l'examen du sujet couché sur le dos est indispensable. Les membres doivent reposer exactement à plat sur la table — et non sur un matelas — les condyles se touchant, sans quoi la déviation est masquée en tout ou en partie. Les talons s'écartent alors, et de plus, dans les cas anciens vous constatez un certain degré de rotation de la pointe du pied en dedans, avec tendance à l'adduction compensatrice de l'avant pied : ce qui n'est nullement contradictoire du pied plat, légèrement valgus, observé pendant la station debout et surtout pendant la marche,

Par mensuration de l'espace compris entre les deux malléoles internes, vous appréciez, en gros, l'importance de la difformité, et surtout vous avez un point de repère pour déterminer, par des examens successifs, si elle augmente, diminue, ou reste stationnaire, et pour cela Bradford et Lovett conseillent, le sujet étant assis, les membres inférieurs à plat sur une feuille de papier, de marquer au crayon sur cette feuille le triangle d'écartement, en suivant le bord interne des jambes.

Cela ne nous renseigne pas suffisamment sur la part prise à la lésion par chacun des deux membres lorsqu'il n'y a pas unilatéralité, ou tout au moins prédominance considérable d'un côté. D'une manière générale, il est vrai, cela se voit assez pour qu'on sache de quel côté opérer, et en tout cas, un procédé assez grossier pour être réellement pratique consiste à abaisser la hauteur sous forme d'un ruban quelconque du sommet condylien du triangle sur la base intermalléolaire. Ou bien, comme Delore, on applique une longue règle plate à la face du membre, du grand trochanter à la malléole, et l'on mesure la flèche entre elle et l'interligne du genou ; normalement de 2 centimètres, cette distance peut aller à 15 centimètres. Je ne vous conseille pas de recourir aux mesures d'angles, toujours plus ou moins complexes, et sans utilité chirurgicale réelle.

Sur le membre en extension, la rotule peut être restée dans l'axe verticale, mais elle est d'habitude déjetée en dehors, jusqu'à être

même franchement luxée dans les cas extrêmes. Peu à peu toutefois elle revient en position normale, sur la trochlée fémorale, à mesure que vous fléchissez le genou vous notez qu'une fois la flexion achevée, la difformité a disparu, que le talon touche l'ischion, le mollet longeant bien la face postérieure de la cuisse ; souvenez vous que, pour marcher mieux il y a un instant le malade pliait les jarrets.

Remettez le membre en extension, et explorez la solidité articulaire : elle est diminuée car dans le genou vous trouvez souvent un certain degré d'hyperextension, et presque toujours des mouvements de latéralité, auxquels il n'a pas droit dans l'extension. Constatation importante pour le pronostic fonctionnel post-opératoire car le redressement du membre n'est pas un remède à cette laxité articulaire qu'il faut par conséquent reconnaître à l'avance.

Malgré ce relâchement, et même quand il est considérable, la correction du valgus est impossible en extension, et comme d'autre part, on ne sent à la partie externe du creux poplité aucun corde musculaire tendue — la rétraction du biceps et du fascia lata n'appartient qu'aux cas extrêmes et invétérés — on arrive par la clinique à cette conclusion qu'il existe à la réduction un obstacle osseux.

La lésion est indolente pas toujours, cependant, de façon absolue. Les douleurs spontanées, au repos, sont tout à fait exceptionnelles, mais il n'est pas très rare que le sujet souffre un peu dans l'extrémité inférieure du fémur, à l'occasion des marches un peu fatigantes, des stations debout un peu prolongées, et dans ces moments, la pression localisée trouve quelque sensibilité sur la ligne conjugal inférieure du fémur, en dedans principalement. La douleur tibiale est bien moins fréquente.

Spontanées ou provoquées, les souffrances peuvent persister légères d'ailleurs, pendant toute l'évolution du mal ; mais d'ordinaire, elles ne sont ressenties que durant les premiers mois.

Il s'agit, en effet, d'une maladie chronique la où fin de la période de croissance marque seule la fin de la tendance de la lésion à s'aggraver, vite ou lentement, si on l'abandonne à elle-même. À un moment donné, l'état local devient stationnaire de lui-même : le processus causal est enrayé, mais la déviation de la jambe persiste, fort désagréable, parcequ'elle est disgracieuse et qu'elle rend fatigante la marche et même la station debout. D'où, dans les cas accentués des incapacités fonctionnelles possibles.

Le type classique que je viens de décrire est assez net pour que ce genu valgum de l'adolescence, celui qu'on appelle vicieusement essentiel, ne puisse pas être confondu avec ceux qu'on appelle symptomatiques. L'énumération de ceux-ci va suffire au diagnostic différentiel. Le genu valgum rachitique a débuté dans la première enfance et d'autres os portent des stigmates du mal. La paralysie infantile avec son atrophie musculaire et l'association habituelle de genu recurvatum, la tuberculose du genou, l'ostéomyélite prolongée

du fémur : tout cela a des caractères propres, au milieu desquels il est vite évident que le genu valgum est un phénomène de second plan. De même pour le genu valgum capable d'accompagner la luxation congénitale de la rotule, si l'on a soin, en précisant les dates d'éviter la confusion avec les cas extrêmes où une luxation analogue est la conséquence d'un genu valgum accentué. Le genu valgum de l'arthrite sèche appartient à l'adulte, et plutôt au vieillard.

Une autre cause heureusement rare, de genu valgum infantil est l'ostéomalacie, où le genou en dedans semble être souvent le premier signe appréciable. La plupart du temps, le diagnostic immédiat est impossible, et la surprise est désagréable pour le chirurgien qui voit récidiver la déviation après ostéotomie, puis évoluer la maladie caractéristique. On tiendra pour suspect le genu valgum de la seconde enfance, surtout si l'inclinaison de la jambe augmente si l'analyse des urines indique une déperdition de phosphates, si à la radiographie les os apparaissent anormalement transparents. Dans ces conditions, un clinicien avisé réservera toujours son pronostic, heureux si, par la suite, les craintes ne se réalisent pas.

On ne meurt pas de genu valgum mais on peut mourir avec un genu valgum : d'où quelques autopsies, et en particulier Milkulicz e pu documenter ainsi avec 13 cas en 1879, un fort important mémoire.

On a ainsi noté qu'au genou le ligament latéral interne est allongé et en même temps épaissi, quoi qu'on ait dit : que l'extern est raccourci, que les croisés sont ordinairement sains. Mais les vraies modifications apparaissent sur les os et d'abord sur le fémur.

Le fait principal est que, le corps du fémur étant mis en position normale, l'interligne du genou, au lieu d'être horizontal, est oblique en bas et en dedans ; le condyle interne du fémur descend plus bas que l'externe. Pendant longtemps, on a affirmé que cela tenait à une différence de volume des condyles : l'externe serait aplati et élargi, comme, s'il était soumis à une compression exagérée, l'interne au contraire, serait moins large, moins épais mais plus haut. Mikulicz semble avoir été trop loin en contestant, de façon à peu près absolue, ces modifications de l'épiphyse fémorale, mais il a montré de façon irréfutable qu'elles sont sinon nulles au moins accessoires, qu'on s'en est laissé imposer par une apparence due à une altération diaphysaire. Il existe—comme on le savait avant lui—une incurvation concave en dehors à l'extrémité inférieure du fémur et de là une ascension du condyle externe, une descente de l'interne ; mais si on examine ces condyles, entre leur plan d'appui sur le tibia et leur limite supérieure, on voit qu'ils sont à peu près normaux ; et si, au contraire, on pratique sur l'os une coupe verticale et transversale, on voit que le cartilage conjugal est comme leur plan d'appui, oblique en bas et en dedans. Le parallélisme est conservé entre cette surface dia-épiphyssaire et l'interligne articulaire ; il n'y a pas hauteur anormale de l'épiphyse en dedans, mais obliquité de cette épiphyse au-dessous d'une diaphyse incurvée, dont la limite inférieure est devenue anormalement oblique en bas et en dedans.

Même phénomène, en général moins accentué, au niveau de l'épiphyse tibiale supérieure, dont on a eu tort de nier l'habituelle participation au processus. Les cas à déviation tibiale presque exclusive sont mêmes possibles, quoique rares.

Dans leur ensemble, les deux os sont plus grêles que normalement ce qu'on juge bien par comparaison avec le côté opposé dans les cas unilatéraux. En outre, la torsion normale de l'extrémité inférieure de la diaphyse tibiale en avant et en dedans se trouve souvent très accrue, ce qui nous rend compte de l'adduction du pied précédemment signalée lorsque le malade est couché sur le dos. Le fémur est plus rarement tordu ; cependant, dans les cas accentués, la rotation habituelle de la hanche en dehors ne fait jamais défaut, d'après Mikulicz.

Le cartilage diarthrodial est épaissi dans la partie externe de l'articulation, surchargée comme nous allons voir, aminci dans la moitié interne. De même est épaissi le ménisque externe. Mais ces modifications secondaires n'ont aucun intérêt pathogénique.

D'où viennent ces lésions, De la face diaphysaire, c'est-à-dire fertile, des cartilages conjugaux, où le simple examen à l'oeil nu d'une coupe frontale révèle des altérations graves. D'abord, dans son ensemble, cette couche ostéogénique reconnaissable à son aspect grisâtre, est fortement épaissie : au lieu d'un mince liseré de 1 à 2 millimètres de haut, elle forme une bande de 5, 10 et même 15 millimètres. En outre, elle est beaucoup plus épaisse en dedans qu'en dehors. Et dans cette couche, l'ostéogénèse est pathologique, la ligne de jonction entre le cartilage et l'os est diffuse, par places mamelonnée ; et au microscope on trouve dans cette couche de prolifération des lésions cellulaires identiques à celles du rachitisme.

J'ai discuté plus haut, d'ensemble, si de cette identité d'aspect histologique nous pouvions conclure à l'identité de maladie. En tout cas, il reste établi que la face active du cartilage conjugal est malade ; qu'à ce niveau la malléabilité de l'os est probablement exagérée, comme dans le rachitisme vrai, et dès lors la pathogénie du genu valgum devient assez claire.

Nous sommes en droit de faire table rase des théories exclusives—pour la plupart démontrées fausses depuis longtemps—ou l'on a voulu invoquer la contracture du biceps fémoral ou la paralysie des muscles de la patte d'oie ; la rétraction du ligament latéral externe ou le relâchement de l'interne ; nous devons arriver à celle que j'ai exposée pour le pied plat.

A l'état normal, tous les sujets ont un léger degré de genu valgum, plus accentué dans le sexe féminin ; l'axe du tibia, au lieu de prolonger directement celui du fémur, s'en écarte en dehors de 150 environ. Aussi, on dans la station, le poids n'est-il par réparti également sur les deux condyles fémoro-tibiaux : certes, la ligne de gravité n'est que peu excentrée, mais elle l'est, d'où, en somme une légère tendance à la surcharge relative du condyle externe, à faire

ouvrir d'avantage, par conséquent, l'angle fémoro-tibial à faire bâiller l'interligne en dedans, à fatiguer le ligament latéral interne.

Tant que muscles, ligaments, os sont sains et vigoureux, cette augmentation de l'angle n'a pas lieu ; la tonicité musculaire en éveil constant assure un contact exact des surfaces articulaires, la charge des deux condyles est à peu près égale et les os poussent droit.

Une simple exagération dans la charge, les os étant sains, peut-elle, en fatiguant les muscles, augmenter un valgum qu'une ostéogénèse accrue en dedans rendra définitif ? Cela n'est pas prouvé. Mais vienne cet état pathologique, mal défini je le répète, qu'on a appelé rachitisme tardif, les muscles insuffisants laissent forcer le ligament latéral interne, d'ailleurs lui-même trop faible, comme se laissent forcer les ligaments plantaires dans la tarsalgie. Les os de résistance amoindrie supportent mal cette charge mal répartie et s'incurvent ; la zone d'ossification du cartilage coxal, devenue oblique en bas et en dedans, se charge plus en dehors et s'y accroît moins vite, tandis qu'en dedans, déchargée, elle prolifère moins vite. Et tant que le processus morbide n'est pas enrayé, plus le genu valgum sera accentué, plus sera grande l'inégalité de charge entre les condyles, plus sera grande, par conséquent, la tendance à l'aggravation. On conçoit ce que devient la statique du genou à partir du moment où la ligne de gravité tombe en dehors du condyle externe.

Aussi concevons-nous comment les adolescents sont prédisposés au genu valgum par les professions qui exigent la station debout prolongée, bien plus pernicieuse à cette égard que la marche. Les statistiques de Mikulicz ont bien mis ce fait en relief, et parmi les apprentis atteints, avec les serruriers, les menuisiers, les ouvriers d'usines, elles nous montrent au premier rang les boulangers, si bien qu'en Allemagne le genu valgum a synonyme "Backerbein" jambe de boulanger.

Car en Allemagne l'après Mikulicz, les apprentis boulangers réunissent au maximum les conditions voulues. Travaillant la nuit, dormant mal et dans des sous-sols humides, souvent mal nourris, ils deviennent "rachitiques". Au pétrin, pour enfourner, ils ont un métier qui développe, par entraînement méthodique, les muscles des membres supérieurs et du tronc ; mais de leurs jambes, ils ne font rien, que de se tenir debout, et pendant qu'ils pétrissent ils prennent la mauvaise habitude, pour augmenter leur base de sustentation, d'écarter leurs jambes, pointes des pieds en dehors, d'aggraver, par conséquent, la surcharge normale des condyles externes.

Le traitement du genu valgum consiste avant tout à soustraire les membres inférieurs aux actions mécaniques responsables de la surcharge nuisible : hygiène générale, repos relatif, limitation et

même dans les cas graves, suppression temporaire de la marche et de la station debout, changement de profession au besoin.

La musculature sera soigneusement et méthodiquement développée par le massage, l'électrisation, et surtout les exercices de gymnastique suédoise.

Pour corriger l'appui du pied sur le sol, on fera porter au sujet des chaussures pour pied plat valgus, creusant la voûte et forçant à l'adduction du pied sur la jambe.

Cela suffit au début, et avec ces quelques précautions les difformités légères peuvent se redresser, tout au moins rester stationnaires. Mais à un moment donné il n'en est plus ainsi, et il faut corriger directement et mécaniquement la déviation du genou. Ici deux méthodes sont en présence : le redressement lent, orthopédique, et le redressement brusque, chirurgical, par ostéoclasie ou ostéotomie.

On peut incontestablement, même dans des cas accentués, obtenir une bonne correction à l'aide d'appareils orthopédiques métalliques assez variés dans le détail, mais de principe commun : une attelle externe, résistante, est fixée en haut à une ceinture pelvienne, en bas à la semelle de la chaussure, et par un bandage fortement serré on applatit pour ainsi dire contre elle l'angle fémoro-tibial ouvert en dehors. Dans les cas modérés l'appareil n'est porté que la nuit, dans les cas graves, il l'est nuit et jour. Cette méthode a contre elle sa longue durée — il faut de six mois à un an pour arriver au résultat — et la nécessité de surveiller, d'ajuster, de modifier à tout instant des appareils dispendieux.

Un autre procédé de redressement graduel, par séances successives, est celui de Julius Wolff. Le membre est saisi dans un appareil en plâtre et redresse le plus possible pendant la dessiccation, le malade étant endormi. Lorsque les douleurs causées par cette position forcée sont calmées, au bout de trois à quatre jours, l'appareil est coupé d'un trait horizontal au-de niveau de l'interligne, en dehors, et un coin est enlevé en dedans, ce qui permet un nouveau redressement, fixé par de nouvelles bandes plâtrées. En trois ou quatre séances semblables le redressement est obtenu, et alors on permet la marche en incorporant dans l'appareil, au niveau de l'interligne des charnières métalliques.

Mais ce procédé, qui exige plusieurs anesthésies successives, ne me semble plus avoir sa raison d'être, malgré ses résultats assez malgré ses résultats assez favorables, depuis que nous sommes en possession de moyens qui nous permettent de pratiquer avec toute sécurité l'ostéoclasie ou l'ostéotomie du fémur.

L'ostéoclasie fut une mauvaise méthode tant que l'on employa l'ostéoclaste primitif de Collin, celui où, la cuisse étant fixée, on fracturait le fémur en bas en agissant sur lui par l'intermédiaire du ligament latéral externe, en portant avec force le pied vers la ligne médiane, le tibia servant par conséquent de levier. De là des entorses graves, des décollements épiphysaires, de l'arthrite du genou avec hémolydarthrose, de l'affaiblissement des ligaments déjà trop faibles par eux-mêmes.

L'ostéoclaste de Rolin (de Lyon) où la fracture se fait par pression au-dessus des condyles, ceux-ci et le haut du fémur étant solidement pris dans des bagues, réalisa un grand progrès; et de fait on peut presque toujours casser ainsi le fémur au lieu voulu d'un trait net et transversal, sans distorsion articulaire. La sécurité anatomique, toutefois, est moindre que par l'ostéotomie, et comme celle-ci est devenu parfaitement bénigne grâce à l'ansisepeis c'est toujours à elle que j'ai recours.

Bien des procédés d'ostéotomie ont été décrits: celui de Macewen, à trait sus-condylien transversal, les a tous détrônés. On dit que dans quelques cas exceptionnels il faut agir sur le tibia (et le péroné) et non sur le fémur: ce est exact pour le genu valgum rachitique des enfants en bas âge, mais je n'ai pas encore rencontré de genu valgum de l'adolescence auquel l'ostéotomie de Macewen n'ait pas suffi.

Sitôt après la section fémorale, le membre est redressé et immobilisé pour six semaines dans un appareil plâtré. Au bout de ce temps, on remet le sujet en liberté, avec les précautions et les prescriptions énumérées tout à l'heure.

La tribune médicale.

Index=Memento

Des Articles Originaux, publiés par les Journaux
Français et Étrangers.

ANJOU MEDICAL, No 11. —Thibault (d'Angers)

Un cas de maladie de Recklinghausen.—Labesse
Diagnose des champignons; préjugés relatifs à
leur comestibilité et à leur récite.

ANNALES DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTÉ-
TRIQUE (novembre). —Réné Kœning: Môle
hydatiforme maligne. Hugenin: Tumeur épithé-
liales du placenta.

ARCHIVES D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE, No.
178. Récamier: Action des rayons X sur le
tissu osseux en voie de développement.

ARCHIVES MÉDICALE d'ANGERS, No. 22. H.
Delagénière: Iléorectostomie pour remplacer
l'anus iliaque dans le cas de cancer haut placé du
rectum ou de cancer de la terminaison de l'S ilia-
que.

REVUE D'HYGIÈNE ET DE POLICE SAN-TAI-
RE. No 10.—M. Enscher; Les règles alimentaires
devant l'hygiène publique.

PRESSE MED. No 94-9.—Letulle: Examen du som-
met du poumon.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE
MED. LEGAL, octobre—Reynaud ; Epidémiolo-
logie de la maladie du sommeil.

REVUE MED. DE LA SUISSE romande, No 11—
Roux ; Quelques cas de prostatectomie.

REVUE DE MED., No 14—Lannois et Porrot ; Le
cœur dans la maladie de Friedreich.—Leclerc et
Salornat, Un nouveau cas de myasthenia gravis.
Roc : Crise épileptiforme d'origine pleurale.

REVUE SCIENTIFIQUE, No 14—Moriiz : Ses ori-
gines des formes de la vie Demyeny : Evolution
de l'éducation physique en France.

REFORMA MEDICE, No 45—Vunito Viglino ; Con-
tribution clinique à la cure chirurgicale de l'ap-
pendicite.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE, No. 11. Terrier
et Coutela : Néoplasmes et pseudoplasmes dévelop-
pés dans les moignons.

BRITISH MED. JOURNAL, No. 2343. Moynihan:
Un cas de stricture simple du canal biliaire com-
mun traité par une opération plastique (6 figures)

BULLETIN MÉDICAL, No. 91. Jeanselme : Le
zona ou fièvre zostérienne.

GAZ. HEBD. MÉD. DES SCIENCES DE BOR-
DEAUX, No. 48. Sabrazès : Examen du sang
dans l'acromégalie. E. Loumeau : Rupture de la
vessie. Intervention. Guérison.

GAZETTE DES HOPITAUX, No. 134. M. Brelet:
La lincite plastique de Brinton. No. 135. Lucien
Rivet : 2 cas de leucémie aigue.

GAZ. MÉD. DE NANTES, No. 47. J. Doré : La
scopolamine comme anesthésique général.

LA GYNÉCOLOGIE, No. 5. Doléris : Maladies des
annexes de la femme. L.-G. Richelet : faut re-
dressa les retroversions. Weinberg et Ainal :
Atrophie des organes génitaux.

REVUE INT. DE MED. ET DE CHIR.—Kirmisson
Ostéomyélite et son traitement par le procédé de
Moseting (injection d'un mélange d'iodoforme
60, blanc de baleine 40, huile de sésame 40) après
curetage et désinfection du foyer.

J. MED. DE BRUXELLES, No 47—Vandervelde et
Nœver: Carcinome primitif de l'ulérus, métastase
pancréatique, épreuve de Sahli par les capsules
glutineuses.

THE LANCET, No 4291—Alexander Morison : Me-
canisme et traitement de l'attaque d'asme spas-
modique (figures).

LYON MED., N. 18—Piery et Farsat ; Gangrène des
extrémités chez une phtisie fibreuse.

MED. RECORD, No 21.—S. A. Knopf : Traitement
et soins à donner aux cas de tuberculose pulmo-
naire avancé (24 figures concernant l'habitation,
laération, etc.)

MÜNCHENER MED. WOCH., No 94-2—Riedel:
Tumeur tordue de l'épiploon avec ou sans hernie
préalable.

VARIETES

Vieux-Neuf Médical

L'action des aliments à distance.

On n'a pas oublié les singulières expériences du Dr Luys à la Charité, et, avant lui, celles de deux médecins de la marine, MM. Bouirrut et Burot, à Rochefort, sur l'action des médicaments à distance chez les hystériques. Une Commission fut nommée, à l'Académie de médecine, pour répéter et contrôler les expériences de Luys, mais le rapport ne fut jamais déposé: le silence des rapporteurs est la leçon des académiciens.

Cependant, on faisait aussi bien il y a déjà un siècle: le Dr Petetin expérimentait sur les aliments à distance. Et cet ancêtre n'était pas le premier venu: président honoraire et perpétuel de la Société de médecine de Lyon, il avait été inspecteur des hôpitaux à l'armée du Rhin, etc.

Il publia, à Paris, en 1808, un gros in-8 de 400 pages, sous le titre suivant: *Electricité animale prouvée par la découverte des phénomènes physiques et moraux de la catalepsie hystérique.*

Dans ce livre, il fait l'histoire d'une cataleptique qui voyait clairement l'intérieur de son propre corps et en expliquait les détails, sans avoir jamais eu la moindre connaissance anatomique.

Mais voici l'expérience sur l'alimentation à distance: "Je renfermai, dit Petetin, sous l'écrément enveloppés de papier, des petits morceaux de pain au lait, de brioche, de mouton rôti, de bœuf bœuf... Arrivé chez la malade, je tirai aussitôt de ma poche un petit papier; je le plaçai sur l'estomac de la malade, en le couvrant de ma main si parfaitement qu'on ne pouvait soupçonner que je fîsse quelque chose. Elle se mit à mâcher et dit: — Ah! que ce pain au lait est délicieux!... Je m'emparai d'une de ses mains, et je lui demandai: — Pourquoi faites-vous un mouvement de la bouche? — Parce que je mange du pain au lait. — Où le savourez-vous? Belle question! dans la bouche," Notre confrère essaya de même successivement tous les petits paquets qu'il avait apportés: la ma-

lade reconnut à merveille tout ce qu'ils renfermaient: ceci est du bœuf, ou du mouton, ou de la brioche. — "Monsieur le docteur, ne craignez-vous point de me donner une indigestion? — "Mangez sans inquiétude, ce mets là n'est point indigeste."

N'est-ce pas que la malade du brioche Petetin était aussi forte que les sujets du Dr. Luys, avec l'ironie en plus?

La chronique médicale.

Le prince Ferdinand de Bulgarie et son gout du macabre.

Pendant les quelques jours qu'il a été "hôte" de la France, on a conté sur le prince Ferdinand de Bulgarie maintes anecdotes, plus ou moins controuvées, dont il a dû être le sourire. On a été jusqu'à dévoiler quelques unes de ses manies: jus-à ces derniers temps, a-t-on dit, il avait sur sa table une coupe pleine de rabis, à portée de sa main. Il y plongerait machinalement, pendant qu'il écrivait ou qu'il compulsait des papiers d'Etat. Il a renoncé à la caresse de ces pierres ardentes où ses doigts se baignaient.

Ce qu'on n'a pas dit, et que nous tenons d'un de ceux qui l'ont approché de très près, c'est qu'il a une véritable passion pour tout ce qui est funèbre; ainsi, à tous ses voyages (a-t-il manqué à la tradition, cette fois, à cause du protocole?), il ne manque pas d'aller visiter les caveaux de St Denis.

Il collectionne, paraît-il, les sujets macabres, et il ne fut jamais si heureux que lorsqu'il reçut d'un de ces amis, pour sa collection, la photographie de la momie de Charles-Quint, qui se trouve à l'Escurial. Le prince Ferdinand est également très fier d'être à peu près seul à posséder les photographies des dessins originaux, faits par le chevalier Lenoir d'après nature, des cadavres de Louis VIII (à l'état de squelette), de Henri IV, de Louis XV et de Turpin. Henri IV, nous écrit celui de qui nous tenons ces curieux détails, ressemble à un vieux juif (*sic*), mais tout le corps est admirable de proportions et indique un homme remarquablement robuste. Louis XV est aussi très grand et très fort, et sa figure, toute ratatinée, ressemble à celle d'un comédien.

Cela rappelle le mot profond de Pascal: "Quelque élevés qu'il soient, les grands-hommes..., s'ils sont plus grands que nous, c'est qu'ils ont la tête plus élevée, mais ils ont les pieds aussi bas que les autres. Ils sont tous à même niveau et s'appuient sur la terre et, par cette extrémité, ils sont aussi abaissés que nous, que les enfants, que les bêtes."

Le Baiser est-il un agent de contamination ?

Une entité qui a été fort malmenée au Congrès de la tuberculose, c'est le baiser. " Si nous voyons, a-t-on dit, des lupus sur tant de joues, au voisinage de tant de lèvres, c'est qu'on donne aux enfants la détestable habitude des'embrasser ils se passent leur mal, et les grandes personnes viennent encore renchérir, en les embrassant et les contagionnent sans rime ni raison".

— "Bravo, ont ajouté les syphiligraphes; faites la guerre au baiser, il est la cause de tant de syphilis"!

Tout ceci est fort bien; et si vraiment cette pantliogénie est exacte, applaudissons à cette courageuse croisade.

Mais cette hypothèse du baiser contaminateur a-t-elle été suffisamment vérifiée.

D'abord le lupus est beaucoup plus souvent localisé au nez qu'aux lèvres ou au joues; je sais bien que c'est dans le voisinage, mais cependant il y a déjà là motif suffisant pour un doute scientifique.

Et justement il nous est possible de dissiper ce doute par la vérification suivante.

Si c'est en s'embrassant qu'on se contagionne, dans les pays où l'on ne s'embrasse pas on ne se contagionnera pas, ou tout au moins pas avec la mêmes localisations et la même fréquence.

Or, il existe précisément des pays où l'on ne s'embrasse pas, la Chine et le Japon. Si extraordinaire que nous paraisse la chose, à nous brave Occidentaux embrasseurs, elle est un fait bien constaté et établi.

Les médecins Japonais vont pouvoir nous donner la réponse.

Si, chez eux, le lupus des lèvres et des joues existe dans des proportions bien inférieures, très bien ! nous croirons les échanges de baisers pernicieux.

Mais si la proportions de cette localisation tuberculeuse est voisine de la notre, n'allons pas déranger une habitude fort ancienne, fortement ancrée e terriblement dure à faire disparaître.

On peut bien attendre ce supplément d'information. Eviter le risque d'une erreur vaut bien qu'on s'accorde ce délai.

Allons-nous, sans plus ample informer, ajouter à la parole de l'Evangile; "Aimez-vous les uns les autres", mais ne vous embrassez pas ! Allons-nous semer la défiance.

Non, nous nous mettrons en rapport avec les confrères du Japon et nous chercherons sérieusement à faire la contre-épreuve de notre hypothèse.

Il serait dommage, en vérité, qu'on ne puisse plus chanter ;

Un baiser est bien douce chose...

(Chronicle Medical.)

Formulaire

Traitement de l'hyperhémie des paupières.

L'hyperhémie du bord libre des paupières s'observe principalement chez les femmes blondes à peau fine, lymphatiques, dont elle fait la désolation lorsqu'elles sont coquettes. Cette rougeur des paupières s'exagère à la moindre irritation, elle devient intense à l'époque des règles et la constipation la rend plus marquée. Elle s'exagère de même sur les efforts d'accommodation, lecture, écriture, travail quelconque sur les objets fins et rapprochés. Aussi, est-il nécessaire dans ces cas, de s'assurer qu'il n'existe pas un vice de réfraction que l'on corrigerait par des verres appropriés.

D'après M. Chevallereau cette affection exige avant tout un traitement hygiénique. Lorsqu'il ne suffit pas, les malades sont améliorés par les applications de compresses astringentes avec la solution suivante :

Sulfate de zinc	5 grammes
Eau distillée	500. —

Dans cette solution, portée à 30° environ on trempera des tarpons assez épais de onate hydrophile que l'on maintiendra sur les paupières fermées, pendant vingt minutes environ matin et soir, en les renouvelant toutes les deux ou trois minutes, lorsqu'ils seront séchés ou refroidis.

(Presse Médicale.)

Potion contre l'incontinence urinaire des enfants

(Blake)

Benzoate de soude	1 gr.
Salicylate de soude	1 gr.
Extrait alcoolique de belladonne.....	2 gouttes.
Eau de cannelle	120 gr.

A prendre 4 ou 5 cuillerées à café par jour.

Pommade contre les brûlures

Peroxyde de zinc	15 gr.
Lanoline ou vaseline q. à. p.	100 gr.

A chaque pansement enlever l'ancienne pommade avec de l'huile de d'amandes douces.

LE CALOMEL ASSOCIE A LA POUDRE DE DOWER CONTRE LA GRIPPE

M. Oncil conseille, dans les cas de grippe épidémique, de commencer par donner au patient, le soir au coucher, le mélange ci-dessous formulé :

Poudre de Dower	0 gr. 60
Calomel à la vapeur	0 gr. 18
Bicarbonate de soude	0 gr. 12

Mélez. Pour un cachet unique.

De plus, il recommande de faire des lotions alcooliques de tout le corps, et s'il existe des douleurs lombaires, applique un sinapisme loco dolenti.

Le lendemain matin, il prescrit le phosphate de soude comme laxatif, et administre 0 gr. 30 de phénacétine toutes les deux heures jusqu'à concurrence de 5 prises.

Mélange de cocaïne et de menthol pour pulvérisations nasales contre le coryza

Afin de faire disparaître la céphalalgie et la sensation d'obstruction nasale qui accompagnent le coryza aigu, on a assez souvent recours à des pulvérisations intranasales pratiquées avec une solution tiède de cocaïne à 1 %. D'après M. A. Pognat (de Genève) (*Nouveaux Remèdes*), il y aurait avantages à substituer à cette solution le mélange que voici, employé de la même façon :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20
Menthol	5 gr.
Huile de vaseline	100 gr.

Les effets décongestionnants de ces pulvérisation, qui doivent être répétées toutes les trois heures, seraient plus marqués et plus durables que ceux de la simple solution de cocaïne.

Traitement de la tricophitie de la barbe

(Brocq)

Bichlorure de Hg	0 gr. 20
Formol	0 gr. 75
Acétone	10 gr. "
Alcool camperé	10 gr. "

On touchera les parties malades matin et soir avec cette préparation. Pour la nuit, on appliquera la vaseline iodé au 100°.

Vaseline pure	20 gr.
Iode métallique	0 gr. 20

Sirap expectorant

Gaïcol	x gouttes
Alcoolature de racine d'aconit	xx gouttes
Benzoate de soude	2 grammes
Sirap diacode	50 grammes
Eau de laurier-cerise	10 —
Sirap de polygala	100 —

M. s. a. — Par cuillerée à soupe toutes trois ou quatre heures.

TOPIQUE ODONTALGIQUE

Hydrate de chloral	5 grammes
Chlorhydrate de cocaïne	1 --
Camphre pulvérisé	5 --

Mélez intimement, ajoutez quelques gouttes d'eau distillée et triturez pour obtenir une solution limpide.

Une goutte sur un tampon de coton hydrophile.

Gouttes contre la coqueluche

Teinture de belladone	} à 5 grammes
-- d'aconit	
-- de grindelia	

De 4 à 8 gouttes après chaque quinte.

Bibliographie

L'ACIDE FORMIQUE ET LA FORCE MUSCULAIRE par le Dr CLÉMENT, de Lyon. — Après avoir été pronée sans mesure dans la presse extra-médicale, la médication formique menace de tomber dans l'oubli. Il se passe pour elle ce qui s'est produit pour tant d'autres, pour l'antipyrine, pour la cocaïne, par exemple, dont l'usage a été galvaudé en quelque sorte, pour employer l'expression si juste de prof. Reclus à propos de ce dernier médicament, expression qui s'applique parfaitement au cas actuel de l'acide formique et des formiates.

Employés à doses convenables, ces médicaments constituent d'excellents toniques musculaires et des diurétiques analogues aux alcalins. Réduite à ces justes proportions, la médication formique conservera une place honorable dans les récentes acquisitions de la thérapeutique.

Le Dr. Clément s'est particulièrement attaché dans l'ouvrage qu'il présente aujourd'hui au monde médical, à exposer l'histoire de l'emploi de l'acide formique dans le passé, ainsi qu'à décrire les résultats des expériences de laboratoire auxquelles il s'est livré pour établir sur des basses physiologiques l'action des formiates.

L'auteur compare ensuite l'action énergétique du sucre, de l'alcool et des formiates et expose les raisons qui lui font préférer l'emploi de ces derniers chaque fois qu'il convient de relever l'énergie musculaire.

Grâce à la richesse de sa documentation historique et aux nombreuses gravures qui en ornent le texte, l'ouvrage du Dr. Clément, luxueusement édité d'ailleurs, est d'une lecture attachante pour les médecins aussi bien que pour les gens du monde. D'ailleurs les réflexions de philosophie sociale qui terminent cet ouvrage montrent bien que l'auteur a plus particulièrement entrepris une œuvre de vulgarisation.

PREMIER CONGRES INTERNATIONAL D'ASSAINISSEMENT ET DE SALUBRITÉ DE L'HABITATION, publié par les soins de M. MARIÉ-DAVY, Secrétaire général (Paris, Rousset).

M. Marié-Davy, dont l'activité et le dévouement avaient assuré le grand succès du premier Congrès International d'assainissement et de salubrité de l'habitation, vient de publier en un gros volume les travaux de ce congrès. Si l'on examina la quantité de documents réunis dans ce livre compacte et si l'on songe que quelques mois à peine nous sépare de ce congrès, l'on ne saurait trop féliciter M. Marié-Davy d'avoir su mener à bien aussi rapidement une tâche pareille. Jamais les secrétaires généraux n'ont mis aussi peu de temps à publier leur comptes-rendus. Il est vrai que ce Congrès avait été organisé d'une façon parfaite et que les travaux s'étaient accomplis dans la plus grande méthode sous la présidence de M. PAUL STRAUSS, sénateur. Ce volume de 750 pages contient des rapports très importants et des communications étudiées. Citons seulement et au hasard les rapports de M. JULLERAT sur l'habitation urbaine; de M. MARIÉ-DAVY sur les habitations rurales; de M. CACHEUX sur l'assainissement de l'habitation à bon marché; de M. CHEQUON sur l'hygiène du logement populaire; de M. JOUTRAIN sur la salubrité des hôtels meublés et des logements loués en garnis; de M. HENRY THIERRY sur la fréquence de la tuberculose dans la marine; de M. MASSON sur l'évacuation des eaux usées, etc.

Parmi les communications, citons celle très remarquable de M. le Dr MONTARDO sur la nécessité de conclure une entente internationale pour régler les conditions hygiéniques des navires qui transportent des émigrants et celles de M. M. BERTHOLD sur l'hygiène dans les théâtres; de M. DUBAY sur la loi de 1902; SAVOIE sur un projet d'hôtel meublé-restaurant; BOUREILLE sur l'eau, les water-

closets et tout-à-Paris ; DUROZOV sur la tuberculose, la chaudière homicide, etc. La lecture de ce livre montrera ce que furent les travaux du Congrès. Puisse-t-elle amener les hygiénistes et les médecins à participer au Congrès d'assainissement qui se tiendra l'an prochain à Genève.

L. G.

Nouvelles de France

On a inauguré solennellement le 1 Décembre en présence du président de la République, du préfet de la Seine, et des conseillers municipaux, le nouvel hôpital des contagieux, définitivement appelé l'hôpital Claude-Bernard. Ceux qui se souviennent des baroquement que Paris offrait comme asile à des contagieux ne peuvent que féliciter l'Assistance Publique de son effort et de son succès.

Le 2 Décembre, le Docteur Brocq a pris possession de son nouveau service à l'hôpital Saint Louis. Nous félicitons chaudement un des plus réputés des dermatologistes français d'avoir enfin un oeuvre digne de lui.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

La Société de chirurgie de Paris a eu à l'ordre du jour de ses dernières séances, deux questions des plus

intéressantes; les anastomoses ilés rectales et la résection du grand sympathique contre la névralgie faciale.

La discussion au sujet des anastomoses des rectales est venue à la suite d'un rapport de Desmoulin, sur une communication de deux cas d'entéro-anastomose pour cancer du gros intestin par Savariaud chirurgien des hôpitaux.

Dans les 2 cas de Savariaud il s'agissait de cancers inopérables accompagnés d'occlusion intestinale aigue, d'où la nécessité de pratiquer un anus coecal.

Les malades ayant survécu, à cette première opération, Savariaud, pour les débarrasser de l'infirmité gênante résultant de l'anus coecal artificiel a pratiqué une anastomose entre l'intestin au dessus du cancer, et l'intestin au dessous. Le premier malade était atteint d'un cancer de l'angle splénique du colon l'anastomose fut pratiquée entre le colon transverse et l'anse sigmoïde. Le second malade était atteint d'un cancer sigmoïde rectal, et l'anastomose fut pratiquée entre l'anse sigmoïde et l'ampoule rectale.

Les conclusions du rapport de Desmoulin sont les suivantes:

1. L'entéro-rectostomie pour cancer inopérable du gros intestin, pratiquée huit fois, a donné six succès et deux morts. Dans les cas de mort l'anastomose avait été faite par des sutures qui n'ont pas tenu.

2. Quatre entéro-rectostomie pratiquées avec le bouton de Murphy, selon la technique de Lardennois ont été couronnées de succès.

D'après la statistique de Savariaud, les résultats éloignés de l'entéro-rectostomie sont supérieurs à ceux de l'anus artificiel: la survie est plus considérable la situation du malade et préférable l'exclusion intes-

tinale paraît inférieure à l'anastomose entero-rectale.

Ces conclusions de Desmoulin tendant à admettre que l'anastomose est supérieure à l'anus-iliaque, ont été fortement battues en brèche par Quenu, Tuffier et Hartmann.

Si l'on compare en effet, la mortalité des 2 opérations on constate, qu'elle est d'un tiers dans le cas d'anastomose, alors que l'anus artificiel a une mortalité presque nulle et comme le fait justement remarquer Quenu, toute tentative, si audacieuse qu'elle puisse paraître peut être considérée comme légitime, quand il s'agit d'une affection durable par l'opération: il n'en est pas de même quand il s'agit d'une opération ne pouvant être jamais que palliative, comme dans le cancer du rectum. Mais il y a plus, et Quenu fait encore remarquer que l'un des principaux avantages de l'anus iliaque est d'exclure la surface cancéreuse du parcours intestinal, de la soustraire complètement l'influence algésique irritante, infectante et hémorragique des matières si septiques en cas de cancer rectal que le beau frère de Metchnikoff qui en avait entrepris l'étude a été obligé d'y renoncer tant la faune était innombrable.

Un des arguments mis en avant par Desmoulin en faveur de l'anastomose est la suppression de l'infirmité dégoûtante constituée par l'anus. Reprenant cet argument, Hartmann fait remarquer qu'avec les grands anus artificiels tels qu'on les pratiquait autrefois cette colostomie iliaque constituait en effet une infirmité dégoûtante et pénible, mais il n'en est plus de même aujourd'hui, si l'on pratique l'anus artificiel suivant les règles admises aujourd'hui, c'est-à-dire, sans inciser les muscles de la paroi, mais en faisant une

simple dissociation musculaire identique à celle employée dans le procédé opératoire de Mac. Burney pour l'appendicite, si on l'ouvre l'intestin que sur une très petite étendue.

Il est plus, et Piqué, fait justement remarquer qu'actuellement on peut obtenir des anus continant véritables en soumettant les malades soit à un régime raisonné, soit à une véritable éducation mentale en agissant selon la conception de Grasset sur le psychisme inférieur du sujet.

D'autre part comme le prouve Hartmann, avec deux opérations à l'appui, les résultats fonctionnels de l'anastomose ne sont pas aussi constamment bons que ceux de la colostomie iliaque.

Conclusion pratique :

De cette discussion, si intéressante, on peut conclure en se plaçant à un point de vue absolument pratique, qu'à l'heure actuelle l'opération de choix dans les cas de cancer du rectum haut placés et du gros intestin, est l'anus contre nature; opération relativement facile, et qui pratiquée suivant les règles aujourd'hui bien établies donne dans la plupart des cas, un résultat excellent. Le "tout à l'intestin" l'entéro-anastomose et certainement un idéal vers lequel on doit tendre, mais qui doit être considéré comme une opération difficile, grave, et dont la technique opératoire et les indications ne peuvent encore être définitivement établies, elle devra donc être réservée à des cas bien spéciaux, des cas par exemple de petits cancers limités étranglant comme une ficelle à la jonction recto-sigmoïdienne, cancer à ulcération minime dont le type

est le squirre sténosant dont la première manifestation est parfois une attaque d'occlusion aigue. ou encore dans les cas de sujets prédisposés à l'hypocondrie, dont l'anus contre nature peut devenir le point de départ de troubles mentaux exigeant l'internement. Piqué en rapporte plusieurs cas dont la guérison mentale a suivi la cure de l'anus artificiel.

Interdiction de l'absinthe en Belgique

Voici le texte de la loi votée par le sénat et que la Chambre aura à examiner à nouveau.

ARTICLE I

Article premier :—Sont interdits, sous peine de 26 à 500 francs d'amende et d'un emprisonnement de huit jours à six mois, ou d'une de ces peine seulement, la fabrication, le transport, la détention, la vente et le débit de la liqueurs dites chartreuse, bénédictine, la liqueur contenant de l'essence d'absinthe, à l'exclusion des liqueurs dites chartreuse, bénédictine, bitter, amer et autres analogue qui ne renferment pas plus de 1 gramme d'essence de toute espèce par litre.

"L'interdiction s'étend pas aux vins aromatisés tel que le vermouth et autres vins analogues.

" Les produits faisant l'objet de contraventions aux défenses édictées par le premier alinéa du présent article seront saisis et confisqués.

ARTICLE II.

L'importation des produits dont la fabrication, le transport, la détention, la vente et le débit sont interdits par le premier alinéa de l'article premier est prohibée

"Cette prohibition ne s'applique pas aux expédition en transit direct et sous surveillance douanière.

ARTICLE III

"La présente loi ne sera exécutoire qu'à partir du 1er Mars 1906, sauf en ce qui concerne l'interdiction de la prohibition de l'importation."

TRAVAUX ORIGINAUX

Cancer de l'Uterus, observation clinique par le Docteur François de Martigny

Communication à la Société Médical de Montréal

Le cancer de l'utérus (j'emploie ici ce mot comme synonyme d'affection maligne) est, chez la femme, le plus fréquent après le cancer du sein. Dans la majorité des cas il débute par le col d'une manière insidieuse et sourde, puis envahit le corps, la vessie, le rectum. Souvent malgré l'apparence de parfaite santé que conserve la malade quand elle vient consulter, il est trop tard pour que l'on puisse enlever tout le mal, le cancer a dépassé l'utérus. Dans ces cas la seule chose que l'on puisse raisonnablement proposer est la destruction au fer rouge des bourgeons, suivi de pansements astringents, et l'emploi à l'intérieur de la morphine à doses progressivement croissantes.

Possédons-nous, pour les cas où nous pouvons intervenir tout au début ou quelque temps après, un traitement véritablement curatif ou tous les traitements qualifiés de curatifs, ne sont-ils que des traitements palliatifs? Le traitement curatif actuel tend-il à autre chose qu'à prolonger la vie de la malade de quelques mois à quelques années? Les rares cas catalogués guéris étaient-ils des cas de cancers contrôlés par l'examen microscopique? Parcourons ensemble les auteurs, scrutons les statistiques. Que voyons-nous? Un auteur cite, grâce à tel procédé particulier, un cas resté sans récurrence après dix ou même quinze ans. Toujours ce: "sans récurrence" employé, qui laisse percer l'état de désarmement presque complet dans lequel nous sommes en face de cette maladie. Devons-nous dans ces conditions rejeter de parti pris toutes ces opérations graves et compliquées, exposant la grande majorité des malades à une mort très rapprochée de l'opération, sans pouvoir garantir au petit nombre qui sortent vivantes de l'hôpital, d'une manière absolue, une guérison définitive? Je crois,

et avec la majorité des auteurs de gynécologie, que nous devons les rejeter. D'abord, si la maladie est avancée, il faut pour faire une opération complète, un acte opératoire compliqué et difficile, acte opératoire qui n'empêche pas la récurrence de suivre de près l'opération. Ensuite il ne faut pas oublier que la malade qui choisit son chirurgien en toute confiance et en toute liberté lui demande non pas de faire une opération brillante et compliquée, qui a de grandes chances de supprimer sa vie en quelques heures, mais au contraire réclame de lui si non la guérison du moins le soulagement de ses souffrances et la prolongation de sa vie. Si nous envisageons ainsi la question, si nous séparons la chirurgie de la médecine opératoire, nous admettrons facilement que l'on doit rejeter l'évident du petit bassin avec ou sans exclusion, opération si meurtrière et au succès si incertain, nous nous bornerons à l'opération la moins dangereuse, la plus simple, la plus sûre, qui en fin de compte sera celle qui donnera le meilleur résultat.

Voilà les raisons qui m'ont guidées dans la conduite que j'ai tenue dans le cas dont je vous rapporte ce soir l'observation.

Madame F., âgée de 39 ans, vint me consulter il y a un peu plus d'un mois. Elle présente l'apparence d'une parfaite santé, est grasse, n'a pas maigri, a un teint coloré.

Sa mère est morte vers 71 ans d'un cancer de l'utérus propagé à la vessie et au rectum.

Elle a deux tantes maternelles mortes de cancer du sein.

Reglée à 14 ans, ses règles furent toujours régulières, indolores et abondantes.

Mariée à dix-neuf ans, elle eut quatre enfants bien constitués qui moururent entre un jour et un mois. De plus deux fausses couches entre quatre et cinq mois.

Elle ne souffrit jamais du ventre, les grossesses n'étaient pas pénibles, les accouchements des plus normaux.

Ses premiers troubles menstruels remontent à trois mois. A cette époque, sans cause, elle eut

une hémorrhagie de dix jours avec de gros caillots, mais sans douleurs. Puis une leucorrhée suivit, leucorrhée tachant le linge en jaune et sentant mauvais. Il y a 1-2 mois, nouvelle hémorrhagie aussi abondante, suivie d'une leucorrhée plus abondante, sentant plus mauvais et produisant une irritation désagréable, douloureuse même de la vulve et de la face interne des cuisses. Le médecin consulté diagnostique " cancer de l'utérus " et conseille l'intervention immédiate.

A l'examen, le ventre ne présente rien de particulier. La palpation est indolore, l'utérus atteint trois travers de doigts au-dessus du pubis.

Le périnée est déchiré, il y a aussi une légère cystocèle et une rectocèle prononcée.

Le col gros comme une mandarine, remplit tout le fond du vagin, est indépendant de ce dernier, donne la sensation d'un chou-fleur. L'examen détermine une hémorrhagie assez considérable.

Les culs de sac sont souples.

Le corps utérin est au moins triplé de volume, mobile mais douloureux.

Les annexes semblent saines.

Je partage entièrement l'opinion de mon distingué confrère. Devant cette marche envahissante si rapide je ne puis que conseiller l'hystérectomie, totale bien entendu, vaginale si possible, ou abdominale.

En prenant ce parti, je savais ne pouvoir garantir une guérison absolue à ma malade; seulement j'avais et j'ai encore l'espoir de prolonger sa vie de plusieurs années.

Si je conseillai l'hystérectomie, opération sans grande gravité, de préférence à l'évidement du petit bassin, c'est que, me basant sur les statistiques, je suis arrivé à la conclusion que la survie globale est plus longue avec l'hystérectomie.

Le lendemain j'opérais ma malade, après examen sous chloroforme, ayant jugé l'hystérectomie vaginale trop laborieuse, je pratiquai l'hystérectomie abdominale, ayant soin d'enlever en même

temps que l'utérus et les ovaires une colerette vaginale, procédé qui pour être plus difficile ne rend pas l'opération plus dangereuse et donne une plus grande garantie pour l'avenir.

L'opération fut simple et la malade guérit sans incident jusqu'au 19^e jour où brusquement la température atteignit 103 et le pouls 140. Le Dr Cléroux appelé en consultation attribua cette élévation de la température et cette accélération du pouls à l'infection intestinale, et un simple cachet de calomel eut raison de ces phénomènes.

Ma malade est-elle définitivement guérie? Non, messieurs, la récurrence reste à craindre, dans un avenir plus ou moins éloigné. Si j'avais fait l'évidement, avec ou sans exclusion du petit bassin, et supposant que ma malade fut sortie vivante de l'hôpital, l'avenir serait-il moins sombre pour elle. Il est permis de croire que non. De toute manière, c'est l'avenir qui tranchera la question et je serai heureux de donner le résultat ultime de cette observation dans un temps assez éloigné, je l'espère.

—:—

REVUES DES JOURNAUX

CHIRURGIE

DE L'EMPLOI DES ANTISEPTIQUES EN CHIRURGIE RURALE

Par le Docteur Paul Boudin (d'Oyonnax)
Ex-interne des Hôpitaux de Lyon.

Il est assez difficile au médecin de campagne de faire de la chirurgie. Ou le malade guérit et l'on oublie bien vite le service rendu, trouvant toujours la note exagérée après le danger, celui qui était jadis un dieu sauveur, n'est plus qu'un créancier; ou bien le malade meurt, et c'est le

médecin qui l'a tué. On en est donc réduit à une chirurgie d'urgence, et c'est celle-là seule qui intéresse le praticien campagnard.

Hors des grands centres, l'antiseptie ou plutôt l'asepsie est chose bien relative. Quelle différence avec les salles d'opérations des hôpitaux, où aides, instruments, matériaux de pansements sont privés de germes pathogènes. A la campagne, il n'en est plus de même, et c'est à grand-peine que l'on peut obtenir de la simple eau bouillie. Le praticien doit tout apporter avec lui, doit être son seul aide, car, dans l'entourage du malade, comment le plus souvent apprendre à un homme affolé ou simplement ému à seulement bien se laver les mains. Heureusement le bon air est là pour arranger les choses, et c'est fait rare que de voir survenir des complications septiques.

Pour les instruments, les cuvettes, le flambage est le procédé le plus pratique. Les linges seront sortis de l'armoire où ils sont empilés depuis la dernière lessive.

Quant au malade lui-même, la première toilette à faire est un bon savonnage. et que de fois, pour se laver les mains, vous apportez-t-on un bol, voire même une assiette à soupe remplie d'eau, et c'est tout.

Il est facile d'avoir, dans sa trousse ou dans son portefeuille, des paquets d'un gramme de sublimé ou de permanganate de potasse. Dissous dans un litre d'eau bouillie, on obtient une solution relativement antiseptique. Je n'ai pas à vanter ici leurs mérites ni à insister sur leurs inconvénients : ils sont trop connus.

Ces solutions extemporanées sont, le plus fréquemment, assez difficiles à obtenir : il faut allumer le feu, faire bouillir l'eau et souvent dans quelles casseroles ! Le mieux, c'est d'avoir recours au pharmacien ou avoir sous la main un antiseptique toujours prêt à servir.

C'est le cas de l'eau oxygénée dont le pouvoir bactéricide est très grand et qui peut être employée absolument sans danger. Grâce à ce liquide, j'ai obtenu des guérisons extrêmement rapides.

Tel est le cas d'un jeune homme de 19 ans qui, par accident, s'était tiré un coup de fusil dans le pied. Les plombs, faisant balle, traversèrent le sabot et le pied, et, dans la plaie, je trouvais des bouts d'os, des plombs, des débris de sabot, de chaussette, voire même des cailloux. Il y avait un trou percé de part en part, de 6 cent. de long sur 4 de large, ayant broyé le 1er et le 2^{me} métatarsiens. Plus tard, je retirais, nécrosée, la première phalange du pouce. Je vis ce malade avec mon excellent confrère et ami le docteur Saint-Pierre, de Nantua, et fut discutée entre nous l'idée d'une amputation de l'avant-pied. Néanmoins, l'ablation soigneuse des esquilles, de grands lavages au permanganate à 1 p.c. suivis de lavages à l'eau oxygénée, pansements au talc et bismuth, ont amené la guérison. J'enlevais, à la curette, les débris du 1er métatarsien, et fut assez heureux pour conserver une légère portion osseuse avec son périoste. L'os put se reproduire, un peu informe, il est vrai, mais, actuellement, grâce à lui, le talon antérieur du pied se trouve reformé, et le malade marche sans aucune boiterie. Il y eut de la fièvre les premiers jours ; j'injectai du sérum antitétanique et, aucun accident septique n'est venu entraver la guérison. La suppuration a été modérée, souillant à peine la gaze, et cela, je puis le dire, grâce à l'eau oxygénée.

Dans la région industrielle que j'habite, il est très fréquent de constater des écrasements des doigts, des coupures profondes. Eh bien ! par l'emploi de l'eau oxygénée à 12 volumes, la suppuration est à peu près nulle et la cicatrice est prompte.

Dans les abcès, le résultat est non moins efficace. Qu'il s'agisse d'un abcès chaud, d'une adénite purpurée ou d'une collection froide, une ponction avec une aiguille de Pravaz fait soudre le pus. Puis, par le petit orifice, on injecte avec une seringue de Roux, de l'eau oxygénée, injection que je fais précéder le plus souvent d'une injection au permanganate à 1 p.c. Cette méthode est peu douloureuse et, en deux ou trois jours, un abcès chaud se trouve guéri.

J'ai traité, avec mon excellent confrère et ami le Dr Julliard, de Châtillon-de-Michaille, un

abcès testiculaire d'origine bacillaire. Guérison rapide, avec suppuration très modérée, par de simples lavages au permanganate suivis d'injections oxygénées.

Je n'ai nullement l'intention de donner par le détail les différentes observations que j'ai colligées sur le peroxyde d'hydrogène. Je tiens simplement à attirer l'attention sur les ressources que l'on peut tirer de cet antiseptique, surtout en chirurgie rurale, car, que je sache, l'eau oxygénée n'a jamais été employée " *larga manu*." En effet, cet agent bactéricide est connu et d'usage courant depuis peu. C'est en 1899 la thèse de Laurels (Paris), celle de Michaut, en 1900 (Lyon), c'est la communication de Lucas-Championnière, à l'Académie de médecine (1898) et son article dans le " *Journal de médecine et de chirurgies pratiques* " (1901, page 481), ce sont les travaux de Bruns, de Tubingen, qui firent connaître ce liquide en tant qu'antiseptique. En 1895, le Dr Paul Petit et en 1900 le Dr Platon ont vanté ses propriétés hémostatiques.

Depuis, plusieurs travaux ont été publiés, entre autres celui de Papon sur le traitement des abcès froids.

Sans entrer dans une longue et fastidieuse bibliographie, je tiens seulement à faire remarquer combien l'eau oxygénée peut être d'usage courant. Antiseptique très puissant par dégagement d'oxygène, elle n'est pas, comme le sublimé, un poison pour les cellules autant que pour les microbes; son action est régénératrice plutôt que destructive; on peut l'employer sans crainte d'intoxication si la plaie est large, sans crainte d'erreur, puisqu'on s'en sert en gargarismes ou en lavements. De plus, avantage à considérer, c'est un hémostatique puissant, arrêtant ainsi dans une plaie hémorragie et pullulation microbienne. Un dernier point, c'est l'absence de douleur par son emploi, tout au plus légère cuisson.

Avec elle, peu utiles sont les poudres antiseptiques, qui, telles que l'iodoforme, ont souvent des propriétés odorantes bien désagréables. Je n'use habituellement que d'un mélange à parties égales de talc et bismuth. Parfois, si la plaie est atone, un peu de bicarbonate de soude, ajouté à

ce mélange donne à la plaie l'excitation nécessaire pour la guérison.

Mais ces applications bicarbonatées sodiques sont quelquefois un peu douloureuses. Néanmoins, à doses faibles (bicarbonate 5 gr., talc et bismuth à 15 gr.), la souffrance est bien supportable. En poudre, comme en solution (1 à 5 p.c.), le bicarbonate de soude m'a donné de bons résultats, surtout dans le traitement des brûlures et des ulcères variqueux, dont les plaies atones et peu bourgeonnantes sont si rebelles à la cicatrisation.

La teinture d'iode est aussi d'emploi avantageux, surtout dans les plaies étroites, les piqûres par exemple. Ce liquide s'infiltré dans les tissus, rendant ainsi le terrain peu favorable à la pullulation des microorganismes. Elle est, de plus, indolore et absolument inoffensive.

En résumé, loin de moi l'idée de faire une dissertation savante et riche en noms bibliographiques. J'ai simplement tenu à faire remarquer que le médecin qui exerce à la campagne est loin d'avoir sous la main toutes les ressources microbicides qu'il pourrait trouver dans un grand centre. En pratique, l'asepsie est pour lui presque un mythe, dans la plupart des milieux où il est obligé d'aller; l'antisepsie est difficile, d'autant que, souvent, éloigné de plusieurs kilomètres de la pharmacie prochaine, le médecin, chez son blessé, est obligé d'avoir avec lui une pharmacie portative et d'usage commode. On hésite à faire extemporanément du sublimé; l'eau met trop de temps à bouillir; tandis qu'avec, dans sa poche, un flacon d'eau oxygénée ou de teinture d'iode, on peut parer au plus pressé, quitte, par la suite, l'urgence passée, à soigner son malade... " *secundum artem*."

(*Journal des Médecins Praticiens de Lyon et de la Région.*)

MEDECINE

DIAGNOSTIC DE LA PLEURESIE PURULENTE CHEZ L'ENFANT

d'après une clinique de Mr. Apert

On méconnaît souvent la pleurésie purulente chez le jeune enfant ; cette erreur de diagnostic a souvent des conséquences. Les petits malades maigrissent, dépérissent et meurent, considérés comme tuberculeux incurables, alors qu'une évacuation suffisamment précoce du pus pleural les eût presque certainement guéris. L'histoire est à peu près toujours la même : un enfant d'un, deux ou trois ans est pris un jour d'agitation, de fièvre, de toux ; le médecin appelé trouve dans un poumon des râles de tout calibre, plus ou moins gargouillants, et du souffle ; il craint une fluxion de poitrine, et il a raison : c'est, en effet, le plus souvent à la suite d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie que survient la pleurésie purulente du jeune enfant. Au bout d'un certain temps, la fièvre tombe, ou du moins la température redevient à peu près normale le matin ; mais le soir persistent des élévations plus ou moins irrégulières, et l'état général, au lieu de s'améliorer rapidement comme à la suite des défervescences de pneumonie, décline progressivement : l'enfant pâlit, s'amaigrit et s'affaiblit de plus en plus. Un épanchement pleural purulent succède à l'inflammation pulmonaire primitive ; mais pour les raisons qu'on va voir, cet épanchement passe inaperçu ; le médecin craint de s'être trompé dans son premier diagnostic, il pense de plus en plus qu'il s'est agi, non de broncho-pneumonie franche, mais de broncho-pneumonie tuberculeuse ; il porte le pronostic le plus funeste, et la gravité de l'état de l'enfant saute, du reste, tellement aux yeux des moins expérimentés que les parents ne s'étonnent pas quand il leur dit que l'enfant est tuberculeux. Pour peu que le petit malade soit alors traité par des préparations ichtyolées, créosotées, iodoformées, tannolées, l'état de ses fonctions digestives empire, il est bientôt réduit à l'état squelettique, la peau est

pâle comme de la cire et présente souvent la teinte verdâtre signalée par M. Netter dans les pleurésies purulentes à pneumocoques ; elle est collée aux os, les pommettes sont excavées, les yeux enfoncés, les saillies osseuses exagérées ; la respiration est affaiblie, le pouls imperceptible, le cri remplacé par de vagues plaintes, et l'enfant finit par s'éteindre. Cette fatale terminaison aurait pourtant pu être évitée si le diagnostic avait été exact. On doit le faire exact quand on tient compte de certaines particularités de séméiologie infantile qui, méconnues, sont la cause de grosses erreurs.

L'examen des poumons des jeunes enfants doit toujours être fait avec méthode. Il faut que le thorax de l'enfant soit largement découvert et que l'enfant soit tenu sur le bras de sa mère, la poitrine appuyée sur le sein et l'épaule de celle-ci, de façon à ce que le dos de l'enfant se présente directement au médecin et que les deux moitiés du thorax soient bien symétriques. L'auscultation se fera sur un linge fin ; la tête du médecin se pose doucement au contact du dos de l'enfant, sans appuyer. Le médecin ausculte comparativement un côté, puis l'autre, à différentes hauteurs. L'enfant n'étant pas changé de position, le médecin procède ensuite à la percussion. Elle doit être très légère, sous peine de faire résonner en entier le petit thorax et de n'obtenir aucune différenciation.

L'auscultation et la percussion sont ensuite pratiquées comparativement dans chaque aisselle ; il ne faut pas oublier, en effet, d'abord que, chez l'enfant comme chez l'adulte, beaucoup de processus morbides prédominent à la partie latérale du poumon ; puis que, dans le petit thorax de l'enfant, la propagation des bruits se fait facilement d'un côté à l'autre, et que c'est dans les aisselles qu'on se trouve le plus à l'abri de cette cause d'erreur.

Enfin, le médecin ausculte, puis percute, la face antérieure du thorax ; nous terminons habituellement par cette région, parce que l'enfant s'effraye toujours plus des manœuvres pratiquées sur sa poitrine et vues par lui que de celles effectuées sur son dos. Il importe de ménager l'enfant

afin qu'il ne s'agite pas et ne crie pas pendant ces manœuvres.

Si l'enfant crie, le médecin l'ausculte, et après quelques cris, un moment arrive où l'enfant fait une inspiration profonde pour emplir d'air sa poitrine avant de crier de nouveau. Il suffit d'ausculter deux ou trois de ces inspirations. Les cris ont l'avantage de permettre l'étude du retentissement vocal et la recherche des vibrations ; pour rechercher celles-ci, la main doit être appliquée comparativement dans l'une et l'autre aisselles, et non dans le dos, toujours pour éviter la cause d'erreur due à la facilité de la transmission des signes d'un côté à l'autre du petit thorax du jeune enfant.

À l'état normal, chez le jeune enfant la respiration est plus rapide et plus bruyante que chez l'adulte. Tous les bruits pathogéniques sont également perçus avec plus de force. Les râles sous-crépitants retentissent violemment sous l'oreille, et pour peu qu'ils soient humides, de calibres variés et suffisamment confluent, ils simulent des gargouillements. On comprend donc qu'un observateur non prévenu croie facilement à l'existence d'une caverne, alors qu'il s'agit uniquement de foyers de broncho-pneumonie ou de congestion pulmonaire, en dehors de toute tuberculose, en dehors également de tout processus de dilatation bronchique. Cela est prouvé non seulement par les autopsies, mais encore parce que ces signes caverneux disparaissent d'une heure à l'autre et qu'on trouve le lendemain une respiration normale là où la veille semblait exister une excavation pulmonaire.

Cette transmission facile des bruits pulmonaires explique également qu'un des grands signes de la pleurésie : l'absence ou la diminution du murmure respiratoire, puisse faire défaut ; chez le jeune enfant, la lame liquide interposée entre la paroi et le poumon est toujours mince ; le poumon sous-jacent est habituellement atteint, de broncho-pneumonie, et les bruits caverneux que cause celle-ci sont à peine atténués par l'interposition de l'épanchement ; le souffle pleurétique accompagné de râles simule parfaitement le souffle broncho-pneumonique, dont le timbre est souvent aigre chez l'enfant.

Il faut un épanchement considérable pour abolir complètement les bruits respiratoires et les vibrations thoraciques ; encore n'est-ce que dans l'aisselle, pour les raisons dites ci-dessous, que cette abolition est constatable. On comprend donc que l'auscultation et la palpation ne guident pas beaucoup un observateur non prévenu, vers un diagnostic de pleurésie, et qu'il soit amené à un diagnostic de tuberculose pulmonaire.

En réalité, c'est la percussion qui permet de faire sûrement, chez le jeune enfant, le diagnostic d'épanchement pleural. Seul un épanchement liquide donne chez l'enfant une matité absolue avec disparition complète de l'élasticité de la paroi sous le doigt.

Encore faut-il avoir soin de faire la percussion légère que nous avons recommandée, sous peine de faire résonner tout l'ensemble du thorax. En percutant comparativement les deux poumons, tant dans le dos que dans l'aisselle et en avant, en pratiquant une percussion légère, l'oreille rapprochée du point percuté, il est impossible de ne pas percevoir la différence entre le côté malade et le côté sain. Les broncho-pneumonies, les pneumonies mêmes avec hépatisation complète, ne donnent, chez le jeune enfant, qu'une submatité impossible à confondre avec la matité hydrique.

En tout cas, cette constatation éveillera l'idée d'un épanchement et conduira à faire une ponction exploratrice à la fois pour confirmer le diagnostic et pour s'assurer de la nature du liquide.

On observe chez l'enfant, même jeune, des épanchements sérieux ; mais dans les cas auxquels nous faisons allusion, amenant rapidement une cachexie qui simule la tuberculose pulmonaire galopante, l'épanchement est toujours prudent. La maigreur, la pâleur, les sueurs abondantes, surtout pendant le sommeil, engagent à croire à la tuberculose, et même après la constatation de l'épanchement purulent pleural, on pourrait croire qu'il s'agit d'une tuberculose pleurale, d'un abcès froid de la plèvre non justiciable de la thoracotomie. En tout état de cause, toutes les probabilités sont cependant contre ce diagnostic ; on observe surtout, chez le jeune enfant, des tuberculo-

ses généralisées, et, de même que la tuberculose pulmonaire chronique, l'abcès froid pleural est exceptionnel chez les sujets au-dessous de trois ou quatre ans; il suffira, du reste, pour éliminer l'abcès froid pleural, de pratiquer l'examen microscopique. Le plus souvent, on verra, au milieu de nombreuses cellules de pus un certain nombre de diplocoques lancéolés, nettement encapsulés qui permettent de porter le diagnostic de pleurésie purulente à pneumocoque.

Beaucoup plus rarement on trouve du streptocoque, du colibacille. Enfin, parfois, le pus ne contient pas de leucocytes, ni de microbes visibles, mais des cellules en dégénérescence graisseuse et les débris cellulaires; il y a chance, en ce dernier cas, pour qu'il s'agisse de tuberculose pleurale.

Le pronostic est alors complètement modifié. La pleurésie purulente à pneumocoque, comme l'a si bien montré M. Netter, est d'un pronostic bénin. Néanmoins, il est, en somme, exceptionnel de les voir guérir par simple ponction évacuatrice. On ne doit tenter une ou deux ponctions évacuatrices que dans les pleurésies purulentes, récentes et enkystées. En général, il vaudra mieux faire la thoracotomie d'emblée: chez le jeune enfant on n'obtiendra un orifice suffisant que par une résection costale ou un drain sera laissé à demeure. Il faut s'abstenir de lavages de la plèvre. Sitôt la thoracotomie faite, la fièvre disparaît, l'état général se relève rapidement, la poche pleurale se réduit peu à peu et bientôt il ne persiste qu'une légère fistule qui se tarit d'elle-même vers la sixième semaine après l'opération. On a alors la joie de rendre aux parents, en pleine santé, un enfant qui, deux mois auparavant, semblait irrémédiablement condamné au dépérissement progressif et à la mort.

«La Quinzaine Thérapeutique.»

Pleurésie et Tuberculose

La cavité pleurale est facilement envahie par les bactéries. La grande majorité des pleurésies avec épanchement, qui se produisent chez des individus, d'ailleurs bien portants, sont dues à l'infection des bacilles de la tuberculose. Ceci est prouvé par les autopsies, par les méthodes exactes de diagnostic, et par l'histoire clinique subéquente des patients qui ont souffert de ces affections. Nous avons aussi raison de croire que les pleurésies soi-disant idiopathiques ou pleurésies sèches, sont en général de nature tuberculeuse.

Les symptômes subjectifs de l'inflammation du sommet des plèvres simulent ceux de la myologie et du rhumatisme. Aussi, dans tous les cas de pleurésie ou de douleurs persistantes dans la poitrine ou dans l'épaule, qui ne peuvent être attribuées d'une manière satisfaisante à une autre cause, on devra soupçonner la tuberculose et faire sans retard l'examen physique du patient afin de décider si possible l'existence d'un processus tuberculeux, dans le poumon ou ailleurs. Même si l'examen est négatif, en pareil cas le malade doit être considéré comme tuberculeux jusqu'à preuve certaine du contraire, gardé sous observation et réexaminé de temps en temps.

On peut compter sur l'emploi de la tuberculine pour confirmer ou exclure la nature tuberculeuse de la pleurésie, dans les cas douteux.

L'application de ces principes permettra toujours de reconnaître la tuberculose pulmonaire et d'instituer le traitement à une période qui dans bien des cas assurera au malade de grandes chances de guérison.

SYLVIO VON BUCK,

The Monthly Cyclopedic.

Traitement Medical de l'Épilepsie

Suivant le D. Hugues (Journal de médecine de Paris)

Le traitement de l'épilepsie ne consiste pas seulement à prévenir le retour des accès, mais bien aussi à combattre les causes qui les déterminent. Il est fort probable que l'auto-intoxication joue un rôle important dans la production des crises épileptiques et la réputation attribuée au Nitrate d'Argent dans le traitement de cette affection est due sans doute à la propriété qu'il possède de détruire les toxines intestinales.

Le traitement rationnel de l'épilepsie, doit donc comprendre l'emploi de tous les agents physiques et mentaux capable d'améliorer le système nerveux du malade et d'augmenter la stabilité des couches corticales motrices du cerveau.

L'étiologie de l'épilepsie est quelque fois compliquée de goutte, de rhumatisme, de neurasthénie, de syphilis, etc., dont il faut tenir compte, quand on se trouve en présence d'un cas d'épilepsie ou d'affection épileptoïde.

Il faut administrer les promues tantôt combinés les uns aux autres, tantôt séparément. Il est urgent de désinfecter le canal intestinal et de rendre la digestion aussi parfaite que possible. Enfin ramener l'organisme à son état normale en se fondant sur les données physiologiques, tel est le traitement rationnel de l'épilepsie.

New-York Medical Journal

Janvier 1906.

GYNECOLOGIE

Comment on reconnaît et comment on soigne les Salpingites aiguës

(D'APRÈS LE Dr J.-L. FAURE.—*Presse Médical*)

Rien n'est plus simple, en général, que de reconnaître les salpingites. Neuf fois sur dix, au moins, on peut affirmer que toute tuméfaction para-utérine qui vient quelque peu encombrer les culs-de-sac vaginaux et qui s'accompagne de douleurs spontanées, de sensibilité à la pression et de phénomènes inflammatoires plus ou moins accentués, est une salpingite en ce sens que le foyer principal des manifestations morbides réside dans la trompe.

Souvent même il n'est pas besoin, pour affirmer la réalité de l'infection tubaire, de phénomènes aussi précis. On peut, surtout si la femme est un peu forte, ne sentir nettement par le toucher vaginal aucune tuméfaction dans les culs-de-sac; mais un certain degré d'immobilisation de l'utérus, qui semble comme fixé vers l'une ou l'autre de ses cornes et répond mal aux mouvements qu'on lui imprime, suffit souvent pour témoigner du retentissement inflammatoire qui se produit vers les annexes. On comprend d'ailleurs combien peuvent être variés les signes locaux et généraux qui accompagnent les infections tubaires. Et, suivant le hasard de l'envahissement péritonéal et de la virulence des agents infectieux, tout se voit et tout peut se voir, depuis les lésions les plus simples qui se traduisent par une légère sensibilité dans un cul-de-sac vaginal ou près de la corne utérine, jusqu'aux lésions formidables qui encombrer le bassin tout entier, et parfois même la cavité abdominale jusqu'à l'ombilic, de poches septiques, de fausses membranes infiltrées et de clapiers purulents. De même, tout se voit et tout peut se voir en tant que phénomènes réactionnels, depuis la légère élévation vespérale de quelques dixièmes de degré, jusqu'aux grandes oscillations

des infections graves ou même aux phénomènes d'hypothermie de la septicémie suraiguë.

Dans tous les cas, des plus légers aux plus graves, il n'y a qu'un phénomène commun : la production de foyers inflammatoires para-utérins et les manifestations douloureuses ou fébriles auxquelles ils donnent naissance.

Il ne faut donc, en pareille matière, s'étonner de rien, puisque les salpingites peuvent revêtir les aspects les plus divers. Lorsqu'elles sont passées à l'état chronique et que les phénomènes inflammatoires ont tout à fait disparu, lorsqu'il n'y a plus ni fièvre, ni même quelquefois sensibilité, il faut s'étonner moins encore. Les formes diverses des salpingites sont d'une variété infinie et leurs signes physiques peuvent être identiques à ceux que peuvent donner toutes les tumeurs pelviennes.

L'élément inflammatoire, les manifestations de la fièvre et de la douleur ont donc, pour le diagnostic des infections tubaires aiguës, une importance capitale et sur laquelle on ne saurait trop insister.

Le traitement des salpingites aiguës est des plus simples. Il consiste à mettre les malades dans les conditions les plus favorables à une guérison spontanée et à la résolution progressive des foyers inflammatoires.

Les phénomènes bruyants et graves sont dus presque toujours, sinon toujours, à l'invasion péritonéale plus ou moins étendue qui accompagne l'infection tubaire. Or, nous savons aujourd'hui, — et l'étude de ce qui se passe dans l'appendicite nous a beaucoup instruits sur ce point, — nous savons aujourd'hui quelle est l'extraordinaire puissance de réparation de la séreuse péritonéale. Les foyers inflammatoires péri-salpingiens ont une tendance naturelle à guérir spontanément et rapidement. Le repos absolu au lit, la glace sur le ventre dans les cas très douloureux, les irrigations vaginales chaudes, et mieux encore les irrigations rectales qui agissent comme une sorte de bain prolongé intra-pelvien, sont des adjuvants des forces naturelles de réparation que possède l'organisme. Ce traitement est donc bien simple, puisqu'il consiste en réalité à ne rien faire, à ob-

server la malade et à se garder absolument de toute manœuvre, quelle qu'elle soit, sur l'utérus et les annexes.

Dans le plus grand nombre des cas, les phénomènes s'apaisent peu à peu et la guérison survient, souvent intégrale et définitive. Elle est alors presque toujours assez rapide. Mais cette évolution ordinairement favorable ne doit pas faire perdre de vue les accidents qui peuvent survenir, et ne doit pas faire relâcher la surveillance de tous les instants qu'il faut exercer sur la malade. Comme dans l'appendicite, si la guérison spontanée survient le plus souvent, elle ne survient pas toujours. Quelquefois, malgré le repos, malgré les calmants de toute nature, l'infection gagne de proche en proche, les phénomènes généraux s'aggravent, la fièvre s'accroît, les douleurs augmentent, — j'insiste sur ce point : l'augmentation des douleurs est un signe inquiétant, plus inquiétant que l'augmentation de la fièvre, — bref, on assiste à l'accroissement progressif de l'infection et à la diffusion parfois rapide des éléments septiques dans le péritoine pelvien. Puis, peu à peu, l'infection monte et des signes de péritonite étendue ne tardent pas à se manifester.

Alors il faut agir : la colpotomie, souvent suffisante, l'hystérectomie vaginale, parfois nécessaire et qui, dans ces cas virulents, rend des services admirables, sont les armes que nous possédons — et ce sont des armes puissantes — et auxquelles il faut avoir recours sans hésitation ni délai, car dans ces circonstances redoutables, l'hésitation c'est parfois la mort.

Mais parfois aussi les phénomènes inflammatoires disparus, la malade n'est pas guérie. Les douleurs persistent, des lésions permanentes s'installent, des poussées successives surviennent. Ce sont les accidents de la salpingite chronique. Eux aussi peuvent disparaître après un temps plus ou moins long. Mais eux aussi, bien souvent, ne disparaissent pas, et quand ils persistent, quand ils s'aggravent, quand ils font souffrir et risquent de faire mourir, le médecin n'a plus grand-chose à faire et c'est au chirurgien d'agir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Sociétés Medical de Montreal

SEANCE DU 9 JANVIER 1906

Monsieur Marien, vice-président, au fauteuil.

Membres présents. Messieurs les Docteurs.

Cléroux, Laramé, Hervieux, L. E. Fortier, Larin, Valin, Daigle, Dubé, F. de Martigny, Lasalle, St-Denis, A. Bernier, Desloges, J. N. Roy, Asselin, A. Ethier, St-Jacques, Chagnon, Décary, LeBel, Bourgoin, Brosseau, Plourde, Desmarais, Marcil, Hamelin, Lachance.

Le Docteur F. de Martigny donne avis qu'à la prochaine séance de la Société Médicale il proposera qu'un comité soit formé avec charge de s'entendre avec les autorités pour faire amender, à la prochaine session de la Législature provinciale, les articles 331 et 332 du Code de Procédure Civile qui se lisent comme suit :

Art. 331 : " Le témoin n'est pas tenu de répondre aux questions qui lui sont faites si ses réponses peuvent l'exposer à une poursuite criminelle. Lui seul peut élever cette objection."

Art. 332. — " Il ne peut être contraint de déclarer ce qui lui a été révélé confidentiellement à raison de son caractère professionnel comme aviseur religieux ou légal ou comme fonctionnaire de l'Etat, lorsque l'ordre public y est concerné."

Il suffirait d'ajouter après les mots " comme aviseur religieux ou légal " **OU COMME MEDECIN OU CHIRURGIEN** "

Ce qui l'incite à donner cet avis de motion, c'est qu'il vient de passer une semaine en cour comme expert et qu'il a remarqué avec peine que seul le corps médical n'était pas couvert par le secret professionnel. " Ce que nos clients nous confient en toute confiance sous le sceau du secret professionnel, nous pouvons être forcés de la dévoiler en cour publiquement. Sans doute que c'est par oubli que les législateurs ont omis les mots médecins ou chirurgiens, car dans presque tous les pays civilisés le secret professionnel du médecin est protégé "

Le Docteur L. E. Fortier lit la dernière partie de son travail sur les avantages d'un bureau central d'examineurs et d'une licence donnant le droit au porteur d'exercer librement dans tout le Dominion.

Il est proposé par le Dr St-Jacques, secondé par le Dr F. de Martigny, qu'un comité soit nommé pour étudier ce travail en détail et faire rapport à une prochaine séance. — Adopté.

Monsieur le Dr Eugène St-Jacques lit une conférence sur l'Allemagne, les universités allemandes, leur organisation, leur fonctionnement. Puis il fait passer sous les yeux des médecins présents près de deux cents photographies, à l'aide d'une lanterne magique, de différents points intéressants de l'Allemagne.

A 11 1-2 la séance est levée.

SEANCE DU 23 JANVIER

Monsieur Marien, vice-président, au fauteuil.

Membres présents : Messieurs les Docteurs Laramé, Lesage, Valin, Hervieux, Raoul Masson, Alfred Marcil, Dion, de St-Jean de Dieu ; Valois, de Vaudreuil ; Bourgoin, Racicot, J. N. Roy, Desmarais, Fernand Monod, Plourde, Leduc, Hamelin, Rousseau, A. Ethier, W. J. Derome, Lachance, Prevost, François de Martigny.

Avant que le procès-verbal de la dernière séance ne soit mis au vote, le Dr F. de Martigny dit : Je tiens pour ma part à féliciter chaleureusement le Dr St-Jacques pour la conférence qu'il nous a donnée. C'est le fruit d'un long travail, d'une compilation patiente ; il a su mener son travail à bonne fin et en rendre la lecture très intéressante. Après avoir entendu sa conférence, après avoir écouté attentivement le Dr St-Jacques faire l'éloge de l'Allemagne, des universités allemandes, des professeurs allemands, des étudiants allemands, des clubs d'étudiants allemands, je dois avouer que je demeure malgré tout très peu enthousiaste.

En quoi par exemple, et pour ne pas sortir de la chirurgie, la chirurgie allemande est-elle si supérieure ?

Quels sont les chirurgiens allemands dont les noms sont assez célèbres pour éclipser ceux des autres pays ? A qui la création et l'amélioration constante de l'arsenal chirurgical, surtout dans

la dernière partie du XIX siècle est-elle due ? A Péan et à Doyen ou à des chirurgiens allemands ? La technique opératoire n'est-elle pas aussi française qu'allemande ?

Il y a un point sur lequel je suis en communion d'idées avec le conférencier, c'est sur les bienfaits qu'a produits la spécialisation en médecine pour les malades, pour les élèves, pour les universités, poussée si loin en Allemagne et en France aussi. Je crois qu'ici dans notre pays du Canada français nous aurions grand avantage à suivre les Allemands et les Français sur ce terrain. Plus nous aurons de spécialistes dans notre université nationale catholique, dans nos hôpitaux, plus le corps médical canadien français acquerra de valeur. J'espère, et me rapportant à la conférence du Dr St Jacques, je suis en droit de compter que partout et en toute occasion il s'emploiera à faire triompher ces idées de progrès scientifiques. Le proverbe anglais est un axiome " Jack of all trade, master of none."

Le Dr St-Jacques admire aussi ardemment les clubs d'étudiants allemands, leur organisation, leurs coutumes séculaires et moyennageuses. Me permettra-t-il de différer avec lui sur ce sujet. En quoi, je me le demande, je vous le demande à vous aussi, messieurs, peuvent servir à l'avancement intellectuel des étudiants allemands ces clubs où l'on apprend d'abord et surtout aux jeunes gens à boire et à se battre ?

Les peuples ont des universités façonnées adaptées à leur tempérament particulier. Le peuple allemand, pour des cerveaux allemands, le peuple français pour des cerveaux français. J'ai hâte pour ma part d'entendre la conférence promise par le Dr St-Jacques sur les facultés médicales françaises, sur les universités françaises. J'ai hâte de connaître ses conclusions, d'entendre énoncer le parallèle qu'il établira entre les universités de ces deux pays, entre les artistes français et les artistes allemands, entre les savants français et les savants allemands, entre Paris et Berlin."

On discute ensuite la motion du Dr F. de Martigny re amendement aux articles 331 et 332 du Code de Procédure Civile. Le Dr de Martigny propose, secondé par le Dr Hervieux, que le comité soit composé du comité de régie de la Société Médicale et du Dr L. J. Lemieux, député, et qu'il s'entende avec le Dr E. P. Lachapelle, président du Collège des Médecins et Chirurgiens.

Monsieur Lesage insiste sur la nécessité qu'il y a de se hâter et demande que deux membres du

comité s'engagent à voir le Dr Lachapelle durant la présente semaine. — Adopté.

Présentation de pièces anatomiques par le Docteur François de Martigny.

Je vous présente le côlon d'une jeune fille de 17 ans qui a reçu dimanche dernier un coup de fusil à bout portant dans la région abdominale. Les muscles droits et une partie des obliques avaient été emportés ou brûlés par les plombs et la poudre. Le côlon transverse faisait hernie à travers le péritoine dilacété et ouvert. La malade étant très faible, il me fallut faire une opération aussi rapide que possible. Je fermai donc la partie lésée du côlon par une suture en bourse renforcée d'un surjet. La jeune fille mourut 40 heures après l'accident, de péritonite. En examinant la pièce l'on voit que la suture faite avec des soies a bien tenu. D'ailleurs après l'autopsie la suture a soutenu sans laisser rien suinter une forte pression d'eau. On remarque aussi un décollement assez considérable de la muqueuse en train de se détacher.

ENORME HERNIE INGUINALE ETRANGLÉE —RESECTION DE 4 PIEDS 5 POUÇES D'INTESTIN GRELE.—GUERISON

Le nommé D., 45 ans, alcoolique, ouvrier couvreur, nous fut apporté par l'ambulance mardi dernier, à 6 hrs du soir, souffrant depuis de nombreuses années d'une hernie que maintient tant bien que mal une bande caoutchoutée. Il n'a jamais ressenti d'inconvénients assez graves pour l'empêcher d'exercer son métier qui est pénible. Malgré la bande la hernie sort de temps à autre, mais le malade est toujours parvenu à la faire rentrer sans difficulté. Mardi il se rendit à son ouvrage comme d'habitude et vers les 8 heures du matin, à la suite d'un effort musculaire violent, il sentit que sa hernie sortait. Il tenta immédiatement de la faire rentrer mais n'y put parvenir. Il se fit conduire chez lui et appela son médecin de famille. Celui-ci fit une tentative de taxis infructueuse et prescrivit le traitement d'attente suivant : repos au lit, cataplasme et contre les douleurs injection de morphine. Il revit le malade vers les 1 heures de l'après-midi et tenta de nouveau de réduire la hernie par le taxis sans toutefois pouvoir réussir. Il conseilla au malade de se rendre de suite à l'hôpital. A son arrivée, il se plaint de souffrir beaucoup, réclame un soulagement immédiat. Il vomit souvent et en petite quantité, il est couvert de sueurs profuses, il a des violents frissons, le pouls est petit, mou, rapide, 120, le thermomètre marque 100 degrés. Le

ventre est légèrement ballonné. Le scrotum est gros comme une noix de coco, la peau est noire, tendue, parsemée de phlygtènes. Le fourreau de la verge est œdématisé. Le palper nous permet de constater que les bourses sont uniformément dures, tendu, mais il nous est impossible de dire s'il n'y a que l'intestin de hernié ou si l'épiploon est aussi hernié.

Après anesthésie du malade au chloroforme, j'ouvre le sac, il s'écoule à peu près 200 grammes d'un liquide rouge foncé, et des anses d'intestins grêles font irruption. Ils sont dépolis, d'une couleur uniforme brun foncé et présentent par places des taches noires de dimensions inégales. Après l'ouverture du collet du sac je me décide à réséquer toute la partie de l'intestin herniée et je fais ensuite une suture termino terminale à trois plans. La partie enlevée mesure 4 pieds-5 pouces. L'on remarque en l'examinant des plaques de gangrène sur toute la longueur de la partie enlevée.

Notre malade va aussi bien que l'on peut le désirer aujourd'hui, 7 jours après son opération. Les intestins fonctionnent bien, la température est normale.

Je crois qu'il vaut beaucoup mieux réséquer l'intestin en voie de se gangréner, surtout quand le malade est dans un mauvais état comme le nôtre que de réduire en masse et de se fier au vis natura pour la guérison.

Monsieur Monod. — L'observation que vient de nous communiquer le Dr de Martigny est intéressante à un double point de vue. Elle prouve tout d'abord que l'on peut avec succès réséquer une partie considérable de l'intestin, elle vient confirmer d'autre part un fait bien connu, mais qui à mon avis est trop souvent méconnu, la rapidité avec laquelle un intestin étranglé peut se gangréner. J'ai, il y a trois ans, pris la parole devant cette société au sujet du taxis et, j'ai combattu avec la dernière énergie une pratique que je considère condamnable à tous les points de vue, l'observation de de Martigny vient apporter une nouvelle preuve à l'appui de ce que je disais. Puisque l'intestin peut se gangréner dans les heures qui suivent cet étranglement, et que le taxis réduit sans que l'on puisse voir ce que l'on réduit, on ne pourra jamais être certain en pratiquant le taxis de n'avoir pas refoulé dans le ventre une anse intestinale déjà atteinte de sphacèle, et ce faisant avoir condamné à mort un malade qu'une intervention sans danger aurait sauvé. C'est là la raison qui me fait dire, en

poussant peut-être les choses à l'excès, que si j'avais une hernie étranglée et que la cause ayant produit l'étranglement disparaisse subitement permettant ainsi la réduction spontanée de l'anse herniée, je mettrais tout en œuvre pour prévenir cette réduction, jusqu'à ce qu'un chirurgien l'ait eu en mains et ait constaté que l'anse ne demande qu'à réintégrer son domicile soit une anse saine et non en voie de sphacèle.

Je demanderai en outre au Dr de Martigny de nous donner dans une prochaine séance une observation complète de son cas, et de rechercher s'il ne pourrait nous donner la cause exacte du sphacèle si rapide de l'intestin.

M. le Dr de Martigny se rend avec plaisir au désir du Dr Monod et s'engage à donner toute son attention à la cause du sphacèle foudroyant de l'intestin.

Monsieur Bourgoin lit un travail très documenté sur un cas d'œdème segmentaire de la jambe, survenu chez une jeune fille de 17 ans, et qu'il a observé dans le service du Dr Cléroux à l'Hôtel-Dieu.

Le Dr Lesage félicite le Dr Bourgoin et espère que les membres de la Société Médicale auront souvent la bonne fortune de profiter du fruit de son travail.

Puis Monsieur Lesage expose brièvement la question de la réciprocité des licences avec les pays étrangers. Il s'élève contre l'habitude du collège de donner par trop facilement une licence à un étranger, qu'il vienne de Russie, d'Italie ou d'ailleurs. Dans ces pays, il faut passer l'examen dans la langue du pays et il en est de même dans presque tous les autres pays. Il ne voit pas pourquoi un médecin canadien porteur d'un diplôme de Laval, mais n'ayant pas de brevet, est forcé de subir cet examen. Si un étranger n'a qu'à présenter son diplôme pour obtenir l'autorisation d'exercer la médecine. Il y a déjà pléthore de médecins dans la province de Québec, et s'il faut encore ouvrir toutes grandes les portes de la profession aux étrangers qui ne nous donnent rien en retour, que nous restera-t-il à nous qui nous sommes conformés à la loi. Les émigrants qu'il nous faut sont non pas des bacheliers et des docteurs en médecine, mais des colons et des industriels.

Le Dr de Martigny propose que cette question de collation de diplômes aux étrangers soit annexée au travail du Dr Fortier, discuté par le même comité qui devra faire imprimer les deux

travaux et les faire distribuer aux membres de la société, comité qui devra déposer son rapport à une prochaine séance pour être alors discuté en réunion générale de la société, convoquée à cet effet. "Jusqu'à aujourd'hui, ajoute le Dr de Martigny, bien peu de confrères étrangers sont venus se fixer parmi nous. Dans les dernières quinze années j'en ai connu plusieurs et je ne crois pas qu'on ait eu à se plaindre d'eux, ni au point de vue des qualifications scientifiques, ni au point de vue de leur conduite professionnelle. Aux pays qui nous donnent très libéralement des diplômes, qui nous exemptent de la scolarité, nous ne pouvons refuser la même faveur. Si j'ai bien compris le Dr Lesage, il veut que nous donnions à qui nous donne."

Le Dr Marien craint que la formation de ces comités ne comportent tout simplement l'enterrement de ces questions.

Le Dr Valin réplique que des comités ont été formés dans le passé, que jamais les membres n'ont été convoqués, que par conséquent jamais de rapport n'a été déposé devant la société. Il se demande si le président de la société ne devrait pas être le président de ces divers comités et ne devrait pas les convoquer. L'année dernière, ajoute-t-il, un comité a été formé pour étudier la question du serum de Marmoreck et depuis nous n'avons jamais entendu parler de cette question.

Le Dr Hervieux défend les comités. Il y a trois ans, un comité fut formé pour étudier une question semblable à celle traitée par le Dr Fortier. Le comité, après un travail long et fatigant, déposa son rapport devant la société; il fut discuté un soir et tomba dans l'oubli jusqu'au jour où le Dr Fortier lut son travail sur le même sujet.

Le Dr Marien sait que des membres ont reçu des communications de l'Institut Pasteur et d'autres au sujet du serum de Marmoreck. Il ne croit pas qu'il soit nécessaire que le comité fasse rapport, parce que la question semble jugée en France. Au dernier congrès on a jeté au panier le serum de Marmoreck.

Le Dr de Martigny insiste pour que le comité dépose son rapport devant la société. Le comité a élu un bureau: le Dr Hervieux, président; le Dr Alphonse Mercier, secrétaire. Que ces messieurs réunissent les membres de cette commission, qu'ils fassent un rapport, qu'ils le déposent devant la société pour que tous les membres puissent discuter cette question importante pour notre pays, pour l'humanité.

Le Dr Lesage demande que le comité de régie soit autorisé à faire imprimer le travail du Dr

Fortier, à le faire distribuer aux membres de la société, aux secrétaires des différentes sociétés médicales de la province et aux gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, pour que tous puissent prendre connaissance des idées émises dans ce travail. Il demande que son travail soit discuté plus tard.— Adopté.

A 10 hrs 45 la séance est levée.

Nouvelles de France

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1905

Mort subite par embolie au début de la chloroformisation

Le Dr Quinard présente une pièce intéressante résultant de l'autopsie d'une malade morte au début de la chloroformisation; la malade avait déjà été endormie deux fois en deux mois pour une suppuration peylienue: elle fut anesthésiée pour la troisième fois le 16 déc. 1905, par le même procédé que les deux premières: une compresse imbibée de kéléne commence l'anesthésie, obtenue très rapidement par ce procédé, la compresse est alors remplacée par l'appareil de Ricard pour le chloroforme. Dans le cas qui nous occupe, dès les premières inhalations de chloroforme, les pupilles se dilatèrent, la respiration et le cœur cessèrent de fonctionner, et malgré une heure de respiration artificielle, malgré la trachéotomie et l'insufflation directe de la trachée, la malade ne put être ramenée à la vie.

L'autopsie permit de constater sans l'ombre d'un doute que la mort subite dans ce cas avait été due à une volumineuse embolie partie d'une veine iliaque gauche et qui était venue s'enchevêtrer dans les cordages de la valvule tricuspide: on put constater que les veines hypogastriques étaient des deux côtés enserrées dans une gangue inflammatoire: la veine gauche n'avait plus son caillot immigré dans le cœur, la veine droite contenait un caillot en tout semblable à celui trouvé

dans le ventricule.

Donc, dans ce cas au moins, la mort subite qui avant l'autopsie avait été sans hésitation attribuée au chloroforme, avait été réellement due à une embolie.

Guinard est convaincu que le cas n'est pas isolé et conseille de demander l'autopsie chaque fois que cela se pourra, chaque fois qu'il y aura eu mort subite par la chloroformisation.

Séance du 6 décembre 1906.

HERNIE INTERCOSTALE EPIPLOÏQUE

Les hernies intercostales sont excessivement rares, elles ne sont mentionnées dans aucun des classiques français, si ce n'est dans l'article "Hernies" du dictionnaire de Jaccoud, où Le Dentu cite deux observations anciennes, l'une de Cruveilhier, l'autre de Cloquet.

L'observation suivante de Savariaud, rapportée par le Dr Rochard à la Société de Chirurgie de Paris, vient s'ajouter aux deux premières. On peut y ajouter un quatrième cas signalé par le Dr Durand à la Société de Chirurgie de Lyon, en juin 1904.

Observation du Dr Savariaud (résumée). — Homme de quarante ans. En 1898, violent traumatisme du bas des reins à l'union de la colonne vertébrale et du sacrum, depuis a toujours senti dans cette région une douleur survenant à intervalles variables, sous forme d'une crise d'une telle violence que parfois il perd connaissance. Cette douleur qui le courbe en deux dure de quelques minutes à quelques heures. L'application d'un vésicatoire sur la région douloureuse le soulageait invariablement. D'autres symptômes en rapport avec l'hystérie l'ont toujours fait considérer comme atteint de cette névrose par tous ceux qu'il a consultés.

Cependant, à la base du thorax, au niveau des derniers espaces intercostaux du côté gauche, il porte une cicatrice siégeant exactement dans le 10^e espace sur la ligne axillaire : cette cicatrice est soulevée par une tumeur du volume d'une mandarine qui entre et sort avec les mouvements respiratoires et la toux. Le doigt la réduit aisément et s'engage à sa suite dans un trou au niveau de l'espace intercostal. La tumeur est mate, sans gargouillements.

La cicatrice remonte à l'âge de 5 ou 6 ans, étant enfant il est tombé dans un trou sur l'extrémité d'une pioche pointue. La tumeur date de cette époque ; elle a toujours augmenté depuis, mais lentement, sans déterminer de troubles appréciables, et ne l'a jamais empêché de faire le métier très fatigant de colporteur.

Le diagnostic posé est celui de hernie épiploïque. et la cure radicale est proposée et acceptée dans l'espoir à la fois de guérir une infirmité et d'améliorer un état neurasthénique.

L'opération permet de constater l'existence d'une hernie épiploïque qui est résequée le plus loin possible, au fond du trou apparaît la rate avec son aspect normal. La pointe de la pioche, au moment de l'accident, a certainement pénétré dans le ventre par le 10^e espace sans léser aucun viscère. La cure radicale a été pratiquée par une autoplastie musculaire, le muscle grand dorsal qui cachait en arrière la hernie ayant été attiré en avant comme un rideau et fixé au devant de l'orifice. Les suites ont été normales, la cicatrice opératoire s'est faite solide.

Rochard fait suivre le rapport de cette observation des remarques suivantes :

Au point de vue étiologique, toutes les hernies intercostales connues se sont développées à la suite d'un traumatisme ouvert : coup d'épée dans le cas de Cruveilhier, passage sur le thorax d'une pièce d'artillerie dans l'observation de Cloquet, chute sur une pioche dans celle Savariaud ; coup de couteau dans le cas de M. Durand. Ces hernies siègent toujours à gauche, la présence du foie à droite mettant obstacle à leur formation.

Le huitième espace était intéressé dans le cas de Cruveilhier et de Cloquet ; le 9^e dans le cas de Durand ; le 10^e dans celui de Savariaud. Le volume peut varier d'une noix (Cloquet) à celui d'un poing (Cruveilhier, Durand). Comme contenu dans les deux cas opérés (Savariaud-Durand) on n'a trouvé que de l'épiploon, mais comme le fait remarquer Cruveilhier à propos de l'autopsie de son malade, rien ne s'oppose à ce qu'on puisse y rencontrer de l'intestin, le colon transverse, par exemple. Le sac peut être complet ou incomplet ; quand il existe, il peut contenir de l'ascite (Cruveilhier), l'épiploon peut par contre être si adhérent qu'il est difficile de dire s'il y a un sac (Savariaud) d'une façon générale, sauf dans le cas d'ascite distendant le sac, on peut dire s'il existe un sac, il est le plus souvent rempli par de l'épiploon si adhérent qu'on ne peut l'isoler sauf au niveau même du pédicule de la hernie.

Au point de vue clinique, en dehors des symptômes communs à toute hernie, l'hernie intercostale est généralement très douloureuse ; le malade de Savariaud souffrait beaucoup et par crises. C'est vrai que c'était un névropathe. Le malade de malade de Cloquet était arrivé à présenter le type de ce qu'on a appelé la cachexie herniaire.

L'étranglement est possible quoique rare puisqu'elles ne contiennent habituellement que de l'épiploon.

Comme traitement, il n'y a que la cure radicale; tout bandage sur ces hernies généralement en partie seulement réductibles, n'aboutit qu'à comprimer la tumeur et à augmenter les souffrances du malade.

Au point de vue opératoire, il faut prendre en sérieuse considération le voisinage de la plèvre, très proche, et qui pourrait être ouverte si on essayait de libérer trop loin le revêtement fibreux de ce qu'on pourrait appeler le collet du sac. Au point de vue de la cure radicale, Savariaud a attiré le grand dozsal au devant du trou. Durand a pu décoller et suturer les muscles intercostaux. Ce procédé sera toujours le procédé de choix quand il sera possible.

Odontologie

Société d'Odontologie Canadienne Française

Les 6 et 7 janvier courant avait lieu à Québec une séance de la Société d'Odontologie Canadienne-Française. Cette société, qui comprend les dentistes de langue française de la province de Québec, a été fondée, il y a trois ans, et son but est scientifique et social. Elle a son siège à Montréal, où elle se réunit mensuellement, dans les salles de l'École Dentaire, à l'Université Laval. Il est d'usage que la réunion de janvier ait lieu à Québec, et celle-ci a été un succès sous tous rapports.

Le samedi le 6, à 8 heures du soir, avait lieu un grand banquet à l'hôtel St-Louis, organisé par les dentistes de Québec, présidé par le Dr Casgrain, ayant à sa droite Mgr Mathieu, recteur de l'Université Laval; le Dr Ahern, prof. d'anatomie à l'Université Laval; le Dr E. Dubeau, directeur de l'École Dentaire, à Montréal; à sa gauche, le Dr Franchère, président de la Société d'Odontologie; le Dr Nolin, professeur à l'École Dentaire. Aux autres tables, on remarquait les Drs Lanthier, A. Lemieux, L. N. Lemieux, A. Langlois, P. M. Wells, Massue Fortier, B. J. Chambers, A. Larosque, Jules Paradis,

Eug. Dorval, S. Gaudreau, A. Bourbonnais, S. H. Kent, J. A. Jutras, J. N. P. Fournier, J. E. Mauffette, etc., aussi les étudiants dentistes du district de Québec. Les convives surent faire honneur au magnifique menu. Plusieurs santés furent vues avec enthousiasme et celle de l'Université Laval procura l'avantage d'entendre un magnifique discours du recteur, Mgr Mathieu.

Le 7, à 10 hrs a.m., avait lieu la séance régulière, chez le Dr Lanthier, qui avait eu la complaisance de mettre son salon à la disposition de la société. Le Dr Franchère, le président, occupait le fauteuil. Le Dr Lanthier lut un magnifique travail sur le "Somnoforme", qui lui attira les félicitations de tous les membres. Après une discussion assez longue, on procéda à la clinique, où 4 patientes furent anesthésiées. La première fut anesthésiée par le Dr Jutras avec le Somnoforme. — Temps d'induction, 1 minute. Temps d'anesthésie, 1 minute.

La seconde, par le Dr Dorval, aussi avec le Somnoforme. — Temps d'induction, 35 secondes. Temps d'anesthésie, 1 minute 10 secondes.

La troisième, par le Dr Dubeau, avec le Coryloforme. — Temps d'induction, 20 secondes. — Temps d'anesthésie, 1 minute et demie.

La quatrième, par le Dr Lanthier. — Temps d'induction, 30 secondes. — Temps d'anesthésie, une minute et demie. Dans les quatre cas, plusieurs dents furent extraites, et les patientes n'éprouvèrent au uns malaises post opératoires, tels que maux de tête, nausées, vertiges, etc.

Dans l'après-midi, les membres allèrent faire une promenade aux Châtes Montmorency et le soir ils étaient conviés à un somptueux dîner chez le Dr Lanthier, qui avait en outre invité les sommités médicales de Québec.

A 11.30 p.m., les dentistes du district de Montréal laissaient Québec à regret, par le convoi du Pacifique, non sans avoir accepté l'invitation du Dr Lanthier pour l'an prochain.

A cette réunion, le Dr Jutras, de Trois-Rivières, a été nommé président de la section de Chirurgie Dentaire, au 3e congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, qui aura lieu à Trois-Rivières en juin prochain.

Dr JOS. NOLIN,

Sec.-correspondant.

Variétés

Le baiser, propagateur de la tuberculose

— Baiseraï-je? " demande Thomas Diaforius dans le *Malade imaginaire*, quand il se trouve devant celle qu'il prend pour sa future belle-mère.

— Oui, oui, " répond son père, — notre confrère du xvii siècle,

Si Molière eût vécu à notre époque, eût-il prêté à son médecin la même réponse? La chose est douteuse, vous allez en juger,

On avait dit au Congrès de la tuberculose que le baiser était le principal moyen de contagion du lupus; et nous nous étions promis de savoir si, chez les Japonais — où l'on ne s'embrasse pas — la fréquence du lupus était aussi grande qu'en Europe.

Voici la marche et le résultat de notre enquête:

Nous avons recherché dans nos relations la personne qui nous semblait la mieux qualifiée pour nous mettre en rapport avec des confrères japonais. Nous avons fait appel à l'obligeance du gendre du marquis Ito (l'illustre homme d'Etat qui a fait l'alliance anglo-japonaise), M. le baron Suyematsu.

Avec une amabilité donc nous sommes heureux de le remercier publiquement, ce très distingué représentant de la grande nation du Levant a transmis aussitôt l'objet de notre enquête à un médecin japonais actuellement en Allemagne, et nous a fait parvenir la réponse de notre confrère. Nous citerons les principaux passages de cette lettre, écrite en anglais:

" Cette maladie (le lupus) existe au Japon, mais elle est très rare. Elle est au contraire très fréquente en Europe.

" Pour ce qui est de mon expérience personnelle, étant étudiant, j'ai vu un cas authentique de lupus. Depuis lors, en l'espace de sept ans, j'en ai vu un autre cas, mais douteux celui-là. Dans le premier cas c'était un jeune homme, et le mal était localisé aux narines et à la joue. Dans le second, il s'agissait d'un homme de 35 ans environ, et le mal siégeait sur le devant de sa jambe gauche.

" En ce qui regarde le Japon, je ne connais pas d'ouvrage où soit établie la nature contagieuse du mal. Toutes les observations publiées plaident en faveur de la spontanéité, et bien qu'il s'agisse toujours de tuberculose bacillaire, les symptômes sont très différents

selon les cas.

" Quand à savoir pourquoi le lupus est rare au Japon, tandis que les autres affections de nature tuberculeuse y sont fréquentes, je n'en connais aucune explication nette et plausible.

Une chose certaine, c'est que, dans la race mongole la peau est beaucoup plus résistante que dans la race blanche...

Si l'on considère le siège habituel du lupus et sa nature contagieuse l'hypothèse de la propagation par le baiser semble très plausible.

A cette lettre M. le baron Suyematsu a joint personnellement ce post-scriptum:

J'espère que ces détails suffiront à vous éclairer.

" J'ajouterai que nous n'avons pas de mot correspondant au sens du mot européen "kiss, baiser".

" Il y a bien dans notre langue l'expression *Kuchi wo su-a*, qui signifie littéralement: "baiser la bouche l'un de l'autre". Encore n'est-elle pas usitée en société. Aussi vous auriez raison de dire que le baiser est inconnue des Japonais.

" Mais je ne nie pas que des amoureux ou des époux puissent adopter, dans le particulier, la méthode ci-dessus indiquée-

Sincèrement vôtre,

" K. SUYEMATSU. "

Vous voyez que notre confrère Diaforius eût hésité devant la question de son fils:—Baiseraï-je? Le Japon donne la réponse. N'est-ce pas.

Du Japon aujourd'hui que nous vient la lumière?

Dr. Terrier, 7, rue Lafayette, Paris.

Formulaire

MIXTURE CONTRE LA TOUX.

Sirop diacode	} En partie égale
Sirop Tolu	
Eau de Menthe	

Une cuillerée à soupe 2 ou 3 fois par jour à prendre entre les repas.

TRAVAUX ORIGINAUX

ENTERO-ANASTAMOSE Pour exclusion du colon chez un cancéreux

Par Wm. Jas. Derome

Le malade qui fait le sujet de la présente communication est un homme âgé de 51 ans, à l'emploi d'une compagnie de chemin de fer, comme conducteur. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Il y a huit mois, il consulta son médecin pour des dérangements gastriques qui furent étiouettés du nom de dyspepsie flatulante.

Un traitement approprié fit rentrer les choses dans l'ordre. Un mois ou deux plus tard, le malade se sentant faible et fatigué, obtint un congé et entreprit un voyage dans le but de refaire sa santé ébranlée. Il dut revenir, sous-peu, consulter son médecin, cette fois, pour une douleur au niveau de la ligne mammaire, avec irradiations du côté de l'estomac et la région de la rate. Les dérangements gastriques avaient reparu, moins forts cependant : fatigue, pesanteur à la région épigastrique après les repas, flatulence, perte d'appétit, affaiblissement.

La douleur s'exaspéra tellement quelques jours plus tard (ceci se passait en septembre) qu'une piqûre de morphine dû être faite et répétée à intervalles réguliers pendant 24 heures. Le malade accusait aussi à l'anus des douleurs excruciantes, dues à une fissure.

Le malade fut alors dirigé sur un des hôpitaux de Montréal, où il passa quelques semaines sous observation. Durant ce temps, il servit de sujet de clinique, nous a-t-il dit, pour une leçon sur l'hypertrophie de la rate.

Le malade réintégra son domicile, sans amélioration, les premiers jours d'octobre dernier. C'est le six octobre que nous voyons pour la première fois Monsieur S..., en consultation avec le Dr Wilson. Le malade est passablement amaigri, il a le teint pâle, anémique, et se plaint d'un point de côté toujours au niveau de la 9ième côte gauche, douleur que la moindre pression exaspère d'une manière notable.

La température prise dans la bouche est de

100 Fahr. Une zone de matité allant se perdre avec celle de la rate en dehors et se limitant en dedans aux rebords des fausses côtes est dès lors nettement constatée. La fissure anale mesure 3-4 de pouce et semble être ce qui préoccupe le plus Monsieur S..., c'est surtout cela qu'il veut voir guéri.

Dans la discussion qui suivit l'examen, l'existence d'une maladie maligne de l'estomac ou d'un organe du voisinage fut mise de l'avant, mais quelque peu abandonnée à cause de l'absence ou mieux du peu de gravité des symptômes gastriques.

Il fut décidé d'opérer le malade pour la fissure, et de le garder sous observation durant quelques jours. Le malade fut donc transporté à l'Hôtel-Dieu et opéré le lendemain de son entrée.

Aussitôt l'opération faite, le malade éprouva tant de soulagement qu'une amélioration marquée se fit dans son état général. Il se mit à manger et à dormir mieux, si bien qu'au bout de huit jours il put marcher et fumer sans trop de fatigue, chose qu'il n'avait pu faire depuis près de deux mois.

L'illusion d'un retour à la santé fut de courte durée. Deux jours plus tard, la même douleur dans la région de la rate au niveau de la 9ième côte se renouvela avec plus de violence, avec fièvre et irradiations le long du sternum jusqu'à la clavicule. La matité paraissait plus nette et une zone plus résistante au palper bordait les fausses côtes, il y avait même un peu de défense musculaire. Cette crise dura 48 heures environ. Des piqûres de morphine et des cataplasmes eurent raison de la douleur et le malade se remit encore une fois à aller mieux. Six jours plus tard survenait une nouvelle attaque, peut-être un peu être un peu plus forte que les autres.

MM. les docteurs Monod et England furent appelés à voir le malade en consultation. Le diagnostic d'abcès sous diaphragmatique, dans le voisinage de la rate fut arrêté d'un commun accord, sans que rien fut décidé quant à l'étiologie du mal.

Plusieurs causes furent invoquées pour expliquer l'origine de cette collection purulente.

On songea à la possibilité d'une pleurésie an-

cienne qui aurait fusé à travers le diaphragme et se serait enkystée dans le voisinage de la rate, à une carie costale, qui semblait s'imposer par l'exagération qu'imprimait à la douleur toute pression en un point toujours le même au niveau de la 9^{ème} côte; à un cancer de la grande courbure de l'estomac et enfin à une ulcération du cælon transverse au niveau de son angle descendant. Comme le cas prêtait à des spéculations nombreuses et variées, toutes aussi probables les unes que les autres, mais en même temps toutes aussi incertaines, on songea à une intervention immédiate. Le malade fut anesthésié avec le chloroforme et une incision longeant les fausses côtes, donna issue à un pus épais, sans odeur bien marquée. La cavité pouvait loger une grosse orange et était tapissée d'une membrane lisse facilement saignante. Une exploration soigneuse ne nous permit pas de conclure quant à la cause initiale de l'abcès. Cette seconde intervention eut un effet magique. Le patient se remit très vite des effets du chloroforme, retrouva son appétit et ses forces et quitta l'hôpital au milieu de décembre, guéri de son abcès, ayant repris de l'embonpoint et des couleurs.

Le six janvier, nous étions appelé auprès du même malade qui venait d'avoir un vomissement sanguinolent assez considérable. Monsieur S... ne gardait rien ou presque rien depuis plusieurs jours et avait sensiblement diminué, depuis la dernière fois qu'il avait été vu. Nous ordonnons des stimulants et le repos absolu et demandons de conserver les matières vomies et de nous prévenir dès que l'accident se renouvellerait. Ce qui fut fait le lendemain. La substance vomie était sanguinolente, noire, sentait très mauvais, mesurait environ un bon demi-litre, mais n'était pas encore fécaloïde.

Le lendemain, il n'y avait pas de doute possible, le vomissement survenu le soir, à la même heure à peu près que la veille, est franchement fécaloïde, avec traces de sang. Le jour suivant les matières fécales rendues par la bouche sont encore moulées.

En présence d'une semblable complication, le Dr-England fut appelé de nouveau. Une intervention fut proposée, dans le but de soulager les derniers moments de cet homme condamné à une mort certaine dans des circonstances des plus ré-

pugnantes, révélatrices d'un processus morbide qui ne pouvait plus laisser de doute quant à sa véritable nature.

L'opération fut acceptée et le malade ramené à l'hôpital fut opéré le 18 janvier. La grande courbure de l'estomac, le lobe gauche du foie, la rate et le colon transverse adhérait ensemble par de nombreuses brides inflammatoires. L'estomac et le colon au niveau de son angle descendant, à l'endroit de la communication entre les deux, étaient solidement unis et présentaient au palper les bosselures caractéristiques d'une tumeur cancéreuse. Le mésentère était parsemé de glandes hypertrophiées de diverse grosseur.

Rétablir le cours naturel des matières fécales et fermer la fistule gastro-intestinale était impossible dans les circonstances. On eut alors recours à l'exclusion du colon par l'anastomose d'une anse de la dernière portion de l'intestin grêle près du cæcum avec l'iliaque.

L'anastomose latérale suivant le procédé de Chaput fut faite sans difficulté. Les suites opératoires furent des plus simples. Dès le lendemain, le malade demandait à manger, paraissant n'avoir éprouvé aucun choc.

L'alimentation fut tentée au bout de la seconde journée; le patient ne put rien garder, mais n'eut plus de vomissements fécaloïdes. La plaie guérit par première intention. Le malade eut deux hématomèses vers le 8^{ème} jour après l'opération et s'éteignit dans la nuit du 23, dix jours après l'intervention.

Certains points au cours de cette observation méritent d'être relevés.

L'absence à peu près complète des symptômes gastriques jusque dans les derniers temps de la maladie; l'extension considérable du mal; le foyer inflammatoire très étendu, le tout sans réaction bien prononcée, mis en parallèle avec des affections cancéreuses beaucoup moins avancées et moins étendues, mais donnant lieu à des symptômes des plus alarmants, est de nature à nous rendre perplexes, à grossir les difficultés du diagnostic et à nous laisser complètement désarmés lorsque nous avons cru le moment propice pour intervenir.

De plus, cette observation tombe sous le coup de la discussion soulevée à l'une des dernières séances de la Société de Chirurgie de Paris, pour le

rapport de Monsieur le Dr Desmoulin sur les anastomoses illéo-rectales. Cette entéro-anastomose, d'après M. Desmoulin, serait supérieure à l'anus-illiaque, dont il garantirait tous les avantages moins les inconvénients. MM. Quenn, Tuffier et Hartman ont pris fait et cause pour l'anus artificiel, soulignant la gravité et les difficultés de la technique opératoire de l'entéro-anastomose.

Le peu de retentissement qu'a eu chez notre malade l'intervention que nous avons jugé à propos de lui faire, plaiderait en faveur de l'opportunité de l'entéro-anastomose chaque fois que nous nous trouvons en présence d'un cancer inopérable du gros intestin.

Nous avons cru que ce cas méritait d'être rapporté et la bienveillante attention que vous nous avez accordée en est une preuve manifeste.

Lue à la Société Médicale de Montréal.



REVUES DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Les procédés de lenteur et les procédés de vitesse en technique opératoire (1)

Par M. Doyen

Messieurs,

La prolongation excessive de la durée des opérations a été comme la conséquence de la découverte presque simultanée de l'anesthésie et de la méthode antiseptique.

Pourquoi opérer vite ? Le patient est endormi et ne souffre plus. On n'assiste plus à ces scè-

nes héroïques du grenadier fumant la pipe pendant qu'on lui coupe la jambe ; et cette double conquête de la chirurgie sur la douleur et sur l'infection a marqué un retard en technique opératoire, où les procédés de lenteur ont pris le pas sur la virtuosité un peu brutale des chirurgiens de la période préantiseptique.

Maisonneuve, cet opérateur admirable, savait extirper en quelques minutes le maxillaire supérieur : les téguments incisés, il sectionnait les trois apophyses à l'aide d'une cisaille de la longueur d'une coudée, il extirpait l'os, comme une énorme meuble, d'un seul coup de davier. Les artères étaient saisies avec des pinces à verrou et l'interne n'avait qu'à faire les ligatures.

La courte durée des opérations, avant la découverte de l'antiseptie, diminuait beaucoup l'ébranlement nerveux subi par le patient, qui avait le bénéfice de ressentir moins longtemps la douleur aiguë du contact des instruments.

Mais la septicémie guettait la moindre intervention : l'érysipèle, l'infection purulente, la pourriture d'hôpital, le tétanos sévissaient partout et se propageaient d'un malade à l'autre, par les mains, par les instruments, par les fils à ligatures, par les objets de pansements et par la literie, qu'on ne savait pas désinfecter.

La plupart des pathologistes de cette époque croyaient que la résorption purulente se faisait par les orifices des veines restées béantes dans la plaie opératoire. Cette conception pathogénique provoqua l'invention du serre-nœud, puis de l'écrasement linéaire.

Le serre-nœud de Maisonneuve était un instrument puissant, et bien différent de ces serre-nœuds minuscules qui ne servent plus guère qu'à de petites opérations sur les fosses nasales. Maisonneuve, en effet, a exécuté avec le serre-nœud jusqu'à l'amputation de la crisse. Il commençait par briser l'os entre deux billots, d'un formidable coup de maillet. L'opération durait très longtemps, et il était nécessaire de couper au bistouri la peau et les aponévroses. Lorsque le patient hurlait : " Passez-lui une compresse, ordonnait le maître, qu'il la morde ! " et, s'adressant au malade : " Vous, tâchez de penser à autre chose."

La chaîne de l'écraseur de Chassagnac, grâce à son mouvement alternatif, sectionnait mieux

(1) Bulletin de la Société de l'Internat. des hôpitaux de Paris.

les tissus que le fil métallique du serre-nœud ; il fallait cependant couper au bistouri la peau, les aponévroses et les tendons.

Je ne suis revenu sur ces méthodes tombées dans l'oubli, que parce qu'elles ont été les premiers procédés de lenteur enseignés " ex cathédra."

Il fallait près de vingt-quatre heures pour faire, avec l'écraseur de Chassagnac, une amputation de la langue.

Ces méthodes de lenteur ont été imaginées dans le but d'obtenir une sécurité plus grande et de prévenir les accidents infectieux, alors si troublants, qui arrêtaient les chirurgiens audacieux dans toutes leurs tentatives.

La technique opératoire était donc singulièrement hésitante à l'époque où commencèrent à se vulgariser les opérations péritonéales. Dès que la pratique de l'asepsie relative, et qu'ils pratiquaient comme par instinct, permit aux premiers ovariologistes d'aborder sans trop de risques la chirurgie péritonéale, l'appréhension bien légitime qu'éprouvaient ces novateurs prolongea jusqu'à une durée excessive la durée de leurs opérations. Les premières laparotomies durèrent plusieurs heures.

La technique plus délicate encore, et les premières pylorotomies de Péan et de Billroth durèrent jusqu'à cinq et six heures. Il en fut de même des premières opérations de myomectomie vaginale des chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis.

Nous arrivons donc à cette conclusion, basée sur des faits historiques, que les procédés de lenteur n'ont été adoptés en chirurgie que parce qu'on croyait en obtenir plus de sécurité. La durée excessive des opérations de cette époque doit être attribuée notamment à l'abus de l'hémostase préventive et du morcellement, qui n'étaient que des méthodes détournées et incertaines.

On croyait alors que l'antisepsie était tout, et l'on pensait qu'à la condition d'observer rigoureusement la méthode de Lister, il y avait plus de sécurité à opérer lentement, à prendre tout son temps et à ne cheminer qu'avec prudence dans le champ opératoire.

Nous avons vu placer, il y a moins de vingt-cinq ans, au commencement de certaines ovariectomies, dix ou quinze pinces hémostatiques sur les artérioles et les veinules sous-cutanées, de telle sorte qu'il fallait quinze à vingt minutes avant d'ouvrir le péritoine, c'est-à-dire avant de commencer l'opération proprement dite.

Beaucoup de chirurgiens mettaient alors plus d'une heure à faire une amputation, y compris, naturellement, l'hémostase et les sutures.

On ne peut donc pas s'étonner de cette durée presque incroyable de six heures pour les premiè-

res pylorotomies et pour certaines hystérectomies vaginales par morcellement. En effet, il est évident qu'un chirurgien qui a besoin de cinquante à soixante minutes pour terminer une amputation, ne pourra terminer d'un certain nombre d'heures une résection du pyloro.

Lorsque j'ai protesté, en 1892, contre la durée excessive de certaines opérations, le but que je poursuivais n'a pas été compris de tous. On a voulu assez généralement n'y voir qu'un besoin injustifié de mettre en avant une virtuosité opératoire absolument inutile. Mon but était tout autre : il importe peu pour un malade qu'une amputation de jambe ou de cuisse se prolonge de vingt ou trente minutes. Mais il est évident que le chirurgien capable de faire vite et bien une néphrectomie ou une pylorotomie terminera en beaucoup moins de temps encore une amputation.

Je soutenais donc simplement cette thèse, qu'il n'est pas indifférent de prolonger d'une durée excessive les interventions difficiles de la chirurgie abdominale, et que ces opérations ne guérissent bien que si elles sont faites à la fois avec une technique irréprochable et en un temps aussi court que possible. J'ai donc voulu démontrer qu'on ne pouvait opérer à la fois vite et bien sans une longue éducation manuelle, et que pour acquérir une virtuosité suffisante dans les opérations les plus longues et les plus délicates, il fallait d'abord devenir un opérateur de premier ordre en chirurgie courante.

De même que le chirurgien qui ne sait pas terminer en moins d'une heure une amputation sera presque fatalement un opérateur très médiocre en chirurgie abdominale, de même un chirurgien rompu à la technique de la pylorotomie et de l'hystérectomie se fera un jeu d'une amputation et la terminera vite et bien en très peu de temps. La main qui est habile pour un genre d'opération est capable de les faire toutes aussi bien.

Le seul objectif du chirurgien doit être la guérison du patient. Il s'agit donc aujourd'hui, puisqu'il ne saurait plus être question de discuter l'antisepsie, de choisir les méthodes susceptibles de donner le plus grand nombre de succès.

Or, il est indiscutable que les plaies opératoires guérissent d'autant mieux, l'asepsie étant absolue, qu'elles ont été moins contusionnées au cours de l'intervention : il y a donc avantage à détacher vite la partie malade que l'opération doit supprimer, et à consacrer la majeure partie du temps total à l'hémostase et à la réparation de la plaie.

Une hystérectomie abdominale, telle que la faisait Martin en 1892, durait environ, pour les cas les plus rapides, trente minutes. Martin opérerait par la méthode de l'hémostase préventive,

c'est-à-dire par une méthode très analogue de celle de Péan, avec cette différence essentielle que Péan appliquait partout des pinces et coupait entre deux pinces, pour ne pas faire les ligatures qu'à la fin de l'opération ; Martin passait des ligatures de proche en proche et coupait au-dessous de chaque ligature. Dans sa technique de l'hystérectomie abdominale, tandis que Martin n'arrivait donc à détacher complètement l'utérus fibromateux qu'après avoir placé de chaque côté dix ou vingt ligatures successives, et comme il ne plaçait ses ligatures que du côté du ligament large, les aides devaient éponger sans cesse le sang qui reflétait vers les orifices vasculaires demeurés béants du côté de la tumeur. Avec cette technique, Martin ne pouvait pas arriver à détacher entièrement l'utérus fibromateux en moins de vingt à vingt-cinq minutes, et quand l'utérus était enlevé il fallait encore compléter l'hémostase, qui était le plus souvent insuffisante. Il ne restait au chirurgien pour montrer que son opération ne durait pas un temps très long, qu'une ressource, celle de hâter et de précipiter le temps le plus important pour la guérison du patient, le traitement du péritoine pelvien et la fermeture du ventre. Après une telle opération, les ligaments larges et le tissu cellulaire pelvien, contusionnés par toutes les manœuvres destinées à placer ces ligatures multiples et aveugles se trouvaient chargés de 30 à 40 nœuds de soie ou de catgut qui pour la plupart s'éliminaient ultérieurement par le vagin.

Attaquez au contraire immédiatement les espaces conjonctifs connus, limitez les ligatures aux troncs principaux : vous ne ferez que très peu de dégâts, vous ne perdrez pas de sang et les tissus du champ opératoire, nettement sectionnés, seront prêts pour la réparation.

Si nous comparons à la technique de l'hystérectomie abdominale enseignée par Martin en 1892, la technique de la même opération, telle que je la pratique, avec quelques modifications de détails depuis cette époque, on remarquera que l'ablation de l'utérus fibromateux par la méthode de Martin exige vingt à vingt-cinq minutes et 20 à 40 ligatures, tandis que la même ablation totale de l'utérus, par ma méthode, se fait en trois à quatre minutes et n'exige que 4 à 6 ligatures. Si nous passons à la seconde partie de l'opération, le traitement du péritoine pelvien et la fermeture du ventre, nous remarquerons que Martin terminait ses deux temps, les plus importants pour la guérison du patient, en moins de dix minutes, tandis que par ma technique, la réparation du champ opératoire, pour une même durée totale de trente minutes, est faite avec beaucoup plus de vivacité et me demande de vingt à vingt-

vingt-cinq minutes.

Il se trouve ainsi que j'ai été accusé d'opérer trop vite, parce que j'enlevais vite la tumeur, tandis que je faisais avec beaucoup plus de soin que la plupart des autres chirurgiens l'hémostase et la réparation du champ opératoire.

C'est que dans cette discussion passionnée sur les procédés de lenteur et sur les procédés de vitesse en technique opératoire, on a omis généralement de faire observer que la plupart des opérations de grande chirurgie comprennent deux temps bien distincts : le premier, l'exérèse, qui consiste à détacher la partie malade ; le second, la réparation.

Or, pour terminer une opération vite et bien, ce qui correspond à donner au patient toutes les chances de succès, il faut enlever rapidement la partie malade et donner au contraire tout le temps nécessaire à la réparation du champ opératoire.

Le premier acte de l'opération doit durer peu de temps, non pas parce que le chirurgien se hâte, mais parce qu'il sait supprimer de sa technique toutes les manœuvres inutiles. Suivez les interstices cellulaires, atteignez d'emblée les principales attaches de la tumeur ou de l'organe qu'il faut extirper, son ablation sera faite vite et avec une perte de sang insignifiante, et la réparation du champ opératoire se trouvera elle-même beaucoup abrégée.

Nous venons d'envisager les opérations qui comportent deux actes successifs bien distincts : le premier " l'exérèse ", le second la " réparation " du champ opératoire. Mais il est d'autres opérations qui ne comportent qu'un de ces deux actes : par exemple, l'ablation rapide des polypes naso-pharyngiens par ma méthode d'abrasion de l'apophyse basilaire. D'autres opérations, au contraire, comme la plupart des autoplasties, comprennent à peu près exclusivement des manœuvres de " réparation " et sont des opérations de lenteur.

Les opérations chirurgicales se divisent ainsi en trois catégories : 1o les opérations qui comportent deux actes successifs : l' " exérèse " et la " réparation " ; 2o les opérations limitées à l' " exérèse " ; 3o les opérations " plastiques ", qui sont limitées à la réparation.

Il ne saurait donc être question de discuter aujourd'hui entre les procédés de vitesse et les procédés de lenteur, " envisagés en général ", et les controverses de ces dernières années ont abouti à cette conclusion essentielle ment pratique que l' " exérèse " devait être faite aussi " simplement que possible ", tandis que la " réparation " devait être faite avec une minutie rigoureuse.

Envisageons d'abord l' " exérèse ", s'agit-il d'une tumeur, le néoplasme est isolé en profitant des interstices cellulaires anatomiquement connus, les vaisseaux sont pincés et liés au voisinage du point d'implantation. S'agit-il d'une amputation, on emploiera pour l'hémostase temporaire la compression digitale, afin de diminuer le nombre des ligatures, qui se trouve plus que troublé après l'application prolongée de la bande d'Es-march.

Il ne faut guère que trente secondes à un opérateur habile pour faire tomber une cuisse ; un bon chirurgien peut amputer le membre en deux à cinq minutes au maximum.

L'avantage des procédés rapides pour tout ce qui concerne l' " exérèse " est considérable : la perte de sang est réduite au minimum possible, et le champ opératoire est net et prêt à la réunion, de telle sorte que la réparation peut se faire en prenant tout le temps nécessaire, sans que la durée totale de l'opération soit considérable.

Le premier acte, l'exérèse, n'a qu'un but, la séparation de la partie malade et la préparation du second acte, la réparation.

Il est donc logique, sur la durée totale de toutes les opérations qui comportent ces deux actes, l'exérèse et la réparation, de simplifier le premier autant que possible, pour pouvoir donner tous les soins au second, dont la bonne exécution est la condition essentielle du succès.

Il nous faut encore faire justice de ce préjugé, que les procédés rapides d'exérèse consistent à se " presser ". Il y avait là une critique trop facile de la part des collègues qui ne voulaient pas comprendre. Ce n'est pas en " se pressant " que l'on diminue la durée du temps d'exérèse, car si l'on se presse, il est bien à craindre qu'une manœuvre imprudente ne vienne augmenter la durée de ce temps et, par suite, de toute l'opération, en occasionnant des dégâts parfois irréparables.

Le peu de durée de l'acte d'exérèse dépend uniquement de la simplification de la technique. C'est la loi du temps : la ligne droite est le plus court chemin d'un point à un autre. Le cinématographe démontre admirablement les propositions que je viens de développer. Suivez sur l'écran lumineux l'ablation totale d'un utérus fibromateux par la laparotomie, ou bien une amputation de cuisse, telle que je les pratique : vous remarquerez que l'opération dure très peu de temps, non pas parce que je me hâte, mais parce que je ne fais aucun mouvement, aucun geste superflu.

Ces opérations, où l'acte d'exérèse ne dure que quelques minutes, ne laissent voir aucun mouvement précipité, aucune préoccupation du temps. Chaque geste est simple et précis, mais il est suivi de l'effet demandé et jamais la main ne

répète une manœuvre parce que le premier geste avait été inefficace.

Passons au second acte de l'intervention, la réparation ; une partie de ce temps est visible sur une de mes pellicules d'hystérectomie abdominale totale, où l'on voit le commencement de la suture du péritoine pelvien. Vous verrez sur l'écran que cette suture est faite avec une méthode et une précision telles que sa durée est très courte quand elle ne présente pas de difficulté spéciale.

L'étendue considérable des déchirures séreuses et le peu de mobilité du péritoine pelvien viennent-elles compliquer sa réparation, ce temps pourra durer dix, quinze ou vingt minutes, et il ne saurait être question de chercher à le raccourcir par une hâte intempestive, puisque c'est de cette réparation que dépend directement la vie de la malade.

La qualité majeure du chirurgien demeure donc l'habileté manuelle, puisque le chirurgien qui ne la possède pas ne peut pas être maître de lui. Qu'importerait de bien préciser le diagnostic et l'indication opératoire, si " la main " est incapable de bien opérer ?

Tous ces exemples confirment cette conclusion qu'il ne saurait plus être question, en chirurgie, de discuter si l'on doit préférer les procédés de vitesse aux procédés de lenteur, et réciproquement.

Il faut opérer vite quand il y a avantage à extirper rapidement la partie malade, et quand cette extirpation rapide ne comporte aucun danger pour le patient.

Il faut exécuter avec précision et, par conséquent, avec tout le soin et " toute la lenteur " exigibles pour tous les temps délicats dont la réussite dépend d'une technique impeccable.

En général, tout ce qui concerne l'exérèse doit être fait vite et simplement, en suivant la méthode anatomique. Supposez une ablation du sein et de ganglions axillaires, dans un cas où la tumeur est mobile. Circonscrivez le néoplasme par deux incisions curvilignes aboutissant au sommet de l'aisselle, abordez par l'incision supéro-interne le grand pectoral, mettez-le à nu, atteignez le petit pectoral, puis la paroi costale et la face profonde du grand dorsal. Il ne reste plus qu'à détacher le lambeau cutané inférieur et externe : la masse, qui comprend à la fois le sein et le paquet ganglionnaire, ne tient plus qu'en haut, au niveau du faisceau vasculo-nerveux dont on la sépare en quelques instants. Nous sommes loin de ces amputations du sein avec curage de l'aisselle, où l'on allait énucléer péniblement et un à un avec l'index les ganglions profonds ; l'opération, telle qu'elle doit être faite, est une dissection de la partie extérieure et du bord du grand et du petit pectoral, une sorte de préparation anatomi-

que des parois du creux de l'aisselle et du faisceau vasculo-nerveux. Vous suivez du bistouri les limites de la région et la masse du sein vous vient dans la main avec le paquet ganglionnaire. L'exérèse terminée, il faut alors prendre le temps nécessaire pour faire avec soin l'hémostase, les sutures et le drainage.

En chirurgie gastro-intestinale, le temps de l'exérèse est particulièrement délicat, et il ne faut rien sacrifier à la sécurité. Il est donc nécessaire de prendre les précautions les plus minutieuses pour prévenir la moindre issue du contenu gastrique-intestinal. Ce temps de l'exérèse est singulièrement simplifié par l'emploi de ma technique de l'écrasement extra-temporane, avec ligature dans le sillon de l'écraseur, complétée, pour le calibre de l'intestin, par l'exclusion du moignon hors du péritoine, sous une double ligature en cordon de bourse. Les opérations gastro-intestinales rentrent donc, même pour le temps de l'exérèse, parmi les opérations qui exigent une lenteur relative, et c'est dans ces interventions surtout que l'excellence des résultats dépend le plus de l'habileté manuelle du chirurgien.

Nous avons déjà vu que certaines opérations consistent dans le seul acte d'exérèse tandis que d'autres, comme les opérations plastiques, ne consistent qu'en une réparation. Les premières sans exception doivent se faire vite, tandis que les autres exigent tout le temps et tout le soin nécessaire pour les mener à bien.

Parmi les opérations d'exérèse qui doivent être faites vite et simplement nous citerons brièvement les ouvertures d'abcès, l'empyème avec ou sans résection costale, l'extirpation des polypes nasopharyngiens, et même la craniectomie temporaire, où, quand le crâne est très vasculaire, le seul moyen de ne pas perdre beaucoup de sang est d'aller très vite.

Au contraire, les opérations plastiques, la cure des fistules intestinales ou vaginales sont sans exception des opérations de lenteur par rapport aux premières. Mais il est évident que les chirurgiens très habiles de leurs mains feront ces opérations délicates à la fois avec plus de perfection et avec une rapidité relative.

Nous avons vu qu'il faut ranger parmi les opérations de lenteur les opérations sur l'estomac et sur l'intestin, parce que la moindre faute de technique peut occasionner dans ces cas des accidents irrémédiables. Il n'en est pas moins vrai que tout en exigeant d'être faites avec méthode et précision, ces opérations réclament du chirurgien une virtuosité suffisante pour les réduire à une durée compatible avec la sécurité du patient.

Il en est de même des opérations de ligatures

d'artères, par exemple, de la linguale, de la carotide externe, de l'hypogastrique; ces opérations rentrent dans la classe des opérations délicates et par conséquent des opérations de lenteur: elles peuvent cependant être terminées en très peu de temps par une main expérimentée.

Nous avons vu que les opérations d'ablation de tumeurs et les amputations appartiennent presque toutes, à l'exception des opérations sur l'estomac et l'intestin, à la catégorie des opérations où l'acte d'exérèse, c'est-à-dire la séparation de la partie malade, doit être faite vite et simplement, tandis que le second temps, la réparation du champ opératoire, doit être fait avec une lenteur relative, puisque la perfection de ce temps est un des principaux facteurs de la guérison.

Il ne saurait être plus question de soutien de soutenir cette thèse, que la vitesse en technique opératoire est dangereuse. Le mot "vitesse", en effet, ne doit pas être pris dans le sens de précipitation.

Un chirurgien qui fait péniblement en trois heures une pylorectomie aura des résultats inférieurs à tel de ses collègues qui sait terminer vite et bien la même opération en cinquante minutes.

La durée excessive des opérations aboutit à ce double résultat: 1^o de contusionner inutilement les tissus et les organes qui limitent le champ opératoire et dont l'intégrité est nécessaire à une bonne réunion; 2^o de compromettre l'existence du malade en décuplant les risques d'infection et le choc opératoire.

En aucun cas le chirurgien ne doit se hâter, dans le sens strict du mot. "Hâtez-vous lentement", a dit le poète.

Supposons qu'il survienne tout à coup une hémorragie inquiétante; ce n'est pas en précipitant les mouvements et en multipliant des manœuvres d'hémostase inconsidérées que l'on vient à triompher du danger. Dans ces cas difficiles, le chirurgien véritablement sûr de lui sait demeurer calme; il comprime un instant avec le doigt le vaisseau blessé, il éponge, lâche le vaisseau, et s'y reprend à trois ou quatre fois s'il est nécessaire, pour juger exactement d'où vient le sang. La pince doit être placée du premier coup sur le vaisseau béant. Avec 8 ou 10 gestes précis et pondérés, qui demandent en tout deux ou trois minutes, l'hémorragie est arrêtée, sans perte de sang appréciable. Pressez-vous, précipitez les mouvements, cherchez à pincer le vaisseau avant d'avoir vu nettement l'orifice, vous le manquerez et il n'est pas certain que vous serez venu à bout de huit à dix minutes après avoir ainsi compromis la vie du patient.

Les succès en chirurgie dépendent, à observation égale, des règles de l'antisepsie, de la méil-

leur technique et la qualité majeure du chirurgien est de savoir exécuter chaque manœuvre avec toute la simplicité et toute la précision désirables. Il faut savoir énucléer en dix secondes un gros polype nasopharyngien comme il faut savoir passer une heure à la réparation d'une fistule vaginale ou de l'uretère.

Il faut savoir exécuter en peu de temps les manœuvres précises et bien réglées que comporte l'acte de l'exérèse ; il faut savoir s'attarder aussi longtemps que l'exige la sécurité du patient, aux manœuvres délicates que comporte la réparation parfaite du champ opératoire.

L'avenir en chirurgie appartient aux plus habiles, à ceux qui posséderont la meilleure technique.

— o. —

MEDECINE

—

La réalisation expérimentale des anévrisme

(B. Fisher Deuts. med. Wochens., 26 oct. 1905)

—

Fisher, en employant la méthode de Josué pour déterminer l'athérome chez le lapin, à l'aide d'injections intraveineuses d'adrénaline, est arrivé à provoquer chez cet animal la formation de véritables anévrismes expérimentaux, au niveau de l'aorte. L'examen anatomique des régions ectasiées lui a montré des lésions intenses de la tunique moyenne : dégénérescence des fibres musculaires et des lamelles élastiques allant jusqu'à leur disparition complète, et infiltration calcaire des points-dégénérés.

Dans un cas Fisher a même obtenu un véritable anévrisme disséquant, occupant toute la longueur de l'aorte, et ayant déterminé chez l'animal une paraplégie complète.

Fisher a vu que, pour obtenir de semblables anévrismes expérimentaux, il faut arriver rapidement à injecter dans les veines des lapins d'assez fortes doses d'adrénaline. Il est parvenu à provoquer également des anévrismes par des injections intraveineuse de digaline.

L'auteur fait remarquer le rôle considérable

que joue l'hypertension artérielle dans la genèse des anévrismes : en effet, parmi les substances capables de produire des lésions artérielles par injections intraveineuses, les deux seules qui provoquent en même temps l'hypertension, l'adrénaline et le digaline, sont seules capables d'aller jusqu'à la formation d'ectasies.

—

Les anglutinines sèches dans le diagnostic des maladies infectieuses

M. Herman de Mons. Proc.-verb., Ac. roy. de méd. de Belgique,

—

On peut obtenir, sous forme de poudre sèche, les substances auxquelles on attribue les propriétés agglutinatives des sérums. M. Herman y a réussi simplement en précipitant les sérums par de l'alcool à 95 degrés et en séchant rapidement le précipité à 37 degrés. Redissous dans un volume de solution physiologique égal au volume primitif de sérum, il donne un liquide sous le titre d'agglutination qui, bien qu'inférieur à celui du sérum lui-même, est encore suffisamment élevé. En outre, le précipité desséché conserverait bien son activité ; elle serait assurée pour ainsi dire indéfiniment.

M. Herman pense que les applications cliniques du séro-diagnostic, qui deviennent de plus en plus nombreuses seront facilitées par sa manière de procéder. A l'encontre du sérum antityrique, d'autres sérums agglutinants, conservés tels quels ou additionnés d'antiseptiques, s'affaiblissent rapidement. Il y aurait donc avantage à les tenir en réserve sous forme de poudre sèche, toujours prête à l'usage.

On s'est efforcé, à diverses reprises, en ces dernières années de conserver les anticorps des sérums en évaporant ceux-ci dans le vide ou en desséchant leurs précipités. Si le sérum antidiphthérique d'Erich paraît garder toute son activité à l'état de siccité parfaite, on a moins bien réussi avec les sérums précipitants. Peut-être les sérums agglutinants se comportent-ils comme les sérums antitoxiques.

—

LE ROLE DU CHLORURE DE SODIUM

—

Il est étrange que le chlorure de sodium, élément si universellement répandu, élément constitutif des organismes végétaux et animaux, n'ait pas fait l'objet de travaux particuliers avant ces dernières années, et que l'influence de la déchloru-

ration en thérapeutique n'ait pas plus tôt été mise en lumière.

Le chlorure de sodium a toujours, cependant, occupé une place à part dans la vie des peuples. A lui a été réservée l'appellation par excellence : le sel. Son importance dans l'alimentation a suscité des révoltes contre la gabelle, imposant cette matière de première nécessité.

Le sel entre pour une moyenne de 200 grammes dans le poids total d'un corps humain et, constamment, il est ingéré avec les substances les plus diverses. La teneur en sel des viandes, légumes, œufs, est suffisante pour entretenir l'équilibre chloruré de l'organisme, mais l'homme s'est créé le besoin artificiel du sel comme condiment, et trouve insipides et fades, les mets préparés sans sel.

Le Dr. Achard évalué à 15 ou 20 grammes par jour la quantité de sel ingéré en outre de la dose contenue normalement dans les aliments.

La voie d'élimination principale du sel est le rein, l'urine heureusement contient des quantités variables de sel suivant la dose ingérée. C'est le rein en somme qui, par une sorte d'action élective, intelligente, veille à l'élimination des chlorures ingérés en excès, et établit l'équilibre chloruré dans les humeurs et les tissus.

Le chlorure de sodium paraît traverser l'économie sans éprouver de modifications, et son rôle chimique semble assez effacé, tandis que son rôle physique a trait surtout à l'équilibre osmotique. Le sel est indispensable donc à l'organisme.

Toutefois, la quantité de sel introduite dans l'organisme par les aliments au naturel, non relevés par le sel condiment, suffit pour le renouvellement du chlorure éliminé normalement.

Le physiologiste Richet évalué à 2 grammes par jour la dose suffisante journalière. C'est la ration d'entretien indispensable, le reste du sel ingéré n'est qu'une ration de luxe. Lorsque la dépense ne compense plus la recette, il y a rétention entraînant des accidents. La ration tolérée par l'organisme est donc subordonnée à l'élimination.

La rétention des chlorures dans l'organisme est fréquente au cours d'affections diverses, et c'est sur cette rétention que s'est fixée, en ces dernières années, l'attention des pathologistes. Elle consiste dans plusieurs maladies infectieuses aiguës, et elle est la règle dans l'asystolie et s'observe sous ses caractères les plus intéressants dans les néphrites.

Le degré de la rétention est très variable et peut tomber à une élimination d'un gramme, alors même que le patient ingère 10 et 12 grammes de sel.

Les cliniciens ont maintes fois observé que la courbe d'élimination des chlorures par l'urine est

l'inverse de la courbe pathologique. Elevée dans l'atténuation des phénomènes morbides, abaissée dans les poussées du mal.

M. Claude et Manté ont utilisé l'étude de la rétention des chlorures au cours des néphrites pour établir le pronostic de cette maladie. Le principe de cette recherche consiste à pratiquer l'épreuve de la chlorure alimentaire, c'est-à-dire à faire ingérer une dose connue de sel et à évaluer ensuite comment fonctionne le rein à la suite d'un surcroît d'élimination qui lui est imposé. Si l'excrétion chlorurée s'élève, alors que la diurèse et les substances élaborées restent fixes, le pronostic est bénin ; si au contraire l'excrétion chlorurée n'augmente pas alors que la diurèse et les substances élaborées, le pronostic doit être réservé, mais l'amélioration est habituelle sous l'influence du régime lacté.

La rétention des chlorures dans l'organisme s'affirme aux yeux des cliniciens par un ensemble de symptômes : élévation de la pression artérielle, hydratation des tissus, hydropisie, œdème. L'accumulation de liquide dans l'organisme se traduit par un signe facile à constater, c'est l'augmentation de poids du corps avec une courbe variable suivant que le malade prend une alimentation chlorurée ou non chlorurée.

Cette constatation constitue le fait nouveau le plus intéressant dans la question du sel, car c'est ici par la privation de sel que l'on peut agir avec efficacité.

L'étude de la déchloruration, comme moyen thérapeutique, a été tout d'abord conduite par Richet, qui l'a proposée comme moyen de renforcer l'action des bromures chez les épileptiques. Il pensait ainsi substituer dans l'organisme une certaine quantité de bromure à une quantité équivalente de chlorure de sodium. Et de fait, l'expérience semble avoir été heureuse.

Mais c'est dans les cas où il y a rétention chlorurée vraie, que la déchloruration thérapeutique s'est montrée efficace. Ainsi, notamment, dans les affections rénales, dans la néphrite parenchymateuse et dans la néphrite interstitielle.

La déchloruration produit une déshydratation de l'organisme se mesurant nettement par une diminution de poids. Le sel éliminé par l'organisme dépasse la quantité ingérée jusqu'à rétablissement de l'équilibre normal.

Il est certain que le régime déchloruré affecté, d'une manière avantageuse, les hydropisies des maladies cardiaques, des cirrhoses, et les mêmes bons effets ont été constatés dans la péritonite tuberculeuse, les pleurésies aiguës serofibrineuses, la phlegmatia alba dolens.

La connaissance de ces faits explique l'influence exercée par le régime lacté dans la plupart

de ces cas pathologiques, mais permet aussi de substituer, sans inconvénients, un régime mixte déchloruré au lait, chez les patients auxquels la diète lactée prolongée répugne.

Bien plus, on sait maintenant que pour certains malades, le lait lui-même, avec son gramme et demi de sel par litre fournit trop de chlorure, en même temps qu'il introduit trop d'eau chez les patients en état de pléthore circulatoire.

Chez ces malades on a le choix entre un certain nombre d'aliments qui, non salés, n'excitent pas la soif.

Les aliments contenant peu de sel, sont la viande crue, les œufs, les farineux (pommes de terre, petits pois, légumes herbacés). On peut donner des fruits, du sucre, du café, du beurre, mais on doit veiller à proscrire rigoureusement les bouillons, jus de viande et le pain salé. Le pain pétri sans sel peut être donné.

Comme conclusion de son travail sur le rôle du sel en pathologie et en thérapeutique, M. Achard dit que la physiologie montre le chlorure de sodium indispensable à la vie des animaux, et que la ration d'entretien peut être fixée aux environs de 2 grammes par jour.

En outre, le sel est un condiment agréable, peut être donc d'une certaine utilité pour la nutrition générale, sans danger lorsque la ration de luxe est modérée. Toutefois, la pathologie enseigne que l'abus du sel entraîne, à la longue, des conséquences fâcheuses pour le rein et occasionne des désordres graves dans les nombreuses maladies qui réalisent l'état de rétention des chlorures.

En résumé, il est sage, en l'état de santé, d'éviter l'abus du sel ; en l'état de maladie, il est indispensable de limiter son usage, et parfois nécessaire de l'abaisser aux dernières limites de l'achloruration.

Dr L. D.

(" Le Scalpel.")

GYNECOLOGIE

De l'utérus infantile et de son traitement; nouvelle opération pour l'antéflexion et la sténose de l'orifice interne

(G. W. Barrette. Amer Journ. of Obstet., sept. 1905.)

Le point nouveau du travail de Barrett est l'opération qu'il propose pour le traitement de

l'antéflexion et des constrictions de l'orifice interne d'origine musculaire, fibreuse, ou muqueuse. Dilatation préalable de l'utérus curetage au besoin ; s'il y a allongement considérable du col, amputation partielle de celui-ci. Puis laparotomie médiane, l'utérus est amené et maintenu avec une pince sur la ligne médiane. On fait une incision longitudinale au niveau de l'orifice interne ; la longueur de cette incision doit être en rapport avec la longueur dont il faut raccourcir la paroi postérieure de l'utérus pour amener le redressement cherché. Barrett a inventé une pince spéciale qui permet de transformer cette incision longitudinale en incision transversale ce qui élargit le col de la longueur de l'incision et raccourcit la paroi postérieure de la même quantité. C'est en somme le principe de toute "plastie" d'organe creux appliqué à l'utérus. Pendant que la pince spéciale maintient la direction transversale de l'incision. Ce procédé écarte de 1,5 à 2 centimètres les bouts divisés des fibres circulaires, si l'on en juge par l'allongement de la circonférence extérieure de l'utérus. On peut faire l'incision aussi profonde qu'on veut, on peut aller jusqu'à la cavité, si la sténose est d'origine muqueuse. En l'absence d'autre lésion pelvienne et avec un vagin suffisamment spacieux, la même opération pourrait s'exécuter par voie vaginale.

THERAPEUTIQUE

Traitement du tremblement musculaire chez les enfants.

G. Raffaelli (in La Pedatria) dit avoir observé chez trois enfants, âgés respectivement de 8 de 11 et de 14 mois, un tremblement continu de tout le corps mais à un degré léger. Il n'y avait chez ces enfants aucun autre symptôme indiquant une affection du système nerveux. Le tremblement avait lieu indépendamment des mouvements volontaires, et cessait pendant le sommeil.

Tous avaient un dérangement des organes digestifs, et l'un était rachitique.

L'amélioration de la digestion fit disparaître le tremblement, lequel dans un cas reparu après une nouvelle attaque d'entéro-colite. L'auteur est d'opinion que cette névrose est causée par l'absorption des toxines intestinales. Il signale la relation qui semble exister entre cette affection et le tétanos chez les enfants, lequel résulte si fréquemment des troubles digestifs, mais aucun de ces cas ne se termina par le tétanos.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu.

J. V. Shoemaker condamne l'emploi de l'acid Salicylique dans le traitement du rhumatisme aigu, en raison des troubles digestifs et des érosions de la muqueuse de la bouche, qu'il détermine souvent, et recommande la salicine à la dose de 20 grs toutes les trois heures, ainsi que l'huile de Gaulthère (Salicylate de Méthyle). Il applique aussi ce dernier médicament sur les articulations affectées, qu'il recouvre de coton hydrophile. Il emploie en même temps la Strychnine pour le cœur et les ferrugineux pour combattre l'anémie. Il repousse les antipyritiques provenant du goudron qu'il remplace par les alcalins combinés aux sels organiques comme les citrates et acetates. Quand il y a anémie il prescrit le mélange suivant.

R Strychniæ acet. . . gr. 1-2
 Ferri citras dr.-1
 Liq. ammonia acet. . once 4
 Syr. Aurantii rubri, Q. S. ad. once 6
 Sig. Une cuillerée à potage toutes les trois heures, dans un peu d'eau.

Fluorate de Soude, dans la cystite chronique.

Tuffier attire l'attention sur le traitement de la cystite chronique par le Fluorate de Soude qui agit puissamment comme antiseptique. C'est une poudre blanche très soluble dans l'eau. Le Fluorate de Soude a la propriété de liquéfier les sécrétions vésicales, qui dans certains cas, sont tellement épaisses qu'elles ne peuvent s'écouler par le cathéter. Quand ces sécrétions sont glaireuses ou visqueuses, Tuffier pratique des irrigations de la vessie, avec une solution aqueuse

de Fluorate de soude à 25 ou à 50 pour cent. Une solution plus forte est irritante. Ces lavages sont répétés tous les deux jours jusqu'à ce que les sécrétions deviennent assez fluides, pour s'échapper par le cathéter. Le Fluorate est alors discontinué et remplacé par une solution d'acide Borique.

Journal de Médecine de Paris

24 decembre. 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médicale de Montréal

SEANCE DU 6 FEVRIER

Mons. Marien, vice-président, au fauteuil.

Membres présents : Albert Laramee, Her-
 vieux, de Martigny, Aumont, Lesage, H. Lasnier,
 A. Ethier, E. Asselin, St-Denis, Valois (Vau-
 dreuil), L. E. Fortier, J. Leduc, R. Trudeau, W.
 J. Derome, Plourde, G. Archambault, Louis La-
 bergé, E. G. Dagenais, G. Larin, E. Chaussé, J.
 Riopelle, H. Desloges, A. Bourdon, H. Gervais,
 S. Lachance, Alfred Marcell, H. Desmarais.

Le président demanda la permission à l'assemblée d'inscrire à l'ordre du jour en premier lieu le travail du Dr Dubé "déclarations des maladies contagieuses" parce que parmi les membres présents ce soir on remarque les Drs E. G. Dagenais, président du comité d'Hygiène, Louis Laberge, médecin en chef du bureau de santé, Edouard Laberge, de l'hôpital-civique.

Adopté.

Dr Dubé. — Je demande s'il faut déclarer les maladies contagieuses. Oui, pour plusieurs raisons : pour faciliter les statistiques qui ont une grande importance ; parce que nos familles, celles de nos clients en retireront des bénéfices. Parce que la ville, la société ont droit à cette déclaration dans un but de protection.

Dans tous les cas la déclaration est-elle faite ?

Non. Pourquoi ? Par incurie, par négligence, par esprit de contradiction. Aussi parce que la déclaration attire aux médecins des ennuis. Après la déclaration suit la visite de l'inspecteur, pour contrôler. Souvent il fait ses remarques à la famille de vive voix. Si le médecin a commis une erreur de diagnostic, il le dit carrément, et par ce dire cause un préjudice au confrère. L'inspecteur agit souvent aussi avec rudesse envers la famille. Ces différentes manœuvres ont indisposé des confrères. Si la commission d'hygiène voulait user de rigueur, le mal serait pire, il y aurait moins de déclarations encore. Le meilleur moyen serait de se servir de la persuasion, visite d'un inspecteur qui noterait ses observations et les communiqueraient à son chef, et ne critiquerait pas le médecin. Le médecin du bureau d'hygiène se mettrait en rapport avec le médecin de la famille s'il avait besoin de faire quelques suggestions. De cette manière le Dr Dubé espère que tout s'arrangerait.

Le Dr Louis Laberge. — Depuis longtemps il a constaté que la persuasion était le meilleur moyen d'arriver à de bons résultats. Il ne croit pas qu'un médecin du bureau de santé ait commis des actes dérogatoires à l'étiquette professionnelle. C'est peut-être des inspecteurs sanitaires qui ont pu commettre de ces indiscretions. Autrefois le nom du médecin qui donnait avis au bureau de santé d'un cas de maladie contagieuse était inscrit sur une feuille remise à l'inspecteur, qui pouvait ainsi laisser échapper le nom en présence de la famille. Maintenant, le nom est dans un cahier qui reste entre les mains du chef du département d'hygiène et il n'y a plus d'indiscretions possibles. Quelquefois, les renseignements viennent de source inconnue, par des voisins malveillants ou autrement, alors, dans l'intérêt de la ville, il faut faire une enquête.

Quel est le meilleur moyen d'éviter ces enquêtes faites hors de la connaissance du médecin traitant ? C'est la déclaration par les praticiens de tous les cas de maladies contagieuses et dans les cas très rares où il y a erreur de diagnostic, le bureau d'hygiène fait tout son possible pour que tout s'arrange au meilleur des intérêts du médecin.

M. O. F. Mercier ne partage pas la même manière de voir que le Dr Dubé. La raison principale

pour lui ce n'est pas l'apathie, la négligence de la part des médecins canadiens-français, c'est que les Anglais ont plus d'esprit public. Le médecin devrait avertir la famille des dangers qu'elle court, des dangers qu'elle fait courir aux voisins, au quartier, et il croit qu'alors il serait facile d'amener la famille à déclarer elle-même la maladie. Cela serait une amélioration.

Les Anglais semblent, du moins en hygiène, posséder une civilisation plus avancée que nous. Tant que l'on n'aura pas instruit le peuple, nous n'arriverons à rien, malgré la bonne volonté des médecins.

Le Dr E. G. Dagenais est grandement étonné des remarques du Dr Dubé sur la rudesse, l'impolitesse et le manque d'égards des médecins du bureau d'hygiène. Il ne connaît aucun cas où les médecins de la ville aient commis des actes dérogatoires à l'honneur professionnel. Il a dû censurer un désinfecteur, mais cet employé n'est pas médecin. S'il a des preuves qu'un médecin a manqué à son devoir il le fera censurer ou démettre par le conseil. Toutefois même s'il résulte quelques ennuis pour le médecin à la suite d'une déclaration de maladie contagieuse, cela n'est pas suffisant pour l'autoriser à ne pas faire de déclaration.

Il approuve de toutes ses forces les dires du Dr Mercier. Celui-ci a mis le doigt dans la plaie : les Anglais ont plus d'esprit public que nous. Les Anglais sont 100,000, nous sommes 300,000 en chiffres ronds, et pourtant il y a eu 71 cas de déclarés chez eux et 12 seulement chez nous. Ces chiffres ont leur grande éloquence. Il avait pensé un moment à faire amender le règlement de façon que la famille elle-même fût forcée de déclarer les maladies contagieuses. Il ne l'a pas fait parce qu'il a craint de n'avoir plus de déclarations du tout. Si les médecins, tous les médecins sans exception, voulaient bien déclarer leurs cas, tout deviendrait parfait ou presque. Il croit que dans l'intérêt public, dans l'intérêt général des médecins, le médecin en chef du bureau d'Hygiène devrait faire condamner un confrère fautif. Alors le corps médical pourrait se prévaloir auprès des familles de cette condamnation pour faire leur déclaration, en disant qu'ils ne peuvent s'exposer à être condamnés à leur tour.

Le Dr Louis Laberge dit qu'il est médecin de

la ville depuis 20 ans et qu'il n'a pu que deux fois arriver à faire une preuve contre des médecins. Il croit qu'il vaut mieux en appeler à leur conscience, car tous les médecins en principe sont favorables à la déclaration des maladies contagieuses. C'est par apathie, par négligence. La loi actuelle tient le père et la mère responsables de la déclaration d'une maladie contagieuse. Ce qu'il faut, c'est que les médecins marchent la main dans la main avec les membres du bureau d'hygiène. C'est l'intérêt de tous, aussi bien du bureau d'hygiène que du médecin. Le bureau de santé tient à traiter les médecins avec la plus grande délicatesse et déférence.

Le Dr Dagenais. — Le Dr Hervieux me cite un cas où il a eu à se plaindre de l'indiscrétion d'un confrère du bureau médical. Il verra à faire donner des ordres pour que pareille chose ne se produise plus. Il ne veut pas que l'on croit qu'il veut prêcher la guerre à la profession médicale ; il ne veut pas même la rigueur, mais il voudrait voir tous les médecins déclarer leurs cas de maladies contagieuses, les soutenir, et forcer les autres à se faire un cas de conscience de la non déclaration.

Le Dr Dubé est heureux de voir combien la discussion est animée et importante. Il ne croit pas que les Anglais nous soient supérieurs en matière d'hygiène. En général, la population anglaise est plus riche, partant plus instruite, et de ce fait a moins de préjugés contre la déclaration des maladies contagieuses. Mais dans tous les pays la population pauvre, ignorante, est la même. La bêtise humaine est cosmopolite.

Le Dr Marien voudrait qu'un comité soit nommé pour étudier au long cette question et la mettre au point si possible.

Le Dr de Martigny propose un comité composé des Drs Dagenais, Louis Laberge, Edouard Laberge, H. Hervieux, Ed. Dubé et Albert Lesage.

Cette motion rencontre une opposition presque-unanime.

Le Dr Edouard Laberge croit que la solution réside dans l'éducation du peuple : le convaincre de l'importance qu'il y a de déclarer les maladies contagieuses.

M. Hervieux croit que si l'on assurait la subsistance de la famille quand il y a un cas de ma-

ladie contagieuse, beaucoup de pauvres n'auraient pas de répugnance à faire la déclaration, mais quand cette déclaration entraîne la gêne pour la famille, on comprend qu'il en coûte au chef de la famille de la faire.

Le Dr Desloges, ancien médecin de la ville de St-Albans, dit que la question a été réglée définitivement du jour où la ville s'est chargée de l'entretien des familles pauvres au sein desquelles il y avait des maladies contagieuses.

M. Lesage. — Quand la déclaration a été faite, quand le malade est guéri, le certificat du médecin traitant n'est pas suffisant, il faut le certificat du chef de bureau de Santé, souvent il faut se présenter plusieurs fois ; cela entraîne une perte de temps nuisible. Pourquoi le certificat ne serait-il pas signé d'avance ?

Le Dr Louis Laberge. — Les seuls cas où l'on doit revenir au bureau de Santé pour chercher un certificat, c'est quand on se présente avant que la désinfection de la maison soit faite. Le certificat est une simple formalité, c'est un employé subalterne qui les donne, lui ne voit que la liste chaque jour. Les certificats sont signés d'avance.

Le Dr Dérome lit une communication sur l'intero-anastomose pour exclusion du colon chez un cancéreux. (Voir travail original.)

M. Hervieux lit le rapport du comité re Bureau central examinateur. Travail lu par M. Fortier.

Le comité approuve dans son ensemble et dans ses détails le travail du Dr Fortier et se déclare emphatiquement en faveur d'un bureau central d'examineurs. Il suggère que la Société Médicale de Montréal demande l'avis de toutes les sociétés médicales de la province de Québec et qu'elle transmette ensuite ces avis au Dr E. F. Lachapelle, président du Collège des Médecins et Chirugiens, qui devra s'efforcer de faire passer une loi à cet effet.

une loi à cet effet, la Société Médicale s'engage à donner son appui le plus loyal au Collège des Médecins.

Il est proposé par les Drs Cléroux et Hervieux secondé par les Drs Parizeau et LeSage, que les remerciements de la Société soient adressés au Dr Fortier pour le courage et le dévouement qu'il a

montrés en faisant ce travail d'une si grande importance.

Adopté à l'unanimité.

A 10.55 h. la séance est levée.

—:—

Variétés

Pastilles anticonceptionnelles

Etes-vous embarrassé pour le choix des bons à offrir au jour de l'an? Cessez bien vite de vous désoler, et si vous voulez être du "dernier bateau", hâtez vous de vous procurer les pastilles de Spermathanaton.

Le nom seul est une trouvaille. C'est d'outre-Rhin, naturellement que nous arrive ce nouveau produit, d'Allemagne, vous entendez bien, la nation la plus profique qui soit! Ces quelques extraits du prospectus vous en diront plus long qu'un pénible commentaire :

" Dans une dissolution de 10 0/0 des pastilles ci-dessus nommées, les bactéries du typhus sont tuées en 5 minutes, les bactéries du Rhinosclerosis périssent immédiatement, les Gonococques périssent en 3 minutes et les Spermatozoïdes absolument immédiatement.."

Le texte est suffisamment explicite. Le mode d'emploi est, du reste, très clairement indiqué -- et il n'en coûte que 3 francs pour acquérir le flocon de 12 pièces.

Si encore le factum était adressé aux seuls médecins, il n'y aurait que demi-mal : nos confrères n'ont besoin de personne pour les instruire sur ce point délicat, où chacun agit selon sa conscience ; mais il est à craindre que ce produit qu'on nous recommande et qui doit se trouver dans toutes les pharmacies, ne tombe bientôt entre des mains quelconques -- et alors à quoi servira la croisade de l'honorable M. Piot?

Plus de femmes maigres

Si la mode qui vient de s'établir en Bohême se répand chez les peuples occidentaux, les jeunes filles maigres courront risque de mourir dans le célibat.

Un jeune homme de Koeniggratz, voulant donner une

preuve d'admiration et d'amour à sa future épouse, la pria de monter sur le plateau d'une balance afin de connaître exactement son poids. La douce fiancée pesait cent cinquante-cinq livres, et, pour lui témoigner le prix qu'il attachait à cet embonpoint précoce et plein de promesses pour l'épanouissement de la quarantième année, le futur époux lui déclara qu'elle valait son poids en monnaie d'argent. Le calcul était facile à faire et le gain de survie alloué à la femme dans la liquidation de la société conjugale fut, en conséquence, fixé à la somme de quinze mille cinq cents francs.

Une pareille libéralité n'a rien d'excessif, et elle est à la portée des patrimoines modestes, mais dans les milieux sociaux où l'argent ne serait pas un métal assez précieux pour être mis sur l'autre plateau de la balance, une jeune fille qui " vaudrait son pesant d'or " et aurait un embonpoint respectable représenterait une véritable fortune.

Hygiène !

Hygie, ô déesse très saine,
Que de sottises ne fait-on
Pour ennuyer l'espèce humaine
En s'autorisant de ton nom?
Que cela nous plaise ou nous gêne,
Au moindre geste, au moindre élan,
Halte-la ! nous dit l'hygiène...
Mais où sont les aises d'antan?

Quand nous tremblons pour des vétilles,
Vous, nos aïeux pleins d'action,
Vous faisiez tout en joyeux drilles,
Sans aucune restriction:
Amour, combats, donjons ou filles,
Sachant en tout vous délecter,
Vous entriez dans les bastilles
Sans les faire désinfecter.

Chez nos savants rien ne demeure
Hors d'un contrôle pratiqué
Non pas pour empêcher qu'on meure,
Mais que l'on meure intoxiqué,
Et sur la chose la meilleure
Leur méfiance est en éveil;

Les verrons-nous pas tout à l'heure
Filtrer les rayons du soleil?

Pour tenir l'enfant en haleine,
On n'a plus besoin d'invoquer
Ni le loup du bon La Fontaine,
Ni l'ogre prêt à vous croquer.
Loin de nous la menace vaine
Dont on usait au temps passé!
C'est fini de Croquemitaine,
Le Microbe a tout remplacé!

Comme il lit thèses subtiles,
Le bourgeois, perdant son repos,
Soupçonne, en effet, les baccilles
D'en vouloir à tous ses marmots,
Et quand ceux-ci vont, bien tranquilles,
Manger, dormir ou s'amuser,
S'épuise en moyens inutiles
Afin de les immuniser.

La science enfin nous avise
Que tout plaisir est dangereux
Si l'on n'en fait point l'analyse.
Comment alors être amoureux?
Gare à la femme qu'on courtise!
Nos empêcheurs d'aimer...en long
Exigeront qu'on aseptise
Jusqu'aux flèches de Cupidon!

Hygie, ô déesse très saine
N'inspire pas plus qu'il ne faut
Les apôtres de l'hygiène;
L'excès en tout est un défaut.
Car bientôt ils auront sans peine
Destructeurs de germes partout,
Stérilisé l'espèce humaine
En voulant stériliser tout!

Eurologie

L'examen des urines par le praticien⁽¹⁾

Tout examen de malade sans analyse d'urine est incomplet. Aphorisme banal qui fait sourire les étudiants, quand on le rappelle dans un cours. Et pourtant que de diabétiques sont révélés par des anthrax mortels, alors que pendant 10 ou 20 ans leur médecin a soigné ces malades pour de nombreuses indispositions! Que de pyonéphroses se forment silencieusement, alors qu'elles ont été précédées d'une longue période de pyurie indolore!

Tout homme devrait, après 30 ans, faire analyser ses urines tous les ans, de même qu'il devrait, tous les six mois, montrer sa bouche au dentiste. Malheureusement, le mot " urine " est un de ces mots qu'il est encore considéré comme de bon ton de ne jamais prononcer dans le monde et dans les familles. On préfère laisser les gens uriner du pus, de l'albumine ou du sang, plutôt que de leur enseigner à se méfier. On devrait apprendre aux élèves qui vont quitter le lycée la nécessité pour tout homme de faire analyser ses urines chaque année, comme la nécessité d'avoir toujours chez soi un thermomètre et de faire appeler le médecin dès que la température atteint 38°.

En attendant, les médecins devraient s'outiller pour faire eux-mêmes une sommaire analyse d'urines, lorsqu'ils doivent intervenir dans un cas d'urgence, ou lorsqu'ils sont consultés chez eux par un malade qui n'apporte pas une récente analyse. Les points suivants sont à préciser: 1 L'urine est-elle acide ou alcaline à l'émission? 2 Est-elle limpide ou trouble? 3 Si elle est trouble, le trouble est-il dû à des sels ou à du pus? 4 Contient-elle de l'albumine et quelle quantité? 5 Contient-elle du sucre? 6 Quelle est la quantité éliminée par litre? 7 Contient-elle des sels ou des pigments biliaires? 8 Contient-elle du sang?

Voilà huit renseignements que le médecin peut obtenir chez lui, facilement, en quelques minutes, à peu de frais. Voici ce qu'il faut se procurer et comment il faut procéder. J'ai à peine besoin de dire que

(1) Leçon élémentaire faite à la consultation des maladies des voies urinaires, et *Journal des Praticiens*, 28 octobre 1905.

je suppose parler pour des praticiens ayant oublié leur chimie, et que cette sommaire analyse ne dispense pas d'une analyse complète, faite par un chimiste, sur un échantillon prélevé dans l'urine des 24 heures, dont on aura mesuré le volume exact et qu'on aura très soigneusement mélangée.

1° *Appareils.*—Deux verres coniques.—Six tubes à essai sur un support.—Une lampe à alcool en verre.—Une pince en bois (pour chauffer les tubes sans se brûler les mains).—Un tube d'Esbach pour doser l'albumine.—Un appareil pour le dosage de l'urée.—Un papier à filtrer.—Un entonnoir.

2° *Réactifs.*—Du papier de tournesol rouge et bleu.—Acide azoxique.—Acide acétique.—Liquueur de Fehling.—Réactif micro citrique pour doser l'albumine.—Réactif à l'hypobromite de soude pour l'urée.—Sous acétate de plomb (extrait de saturne officinal).—Sulfate de magnésie (en cristaux ou en poudre).—Un litre d'eau distillée.—Dix grammes de soufre sublimé. Cinquante centimètres cubes d'eau oxygénée.

On dispose le tout sur une petite table, que l'on recouvrira d'une glace ou mieux d'une plaque d'opaline. Le tout ne coûte guère plus de 15 francs.

La liqueur de Fehling (formule Pasteur), ne s'altère pas. Le réactif à l'hypobromite de soude s'altère très vite: il faut en acheter peu à la fois et le renouveler très souvent. On peut le préparer soi-même avec du brome.

1° *Examen physique.*—Faites uriner le malade dans un verre conique. Regardez l'urine par transparence. D'emblée vous voyez si elle paraît normale, si elle est trouble ou limpide, si elle contient ou non des filaments. Il faut préciser alors la réaction, la couleur, l'odeur, l'aspect, rechercher si elle laisse un dépôt.

Réaction.—Plonger dans le verre un papier de tournesol bleu. L'urine normale est acide à l'émission: si la réaction est acide, le papier bleu devient instantanément rouge.

Si le papier reste bleu, l'urine est alcaline. Cette alcalinité peut-être due à deux causes: 1° l'alimentation ou les boissons; 2° la fermentation ammoniacale intra-vésicale.

Certains fruits contiennent des acides végétaux qui donnent naissance dans l'urine à des sels alcalins, comme les tartrates (prunes, raisins), les citrates (groseille-

les), les malates (pommes). De même l'urine peut-être rendue alcaline par l'usage longtemps continué d'eaux bicarbonatées sodiques (Vichy, Vals, Saint-Calmier). Dans ce dernier cas l'urine est souvent trouble par précipitation des phosphates, comme nous le verrons plus loi.

Couleur.—La couleur varie du jaune au rouge brique. Plus une urine est colorée, plus elle est riche en matières extractives. C'est ainsi que la séparation intra-vésicale des urines avec les appareils de Luys ou de Cathelin, permet de voir par la simple comparaison de la couleur de l'urine de chaque rein, quel est celui qui fonctionne le mieux.

Ne confondez pas une urine rouge dont la coloration et le trouble sont dus à un excès d'urates avec une urine sanglante. Les malades font souvent cette confusion. Il suffit, comme vous allez le voir, de chauffer l'urine pour faire cette distinction.

(A suivre.)

Formulaire

NOUVEAU TRAITEMENT DE LA GALE.

Ce traitement est simple: il suffit de lotionner le corps le soir avant le coucher avec la solution:

Hyposulfite de soude 200 grammes,
Eau q. s. pour un litre

et le lendemain matin faire un lavage avec la seconde solution:

Acide chlorhydrique 50 grammes.
Eau q. s. pour un litre

Comessati explique ainsi la destruction de l'acarus, il se développe dans les pores de la peau du soufre à l'état très divisé et qui reste très longtemps; il se forme ainsi de l'acide sulfureux et du chlorure de sodium deux produits toxiques pour l'acarus.

Honneur a Sir William Hingston

Un grand honneur vient d'être fait a Sir William Hingston. Il a été nommé l'un des Vice-Présidents d'honneur du congrès International de chirurgie, qui se tiendra à Paris l'année prochaine. Cet honneur rejaillit non seulement sur le vénéré doyen des chirurgiens du Canada, non seulement sur l'Hôtel-Dieu dont il est le chirurgien brillant, exact et ponctuel depuis cinquante ans, mais sur toute la profession médicale du Canada.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des Abscès Froids.

Par le Dr F. Moïnod ancien interne lauréat en chirurgie des hôpitaux de Paris

L'abcès froid est de nos jours synonyme d'abcès tuberculeux, et dans la majorité des cas il vient compliquer une lésion osseuse articulaire ou para-articulaire. La coxalgie et le mal de Pott sont de toutes les lésions osseuses tuberculeuses celles qui se compliquent le plus volontiers d'abcès froids. L'abcès du mal de Pott suit la gaine du psoas et vient poindre au-dessus de l'arcade de Fallope. L'abcès de la coxalgie peut se disséquer un chemin vers la peau en un point quelconque autour de l'articulation. Quelle que soit la localisation de l'abcès froid, quelle que soit son étendue, sa forme, ses rapports anatomiques, il existe un traitement rationnel qui est la ponction suivie d'injection d'un liquide modificateur et un traitement irrationnel qui est l'incision au bistouri de l'abcès. C'était la pratique et l'enseignement de mon regretté maître le Dr Brun, c'est celle de mon maître le Dr Jalaguiet et j'ai pu, durant les deux années que j'ai passées dans leurs services à l'hôpital des Enfants malades et à l'Hospice des Enfants Assistés, me rendre compte par moi-même du bien fondé de cette pratique et de cet enseignement ; car j'ai vu peu d'abcès froids incisés, guérir et j'en ai vu beaucoup, par compte, évoluer vers une guérison permanente, suivie de la guérison définitive de la lésion osseuse tuberculeuse par la ponction répétée. Mais encore faut-il savoir mettre en pratique une théorie par elle-même très simple. Le grand danger de l'abcès froid, celui contre lequel le chirurgien doit avant tout lutter, est son infection secondaire. Le pus

de l'abcès froid ne contient, tant qu'il n'a pas été ouvert, que des bacilles de Koch et encore en très petite quantité, mais il est par lui-même un excellent milieu de culture, et l'on peut dire que, aussitôt qu'il sera mis en rapport avec l'air extérieur, quelles que soient les précautions prises, le pansement et les antiseptiques employés, il s'infectera et deviendra la source d'une infection rapidement généralisée à un organisme toujours en état de très moindre résistance. Il ne faut donc pas, quand on se prépare à ponctionner au trocart un abcès froid, considérer que l'on va pratiquer une opération insignifiante où les dangers et les conséquences d'infection ne sont pas à être mis en parallèle avec ceux que fait courir une laparatomie par exemple. Il faut au contraire considérer que les dangers d'infection sont aussi graves et sérieux pour le petit malade que le serait, si au lieu de le ponctionner, on allait le laparatomiser, car dans les deux cas c'est sa vie qui est en jeu. Il faudra donc prendre autant de précautions pour la ponction que l'on en prendrait pour la laparatomie. La région opératoire sera recouverte la veille d'une compresse trempée dans une solution de bichlorure de mercure au 1-5000, après lavage soigné de la région. Ce lavage aura été fait à l'eau chaude et au savon à l'aide d'une brosse molle ou mieux d'un tampon de ouate hydrophile, car d'une part la région est souvent un peu douloureuse et surtout il faut éviter d'irriter la peau toujours un peu amincie et toujours très tendre chez les jeunes sujets. Au moment d'opérer, après s'être lavé les mains avec soin, il faudra entourer le champ opératoire de compresses stérilisées, tout comme pour une laparatomie, et laver une dernière fois soigneusement avec un peu d'éther ou d'alcool, la région que l'on va ponctionner. Si l'enfant est très pusillanime, on pourra lui donner du chloroforme ou mieux du bromure d'éthyle, bien que dans la grande majorité des cas avec un peu de patience et de douceur on arrivera toujours à le ponctionner, en insensibilisant le point où le trocart va pénétrer avec une application de chlorure d'éthyle. En général, en effet, l'enfant supporte facilement la douleur légère que produit la congélation des tissus par le chlorure d'éthyle et supporte mal au contraire la piqûre de la seringue de

Pravaz nécessaire si l'on avait recours à la co-
caïne. Les instruments à employer se résument à
un trocart moyen de l'appareil Potain et à une
seringue s'adaptant bien sur l'extrémité de ce
trocart. La ponction pratiquée, le pus s'écoule en
général blanc verdâtre grumeleux ; il arrive que
la ponction demeure blanche et que rien ne s'é-
coule. Il faut tout d'abord s'assurer que la
pointe du trocart est libre, indiquant ainsi qu'elle
a bien pénétré dans la cavité de l'abcès. Ce point
assuré, si rien ne s'écoule, c'est que le pus de l'ab-
cès est trop épais. Il faut bien se garder de reti-
rer le trocart et de le remplacer par un plus volu-
mineux, car, sans avoir recours à un trocart ca-
pillaire, on peut dire en général que plus il sera
petit, plus vite se cicatrisera le trou de la pon-
ction. Le plus gros trocart de l'appareil Potain
sera, en conséquence, celui qui conviendra le
mieux et il ne faudra jamais avoir recours, s'il
est possible, au trocart à hydrocèle ordinaire. Le
trocart choisi convenablement sera donc laissé en
place, même si le pus ne s'écoule pas, et l'on in-
jectera, séance tenante, un ou deux centimètres
cube de la solution de naphthol camphré dont je
donne la formule à la fin de cet article. Le nap-
thol camphré a, en effet, pour premier résultat,
de modifier la qualité du pus de l'abcès froid, il
en dissout les grumeaux et tel pus, qui, en raison
de son épaisseur et de sa consistance, n'a pu s'é-
couler au cours de la première ponction, s'écou-
lera facilement deux ou trois jours après l'injec-
tion de naphthol. Mais il arrive, et c'est le cas le
plus commun, qu'après s'être écoulé quelques mi-
nutes, le pus brusquement s'arrête ; c'est que le
trocart s'est bouché au contact d'un de ces gru-
meaux si communs dans le pus tuberculeux. Il
faut alors essayer de libérer la lumière de l'ins-
trument, soit en passant à l'intérieur du trocart
un fil de platine ou d'argent préalablement stéré-
lisé, soit en injectant quelques gouttes d'eau sté-
rilisée. On arrive ainsi très souvent à rétablir le
cours du pus et avec un peu de patience à vider
complètement l'abcès. L'abcès vidé, si le pus est
très épais et grumeleux, ou si il a été vidé incom-
plètement pour une des raisons précédemment in-
diquées, on injectera de 1 à 5 centimètres cubes de
la solution de naphthol camphré indiquée, se sou-
venant que dans certains cas le naphthol est mai-

supporté par l'enfant, 2 centimètres cubes seront
donc en général suffisants pour un abcès de la
grosseur d'une orange. Le trocart sera alors re-
tiré brusquement en maintenant d'une part son
extrémité libre bouchée comme on le fait pour une
sonde, et d'autre part en pinçant légèrement la
peau au niveau du point ponctionné et en la ma-
laxant immédiatement après de façon à éviter
qu'une goutte de pus ne vienne infecter le trajet,
un pansement au collodion riciné, avec une cou-
che de ouate hydrophile, maintenu par une bande
complèteront les soins consécutifs. Au bout de
cinq à six jours, le pansement sera enlevé, la pe-
tite plaie cicatrisée, et l'on n'aura plus qu'à sui-
vre l'évolution de l'abcès afin d'être prêt à le
ponctionner de nouveau, aussitôt qu'il sera né-
cessaire. Si le pus, au lieu d'être épais et cré-
meux, chargé de grumeaux, est liquide et s'est
écoulé sans incident, le traitement consistera à in-
jecter l'éther iodoformé 10 centimètres cubes à in-
jecter d'un coup et le doigt vient immédiatement
s'appliquer sur l'extrémité du trocart afin de per-
mettre à l'éther qui se dégage de bien distendre
la poche de l'abcès. Aussitôt que la distention de
la poche est devenue complète et avant qu'elle ne
devienne douloureuse, on laisse échapper l'excé-
dent d'éther en enlevant le doigt qui bouchait le
trocart. L'éther s'échappe alors et la poudre
d'iodoformé demeure seule déposée à l'intérieur de
la cavité. La deuxième ponction et celles qui sui-
vent seront pratiquées à des intervalles variables
en rapport avec la rapidité avec laquelle le pus se
reformé. Mais en règle générale, on aura soin de
reponctionner sans attendre la distention com-
plète de la poche, car souvent cette distention
agissant sur le trajet à peine guéri de la pon-
ction précédente, a tendance à le rouvrir et à le
transformer en trajet fistuleux, faisant du coup
perdre tout le bénéfice de l'intervention, car par
ce trajet fistuleux l'abcès s'infectera à coup assu-
rément que par la plaie de l'incision du bistouri. Il
faudra donc savoir répéter les ponctions aussi
souvent et aussi fréquemment que les règles que
j'ai émises, le rendront nécessaire en ayant soin
de ne pas ponctionner deux fois en des points
trop rapprochés les uns des autres. C'est à ces
conditions seules, je le répète, que l'on évitera de
voir apparaître une fistule inguérissable se com-

pliquant rapidement de l'infection secondaire de la poche. En se tenant à ce que je viens de dire, on aura, dans la majorité des cas, la satisfaction de voir le liquide, le pus, se modifier, les ponctions s'espacer de plus en plus, à mesure que la cavité se rétractant, marchera vers la guérison.

Naphthol camphré	{	Naphthol. B. 10 grammes.
		Camphre, 20 grammes.
Ether iodoformé	{	Iode, 5 grammes.
		Ether, 100 grammes.

LES PROSTATIQUES JEUNES

Par M. Dr. René LeFur

A plusieurs reprises déjà (1), j'ai eu l'occasion de traiter la question si intéressante des prostatiques jeunes, mais des observations recueillies depuis, m'ont permis encore d'éclairer et de préciser certains points.

Et d'abord que convient-il d'entendre par prostatiques jeunes ?

D'après les auteurs classiques, on sait que les premières manifestations du prostatisme surviennent ordinairement de 60 à 65 ans, mais nous avons constaté en assez grand nombre, des cas dans lesquels ces symptômes se sont manifestés beaucoup plus tôt, de 40 à 50 ans, voire même à 35 ans.

Le prostatisme n'est pas toujours associé à l'hypertrophie de la prostate, et ne doit pas être confondu avec elle ; les deux termes ne sont en effet nullement synonymes, le prostatisme pouvant parfaitement survenir dans des cas de prostatites petites et dures ; l'expression vague et bâtarde d'hypertrophie prostatique ne devrait jamais désigner qu'un état anatomique et nullement un état clinique. Aussi convient-il de préférer le mot de prostatisme qui a une signification clinique précise, à celui d'hypertrophie de la prostate.

Cet éclaircissement et cette définition étant donnés, voyons comment peut s'expliquer l'apparition précoce du prostatisme.

Cela devient facile si l'on admet la théorie pathogénique du prostatisme et de l'hypertrophie de la prostate que nous avons émise à l'Association française d'Urologie et dans nos travaux

antérieurs (2). Nous y affirmons la nature nettement inflammatoire de l'hypertrophie de la prostate et de l'état désigné communément sous le nom de prostatisme.

Cette conception avait d'ailleurs été déjà soutenue par Griffiths, Ciecankowski, Eraud de Lyon, Ramon, Macias, Gouley, Reliquet et Guépin, Albarran, mais d'une façon incomplète ; plusieurs d'entre eux faisaient de l'hypertrophie prostatique une conséquence de la seule prostatite blennorrhagie la théorie se trouve en défaut ; d'autres attribuaient à l'hypertrophie une origine infectieuse, mais, ainsi que le fait remarquer M. Albarran, chez un grand nombre de malades on ne trouve même pas d'antécédents infectieux. Aussi MM. Albarran et Hallé, tout en acceptant pour un certain nombre de cas au point de vue pathogénique la théorie inflammatoire, adoptent-ils de préférence la théorie néoplasique, qui, plus que la précédente, à leur avis, expliquerait la majorité des cas d'hypertrophie prostatique.

Nous pensons au contraire que cette dernière est toujours d'origine inflammatoire ; c'est donc à notre avis la théorie inflammatoire qui, comprise dans un sens large, doit englober toutes les autres théories pathogéniques, même la théorie néoplasique. C'est que nous comprenons dans ce mot inflammatoire toutes les inflammations de la glande, infectieuses ou non.

En dehors des prostatites blennorrhagiques, il existe en effet toute une catégorie de prostatites qu'on peut appeler primitives, par opposition aux prostatites post-blennorrhagiques ou par propagation urétrale, les prostatites infectées primitives peuvent succéder à une maladie générale infectieuse : fièvre typhoïde, pneumonie, grippe, oreillons, ou à une affection intestinale : l'entérococolite muco-membraneuse est associée souvent au prostatisme ; or, dans tous ces cas, la blennorrhagie peut n'avoir jamais existé.

Mais nous allons plus loin et nous prétendons que toute autre catégorie nombreuse de prostatites peut donner naissance au prostatisme ; nous les avons appelées prostatites aseptiques (1), par opposition aux prostatites infectées, parce que, dans ces cas, les produits de sécrétion des glandes ne contiennent que peu de pus, et pas de microbes. On peut encore leur donner le nom de prostatites d'ordre physiologique, car elles succèdent ordinairement à des abus sexuels ou au contraire à une continence exagérée. On a voulu nous contester la justesse du mot " prostatite aseptique " sous prétexte qu'il n'y a pas d'inflamma-

(1) R. LE FUR. Des prostatiques jeunes Communication à la Société de médecine de Paris, *Progrès Médical*, No 19, 7 mai 1904 et *Association Française d'Urologie*.

(2) R. LE FUR. Des prostatites chroniques simulant l'hypertrophie de la prostate. *Assoc. Française d'Urologie*, 1902 1903 ; Etude des prostatites chroniques (prostatites latente). *Thèse Lecomte*, Paris, mai 1902.

tion aseptique ; mais n'existe-t-il pas des suppurations aseptiques, et des uréthrites aseptiques en particulier, auxquelles nous pouvons absolument comparer les prostatites aseptiques ?

Nous distinguons deux sortes de prostatites aseptiques ? les prostatites secondairement aseptiques sont celles où les microbes ayant disparu, les leucocytes persistent en core ; les prostatites primitivement aseptiques sont les vraies prostatites physiologiques dûes seulement à des troubles de sécrétion glandulaire.

Ce sont celles qui sont caractérisées cliniquement par la prostaticorrhée aseptique, celle-ci étant la signature même d'un état de sécrétion exagérée non infectieuse au début, mais qui, par l'irritation prolongée des glandes prostatiques, peut conduire à la longue aux lésions de l'hypertrophie prostatique.

En résumé, le prostatisme et l'hypertrophie de la prostate ne sont, ordinairement, d'après nous, que les aboutissants de la prostatite chronique latente et souvent ignorée évoluant lentement vers le maximum de ses lésions. Les prostatiques jeunes font cette évolution plus rapidement ; ils brûlent les étapes du prostatisme ; chez eux la phase latente, ordinairement si longue, qui précède les premiers accidents de l'hypertrophie prostatique est réduite au minimum.

Voilà pourquoi c'est vers 40 ou 50 ans, et même plus tôt, qu'on voit chez eux les premiers symptômes de la maladie ; c'est en effet l'âge où l'on commence à ressentir les effets des excès de table ou de coït, d'une hygiène ou d'un régime défectueux ; des crises passagères signalent d'abord le début de l'affection, puis bientôt l'état devient chronique et définitif.

Mais pendant toute la première période on peut empêcher les lésions d'évoluer et, même au commencement des troubles urinaires, un traitement bien conduit peut obtenir sinon la guérison complète du moins un éloignement du danger.

On voit donc que les malades atteints de prostatite chronique sont tous des prostatiques jeunes en puissance, chez lesquels le prostatisme se manifestera plus ou moins tôt suivant les circonstances, l'hygiène et le régime, n'attendant le plus souvent pour se manifester qu'une cause accidentelle.

Les types anatomiques que l'on rencontre chez les prostatiques jeunes sont assez variables.

On peut les réunir sous deux modalités principales :

1^o Type dur qu'on retrouve surtout dans les cas de prostatite infectée et dans lesquels la prostate, souvent petite, est tantôt uniformément dure, tantôt plus souvent indurée par places, par

segments correspondant aux glandes malades (prostatite segmentaire).

2^o Type mou. C'est le cas le plus fréquent de la grosse prostate, molle, vasculaire, congestive, ayant succédé le plus souvent à une prostatite diffuse aseptique — et revêtant, au point de vue histologique le caractère adénomateux (prostatite diffuse).

Dans quel sens doit se faire l'augmentation de volume de la prostate ? Du côté du rectum ou de l'urètre ? On sait que cette question offre une grosse importance au point de vue de l'évolution de l'affection et de ses manifestations symptomatiques. L'évolution vers le rectum entraînera surtout des phénomènes intestinaux et de la constipation ; l'évolution vers l'urètre et la vessie amènera au contraire des complications urinaires.

Nous croyons qu'il faut surtout expliquer cette évolution rectale ou vésicale par l'état des aponévroses péri et rétroprostatiques, notamment l'aponévrose de Denonvilliers. Si ces aponévroses cèdent et se dissocient, ce qui arrive surtout chez les arthritiques et les variqueux précoces dont le tissu élastique et les veines sont de qualité inférieure, la glande se développera du côté du rectum, pouvant donner naissance à une énorme hypertrophie sans presque aucun symptôme urinaire.

L'hypertrophie des groupes glandulaires sous-muqueux, bien décrits par Albarran, entraînera aussi rapidement des déformations qui pourront prendre de l'importance, alors que le reste du volume de la prostate restera sensiblement le même. Nous y avons nous-même insisté dans un travail que nous avons publié sur les " rétrécissements inflammatoires de l'urètre postérieur " (1).

Nous prions qu'on veuille bien s'y reporter. Nous nous contenterons de dire ici que ces déformations peuvent revêtir l'aspect soit de bosselures, de brides ou de saillies, soit de rétrécissements concentriques liés à certaines variétés de prostatites proliférantes et stérilisantes ou d'hypertrophies à forme oblitérante.

Ce qu'il importe de savoir ici, c'est que ces rétrécissements de l'urètre postérieur " s'accompagnent généralement de prostatisme précoce " : il faudra donc savoir les dépister lorsque nous aurons affaire à des prostatiques jeunes.

La symptomatologie observée chez les prostatiques jeunes est assez vague, et variable au début ; aussi croyons-nous qu'il y a intérêt à décrire les " petits symptômes du prostatisme " comme on a décrit les petits symptômes du brigh-

(1) R. Le Fur. Des rétrécissements inflammatoires de l'urètre postérieur. *Annales des Maladies génito-urinaires*, 1904.

tisme ; mais chez les prostatiques comme chez les brightiques, c'est plutôt le groupement, la répétition, l'association minutieuse de petits symptômes prémonitoires de l'affection qui doivent mettre sur la voie du diagnostic. Ce sont tous des symptômes d'ordre congestif : congestion de la glande, des veines intra et périprostatiques, s'étendant bientôt à tout le territoire pelvien.

Le premier symptôme qui attire l'attention du malade est une certaine "difficulté et un retard de la miction." Le malade n'urine plus au premier appel de sa vessie, le jet est petit et bas, la miction devient difficile, se fait en plusieurs fois, ne se termine pas franchement et il reste toujours une certaine quantité d'urine dans la vessie.

En même temps se remarque la fréquence des mictions, surtout nocturnes ; c'est un symptôme très important que le médecin doit rechercher, car souvent au début le malade le néglige. La gêne et la difficulté de la miction particulièrement au réveil, sont aussi un symptôme à noter. Parfois même le malade doit marcher dans sa chambre, employer des ablutions d'eau froide, décongestionner sa prostate en un mot, avant de pouvoir obtenir la moindre évacuation. Dans certains cas, cette difficulté peut aller jusqu'à la rétention passagère. Ce qui caractérise aussi cette période de début, c'est la fréquence des poussées congestives ; le malade va bien pendant un certain temps, puis, à l'occasion d'une faute légère, d'hygiène ou de régime (refroidissement, fatigue, excès génitaux ou bonne chère), les symptômes reprennent, pour céder de nouveau à un traitement approprié. Ces poussées s'accompagnent généralement de pesanteurs dans la région du péri-*née* de l'anus ou des bourses, et de constipation.

Bientôt apparaît la rétention incomplète. Le malade a lui-même la sensation qu'il ne vide plus bien sa vessie ; mais l'exactitude n'en est contrôlée que par le cathétérisme.

Aussi sommes-nous d'avis de pratiquer de bonne heure le cathétérisme chez les prostatiques précoces ; car il peut servir à la fois de moyen de diagnostic et de moyen de traitement. Il permet de déceler et d'évaluer le résidu vésical après la miction. Or, c'est là le renseignement le plus important qu'on puisse recueillir à cette période. Le résidu vésical est en effet au prostatique jeune ce que l'albumine est au brightique, le sucre au diabétique, la fièvre aux affections aiguës. Il faut nécessairement le pratiquer d'une façon très minutieuse et absolument aseptique, car alors il n'offre plus aucun danger ; et nous sommes persuadé que si l'on usait plus souvent et d'une façon plus précoce du cathétérisme, l'on pourrait

déceler ces petits résidus vésicaux de 15, 20 et 30 grammes qui sont la première signature manifeste du prostatisme.

D'un autre côté, le résidu vésical variant suivant la période de la maladie, on peut avoir par le cathétérisme pratiqué souvent un véritable baromètre de l'état du malade et d'établir une sorte de courbe, la courbe du prostatique, qui servira à apprécier de façon exacte l'état du prostatique. Cette courbe peut donner aussi des indications précieuses pour le traitement.—Nous avons constaté chez les prostatiques jeunes, des résidus vésicaux variant entre quelques grammes et 300 grammes.

Un autre moyen de diagnostic est fourni par l'exploration rectale. Bien que ces renseignements ne soient pas toujours absolument précis, elle indiquera ordinairement le volume général de la glande, sa consistance, la variété dure ou molle des lésions prostatiques.

Mais on se rappellera qu'une hypertrophie considérable peut n'avoir aucune signification du côté des voies urinaires et, qu'inversement, une prostate petite et dure peut s'accompagner de complications urinaires précoces et graves.

Le toucher rectal permettra aussi de juger des lésions associées ou voisines, suppuration ou abcès de la prostate, spermato-cystite souvent difficile à reconnaître, mais que viendra révéler parfois l'apparition d'une épидидymite.

Le diagnostic sera toujours complété par l'examen histologique et bactériologique des urines, avant et après massage de la prostate. Nous renvoyons pour le détail de cet examen à nos publications (1). Contentons-nous seulement de dire qu'il faut, après avoir fait l'examen des sécrétions uréthrales, s'il en existe, recueillir dans deux flacons aseptiques les urines du premier jet ; puis masser la prostate et recueillir alors les sécrétions prostatiques, soit directement si elles apparaissent au méat sous forme de gouttes, soit dans les urines que l'on recueille après massage de la glande, et que l'on aura soin de centrifuger. Cet examen très minutieux des sécrétions prostatiques, que nous pratiquons d'une façon constante chez les prostatiques jeunes, permet de reconnaître la variété de prostatite à laquelle on a affaire : infectée ou aseptique ; et d'instituer un traitement rationnel.

Quel est l'avenir du prostatique jeune ?

Cet avenir est assez sombre et comporte, à plus ou moins brève échéance, une évolution fatale vers l'hypertrophie constituée et le prostatisme définitif. Il faut encore faire certaines distinc-

(1) R. Le Fur. *Des prostatites chroniques. Diagnostic et traitement*, loc. cit.

tions : la variété des prostatites petites, scléreuses et dures présente une évolution beaucoup plus rapide, et un pronostic beaucoup plus mauvais : il faut donc, dans ces cas, agir vite et instituer un traitement précoce. La variété de prostate grosse, molle et vasculaire, offre pendant une période assez longue des alternatives de rémission et d'aggravation ; c'est à ce moment et d'une façon précoce qu'il faut commencer le traitement conservateur, car on peut alors empêcher les lésions d'évoluer. Plus tard, les lésions deviendraient définitives et ne relèveraient plus que de la prostatectomie (1).

En quoi doit consister le traitement ?

Nous l'avons déjà indiqué dans notre premier travail sur les prostatites jeunes et ne ferons que le résumer ici. Disons d'abord qu'il doit être institué de très bonne heure et consister avant tout dans le traitement préventif des lésions glandulaires qui engendrent le prostatisme, c'est-à-dire, par conséquent, dans le traitement de la prostatite chronique originelle : il faudra donc désinfecter par des lavages et instillations la prostate si elle est infectée, conseiller les bains de siège, lavements chauds ou froids, suppositoires, etc.

Puis alors l'on emploiera les hautes dilata-tions de l'urèthre antérieur et postérieur suivies ou non de lavages, avec l'instrument de Kollmann-Franck ; le massage de la prostate prudemment pratiqué avec le doigt ou avec le masseur que j'ai fait construire (2) massage auquel on aura intérêt le plus souvent à associer l'électrisation. Dans certains cas où il existe un résidu vésical assez important, que n'arrive pas à faire disparaître le traitement précédent, il sera nécessaire de recourir au cathétérisme intermittent, suivi ou non de lavages boriqués froids, et même à la sonde à demeure qui nous a donné parfois d'excellents résultats, à la condition d'être laissée peu de temps (deux à quatre jours en moyenne), d'être surveillée de très près pour qu'elle soit toujours en bonne place et bien supportée, et d'être employée avec une asepsie minutieuse.

Mais tout ce traitement ne signifie rien si l'on n'observe pas une hygiène et un régime convenables. Cette dernière partie du traitement est capitale, en effet ; sans entrer dans de longs développements, disons que le régime que nous recommandons, est un régime peu carné, presque végétarien, riche en lait fermenté, l'alcool en étant naturellement absolument banni. Comme hygiène,

exercice régulier et beaucoup de marche, peu de sommeil, lever tôt ; la station assise prolongée, les voyages en chemin de fer, le cheval, la bicyclette doivent être défendus. L'hydrothérapie, les bains de mer sont à recommander.

Mais c'est surtout l'hygiène génitale qui devra être surveillée ; l'importance de cette dernière, ignorée par les uns, méprisée par les autres, toujours négligée en tout cas, nous obligera un jour ou l'autre, à en faire l'objet d'une communication spéciale ; contentons-nous de la résumer aujourd'hui dans la formule suivante : ni excès génital, ni continence exagérée. Nous croyons que là est le noeud de la question du prostatisme ; chacun a donc plus ou moins la responsabilité de l'avenir de sa prostate, et l'on peut dire en parodiant un mot célèbre, qu'on a, jusqu'à un certain point, la prostate qu'on mérite.

Tout prostatique jeune est dans l'obligation absolue de se faire examiner la prostate de temps en temps, environ deux ou trois fois par an, même en cas de période de rémission, son affection étant par essence latente et insidieuse, et nécessitant une surveillance régulière.

La guérison n'est vraiment définitive que quand la sécrétion prostatique est revenue à sa composition normale, à la fois comme quantité et comme qualité : autrement dit lorsqu'elle ne renferme plus ni pus ni microbes, et qu'il n'existe plus d'hypersécrétion.

Ces temps derniers, il nous a été donné d'étudier quelques points spéciaux de l'histoire des prostatites jeunes. Nous ne pouvons que les mentionner ici, nous réservant d'y revenir plus tard et d'en faire l'objet de communications spéciales.

1^o En ce qui concerne d'abord l'association du prostatisme précoce et des prostatites petites et dures, nous ne saurions mieux faire que de rappeler l'observation très typique d'un de nos malades, de 36 ans (1), atteint de prostatite chronique incomplète (résidu vésical de 150 à 300 grammes), infection vésicale et rénale, et chez lequel la prostatectomie périnéale, que nous avons pratiquée, nous a montré une prostate petite et très dure, qu'il a fallu pour ainsi dire sculpter, et qui entourait d'un anneau inextensible tout l'urèthre prostatique et le col vésical derrière cet obstacle s'était développé un bas fond vésical considérable où l'urine stagnait et fermentait à loisir. Nul doute que si ce malade avait subi les premiers temps un traitement rationnel dirigé contre sa prostatite chronique, la prostatectomie aurait pu être évitée.

(1) R. Le Fur. Des méthodes conservatrices et de la prostatectomie dans le traitement du prostatisme. *Assoc. française d'Urologie, Paris, 1904.*

(2) R. Le Fur. Masseur mécanique et électrique de la prostate. *Assoc. française d'Urologie, Paris, 1902.*

(1) R. Le Fur. Deux cas de prostatectomie par la voie périnéale. *Assoc. française d'Urologie, Paris, 1902.*

2o Un autre point intéressant de l'histoire des prostatiques jeunes a trait aux rapports du système nerveux avec leur affection prostatique. Plusieurs malades nous ont été adressés comme des neurasthéniques ne vidant pas bien leur vessie, par suite d'atonie vésicale, alors qu'il s'agissait en réalité de prostatiques jeunes, chez lesquels des lésions prostatiques, ignorées du malade et du médecin, avaient fini par provoquer un certain degré de rétention d'urine. La neurasthénie, dans ces cas, ne détermine donc pas directement la rétention en agissant sur la musculature de la vessie, mais bien indirectement, par l'intermédiaire de la prostate, en troublant les fonctions de la glande. A partir d'un certain moment, d'ailleurs, la neurasthénie et le prostatisme forment un véritable cercle vicieux, l'un aggravant l'autre, et il est alors souvent difficile d'affirmer lequel des deux a commencé et entraîné l'autre.

Il est en tout cas un fait certain au point de vue clinique, c'est que neurasthénie et prostatisme se trouvent souvent associés ; or, nous croyons que dans ces cas, la neurasthénie est le plus souvent secondaire à des lésions prostatiques, qu'il importe de reconnaître et de traiter si l'on veut guérir le malade.

Cette conception nous paraît plus juste et plus utile au malade que celle qui consiste à dire, comme on est beaucoup trop porté à le faire : " C'est un neurasthénique urinaire ; donc il n'y a rien à faire." On se débarrasse ainsi de malades parfois ennuyeux, mais on ne les guérit pas. Aussi, toutes les fois qu'il nous est donné d'observer des neurasthéniques urinaires ayant dépassé la quarantaine, nous nous défions en principe et recherchons systématiquement le prostatisme précoce.

3o Il existe aussi toute une catégorie de faits excessivement intéressants à étudier qui confinent à la fois à la physiologie et à la pathologie prostatiques et qui semblent relever surtout d'actions dynamiques s'exerçant sur la glande : il y a là une série de " réflexes " se produisant entre la prostate et les organes voisins (testicule, anus, rectum), et qui peuvent empêcher la miction soit par action nerveuse directe, soit par action vasomotrice entraînant la congestion de la glande : on connaît les rétentions succédant aux hémorroïdes, corps étrangers et rétrécissements du rectum, aux opérations portant sur la région ; il n'est pas jusqu'au simple massage de la prostate pratiqué brutalement qui ne puisse provoquer une rétention passagère. Dans tous ces cas, il doit s'agir d'un phénomène d'inhibition nerveuse, lui-même sous la dépendance d'une cause conges-

tive. Faut-il rappeler aussi ces cas très curieux de rétention complète ancienne chez des malades présentant de toutes petites prostatites guéries radicalement par la prostatectomie, alors que l'obstacle prostatique était pourtant minime en apparence (10 à 15 grammes seulement de tissu prostatique enlevé) ?

4o Il importe aussi d'insister sur les rapports très intimes qui existent entre l'intestin et la prostate, et qui peuvent expliquer, dans certains cas, l'éclosion du prostatisme chez des hommes très jeunes encore ; il faut faire appel, croyons-nous, pour expliquer ces cas, non seulement aux rapports anatomiques des deux organes, mais encore à des infections et intoxications propagées de l'un à l'autre ; nous avons déjà insisté sur la fréquence de l'association de l'entérocolite muco-membraneuse et du prostatisme, et sur l'importance du traitement de l'intestin dans des cas semblables (1).

5o Nous avons aussi noté, chez certains prostatiques jeunes, une courbure exagérée de l'urèthre postérieur associée parfois à un certain degré de déformation et de rétrécissement de l'urèthre, d'où formation d'un bas fond vésical et apparition d'un résidu vésical. On peut se demander ici quelle est la première lésion en date : est-ce une courbure congénitale qui a entraîné cette déformation de l'urèthre ; ou bien n'est-ce pas plutôt la congestion et l'augmentation de volume de la prostate qui a déplacé l'axe du canal ?

6o Enfin, il serait très intéressant d'étudier l'influence de l'arthritisme sur l'apparition et le développement du prostatisme précoce : l'association des deux affections est fréquente. L'on observe très fréquemment chez les prostatiques jeunes des hémorroïdes, des varicocèles, ou des varices des membres inférieurs. Si l'on rapproche ces lésions vasculaires de la congestion veineuse qui caractérise le prostatisme et dont l'importance est toujours si considérable, il faut bien admettre que chez les prostatiques en général, et chez les prostatiques jeunes en particulier, il existe une congestion veineuse parfois généralisée, en tout cas toujours limitée au petit bassin, congestion qui semble relever de l'arthritisme. Nous avons déjà tiré de cette notion des conséquences intéressantes au point de vue du traitement des prostatiques. C'est ainsi que dans plusieurs cas nous avons noté une amélioration manifeste du prostatisme à la suite d'opération de varicocèles. L'on comprend aussi, dès lors, la grande influen-

(1) Le Fur. Des prostatites d'origine intestinale. *Année française d'Urologie*, Paris, 1902.

(2) Le Fur. Des rétrécissements inflammatoires de l'urèthre postérieur, loc. cit.

d'hémorroïdes ou de varices concomitantes, ce qu'il faut accorder chez les prostatiques à l'hygiène et au régime qui doivent être dirigés tout autant contre la diathèse générale (arthritisme) que contre l'affection locale.

De cette longue étude que nous venons de faire sur les prostatiques jeunes, nous voudrions tirer les conclusions suivantes : ce sont des conclusions d'ordre pratique, que nous voudrions voir ériger en principes par tous les médecins pour le plus grand bien des malades :

Tout malade atteint de prostatite chronique est un prostatique jeune en puissance, le prostatisme et l'hypertrophie de la prostate étant d'origine inflammatoire, et dérivant de prostatites chroniques négligées et méconnues, soit infectées, soit aseptiques. Or, les prostatites chroniques latentes, succèdent à un mauvais traitement de la blennorrhagie. Plutôt que de s'exposer à voir apparaître une lésion définitive et irrémédiable, l'hypertrophie constituée, que seule la prostatectomie sera susceptible de guérir, il est préférable de l'empêcher d'apparaître par un traitement rationnel de la prostatite chronique qui l'engendre, et de la blennorrhagie qui le plus souvent est à l'origine de tous les accidents.

Nul doute qu'en appliquant ces principes logiques, on n'arrive ainsi à observer une diminution du prostatisme et de l'hypertrophie de la prostate, de même qu'on a vu diminuer notablement le nombre des rétrécissements de l'urèthre après un traitement rationnel des uréthrites.

:o:

REVUES DES JOURNAUX

Traitement des arthrites aiguës par l'air chaud

La " cuisson " des articulations par l'air très chaud donne un soulagement très rapide dans les arthrites aiguës et mériterait d'être plus souvent employée. Le malade, loin de trouver la chaleur désagréable, s'endort pour la première fois. Trois cuissons viennent à bout de n'importe quel cas de rhumatisme articulaire aigu vu dans les trois premiers jours. Si le traitement n'est institué que plus tard, quinze cuissons ou plus peuvent être nécessaires. Les arthrites chroniques, les ankyloses fibreuses ne sont pas justiciables de ce traitement. Il faut protéger avec des serviettes les parties que l'on veut exposer à la chaleur. Un

bain d'air chaud dure une heure, pendant laquelle on fait boire de l'eau lentement au malade. Après le bain, les parties doivent avoir une apparence marbrée, rouge et blanche. Friction alors à l'alcool et essuyage soigneux. L'auteur n'a pas eu d'accidents. Il termine par un exposé de ses observations.

Un cas de suture de la moelle à la suite d'un coup de feu ayant amené vne section complète.

Un homme de dix-huit ans reçoit un coup de feu tiré d'une distance de 10 mètres. La balle le frappe dans le dos, et produit une paralysie immédiate des membres inférieurs. La balle pénètre à 3 centimètres à droite de la ligne médiane, au niveau de l'intervalle entre les apophyses épineuses de la dixième et de la onzième dorsale. Paralysie sous-diaphragmatique complète ; sensibilité abolie dans les membres inférieurs et sur l'abdomen jusqu'à une ligne passant à 2cm 5 au-dessus des crêtes iliaques et à mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic. Incontinence vésicale et rectale. Secousses musculaires violentes, surtout dans les orteils. Le blessé ne consent à une intervention que dix jours après la blessure. Incision de 15 centimètres sur les apophyses épineuses, résection des lames des dixième, onzième et douzième vertèbres. On trouve la balle placée transversalement entre les deux extrémités de la moelle sectionnée et cachée par un large caillot sanguin. La seule chose établissant encore la continuité entre les deux extrémités est un lambeau déchiqueté de dure-mère, de moins de deux millimètres de large. Ablation soigneuse du caillot et de la balle, puis suture de la moelle au catgut fin. Les bouts se rapprochent facilement. Suture cutanée et drainage.

Trois semaines après l'opération, la limite de l'anesthésie s'était abaissée de 5 à 10 centimètres plus bas qu'avant, le blessé sentait sa vessie et son rectum se remplir, mais ne pouvait contrôler ses sphincters. Cette amélioration donnait bon espoir, mais malheureusement cet espoir ne se justifia pas. Vingt-six mois après l'intervention, la sensibilité ne s'était pas étendue davantage, sauf sur une bande de 15 centimètres de long sur la face externe de la cuisse droite. Contractions cloniques des muscles, contracture spasmodique, pas de réaction de régénérescence. Pas de troubles trophiques. Sensations tactiles perçues, mais incorrectement localisées.

Ce cas n'a pas donné le résultat merveilleux obtenu par Stewart et Harte, intervenant trois heures après l'accident. Ce dernier cas a démontré la possibilité de la régénération médullaire après section. La différence dans le résultat tient probablement à ce que l'intervention de Harte fut immédiate, tandis que Fowler n'obtint le consentement du malade qu'au bout de dix jours.

Traitement de la névralgie faciale par les injections d'acide osmique.

(W. Wayne Babcock)

A part quelques cas, rares à la vérité, où la douleur semble être d'origine centrale, on s'accorde à dire que la douleur de la névralgie faciale est d'origine périphérique, et qu'elle disparaît par l'interruption de l'influx sensitif entre la périphérie et les centres du trijumeau.

C'est ce que visent les sections ou ablations des différentes branches du nerf. Mais les échecs sont fréquents et attribuables à la tendance à la régénération des filets nerveux ou au rétablissement des anastomoses. Il semble même que l'ablation du ganglion de Gasser et surtout de sa racine sensitive ne soit pas suffisante. On a observé des rechutes après cette intervention.

Ayant remarqué l'action nécrobiotique spéciale exercée par l'acide osmique sur les filets nerveux, il y a vingt-cinq ans, on a essayé de l'employer dans le traitement des diverses formes de névralgies. Mais la difficulté d'injecter directement dans le nerf, en particulier dans la névralgie faciale, a été la cause des échecs constants de la méthode et de son abandon par les chirurgiens.

Depuis 1897, W. H. Bennett, et après lui John B. Murphy, ont repris cette méthode en la perfectionnant, et en ont obtenu d'excellents résultats. La technique est simple: Il faut découvrir avec soin au moyen d'une incision le nerf recherché. Cette incision peut se faire par la bouche, à la cocaïne ou au chloroforme, pour tous les filets du trijumeau sauf le sus-orbitaire: Le nerf est disséqué avec soin, on évite d'oublier un seul de ses faisceaux. Dans l'intérieur du tronc du nerf en plusieurs points on injecte 12 à 15 gouttes d'une solution fraîche d'acide osmique à 1 p. 100. On injecte de même quelques gouttes dans l'orifice osseux de sortie du nerf. Cette injection est suivie d'une rapide dégénérescence du nerf qui se traduit par l'anesthésie de son territoire. De plus, il se forme autour de lui une vraie gangue fibreuse qui met obstacle à la régénération et au rétablissement d'anastomoses.

A l'appui de ces faits, Babcock donne une observation personnelle très intéressante. Il s'agit d'une névralgie faciale rebelle datant de vingt-cinq ans. Le malade avait subi successivement huit opérations sans résultat: sections nerveuses périphériques, ablations nerveuses, aurification des orifices de sortie des nerfs à la base du crâne, deux tentatives d'extirpation du ganglion de Gasser.

Depuis un an Babcock lui a fait subir deux séances d'injections: dans la première il injecte le nerf dentaire inférieur droit, dans la seconde les nerfs sus et sous-orbitaires droits, et le sous-orbitaire gauche. Il a obtenu l'anesthésie du territoire des nerfs injectés, et la disparition presque complète des douleurs.

MEDECINE

Sur quelques points particuliers de l'évolution de la grippe épidémique.

(Paul Le Gendre.)

Messieurs, je me suis trouvé il y a peu de temps en consultation avec un jeune confrère auprès d'un enfant atteint de bronchopneumonie; cette dernière évoluait d'une façon assez atypique et cela sans doute sous l'influence de la grippe. Les jeunes praticiens n'ont pu en effet l'occasion d'étudier la grippe à l'état de grande épidémie comme ont pu le faire ceux qui exerçaient déjà en 1890 et ils ne sont pas préparés aux surprises que leur réserve cette affection. Quelques-uns des plus instruits en bactériologie parmi mes jeunes collègues se sont même insurgés récemment contre la possibilité de diagnostiquer cliniquement la grippe, et sous prétexte qu'on n'a pu démontrer un agent microbien univoque chez tous les grippés tendent à dénier l'autonomie et la personnalité civile en nosologie à cette maladie dont les caractères varient singulièrement, à vrai dire suivant qu'il s'agit d'épidémies partielles, générales ou surtout de pandémies.

L'épidémie célèbre de 1890 a frappé les cliniciens par son polymorphisme et par ses séquelles; c'est en effet un des traits les plus intéressants de l'histoire de cette maladie qu'elle réapparaît de temps en temps et transforme la pathologie du moment, au point d'embarrasser les clini-

ciens qui jusqu'alors n'ont point eu l'occasion de la voir à l'œuvre.

Je n'ai pas l'intention de vous décrire ici les symptômes de la grippe, vous les trouverez dans tous vos livres ; je vous rappellerai seulement qu'un des caractères les plus frappants de son évolution est la brutalité de l'invasion. A peine a-t-on constaté, quelquefois, le catarrhe oculaire et nasal qu'il s'est diffusé rapidement dans les voies respiratoires. En même temps surviennent des douleurs variées, de la céphalgie due en grande partie à l'invasion des sinus, la rachialgie, le brisement des membres. En général le malade tombe rapidement dans une dépression nerveuse accusée, dans l'adynamie, c'est une neurasthénie d'emblée.

Pour pouvoir décrire plus facilement la grippe il a fallu la diviser schématiquement et on a établi une forme thoracique, une forme nerveuse et une forme gastro-intestinale, mais ce n'est là qu'une division conventionnelle et dans la réalité des faits ces trois formes peuvent coïncider, ou se succéder.

Mon intention est de mettre aujourd'hui en relief devant vous les points spéciaux dégagés par les cliniciens et qui n'apparaissent pas suffisamment dans les livres. Il est très difficile à un débutant de reconnaître dans un chapitre de pathologie les faits primordiaux, les points cardinaux pour ainsi dire, de l'affection étudiée, et de les isoler des faits moins importants, qui n'ont qu'une valeur secondaire.

Je voudrais que les traités de pathologie fussent imprimés avec des caractères typographiques très variés, dont la grosseur serait directement proportionnelle à l'importance du symptôme ou du signe étudié ; ce procédé aurait l'avantage de ne pas laisser le lecteur enregistrer pêle-mêle dans sa mémoire une série de faits sans les classer au point de vue de leur valeur relative, sans les hiérarchiser.

Nous allons donc successivement prendre les trois formes classiques de la grippe et nous arrêter sur ce qu'elles présentent de particulièrement digne de fixer votre attention et d'éveiller votre sens d'observation.

Dans la "grippe respiratoire" l'invasion est généralement brutale ; la toux est incessante et fatigante ; on examine le larynx au laryngoscope, on constate qu'il est hyperémié ainsi que la portion sous-jacente de la trachée qu'on peut apercevoir. La diffusion aux voies respiratoires inférieures se fait avec une très grande rapidité, en quelques heures ; un malade qu'on avait vu le matin et qui n'avait que de la laryngo-trachéite présente le soir des signes stéthoscopiques pulmonaires diffus ou fixés dans les alvéoles.

Une fois la localisation faite sur une partie de l'appareil respiratoire, elle a tendance à y stagner ; c'est souvent pendant un temps fort long qu'on percevra à ce niveau des souffles et des râles avec un caractère de viscosité spécial. Voici à mon idée l'explication la plus rationnelle que l'on puisse donner de ce phénomène : je crois que ce qui caractérise avant tout la grippe, c'est la prédominance des phénomènes nerveux et surtout la paralysie du système vaso-moteur ; il en résulte une vaso-dilatation intensive et persistante ; les vaisseaux dilatés demeurent comme frappés de paralysie et ne reviennent que lentement sur eux-mêmes.

Chez l'enfant, par exemple, où les phénomènes vaso-moteurs sont puissants et rapides, on voit, en temps ordinaire, les bronchopneumonies caractérisées par leur rapidité d'évolution et la variabilité de leur localisation ; que survienne une épidémie grippale et on verra les bronchopneumonies et les pneumonies de l'enfance s'immobiliser contrairement à leur marche habituelle.

Une autre raison de la persistance des localisations secondaires de la grippe réside dans ce fait que le système lymphatique est largement mis en cause ; on le constate très fréquemment au niveau du système ganglionnaire, mais il est très probable que les canaux lymphatiques sont atteints également et qu'à la stase veineuse vient s'ajouter la stase lymphatique. Si on pratique la percussion de l'espace interscapulaire chez les enfants atteints de la grippe, on constatera souvent l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique. Un de nos confrères, qui avait utilisé pour cette recherche le phonendoscope de Bianchi sous la direction de Bianchi lui-même, avait à maintes reprises vérifié par ce délicat procédé l'exactitude des faits que je viens d'énoncer.

Les muscles de Reissessen sont également atteints dans leur innervation, ils se contractent moins bien chez les malades grippés ; il semble qu'il y ait paralysie bronchique, une "broncho-plégie" grippale.

Dans la "forme nerveuse" on voit des gens faire des manifestations subites et intenses. L'élément douleur peut prendre un caractère tel d'acuité et de diffusion que cela rappelle les douleurs fulgurantes du tabes ; on est assis à côté d'un malade atteint de la grippe lorsque tout à coup, par intervalles, une douleur subite dans un membre, par exemple, lui arrache un cri. J'appelle cela les névralgies pseudotabétiques des grippés, en ayant soin de faire remarquer qu'il ne s'agit que d'une comparaison au point de vue de la forme des douleurs.

La "forme gastro-intestinale" est caractérisée

par l'apparition de vomissements très violents et extrêmement fréquents. Du côté de l'intestin on observe une diarrhée profuse et bilieuse, due à la polycholie.

Les " complications " sont souvent suppuratives. Au cours de l'épidémie de 1889-90 les cliniciens ont été frappés de la fréquence des pleurésies purulentes d'emblée. On observe aussi très fréquemment des sinusites frontales et maxillaires, des otites moyennes séreuses, hémorragiques et le plus souvent purulentes. Ces otites ont une grande tendance à se diffuser et à produire des complications du côté des organes voisins, telles que des mastoïdites et des méningites. Au point de vue pratique il faut être prévenu de la fréquence de ces otites, car la suppuration peut se faire avec très peu de douleurs. Vous avez pu en constater vous-mêmes plusieurs cas simultanés dans chacune de nos salles où, il faut bien le dire, l'encombrement est une cause favorisante importante.

À côté des phénomènes méningitiques provoqués par une suppuration de voisinage, il existe des faits où la grippe frappe d'emblée les centres nerveux ; elle peut donner lieu à des méningites très atténuées qui se traduisent cliniquement par de la céphalgie intense, de l'abattement, des vomissements, de l'irrégularité du pouls. J'en ai publié un cas avec mon élève le docteur Eugène Terrien. Ces formes ont été longtemps méconnues, et c'est la ponction lombaire qui a permis de séparer les pseudo-méningites grippales des méningites grippales vraies.

L'agent spécifique de la grippe est encore inconnu ; il avait paru être le bacille décrit par Pfeiffer, en 1892 ; à l'heure actuelle sa spécificité est attaquée et mise en doute. Mon collègue, Fernand Bezançon, a fait de très importantes recherches qui mettent en évidence le polymorphisme microbien et la variété des microbes qui prédominent suivant les épidémies de grippe : les staphylocoques, les pneumocoques, les pneumo-bacilles de Friedlander, etc.

Il semble que l'organisme du malade n'ait plus la force de résistance contre les hôtes habituels, qu'il y ait, si j'ose dire, une brèche dans la forteresse par où les ennemis s'introduisent en foule. C'est alors qu'on voit survenir la kyrielle des complications, parmi lesquelles sont fréquentes des adénopathies et des suppurations ganglionnaires qu'il faut savoir dépister : tel grippé présente pendant longtemps une fièvre dont on ne peut déceler la cause, lorsque finit par apparaître une petite suppuration ganglionnaire qui en donne l'explication.

Le rein est fréquemment touché par la grippe ; je sais bien que la clinique possède aujourd'hui des moyens d'investigation qui permettent de ré-

vérer bien des lésions rénales qui passaient autrefois inaperçues, mais néanmoins je crois que la grippe a dû multiplier considérablement le nombre des néphrites dans ces dernières années.

La grippe a une grande tendance aux rechutes ; elle affecte dans ces cas la même force que l'atteinte précédente, mais peut également en revêtir une autre. Je tiens à vous dire à ce propos, qu'il est bon de mettre en garde le public contre l'indifférence dangereuse qu'il témoigne vis-à-vis de la grippe ; lors des premières épidémies, on consultait le médecin dès qu'un cas se manifestait, puis les malades ont pris l'habitude de se soigner eux et les leurs sans l'intervention d'un homme compétent, et ils commettent des imprudences qui peuvent avoir et ont souvent des conséquences fatales. Il faut recommander énergiquement d'abandonner ces errements et tout au moins de se tenir longtemps dans une température égale en s'abstenant de toute espèce de fatigue. La grippe impressionne tellement le système nerveux qu'il persiste souvent après elle des troubles névropathiques durables ; on peut dire d'elle qu'elle aggrave toutes les tares. Quand un grippé possède un système nerveux solide sans déchéance héréditaire ou personnelle, tout rentre assez facilement dans l'ordre, mais dans le cas contraire à une grippe très légère on peut voir succéder un état neurasthénique désastreux.

Point n'est besoin de rappeler que la grippe favorise le développement de la tuberculose pulmonaire.

L'appareil circulatoire est fréquemment touché ; parfois il existe une endocardite et une myocardite grippales ; d'autres fois on constate une arythmie d'origine vraisemblablement nerveuse.

Du côté de la peau il n'est pas rare de noter des phénomènes éruptifs ; cependant il ne faudrait pas se laisser abuser sur leur fréquence par les observations datant du début de l'épidémie de 1890 ; les éruptions de nature variée auxquelles elles ont trait des éruptions médicamenteuses dues à l'emploi de l'antipyrine, de la quinine, etc.

La diagnostic de la grippe est très important, mais il est parfois horriblement difficile dans certains cas affectant la forme nerveuse. On voit quelquefois la grippe revêtir le type hyperthermique ; on constate un peu de malaise, quelques phénomènes vagues et une température qui peut atteindre 40 degrés et même 41 degrés. Cette hyperthermie peut être durable et présenter une courbe avec plateau, ou bien affecter le type intermittent.

Ces formes peuvent induire en erreur ; la forme avec plateau notamment peut faire croire à l'existence d'une fièvre typhoïde ; d'autres fois, au contraire, on pense qu'il s'agit d'une grippe et

on voit tout à coup survenir une complication qui prouve la dothiéntérie, l'hémorragie intestinale par exemple. On a beaucoup discuté la question de savoir s'il existe ou non un malcena gripal ; pour ma part, je ne le crois pas. En tout cas, nous possédons aujourd'hui le séro-diagnostique qui pourra souvent entraîner la conviction ; malheureusement il n'est pas applicable dans les tout premiers jours de la maladie et il importe justement de baigner les typhiques dès le début de leur affection. Je crois par contre que les bains au cours de la grippe respiratoire sont un mauvais procédé, et alors que je baigne facilement les pneumoniques en dehors des épidémies grippales, je m'abstiens au cours de ces dernières.

Il est classique au cours du traitement de la grippe de se servir de la quinine : cette substance rend de grands services, non seulement comme antithermique, mais aussi contre certaines complications. Je ne crois pas cependant qu'il soit utile de la donner à très fortes doses et je ne dépasse guère un gramme par vingt-quatre heures.

A côté de la quinine, l'antipyrine et ses composés, comme le pyramidon, peuvent être utiles.

Il faut avant tout mettre les grippés dans de bonnes conditions de détense organique ; on les maintiendra dans une température égale, on luttera par les toniques et la révulsion contre la paralysie du système nerveux et les troubles vasomoteurs. Les révulsifs que l'on peut souvent réitérer seront les meilleurs ; on pourra, par exemple, employer les enveloppements froids d'une durée de vingt minutes alternant avec des cataplasmes sinapisés ; on aura aussi recours aux ventouses sèches, et dans des cas plus rares aux ventouses scarifiées. Dans les formes stagnantes les frictions à la térébenthine seront utiles ainsi que la teinture d'iode et les pointes de feu. Mais je n'emploie jamais les vésicatoires.

On veillera scrupuleusement à ce que toutes les règles de l'hygiène soient bien observées et en même temps on soutiendra le malade par des stimulants, par l'alcool, les toniques du cœur. Afin de ménager le tube digestif, on emploiera la strychnine et l'huile camphrée en injections sous-cutanées. Enfin, il faudra se souvenir que la grippe laisse longtemps derrière elle un état de dépression et d'affaiblissement organique et on surveillera attentivement la convalescence.

(Gazette des Hôpitaux.)

Otologie

Extaction des Corps Étrangers du Conduit auditif

Par le Docteur Georges Laurens

10 CE QUE LE MÉDECIN NE DOIT PAS FAIRE. — Il faut bien savoir que le grand danger des corps étrangers de l'oreille réside dans les tentatives d'extraction. Lorsqu'en effet, le médecin, dans un désir de bien faire, introduit des instruments dans l'oreille, à l'aveugle, sans le contrôle du miroir, il risque de déterminer nombre d'accidents graves et de complications sérieuses :

10. De pénétrer dans l'oreille saine qui ne contient aucun corps étranger et qui peut être blessée au cours des manœuvres ;

20. D'entrer dans l'oreille malade mais qui est vide, et dont le corps étranger est expulsé ;

30. De refouler le corps étranger dans la profondeur. Très fréquemment en effet la surface lisse du corps du délit (pierre, perle), empêche une bonne prise avec la pince ; il dérape et s'enfonce dans le conduit cartilagineux pour arriver jusqu'à l'isthme. Après une nouvelle tentative d'extraction plus violente et plus acharnée, il franchit l'isthme et s'engage alors dans le conduit auditif osseux. Toute une série d'accidents sont alors possibles : rétention purulente grave s'il coexiste une otite moyenne aiguë suppurée, traumatismes des parois du conduit, avec lymphangite consécutive, etc. ; déchirure du tympan et effraction dans la caisse avec fracture des osselets, fracture du labyrinthe, paralysie faciale. Le principal danger est constitué par la rétention du pus et les complications mastoïdiennes ou cérébrales graves, qui peuvent survenir du fait, soit d'une otorrhée antérieure, soit d'une otite suppurée, déterminée par toutes ces manipulations. Nous avons dû, avec le Dr Cousteau, à ma clinique, trépaner le labyrinthe d'une malade chez laquelle on voulait enlever un corps étranger auriculaire, un médecin avait brisé une curette dans l'oreille moyenne.

20. CE QUE LE MÉDECIN DOIT FAIRE : Reconnaître la présence du corps étranger. — Voilà la première indication à remplir. Faites l'examen otoscopique pour vous assurer de la présence du corps étranger. Un cas un peu exceptionnel peut se présenter : le corps étranger est tellement petit que logé dans le sinus pré-tympanique, il échappe au rayon visuel, principalement si la convexité de la paroi inférieure du conduit est

très accentuée ; en pareil cas, un lavage fera à la fois le diagnostic et le traitement.

Dans l'immense majorité des cas, les corps étrangers de l'oreille sont des corps solides.

L'examen otoscopique est absolument indispensable, non seulement pour constater la présence de l'objet, mais encore pour la thérapeutique à suivre. Il faut en effet connaître :

a) Sa nature : il peut être inanimé ou vivant. Dans ce dernier cas, il faut tuer préalablement l'animal (larves, moustiques, mouches, etc.), par des instillations d'huile ou de glycérine, afin de l'empêcher de s'accrocher aux parois.

b) Sa consistance : S'il s'agit d'un corps mou (haricot, pois) qui a gonflé, on détermine sa rétraction par des instillations d'alcool absolu, pendant un jour ou deux, avant de procéder à son extraction.

c) La situation qu'il occupe dans le conduit ou la caisse.

d) L'état des parois du conduit. Bien souvent, du fait de la présence du corps étranger ou après des tentatives maladroitement, il existe une otite externe traumatique ; les parois cutanées du conduit sont rouges, enflammées, ulcérées, masquant en partie la vue du corps du délit. En pareil cas, et si aucun accident grave ne force la main à intervenir rapidement, on attendra la résolution de l'inflammation qu'on pourra hâter avec des instillations bi-quotidiennes d'alcool absolu dans le conduit.

L'exploration au stylet facilite ce diagnostic et permet de reconnaître tous les caractères précédents, mais ce procédé ne doit être employé que par l'otologiste.

II.—TECHNIQUE

Quelles que soient la nature, la consistance, la situation, la forme des corps étrangers de l'oreille, la technique est la même, elle consiste : 1^o à toujours commencer par des injections dans le conduit ; 2^o en cas d'échec, à procéder à l'extraction avec des instruments.

A. Injection.—Moyen toujours inoffensif ; efficace dans l'immense majorité des cas, et à la portée de tous les praticiens. Doit toujours être pratiquée en premier lieu et continuée pendant plusieurs jours, si le corps étranger est bien toléré.

Comme instruments : une grosse seringue à hydrocèle dont la pointe sera engagée d'un tube en caoutchouc mou ou d'un petit drain pour éviter les éraillures du conduit. La seringue anglaise ou enema peut encore rendre des services. Il faut rejeter l'emploi du bock, avec lequel on ne dispose

pas d'une pression suffisante, et à plus forte raison, les petites seringues en verre qui sont enfantines.

Le liquide sera de l'eau bouillie tiède.

Le malade aura la tête bien appuyée pour éviter tout mouvement qui pourrait refouler le corps étranger, l'épaule protégée par une serviette et un caoutchouc ; un aide, ou le malade lui-même, maintiendra un bassin réniforme au-dessous du lobule.

Voici la technique.—Il faut donner une direction convenable au jet du liquide et pour cela : 1^o redresser la courbure du conduit par une traction exercée avec la main gauche sur le pavillon, en haut et en arrière ; 2^o diriger le jet autant que possible dans la direction de l'espace libre entre le conduit et le corps étranger ; pour cela on appuiera le bec de la seringue contre la paroi correspondant à cet espace. De la sorte, le liquide s'insinue entre la paroi et le corps étranger, passe en arrière de celui-ci et le refoule de dedans en dehors par voie rétrograde.

Ces dispositions étant prises et la seringue étant armée, on pousse l'injection avec une certaine force. Les enfants seront solidement maintenus pour que, dans un mouvement intempestif, la seringue ne refoule pas le corps étranger.

On fera passer de la sorte un ou plusieurs litres d'eau, sans le moindre inconvénient, sauf le cas de vertiges. On recommencera alors l'injection dans une autre séance.

Habituellement, le corps étranger, s'il n'est pas enclavé, est expulsé dans la première séance. Si l'on échoue, on recommencera le lendemain et plusieurs jours consécutifs, il ne faut pas perdre patience et se décourager, le succès couronnera presque toujours des efforts prolongés. Après le lavage, le conduit sera minutieusement séché avec un porte-coton.

Difficultés d'extraction.—1^o Le corps est enclavé et ne se mobilise pas. Instillez plusieurs fois par jour, pendant plusieurs jours, de l'alcool absolu pour rétracter les parois du conduit et continuez patiemment les injections.

2^o Le corps est adhérent aux parois (cérumen). Instillez de l'eau oxygénée pure ou de la glycérine neutre, deux ou trois fois par jour, et lavez.

3^o Il y a une otite externe due, soit à une otorrhée sous-jacente soit à des traumatismes. Faites diminuer la tuméfaction et les ulcérations des parois du conduit par des instillations répétées d'alcool et des lavages fréquents.

Toutes ces tentatives, si le corps étranger est bien situé ne déterminent pas d'accidents locaux ou à distance, devront être poursuivies pendant plusieurs jours.

B. Extraction à l'aide d'instruments.—Quand doit-on employer les instruments ? On doit toujours faire l'extraction des corps étrangers à l'aide de crochets ou d'instruments spéciaux, dans les deux cas suivants :

1o Lorsque des tentatives bien exécutées, prolongées, ont été faites par les lavages, sans aucun succès.

2o Lorsque le corps étranger est compliqué d'otite moyenne avec rétention purulente. Dans ce cas, au bout de vingt-quatre heures, si les injections sont restées inefficaces, si les accidents sont sérieux, l'apophyse douloureuse, s'il y a de la température et de la céphalée, si l'otite est une otorrhée chronique, il y a lieu de ne pas différer l'ablation par voie naturelle.

Par quelle voie ? On peut employer deux méthodes. 1o l'une qui consiste à extraire le corps étranger par les voies naturelles, c'est-à-dire par le conduit auditif ; 2o l'autre qui, en cas d'échec de la première, permet l'ablation par voie artificielle, rétro-auriculaire.

Ces procédés sont du ressort de l'otologie.

Bulletin de l'Enseignement professionnel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médicale de Montréal

SEANCE DU 20 FEVRIER 1906

Monsieur Boulet, président, au fauteuil.

MM. D'Amours, Papineauville ; Valois, Vaudreuil Dubé, Desmarais, Laramé, de Martigny, Desloges, J. N. Roy, Marcil, Gervais, Cadot, Bernier, Boucher, Decary, Riopelle, LeSage, Dorval, Cormier, Bourgouin, St-Jacques, O. Mercier, Gagnon, Leduc, Plourde, Hamelin, Dauth, Rousseau, Hervieux, L. E. Fortier, Valin, Gadbois, Asselin, Lefebvre, LaChance, LeBel, Cléroux.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le secrétaire donne lecture de la communication suivante :

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE VALLEYFIELD

Extrait des minutes de la séance du 25 janvier 1906.

La motion suivante est proposée par monsieur le Docteur Z. Rhéaume, secondée par messieurs les Docteurs C. O. Ostiguy et J. A. Lamarque.

1o Attendu que les membres de la profession médicale ne refusent pas de donner leurs soins gratuitement, dans un but philanthropique ;

2o Attendu qu'un grand nombre de malades qui pourraient payer les soins médicaux fraudent le médecin et se font admettre comme indigents dans le service hospitalier ;

3o Attendu que, certains hôpitaux possèdent des salles à prix fixe, où les patients de toutes les conditions financières peuvent recevoir les soins des médecins de service, sans que ces derniers ne puissent réclamer la moindre rémunération ;

4o Attendu que l'admission des indigents dans les hôpitaux ne se fait pas d'une façon satisfaisante et cause ainsi des dommages et aux hôpitaux et aux médecins ;

Il est résolu :

1o Que la Société Médicale de Valleyfield désapprouve le mode actuel d'admission des indigents dans les hôpitaux ;

2o Que cette Société suggère qu'aucun patient ne soit admis dans les services publics ou ne reçoive gratuitement les soins professionnels sans un certificat du médecin de la localité d'où vient le patient, le médecin étant le seul juge dans cette cause ;

3o Qu'avis de la présente résolution soit communiqué à toutes les sociétés médicales de la province de Québec, ainsi qu'au Bureau Médical des différents hôpitaux ;

4o Qu'après entente entre les différentes sociétés médicales, un comité soit formé qui rencontrera l'administration des hôpitaux, afin d'obtenir la mise en pratique de la suggestion plus haut citée.

Adoptée à l'unanimité.

Z. RHEAUME, Secrétaire.

Dr. Dubé. — J'étais présent à la Société de Valleyfield quand on a adopté cette motion. Je crois que beaucoup de chirurgiens opèrent gratuitement des malades qui devraient payer, mais souvent les médecins ne donnent pas par lettre d'avis aux chirurgiens parce qu'ils craignent que leur avis soit dévoilé au malade. Il cite le cas d'un malade de la campagne se disant très pauvre opéré dans un hôpital de cette ville. Le chirurgien avait reçu une lettre du médecin avertissant le chirurgien que le malade pouvait verser \$100. Le chirurgien lut cette lettre au malade. Le médecin a été presque lapidé dans sa paroisse et a souffert un dommage considérable. Il croit que les chirurgiens devraient se faire un point d'hon-

neux de ne jamais communiquer ces documents, qui sont personnels.

Le Dr Boulet croit que cette question peut s'envisager sur beaucoup de faces et qu'il y aurait avantage à nommer un comité qui étudierait consciencieusement la question et tâcherait de la mettre au point de trouver une solution pour mettre fin à l'exploitation des médecins par les malades. Plusieurs médecins vivraient honorablement avec ce que les malades qui peuvent payer extorquent des confrères. Nous sommes tous exploités, dit le Dr Boulet, nous avons par conséquent tous intérêt à mettre fin à cette exploitation. Exigeons des malades soi-disant pauvres un certificat du médecin et un du curé.

Les Drs LeSage et Dubé proposent que cette question soit déposée devant le comité de régie de la Société.

Le Dr Marien trouve la question du plus haut intérêt. Les médecins se servent de tous les moyens pour exploiter les chirurgiens. Ceux qui font du service dans les hôpitaux en souffrent plus que les autres. Il arrive souvent, dit le Dr Marien, que l'on trouve dans son service des malades admis en dehors de notre connaissance qui occupent déjà des lits, l'on ne peut les mettre dehors. Il croit que la Société Médicale devrait s'efforcer de s'entendre avec les autorités des hôpitaux pour réglementer l'admission des malades dans les salles publiques de manière que l'hôpital n'impose pas au chirurgiens des malades riches de la campagne.

Dr O. F. Mercier. — A l'hôpital Notre-Dame, pas un malade de la campagne n'est admis dans un service gratuit sans avoir un certificat du médecin et du curé.

Là où l'abus existe, où les chirurgiens sont exploités, c'est dans les salles demi-payantes à 50 sous par jour. La question devient alors délicate. Le chirurgien doit donner gratuitement ses soins à ces malades et est très souvent exploité. Le public médical ne se plaint pas seulement ici, mais un peu partout dans le monde, surtout Paris. Depuis 10 ans les autorités de Notre-Dame travaillent à supprimer les abus sans pouvoir y arriver. La solution est presque impossible. Il croit que les certificats d'indigence sont souvent donnés à la légère, soit par le médecin, soit par le curé.

La tâche du comité sera très ardue.

Le secrétaire donne ensuite lecture d'une lettre où le Dr Starkey, secrétaire du Royal Institute, invite les membres de la Société Médicale à se faire inscrire comme membres de la dite société. La contribution est de \$5.00 par an, donne droit au titre de membre, permet d'assister aux

réunions de la dite société et donne droit à la publication mensuelle.

Il donne aussi lecture de la lettre suivante :

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Trois-Rivières, le 20 janvier 1906.

Monsieur, le secrétaire de la Société Médicale de Montréal.

Monsieur,

Le troisième congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord tiendra ses séances à Trois-Rivières le 26, 27, 28 juin 1906. Pour la troisième fois depuis sa fondation, notre société s'affirmera officiellement et nos réunions coïncident avec la fête nationale des Canadiens-Français, célébrée cette année aux Trois-Rivières, avec une solennité inaccoutumée. Vous vous rappelez quel éclat et quelle importance ont eue les deux premiers congrès. Tout fait augurer un résultat non moins brillant pour celui des Trois-Rivières. Mais pour assurer davantage le succès de ce grand ralliement professionnel, il nous faut compter sur votre concours éclairé et surtout sur l'action commune de toutes nos associations médicales. À ce titre, nous avons l'honneur d'inviter votre société à se faire représenter officiellement par un ou plusieurs délégués. Nous serions aussi très heureux si vous pouviez intéresser les membres de votre association à l'œuvre de nos congrès et à s'engager à s'inscrire pour un travail sur un sujet à leur choix.

Un programme officiel du Congrès des Trois-Rivières vous sera expédié prochainement. En attendant, voici un état sommaire des principales questions soumises à l'étude : 1^o Tuberculose, 2^o Alcoolisme, 3^o Hygiène infantile.

Dans l'espoir d'un accueil favorable de votre part, veuillez accepter l'expression de nos sentiments distingués.

Le président général :

Docteur L. P. NORMAND.

Le secrétaire général :

Docteur CHARLES DEBLOIS.

Le Dr St-Jacques, secrétaire pour Montréal du 3^e Congrès, dit que lui et le vice-président de Montréal, le Dr Dubé, attendent des renseignements un peu plus complets pour convoquer les confrères et commencer à préparer le travail. Il espère que les autorités de Trois-Rivières enverront au Dr Dubé ou à lui ces documents prochainement.

INVASION PHARMACEUTIQUE PAR LE Dr HEVIEUX.

Le Docteur Hervieux s'élève fortement contre les préparations pharmaceutiques sans

nombre que les médecins trouvent dans les différents catalogues des maisons pharmaceutiques. Il voit un danger pour le médecin, celui de devenir routinier, et pour le malade d'absorber des drogues un peu au hasard de la fourchette. Le médecin devrait en conscience faire dans tous les cas un bon examen de son malade et composer lui-même son ordonnance. Le médecin et le malade en bénéficieraient.

Il laisse complètement de côté pour ce soir du moins les remèdes brevetés.

Le Dr Valin illustre la justesse des dire du Dr Hervieux en citant le cas suivant : Il a été appelé auprès d'une jeune fille qui avait les lèvres et les ongles cyanocés. Après examen attentif, il découvrit que pour un mal de tête elle avait pris des cachets prescrits par un médecin et qui renfermaient

Antikamnia, 5 grains,

Acetalinilde, 5 grains.

C'est-à-dire près de 10 grains d'Acetarilde. C'est à ces cachets qu'était due la cyanose. Sûrement que si le médecin avait connu la composition de l'antikamnia, il n'aurait pas ajouté de l'acétanilde à ses cachets. Il croit que tous les médecins devraient s'inscrire dans une croisade en faveur de l'ordonnance scientifique.

Dr Lesage. — Dernièrement, lors du congrès des propriétaires des médecines patentées, l'on a attaqué le corps médical, l'on a lancé des injures gratuites aux médecins. Il regrette que des hommes politiques haut placés aient soutenu les charlatans. Il voudrait que comme corps les médecins protestent hautement, dans les journaux quotidiens. Il vaut mieux relever la tête, il faut protester virilement, dignement.

Dr D'Amours, de Papineauville. — Sur ce sujet des médecines patentées, voici ce qui se passe à la campagne où les médecins ont autant de dignité qu'en ville. Non seulement le médecin est à la remorque des formules pharmaceutiques, mais les annonces des médecines patentées dans les journaux politiques ont comme thème le rabaissement du médecin, la calomnie à jet continu, les fausses représentations, les injures les plus grossières à l'adresse du corps médical.

Qu'arrive-t-il ? C'est que le paysan, l'artisan qui puise sa nourriture intellectuelle dans ces journaux, finit par croire que ces réclames sont véridiques et il est tout prêt à prendre le médecin pour un malhonnête homme, un ignorant. Pourquoi ne pas nous défendre publiquement, puisque nous sommes attaqués publiquement ? Nous avons le bon droit de notre côté.

Le Dr Valade, d'Ottawa, qui jouit d'une

grande influence dans cette dernière ville, a tonné contre les médecines patentées à la dernière séance de l'Association Médicale d'Ottawa, et il espérait réussir à faire interdire la vente de quelques-unes.

Dr Decry. — Au dernier congrès des médecines patentées, — en ce siècle tout le monde a ses congrès — on a insulté les médecins. Le président a dit : Il y a de bonnes et de mauvaises médecines patentées. Les bonnes demeurent, les mauvaises tombent dans l'oubli. Il y a aussi de bons et de mauvais médecins, seulement les médecins exercent tous, les bons comme les mauvais.

Ne devrions-nous pas protester ?

Quels moyens devons-nous prendre pour faire publier nos protestations dans les journaux ? Et quel sera le résultat ? Nul je crois.

Le Dr D'Amours, le Dr Dubé, le Dr de Martigny, le Dr Gadbois, échevin, le Dr Boulet prennent part à la discussion, qui est très vive. Finalement, la question reste en suspens et sera discutée encore à une prochaine séance.

Le Dr Hervieux fait remarquer que la discussion s'est étendue plus loin que son sujet. Il n'a pas parlé des remèdes patentés brevetés. Seul le Docteur Valin est resté dans la note de sa communication. Il prie la société de remarquer que cette discussion sur les remèdes patentés ne fait pas suite à sa communication.

Le Dr Dubé fait l'observation d'une malade morte des suites d'une tumeur cérébrale. Durant les deux dernières années de sa vie cette maladie présenta la symptomatologie de l'épilepsie essentielle et c'est ce qui rend cette observation très intéressante.

Elle avait des petites et des grandes attaques.

Ces dernières débutaient par un cri, puis la malade perdait connaissance, se mordait la langue, urinait sous elle, avait des convulsions généralisées cloniques et toniques suivies de stertor et d'un sommeil prolongé.

Des petites doses de bromure améliorèrent cet état considérablement au début du traitement, mais restèrent sans effet plus tard.

Elle avait assez souvent des attaques caractérisées par un engourdissement dans la main et le bras gauche qui remontait jusqu'à la langue. Elle ne perdait pas alors connaissance et tout se passait dans cette espèce d'aura.

Mais généralement elle tombait par terre, se mordait la langue et avait des convulsions. Six mois environ avant sa mort son côté gauche, qu'elle sentait engourdi presque tout le temps, devint plus faible que le côté droit. La main gau-

che indiquait au dynamomètre une diminution de la force musculaire qui n'existait pas à la main droite. C'est en présence de cette symptomatologie, c'est-à-dire :

1o Apparition tardive des accidents convulsifs,

2o l'existence d'un aura,

3o la conscience que la malade avait de plusieurs de ces attaques.

4o l'apparition d'une hémiparésie qui alla toujours en augmentant.

5o l'existence de quelques convulsions partielles du côté de la paupière et de la commissure labiale gauche,

que le Dr Dubé songea à l'existence d'une tumeur cérébrale.

L'autopsie confirma cette hypothèse. Le lobe pariétal droit contenait une tumeur du volume d'une mandarine, non compulsée, de consistance plus dure que la substance blanche qu'elle envahissait au niveau de la zone Rolandique. Cette observation confirme l'opinion d'Ardin-Dutil de Féré et de plusieurs auteurs qui enseignent que le symptôme épileptique est toujours dû à une lésion cérébrale accompagnée d'intoxication ou non.

Pour ces auteurs, l'épilepsie essentielle et l'épilepsie jacksonienne ne sont pas si éloignées l'une de l'autre qu'on le croit et souvent le même malade peut voir succéder l'une à l'autre. Cette malade ne présentait pas les symptômes habituels de la tumeur cérébrale, c'est-à-dire : les vomissements, les troubles oculaires, amaraude, etc. et le mal de tête caractéristique. Elle eut des céphalalgies assez intenses dans les derniers mois de sa vie seulement.

L'hypothèse de syphilis cérébrale avait été écartée par l'histoire de la malade et par un traitement d'épreuve très sévère et sans résultat.

Le docteur Dubé fait un appel à ses confrères pour qu'ils s'intéressent à leurs malades épileptiques et cherchent à dépister les lésions cérébrales qui sont plus fréquentes qu'on le croit chez ces malades. Les médecins d'asiles d'aliénés où il y a beaucoup d'épileptiques devraient s'efforcer de faire l'autopsie chez tous les malades qui meurent dans ces institutions.

Courrier des Hopitaux

L'HOTEL-DIEU

L'Hôte-Dieu, dont l'histoire se confond avec celle de Ville-Marie, fut fondé, au nom et en l'honneur de St-Joseph, en 1642, par mademoiselle Mance.

La première maison qui servit d'hôpital fut construite en bois. Elle avait "soixante pieds de long sur vingt-quatre de large". () Ce bâtiment contenait "une cuisine, une chambre pour Mlle Mance, une autre pour les servantes et deux pièces pour les malades". ()

C'est dans cet humble asile du pauvre que s'exerça le zèle de Mlle Mance et des filles de St-St-Joseph qui arrivèrent au Canada en 1659.

Aussitôt construit, ce petit hôpital fut rempli de malades et de blessés, toujours nombreux, à cause des attaques incessantes des Iroquois.

De la vieille institution de Ville-Marie il ne reste plus que l'inépuisable dévouement des sœurs hospitalières. Tout le reste a changé. La cabane en bois a graduellement fait place à un immense hôpital où le malade riche peut s'offrir tout le luxe et le bien-être possible, où le pauvre reçoit asile et soins intelligents, où l'étudiant voit s'ouvrir devant lui un champ immense d'observation et d'étude.

L'Hôtel-Dieu dispose actuellement d'environ deux cent cinquante lits. Ce nombre, en cas de nécessité, pourrait très facilement être porté à trois cents et même plus.

Les immenses salles publiques de l'Hôtel-Dieu sont livrées en deux parties. Une pour la médecine et l'autre pour la chirurgie. Outre cela, il y a deux salles de moindre grandeur, l'une pour les hommes et l'autre pour les femmes, spécialement destinées aux malades atteints de maladies de la tête.

Le service des salles publiques est confié à quatre médecins, à quatre chirurgiens et à deux spécialistes.

La clinique chirurgicale, sous la direction de Sir William Hingston, la clinique médicale sous la direction du docteur Guérin et la clinique d'ophtalmologie, donnée par le docteur Edouard Desjardins, sont régulièrement organisées et offrent des avantages immenses à l'étudiant.

Le laboratoire de l'hôpital se divise en deux départements. Le premier est destiné aux examens chimiques et microscopiques ainsi qu'à la bactériologie, le deuxième à l'anatomie patholo-

gique. Le laboratoire est sous la direction du docteur Daigle, qui donne en même temps des cours pratiques aux médecins.

Le département d'électricité, très spacieux, est pourvu des appareils les plus modernes, tant pour le traitement des malades que pour la radioscopie et la radiographie.

Pour venir en aide aux chefs de clinique, aux chirurgiens, etc., il y a les internes qui sont au nombre de douze; ils préparent les histoires de cas, donnent les premiers soins aux malades en cas d'urgence, assistent aux interventions chirurgicales. Enfin, ils forment un corps dont l'utilité se fait sentir de plus en plus tous les jours.

Pour le transport des malades, l'Hôtel-Dieu aura désormais deux magnifiques ambulances.

Durant l'année 1905, l'Hôtel-Dieu de Montréal a reçu 3148 malades. Sur ce nombre, il y a eu environ 1200 cas de chirurgie.

Le dispensaire ophtalmique a enregistré 2213 patients.

Le département d'électro-thérapie, très fréquenté, n'a pas tenu de registre.

Les internes ont donné en moyenne par mois 150 consultations et les internes et les visiteurs de l'hôpital ont organisé les dispensaires de consultations et prescriptions gratuites à des malades du dehors.

Voilà un petit aperçu de ce qui est maintenant et de ce que doit devenir la magnifique institution qu'est l'Hôtel-Dieu de Montréal.

F. LACHANCE,
M.D.

HOPITAL NOTRE-DAME

Dans le cours du mois de janvier 1906, il a été admis à l'hôpital, dans les services internes: 187 malades.

Sur ce nombre:

82 sont partis guéris,

41 sont partis améliorés,

5 sont partis non améliorés,

7 n'ont pas été traités, ou ont refusé d'être traités, et

21 sont morts; sur ces 21 cas de mortalité, un a été transporté mort et six autres nous sont arrivés mourants.

Dans les dispensaires, nous avons donné 1796 consultations et les internes ont pansé 144 cas de chirurgie d'urgence.

Quant au service d'ambulance, nous avons répondu à 103 appels.

NOUVEL HOPITAL

Répondant au besoin, qui de jour en jour devient plus impérieux, d'avoir un local plus considérable, le bureau d'administration a commencé depuis quelque temps la construction d'un nouvel Hôpital Notre-Dame. Une promenade sur la rue Sherbrooke, en face du Parc Lafontaine, vous mettra de voir l'aile sud du nouvel hôpital déjà fini à l'extérieur. Dès le printemps prochain, vous pourrez voir sortir de terre les trois autres bras de la croix, qui formera la bâtisse principale. Cette bâtisse sera aménagée de façon à pouvoir placer facilement deux cents malades, soit: soixante chambres privées dans l'aile sud et ces chambres seront ouvertes aux malades privés d'ici un an. Quant aux 140 autres lits réservés aux malades demi-payants et non payants, ils seront mis à la disposition du public aussitôt l'édifice terminé. Il nous fait plaisir de vous dire que dans le nouvel hôpital nous aurons en plus une salle réservée spécialement aux enfants malades.

J. ALBERT DEMERS, M.D.,
Interne en chef à l'Hôpital
Notre-Dame.

Montréal, 16 février 1906.

CONGRES DE MILAN

Nous avons cru utile de porter à la connaissance de nos lecteurs une circulaire de convocation du Congrès International d'Electrologie et de Radiologie Médicales de Milan, ainsi que la nomenclature complète des associations médicales de la province de Québec.

C'est notre confrère et ami monsieur le Dr de Blois, directeur d'un institut d'Electrothérapie aux Trois-Rivières, qui a bien voulu nous faire parvenir la circulaire du congrès international de Milan. Nous tenons à lui témoigner nos remerciements pour cette délicate attention. Monsieur le Dr Albert Laurendeau, de Saint-Gabriel de Brandon, mérite également notre gratitude pour la liste des sociétés médicales de la province de Québec qu'il a gracieusement préparée pour le journal. Monsieur le Dr Laurendeau, gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, s'est fait l'avocat des sociétés médicales, aux assemblées du Collège des Médecins et Chirurgiens. Nous lui souhaitons de mener à bien la campagne qu'il a entreprise pour assurer le succès des associations médicales de la province de Québec en y faisant coopérer le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province.

Eurologie

1. *amen des urines par le praticien*

par le Dr A. Jeanbrau.

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, chargé de la consultation des maladies des voies urinaires.

(Suite)

Odeur.—Lorsque l'urine a subi la fermentation ammoniacale intra-vésicale, et dégage, à l'émission, une forte odeur d'ammoniaque. Cette odeur doit vous faire penser à une infection urinaire de date ancienne avec stagnation. L'urétro-pyéélite ou la pyélo-néphrite coëxiste souvent avec l'infection vésicale ancienne.

Aspect.—La constatation de l'aspect de l'urine est très importante. L'urine normale est limpide à l'émission. Elle peut tenir en suspension des filaments abondants dus à une urétrite chronique, tout en étant limpide.

Trois causes principales peuvent la rendre trouble à l'émission: 1^o du pus; 2^o des urates; 3^o des phosphates dans une urine rendue neutre ou alcaline par l'ingestion de certains végétaux, ou d'eaux minérales alcaline (Vichy, Vals, Saint-Germain).

Retenez ceci: pour reconnaître immédiatement si l'aspect trouble d'une urine *fraîchement* émise [1] est dû à du pus ou à des sels, il est deux moyens très simple: Faites chauffer l'urine, les urates précipités dans l'urine refroidie au-dessous de 37°, se redissolvent par la chaleur et l'urine redevient limpide [2]; ajoutez à l'urine quelques gouttes d'acide acétique: l'urine devient alors hyperacide, les phosphates se dissolvent et l'urine se clarifie instantanément (3).

Si, au contraire, l'urine est purulente, ni la chaleur, ni les acides ne la clarifient.

Dépot.— Il est nécessaire de laisser les urines que la chaleur et les acides ne clarifient pas, déposer dans un verre conique, pendant quelques heures. Recouvrez le verre d'un papier propre.

On sait que l'urine normale, en se refroidissant,

(1) Leçon élémentaire faite à la consultation des malades des voies urinaires et *Journal des Praticiens*, 28 octobre 1905.

(2) Il est entendu, une fois pour toutes, que je parle de l'urine émise par le malade chez le médecin et même devant lui (ce qui est absolument nécessaire dans les expertises et dans les examens des candidats à l'assurance sur la vie ou sur les accidents). Ne perdez pas votre temps à analyser des urines fermentées ou des urines dont l'origine est problématique.

abandonne un dépôt. Ce dépôt est floconneux, nuageux, incolore. Il est constitué, si on l'examine au microscope, par des cellules épithéliales et des urates. Ceux-ci se sont précipités parce qu'ils sont moins solubles dans l'urine froide que dans l'urine chaude.

Lorsque l'urine contient du pus ou du sang, le dépôt est plus dense: il ne flotte pas comme un nuage au fond du verre, il tombe et y forme une couche plus ou moins épaisse. On évalue la quantité de pus en disant qu'elle représente environ un dixième ou quinzième du volume de l'urine.

Il y a, pour nous praticiens, deux sortes d'urines purulentes; a) les urines purulentes acides; b) les urines purulentes alcalines.

Les *urines purulentes acides* contiennent des globules de pus, des cellules épithéliales et des microbes reconnaissables au microscope, en prélevant quelques parcelles du dépôt pulvérulent ou phlegmoneux qu'elles abandonnent par le repos ou par centrifugation. Parmi les microbes, il en est deux qu'on a besoin de rechercher très souvent: le gonocoque et le bacille de Koch.

Les *urines purulentes alcalines* (et à plus forte raison ammoniacales), ne contiennent pas de globules de pus reconnaissables au microscope. A plus forte raison on ne peut y retrouver que fort difficilement le gonocoque et le bacille de Koch.

D'où l'inutilité d'envoyer ces urines au bactériologiste. En effet, dans les urines alcalines, le pus est transformé en une matière visqueuse, glaireuse, gélatiniforme, qui adhère au fond des vases, qu'on ne peut étaler sur une lame. Il est facile d'obtenir *in vitro* cette transformation, Versez dans une urine purulente acide quelques cc. d'ammoniaque; le pus jusque-là en suspension, se transforme en glaires.

Toutes les fois qu'on soupçonne une tuberculose urinaire et que l'urine est alcaline, il faut tenter, par l'évacuation et la désinfection de la vessie et des reins (lavages, instillations, sonde à demeure, urotropine, etc.), de rendre à l'urine sa réaction acide. A ce moment, et à ce moment seulement, on pourra faire

(2) Si l'urine est "boueuse" en cas d'oligurie (accès fébriles), il faut ajouter de l'eau avant de chauffer. Tous les urates peuvent ainsi se dissoudre, et l'urine s'éclaircit complètement.

(3) Ces urines troubles sans pus font souvent croire à des cystites ou à des pyélites qui n'existent pas. M. Bazy a insisté avec raison sur la nécessité de démasquer, en clarifiant l'urine, ces *petits do-pyérites* et ces *pseudo-cystites*.

rechercher le bacille de Koch avec quelques chances de succès. Nous indiquerons plus loin les précautions à prendre pour recueillir et envoyer des urines fraîches et aseptiquement obtenues au bactériologiste.

Cette distinction entre les urines purulentes acides et alcalines n'est pas suffisante. Au point de vue séméiologique, il y en a une autre sur laquelle M. Guyon a souvent insisté et dont il nous a appris l'importance. C'est la suivante : certaines urines se clarifient par le repos, tandis que d'autres restent troubles malgré la formation d'un abondant dépôt.

Les urines qui se clarifient par le repos laissent tomber au fond du vase tous leurs globules de pus ; elles traduisent, en général, une infection limitée à l'urètre et à la vessie, avec intégrité des uretères et des reins.

Les urines qui restent troubles sont en rapport avec une suppuration urétérale ou pyélo-urétérale. Elles permettent donc de reconnaître si les reins — qui ne sont ni gros ni douloureux — sont envahis par l'infection ascendante.

Les urines qui restent troubles sont toujours émises en quantité plus grande que normalement (2 à 5 litres au lieu de 1,500 cc.). Cette polyurie s'explique par ce fait que, comme le dit M. Guyon, le rein secrète d'autant plus qu'il est près de sa perte. C'est à ce syndrome — urines purulentes abondantes et ne se clarifiant pas par le repos — que M. Guyon a donné le nom de *polyurie trouble*, "La polyurie trouble indique d'une façon certaine que l'appareil rénal est malade et suppure abondamment." (Guyon).

II. *Examen chimique.* — Le praticien peut très facilement rechercher l'albumine, le sucre, le sang, la bile et doser l'urée.

Recherche et dosage de l'albumine. — L'albumine de l'urine dérive du sérum sanguin. Elle est constituée par un mélange de sérine et de globuline.

A l'état physiologique, lorsque le sang est normal, lorsque la tension circulatoire est normale, lorsque les épithéliums du rein sont normaux, lorsqu'il n'y a pas d'altération dans les muqueuses des calices, des bassinets, des urétères, de la vessie et de l'urètre, *l'albumine du sang ne passe pas dans l'urine.*

Si un des éléments est altéré, la sérine et la globuline peuvent passer dans l'urine : il y a *albuminurie.*

On distingue deux groupes d'albuminuries : a) les albuminuries sans lésion rénale actuellement connue ou avec modification rénale passagère et curable ; b) les albuminuries avec lésion rénale (1).

Recherche et dosage de l'albumine. — L'albumine se reconnaît dans l'urine très facilement : il suffit, si l'urine est acide, de la chauffer au-dessus de 70°. A cette température, l'albumine se coagule et forme un nuage blanchâtre, plus ou moins opaque, suivant la quantité que l'urine contient. *En principe, il vaut toujours mieux filtrer l'urine pour qu'elle soit limpide.*

L'albumine ne se coagule pas à froid par l'acide acétique. Donc, si dans une urine filtrée, quelques gouttes d'acide acétique déterminent un coagulum il ne s'agit pas d'albumine proprement dite. Le malade n'est pas albuminurique. Mais cette urine contient une substance appelée *mucosine* ou *mucine*, due à l'hypersécrétion des muqueuses vésicale et urétérale. La mucosine précipite en effet, à froid, par l'acide acétique (2). Elle ne précipite pas par la chaleur. Il n'y a donc aucune cause de confusion.

(1) Létienne et Masselin, auxquels j'emprunte ces lignes, énumèrent ainsi ces diverses variétés :

I. *Albuminurie sans lésion rénale connue ou avec modification rénale passagère et curable* ; A. transitoire des nouveau-nés, intermittente des enfants, des sujets en apparence bien portants ; A. ciclique (orthostatique, posturale, alimentaire post-prandiale, par refroidissement, par émotivité, par fatigue, par balnéation) ; A. d'origine digestive ; A. d'origine nerveuse.

II. *Avec lésion rénale* : a) d'origine infectieuse (fébrile, tuberculeuse, syphilitique, paludique) ; b) A. d'origine toxique (plomb, phosphore, arsenic, mercure, CO, alcool, alcaloïdes, cantharides, etc) ; c) A. par auto-intoxication (diabétique, goutteuse) ; d) A. des néphrites, e) A. de la grossesse ; f) A. cardiaque ; g) A. des affections des voies urinaires. (Létienne et Masselin, *Précis d'Urologie clinique*. p. 192 et suiv.)

(2) Il n'est pas nécessaire de savoir, mais cela peut être utile, que les albumines urinaires comptent plusieurs variétés dont les principales sont :

a) Les albumines proprement dites (sérine, sérum, globuline, albumoses, peptones, etc).

b) La mucosine urinaire, et enfin c) les albumines urinaires proprement dites (sérine et globuline).

Vous avez appris en physiologie que le suc gastrique transforme dans l'estomac les matières albuminoïdes (la viande) d'abord en syntonine, puis en propeptone ou albumose, enfin en peptone. Cette dernière passe dans le sang ; elle est salubre et assimilable.

Il s'ensuit que dans certains états pathologiques, les albumoses ou les peptones peuvent passer dans l'urine, d'où les termes d'albumosurie et de peptonurie.

L'albumosurie est décelé par la réaction de Bence Jones, que consiste à faire chauffer l'urine filtrée. Si l'urine contient des albumoses, l'urine se trouble à 60° et même précipite ; mais dès que le liquide entre en ébullition, le précipité disparaît, l'urine redevient limpide, pour louchir et précipiter à nouveau par l'abaissement de la température, (Létienne et Masselin).

Cette réaction trahit en général l'existence d'une sarcomatose osseuse. Dans 17 cas d'albumosurie réunis par Sicard, il y avait 17 fois des ostéo-sarcomes.

L'albumosurie est indépendante de l'albuminurie.

La *peptonurie* se reconnaît par la réaction dite du buiret (coloration violet-rose par l'addition à l'urine de quelques gouttes d'une solution de sulfate de cuivre et d'un excès de potasse). Il y a deux variétés de peptonurie : 1. la *peptonurie digestive*, due à ce que les peptones élaborées par la digestion sont éliminées par l'urine sans avoir été transformées en albumines du sang ; en général cette pep-

Causes d'erreur.—Lorsque l'urine est neutre ou alcaline, la chaleur peut déterminer un trouble qui est dû à des phosphates terreux (précipités par le dégagement de l'acide carbonique produit par la chaleur). Il faut donc toujours acidifier l'urine avec une ou deux gouttes d'acide acétique pour éviter cette confusion.

On devra toujours filtrer les urines purulentes sur un papier filtre mouillé. Le sucre ne gêne pas la recherche de l'albumine par la chaleur.

Dans les urines ammoniacales, la recherche de l'albumine n'est pas possible pour le médecin.

Dosage de l'albumine.— On peut doser approximativement l'albumine avec le réactif d'Esbach dont voici la formule :

Acide picride 10 grammes.

Acide citrique 20 —

Eau q. s. pour 1000 —

Faites dissoudre à chaud. Après refroidissement, filtrez.

(A suivre)

tonurie traduit une altération du foie dont la fonction est troublée; (2) la *peptonurie des affections urinaires* que l'on rencontre dans les intestins vésicales ou rénales, avec stagnation urinaire. Les microbes pyogènes produisent, en effet, des ptomaïdes, des toxalbumines, voisines des peptonones au point qu'elles donnent la réaction du biuret. Plus la supuration est abondante, plus l'urine contient de peptonones (en même temps, bien entendu, que de l'albumine, des globules de pus, des cellules épithéliales). La peptonurie abondante est d'un pronostic plutôt sérieux (Létienné et Masselin).

La *mucosine* ou *mucine* est une substance semi-liquide, visqueuse, contenue dans le mucus que secrètent les muqueuses pour se protéger du contact immédiat de leurs produits excrétoires et de celui des éléments chimico-physiologiques qui les recouvrent. C'est la vessie qui secrète le plus de mucus, parce qu'elle doit se protéger du contact acide de l'urine. Normalement, la mucosurie ne décèle pas dans l'urine: elle y est en trop faible quantité. Mais, on la trouve dans les urines purulentes: elle entraîne avec elle, sous forme de muco-pus, les éléments scellulaires, les pyocytes avec lesquels elle forme des magmas purulents, visqueux que souvent, à l'aide d'une pince, on retire tout entier du dépôt urinaire. (Létienné et Masselin).

LE TROISIEME CONGRES DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

La date du 3ème Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord est fixée au 26 juin. Ce congrès se tiendra en la ville de Trois-Rivières. Il est inutile de s'attarder à discuter les avantages d'un pareil congrès, tant au point de vue national que médical.

L'organisation se poursuit activement. Avec monsieur le Dr Normand comme président, secondé par de zélés officiers, nous ne doutons nullement du succès, au Canada. Il faut se mettre vigoureusement à l'œuvre si nous voulons prendre rang dans le monde scientifique où brille si avantageusement notre mère-patrie.

Sachons convaincre les plus incrédules que nous sommes fidèles à ses traditions, que nous aimons le travail et l'étude.

Associations Médicales de la Province de Québec

Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette. — Albert Laurendeau, secrétaire, St-Gabriel de Brandon.

Société Médicale de Québec. — F.-X. Dorion, secrétaire, 155 rue St-François, Québec.

Société Médicale de Portneuf. — M. G. Paquin, secrétaire, Portneuf.

Société Médicale de Montmagny. — M. Paradis, secrétaire, Montmagny.

Société Médicale du District d'Arthabaska. — Dr Ricard, secrétaire, Warwick.

Association Médicale du District d'Ottawa. — J. E. D'amours, secrétaire, Papineauville.

Société Médicale de Montréal. — Albert Laramee, secrétaire, 114 Avenue Laval.

Société Médicale de Valleyfield. — Z Rhéaume, secrétaire, Valleyfield.

Montreal Medico-Chirurgical Society. — A. H. Gordon, secrétaire, 37 Parc Avenue.

Société Médicale du Comté de Shefford. — L. A. Lessard, secrétaire, Granby.

Société Médicale du District de Richelieu. — Isaïe Sylvestre, secrétaire, Sorel.

Société Médicale de Chicoutimi et Lac Saint-Jean. — Adelard Riverin, secrétaire, Chicoutimi.

Société Médicale de la Division du Golfe. — Joseph Gauvreau, secrétaire, Rimouski.

Association Médicale du District de Trois-Rivières. — M. Darce, secrétaire, Trois-Rivières.

Société Médicale des Comtés Beauce et Dorchester. — L. Larue, secrétaire, Beauceville.

Société Médicale de Wolfe. — A Pelletier, secrétaire, St-Camille.

Société Médicale du Comté de Terrebonne. — H. Prevost, secrétaire, St-Jérôme.

Société Médicale de St-Jean. — J. L. Duval, secrétaire, St-Jean.

Société Médicale du Comté de Champlain. — M. Bellemare, secrétaire, St-Vincent.

UN NOUVEAU BACILLE

On prête au Dr W. E. Robertson, d'Edinburg, la découverte d'un nouveau bacille générateur de la paralysie générale et du tabes. Le Dr Robertson aurait fait connaître les résultats de ses travaux lors d'une assemblée de l'Association Médicale d'Edinburg, tenue le 24 janvier dernier. La conférence du Dr Robertson révélerait au public médical quatre années de patientes recherches entreprises avec deux de ses collègues. Ce bacille serait aussi spécifique que ceux de la tuberculose ou de la diphtérie.

Formulaire

Traitement des hémorroïdes par l'adrénaline

D'après l'auteur, ce médicament permet de combattre à la fois la douleur et l'hémorragie dans les deux cas que l'on veut envisager.

1 Si les hémorroïdes sont *proidentes*, saignantes et douloureuses, on appliquera sur la région anale, soigneusement lavée et essuyée, un tampon de coton hydrophile fortement imbibé de la solution suivante.

Chlorhydrate de cocaïne. . . . 0,03 centigr.
Adrénaline au 1/100. . . . XXX gouttes.
Eau distillée. 30 grammes.

Le tampon de coton devra être recouvert de gutta-percha et renouvelé toutes les trois heures jusqu'à cessation complète des douleurs.

Ce traitement a l'avantage de décongestionner, d'arrêter l'hémorragie et de calmer la douleur. On voit les tumeurs s'affaisser et se réduire.

2 Si les hémorroïdes ne sont pas *proidentes*, il faut introduire dans le rectum, un peu au-dessus du sphincter, une petite quantité de la pommade suivante:

Chlorhydrate de cocaïne. . . . 0,03 centigr.
Adrénaline au 1/100. XXX gouttes.
Vaseline 15 gr.

ou encore un suppositoire de composition semblable.

Formules pour effectuer sans douleur et sans accident d'intoxication la cure de l'hydrocèle par l'injection iodée.

Orthofome. 2 grammes.
Eau distillée bouillie. . . 45 —
Alcool 25 —
Potasse caustique 2 milligr.

(L'adjonction de la potasse permet d'obtenir une solution parfaitement limpide.)

Après avoir évacué la sérosité de l'hydrocèle, et laissant la canule en place, on injecte le liquide ci-dessus formulé dans la vaginale et on malaxe légèrement, tout en ayant soin de tenir la canule bouchée. On retire ensuite le liquide injecté et on y substitue, la canule restant toujours en place, la solution iodée ordinaire, soit:

Teinture d'iode. 30 grammes.
Iodure de potassium. . . . 4 —
Eau distillée bouillie. . . 45 —

Au bout d'une dizaine de minutes, on laisse écouler

cette solution, on retire la canule et on obture la plaie avec de la tarlatane imbibée de collodion iodoformé.

L'anesthésie produite par l'orthoforme étant de longue durée (en raison de l'absorption lente de ce médicament) le malade n'éprouve aucune douleur ni pendant, ni après l'injection, bien que la réaction inflammatoire se produise comme d'habitude.

D'autre part, comme l'orthoforme n'est pas toxique même à dose relativement élevée, aucun accident d'intoxication n'est à craindre, ce qui n'est pas le cas, lorsqu'on se sert de cocaïne pour insensibiliser la vaginale.

Variétés

La fièvre de Henri IV.

La voisine est venue ce matin devant mon réveil; soudain, sans besoin, j'ai pris médecine: de quoi je me trouve si mal que je n'en puis plus.

La voisine, c'est ainsi qu'Henri IV désigne la fièvre: il n'en précise pas moins la nature. Étaient-ce des fièvres paludéennes? Peut-être: Henri semble y avoir été sujet. En tout cas il avait une drôle de façon de les combattre! A la fin de l'année 1596, le Roi, affligé de la fièvre quarte, dit l'Estoile, la guérit, contre l'avis de tous ses médecins, par manger force huîtres à l'écaille et boire de l'hyppocras.

Puisque un pareil traitement lui réussissait si bien, il est probable que ses accès de fièvre n'étaient pas très violents peut-être même, si l'on ose croire certaines chroniques du temps, n'étaient-ils que des prétextes pour permettre au Roi de s'isoler un peu dans sa chambre et de fermer sa porte aux solliciteurs indiscrets. L'anecdote suivante, que nous copions dans les *Menagiana*, n'est point faite pour nous inquiéter beaucoup sur la fièvre du Roi.

Henri IV étant dans sa chambre avec une dame qu'il aimait, Sully entra dans l'antichambre et voulut passer outre. On lui dit que cela ne se pouvait. Il se douta aussitôt qu'il y avait quelque intrigue qu'on voulait lui cacher. L'envie de savoir ce qui se passait le fit s'appuyer sur une fenêtre qui regardait vers le petit escalier du Cabinet du Roi. Il vit sortir une dame vêtue d'un habit vert, qu'il ne put reconnaître. Un moment après, le Roi vint à lui et lui dit: Comment te portes-tu, Sully? Le duc lui répondit: Sire, je suis toujours le très humble serviteur de Votre Majesté; mais, Sire, reprit le duc, qui voyait le Roi un peu ému, la santé de Votre Majesté me paraît un peu altérée.— C'est, dit le Roi, que j'ai eu la fièvre toute la matinée; mais elle vient de me quitter.— Il est vrai, Sire, dit le duc, je l'ai vu passer; elle était toute verte.— Ventre Saint gris! lui dit le Roi, on ne saurait te tromper; tu vois trop clair!

Congrès Internationaux d'Electrologie & de Radiologie Médicales



Secrétaire général ;

PROF. E. DOUMER

57, RUE NICOLAS-LEBLANC

LILLE

PARIS, LE 10 JANVIER 1906.

3^e Congrès International

MILAN

5-9 Septembre 1906



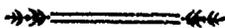
Monsieur,

Le III^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'ELECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALES, qui devait se tenir à Amsterdam en 1905, conformément au vote de l'Assemblée générale de Berne 1902, n'a pu avoir lieu. Le Comité local, pour ne pas gêner le Congrès Röntgen qui devait avoir lieu à Berlin en avril 1905, a pensé qu'il serait sage de surseoir à cette troisième grande assise de nos Congrès internationaux.

Le Comité directeur, dans sa réunion du 16 novembre 1905, approuvant la décision en Comité local hollandais, mais estimant qu'il fallait, sans tarder, reprendre la périodicité de nos Congrès, a décidé que le *III^e Congrès International d'Electrologie et de Radiologie médicales aurait lieu à Milan (Italie), du 5 au 9 septembre 1906.* Il en a confié l'organisation à un Comité local composé de la façon suivante :

- Présidents d'honneur :* M. le professeur CAMILLO GOLGI, sénateur, professeur à l'Université de Pavie ;
M. le professeur LUIGI MANGIAGALLI, sénateur, directeur des Instituts cliniques de Milan.
- Président :* M. le professeur CAMILLO BOZZOLO, professeur de Clinique médicale à l'Université de Turin.
- Secrétaire général :* M. le Dr CARLO LURASCHI, directeur de l'Institut d'Electricité médicale, Milan.
- Secrétaires adjoints :* MM. ITALO TONTA, PAOLO PINI, LUIGI PAROLA et EMILIO VIGANO.
- Trésorier :* M. le Dr ACHILLE ZUFFI, directeur de l'Institut orthopédique de Milan.

C'est à ce troisième Congrès que nous avons l'honneur de vous convier. Vous savez quel éclat et quelle importance ont eu les deux premiers Congrès. Tout fait augurer que le troisième sera digne précédents et que la jeune École italienne, sous les auspices de laquelle il est placé, tiendra à honneur de lui assurer un grand succès scientifique.



Questions mises à l'Ordre du jour :

- 1° Loi de l'excitation électrique des nerfs (rapporteur : M. le professeur J. CLUZET, de Toulouse) ;
- 2° De l'excitabilité des différents muscles et des différents nerfs (rapporteur : Mlle J. IOREYKO, chef de laboratoire à l'Université de Bruxelles);
- 3° Des principes fondamentaux de l'électrothérapie moderne (rapporteur : M. le professeur E. DOUMER, de Lille);
- 4° De l'électricité dans les maladies de la peau (rapporteur : M. le professeur DI LUZENBERGER, de Naples);
- 5° Traitement des tuberculoses chirurgicales par les courants de haute fréquence rapporteur : M. le Dr F. DENOYÈS);
- 6° Mesures des courants faradiques (rapporteur : M. le professeur WERTHEIM SALOMONSON, d'Amsterdam);
- 7° De la radiographie stéréoscopique (rapporteur : M. le professeur TH. GUILLOZ, de Nancy);
- 8° Du traitement des cancers superficiels (rapporteur : M. le professeur ED. SCHIFF, de Vienne);
- 9° Du traitement des cancers profonds ;
- 10° Action thérapeutique du radium (rapporteur : M. Dr P. OUDIN, de Paris);
- 11° Etat actuel de la photothérapie.

Les adhérents qui désireraient prendre part à la discussion de ces questions ou faire une communication au Congrès sont invités à en aviser M. DOUMER, Secrétaire général du Comité directeur, 57, RUE NICOLAS-LEBLANC, LILLE, avant le 15 août 1906.

Pendant toute la durée de ce Congrès, une exposition d'appareils relatifs à l'électrobiologie et à la radiologie sera ouverte dans un local bien aménagé et pourvu d'énergie électrique.

Des excursions et des visites aux monuments de Milan seront organisées par le Comité local du Congrès et placées sous la direction de savants de l'Université.

La cotisation est fixée à 25 francs pour les Membres adhérents, et à 12 fr. 50 pour les Membres associés. Elle donne droit aux réductions consenties par les Compagnies de transport, aux visites organisées par le Comité, et à l'entrée à l'exposition. Seuls les Membres adhérents auront droit aux diverses publications et pourront prendre la parole aux séances.

Les adhésions et les cotisations doivent être adressées à M le Dr DE BLOIS, Correspondant du Comité directeur pour le Canada, Trois-Rivières, p. de Québec, Canada ;

Ou à M. le Dr CARLO LURASCHI, Secrétaire général du Comité local, via S. Andrea, 11, Milan, Italie.

Dans l'espoir que vous voudrez bien prendre part à ce Congrès, nous vous prions, Monsieur, d'agréer l'assurance de notre considération la plus distinguée.

POUR LE COMITÉ DIRECTEUR :

POUR LE COMITÉ LOCAL :

A. TRIPIER, *Président.*

C. BOZZOLO, *Président.*

E. DOUMER, *Secrétaire général.*

C. LURASCHI, *Secrétaire général.*

TRAVAUX ORIGINAUX

Académie de Médecine de Paris

Rapport du Dr. Ch. Monod, sur un mémoire de M. le Dr. Jalaguier, relatif aux Invaginations de l'appendice iléo-cœcal.

M. Jalaguier, dans une intéressante communication en date du 14 avril 1903, a attiré l'attention de l'Académie sur un nouveau méfait de l'appendice iléo-cœcal, déjà chargée, semble-t-il, de tous les péchés d'Israël. Il lui en restait encore un à commettre.

[Ce serait en effet, d'après notre estimé confrère, à ce petit organe, vraiment insupportable, que serait due une bonne partie des invaginations iléo-cœcal, cause, chez l'enfant, de mort trop nombreuses. Voici comment les choses se passeraient : L'appendice, pourvue d'une tunique musculaire puissante, se contracte à l'état normal vigoureusement. Cette contraction a pu être prise sur le fait pour ainsi dire par M. Jalaguier, dans deux cas de hernies infantiles, où le cœcum avec son appendice était descendu dans les bourses. Les modifications dont l'appendice, sous l'influence de la moindre excitation, était le siège se reconnaissaient dans les deux cas aisément. Quand on le prenait entre les doigts, on le trouvait mou, petit, à peine perceptible : peu à peu il grossissait, doublait ou triplait de volume; en même temps il devenait dur, et s'il était incurvé, se redressait et constituait une tige rigide. Ces modifications, non seulement on les constatait par le toucher, mais on les voyait grâce à la minceur des parois du scrotum chez l'enfant. De plus, et c'est le point important pour ce qui nous occupe, ces contractions, parties de l'appendice, se propageaient invariablement au cœcum, celui-ci à son tour devenant dur et rigide. On serait d'après cela presque tenté de croire avec le Dr. Lecoq, (d'Onzain), que l'une des fonctions de l'appendice serait la mise en train des contractions péristaltiques du cœcum et du gros intestin, comme dans l'automobile, si vous voulez bien me permettre cette comparaison très moderne, la manivelle qui met le moteur en marche.

Tout serait bien si cet organe se bornait à cet effet favorable et physiologique—mais supposons

que l'appendice se contractant avec énergie, le cœcum, lui, soit dilaté ou relâché, qu'en d'autres termes, ne répondant pas au coup de fouet reçu, il ne se contracte pas à son tour, on comprend qu'il puisse se laisser pénétrer, en s'invaginant, par le petit corps, devenu rigide qu'il porte à son extrémité. C'est d'abord une petite partie de la base de l'appendice qui vient proéminer dans la cavité de l'intestin, entourée de la paroi cœcale refoulée, mais peu à peu comme dans l'anus contre nature, la saillie augmente, et l'appendice retourné en doigt de gant, apparaît tout entier dans le cœcum, les parois cœcales renversées l'accompagnant en proportion. Ainsi se produit l'invagination de l'extrémité du cœcum dont les divers degrés, ont pu être constatés sur le vivant au cours d'interventions chirurgicales. Ce ne serait rien encore, car de telles invaginations se réduisent ordinairement d'elles-mêmes, ou sont facilement réduites par le chirurgien lorsqu'elles ne sont pas trop anciennes—mais les choses peuvent aller plus loin ; l'invagination du cœcum provoquée par l'appendice peut entraîner celle de l'intestin grêle, invagination iléo-cœcale, et la masse formée par ces parties pénétrer elle-même dans le colon ascendant. On conçoit des accidents graves d'obstruction qui peuvent résulter de pareilles dispositions, accidents mortels, ordinairement, à moins d'une intervention opportune et heureuse. Voilà comment, ainsi que je le disais en commençant, l'appendice peut par une autre voie que celle ordinairement connue, contribuer à augmenter la taxe de la mortalité infantile.

Les faits de ce genre bien que peu connus ne sont pas absolument rares. Jalaguier rappelle lui-même que Haasler, en Allemagne en 1902, avait signalé cette forme d'invagination iléo-cœcale, avec deux observations.

Deux années auparavant Keitte Monsairat avait lu à la Liverpool Medical Institution une étude d'ensemble sur l'invagination de l'appendice étude basée sur une observation personnelle, et sept ou huit antérieurement publiées.

En 1903, paraissaient en Amérique et en Allemagne, deux mémoires, l'un du Dr. Ackermann, assistant du professeur Müeller (de Rostock) l'autre publié à Philadelphie par Edred M. Corner (de Londres). Il faut aussi mentionner le rapport du Dr. Grisel, lu au congrès de gynécologie, tenu à Rouen en 1904, rapport dans lequel l'invagination de l'appendice est étudiée à part,

Les faits d'invagination d'origine appendiculaire peuvent être rangés en trois catégories: Dans la première, l'invagination est passagère et se réduit d'elle-même. Dans la seconde, l'invagination persiste, mais ne dépasse pour le cœcum, sa partie inférieure, sans participation de l'iléon et sans pénétration des parties invaginées dans le colon—on peut grouper ces faits sous le nom d'invaginations cœcales d'origine appendiculaire ou comme le propose Monsairat, l'invaginations appendico-cœcales. Dans une troisième catégorie, l'invagination partie de l'appendice et de l'extrémité inférieure du cœcum, entraîne la valvule iléo-cœcale et l'intestin grêle, avec emboîtement secondaire de ces parois dans le colon ascendant et même au delà.

Des faits de la première catégorie, il n'existe d'autre exemple jusqu'ici que le cas de Jalaguier, le seul où l'invagination ait pu être supprimée avant l'opération; elle doit toujours être pratiquée ne serait-ce que pour prévenir le retour d'accident semblables.

Les faits de la 2^{ème} et 3^{ème} catégorie constituent toujours des formes graves d'invagination, qui opérées à temps, n'entraînent pas cependant la mort, comme le démontre la série heureuse des faits publiés: 9 opérations, 9 guérisons.

Dans les meilleurs cas, l'invagination totale et complète a été possible, et l'on a pu se contenter pour prévenir le retour des accidents, de resequer l'appendice. Dans d'autres, cet organe demeure irréductible, on peut alors: ou réséquer l'extrémité inférieure du cœcum avec l'appendice contenu, ou, comme dans le cas exceptionnel de Pitt, extraire l'appendice du cœcum, incisé à cet effet puis refermé. Plus souvent on a été conduit à resequer avec le cœcum une portion plus ou moins étendue de l'iléon et du colon ascendant suivant le degré de réductibilité de ces deux parties.

Mentionnons en terminant le cas curieux rapporté par Wallace, dans lequel la pénétration de l'appendice dans le cœcum ne peut être niée puisque ce petit organe fut expulsé par l'anus, il s'agit d'un jeune homme de 21 ans qui devait subir la résection de l'appendice; lorsque la veille du jour fixé pour l'opération, l'infirmière vint dire au chirurgien qu'elle venait de trouver le corps du délit dans les selles. Le malade s'était opéré lui-même. Il resterait à rechercher les causes et le mécanisme de cette curieuse forme d'invagination,

a en faire l'étude clinique, à voir si le diagnostique peut en être précisé. Pour élucider ces différents points, j'aurais été entraîné à dépasser les limites d'un simple rapport académique. (1).

REVUES des JOURNAUX

CHIRURGIE

Pulvérisation du Chlorure d'Ethyle dans la réduction des hernies.

Au lieu de verser de l'éther goutte à goutte sur la tumeur herniale, suivant la méthode bien connue, pour faciliter la réduction de la hernie. M. Brix s'est servi avec grand succès du chlorure d'Ethyle en pulvérisation. L'angélure superficielle de la peau, fut immédiatement suivie de la réduction de la hernie, dans deux cas de hernie étranglée.

New-York Medical Journal.

Février 1906.

Extraction de dents sans douleur.

L'eudremine est un anesthésique liquide dont on se sert avantageusement pour l'extraction sans douleur, des dents.

On injecte dans la gencive, le contenu de une ou deux capsules (8 à 17m.) suivant le nombre de dents à extraire, une dizaine de minutes avant l'opération. Chaque centimètre cube du liquide, contient 1-6 de grain de Bela eucaine-chl, et 1-2000 grain d Adrenaline.

New York Medical Journal.

Février 1906.

(1) Ce travail n'est qu'un résumé du rapport du Dr Ch. Monod, à l'Académie: On le trouvera dans son ensemble dans les Bulletins de l'Académie de Médecine, 3^e série TLIV No 36. Séance du 7 novembre 1905.

Camphre et chloral, contre les morsures des insectes.

On sait que le camphre et le chloral, triturés dans un mortier, à partie égale, forme un liquide onctueux. Le Dr. Vinzô s'est servi avec un succès marqué de ce mélange, pour combattre la douleur produites par les piqûres d'insectes, il déclare ce remède excellent, même contre la morsure du scorpion.

New York Medical Journal.
Février 1906.

Opération Césarienne.

Brunet rapporte le cas d'une primipare âgée de 19 ans, qui à terme eut deux graves hémorragies, causées par une grosse veine variqueuse située à la partie antérieure du vagin. Toutes la muqueuse vaginale était le siège de varices marquées. Le vagin fut tamponné, vû l'impossibilité de faire la ligature en raison de la friabilité de son tissu. Dès que le tamponnement fut enlevé, l'hémorragie se déclara de nouveau, et les douleurs du travail commencèrent. Trois jours après on pratiqua l'opération Césarienne, dans la crainte où l'on était de voir l'accouchement se terminer fatalement par hémorragie. La mère et l'enfant furent sauvés.

New York Medical Journal.
Février 1906.

MEDECINE

La limite de la lactation.

Fordyce constate que la nécessité de la lactation maternelle est aussi impérieuse aujourd'hui que jamais, mais qu'il est aussi très important qu'elle ne dépasse pas la limite convenable. Les raisons pour lesquelles la lactation maternelle ne doit pas être prolongée outre mesure, sont les suivantes : 1. La coïncidence de la grossesse et de la lactation ; 2. La rareté de la conception

durant les premiers six mois de la lactation ; et 3. Les dangers que court le fœtus si la lactation et la conception coïncident.

New York Medical Journal
Février 1906.

Une nouvelle méthode d'administrer le fer.

Philip N. Rendall (British Medical Journal) conseille l'emploi de la préparation suivante, recommandée par le Dr. Meissner de Berlin.

Les matières constituant les pilules de Bland sont enfermées dans une capsule de gélatine contenant une légère quantité d'huile de foie de morrhue. Il croit que l'huile protège la muqueuse gastrique contre l'irritation, que le carbonate de fer est produit à l'état naissant dans l'estomac, et que le sulphate de soude qui en résulte tend à combattre la constipation que le fer produit souvent.

Moyen d'empêcher l'irritation des reins par les hautes doses d'acides Salicylique.

Frey, de Genève, (Münchener Medizinisches Wochenchrift) fait remarquer que, si la réaction de l'urine est acide, l'acide Salicylique peut causer l'albuminurie. On peut éviter ce résultat en administrant des alcalins, ou des eaux Alcalines conjointement, avec l'acide Salicylique.

L'importance Sanitaire du lait propre.

Harrington dit, que de toutes les questions qui ont attiré l'attention des bureaux de santé, et des économistes depuis quelques années, nulle ne surpasse les deux suivantes, en importance : l'énorme mortalité des enfants au-dessous d'un an, et la diminution des naissances, chez les gens intelligents et de bonne position sociale. Dans presque tous les pays, le pourcentage de la mor-

talité infantile est désespérante. En Allemagne, Dunbar l'évalue à 20 par cent, en Angleterre à 27.5 par cent, ville comprises, et à 22.5 par cent, sans elles. Dans huit villes du Massachusetts, le pourcentage de la mortalité a varié de 18.6 à 30.47 pour cent.

Quand on se demande à quoi cette énorme mortalité est due, on doit admettre que les causes sont nombreuses et variées, mais qu'il n'en est aucune d'aussi importante que la substitution de la nourriture artificielle, au lait de la mère. En conséquence il faut porter la plus grande attention au lait qui est la base de la nourriture artificielle du bébé. La stérilisation et la Pasteurisation nuisent aux propriétés biologiques du lait. Il est donc de la plus haute importance d'empêcher que le lait soit pollué. Il faut insister sur les moyens d'avoir du lait propre.

New York Medical Journal.
Février 1906.

Le banquet des Etudiants en Médecine de l'Université Laval.

Les étudiants en médecine de l'Université Laval de Montréal se réunissaient le 22 février pour assister à leur banquet annuel.

Grâce au comité d'organisation, sous la direction de monsieur Arthur Robichon, président des E.E.M., le succès fut au complet. Menu magnifique, assistance nombreuse, gaieté franche, rien ne manquait pour graver dans l'esprit des Carabins et de leurs invités un souvenir ineffaçable de ce treizième banquet des E. E. M.

A la table d'honneur, on remarquait : M. A. Robichon, président, le docteur S. Lachapelle, président honoraire des E.E.M., le docteur Lamarche vice-président honoraire, Sir W. Hingston et les docteurs Guérin, St-Jacques, Hervieux, Demers, F. de Martigny, S. Lachance, interne en chef de l'Hôtel-Dieu, Deforme, Hébert, etc.

Avant de proposer les santés, monsieur Robichon souhaita à tous cordiale bienvenue. S'adressant aux étudiants : " Cette fête est la vôtre et vous avez voulu, ce soir, montrer à tous le beau spectacle d'union, d'amitié et de fraternité qui fait de notre réunion d'étudiants une société de frères."

Après la santé du roi, proposée en termes appropriés par monsieur André Bigué, monsieur le président se leva de nouveau pour proposer un toast à "Notre Université". "Je me contenterai", dit-il, de répondre à ces trois questions :

Pourquoi sommes-nous à l'Université Laval, Université catholique et Canadienne-française ? "

Monsieur Robichon répondit avec un rare à-propos à ces trois questions. "Pourquoi sommes-nous à l'Université-Laval ? Il existe au Canada des races diverses d'origine et de langue, mais qui toutes se réclament du nom de Canadiens. Chaque race rêve de contribuer à la grandeur commune, chaque race s'y emploie de toutes ses forces, de toutes ses énergies. La lutte est ardente sur tous les terrains. Dans l'agriculture, dans l'industrie, dans les sciences, chacune veut atteindre le premier rang..... au milieu de la mêlée qui pousse les rivaux à monter encore, les étudiants de l'Université Laval veulent être dans l'ascension, encore au premier rang, toujours au premier rang..... Nous sommes à l'Université Laval parce qu'elle est une université catholique et canadienne française". Le discours fut chaleureusement applaudi, comme il méritait de l'être. Cette note patriotique a eu l'écho attendu dans le cœur des deux cents jeunes convives qui firent une véritable ovation à leur président.

La santé des professeurs, des facultés sœurs et de la presse furent proposées par MM. S. Roch, Alphonse Hébert, et Georges Migneault.

En somme ce treizième banquet des Etudiants en Médecine fut un succès complet et nous tenons à en féliciter les organisateurs et tous les carabins.

Dr. S. LACHANCE.

Discours du Président.

Messieurs nos professeurs.

Mes bien chers confrères,

Dans une réunion aussi joyeuse qu'amicale où des professeurs, élèves et amis s'assemblent pour mieux fraterniser, un devoir s'impose à celui qui a l'insigne honneur de présider, devoir bien facile, bien agréable, celui de souhaiter à tous cordiale bienvenue.

Bienvenue à vous, M. le Dr. Lachapelle, notre président honoraire, qui avez su gagner l'estime des Etudiants par votre bon cœur et vos inestimables qualités.

Bienvenue à vous, messieurs nos chers professeurs, qui infusez chez nous la science que vous avez acquise par votre intelligence et votre travail incessant. Vos élèves vous aiment, parce que vous vous dévouez pour eux, et ils savent que le meilleur paiement du dévouement, c'est la reconnaissance sincère, l'amitié cordiale qu'ils ont à vous offrir.

Bienvenue à vous, mes confrères, vous avez répondu chaleureusement à l'appel que nous vous avons fait de venir jouir de cette fête de famille, et je vous en remercie. Cette fête est la vôtre, et vous avez voulu ce soir montrer à tous le beau spectacle d'union, d'amitié et de fraternité qui fait de notre réunion d'étudiants, une société de frères, mes félicitations, et comme il est doux de pouvoir dire : rapprochons-nous et fraternisons, quand nous savons que le fait existe et existera, j'en suis sûr, toujours.

À tous enfin, messieurs, je donne une chaleureuse et amicale poignée de mains, à tous je souhaite que cette amitié sincère et loyale ne cesse de nous unir, afin que nous vivions heureux dans la concorde et l'harmonie.

Nous devons un hommage sincère et loyal à notre auguste souverain, Sa Majesté le roi Edouard VII, dont M. André Bigué nous fera le plaisir de proposer la santé.

NOTRE UNIVERSITE.

Si nous disons : "Dieu sauve le Roi", nous disons aussi grandeur et gloire à notre Université.

En proposant cette santé de l'Université, je n'ai pas l'intention de retracer son histoire: d'autres orateurs pourraient s'acquitter mieux que moi de cette tâche. Je me contenterai de répondre à trois questions qui n'en font qu'une. Pourquoi sommes-nous à l'Université? Pourquoi sommes-nous à l'Université Laval? Pourquoi sommes-nous à l'Université Laval, Université catholique et canadienne-française? Pourquoi? oui, pourquoi? Pourquoi sommes-nous à l'Université? La réponse est simple et comporte de profondes et nobles leçons.

La loi du travail est la loi du monde. travail matériel ou travail physique, moyen de développement et moyen d'existence, travail moral, moyen de résistance et moyen d'ascension; travail intellectuel, moyen d'agrandir et d'élargir l'esprit, moyen de conquérir une situation prépondérante dans les classes dirigeantes.

Nous sommes à l'Université pour suivre la carrière magnifique du travail intellectuel, travail fécond, travail passionnant, travail sublime, travail qui donne à l'intelligence, la reine de nos facultés, des ailes pour s'élever jusqu'au savoir.

Dans cette université, les sciences les plus élevées sont représentées. théologie, droit, littérature, génie civil, pharmacie, art dentaire, et médecine. Pour nous étudiants en médecine, c'est cette dernière science que nous venons apprendre. la médecine avec ses découvertes enivrantes, ses mystères qui nous fascinent, ses bienfaits merveilleux, ses progrès sans cesse renouvelés.

Groupés autour des chaires de nos professeurs, nous apprécions leur dévouement inlassable, leurs connaissances solides et brillantes.

Je les entends qui nous disent : vous êtes jeunes. Ecoutez. Nous avons marché dans la voie du progrès; un jour viendra où vous nous succéderez : acceptez un conseil : allez, allez, toujours de l'avant et par les découvertes qui vous attendent, nous revivrons en vous et par vous. Pourquoi nous sommes à l'Université, je viens de vous le dire. Pourquoi sommes-nous à l'Université Laval? Comme je suis heureux et fier de répondre; combien je trouve facile de répondre. Il existe au Canada des races, diverses de langues, mais qui se réclament toutes du glorieux nom de Canadiens. Chaque race rêve de contribuer à la grandeur commune; chaque race s'y emploie de toutes ses forces, de toutes ses énergies. La lutte est ardente sur tous les terrains : dans l'agriculture, dans l'industrie, dans les sciences, chacune veut atteindre le premier rang.

Ambition légitime, ambition généreuse, ambition noble.

Or, l'Université représente une idée, elle incarne une aspiration; et elle veut que ses élèves, que ses étudiants proclament partout qu'elle prétend sinon à la première place, du moins à une place d'honneur. Au milieu de la mêlée qui pousse les rivaux à monter encore, à monter sans cesse, à monter toujours, les étudiants de l'Université Laval veulent être dans l'ascension, encore au premier rang. toujours au premier rang.

Ce n'est pas seulement un vœu que j'exprime, c'est un devoir que j'indique.

Nous sommes à l'Université Laval, parce que nous aspirons à former une élite, l'élite des canadiens-français. Je m'expliquerai mieux en disant que nous sommes à l'Université Laval parce-

qu'elle est une Université catholique et canadienne française ; parce que nous voulons rester catholiques et canadiens-français, parce que nous voulons rester fidèles à nos origines. Nos pères étaient catholiques et canadiens-français ; ils le furent simplement, héroïquement. Ce sang qui coule dans nos veines, c'est leur sang. Ce sang, qui ce soir, bouillonne dans nos veines ne saurait mentir. Ce cœur qui bat dans notre poitrine, qui bat avec fierté, ce cœur est catholique et canadien français. Et parce que nos ancêtres nous ont fait de sacrifices héroïques, de toutes les puissances de ce que nous sommes, au prix de luttes héroïques, notre être d'où s'échappent les aspirations de notre patrie, que parte un long cri de reconnaissance, que jaillisse une promesse de fidélité indomptable à nos origines. Nous en sommes fiers et nous ne les renierons jamais. Ces paroles ne sont pas une menace pour nos compatriotes des autres races : ils ont leurs aspirations que nous respectons et ils nous en voudraient d'abdiquer les nôtres. Ils vivent et nous aussi, dans une patrie où tous les hommes se tiennent debout. Or nous voulons rester debout et nous savons qu'ils seront les premiers à nous applaudir de nos fières résolutions.

Je parle foi et patriotisme ; mes paroles ne sont pas des mots d'exaltation, des mots de parade. Et je le prouve.

Qu'est-ce qui constitue la force, la prospérité, la grandeur, la gloire d'un pays ?

Le citoyen probe, le citoyen éclairé, l'homme qui s'applique à bien remplir son devoir, à être grand dans sa profession, est un patriote : celui-là sert son pays comme il doit le servir. Que l'agriculteur, fier de sa race, fier de ses compatriotes, soit un agriculteur laborieux, toujours en éveil, qui améliore la terre où sont morts les anciens où naissent les enfants, celui-là est un patriote. Et si tous les agriculteurs lui ressemblent, le pays qui possède de tels enfants peut se réjouir ; il sera grand.

Que le négociant, que l'industriel que tous les citoyens de toutes les classes fassent de même et le pays sera grand. Mais la grandeur d'un pays dépend aussi de ceux qui en constituent l'élite, que les avocats et les magistrats, que les hommes publics et les journalistes, que les médecins soient grands, et la race sera grande et grand sera le pays.

Voilà pourquoi nous sommes dans une uni-

versité catholique et canadienne-française.

Voilà ce qui constitue la différence entre l'Université Laval et les autres universités.

L'Université Laval fait parcourir à ses élèves la même carrière scientifique : mais l'Université Laval est catholique et canadienne-française et ses professeurs, comme ses élèves sont catholiques et canadiens-français.

Nous voulons étudier parce que la science est belle, nous voulons fréquenter Laval parce que Laval comme les autres universités représente une idée et une idée qui est noble, l'idée catholique et l'idée canadienne-française, nous voulons étudier à Laval parce que plus nous saurons, mieux nous pourrions servir notre pays.

Le patriote doit faire son devoir ; mais celui qui sait davantage peut davantage. Plus un homme s'élève, plus s'augmente la puissance rayonnante de l'influence. La conclusion, je l'énonce : elle est toute pratique.

Nous afficherons ce que nous sommes : Catholiques et canadiens-français. Dominant toutes les craintes, faisant taire toutes les objections, nous proclamerons notre foi, nous proclamerons notre nationalité, nous serons fiers de notre Université.

Choquons nos verres, et buvons avec enthousiasme à notre Alma Mater.

Arthur ROBICHON,
Président des E.E.M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médicale de Montréal.

SEANCE DU 6 MARS 1906.

M. Boulet, président, au fauteuil.

MM. les docteurs A.-A. Foucher, Albert Laramee, Al. Lesage, Trudeau, Marien, Bourgouin, Dion, de la Longue Pointe, Valois, Vaudreuil ; Décary, Hervieux, Lachance, Asselin, Plourde, Bousquet, J.-E. Laberge, Larin, Alf. Marcell, Damien Masson, St-Jacques, Daigle, Laeglius Ga-

gnier, Racicot, Rousseau, J.-N. Roy, Desmarais, F. deMartigny.

Le rapport de la dernière séance est lu et adopté.

PRESENTATION DES MALADES.

Le professeur Foucher présente un malade chez qui a évolué en même temps un chancre induré de la cloison avec esquille et un chancre induré de la paupière inférieure. La marche de la maladie n'a pas été influencée par 4 mois de traitement aux injections d'Enésol. Le professeur Foucher présentera au long l'observation de ce malade dans une séance ultérieure.

Le Dr. St-Jacques présente les photographies de deux malades atteints de tumeur du crâne. Il a observé l'un des malades, quant à l'autre, il ne l'a pas vu, il a trouvé cette photographie à l'Hôtel-Dieu.

Courrier des Hopitaux

Durant le mois de février 479 malades ont été hospitalisés, 276 hommes, 203 femmes.

Nous semblons traverser une épidémie de fièvre typhoïde, nous en avons reçu 28 cas durant le mois. La fièvre typhoïde évolue d'une manière assez bénigne, la convalescence est très longue chez nos malades.

L'Hôtel-Dieu vient de recevoir une nouvelle ambulance. C'est probablement la plus belle voiture d'ambulance de Montréal. Cette voiture est chauffée par un système de chaufferette, est munie de timbres électriques et peut transporter confortablement au besoin trois malades. C'est grâce à la charité inlassable de madame J. G. H. Bergeron et de ses amies que les révérendes Sœurs de l'Hôtel-Dieu peuvent mettre à la disposition des malades cette nouvelle ambulance. C'est un don princier.

Un des plus vieux praticiens de la province de Québec vient de disparaître dans la personne du Docteur F. X. Perrault, décédé à l'Hôtel Dieu le 7

mars courant. Quand les sœurs de la Providence prirent la direction de St-Jean de Dieu elles le nommèrent médecin en chef de l'institution, plus tard le gouvernement le nomma membre du bureau médical de l'institution, poste qu'il occupa jusqu'en 1904.

Il se dévoua toute sa vie aux malades, et pendant la dernière épidémie de choléra il resta 14 jours et 14 nuits sans se coucher, malgré toutes ces fatigues, grâce à sa robuste constitution, il atteint 81 ans.

Chronique de la Quinzaine

A la 'Société médicale des hôpitaux' (séance du 12 janvier 1906), la relation d'un cas d'"intoxication mercurielle thérapeutique suivie de mort et d'autopsie" a provoqué une très intéressante discussion, qui mérite d'être reproduite avec quelques détails :

MM. LeNoir et Camus ont observé une femme de vingt-sept ans, syphilitique, qui reçut quatre injections de sept gouttes d'huile grise. Ces injections ont été faites à une semaine d'intervalle les unes des autres. Or, rapidement après la dernière injection, apparurent des symptômes de stomatite ulcéreuse et gangréneuse, puis de l'albuminurie, de la diarrhée. La malade mourut du fait de cette intoxication, un mois après la dernière injection. A l'autopsie, on constata des lésions de gastro-entérite, très marquée et des lésions de néphrite aiguë.

Ce fait est de nature à rendre très circonspect dans l'emploi des injections mercurielles insolubles.

Enfin, plus récemment, Kühne a modifié cette classification de Schmidt-Mülheim. Il reconnaît aussi la formation de deux groupes de composés parmi les produits pepsiques; mais ils les désignent sous les noms de 'protéoses vraies' et de 'peptones vraies'. Le premier de ces termes est, comme on le voit, très mal choisi, puisque protéoses et peptones sont, comme nous l'avons dit au début de cet article, des termes synonymes et génériques. Les protéoses vraies de Kühne sont précipitées par le sulfate d'ammoniaque, alors que les peptones vraies ne le sont pas, tel est leur caractère spéci-

fique et différentiel. A l'aide de différents réactifs, Kühne parvint à isoler, dans le groupe des protéoses vraies, trois sous-groupes : les 'hétéroprotéoses', les 'protoprotéoses' et les 'deutéroprotéoses'. Les deux premiers sous-groupes forment les 'protéoses primaires' de Kühne, elles correspondent sensiblement au groupe des propeptones de Schimdt-Müllein. Quant aux deutéroprotéoses, ce sont les 'protéoses secondaires' de Kühne et ne possèdent pas les réactions propeptoniques.

Cette théorie de Kühne est celle qui, actuellement, est le plus généralement adoptée, mais il faut le faire sous toute réserve.

L'adrénaline en Therapeutique

L'adrénaline détermine dans l'appareil cardio-vasculaire des modifications fonctionnelles immédiates et des lésions anatomiques qui surviennent à la suite de doses répétées de substances active.

Les phénomènes immédiats consistent en une élévation marquée de la tension artérielle avec vaso-constriction intense et augmentation de l'énergie cardiaque.

Ces propriétés physiologiques ont été mises à profit pour combattre certaines manifestations morbides : hémorrhagiques, hypotension et asthénie cardiaque.

Par contre, l'usage de ce médicament est contre-indiqué quand la tension artérielle est élevée, quand les artères encéphaliques sont lésées, quand il y a un anévrisme artériel.

L'adrénaline agit avec plus de rapidité et d'énergie quand elle est injectée dans les veines. C'est quand elle est introduite par cette voie qu'elle se montre aussi le plus toxique. Les animaux chez lesquels on injecte la dose mortelle de poison succombent rapidement à l'œdème aigu du poumon; d'autres fois, ils meurent subitement, ou seulement au bout de quelques heures, parfois après avoir présenté de nouvelles attaques d'œdème aigu du poumon. Les doses qui produisent ces accidents sont très faibles et, de plus, elles sont variables. Carnot et Jossierand ont signalé cette dernière particularité chez le chien, et tous ceux qui ont étudié l'action de l'adrénaline l'ont constatée. Pour le lapin d'environ 2 kilogrammes, la dose mortelle varie d'un animal à l'autre de 1 à

de milligramme à 1 milligramme d'adrénaline en solution de 1 1000. Bien plus, la toxicité ne reste pas la même chez un même animal, quand on fait des injections répétées.

La toxicité de l'adrénaline est à peu près aussi grande par injection directe dans le parenchyme pulmonaire que par la voie veineuse. Un demi-centimètre cube de la solution au 1 1000 détermine une crise légère d'œdème aigu du poumon, 1 centimètre cube un accès mortel chez un lapin pesant environ 2 kilogrammes. Les animaux se comportent de la même façon qu'après l'injection intra-veineuse. Je pense donc que des accidents graves, notamment l'œdème aigu du poumon, sont à craindre à la suite de l'injection intra-parenchymateuse. Certes, Vaquez et Gailliard ont obtenu des résultats encourageants dans des cas d'hémoptysies, le premier en injectant dans le poumon VIII à X gouttes de solution d'adrénaline au 1-1000, le second en injectant 1 centimètre cube dans un cas et un demi-centimètre cube dans un autre cas de la solution au 1-1000, soit un milligramme et un demi-milligramme d'adrénaline au point où il suppose que se fait l'hémorrhagie. Néanmoins, je n'oserais pas conseiller de recourir à cette technique, même quand l'hémorrhagie est abondante.

L'instillation intra-tracheale est non moins dangereuse, ce qui s'explique aisément par la facile et rapide absorption des médicaments absorbés par cette voie. Aussi est-ce avec raison que MM. Bouchard et LeNoir n'ont injecté, avec succès d'ailleurs, que des quantités minimales, 1 centimètre cube de la solution au 1-10.000 et 1 centimètre cube de la solution au 1-5.000 dans la trachée de deux malades atteints d'hémoptysies. Des recherches expérimentales ont démontré que l'activité de l'adrénaline est grande quand on l'injecte par la trachée. Ces constatations sont peu favorables à l'introduction de l'adrénaline par la trachée.

Aussi bien, doit on toujours être très circonspect dans l'administration de l'adrénaline chez l'homme. Ce dernier, en effet, paraît être plus sensible à l'action de cette substance que les animaux de laboratoire. Cette particularité est surtout manifeste quand on injecte l'adrénaline sous la peau. J'ai vu succomber des lapins pesant 2 kilogrammes environ en un temps variant d'une demi heure à une heure à l'œdème aigu pulmonaire, après l'injection sous cutanée de 5 centi-

mètres cubes de la solution d'adrénaline au 1-1000, soit 5 milligrammes. Une dose de 4 milligrammes ne détermine pas d'accidents appréciables.

Or, il y a loin de ces doses relativement considérables à celles qui déterminent déjà des accidents chez l'homme, surtout si l'on tient compte de la différence de poids. Souques et Morel ont vu survenir des accidents chez des individus sains et chez des tuberculeux après l'injection hypodermique de 1 milligramme, parfois de 3-4 de milligramme d'adrénaline. Par contre, 1-2 milligramme était toujours bien supporté. Ces accidents consistaient en vertiges, nausées, vomissements, crises d'angor chez un individu qui avait déjà subi d'autres accès, mais beaucoup moins forts ; sensation de constriction thoracique avec angoisse chez des sujets qui n'avaient jamais présenté d'angine de poitrine. On n'injectera donc qu'une dose de 1-2 milligramme sous la peau. Ce n'est que dans des cas exceptionnels très urgents ou très graves qu'on aura recours aux doses de 3-4 de milligramme à 1 gramme.

On a reproché à l'injection hypodermique d'être inefficace. Expérimentalement on n'a pas obtenu d'élévation de pression, ou bien on n'a constaté qu'une ascension minime. Mais il est incontestable que, chez l'homme, l'injection d'environ 5 centimètres de Hg, comme l'ont constaté Souques et Morel, et une vaso-constriction périphérique très marquée comme l'ont observé Marcel Labbé et Ameuille. Peut-être l'ascension de la pression n'a-t-elle pas été notée chez les animaux, parce qu'elle survient plus tardivement qu'après l'injection intra-veineuse.

Les injections hypodermiques pourront donc être utilisées dans les cas où il faut agir énergiquement. malgré les faits négatifs de Jossierand, il est incontestable que Souques et Morel ont obtenu de bons résultats contre les 'hémoptysies'. Néanmoins, de nouvelles recherches sont nécessaires, tant au point de vue clinique qu'au point de vue physiologique, l'action de l'adrénaline sur les vaisseaux pulmonaires étant encore très discutée.

Par contre, l'action de l'adrénaline sur les 'purpuras' graves semble aujourd'hui bien établie, comme en témoignent les cas de guérison publiés par MM. Lœper et Crouzon et par Marcel Labbé et Ameuille.

La toxicité de l'adrénaline est beaucoup moindre quand cette substance est introduite dans

l'économie par la voie gastro-intestinale. Des doses de 5 centimètres cubes, 7 centimètres cubes, représentant 5 et 7 milligrammes d'adrénaline, sont parfaitement supportées et n'amènent aucune espèce d'accident quand elles sont injectées dans l'intestin grêle de lapins de 2 kilogrammes, comme je l'ai constaté au cours de recherches poursuivies au laboratoire de pathologie expérimentale de la Faculté. Ceci s'explique par l'action neutralisante du foie ; l'adrénaline absorbée par les veines mésentériques traverse la glande qui exerce la fonction antitoxique dont le professeur Roger a démontré l'existence.

On peut donner par la voie gastrique un demi-centimètre cube de la solution au 1-1000, soit un demi-milligramme par jour ; en cas de nécessité la dose sera augmentée jusqu'à 1 milligramme. Rénon et Louste n'ont pas arrêté une hémoptysie en faisant prendre l'adrénaline à l'intérieur ; ils ont été plus heureux dans un cas d'ulcère simple avec hématomésès.

L'adrénaline est souvent mise en contact avec les muqueuses pour obtenir l'ischémie. On l'emploie notamment en rhinologie. C'est pourquoi j'ai recherché si l'on peut amener des accidents graves d'intoxication en introduisant de grandes quantités d'adrénaline dans les fosses nasales du lapin. J'ai pu injecter 1 centimètre cube de la solution à 1-1000, soit 1 milligramme dans chaque narine d'un lapin de 2 kilogrammes, sans voir survenir aucun symptôme d'intoxication.

Nous venons de voir à quelles doses et par quelles voies il faut administrer l'adrénaline pour éviter les accidents toxiques immédiatement menaçants. Dans quelle mesure doit-on craindre les lésions anatomiques de l'intoxication chronique par cette substance ? On sait, en effet, depuis des recherches récentes, que l'injection intra-veineuse souvent répétée de petites doses d'adrénaline au lapin détermine chez cet animal une hypertrophie parfois énorme du cœur, des lésions athéromateuses de l'aorte et des anévrismes ; ceux-ci sont petits, cupuliformes, ou plus étendus ; on a même observé des anévrismes disséquants.

C'est par ces injections intra-veineuses qu'on détermine le plus facilement les lésions vasculaires. Je ne les ai jamais observées à la suite d'injections hypodermiques. Ces résultats négatifs ont été confirmés par la plupart des auteurs qui ont étudié la question Fischer.

L'injection dans la trachée du lapin, comme

l'a pratiquée Kulbs, déterminé facilement les lésions caractéristiques de l'aorte, ce qui concorde bien avec la forte toxicité de l'adrénaline introduite par cette voie.

J'ajouterai que j'ai instillé pendant longtemps de grandes quantités d'adrénaline dans les narines de lapins. Un premier lapin subit 18 instillations en cinquante jours et reçut en tout 6 milligrammes 25 d'adrénaline ; un deuxième reçut, en soixante jours, 10 milligrammes 45 d'adrénaline. Aucun de ces animaux ne présenta de lésions vasculaires.

Au bout de combien de temps et après combien d'injections intra-veineuses voit-on apparaître des lésions cardio-vasculaires ? J'ai observé des altérations très nettes chez un lapin qui avait subi 8 injections en cinq semaines et qui avait reçu dans les veines 1 milligramme 25 d'adrénaline. Kulbs trouve de petites altérations à la partie supérieure de l'arc aortique chez un animal qui a reçu 2 milligrammes 5 en dix jours par injections intra-veineuses quotidiennes de 0 milligramme 25 d'adrénaline chacune. Après 7 injections de 0 milligramme 5 tous les trois jours, un lapin qui a reçu 3 milligrammes 5 d'adrénaline en tout présente de belles plaques calcaires et de petites dilatactions anévrismatiques. On peut conclure qu'une dizaine d'injections intra-veineuses et une quantité totale d'adrénaline injectée d'environ 2 milligrammes 5 sont nécessaires pour produire l'athérome chez le lapin.

Par la voie trachéale, Kulbs a vu des altérations après l'injection de 3 milligrammes 4 en l'espace de vingt-deux jours et des lésions très intenses après l'injection de 4 milligrammes 6 en l'espace de trente-deux jours.

Il résulte de ces recherches que les lésions vasculaires se produisent surtout à la suite des injections intra-veineuses et intra-trachéales dont nous avons déjà rejeté la pratique pour d'autres raisons. Pour ce qui est des injections hypodermiques, nous avons vu que la plupart des auteurs n'ont pas observé d'altérations vasculaires à leur suite. Néanmoins, tenant compte de la plus grande sensibilité de l'homme à l'adrénaline, je pense qu'il faut recommander de ne jamais continuer la médication par l'adrénaline pendant longtemps, quelle que soit la voie par laquelle on fait agir le médicament. Il me semble qu'à ce point de vue il ne serait pas prudent de donner de l'adrénaline pendant plus de dix jours de suite,

extrême limite.

En résumé :

1.—L'adrénaline est contre-indiquée quand la tension artérielle est élevée, quand les artères de l'encéphale sont altérées, quand il existe des anévrismes artériels ;

2.—L'adrénaline ne sera injectée ni dans les veines, ni dans le parenchyme pulmonaire, ni dans la trachée ;

3.—On peut faire des injections hypodermiques d'adrénaline à la dose de 1-2 milligramme, 3-4 à 1 milligramme dans les vingt-quatre heures, sans jamais dépasser cette dernière dose, qui amène parfois des accidents toxiques.

L'adrénaline se donne aussi par ingestion à la dose de 1 milligramme par jour. C'est par cette voie que les accidents toxiques sont le moins à craindre.

Les badigeonnages de la muqueuse nasale intacte n'amènent pas d'accidents toxiques ;

4.—Quelle que soit la voie par laquelle on donne l'adrénaline, il sera prudent de ne pas continuer la médication plus longtemps que dix jours par crainte des lésions cardiaques et artérielles.

LA TUBERCULOSE DU LARYNX ET

L'AVORTEMENT.

Bollenhagen a présenté à la Société médicale de Wurtzbourg, deux petits fœtus résultant de l'avortement provoqué deux fois dans la même année chez la même femme atteinte de phthisie laryngée. Le Pr. Seifert avait donné l'avortement comme parfaitement indiqué. Dès que la femme fut délivrée, d'aphone qu'elle était, elle put parler de nouveau, la fièvre tomba et l'état général s'améliora d'une façon remarquable.

L'accord est loin d'être fait entre les accoucheurs sur la légitimité d'une pareille intervention. Tout le monde cependant reconnaît l'extrême gravité de la grossesse chez une femme atteinte de tuberculose laryngée. Il faut distinguer nettement l'avortement provoqué de l'accouchement prématuré provoqué. Au point de vue des conséquences pour la mère cette distinction est très importante.

ETIOLOGIE DU DIABETE SUCRE.

L'existence d'un état morbide, caractérisé par l'exagération de la sécrétion urinaire, de la soif et de la faim, accompagné de dépérissement et de cachexie, n'avait pas échappé à la sagacité des anciens observateurs. Mais longtemps on méconnut la nature intime et les causes de ce syndrome.

Jusqu'en 1848, on pensait que, le sucre se formant trop abondamment dans le tube digestif, un excès en passait dans le sang; cet excès, que les combustions organiques étaient insuffisantes à brûler, filtrait dans l'urine.

C'est alors que Cl. Bernard, par une série de mémorables expériences, fit voir que le sucre est un principe constant et fondamental de l'économie, et que le foie préside à sa fabrication, non seulement aux dépens des féculents, mais encore des matières grasses et azotées. Il montra, en outre, l'influence du système nerveux sur la glycogénèse hépatique. Bref, il fit la lumière sur la glycosurie et la glycémie. Mais on en ignorait encore les causes profondes. "Qu'on se fasse l'opinion qu'on voudra de cette maladie, disait-il en parlant du diabète, qu'on l'appelle une dystrophie constitutionnelle ou autrement, ce sont des mots vides derrière lesquels nous ne parvenons pas à cacher l'ignorance où nous sommes de sa cause réelle."

Cl. Bernard, avait montré que, en piquant le plancher du quatrième ventricule, on peut déterminer chez l'animal une glycosurie passagère. D'autres auteurs ont obtenu les mêmes résultats en lésant les olives bulbaires, les couches optiques, le vernis, la moelle et même des nerfs périphériques comme le pneumogastrique, le sciatique, le grand sympathique, etc.

En 1877, Lancereau établit une relation de cause à effet entre les lésions du pancréas et certains cas de diabète. Douze ans plus tard, von Mering et Minkowski démontrèrent que l'ablation totale du pancréas provoquait chez l'animal un véritable diabète sucré.

Aussi aujourd'hui distingue-t-on plusieurs catégories de diabètes :

1.—Le diabète essentiel ou diabète constitutionnel, ou diabète vrai, associé soit à la diathèse goutteuse, soit à une hérédité nerveuse ;

2.—Un diabète symptomatique :

- a) de lésions nerveuses, centrales ou périphériques, ou de névroses ;
- b) de lésions hépatiques ou pancréatiques.

Tandis que le diabète essentiel est un diabète gras, le diabète pancréatique est un diabète maigre. !

Le diabète constitutionnel est d'ordinaire révélé par divers accidents : balanite rebelle, troubles visuels, gingivite expulsive, démangeaisons, névralgies, douleurs musculaires, etc., etc., comparable aux petits accidents du brightisme et que Dieulafoy a nommé "petits accidents du diabète". A sa période d'état, il est caractérisé par quelques symptômes cardinaux : glycosurie, polyurie, polydipsie, polyphagie, auxquels viennent s'ajouter une foule de symptômes secondaires ou inconstants et des complications qui peuvent frapper tous les appareils et tous les tissus. Ce sont elles qui donnent au diabète toute sa gravité.

Les petits signes du diabète sont eux-mêmes des complications. Celles-ci apparaissent, en effet à toutes les époques de la maladie ; leur date d'apparition n'est régie par aucune règle. Si l'on voulait les classer, on devrait se fonder non sur leur chronologie, mais sur leur pathogénie. Les uns relèvent manifestement d'une auto-intoxication glycosique, les autres dépendent d'infections microbiennes surajoutées. Encore ces infections ne frappent-elles le diabétique que parce que ses tissus sont préparés à les recevoir par la glycémie. En dernière analyse, l'auto-intoxication glycosique est donc à l'origine de toutes les complications du diabète.

Il est donc essentiel chez un diabétique d'entraver la formation excessive du sucre. On y parvient à l'aide du régime alimentaire et d'une médication appropriée.

Le diabétique doit s'abstenir complètement d'aliments sucrés. On peut néanmoins lui permettre de sucrer son café ou son thé avec la saccharine. La bière et le lait lui sont permis, ainsi que les vins non sucrés.

Mais d'après Dieulafoy, le régime des diabétiques ne doit pas être ni trop sévère ni sévère d'emblée : les aliments féculents, les pommes de terre, le pain, ne doivent pas être absolument défendus, si leur consommation doit être restreinte, elle ne doit pas être complètement interdite.

Le diabétique ne doit jamais réprimer sa soif; qu'il boive de l'eau et qu'il en boive en quantité; il s'oppose ainsi à la déshydratation des tissus et favorise l'élimination du sucre.

Les médicaments employés contre le diabète ont pour but de diminuer la polyurie, la glycosurie, l'azoturie et d'empêcher la dénutrition. Ce sont les alcalins (sels de soude, de potasse, d'ammoniaque, de lithine), certains médicaments nervins (antipyrine, bromure de potassium, opium, belladone, valériane), les toniques et reconstituants (arsénicaux, quinquina, quinine, huile de foie de morue, kola, coca, ferrugineux). La préférence accordée par les divers auteurs à tel ou tel médicament tient à leur hypothèse sur la nature pathogénique du diabète.

Bouchard conseille d'accélérer les échanges nutritifs et d'obtenir l'utilisation du sucre au moyen d'une hygiène bien réglée et des iodures alcalins.

KOELLIKER.

L'illustre maître de l'histologie moderne vient de mourir à Wurzburg à l'âge de 89 ans. Koelliker était né à Zurich où il fit toutes ses études.

En 1839, il se rendit à Berlin où il devint l'élève de Johannès Muller. Après avoir étudié l'anatomie comparée à Zurich sous la direction de Henle et l'anatomie comparée des animaux aquatiques à Naples, il fut nommé à l'âge de 30 ans professeur de physiologie et d'anatomie.

Koelliker était non seulement un admirable savant, mais un grand voyageur. Il avait parcouru une grande partie de l'Europe et, en 1887, à l'âge de 70 ans il n'avait pas hésité à faire le voyage de Pavie, pour examiner des préparations du système nerveux faites par Golgi. Ses principaux ouvrages sont un traité d'histologie comparée (1852), un manuel d'histologie humaine, un grand ouvrage d'embryologie. On a en outre de lui plus de cent mémoires ayant trait à l'histologie.

C'est un grand savant qui vient de disparaître et c'est pour le monde scientifique une perte difficile à réparer.

Formulaire

Traitement des fissures de l'Anus

Purgatifs légers. Grands bains, bains de siège chauds quotidiens. Lavements émollients :

Glycerine	- - - -	50 grammes
Savon Marseille	- -	10 grammes
Eau bouillie chaude	-	250 grammes

Avant d'aller à la garde robe, onctions autour de l'anus avec la pommade suivante :

Chlorhydrate de Cocaïne	- -	2 gramme.
Vaseline	- - - -	40 grammes

Faire mettre matin et soir, un suppositoire contenant :

Chlorhydrate de Cocaïne	-	0 gr. 01 centigram
Extrait de Belladone	-	0 gr. 02 centigram
Beurre de cacao	- - - -	4 gr.

Cauteriser les surfaces malades avec le nitrate d'argent mitigé, et faire des onctions avec la pommade suivante :

Acide borique	- - - -	3 gr
Hydrochlorate de Cocaïne	- -	1 gr
Lanoline	- - - -	30 gr

Si la guérison ne se produit pas : Dilatation forcée de l'anus, sans chloroforme, en écartant vivement les pouces introduits dans le rectum, jusqu'à ce qu'ils soient arrêtés par le contact de l'ischion.

La lutte contre la tuberculose

Le Conseil municipal de Paris vient de prendre une délibération en vue d'ouvrir un crédit de 2,400 fr. destiné à rémunérer les travaux supplémentaires occasionnés au personnel des architectes-voyers et du Casier sanitaire des maisons de Paris par l'enquête entreprise, à la demande de la Commission spéciale de la tuberculose, dans les maisons reconnues comme les foyers permanents de cette maladie.

Bibliographie

Études sur le traitement des fractures des membres.

Par FR. GUERMONPREZ (de Lille)

Notes recueillies et mises en ordre par les Docteurs J. Guilloux, L. Eissendeck, J. Faidherbe, A. David, L. Merveille et Ad. Platel. Un volume in-8o de 1550 pages, avec 235 figures dans le texte. — Paris, 1906 ; J. Rousset, éditeur.

Prix : broché, 25 fr. ; cartonné, 27 fr.

Ce livre est un véritable monument scientifique, conforme aux saines traditions de l'ancienne et consciencieuse clinique. La préface, d'un homme (et d'un honnête homme), suffit à elle seule à indiquer l'esprit impartial et pratique qui préside à l'ouvrage tout entier. Le répertoire alphabétique conduit à des aperçus remarquables. (Le Réveil médical. Paris, 15 nov. 1905, p. 174.)

L'ouvrage est un véritable livre, et non un manuel, ou un répertoire d'idées courantes. Ce qui domine c'est l'unité de vues avec des expressions variées. L'idée fondamentale prétend harmoniser par ce traitement tous les éléments anatomiques du membre fracturé ; et c'est ce qui forme la ligne directrice depuis le moment où l'accident jusqu'à l'achèvement du traitement. Les chapitres sont écrits par différents auteurs ; il en résulte des tendances diverses et personnelles pour exprimer des principes, qui ne varient pas. C'est comme une école, où tout se tient avec la juste part laissée aux initiatives individuelles, et sans jamais se confondre avec les pratiques adoptées ailleurs. On s'étonne de rencontrer de nos jours une École, qui se tient à part autour d'une personnalité : ce n'est point banal : et cette considération suffit pour attirer l'attention sur un livre, qui traite la question des fractures des membres d'une manière qu'on ne trouve nulle part.

Les 22 chapitres sont inégaux. Plusieurs sont courts et se rapportent aux points les moins controversés ; d'autres sont très étendus, parce qu'on y rencontre des questions nouvelles ou du moins reprises et refondues de fond en comble. C'est, en effet, la première fois que l'on tente, sous cette forme, une sorte de répartition entre les soins traditionnels donnés aux fractures et ceux du massage et de la mobilisation qui passent pour des in-

novations. D'importantes recherches historiques acquièrent une portée pratique par leur rapprochement de plusieurs observations très modernes ; et une critique impitoyable conduit le lecteur à se faire une opinion nouvelle. Dans cette controverse, rien n'est bouleversé ; mais la routine est combattue sans cesse ; le sens clinique est recherché comme argument suprême. C'est donc une École, qui n'a rien de didactique, rien que l'on puisse résumer. C'est bien une école pratique, à laquelle aucune ressource moderne ne reste étrangère. On y voit la répartition entre la mobilisation, entre le massage et les appareils inamovibles. Parmi les chapitres les plus curieux sont ceux de la thecmothérapie et de la mécano-thérapie, qui sont devenus des moyens nécessaires auprès des victimes des accidents du travail : c'est la première fois qu'un ouvrage de chirurgie donne cette documentation avec tant d'abondance et de précision. Les deux derniers chapitres sont entièrement nouveaux ; ils se rapportent à la rééducation des mouvements et spécialement à la reconstitution de la marche chez les boiteux. De nombreuses observations et plus de deux cents gravures viennent à l'appui d'un enseignement donné depuis 30 ans dans une ville très industrielle où les ressources cliniques ne manquent pas. Un répertoire alphabétique facilite les recherches du praticien en fournissant la réponse aux problèmes si difficiles et si nombreux de la chirurgie moderne des accidents du travail pour les fractures des membres.

PREFACE	VII
CHAPITRE I.—Sur les conditions de la réduction des fractures des membres, par M. le docteur Platel	1
CHAPITRE II.—Sur les manœuvres pratiquées pendant le temps de la consolidation des fractures, par M. le docteur Platel	23
CHAPITRE III.—La part de l'électrothérapie dans le traitement complémentaire des fractures des membres, par M. le docteur Platel	51
CHAPITRE IV.—Massage et mobilisation, par Fr. Guermonprez et par MM. les docteurs J. Guilloux et L. Eissendeck	70

CHAPITRE V.—Recherches historiques sur le massage et la mobilisation, par Fr. Guernonprez - - - - -	92	CHAPITRE XXI.—La part de la mobilisation dans le traitement des fractures, même récentes, des membres, (suite) par M. le docteur A. Platel	491
CHAPITRE VI.—Amédée Bonnet et ses contemporains; discussions sur la mobilisation, par Fr. Guernonprez - - - - -	126	CHAPITRE XXII.—Bandages de contention des fractures des membres, par M. le docteur A. Platel - - -	532
CHAPITRE VII.—Un renouveau du massage et de la mobilisation, par Fr. Guernonprez	214	CHAPITRE XXIII.—Répartition entre la mobilisation et l'immobilisation après les fractures de jambe, par M. le docteur A. Platel et M. Louis Aubrée	559
CHAPITRE VIII.—La part du massage dans le traitement des fractures récentes ou anciennes, par M. le docteur A. Platel - - - - -	261	CHAPITRE XXIV.—Répartition entre la mobilisation et l'immobilisation après les fractures du poignet et de l'avant-bras, par M. le docteur A. Platel -	629
CHAPITRE IX.—Massage des fractures de cuisse, par MM. les docteurs Benoit Lebœuf et A. Platel - - - - -	291	CHAPITRE XXV.—Phases alternatives de mobilisation et d'immobilisation du genou, par M. le docteur Adolphe Platel - - - - -	644
CHAPITRE X.—Massage de la fracture de l'humérus, par MM. les Docteurs A. Platel et Lucien Merveille - -	331	CHAPITRE XXVI.—Divers soins pendant la convalescence des fractures des membres, par Fr. Guernonprez et M. le docteur A. Platel - - - -	717
CHAPITRE XI.—Massage de la fracture de l'avant-bras, par M. le docteur A. Platel - - - - -	339	CHAPITRE XXVII.—Divers soins pendant la convalescence des fractures des membres (suite), par Fr. Guernonprez et M. le docteur A. Platel -	838
CHAPITRE XII.—Massage des fractures du poignet, par M. le docteur A. Platel. - - - - -	343	CHAPITRE XXVIII.—La mécanothérapie et les blessés du travail, par M. le docteur Jean Faidherbe - -	1022
CHAPITRE XIII.—Massage des fractures du cou-de-pied, par M. le docteur A. Platel - - - - -	356	CHAPITRE XXIX.—La mécanothérapie pendant la convalescence des fractures des membres, par M. le docteur Jean Faidherbe - - - - -	1103
CHAPITRE XIV.—Massage et réduction des fractures du calcanéum, par M. le docteur Alphonse David - - -	366	CHAPITRE XXX.—La pratique de la mécanothérapie, par M. le docteur Jean Faidherbe - - - - -	1288
CHAPITRE XV.—Comment agit le massage? par M. le docteur A. Platel -	377	CHAPITRE XXXI.—La part de la gymnastique après les fractures des membres, par Fr. Guernonprez et M. le docteur A. Platel - - - - -	1344
CHAPITRE XVI.—Contre-indications du massage, par M. le docteur A. Platel		CHAPITRE XXXII.—La pratique de la gymnastique après les fractures des membres, par Fr. Guernonprez et M. le docteur Platel - - - - -	1404
CHAPITRE XVII.—Ce que sont les arthropathies juxta-fracturales, par M. le docteur Lucien Merveille - - -	390	FIGURES HORS TEXTE - - - - -	1503
CHAPITRE XVIII.—Caractères anatomiques des arthropathies juxtafracturales, par M. Lucien Merveille - -	404	AUTEURS CITES - - - - -	1535
CHAPITRE XIX.—Symptomatologie des arthropathies juxta-fracturales, par M. le docteur L. Mesveille - - -	413	REPERTOIRE ALPHABETIQUE - -	1548
CHAPITRE XX.—La part de la mobilisation dans le traitement des fractures des membres, par M. le docteur Lucien Merveille - - - - -	435		

Thérapeutique

Les résultats cliniques et l'application du Sérum antituberculeux.

Il y a deux ans, dans notre première communication sur le sérum, nous avons dit: Nous ne nous dissimulons pas que c'est seulement une expérience beaucoup plus grande que la nôtre, faite sur une échelle plus vaste qui pourra rendre un jugement définitif sur la valeur de notre sérum.

La condamnation sommaire et hâtive qui fut prononcée alors contre notre découverte, ne nous a pas empêché de réaliser le plan primitivement tracé, à savoir de soumettre le nouveau remède à l'examen rigoureux et objectif d'un grand nombre de cliniciens. Cette expérience, étendue et prolongée que nous désirions, est faite aujourd'hui, car nous ne nous sommes point tenus pour battus par l'accueil qui fut fait alors à notre travail. Pendant les deux années écoulées, le sérum a été employé par un nombre considérable de médecins. Aujourd'hui 27 publications, faites dans divers pays, nous permettent de connaître les résultats auxquels sont arrivés les auteurs. Nous y trouvons des observations pour la plupart très détaillées portant sur 350 malades traités par le sérum. C'est déjà un chiffre assez respectable, sans compter même un millier d'observations inédites, pour qu'on puisse en tirer des conclusions exactes. Celles-ci prennent d'autant plus de valeur que nous avons toujours insisté pour qu'on choisît parmi les premiers malades à traiter ceux qui étaient gravement atteints ou chez lesquels le mal progressait malgré tous les efforts thérapeutiques. Quoique cette ligne de conduite nous ait valu beaucoup de déboires, notre opinion reste néanmoins immuable, pour qui veut essayer d'une façon scientifique et sérieuse un nouveau remède contre une maladie chronique comme la tuberculose, il n'y a qu'un chemin à suivre, c'est de traiter d'abord des malades ayant des lésions assez avancées. Notre raisonnement était le suivant: des cas légers ou pris au début guérissent souvent seuls et ne peuvent donc prouver la valeur du sérum que s'ils sont encadrés par un nombre plus grand encore de cas plus graves. Nous ne fûmes pas compris. On a presque toujours, dans cette première période choisi des cas trop graves, désespérés, et en interprétant faussement notre idée

inspirée par des scrupules scientifiques, mais peu politique, nous l'avouons, on s'est empressé de tirer d'un petit nombre de tels cas des conclusions définitives et défavorables et de dénier au sérum toute valeur curative.

Nous avons conseillé aux cliniciens qui depuis deux ans ont entrepris l'œuvre difficile d'essayer le sérum sur des tuberculeux, de le faire sur des malades chez lesquels tous les autres moyens de traitement avaient échoué, et qui, par exemple se trouvant dans les sanatoria d'altitude, y ont gardé l'état fébrile ou qui ne manifeste aucune tendance d'amélioration.

Bref, nous avons voulu qu'on fit un choix de malades, non pas pour faciliter notre tâche, mais au contraire pour soumettre le sérum à une épreuve rigoureuse dont les résultats n'offriraient aucune prise à une interprétation équivoque. Nous pensons que des effets satisfaisants obtenus dans de telles conditions permettent de conclure que c'est le sérum, et le sérum seul, qui a produit le changement heureux et qu'en excluant tout autre traitement on était en droit de considérer l'action spécifique du sérum comme l'unique cause de l'amélioration et de la disparition du syndrome morbide. Ce n'est que dans les derniers temps, alors que les effets curatifs déjà observés avaient formé des convictions favorables au sérum, qu'on commença à élargir le champ de traitement et à appliquer notre remède aux malades de début. C'est pourquoi on ne trouve que peu de cas de cette nature dans les publications que nous citons. Les bons effets rapidement obtenus dans de tels cas forment maintenant un supplément utile pour la critique d'ensemble et, d'autre part, des malades traités "in extremis" permettent de fixer les limites physiologiques de l'action sérique.

On voit défiler, dans les publications qui servent de base à ce résumé, à peu près toutes les formes de la tuberculose et toutes les phases de la maladie. On y rencontre pourtant le plus souvent des cas à marche envahissante, avancés, graves même, souvent désespérés, qui, selon toutes les données cliniques, ne présentaient aucune chance d'amélioration possible. La conclusion qu'on peut tirer de cette diversité est l'expression de la vérité. Elle est rehaussée par le fait qu'elle ne se dégage pas de l'observation d'un seul, mais de l'opinion de beaucoup. Ces avis réunis forment la conclusion impersonnelle que nous voulons, en anticipant, résumer dans la formule suivante: Le sérum antituberculeux est un remède spécifi-

que ; il a une action curative indéniable.

Nous allons passer en revue devant vous, Messieurs, les résultats observés, pour nous étendre ensuite sur la question technique et sur les méthodes, les résultats observés, pour nous étendre ensuite sur la question technique et sur les méthodes d'emploi qui, au cours de ces longs et patients essais, se sont modifiées jusqu'à la forme qu'elles prennent aujourd'hui.

La plupart des malades traités étaient des pulmonaires. En choisissant des cas plus ou moins avancés, selon notre mot d'ordre, les médecins ne pouvaient pas s'attendre à des guérisons rapides, d'autant plus que le temps pendant lequel les tuberculeux furent soumis au sérum fut presque toujours relativement trop court. Et même, malgré la disparition complète des symptômes pathologiques que les médecins ont souvent eu l'occasion d'observer, ils ont prudemment hésité, avec juste raison, à prononcer le mot de guérison, parce que le temps écoulé depuis la cessation du traitement n'excluait pas la possibilité d'une rechute. Pour ces raisons, il serait faux, en étudiant le sérum, de diviser grossièrement les effets obtenus sous les deux rubriques "guéris" ou "non guéris". Nous avons un moyen plus délicat, consistant en un examen de détail, de démontrer d'une façon saisissante la spécificité et la réelle valeur de l'action sérique : nous décomposons le syndrome morbide en ses éléments et nous étudions les effets du sérum sur les symptômes principaux : la fièvre, la dyspnée, l'état général, la quantité des crachats et des bacilles, les altérations organiques qu'on peut constater par l'auscultation et la percussion. Si nous nous rappelons dans quel état se trouvait la majorité des malades, si nous lisons que les auteurs, pour mieux juger de l'effet du sérum, on évité tout changement de régime, et notamment la suralimentation, qu'ils ont supprimé toute autre médication, bref, qu'ils ont soumis leurs malades à la seule action du sérum, on avouera que l'influence favorable ainsi constatée prend une signification particulière et atteint quelquefois la rigueur d'une démonstration expérimentale.

Il m'est impossible de vous donner ici des extraits de ces nombreuses publications, que je citerai toutes dans la bibliographie. A les lire, on a la notion nette de l'évolution lente des connaissances et du développement progressif de la méthode ; on comprend combien il fut difficile d'ar-

river à un jugement et on conçoit la timidité des premières opinions favorables. Peu à peu pour chaque observateur le nombre des malades augmente et en même temps que l'expérience s'accroît, la conclusion énoncée prend une forme plus décisive.

Permettez-moi de vous citer les chiffres les plus caractéristiques ; nous les extrayons des travaux des auteurs qui ont disposé d'un assez grand nombre d'observations et qui, en s'appuyant sur des publications antérieures, ont pu profiter des premières expériences.

M. Dubard (de Dijon) a traité 35 malades dont 19 seulement ont pu être suivis assez longtemps. Parmi ceux-ci, 5 étaient "in extremis", 3 d'entre eux sont morts, 2 sont encore là. Cependant l'un de ceux qui sont décédés, porteur de lésions laryngées causant de la dysphagie, a pu après douze à quinze piqûres manger sans douleur, et au laryngoscope l'amélioration était constatée (diminution de l'infiltration et cicatrisation). Quatre cas graves fébricitants à lésions bilatérales ont profité grandement du traitement, l'amélioration fut chez tous manifeste, et chez un de ces malades elle consista en la disparition complète de tous les symptômes objectifs et subjectifs. Sept cas au début ont vu disparaître tous les signes pathologiques, et on pourrait les considérer, au moins pour le moment, comme guéris.

Enfin, sur 3 cas atteints de tuberculose chirurgicale, deux présentant de grosses adénites au cou, ont été complètement guéris par le sérum. Le troisième (ostéite sacrale) présente une amélioration manifeste, mais refuse de se faire enlever un séquestre, cause de la suppuration persistante d'une fistule.

M. Veillard a relaté 22 cas de tuberculose pulmonaire dont le traitement a été entrepris au sanatorium de Clairmont-sur-Sierre (Suisse). Tous ces malades y ont séjourné longtemps avant le commencement de la sérothérapie sans la moindre tendance à s'amender. Sept en très mauvais état pulmonaire et ne laissaient que peu d'espoir ; plusieurs, déjà en cachexie tuberculeuse avancée, devraient être considérés comme présentant un pronostic léthal à brève échéance. Chez un de ces malades à lésions cavitaires et étendues, le sérum a amélioré l'état de façon très appréciable. Sur 9 malades gravement atteints, 3 accusent une grande amélioration, 2 autres une amélioration notable ; 2 sont restés dans le même état. Il

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à la Prophylaxie de la Carie Dentaire.

La dent est l'organe indispensable entre les aliments et les organes de la nutrition.

CUVIER.

L'Étiologie de la carie dentaire reconnaît aujourd'hui la théorie chimico-parasitaire. La pathogénie de cette affection comporte donc deux stades complémentaires, le premier d'ordre chimique désagrégeant les éléments minéraux, et consécutivement l'envahissement microbien qui achève la destruction de l'organe.

Quoique le "leptothrix racemosa" semble se suffire pour accomplir la désorganisation complète de la dent, il convient d'appeler l'attention sur toute cause occasionnelle de la carie dentaire, décalcifiante en l'occurrence.

Car, à côté du leptothrix, il est une nombreuse flore bactérienne dont la bouche sert d'habitat qui épie, l'émail ayant disparu, l'accessibilité des canalicules de l'ivoire. L'Émail qui peut-être considéré comme le bouclier de la dent, étant formé surtout de phosphate et de carbonate de chaux, on conçoit que l'ennemi sera l'acide.

Ayant eu l'occasion de constater des dégâts dentaires, consécutifs à l'usage d'agents thérapeutiques ou concomitants avec certains régimes diététiques, il nous a paru opportun d'attirer l'attention de nos confrères en médecine générale, et de leur faire un courtois appel afin de prévenir des accidents de ce genre, soit en substituant des succédanés non-corrodants aux substances incriminées, soit en veillant à neutraliser leur nocivité. Nous exposons donc ci-après, à titre de memento, les médicaments susceptibles d'altérer l'organe dentaire, réservant pour un prochain article les causes occasionnelles dues aux fermentations alimentaires dans la bouche au cours des différentes diètes.

Parcourant la pharmacopée, nous trouvons au premier chef, "l'Alun" qui détruit si énergiquement l'émail (Wescott, Magitot) et prescrit fréquemment comme astringent sous forme de gargarisme, colutoire, insufflation dans les catarrhes des muqueuses du pharynx et du larynx. On le remplacera par le borate de soude (Roy) qui

jouit en outre de propriétés antiséptiques. Parmi les acides organiques très corrodants, nous relevons les plus employés :

L'ACIDE CITRIQUE prescrit à 10 p.c. contre la diphtérie ou en limonade rafraîchissante.

L'ACIDE LACTIQUE qui s'administre de 1 à 2 p.c. (c.-à-d. à dose déjà nocive) dans les diarrhées infantiles.

L'ACIDE ACÉTIQUE employé sous forme de mellite.

L'ACIDE TARTRIQUE ET LE TARTRATE DE POTASSE entrant dans la préparation de limonades rafraîchissantes.

Immédiatement après leur usage ainsi qu'après la prise des médicaments qui suivent, nous conseillons des gargarismes, soit avec de l'eau de Vichy, de Vals ou une solution bicarbonatée à 2 par cent.

Parmi les acides minéraux, également d'une grande mordacité est "l'acide chlorhydrique" préconisé dans les dyspepsies (hypochlorhydrie, etc.). On le donne encore assez souvent en gargarisme contre le scorbut ; on lui substituera à cet effet avantageusement le traitement suivant :
1o nettoyage mécanique des dents ; hygiène stricte de la cavité buccale. 2o. On prescrira, en outre un régime reconstituant approprié, le gargarisme suivant :

R.—Alcoolat de Cochléaria 100 gr.
Hydrate de chloral 10 gr. m.

Une cuillerée dans un demi-verre d'eau tiède, 8 à 10 fois par jour.

Il faut également proscrire l'acide chlorhydrique pour la catarrisation des ulcérations de la gencive, de la joue et des amygdales. On le remplacera par l'Iode ou le nitrate d'argent. Ce dernier remplacera également l'acide chromique sauf dans les ulcérations d'origine cancéreuse bien entendu.

L'ACIDE SULFURIQUE n'est pas inquiétant, sa posologie étant infinitésimale.

L'ACIDE CARBONIQUE, sous forme d'eau de Seltz, etc., est recommandé dans le but de combattre les vomissements et entre dans le régime contre l'anurie (on pourra lui substituer dans ce cas les carbonates alcalins. Il a une action commune à l'acide chlorhydrique.

LES ÉTHERS SULFURIQUE AZOTIQUE, indiqués comme stimulants ont des effets tout aussi désastreux.

On évitera l'emploi du "perchlorure de fer

dans la bouche en raison de sa réaction fortement acide et par conséquent de son action destructive sur les tissus dentaires (Roy).

On se méfiera également de la "créosote" qui se donne de plus en plus dans la tuberculose, elle ramollit l'ivoire.

Une antiseptie rigoureuse de la cavité buccale sera recommandée aux morphinomanes. Car la "morphine", non seulement diminue les échanges organiques "Manquat" mais provoque la sécheresse de la bouche (partant absence de l'alcalinité salivaire). De plus, on observe des éruptions, des abcès et surtout de la périodontite qui entraîne la chute progressive des dents.

Citons le "tanin", employé en insufflation dans les affections de la muqueuse pharyngée, qui est également nocif mais semble restreindre son action à l'ivoire et au ciment.

Il est des plus important de prendre des mesures prophylactiques dans l'administration du "mercure", en effet, l'élimination de ce médicament se faisant par les glandes salivaires, il peut en résulter de la stomatite mercurielle qui se manifeste par une inflammation intense de la muqueuse, de la sialorrhée et "l'ébranlement des dents." On recommandera donc aux patients soumis au régime hydrargyrique, une hygiène rigoureuse de la bouche et de fréquents gargarismes avec une solution de sublimé à 1-1000. Si toutefois, les accidents éclataient, ne pas hésiter à suspendre le mercure et continuer les lavages buccaux avec une solution de sublimé augmentant de 1-5000 à 1-1000 en huit jours. Le chlorate de potasse parut à tort autrefois être le spécifique de cette affection.

Sous l'influence des "ferrugineux", les dents noircissent, et il se forme un liséré noir au niveau du feston gingival dû à un composé noirâtre, qui serait de l'albuminate de fer pour les uns, du sulfate ou du tannate de fer pour les autres; mais, ces dépôts ne semblent avoir d'autres inconvénients que d'être incompatibles avec l'esthétique;

LE CHLORURE DE SODIUM aurait le même effet. Une visite trimestrielle chez le dentiste suffira pour empêcher que cette coloration ne devienne inaltérable.

A. D'ARGENT.

D. E. D. P.

Thérapeutique

Les résultats cliniques et l'application du sérum antituberculeux.

Par le Docteur Alexandro-Marmorek.

(Suite)

Stéphani publie le résultat de ces essais pratiqués pendant une année au sanatorium de Montana (Suisse). Il résume dix-sept observations ayant trait à des malades tous sérieusement atteints de bacillose et rebelles à toutes les tentatives thérapeutiques. Stéphani considère comme étant dus au sérum les résultats suivants: rétrocession des foyers pulmonaires, nouvellement formés, disparition rapide de frottements pleuraux, récemment parus, chute d'une courbe fébrile tenace. Neuf fois sur dix-sept, cette amélioration fut manifeste. Sur 7 cas de tuberculose à allure grave, à marche rapide et envahissante, cinq fois la maladie a été arrêtée net dans son évolution. Il ajoute:

" Quoique le sérum eût amené quelques malades bien près d'une guérison complète, nos observations sont trop courtes pour que nous puissions parler de guérison absolue."

Nous voulons encore citer les chiffres qui nous sont donnés par le Dr Waller, médecin du sanatorium de Holahult en Suède. Ses malades sont du nombre de ceux qui ont servi à la statistique de Lewin, mais nous tenons à donner en détail les résultats observés sur eux, car 77 p. 100 appartenaient au troisième stade de Turban. Huit malades ont reçu 22 à 24 injections, les 18 autres 11 à 14 injections. Voici les chiffres résumés par Waller. On constate pour:

Etat général, 75 p.c. d'améliorations dans le 1er groupe, 56 p.c. dans le 2ème.

Appétit, 50 p.c. d'améliorations dans le 1er groupe, 39 p.c. dans le 2ème.

Dyspnée, 63 p.c. d'améliorations dans le 1er groupe, 50 p.c. dans le 2ème.

Percussion, 25 p.c. d'améliorations dans le 1er groupe, 11 p.c. dans le 2ème.

Auscultat, 38 p.c. d'amélioration dans le 1er groupe, 39 p.c. dans le 2ème.

Fièvre, 38 p.c. d'améliorations dans le 1er groupe, 33 p.c. dans le 2ème.

(Il est à remarquer que sur les 26 malades 24 présentent de la fièvre).

Poids, 38 p.c. d'améliorations dans le 1er groupe, 56 p.c. dans le 2ème.

Crachats et bacilles, 75 p.c. d'améliorations dans le 1er groupe, 44 p.c. dans le 2ème.

On voit que les chiffres donnés pour la fièvre et l'auscultation sont presque identiques pour les deux groupes. On peut en tirer la conclusion que les premiers effets du sérum se manifestent assez rapidement. Dans la suite, les résultats, tout en progressant, sont plus lents à venir, et il faut continuer le traitement assez longtemps pour voir les symptômes s'amender davantage.

Au point de vue de l'action antifièvre du sérum, nous ne voulons point omettre deux autres statistiques intéressantes. Elles ont été publiées par M.M. Jaquerod (de Leyvin) et Frey (de Davos). Le premier a traité par des injections sous-cutanées sept cas fébriles de tuberculose pulmonaire avancée, restés stationnaires malgré un séjour prolongé au sanatorium d'altitude. Chez tous les sept, la fièvre est tombée à la suite de l'application du sérum. Frey s'est servi d'abord de la méthode sous-cutanée, et sur 8 cas ainsi traités, 5 sont devenus afebriles. Sur 16 autres malades, auxquels il a appliqué le sérum par voie rectale, quinze fois le résultat fut positif et complet. Il serait trop long d'entrer dans les détails des autres travaux, tels que ceux de Lathan (Londres), Richer et Lemieux (Montréal), Müller (Budapest), Klein et Jacobsohn, etc... On y constate des résultats analogues, quoique basés sur un nombre de malades moins élevé. On trouve pourtant dans cette bibliographie quelques cas rares chez lesquels la guérison définitivement obtenue apporte une preuve saisissante de l'action efficace et spécifique du sérum antituberculeux. Tel est le cas de tuberculose de la conjonctive bulbaire avec ganglions cervicaux rapidement envahis. M. Schwartz (de Gleiwitz) a obtenu dans ces deux cas par les injections de sérum un complet rétablissement. Je voudrais aussi mentionner le cas dont j'ai donné la description l'année dernière dans une conférence faite au St George's Hospital de Londres. Il s'agit d'un jeune homme atteint d'une tuberculose de vertèbres lombaires avec fistules stercorales multiples, suppurations ganglionnaires et ulcérations cutanées. Ce malade fut guéri après 27 injections, et cette guérison complète se maintient aujourd'hui encore,

plus de deux ans après la cessation du traitement sérique.

En général, on peut dire que les observations de tuberculose chirurgicale nous montrent des guérisons très fréquentes. Si on fait le relevé des cas publiés par Bassano (de Ventnor), Lewin, Jaquerod, Richer Latham, etc., on arrive à cette conclusion, que les résultats satisfaisants présentent une proportion de presque 80 p. 100. Les formes traitées étaient diverses : épидидymite, arthrite, ostéite, adénite, etc. Le premier symptôme qui s'amende rapidement et d'une façon constante, est la douleur. On remarque ensuite la diminution de la suppuration et de l'infiltration autour du foyer malade, la cicatrisation des fistules rebelles, etc... Nous ne voulons pas insister davantage. Chacune de ces observations nous apporte une nouvelle preuve de l'action générale et spécifique du sérum. Et tous ces travaux réunis donnent au lecteur la confirmation du jugement que nous avons noté plus haut.

Messieurs, une des plus grandes difficultés durant ce long essai fut de trouver, après de multiples tâtonnements, la bonne technique à suivre dans les applications du sérum. Déjà au début nous nous heurtions à des phénomènes d'intolérance des malades vis-à-vis du sérum. Ces phénomènes ne se montrèrent qu'après un certain nombre d'injections, déterminant des érythèmes, urticaires, arthralgie, etc... ; ils croissaient au fur et à mesure de la continuation du traitement. Il était donc évident qu'une injection prise séparément, ne causait pas ces accidents, mais que ceux-ci provenaient de l'accumulation des injections. Il fallait une patience très grande et qui fit défaut à nombre de médecins, pour surmonter ces gros obstacles. Ces accidents sériques fréquents au début (comme par exemple ceux qui furent publiés par M. Zélony, concernant trois malades) furent très souvent la cause de l'interruption du traitement où laissèrent dans les esprits une impression défavorable. De pareils phénomènes étaient alors peu connus, parce que jamais encore une maladie chronique n'avait été traitée par des injections répétées du sérum. Nous commençâmes à les étudier et constatâmes que les injections d'abord indolores et ne laissant aucune trace à l'endroit où elles avaient été pratiquées, devenaient sensibles et même douloureuses, à force d'être répétées. Après un très grand nombre d'injections, on pouvait constater des infiltrations locales, des rougeurs, des œdèmes, etc.

jection rectale ne produit aucun effet. D'après toute notre expérience acquise, on ne peut expliquer ce fait autrement que par le manque de passage de l'antitoxine à travers la muqueuse. Pour ces malades, on doit de nouveau recourir à l'application hypodermique. Les publications actuelles, quoique très affirmatives, ne suffisent pas encore pour fixer définitivement la place que la nouvelle méthode occupera dans la thérapeutique. Il faut pour cela attendre les résultats obtenus par un plus grand nombre d'observateurs. La méthode est facile et paraît exempte d'inconvénients inhérents à la thérapeutique hypodermique ; elle a déjà triomphé contre bien des hésitations qui se manifestent d'ordinaire envers toute application sous-cutanée. Est-elle appelée à prendre la place que cette dernière a occupée en matière jusqu'ici dans la thérapeutique ? On ne peut pas encore le dire, mais il est juste d'ajouter que toutes les apparences plaident en faveur de la nouvelle méthode. Enfermée dans des limites d'indications précises, elle rendra certainement de grands services. Déjà les premiers résultats acquis lui assignent une place que l'injection sous-cutanée doit lui céder. En présence de formes très graves, par exemple dans les cas de tuberculose méningitique ou méningo-méningitique, on n'hésitera pas à user de fortes doses rectales administrées tous les jours, car c'est là la seule voie qui permet d'incorporer pendant longtemps les doses dépassant de beaucoup celles qu'on emploie ordinairement. Ces dernières sont de 5 à 10 centimètres cubes et sont introduites quotidiennement à l'aide d'une seringue munie d'une sonde. On continue ainsi pendant douze à quinze jours et on accorde ensuite au malade un repos de huit à dix jours.

Messieurs, depuis deux ans, on a fait plus de 40,000 injections qui ont prouvé au moins l'innocuité du sérum antituberculeux. Il n'existe pas par conséquent de contre-indications à son emploi. Et vous avez vu qu'on l'a essayé dans toutes les phases de la maladie. Son usage est d'autant plus facile qu'il n'impose aux malades aucun changement de leur vie ordinaire. Ils vont et viennent, ils continuent leurs occupations ordinaires sans le moindre malaise. Nous avons déjà nous-mêmes constaté la possibilité du traitement des tuberculeux sans hospitalisation forcée. M. Dubard a réalisé, de son côté, le traitement sur les malades pauvres qui venaient dans son dispensaire sans interrompre leur travail. Il finit

sa communication par les phrases suivantes : " J'insiste sur ce point important qu'aucun de mes malades n'a eu à échanger son genre de vie, quelques uns ont continué à exercer leur dur métier. Ceci me suggère l'idée qu'on pourrait utiliser la création un peu partout des dispensaires pour appliquer ce traitement aux malades fréquentant ces établissements." Et M. Dubard a appliqué exclusivement la méthode des injections sous-cutanées.

Vous trouvez, Messieurs, dans plusieurs des travaux cités l'expression de " sérum double." Cela demande une explication. Ce sérum est actif à la fois contre le bacille de Koch et contre le streptocoque. On connaît le rôle de ce dernier dans la pathologie de la tuberculose ; on sait combien il se montre fréquent aussitôt que des ulcérations se forment dans les poumons et quelle part il prend dans la pathogénie de la fièvre hectique. Il était donc tout naturel d'essayer de combattre les effets de la streptococcie par le sérum anti streptococcique. On l'a essayé, simultanément avec le sérum antituberculeux, on a constaté que des malades dont les crachats contenaient le microbe en chapelet en grand nombre, furent mieux influencés par les deux sérums que par le sérum antibacillaire seul. Une fois ce résultat acquis, nous avons entrepris l'immunisation simultanée du même cheval contre les deux microbes. Un tel sérum double nous donne surtout de très bons résultats dans des cas de fièvre hectique.

Une question se pose à la fin : Combien de temps doit durer le traitement d'un cas de tuberculose ? Combien de fois doit-on reprendre les séries ? La réponse à cette question dépend naturellement de la nature, de l'extension et de la gravité de l'affection. Et le nombre des injections constatées jusqu'ici se meuvent entre 8 et 77 injections en dépendra forcément. Les deux extrêmes. Huit injections suffirent pour guérir un cas d'ostéoarthrite tuberculeuse de l'articulation sterno-claviculaire. Soixante-dix-sept injections ont été nécessaires pour déterminer la guérison définitive d'une tuberculose pulmonaire fébrile, avec petite caverne et ulcération laryngée. Il nous semble qu'on doit continuer la reprise des séries, en les espaçant de plus en plus, tant qu'il y a encore des symptômes morbides. On doit ajouter, en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, que le traitement doit durer tant qu'il y a des bacilles dans les crachats. Leur présence te-

nace dans les voies pulmonaires après la disparition complète de tous les autres signes morbides, nous paraît démontrer qu'ils se sont transformés en véritables saprophytes. Et en ceci, ils ressembleraient aux bacilles diphtériques dont la présence persiste dans la gorge des enfants guéris du croup. Mais il est probable que les bacilles momentanément avirulents pour leur porteur peuvent retrouver leur virulence et causer une rechute. Pour cette raison, on ne doit cesser le traitement sérique que quand le bacille de Koch a disparu et depuis longtemps.

Messieurs, tel est le bilan de cet essai de deux ans qui n'était possible dans toute son étendue qu'avec la collaboration de beaucoup de bonnes volontés de nos confrères. Nous leur devons une reconnaissance sincère et profonde. Leur résultat ont donné une place dans l'arsenal de thérapeutique à notre sérum si décrié lors de son apparition. Les résultats obtenus, si satisfaisants déjà, seront, nous sommes en droit de le dire après tout ce qui précède, encore meilleurs dans la suite, quand on appliquera aussi le sérum aux cas légers et de début.

Messieurs, l'ère des essais nous paraît terminée, celle de l'application pratique commence.

laquelle on ordonne aux diabétiques certains hydrates de carbone. Il cite la cure de pommes de terre de Mossé, celle de farine d'avoine de Voorden den. Enfin, le sucre ordinaire lui-même, administré à la dose de 35 à 100 grammes par jour, ferait, dans certains cas, diminuer la glycosurie, à condition qu'il soit ingéré par doses fractionnées, sous forme d'eau sucrée ou de café sucré, en dehors de l'alimentation et avant d'accomplir un travail physique.

Le glycogène à la dose de 2 grammes au maximum exercerait enfin une action remarquable sur le diabète, sans doute à titre d'excitant de la cellule hépatique.

“ Presse Médicale ”,

3 Janvier 1906.



LES HYDRATES DE CARBONE CHEZ LES DIABÉTIQUES

(Par Martinet)

Dans ce travail qui donne neuf observations personnelles, l'auteur distingue la tétanie d'origine gastrique dont il relate six cas, la tétanie de l'enfance avec deux cas.

Au point de vue du traitement la première indication est de combattre toutes les causes prédisposantes, telles que la diarrhée, les vomissements, certaines intoxications, etc. Dans la variété gastrique on devra pratiquer de fréquents lavages avec de grandes quantités de liquide chaud, soit de l'eau ordinaire, soit avec une solution saline normale ou quelque solution antiseptique légère, comme de l'eau boricuée. Greenfield recommande une solution composée de 8 grammes de phosphate de soude pour un demi-litre d'eau. Les purgatifs et les vomitifs peuvent également être efficaces et on ne doit jamais oublier les diaphorétiques et les diurétiques. Dans les formes qui sont associées à la gastrectasie il peut être certainement indiqué de pratiquer une intervention chirurgicale. Cunningham et Warbasse ont rapporté neuf cas traités chirurgicalement, avec une mortalité de 33,5 p. 100, tandis que la mortalité des cas traités par des moyens médicaux s'élève de 65 à 70 p. 100.

REVUES des JOURNAUX

Maladies générales non infectieuses

LA TÉTANIE. TRAITEMENT

(Par Campbell Howard)

L'auteur divise la question en trois périodes :

1^o La période classique, ou d'abstention ou réduction au minimum ;

2^o La période critique, née des dangers de l'application des règles de la première période et des progrès de la chimie, qui ont montré les différences existant entre l'assimilation des divers sucres ;

3^o La période révolutionnaire actuelle, dans

Les opérations de la gastrojéjunostomie ou de la pyloroplastie suppriment la stagnation du contenu stomacal et préviennent ainsi l'absorption des substances toxiques de quelque nature qu'elles soient.

Dans la tétanie de la grossesse et dans les cas associés à l'absence de la thyroïde, il est indiqué de faire suivre un traitement thyroïdien. Bramwell et Gottstein, Cabot ont obtenu des résultats très remarquables par l'extrait thyroïdien dans des tétaniques autres que celles de la grossesse. Maestro après avoir traité trois cas chez des enfants avec de la glande thyroïde crue ou légèrement cuite, conclut que cette méthode est extrêmement utile, car elle a toujours diminué l'intensité et la fréquence des attaques et a abrégé la durée de la maladie. On a, il est vrai, rapporté aussi des résultats négatifs:

Wassale a obtenu un très bon résultat chez un enfant atteint de tétanie par l'emploi de l'extrait parathyroïdien. Beidl cependant, dans la tétanie expérimentale chez des animaux parathyroïdectomisés, a trouvé que cet extrait ne donne que des résultats assez légers, alors que de fortes doses de glande thyroïde avaient donné des résultats surprenants.

Quant aux phénomènes spasmodiques, le repos absolu au lit, les douches sur le rachis, les bains froids, les enveloppements chauds, le bromure, le chloral, l'opium et d'autres médicaments ont été essayés avec peu de résultats. L'administration du chloroforme très légèrement poussée peut diminuer la gravité des attaques.

"The Am. J. of the M. d. Sc.,

Février, 1906.

TRAITEMENT DU GOÏTRE EXOPHTALMIQUE PAR LE SÉRUM ANTI-THYROÏDIEN.

(Par Newton Pitt)

Le goître exophtalmique exige souvent un traitement prolongé et on a employé des médicaments variés, tels que la digitale, la belladone, l'iodure de potassium et l'arsenic. Le résultat a parfois été nul et il a fallu recourir à l'opération. L'auteur dans quelques cas s'est servi du sérum de

chiens privés de leur corps thyroïde. Il injecta d'abord 5 centimètres cubes de ce sérum sous la peau, mais dans la suite il l'administra avec un succès égal par la bouche tous les deux jours. Cependant il s'agit ici d'un traitement assez coûteux, ce qui est un obstacle à sa généralisation.

La viande de chèvres éthyroïdées a été essayée mais sans aucun bon résultat. Sous l'influence du sérum antithyroïdien il a vu souvent diminuer la thyroïde et l'exophtalmie; le pouls est devenu plus long, la transpiration moins abondante, les forces et le poids se sont accrus et le tremblement, l'insomnie et d'autres symptômes nerveux qui ont été les seules causes de mort chez certains malades se sont rapidement amendés, et finalement les malades se sont trouvés dans un état relativement bon; quelquefois cependant il y a eu récédive, et il a fallu recommencer le traitement. L'auteur a traité six cas chez des femmes par cette méthode, en leur appliquant aussi le repos en plein air; toutes ont été très améliorées. Il n'est jamais survenu aucun résultat fâcheux, sauf dans un cas où la malade avait pris 240 doses sans consulter le médecin. Il survint alors des symptômes de myxœdème qui disparurent quand on suspendit le traitement.

"British Medicine Journal,"

10 Février, 1906.



TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BASEDOW PAR LES RAYONS DE ROENTGEN

(Par Widermann)

Présentation de trois malades, atteintes de goître exophtalmique classique, dont la glande thyroïde fut soumise à l'action de tubes mous. Les symptômes ont été modifiés dans une mesure minime, surtout l'exophtalmie et la tachycardie. Dans deux cas les modifications du système nerveux furent remarquables et dans tous les cas on observa une augmentation notable du poids; les conditions matérielles de l'existence n'ont pas changé en cours de traitement et chez une malade on fut obligé de prescrire une diète sévère pour combattre la polysarcie.

"Soc. de Méd. interne de Vienne,"

11 Janvier, 1906.

Maladies infectieuses

OBSERVATIONS CONCERNANT LA DYSEN- TERIE BACILLAIRE A BARMEN EN 1904 ET 1905

Ludke a utilisé uniquement, dans la grande majorité des cas, un sérum antidysentérique provenant de chevaux traités par des bacilles dysentériques. Après l'injection de sérum, le nombre des selles a toujours diminué notablement, l'état général s'est relevé, l'appétit a reparu. Dans un seul cas sur 24, le malade, traité au douzième jour seulement, succomba.

Le sérum, fourni par le Prof. Kruse, a été injecté à des doses variables, en générale de 10 à 20 cc.

“ Deutsche Med. Wochenschrift,
Nos 6 et 7, 1906.

DES INJECTIONS MASSIVES DE SOLUTION SALINE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIEVRE TYPHOÏDE

(Par J. Garcia Y Marín)

Les principales indications thérapeutiques qu'on doit remplir dans le traitement de la fièvre typhoïde sont les suivantes : a) détruire l'agent étiologique ; b) aider les moyens naturels de défense que possède l'organisme contre l'infection ; et c) favoriser l'élimination des substances toxiques d'origine microbienne et organique, dont la rétention est cause de l'état typhoïdique. Les injections salines constituent, d'après l'auteur, le traitement qui remplit le mieux les conditions mentionnées.

La solution à injecter est composée de 7 grammes de chlorure de sodium pour 1000 d'eau distillée ; la température sera de 38 à 40 degrés ; stériliser à l'autoclave à 120 degrés ; la quantité sera de deux litres au moins. La vitesse du courant variera suivant le cas et la tolérance du malade.

Les injections massives de solution saline déterminent les phénomènes suivants : augmentation de la tension sanguine ; abaissement de la température précédé d'une élévation passagère ; augmentation de la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures ; abondantes évacuations diarrhéiques et sudations profuses ; excitation des fonctions glandulaires et du système nerveux.

Le mode d'action des injections massives de solution saline est très complexe. L'auteur croit qu'elles agissent en régularisant le métabolisme général de l'organisme, en qui résident les moyens naturels de défense que l'économie possède contre l'infection.

“ Thèse de Madrid.”

Septembre, 1905.

CHIRURGIE

TRAITEMENT RATIONNEL DES FRACTURES DES OS LONGS

(Par P. Bouchet)

Si les fractures traitées par les appareils plâtrés ne donnent pas toujours, les résultats parfaits que l'on semble devoir attendre d'une contention parfaite après réduction, ce n'est pas, comme on pourrait le croire, qu'on eût mieux fait d'adopter la mobilisation comme méthode de traitement, mais parce qu'on a renoncé trop tôt aux appareils amovibles qui permettent de surveiller la réduction. En effet, celle-ci ne se maintient pas les jours qui suivent l'accident. La déformation a tendance à se reproduire sous le plâtre, à la faveur du gonflement. Il faut donc avoir recours, pour les fractures de jambe au vieil appareil de Scultet, qui est supérieur à tous les autres. Ce n'est que six, huit et dix jours après la fracture qu'il faudra appliquer un plâtre qui demeurera trente-cinq à quarante jours. Celui-ci n'aura qu'à assurer le bon résultat au point de vue de la forme, puisque la réduction se maintient alors spontanément. Ces fractures, on le sait, sont les plus difficiles à traiter. A l'humé-

rus, des attelles croisées latérales peuvent permettre d'obtenir, selon cet auteur, une bonne consolidation, sans qu'il soit utile de recourir au plâtre. Au fémur, l'appareil à extension d'Hennequin lui, semble bien le meilleur.

"Bull. Médical,"

7 Février 1906.



TRAITEMENT OPERATOIRE DES FRACTURES SIMPLES

M. Arbuthnot Lane est partisan du traitement opératoire de toutes les fractures et croit que cette méthode ne doit plus rencontrer aujourd'hui de détracteurs, le danger étant devenu nul entre des mains exercées. On trouve donc dans cet article la description des daviers avec lesquels il saisit les fragments et des perforateurs assez simples dont il fait usage, ainsi que des radiographies montrant les résultats obtenus en coaptant les fragments suivant les cas avec des " fils d'argent ", des " clous à vis ", des " agrafes ". On peut soutenir que la restauration de la forme qu'il poursuit ainsi est devenue au si nécessaire, puisque possible, que celle de la fonction. Cette pratique rendra surtout des services dans l'âge avancé en diminuant la durée du séjour au lit, si funeste, et les résultats sont d'ailleurs tout aussi bons chez les vieillards que chez les jeunes gens.

"British Medicine Journal,"

18 Novembre 1905.



SUTURE DE LA CLAVICULE FRACTUREE

Chez un jeune homme ayant eu la clavicule fracturée, au bout de trois semaines, il n'y avait pas trace de consolidation. M. Taylor fit la suture des fragments avec un fil d'argent et obtint seulement alors la coaptation osseuse. Il a eu l'impression qu'on aurait dû la faire plus tôt et qu'on éviterait ainsi une grande perte de temps. Chez les femmes fracturées avec déformation due

à une tumeur vicieuse, il est tout particulièrement indiqué d'avoir recours à la suture, dès que la consolidation paraît retardée.

"British Med. Journal,"

18 Novembre, 1905.



OSTEOTOMIE SOUS-TROCHANTERIENNE CONTRE LA LUXATION CONGENITALE DOUBLE

(Par le Dr Coville)

A signaler l'amélioration de la marche obtenue chez les malades déjà âgés, lorsque la réduction ou la reposition sont impraticables, en faisant d'un seul côté, le plus faible, " l'ostéotomie sous-trochantérienne. " C'est ainsi qu'a agi M. Coville (d'Orléans) chez une fille de treize ans dont la démarche était celle d'une infirme. Le côté droit lui prêtait un appui suffisant, la tête fémorale étant bien fixée dans la fosse iliaque externe, où on la sentait rouler. Quand au membre gauche, il était plus fléchi que le droit. Il y avait aussi de la scoliose à grande courbure, à convexité gauche. Pour toutes ces raisons, le chirurgien s'en prit au membre le plus defectueux et qui, par son croisement avec l'autre, accentuait le plus la difformité. Il fit une ostéotomie linéaire sous-trochantérienne du fémur gauche. Incision de 3 centimètres, permettant quelques coups de ciseau. Ni suture, ni drainage; application d'un appareil plâtré immobilisant la cuisse en rectitude absolue et en abduction à 15 degrés pendant deux mois. Puis, pendant quelque temps, extension continue sur le genou fléchi, pour assurer la consolidation. L'enfant marche fort bien avec une semelle surélevée; ce résultat fonctionnel est donc très satisfaisant.

"Annales Méd. Chirurgicales du Centre,"

9 Novembre, 1905.



LE SERUM ANTITUBERCULEUX DE MARMOREK

(Par le Pr Hoffa)

L'auteur a traité une quarantaine de cas, souvent pendant des mois, au moyen de ces injections, sans avoir trouvé d'inconvénients à cette

médication. Dans un cas de tuberculose chirurgicale avancée, l'effet fut négatif, mais dans beaucoup d'autres cas l'influence sur la température, l'état général et les abcès a été très net : ces derniers guérirent plus rapidement qu'à l'ordinaire.

La réaction locale, au point d'injection, a été violente dans un tiers des cas environ, mais au bout de vingt-quatre heures, en général, tout était rentré dans l'ordre. Comme ces phénomènes présentaient, malgré leur innocuité, quelques inconvénients, on parvint à les supprimer en administrant le sérum par le rectum. Depuis six mois, ce mode d'administration est le seul employé et il a donné toute satisfaction. En dehors de la facilité technique de leur emploi, ces lavements présentent ce grand avantage de permettre l'administration du sérum pendant des mois, sans que l'activité thérapeutique entre en décroissance.

L'auteur conclut en attirant l'attention sur cette médication aussi inoffensive qu'utile.

“Berl. Klin. Wochenschrift,”

19 Février, 1906.



QUELQUES OBSERVATIONS DE CHIRURGIE CRANIENNE

(Par le Dr Miguel Rayo)

L'ouverture du crâne, bien que datant des époques préhistoriques, est arrivée aujourd'hui à un tel perfectionnement que la mortalité qu'elle détermine n'est pas plus grande que dans la plupart des opérations courantes.

Dans les blessures par armes à feu, l'intervention est justifiée, mais non les tentatives imprudentes pour extraire la balle.

Dans les fractures de la voûte crânienne, l'abstention est la règle : la discussion sur l'opportunité de l'intervention est permise quand il n'y a pas de blessure, mais seulement dépression peu marquée des fragments ; quand la dépression est grande ou s'il existe une plaie, l'intervention est justifiée, et si elle est faite de bonne heure, le malade en retirera plus de bénéfice.

Elle est encore indiquée dans les contusions anciennes du crâne, dans lesquelles les symptômes locaux ou généraux s'accroissent.

Dans les abcès au cerveau, l'opération doit être faite immédiatement après les avoir diagnostiqués, on préférera la craniectomie à la trépanation, et l'incision au bistouri à la ponction par laquelle on s'expose à ne pas trouver le foyer malgré qu'il existe.

La craniectomie large est aujourd'hui le traitement le plus actif et le plus utile dans les épilepsies traumatiques, sans qu'il soit prouvé que, pour obtenir la guérison, il faille extirper les centres épileptogènes, car, même après leur extirpation, les attaques convulsives continuent ou reparaissent.

La tuberculose des os du crâne de forme circonscrite guérit par l'opération dans la plupart des cas, mais nécessite l'extraction des séquestres, le raclage des fongosités, etc. ; comme dans les autres tuberculoses chirurgicales, il faut arriver à la complète destruction de la lésion tuberculeuse, et un traitement général doit mettre les malades guéris en état d'éviter de nouvelles invasions du bacille.

La trépanation, dans les cas de ramollissement cérébral est inutile, au moins quant à présent, bien qu'on puisse espérer qu'avec le temps les foyers limités de ramollissement cérébral finiront par être traités chirurgicalement.

Les lésions tuberculeuses du cerveau, difficiles à différencier des tumeurs et abcès, réclament l'intervention : l'extirpation, si elles sont enkystées et énucléables et l'incision suivie de drainage, si elles sont ramollies. Dans quelques cas rares on peut obtenir la guérison.

Dans les tumeurs cérébrales de la duremère ou communiquant avec l'appareil auditif (cholestéatome), l'extirpation est l'unique traitement efficace, limité souvent par la difficulté ou l'impossibilité d'une extirpation totale, par l'hémorragie ou le collapsus qui sont les deux complications les plus à craindre de l'opérateur.

Pour les encéphalocèles, l'unique traitement utile dans quelques cas est l'extirpation ; les autres méthodes proposées doivent être rejetées comme inutiles et dangereuses. L'extirpation, surtout quand l'enfant ne compte que quelques mois, donne quelques guérisons et s'impose malgré l'infection méningée à laquelle elle expose et qui est la cause de la mort de beaucoup d'opérés.

Dans la microcéphalie, l'ouverture large du crâne perd des partisans. La craniectomie décom-

pressive peut donner quelques améliorations et est cependant indiquée dans quelques cas.

"Revista de Especialidades."

Madrid, Septembre, 1905.



DE LA SUTURE NERVEUSE



On sait que les fonctions des nerfs sectionnés se rétablissent généralement après une suture bien faite. Aussi la suture nerveuse est-elle devenue aujourd'hui classique et bien réglée. M. Regnier nous apprend toutefois qu'il y a lieu parfois à une deuxième intervention. Dans deux cas, l'un de compression du nerf radial par un cal huméral, l'autre de paralysie sensitive et motrice par section du cubital, la libération ou la suture ne donnèrent pas le résultat espéré. Il fallut dans les deux cas libérer de nouveau le cordon nerveux enserré dans une gangue fibreuse ; et presque aussitôt les troubles disparurent. Telle est donc, sans nul doute, l'interprétation qu'il faut donner à quelques échecs de la suture.

"Soc. de Chirurgie,"

7 Février, 1906.



INJECTIONS PREVENTIVES DE SERUM ANTISTREPTOCOCCIQUE DANS LES OPERATIONS BUCCALES

Le Dr Ch. Willems voudrait voir adopter pour les opérations intra-buccales, notamment pour "l'uranostaphylorrhaphie", la méthode des injections préventives de sérum antistreptococci que.

On sait en effet que, parmi les nombreux micro-organismes que renferme la bouche, le streptocoque occupe la première place. Or, le succès "est à la merci de quelques gouttes de pus."

Ces vues théoriques se sont trouvées justifiées dans la pratique, par d'extraordinaires résultats. plus de teinte grise ulcérée, plus de suppuration

et ce, malgré la suppression de tout lavage ou de tout traitement consécutif. L'auteur conseille de ne pas dépasser 20 centimètres cubes de sérum la veille ; on peut en faire autant le jour même après l'opération. Il serait bon de ne pas atteindre les hautes doses préconisées par quelques-uns (Denys, Lauwers), qui, chez les jeunes enfants, peuvent donner de la fièvre, de l'articulaire, etc., conditions défavorables à l'opération.

4o Massage très doux du biceps sural à sa partie externe et des muscles fessiers ;

5o Mouvements divers pendant la station debout : marche, rotation du pied en dehors et en dedans. Exercices d'assouplissement, rééducation des muscles vertébraux.

"Comm. au Congrès fr. de clin.,"

Octobre, 1905.



OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS AIGUES PAR L'HYPEREMIE PASSIVE

(Par Fritz Colley.)

Après avoir essayé avec succès le traitement de Bier sur les membres, l'auteur l'a appliqué à des cas plus compliqués et plus difficiles, d'abord dans un cas d'abcès enkysté de la fosse iliaque chez un homme qui présentait les symptômes d'une infection septique grave, au point qu'il refusa de pratiquer une opération. Cependant il appliqua entre les côtes et la crête iliaque une grande ventouse dans laquelle on fit le vide avec une pompe. Les frissons cessèrent le troisième jour, la résistance au point de McBurney disparut il n'y eut pas de suppuration et on ne constata pas de pus dans les selles. Quelques mois après l'appendice fut enlevé, on le trouva oblitéré et adhérent au caecum, mais l'auteur ne va pas jusqu'à attribuer l'issue favorable exclusivement à la stase. Les exsudats périmétriques et les salpingites gonococciques soumis à l'application d'une grande ventouse placée à droite ou à gauche au dessus de la symphyse suivant le cas et en élevant le bassin ont très souvent donné des résultats satisfaisants. Il est évident qu'on ne peut soumettre à ce traitement les femmes ayant une paroi abdominale très épaisse.

Des résultats parfois merveilleux ont été obtenus par la méthode dans la mastite puerpérale et les bubons inguinaux. L'auteur a appliqué ce traitement à dix cas de mastite avec un résultat que ne donnent ni les incisions, ni les cataplasmes. Dans un cas où la suppuration était démontrée par la ponction aspiratrice, la température était redevenue normale au bout de cinq jours, et sept jours après le début du traitement qui consista en deux applications quotidiennes de la ventouse pendant dix minutes, la malade se sentant guérie, cessa le traitement. Le sein était absolument normal lorsque la malade se fit examiner au bout de trois semaines. Sur trois cas d'ostéomyélite aiguë traités par la méthode de Bier, deux ont guéri sans nécrose, dans l'un il fallut inciser un abcès. Le troisième cas s'est présenté dans un état de septicémie trop avancée et a succombé après les incisions profondes. L'application du traitement hyperémique faite ensuite n'apporta aucune modification. Avec le traitement de Bier, les gros furoncles et les anthrax ne sont plus incisés que d'une façon exceptionnelle, et dès la deuxième ou la troisième séance le bourbillon s'élimine. Si l'on commence le traitement dès la première apparition du furoncle, celui-ci disparaît à la première séance. Jamais l'auteur n'a eu à se repentir d'avoir traité de cette manière les furoncles de la face, même de la lèvre supérieure. Toutefois certaines observations montrent qu'il faut être très prudent dans l'application de la bande ou de la ventouse chez les diabétiques, et qu'il vaut mieux s'abstenir s'il s'agit de cas de diabète grave, car on peut déterminer de la gangrène de la peau.

Par contre, les lésions exzémateuses humides ont très bien guéri par le traitement, sans qu'on eût besoin de faire aucun autre traitement général ou local.

Le traitement par l'hyperémie semble agir plus favorablement quand on fait prendre de grands bains de 12 à 15 minutes à 36 degrés-37 degrés. Mais il vaut mieux s'en abstenir dans les affections cutanées et surtout dans l'eczéma humide. La bande doit être enlevée avant le bain. Enfin l'auteur est convaincu que le traitement par la bande se généralisera bientôt, tout comme le chloroforme, les injections de sérum, et qu'il est destiné à renverser nos idées sur l'inflammation et son traitement.

"Munch. Med. Woch.,"

6 Février 1906.

LA MOBILISATION DES MEMBRES INFÉRIEURS DANS LE TRAITEMENT DES PHLEBITES

(Par G. Berne)

Pour l'auteur, il y a lieu de respecter le plus possible l'évolution du caillot et la production du cordon fibreux dû à la phlébite adhérente ; les massages, même réduits à l'effleurage, doivent être absolument proscrits au début : on ne les orilsera qu'avec le plus grande prudence, même un mois après disparition de tout phénomène fébrile. Jusqu'à la fin de la quatrième semaine, décubitus rigoureux : défendre toute tentative de s'asseoir sur le lit. L'effleurage, extrêmement léger, sera borné à la région superficielle du pied et à la partie du pied où l'œdème semblera prédominer.

Du vingtième au trente-cinquième jour, mobilisation des arceaux et du tarse, flexion et extension du pied. Du quarantième au cinquantième, très légers mouvements de flexion et extension du genou et redressement, s'il y a lieu, de l'équinisme du pied. S'il y a hydrarthrose du genou, malaxation légère du pourtour de la rotule et pansement ouaté compressif. Vers le cinquante-cinquième jour, on commence à incliner les membres inférieurs au dessous du plan du lit pendant deux ou trois minutes : dès qu'une teinte violacée se manifeste, on place les jambes au-dessus du plan de lit et on applique une bande légère en coton élastique, partant du pied, non serrée, pendant quelques heures.

Le lendemain, on fera soulever le tronc du malade sans fléchir les cuisses sur le bassin, et progressivement on arrivera au moment où la malade (il s'agit des phlébités survenues après les couches) pourra s'asseoir sans fatigue.

Après avoir mesuré, par tâtonnements successifs, le degré de résistance des veines à la pression verticale, on cherchera à placer la malade debout. En cas de vertiges, on cessera ces essais.

Puis vient la période de gymnastique médicale, qui se composera des mouvements suivants :

1^o Élévation passive et active des membres inférieurs au-dessus du plan du lit ;

2^o Mouvements de "circumduction" passifs et actifs du membre inférieur ;

3^o Mouvements de rotation de l'ensemble du membre inférieur en dehors et en dedans (activement et passivement) ;

40 Massage très doux du biceps sural a sa partie externe et des muscles fessiers ;

50 Mouvements divers pendant la station debout ; marche, rotation du pied en dehors et en dedans, Exercices d'assouplissement, rééducation des muscles vertébraux.

" Soc. de Médecine de Paris,"

10 Février, 1906.

raideurs articulaires par des mouvements forcés et des manipulations appropriées. Les bons résultats dépendent probablement de la disparition des liquides qui stagnent dans ces tissus et de leur remplacement par du sang artériel pur quand on enlève la ligature.

" The Brit. Med. J., "

27 Janvier 1906.

— ❖ —

— ❖ —

SUR L'ANESTHESIE MEDULLAIRE,

L'ARRET DE LA CIRCULATION LOCALE COMME AGENT THERAPEUTIQUE

(Par Krecke)

Par W. Stewart

L'auteur décrit une méthode de traitement des affections articulaires et en particulier de l'arthrite rhumatoïde, d'après le type des méthodes d'hémostase ou compression appliquées en chirurgie. Elle consiste d'abord à vider les veines de leur sang par l'élévation du membre et la compression, puis à arrêter pendant un temps court la circulation artérielle et la circulation veineuse par une ligature élastique placée autour de la partie supérieure du membre. On agit ainsi sur la circulation de deux façons ou en deux phases qui correspondent à deux états opposés d'anémie ou flux artériel, la première exerçant une action absorbante, la seconde une action stimulante. On peut faire quatre à six applications dans une séance, d'une durée de deux minutes pour chacune et laissant entre elles des intervalles de deux minutes. Trois applications à chaque séance peuvent suffire dans la plupart des cas, et il est utile de faire deux séances par jour. Les résultats cliniques de cette méthode ont consisté dans le grand soulagement de la douleur pendant la période d'anémie ; il n'y a pas de douleur consécutive, mais une sensation agréable de chaleur après avoir enlevé le tourniquet. La tuméfaction due à l'infiltration a subi une diminution très marquée après la première séance ; les tuméfactions plus consistantes diminuent graduellement et lentement de volume ; il y a une amélioration marquée dans la mobilité des articulations qui ne sont pas atteintes d'ankylose. Lorsqu'il est possible de faire l'anesthésie locale au-dessous de la ligature, on a le grand avantage d'agir sur les

L'auteur a employé l'anesthésie médullaire chez 35 malades depuis le mois de mai dernier, 25 fois avec la stovaine et 10 fois avec la novocaïne. La technique a été exactement celle de Tuffier ; piqûre entre la deuxième et troisième ou la première et deuxième lombaire, en position assise, le dos fortement penché en avant. En général on a employé 0,05 de stovaine ; la novocaïne l'a été à la dose de 0,10 avec III gouttes de suprarenine. L'anesthésie médullaire a été employée dans les opérations d'hémorroïdes, de prolapsus rectal, de fistule, de cancer du rectum, de hernie, dans les opérations sur les membres inférieurs, le testicule, dans la cystoscopie, la lithotripsie et les tumeurs de la région inférieure de l'abdomen. On s'est abstenu d'injections dans les opérations abdominales, car même avec une bonne anesthésie, la traction du péritoine est toujours très douloureuse.

Sur 35 opérations, il y a eu 4 insuccès où il fallut recourir à l'anesthésie générale. Dans 3 autres cas, l'opération fut d'abord indolore, mais la sensibilité reparut au bout de quarante minutes, de sorte qu'on dut revenir à l'anesthésie générale.

Il y a à signaler un cas de mort, mais l'anesthésie médullaire n'en est peut-être pas responsable. Il s'agissait d'une hernie étranglée chez un homme de soixante dix ans, une grande portion de l'intestin grêle était déjà gangrénée, et au moment où l'on devait dilater le collet du sac, le malade entra dans le collapsus, les pupilles se dilatèrent et le cœur cessa de battre. Tout fut inutile pour ranimer le malade. La ponction lombaire avait évacué un liquide assez fortement

sanguin. En l'absence d'autopsie il est assez difficile d'incriminer l'anesthésie médullaire. Dans deux autres cas on observa un collapsus grave, mais passager ; dans ces deux cas, c'est la novocaïne qui avait été employée. Quelques malades ont éprouvé en outre une sensation de pression sur la tête, de légers vertiges, des sueurs. Après l'anesthésie, quelques-uns ont éprouvé des douleurs de tête plus ou moins violentes, parfois accompagnées de vomissements, qui sont survenues soit le jour de l'opération, soit trois ou quatre jours après. Ces céphalalgies ont été extrêmement pénibles dans plusieurs cas. Un malade a présenté des phénomènes d'irritation méningée très accentués. L'anesthésie a été mieux supportée par les sujets âgés et affaiblis, ce que Bier avait déjà fait remarquer. Tous ces faits font que l'anesthésie médullaire ne peut être employée d'une façon générale, mais qu'elle est indiquée surtout dans les cas où une anesthésie générale paraît dangereuse, chez les sujets âgés, les cardiaques, les artério-scléreux et dans les affections pulmonaires. L'anesthésie médullaire peut être recommandée dans les opérations sur le périnée et l'entrée du vagin et même dans l'hystérectomie.

"Munch. Med. Woch.,"
6 Février, 1906.

solution aqueuse de biiodure de mercure à 1.500. Toute cette stérilisation ne doit pas prendre plus de dix minutes. En tout cas les mains, les instruments, etc., sont rincés à l'eau stérilisée afin d'enlever tout excès d'antiseptique qui pourrait dans ces expériences empêcher le développement des micro organismes dans les tubes de culture. Mais sur 51 tubes essayés il y en eut 9 qui furent infectés, aussi l'auteur modifia la stérilisation des mains en trempant celles-ci à la fin de l'opération pendant trois minutes dans un liquide ainsi composé :

Alcool commercial à 90 degré ...	930
Acide chlorhydrique commercial.	40
Eau	330
Sublimé	1

De cette manière il n'y eut aucune infection par les staphylocoques, dans un cas un tube présentait des spores d'un bacille non pathogène. Il est donc possible de stériliser complètement les mains ou du moins de les débarrasser de toute bactérie pathogène, par une méthode simple et rapide. Le port des gants pendant l'opération n'est donc pas nécessaire, sauf dans les cas où celles de l'opérateur sont difficiles à stériliser ou sont facilement lésées par les antiseptiques.

"The Practitioner",
Février, 1906.

STERILISATION DES MAINS

(Par Atkinson Stoney,

Des expériences ont été faites par l'auteur pour chercher s'il y a nécessité à porter pendant les opérations des gants dont l'usage offre certains désavantages. La question est donc de savoir si l'on peut stériliser absolument les mains et, dans le cas contraire, si les micro organismes qui restent sont ou non pathogènes. L'auteur s'est servi de la méthode suivante pour stériliser les mains ; broyage avec une brosse à ongles stérilisée avec de l'eau aussi chaude que possible et du savon phéniqué pendant cinq minutes en changeant l'eau plusieurs fois. Frictions avec la gaze stérilisée imbibée d'alcool méthylique, immersion des mains pendant une minute dans une

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

L'HYPERESTHÉSIE DE LA MUQUEUSE DE L'ESTOMAC ET SON TRAITEMENT.

(Par Dutton Steele)

La suppression de la cause de l'hyperesthésie est la partie la plus importante du traitement. Dans 35 cas, l'auteur compte 14 femmes et 21 hommes. Chez les femmes les symptômes gastriques ont semblé être une manifestation névropathique. Le surmenage a paru jouer un rôle important dans la genèse de l'état neurasthénique. Dans quelques cas, l'abus du tabac a été en cause ; dans d'autres, on a pu incriminer l'alcool et la morphine. Certains facteurs entretiennent l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique, c'est

d'abord une alimentation déficiente ; comme le malade souffre, il prend des précautions exagérées et s'alimente mal, ce qui entretient son état neurasthénique. Dans certains cas, il existe un degré variable d'anémie mais pas de chlorose ; l'auteur croit que cette anémie entre pour une certaine part dans les troubles de l'estomac.

La constipation est très fréquente dans l'hyperacidité, fait qui a été constaté par d'autres auteurs, notamment par von Noorden qui y voit une cause directe d'hyperacidité. Steele a obtenu de très bons résultats des grands lavements d'huile d'olive dans ces cas, surtout quand la constipation datait de longtemps.

S'il y a de l'hyperesthésie, il faut neutraliser l'acidité gastrique dès que le moment de la digestion est passé. Les alcalins seront donnés en quantité proportionnée au degré d'acidité. L'auteur donne du carbonate de magnésie et du bicarbonate de soude à des doses qui varient de 0,30 à 1 gr. 20 ; en cas de constipation il y ajoute de la poudre de rhubarbe. Les alcalins doivent être donnés en général deux heures après le repas.

Les sédatifs nerveux constituent ensuite une des parties les plus essentielles du traitement de l'hyperesthésie surtout au début. Tels sont les bromures, les valérianiques, le jamboul et l'asa foetida. Leur action est très utile dans les cas d'hyperesthésie avec faible acidité. Lorsque les symptômes aigus ont cédé, on peut alors combattre la neurasthénie par exemple avec du fer et de la noix vomique. Dans certains cas on peut avoir recours aux sédatifs locaux de la muqueuse gastrique, au sous-nitrate de bismuth, à la belladone et à l'atropine.

L'alimentation doit être légère et non irritante, quelle qu'en soit la nature. Dans les premières périodes on aura recours au lait, aux œufs, sous diverses formes, aux purées de légumes, à la viande râpée. Plus tard, quand l'irritation cède, on augmente le régime suivant l'état de la sécrétion gastrique et l'état de nutrition du patient. On peut recommander ici la crème et le beurre qui agissent en diminuant l'acidité et en relevant la nutrition.

Pour combattre les crises aiguës d'hyperesthésie on emploie le lavage de l'estomac qui agit plus rapidement que les alcalins et les sédatifs. Si les paroxysmes se montrent le soir et la nuit, on fera un lavage complet vers 6 heures du soir qu'on

fera suivre d'un repas composé de soupe aux œufs et de lait. Souvent les paroxysmes ressemblent aux crises douloureuses de l'ulcère et, pour les combattre, le mieux est de prescrire le repos au lit et l'alimentation rectale jusqu'à ce que la crise soit passée. Les cas les plus rebelles d'hyperacidité associée à la douleur et aux vomissements sont les cas d'hypersecretion, et très probablement les vomissements et la douleur sont dus au spasme du pylore, mais l'étiologie de l'hypersecretion et de l'hyperacidité est la même dans ces cas et on doit leur opposer un traitement analogue.

"Therapeutic Gazette,"

15 Janvier, 1906.

— ❖ —

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DANS L'ADOLESCENCE

(Par Wilfrid Broeckaert.)

1er Février, 1906.

Les vomissements tiennent à beaucoup de causes ; dans des cas très rares, la cause réside dans l'hyperexcitabilité limitée des nerfs sensitifs et moteurs de l'estomac. A part cette sensibilité de l'innervation gastrique, l'état nerveux général est normal, sans excitation, les réflexes cutanés sont même très diminués. On ne peut arriver au diagnostic de ce dernier état que par exclusion successive des différentes autres sortes de vomissements dont on recherchera les causes. Mais il importe surtout de chercher en dernière analyse ce qui provoque cette sensibilité de la muqueuse gastrique. Méconnu dans sa cause, le vomissement ne répondra pas au traitement. Un cas de ce genre traité pour vomissement nerveux d'origine centrale par des bromures, des opiacés, un régime réconfortant, ne fait qu'aggraver le mal et épuiser le malade. L'auteur cite ainsi un cas de vomissements continus chez un jeune homme de 16 ans, ayant grandi très vite, mais qui n'est ni hystérique, ni neurasthénique, ni nerveux. Il est atteint de dyspepsie et d'anachlorhydrie, par suite d'une mauvaise hygiène et d'un régime déficient chez un jeune homme déjà affaibli. Cependant cette dyspepsie ne suffit pas à expliquer ces vomissements incoercibles. Il faut admettre ici une instabilité spéciale de l'estomac. Il faut y ajou-

ter un reflux biliaire dans l'estomac, exaspérant encore l'excitabilité locale.

Le traitement a consisté à mettre l'estomac sensible et malade au repos. Pour rétablir le cours normal de la bile et combattre une constipation opiniâtre le malade prit une forte limonade au citrate de magnésie. Des lavages d'estomac le matin à jeun, des enveloppements chauds humides à l'épigastre, du lait et des œufs pendant trois jours, le tout suivi aussitôt d'un régime mixte rigoureusement prescrit, de légumes bien cuits; le calme et le repos au lit surtout après ces repas améliorèrent très vite la situation. Une cuillérée à café de sel artificiel de Carlsbad fut prise tous les matins. L'eau de lavage ne ramena bientôt plus de bile à jeun, les vomissements disparurent complètement au bout de trois semaines et les selles devinrent dès lors régulières.

Congrès international d'anthropologie criminelle.

Le VI^e Congrès international d'anthropologie criminelle s'ouvrira à Tunis, le 28 avril 1906. Il promet d'être des plus brillants, tant par le nombre et la qualité des congressistes, que par l'importance des communications. On sait que l'Italie tient actuellement le premier rang pour l'étude des questions de la criminalité. Les principaux rapports auront trait aux questions suivantes: Traitement des jeunes criminels dans le droit pénal et dans la discipline pénitentiaire (Von Hainel); Traitement des femmes criminelles (Pauline Tarnowsky); Rapport entre les conditions économiques et la criminalité (Kurella); Equivalence des diverses formes de psychopathies sexuelles et de criminalité (G. Lambroso); L'anthropologie criminelle dans l'organisation scientifique de la police (Ottolenghi); la valeur psychologique des témoignages (Brusa); Prophylaxie et thérapie du crime (Ferri); Etablissement de détention perpétuelle pour les criminels déclarés irresponsables par infirmités d'esprit (Sarofalo).

Cet exposé sommaire des questions qui seront traitées montre quelle ampleur prend chaque année l'anthropologie criminelle et combien il serait à souhaiter que médecins et magistrats s'y intéressent de plus en plus dans notre pays.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médical de Montréal.

SEANCE DU 20 MARS 1906.

Présidence de M. Boulet.

MEMBRES PRÉSENTS: MM. Cléroux, Hervey, Larin, Marien, Mercier (Oscar) Asselin (Elie), de Martigny (Fr.). Dubé, Roy, R.J. N.) Valois, Plourde, Masson R.R.), Bourgoin, Racicot, Rousseau, Handfield, Desmarais, Lebel, Laramée.

— ❖ —

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre du secrétaire de l'Association Méd.-Chirurgicale du district de Joliette au sujet de l'opportunité pour les Sociétés Médicales de publier leurs comptes-rendus dans un journal de médecine. La question est renvoyée à l'étude du comité de régie.

M. St-Jacques présente des malades chez lesquels il a pratiqué une suture métallique tardive pour fracture de la rotule.

M. Boulet donne lecture d'une notice nécrologique sur M. de Wecker extraite des "Annales d'oculistique" de Paris.

Sur la proposition de M. Boulet appuyé par M. Roy (J.N.)

La société Médicale de Montréal joint ses regrets de deuil à ceux qu'éprouve la science ophtalmologique par la perte d'un de ses représentants les plus distingués, M. de Wecker, décédé à Paris, en janvier dernier.

M. St-Jacques, présente des pièces pathologiques:

Une main gangrenée par suite d'une emphyse de l'artère axillaire. Tumeur du sein.

M. St-Jacques présente ensuite deux observations de dégénérescence cancéreuse de kyste sébacé du cuir chevelu.

MM. Dubé, Mercier O., Larin et Marien prennent part à la discussion.

M. Mercier O., rapporte un cas intéressant de déchirure du vagin.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'emploi de la Scopolaminé dans l'éclampsie

(Par Albert Laurendeau, M.D., St-Gabriel de Brandon)

Obs. I. Monsieur J.P., vint à mon bureau le 9 février 1906, me consulter au sujet de sa femme âgée de 22 ans, primipare, dont la grossesse remonte à huit mois, pour divers petits malaises bien connus des accoucheurs qui ont quelque expérience. Je me fais remettre quelques onces des urines de ma cliente, lesquelles contiennent une quantité énorme d'albumine. Je prescrivis un laxatif léger, et je mets la malade au régime lacté stricte.

Le lendemain, Madame P., qui réside à quatre milles de mon bureau, me fait appeler ; et j'arrive à point pour constater que l'accouchement qui a débuté une couple d'heures plus tôt, progresse rapidement. La présentation est normale et les choses vont bon train, étant donné que ma parturiente est une primipare. Deux heures d'attente, quelques légères plaintes, vingt-cinq ou trente gouttes de chloroforme à la période ultime de l'expulsion, et tout était fait.

J'allais me retirer, après avoir ordonné de bien suivre le régime prescrit la veille, lorsqu'une remarque de la jeune mère attira mon attention : elle se plaignait d'un léger mal de tête. En serrant mon examen, je constate un peu d'amaurose, de légers vertiges ; au bout de quelques instants, la malade s'agite, se tourmente dans son lit, et enfin deux heures après la délivrance, une franche attaque d'éclampsie éclate.

Aussitôt la crise passée je donne deux injections hypodermiques, dont l'une de un cinquantième de gr. de scopolamine associée à un cinquième de gr. de morphine, et l'autre de 15 gts. d'extrait fluide de *veratrum viride*. Tout d'abord, le pouls monta rapidement de 80 à 120 ; puis de dur qu'il était, il devint mou fluide, et se ralentit peu à peu. La jeune accouchée n'eut aucune autre attaque d'éclampsie, et s'éveilla parfaitement bien après sept ou huit heures d'un bon sommeil. Les relevailles furent normales.

Obs. II. — Madame E. B..., primipare, 23 ans, — à terme, — réside à 9 milles de chez moi. Je

me rends auprès d'elle le 18 février 1906, à quatre heures le matin. J'apprends qu'elle avait eu une série d'attaques d'éclampsie, dont la première à 10 heures p.m. la veille, une seconde à minuit ; puis les crises allèrent se répétant d'heure en heure.

Dès mon arrivée, j'ai même été témoin d'un accès vraiment terrible, séparé du précédent mo dit-on par une demie-heure seulement. Le spectacle était hideux. Tout à coup dans le décor d'une sombre nuit et pendant qu'une tempête faisait rage au dehors, la malade ouvre des yeux démesurément agrandis, son regard s'immobilise, et semble fixer quelque objet lointain, puis survient une série de battements rapides des paupières ; les globes oculaires se convulsent dans l'orbite et se portent en haut, ne laissant voir que le blanc de la sclérotique, tels ces bustes de plâtre aux yeux impressionnants ; les ailes du nez battent, les lèvres se pincent, la tête oscille de droite de gauche, s'arrête, pivote, puis reste fixée de trois-quarts.

L'instant d'après, la scène change ; la tête se renverse brusquement en arrière, le tronc se cambré, les membres se raidissent en extension, la respiration s'arrête, la face devient livide, violacée, la langue est poussée au dehors, les arcades dentaires machonnent et les lèvres sont souillées de salives sanguinolante.

Enfin le troisième acte commence ; les muscles de la face se mettent à danser, les globes oculaires exécutent des mouvements circulaires rapides, la langue projetée hors des lèvres pend et s'agite en tous sens, la figure devient turgescence, bouffie, comme celle d'un cadavre de noyé. Deux ou trois voisines ignorantes qui assistaient la malade n'avaient pas eu l'idée d'interposer un corps étranger entre ses mâchoires durant les crises précédentes, aussi le lit, les oreillers étaient ils couverts de sang, et un flot d'écume sanguinolante s'échappait de ses lèvres, projeté au hasard, dans des efforts de toux.

Madame B... est complètement inconsciente depuis la troisième attaque.

À quatre heures et quart, je donne deux injections hypodermiques, dont l'une de scopolamine au cinquantième, et de morphine au cinquième de grain, et l'autre de 15 gouttes d'extrait fluide de *veratrum viride*. Quelques minutes plus tard je constate que le pouls est à 135. À quatre heures et trois quart, les pulsations sont presque in-

comptables . environ 160 , mais à cinq heures, la radiale donne 120.

Je suis très étonné de constater qu'à la suite de l'injection de scopolamine, la malade bouge, remue et finit même par s'agiter. Cette agitation va augmentant jusqu'à cinq heures et demi, alors qu'elle eut une nouvelles attaque. Toutefois, cette attaque est très mitigée par l'atténuation des contractures, de même que par la durée des convulsions. Les personnes présentes estiment que cette dernière crise est notée moins forte que les autres. Quelques minutes plus tard, (5.10 heures) je répète les injections hypodermiques de scopolamine morphine et de veratrum viride. A six heures, le pouls est à 125, et la malade absolument calme ; je reconnais bien là le calme ordinaire de la scopolamine. Cependant la respiration a une allure si particulière, que je crois devoir en faire la remarque : c'est quelque chose comme un type-Cheyne-Stokes modifié. Après un long silence, au lieu des inspirations profondes et répétées comme pour reprendre l'air et le temps perdu, chez ma malade, ces arrêts respiratoires temporaires étaient suivis d'inspirations faibles, lentes, comme si l'hématose était véritablement ralentie. A huit heures le pouls est à 100, et la température normale. J'avais observé que durant la nuit la malade avait de temps à autre des tranchées qui allaient s'éloignant vers le matin ; ces tranchées disparurent complètement dans le cours de l'avant-midi. Lorsque je quittai cette jeune femme, vers 11 heures a.m., elle dormait paisiblement ; le pouls, la respiration et la température étaient à peu près normaux, le col utérin fermé, et l'enfant semblait bien.

Lorsque deux jours plus tard j'ai été appelé pour terminer l'accouchement de cette femme, j'ai appris que deux ou trois heures après mon départ étant encore sans doute sous l'effet de la scopolamine et peut être aussi de l'intoxication éclamptique, elle avait eu une véritable crise de manie aiguë, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. Elle se levait subitement, courait au buffet, au poêle, réclamait à manger, est même allée jusqu'à frapper les personnes qui s'opposaient à ses des-

sirs. Tout à coup vers cinq heures p.m., elle reprit connaissance parfaitement, se renseigna sur ce qui s'était passé, apprit avec étonnement les divers incidents de la nuit et de la matinée précédente, et devint docile comme un enfant. Lors-

que je l'accouchai elle était parfaitement bien, sauf les lésions qu'elle s'était faites à la langue et qui étaient encore loin d'être guéries. L'enfant vint au monde normalement.

Je ne prétend pas porter ici un jugement définitif sur la valeur de la scopolamine dans l'éclampsie ; parce qu'il ne suffit pas de deux cas pour fonder une opinion ferme, - et ensuite parce que je lui ai associé le veratrum viride. Ce que je veux, c'est simplement attirer l'attention des accoucheurs sur cet alcaloïde merveilleux.

Depuis que je fais de l'obstétrique, mon traitement des éclamptiques a beaucoup évolué. Jadis j'étais un enragé défenseur du traitement classique : saignée, chloral, chloroforme, bromure, etc et j'eus une belle série d'une quinzaine de succès rapportés dans l'Union Médicale, à une époque déjà lointaine.

A la suite d'un insuccès, j'adoptai le traitement au veratrum, fortement recommandé par les auteurs américains surtout, et par quelques-uns des confrères canadiens, entr'autre par Gauthier, et DeCotret. J'eus encore une série blanche de huit cas, mais mon neuvième me faussa compagnie l'an dernier ; voilà pourquoi je propose maintenant d'associer la scopolamine au veratrum viridé, ce dernier étant manifestement bon, mais insuffisant dans tous les cas.

Ma seconde observation parlant d'elle-même, je ferai peu de commentaires sur l'usage de l'alcaloïde anesthésique contre l'éclampsie : en ces cas les plus belles théories du monde, les plus savantes conceptions, ne valent que si elles sont appuyées sur les faits, sur l'expérimentation.

Mais s'il m'était permis de bâtir une hypothèse sur ces deux seules observations à mon actif, voici, comment je m'y prendrais :

Je crois que deux processus concourent à la production de l'état éclamptique.

1.° " L'intoxication de l'économie, 2.° l'hypertension vasculaire. La combinaison de ces deux syndromes amène un état d'hyperexcitation des centres nerveux qui se manifeste par des décharges intermittentes et inconscientes d'influx nerveux. C'est un peu l'analogie de la bouteille de Leyde ou de l'accumulateur trop chargé dont le fluide à un moment donné, rompt toutes les résistances et se précipite au hasard et sans contrôle.

La scopolamine et le veratrum viride répon-

draient admirablement aux deux indications primordiales de cette hypothèse : La première en valant le centre nerveux, la seconde en abaissant la tension vasculaire.

Sans doute que les hypothèses sont un peu comme ces tentes que les aborigènes bâtissaient jadis : elles ne servent qu'à délasser notre imagination et à reposer notre raison momentanément, le temps parfois de faire une autre construction plus digne de la science, de la vérité, que nous poursuivons sans cesse.

Pour m'aider à édifier cette conception, ou peut-être démolir ce fragile château, j'inviterai tous mes confrères accoucheurs à faire l'essai de la scopolamine dans l'éclampsie, d'après les règles suivantes que je propose ; et à faire connaître le résultat de leur expérience par la voix de nos journaux médicaux.

Dès que vous serez appelé auprès d'une éclamptique, donnez en injection hypodermique un cinquantième de grain de bromhydrate de scopolamine, un cinquième de grain de morphine, et 15 gouttes d'extrait fluide de veratrum viride. Faites ces deux injections dans la cuisse et profondément. Attendez ensuite une heure et demie ; et si dans ce laps de temps, ou plus tard, les crises se répètent renouvelez les injections hypodermiques précédentes, aux mêmes doses. Enfin une heure et demie après ces secondes injections, si les accès n'étaient pas jugulés, je réitérerais la piqûre de scopolamine morphine, et j'injecterais encore 10 gouttes de veratrum viride. Ce qui donc, formerait un total de trois cinquantièmes de grain de scopolamine, trois cinquièmes de grain de morphine, et 40 gouttes de veratrum viride ; je n'oserais pas dépasser ces doses dans l'affection qui nous occupe.

Je demanderai surtout aux accoucheurs des maternités de faire l'essai du traitement que je propose ; là les cas d'éclampsie sont fréquents, et les conditions d'expérimentation se prêtent mieux qu'ailleurs à l'essai d'un tel traitement, nouveau mais rationnel.

PERFORATION TRAUMATIQUE

De l'Estomac

GASTROTOMIE, GUERISON

(Par M. R. Le Fur)

Les interventions pratiquées pour hématomés compliquant une perforation traumatique de l'estomac sont assez rares ; aussi l'observation suivante nous semble-t-elle offrir un certain intérêt.

— ❖ —

S... (Charles), âgé de dix-huit ans, reçoit un coup de couteau au niveau de l'épigastre, le 3 Septembre 1898, à 10 heures du soir, deux heures environ après sonîner.

La douleur lui fait entr'ouvrir ses vêtements ; il constate alors une petite plaie dont il écarte les bords ; du sang s'en écoule en assez grande quantité, raconte le malade. On le mène chez un pharmacien ; là, il est pris d'une syncope de courte durée. On lui fait un pansement sommaire et on le conduit à l'hôpital, où il arrive, marchant lui-même, souffrant seulement lorsqu'il veut se plier. Il entre à la Pitié, salle Michon, dans le service de mon maître, M. le professeur Berger.

A son entrée dans la salle, on constate, au milieu de la région épigastrique, un peu à gauche de la ligne médiane, une petite plaie large de un centimètre et demi environ, presque verticale, légèrement oblique cependant en bas et à gauche.

Devant l'état général excellent du malade, et n'ayant aucune preuve de pénétration, on se contente de refaire le pansement.

Quelques heures après, le malade, pris de maux, se sent légèrement oppressé, éprouve des besoins fréquents d'aller à la selle, et, après quelques nausées, vomit en une seule fois une grande quantité de sang noirâtre, environ la moitié d'une cuvette. Mais le lendemain, le malade se sent très bien, le facies est bon, quoique assez pâle ; le pouls est fort et bien frappé ; la température est à 36° ; l'abdomen est souple, non douloureux ; aucun ballonnement, pas de sonorité hépatique, pas de vomissements ; la diète absolue est instituée, et le malade est soumis à une surveillance attentive. Pendant quatre jours

l'état reste excellent, la plaie a très bon aspect et semble presque cicatrisée, le ventre est toujours normal; le malade voudrait manger, mais on se contente de lui faire avaler de petits morceaux de glace pilée. Pendant ces trois jours, la température subit des oscillations, et de 36 degrés monte à 38 degrés 3 le soir, pour redescendre à 37 degrés 5.

Le quatrième jour après l'accident, le malade réclamant toujours à manger, on lui donne un bouillon vers 5 heures. Vers 8 heures, il est pris de pesanteur à l'estomac, de nausées, d'envies fréquentes et impérieuses d'aller à la selle; puis, brusquement, vers 11 heures du soir, il a une hématomèse très abondante. Au moment où il veut se lever pour prendre un bassin qu'il avait déjà réclamé plusieurs fois, il s'affaisse brusquement au pied de son lit, continuant à vomir le sang. Depuis ce moment, il ne se souvient plus de rien; il ne se rappelle même pas avoir été transporté à la salle d'opération.

Appelé immédiatement près de lui, je le trouve très agité, mais ne répondant pas aux questions qu'on lui pose; les lèvres sont décolorées; les extrémités froides; le pouls est à peine sensible; la température à 35 degrés 4.

Une civette est presque remplie de sang noirâtre à côté de lui; en outre, ses draps sont largement tachés de sang. L'hématémèse a donc été beaucoup plus abondante que la première fois, le malade est très bas et, dans ces conditions, je décide de le faire transporter immédiatement à la salle d'opération, sans même attendre l'arrivée du chirurgien de garde.

Après anesthésie légère au chloroforme, je pratique l'opération, avec l'aide de mon collègue et ami P. Rebreyend. Laparotomie médiane sus-ombilicale, la paroi ombilicale n'est pas infiltrée, même au niveau de la blessure, qui se trouve située à 2 centimètres environ à gauche de l'incision de la paroi. A l'ouverture du péritoine, on ne constate aucun épanchement de sang, de gaz ni de matières. L'estomac apparaît de suite dans la plaie, légèrement distendu. L'on aperçoit alors très nettement sur sa face antérieure une perforation de 1 centimètre de largeur dirigée obliquement en bas et à gauche; elle est située vers le milieu de la face antérieure, un peu plus rapprochée cependant de la petite courbure que de la grande. Il n'existe

aucune adhérence au niveau de cette perforation, l'estomac joue librement sur le péritoine pariétal.

Une sonde cannelée pénètre très facilement dans la cavité gastrique par cette plaie, qui est donc restée perméable; mais, ne voyant pas s'écouler de sang à son niveau, et pensant que le couteau avait dû intéresser une autre partie de la muqueuse gastrique, source de l'hématémèse, je me décidai, pour pouvoir faire une exploration complète, à inciser l'estomac verticalement, sur une longueur de 6 à 7 centimètres, au niveau même de la perforation.

Ayant alors un jour très suffisant, il me fut facile de pratiquer le retournement de l'organe et d'en inspecter minutieusement toutes les parties. L'estomac était, d'ailleurs, absolument vide; il ne renfermait ni sang liquide, ni caillots; la muqueuse était assez pâle, recouverte d'un enduit de mucus; des tampons promenés sur toute la surface ne permirent pas de découvrir une autre lésion.

En se reportant à la perforation de la paroi antérieure; il fut facile, à un examen attentif, de constater qu'une petite artère sous-muqueuse de la grosseur d'une tête d'épingle, avait été sectionnée transversalement; les deux bouts se voyaient encore, obturés d'ailleurs par un caillot rougeâtre; mais il suffit de les frotter avec un tampon pour voir réapparaître l'hémorragie. C'était donc bien là la source de l'abondante hématomèse, et bien qu'une suture de la paroi ait sans doute suffi à assurer l'hémostase, par excès de précaution une ligature fut appliquée sur chacune des extrémités du vaisseau sectionné. La suture de l'estomac fut ensuite pratiquée sur toute la hauteur de l'incision gastrique suivant le procédé ordinaire: suture à deux plans muqueux et séro-séreux; les deux angles de la suture furent soignés tout spécialement.

Après avoir encore regardé dans la cavité abdominale et constaté qu'il n'y avait rien d'anormal, ni sang, ni matières, aucune trace de péritonite, le ventre fut refermé sans drainage.

L'opération avait duré trois quarts d'heure environ, mais le malade était presque sans pouls, avait les extrémités froides et le facies absolument décoloré. Une injection intra-veineuse fut immédiatement pratiquée.

Les suites opératoires furent excellentes. Le malade présenta seulement, trois jours après l'o-

pération, un peu de bronchite accompagnée de toux, qui fit craindre un instant que les sutures ne lâchent. Le lendemain du jour de l'opération, il eut une selle noirâtre et abondante ; tout le sang qui s'était accumulé dans l'intestin pendant l'hémorragie de la veille fut ainsi expulsé. Diète absolue pendant dix jours. injections de sérum. Alimentation rectale : deux lavements alimentaires par jour. Ablation des fils au huitième jour. Réunion par première intention. Quinze jours après l'opération, il se produisit une ou deux éliminations de soie qui nécessitèrent ultérieurement l'ablation d'anses de soie restées solidement attachées à la paroi abdominale.

Le malade, revu tout dernièrement encore, sept mois, par conséquent, après son opération, possède une paroi très solide, sans la moindre tendance à l'éventration. Il n'a jamais éprouvé le plus léger trouble du côté de l'estomac.



Un certain nombre de détails intéressants sont à relever dans cette observation.

Au point de vue clinique, d'abord, nous voudrions insister sur ces deux points : l'hématèse et la perforation.

HEMATEMESE. — Il est intéressant de constater qu'une plaie aussi minime de l'estomac peut s'accompagner d'hématémèses aussi abondantes et répétées. On en avait déjà la preuve dans le cas d'ulcères de l'estomac. M. le professeur Dieulafoy, MM. Marion et Savariaud ont bien montré qu'avec des lésions infimes de la muqueuse on pouvait avoir des hémorragies très graves ; l'hémorragie serait même d'autant plus abondante que le vaisseau serait intéressé dans sa continuité, c'est-à-dire longitudinalement, sur une de ses faces seulement. Notre cas prouve qu'une section traumatique, nette et transversale, d'une toute petite artériole sous-muqueuse de l'estomac, peut amener la même abondance et la même répétition des hémorragies.

En voici, croyons-nous, l'explication. Dans une plaie de l'estomac, les vaisseaux sectionnés n'ont aucune tendance à se rétracter, sans doute à cause de leurs adhérences avec les tissus voisins. L'opération a permis, en effet, de constater que les deux extrémités de l'artère intéressée se trouvaient au niveau de la section de la paroi et n'avaient subi aucune rétraction.

Le siège de la perforation est aussi important à considérer au point de vue hémorragique. Ordinairement, ce sont les plaies siégeant au voisinage des grande et petite courbures qui exposent le plus aux hémorragies, car les artères sont plus nombreuses et plus volumineuses à ce niveau ; dans notre cas, elle siégeait sur la face antérieure de l'estomac, à peu près à égale distance de la petite et de la grande courbure.

L'hémorragie pourra, d'ailleurs, être très différente dans son aspect clinique, suivant le plan de la paroi gastrique où le vaisseau aura été lésé. S'il s'agit d'un de ces gros troncs sous-séreux situés entre le péritoine et la paroi musculaire, comme la coronaire stomacique, les grandes épiploïques et les anastomoses verticales reliant les artères des deux courbures, l'hémorragie aura lieu du côté du péritoine, donnant ainsi naissance à un épanchement intra-péritonéal ordinairement abondant et facile à reconnaître. Si l'artère atteinte est une des artérioles sous-muqueuses, comme dans notre cas, l'hémorragie aura tendance à se faire du côté de l'estomac : on aura alors des hématémèses. Enfin, l'on conçoit qu'elle puisse se produire des deux côtés à la fois ; mais, chose curieuse, la lecture des observations montre que ces faits sont exceptionnels.

Sous quelle forme se présentent ces hématémèses ? Il faut distinguer deux cas bien différents.

Ou un gros vaisseau a été lésé, et alors le sang s'accumule rapidement dans l'estomac, donnant naissance à une hématémèse abondante, quelquefois foudroyante. Ou il s'agit, comme ici, d'un petit vaisseau sous-muqueux dont l'écoulement régulier pourra aussi donner lieu à une hémorragie importante ; mais alors l'hémorragie se fait lentement, progressivement, durant des heures, et l'on constatera presque toujours des prodromes, des malaises, des tendances à la syncope pendant les trois ou quatre heures qui précèdent le vomissement de sang. Nous avons noté d'une façon très nette ces symptômes prémonitoires dans les deux hématémèses qu'a présentées notre malade ; insistons sur ces besoins impérieux d'aller à la selle qu'il éprouvait immédiatement avant l'hématémèse, et qui devaient être causés par l'arrivée du sang dans l'intestin grêle et le gros intestin.

Lorsque le sang, suintant par un orifice vasculaire étroit, se trouve accumulé en quantité suffisante dans l'estomac, il est brusquement ex-

pulsé dans un effort de vomissement, probablement par action réflexe. Il semble que l'estomac se débarrasse d'un coup de tout le sang contenu dans sa cavité. Notre intervention, faite peu de temps après l'hématémèse, a permis, en effet, de constater que l'estomac était complètement vide.

Quelle aurait été l'évolution de cette hématémèse laissée à elle-même ? Fort probablement elle se serait reproduite, puisque quatre jours après l'accident, le caillot qui obturait l'artère s'est détaché ; il est probable même que l'artère en question a continué à suinter un peu dans l'intervalle.

Notons que la deuxième hématémèse est survenue à la suite de l'ingestion d'un bouillon. Ceci montre : d'une part, l'importance de la diète absolue dans les cas de ce genre ; d'autre part, le rôle précaire de ces caillots, que la moindre contraction de l'estomac suffit à détacher. On ne peut donc compter sur l'hémostase spontanée ; et c'est une raison de plus pour intervenir systématiquement toutes les fois qu'on constate une hématémèse d'une certaine importance à la suite d'une perforation traumatique de l'estomac.

Le pronostic de ces hématémèses est grave, soit immédiatement, si l'on a affaire à la forme foudroyante, soit ultérieurement, pour peu que l'hémorragie soit répétée. Il est certain que notre malade n'aurait pas pu supporter une troisième hématémèse aussi abondante que les deux premières et serait mort soit de syncope, soit d'anémie suraiguë.

PERFORATION GASTRIQUE. — Elle peut aussi donner lieu à quelques considérations intéressantes.

Il est important au plus haut point pour le clinicien et le chirurgien de connaître l'évolution des plaies de l'estomac laissées à elles-mêmes. C'est là un point qui a été l'origine de bien des discussions, non encore apaisées, certains auteurs admettant leur tendance marquée à la cicatrisation spontanée, d'autres niant le fait avec énergie.

On sait avec quelle ardeur MM. Reclus et Noguès ont défendu la première opinion. La seconde est soutenue par la majorité des chirurgiens, qui, sans contester la possibilité de pareils faits, les considèrent comme exceptionnels ; sans compter que le fameux "bouchon muqueux protecteur" est bien souvent un appel à l'infection du péritoine.

Notre intervention, tardive, faite quatre jours

après l'accident, peut apporter une certaine lumière dans le débat ; aussi, avons-nous noté avec grand soin l'état de la perforation gastrique : "la plaie était encore absolument perméable", les lèvres en étaient légèrement écartées, sans qu'un bouchon muqueux vint en obturer l'orifice ; à peine constatait-on une légère saillie des fibres musculaires ; une sonde cannelée, introduite à ce niveau, pénétra du premier coup dans l'estomac, sans être arrêtée par la moindre adhérence. Ce cas prouve donc nettement que, quatre jours après l'accident, une perforation traumatique de l'estomac peut rester absolument perméable sur toute son étendue, les lèvres étant presque au contact l'une de l'autre, sans contracter d'adhérences.

Précisément à cause de cette perméabilité, on pourrait supposer que les oscillations de température (de 36 à 38 degrés 5) constatées pendant cette période, entre la première et la deuxième hématémèse, étaient dues à des infections passagères du péritoine, l'estomac, au moment de sa contraction, chassant dans le péritoine une quantité minime du contenu gastrique.

Mais, outre que cette infection péritonéale intermittente et légère ne se comprendrait guère sans formation d'adhérences, une autre explication semble plus plausible. La fièvre était plutôt due, ici, à la résorption d'une certaine quantité de sérum du sang épanché dans la cavité gastrique. C'est, d'ailleurs, par un mécanisme absolument semblable qu'on explique la fièvre survenant à la suite d'épanchements sanguins assez abondants dans les séreuses (péritoine, plèvre), sans aucune infection concomitante, ou encore à la suite d'injections de sérum ; c'est encore ainsi qu'on peut expliquer les oscillations fébriles observées quelquefois après les gastro-entérostomies quand elles sont accompagnées d'hémorragies. Dans tous ces cas, la fièvre mérite bien le nom expressif de "fièvre aseptique" qu'on lui a donné.

L'examen direct permit ici de constater, pendant l'intervention, l'absence de toute adhérence péritonéale autour de la plaie stomacale ; à l'ouverture du péritoine, l'estomac jouait, en effet, librement sur la paroi abdominale.

Donc, pas d'obturation de la plaie stomacale ; à l'ouverture du péritoine, l'estomac jouait, en effet, librement sur la paroi abdominale.

Donc, pas d'obturation de la plaie, pas d'adhérences péritonéales. Et cependant, il n'y avait

pas trace de péritonite ; la laparotomie a prouvé que le péritoine était absolument sain, et qu'il n'existait aucun épanchement de gaz ni de matières. Notons cependant que le malade venait de manger au moment où l'accident est arrivé.

Comment expliquer ces deux faits en apparence contradictoires : perméabilité de la plaie gastrique et absence de péritonite ? Cela tient, pour nous, à deux causes qu'on oublie trop de mentionner.

D'abord, la disposition des fibres musculaires de l'estomac, qui, lors d'une contraction de cet organe, ont tendance à rapprocher les lèvres de la plaie, plutôt qu'elles ne les écartent ; ils ne s'agit ici, bien entendu, que des plaies étroites. Tout autre est la disposition des fibres musculaires de l'intestin qui, en se contractant, amènent d'ordinaire un écartement des lèvres de l'orifice à travers lequel, précisément, vient faire hernie la muqueuse. L'on conçoit que, dans ces conditions, la direction de la perforation a une grande importance ; c'est ainsi qu'au niveau de l'estomac les plaies verticales sont beaucoup plus favorables que les plaies transversales, car elles relèvent beaucoup plus que les secondes du mécanisme de fermeture invoqué plus haut. Le rôle de protection des fibres musculaires est surtout évident dans les plaies par armes blanches ; dans les plaies par armes à feu, il peut être empêché, en grande partie, par la dissociation et même la paralysie réflexe de ces fibres musculaires, détruites irrégulièrement par le passage de la balle.

Le deuxième point sur lequel nous voudrions insister pour expliquer l'absence de péritonite est l'asepsie relative de la cavité gastrique. Il n'y a qu'à parcourir les statistiques de MM. Reclus et Noguès, et les rares observations publiées ces derniers temps, pour se convaincre que la péritonite est relativement rare à la suite de perforation traumatique de l'estomac ; lorsque le malade est mort de péritonite, l'autopsie a toujours permis de constater des lésions voisines, soit de l'intestin grêle ou du gros intestin, soit du rein.

D'une façon générale, l'on peut dire, en effet, que, chez un individu, sain, non atteint d'affection gastrique, une perforation traumatique de l'estomac s'accompagne rarement de péritonite. D'abord, le contenu gastrique est beaucoup moins septique que le contenu de l'intestin grêle ou du gros intestin ; et l'on sait le rôle antiseptique que certains physiologistes font jouer à l'acide

chlorhydrique, dont la disparition favorise, au contraire, toutes les fermentations organiques. Ensuite et surtout, les fibres musculaires obturent la plaie par leur tonicité, notamment au moment des contractions de l'estomac. C'est ce qui explique pourquoi l'on rencontre rarement, à la suite de perforation traumatique de l'estomac, un épanchement de matières alimentaires dans le péritoine ; les gaz eux-mêmes ne filtrent pas d'ordinaire, et nous n'en voulons pour preuve que notre cas, où nous avons trouvé l'estomac assez distendu malgré la perméabilité de la plaie.

Une observation très intéressante que Marion a publiée dans les "Archives générales de Médecine", parle absolument dans le même sens. Il s'agissait d'une double perforation de la grosse tubérosité de l'estomac ; malgré cette double lésion, l'intervention, pratiquée deux heures après l'accident, montra l'estomac très distendu, ce qui, dit Marion, lui fit tout d'abord penser que cet organe n'était pas atteint. Dans une autre observation de Brian publiée en 1896, dans le "Lyon médical", la laparotomie permit de constater une plaie de l'estomac de 5 centimètres de largeur, s'étant accompagnée d'une abondante hémorragie intrapéritonéale, sans le moindre épanchement de matières ni de gaz dans le péritoine.

Nous n'avons évidemment en vue ici que les perforations traumatiques de l'estomac. On sait, au contraire, avec quelle désespérante rapidité évoluent les péritonites à la suite des perforations gastriques d'origine pathologique (ulcère et cancer, notamment) ; mais, dans ces cas, et ceci vient confirmer notre hypothèse, font défaut les deux éléments de bénignité relevés plus haut : le contenu de l'estomac, malade depuis longtemps est très septique, et, d'un autre côté, les dimensions de la perforation, les modifications qu'a subies, à ce niveau, la paroi de l'organe, entraînant la destruction des fibres musculaires, ne lui permettent plus de s'opposer à l'épanchement des matières ni des gaz.

Il nous faut cependant faire quelques réserves, même pour les cas de perforation traumatique. D'abord, la grandeur de la plaie présente, cela se conçoit facilement, une grande importance. Puis le siège de la perforation n'est pas indifférent au point de vue de l'apparition de la péritonite : ordinairement, les plaies de la face postérieure de l'estomac sont beaucoup plus graves que celles de la paroi antérieure, malgré l'affirmation contrai-

re de quelques auteurs. de même aussi, les plaies des parties déclives de l'organe, au niveau de la portion inférieure de la grande courbure et surtout du pylore, s'accompagnent plus fréquemment de péritonite. La physiologie nous donne, de ce fait, une explication satisfaisante. Les contractions de l'estomac, en brassant les aliments, les refoulent en arrière, d'un autre côté, le sens de ces contractions se fait toujours vers le pylore. Le contenu gastrique a ainsi beaucoup plus de tendance à s'écouler par ces points déclives et peut inoculer le péritoine. On pourrait donc, si de pareilles formules n'avaient pas toujours le tort d'être trop absolues, schématiser en disant : perforation de la petite courbure surtout hémorragie ; perforation de la face postérieure et du pylore - surtout péritonite.

On peut ainsi s'expliquer pourquoi les plaies de l'estomac par balles de revolver sont toujours bien plus graves et s'accompagnent beaucoup plus fréquemment de péritonite ; sans compter qu'il existe, comme nous l'avons dit, souvent des lésions multiples, et que les fibres musculaires dissociées et paralysées ne peuvent plus obturer l'orifice. La paroi postérieure est aussi presque toujours atteinte en même temps que l'anérieure, et c'est dans ces cas qu'il est absolument nécessaire, si l'on veut éviter la péritonite, de chercher et de suturer la perforation postérieure.

La vacuité ou la plénitude de l'estomac joue un grand rôle dans l'évolution ultérieure des accidents ? On conçoit tout d'abord que si l'estomac est vide au moment de la perforation, il a moins de chances d'être atteint, car il tend alors à s'éloigner de la paroi abdominale antérieure. Mais lorsqu'il y a pénétration gastrique, et que l'accident survient immédiatement ou peu de temps après le repas, la gravité est incontestablement plus grande, car les chances d'infection péritonéale par épanchement des aliments contenus dans l'estomac sont alors plus nombreuses. Cependant cette condition n'a rien d'absolu ; notre cas en est la preuve.

— ❖ —

Quel est donc le pronostic des perforations traumatiques de l'estomac ? L'on sait qu'on a émis à ce sujet les avis les plus contradictoires. MM. Reclus et Noguès croient à leur bénignité relative, grâce à leur cicatrisation spontanée fré-

quente ; sur 91 cas traités par l'abstention, ils notent 75 pour 100 de guérisons et 25 pour 100 seulement de mortalité. Mauclaire, dans son excellent mémoire sur les plaies pénétrantes de l'espace de Traube, résumé à nouveau dans la thèse toute récente de son élève Lafargue, admet leur gravité encore moins grande. en moyenne 17 pour 100 de mortalité. Certains chirurgiens prétendent au contraire qu'elles sont presque constamment mortelles. Otis accuse 99 pour 100 de mortalité. Guinard, dans le "Traité de chirurgie" de Le Dentu et Delbet, reproduit ce chiffre. Il est incontestable qu'une pareille mortalité est très exagérée, et nous aurions plutôt tendance à nous ranger à l'avis de MM. Reclus et Noguès, et de M. Mauclaire.

Pour nous, le danger le plus grand des perforations traumatiques de l'estomac est l'hémorragie se faisant, soit dans le péritoine, soit dans l'estomac, sauf dans les cas de perforation de la paroi postérieure, où la péritonite est à craindre. Pour être plus précis, et voulant rappeler les réserves que nous faisons tout à l'heure, nous dirions volontiers que toute perforation de l'estomac par arme blanche, de petites dimensions, n'intéressant que la paroi antérieure de l'organe et survenant chez un individu sans passé gastrique, doit guérir spontanément.

La clinique ne dément pas ces conclusions. Il est fréquent, et les relevés de MM. Reclus et Noguès le montrent bien, de constater la guérison spontanée de plaies de l'abdomen qui se sont accompagnées de légères hématomésés, indiquant ainsi la pénétration gastrique. Bien plus, nous croyons qu'au niveau de la région épigastrique, la lésion concomitante de l'estomac est beaucoup plus fréquente qu'on ne croit ; l'on est trop porté, ainsi que le faisait remarquer autrefois le professeur Le Fort, lorsqu'une plaie de l'abdomen, au niveau de l'épigastre, ne s'accompagne pas de symptômes inquiétants, à nier la pénétration gastrique.

Certains chirurgiens conseillaient autrefois l'abstention ; aujourd'hui, avec la sécurité que donne l'antiseptie, un chirurgien doit toujours intervenir pour peu qu'il y ait doute, à la fois pour arrêter l'hémorragie contre laquelle il aura souvent à lutter, et pour prévenir les accidents péritonéaux, assez rares d'ailleurs.

Le "manuel opératoire" sera très variable suivant les cas. S'il y a hémorragie intra-périto-

néale abondante, on devra immédiatement penser à la blessure d'un des gros vaisseaux sous-séreux du grand cercle de l'estomac, au niveau d'une des courbures (coronaire stomacalique, gastro-épiplœique, pylorique), et porter plutôt ses investigations vers la petite courbure. S'il y a hématomèse, on pourra se contenter de suturer la perforation de la paroi antérieure; mais pour peu que l'on soupçonne une lésion de la paroi opposée (et elle est presque constante dans le cas de plaies par armes à feu, tandis qu'elle manque souvent dans les plaies par arme blanche), il faut procéder à un examen soigneux de cette paroi, soit en déchirant le grand épiploon à son insertion gastrique, soit en ouvrant l'estomac. Dans notre cas, nous n'avons pas craint d'inciser largement la face antérieure de l'estomac pour nous donner du jour, et nous avons préféré, à la suture simple de la perforation, la ligature des deux bouts du vaisseau dans la plaie; il valait mieux en effet, assurer l'hémostasie d'une façon complète, en face d'un vaisseau petit, qui continuait à saigner depuis quatre jours.

hypertension, et malgré l'absence de fièvre, il sera soumis à une alimentation exclusivement liquide, ou demi-liquide, froide ou glacée, par prises régulières et rapprochées; de temps en temps, on lui fera sucer un petit fragment de glace.

Une recommandation capitale consiste à engager le malade "à ne pas tousser"; les efforts de toux congestionnent le poumon et, de plus, mettent obstacle à l'arrêt de l'hémorragie, en mobilisant les caillots qui auraient tendance à se former. Pour aider le résultat on prescrira l'opium à dose suffisamment élevée, 0.10 à 0.15 centigrammes d'extrait thébaïque pour les vingt-quatre heures, en pilules de 0.02 centigr., ou dans une potion gommeuse; à la rigueur et s'il y a urgence à supprimer rapidement la toux, une injection de morphine de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 peut être pratiquée.

Des prescriptions analogues, mais moins rigoureuses, seront de mise chez les sujets qui ont eu des hémoptysies et qui manifestent des tendances au retour de l'hémorragie; on leur conseillera d'éviter les efforts, les exercices violents, le chant, les excès de parole, toute fatigue prolongée, les veilles, les brusques transitions de température, l'inhalation de poussière, de fumée ou de gaz irritants. Les femmes sujettes aux hémoptysies devront, en outre, garder le repos pendant toute la durée de leurs règles.

La disposition aux hémoptysies comporte, enfin, certaines "contre-indications" d'ordre hygiénique et médicamenteux; pendant toute la durée de la phase hémoptoïque et la période qui la suit, les badigeonnages iodés, les applications de pointes de feu, les préparations ferrugineuses, la créosote et les composés, l'usage des sulfureux seront prohibés; les stations d'altitude, les milieux excitants (bords de la mer), les cures sulfureuses seront également déconseillées.

II. - Attirer le sang loin du poumon. On aura recours, dans ce but, aux cataplasmes sinapisés, composés de trois parties de farine de lin pour une partie de farine de moutarde, et appliqués, pendant une heure ou une heure et demie, autour des extrémités inférieures; l'application terminée, ils seront remplacés par du coton et du taffetas gommé, en même temps qu'une bouillote d'eau chaude demeurera au contact des pieds.

Le bain de pieds sinapisé (deux poignées de farine de moutarde pour un pédilave chaud)

Traitement de l'Hémoptysie

Pour M. Rauzier, qui vient de consacrer à cette question deux articles du "Montpellier Médical" (Nos 5 et 6, 1906), le traitement de l'hémoptysie comporte deux ordres d'indications:

- a.) Des indications communes à tous les cas;
- b.) Des indications particulières.

Les indications communes consistent d'abord à: I. Traiter la cause de l'hémoptysie; II. A éviter tout ce qui peut amener un excès de tension sanguine dans le poumon, et, partant, de nouvelles ruptures.

C'est ici, à proprement parler, l'hygiène de l'hémoptoïque: on ordonnera le repos complet, le silence, l'immobilité au lit, en position demi-assise, le tronc appuyé contre un oreiller de crin. Modérément couvert, vêtu de tissus souples et peu serrés, le malade sera maintenu dans une atmosphère constante à 15 degrés. Pour éviter toute

remplacera ces cataplasmes quand l'indication du repos ne sera pas absolue, le manulève chaud et sinapisé a, pour remplir la même indication, l'avantage de pouvoir être administré sans déplaire au malade.

III. — REMONTER L'ÉTAT GÉNÉRAL. —

Alors même que l'hémoptysie est peu abondante, cette indication mérite toujours d'être remplie : par ses encouragements, par son apparente quiétude, le médecin doit s'efforcer de rassurer le malade ; bien souvent la seule présence du praticien à son chevet suffira pour tranquilliser celui-ci. Un peu de liqueur, quelques gorgées de champagne, l'inhalation de vapeurs d'éther suffisent pour conjurer la lipothymie d'ordre émotif. Si le sang a été rejeté en abondance, et si l'anémie qui en résulte entraîne des menaces de syncope, il est alors indiqué de recourir aux toniques de la circulation (injections d'éther, de caféine ou d'huile camphrée au dixième) et de combattre la déplétion vasculaire par des injections de sérum artificiel ; mais il faudra, dans ce dernier cas, éviter d'introduire à la fois, dans l'appareil circulatoire une trop grande quantité de liquide, sous peine d'entretenir l'hémorragie par une brusque élévation de tension ; il sera préférable de répéter les injections à deux reprises dans la journée, et de ne pas dépasser, pour chaque injection, la dose de 300 cent. cubes.

En cas de péril immédiat, l'élévation des membres et une constriction exercée, pendant un quart d'heure environ, au niveau de leur racine, sont capables, en restreignant momentanément le champ circulatoire, de permettre une irrigation suffisante des organes indispensables à la vie.

B. — INDICATIONS PARTICULIÈRES.—1.

S'il est question d'hémoptysies congestives, qu'il s'agisse de fluxion ou de stase, il y aura indication à combattre le mouvement congestif.

1o Dans le cas de congestion active ou fluxion, quelle qu'en soit la cause, il est indiqué de restreindre l'apport sanguin dans les poumons, et pour cela, de favoriser la constriction des vaisseaux pulmonaires. C'est tout au plus si, dans quelques cas exceptionnels de pléthore, chez des sujets sanguins, généralement arthritiques, il y aura lieu de traiter l'hémoptysie par une saignée générale de 250 à 300 grammes.

Des médicaments vaso-constricteurs le plus

anciennement connu est l'ergot de seigle, que l'on peut prescrire en nature à la dose de deux à quatre grammes par jour, et prescrire :

Ergot de seigle franchement pulvérisé... 0 gr. 50

Pour un cachet, 4 à 8 par jour, pendant 4 à 5 jours.

On peut également l'associer à la quinine, et surtout s'il existe de la fièvre :

Ergot de seigle 0 gr. 20
Sulfate de quinine 0 gr. 10

Pour un cachet.

Un cachet toutes les demi-heures, jusqu'à l'arrêt de l'hémoptysie.

L'ergot de seigle a une action indiscutable sur les fibres lisses de l'utérus ; mais exerce-t-il une action analogue sur les fibres lisses de la tunique moyenne des vaisseaux ? La chose est discutée et certains auteurs dénie toute valeur à l'ergot dans les cas de pneumorrhagie ; en tout cas, dans les hémorragies à point de départ bronchique, on ne peut récuser son action favorable sur la contraction des muscles bronchiques proprement dits.

Le ratanhia, polygalée d'origine américaine, est un médicament peu énergique et incertain ; il agit surtout par le tannin qu'il contient et n'est guère utilisé, sous forme d'extrait (2 à 4 grammes par jour) que comme médicament complémentaire.

L'hydrastis, renonculacée canadienne, mérite, comme le ratanhia, plutôt le titre d'associé que celui d'agent principal dans une médication urgente ; on prescrira l'extrait fluide à la dose de xl gouttes par jour, la teinture de xx à xxx gouttes, ou le chlorhydrate d'hydrastinine, que l'on utilise en injections hypodermiques, à la dose de 0 gr. 03 à 0 gr. 06 par jour.

Mêmes restrictions sur l'efficacité de la médication acide ; son action n'est pas assez énergique pour en demeurer là et s'abstenir de moyens plus efficaces.

Les agents les plus couramment utilisés sont les limonades sulfurique, chlorhydrique et nitrique, dosés à 2 gr. pour 1,000 (à prendre par verres), l'élixir acide de Haller (acide sulfurique et alcool, parties égales, 2 gr. dans une potion) et l'eau de Rabel (mélange de 3 parties d'alcool et d'une partie d'acide sulfurique). Darenberg re-

commande la formule suivante, qui poursuit à la fois une action vaso constrictive et la sédation de la toux :

Extrait thébaïque	0 gr. 10
Eau de Rabel	4 gr.
Potion	100 gr.

M. Rauzier aborde ensuite l'étude des deux agents que l'on peut considérer, à l'heure actuelle, comme les meilleurs hémostatiques du poumon ; le tartre stibié et l'ipéca.

Le tartre stibié ou émétique (tartrate double dibutimoine et de potasse), produit, par l'intermédiaire de son action nauséuse et de la vasoconstriction pulmonaire qui en résulte, une puissante décongestion de l'appareil respiratoire. Son action antiluxionnaire dans les congestions du poumon est depuis longtemps connue (Peter, Bucquoy). Peter, dans ses Cliniques, conseille d'administrer l'émétique à la dose de 0 gr. 30 centigr. pendant un très petit nombre de jours, et de recommencer la médication après un intervalle, s'il y a lieu. A cette manière de faire, et en raison de l'action déprimante du tartre stibié donné à haute dose, M. Rauzier préfère la méthode suivante due à Kiener :

Le premier jour, trois centigrammes de tartre stibié dans une potion gommeuse de 120 grammes, que l'on aromatise avec de la menthe et dont on additionne chaque prise d'eau de seltz en cas d'intolérance ; cette potion se prend par cuillères à soupe, de deux en deux heures. Les jours suivants, on élève la dose de un centigramme par jour, jusqu'à ce qu'on ait atteint la dose maxima de dix centigrammes pour les vingt-quatre heures. A partir de ce moment, on abaisse chaque jour la dose quotidienne de un centigramme et on continue jusqu'à ce que le malade soit revenu au chiffre initial de trois centigrammes. La médication dure, de la sorte, une quinzaine de jours ; elle est habituellement bien supportée, et à la condition de ne point se trouver en face d'accidents menaçant d'une façon rapide l'existence du sujet, amène dans bien des cas la cessation progressive de l'hémoptysie, sans débilitier en rien le malade.

L'ipéca, à dose vomitive, a été, pour les cas urgents, conseillé par Stoll, Trousseau et Peter. Nul moyen n'est capable, en face d'une hémoptysie incroïble, d'arrêter plus rapidement le sang. Il s'administre, en pareille circonstance, à la dose

de 1 gr. 50 en trois prises, que l'on donne à dix minutes d'intervalle, il est de règle que l'hémoptysie s'arrête au bout de peu d'instant, pour ne point reparaitre de plusieurs jours ; si le crachement de sang récidive, le médicament peut être administré à nouveau. Chez les sujets particulièrement susceptibles à l'action de l'ipéca, on peut avec Jaccoud, se contenter de prescrire des doses de 0.10 centigrammes à répéter tous les quarts d'heure jusqu'à cessation de l'hémoptysie ; l'action est généralement si lente à se produire quand on opère ainsi. Par contre, en cas d'urgence extrême, on pourra recourir à l'injection sous-cutanée de 1 centigramme d'apomorphine.

Le tanin doit être utilisé surtout, après la cessation de l'hémorrhagie, pour la prophylaxie des récidives ; on l'administrera à la dose de 0.50 centigr. à 1 gramme par jour.

Divers moyens externes peuvent contribuer à provoquer et entretenir la vaso-constriction pulmonaire ; ce sont : la glace, en application permanente sur le thorax ; la glace, appliquée deux fois par jour, pendant cinq minutes chaque fois, sur les testicules ou les grandes lèvres (Gros et Daramberg), les ventouses sèches ou les sangsues, la révulsion hépatique.

2o Dans les cas de congestion passive, on ne combattra l'hémoptysie que si elle est abondante ou trop répétée : dans le but de favoriser la circulation générale, on fera une saignée de 300 ou 400 grammes ; on prescrira de la digitale, les drastiques et les diurétiques. La saignée, suivie, s'il le faut, de l'accouchement provoqué, réalise le mode de traitement le plus actif des accidents gravido-cardiaques, dont l'hémoptysie constitue l'une des manifestations les plus fréquentes.

II. En présence d'une hémoptysie d'origine ulcéreuse, il faut favoriser la coagulation du sang en ; 1o provoquant la contraction des vaisseaux ; 2o augmentant la plasticité du sang. Le perchlorure de fer n'est plus guère employé dans ce but.

Deux agents jouissent, par contre, à l'heure actuelle, d'une vogue que je crois justifiée ; ce sont le chlorure de calcium et la gélatine.

Le chlorure de calcium possède des propriétés coagulantes que la physiologie et la clinique ont mises en lumière ; à la dose de 4 à 6 grammes par jour, pendant cinq ou six jours, environ, il provoque et entretient un état d'hyperplasticité

du sang, très favorable à l'arrêt de la plupart des hémorragies qui reconnaissent pour cause un processus ulcéreux ou dyscrasique. On le donne exclusivement en potion, car son activité caustique met obstacle à ce qu'on l'administre par voie cutanée.

Pour masquer le goût désagréable de ce médicament, on prescrira :

Chlorure de calcium ..	4 à 6 gr.
Elixir de Garus	30 gr.
Sirop d'éc. d'oranges amères.	30 gr.
Eau	60 gr.

La gélatine, dont l'action coagulante a été découverte en 1896 par MM. Dastre et Floresco, et utilisée depuis par nombre de cliniciens, s'emploie sous la forme de sérum gélatiné à 2 p.c. que l'on prescrit de la manière suivante :

Gélatine blanche	2 gr.
Eau stérilisée	100 gr.
Chlorure de sodium ?.	0 gr. 70

Cette solution doit être soigneusement stérilisée, car il a été signalé des cas de tétanos après l'utilisation d'un sérum impur ; mais comme la gélatine supporte malaisément des températures supérieures à 100 degrés, il est admis que la stérilisation doit en être opérée par deux chauffages successifs à cette température. On l'utilise en injections hypodermiques (20 cmc. 2 fois par jour, sans dépasser une dose totale de 200 cmc.), ou, à la rigueur, en lavements ; les autres procédés d'administration de la gélatine (ingestion par voie buccale d'une solution ou de pastilles) sont de moins en moins conseillés. Les injections de gélatine peuvent être rendues responsables de poussées fébriles, et, si on les pousse trop loin, de formations thrombotiques.

En cas d'hémoptysie d'origine dyscrasique, il faut se contenter de rechercher, à l'aide de chlorure de calcium et du sérum gélatiné, un accroissement, souvent difficile à obtenir, de la plasticité du liquide sanguin.

REVUES des JOURNAUX

Maladies de l'estomac et des voies digestives

LAVEMENTS ET IRRIGATIONS

(Par le Prof. Sternberg.)

L'auteur, à propos des lavements évacuants, cite le lavement de savon (un morceau de savon de Marseille gros comme une noix dissous dans un demi-litre d'eau chaude), et rappelle qu'il faut se garder d'employer dans ce but des savons parfumés, car ils peuvent contenir des essences toxiques.

A propos des lavements curatifs, il faut considérer comme une indication de la cure par les lavements d'huile, donnés le soir, la constipation chronique chez les personnes occupées pendant la journée : cette cure ne convient pas aux nerveux dont le sommeil est agité, et ils feront bien de prendre leurs lavements le matin.

Les lavements d'huile sont aussi très efficaces en cas d'adhérences péritonéales ; celles-ci se manifestent d'ordinaire par des crises douloureuses précédant l'acte de la défécation. La cure d'huile sera appliquée deux ou trois fois par an. pendant quinze jours, on donnera un lavement tous les jours, puis deux par semaine et enfin un seul par semaine.

L'auteur n'est pas partisan des lavements de tannin à 1 ou 2 p. 100 dans le traitement de l'entérite catarrhale, car ils provoquent des douleurs et des modifications pathologiques de la muqueuse du gros intestin.

Chez les tuberculeux, la diarrhée est très souvent simplement de cause catarrhale (non tuberculeuse) et peut alors être aisément combattue par des lavages réguliers avec des solutions d'acide salicylique à 3 p. 1.000.

L'auteur est l'adversaire des irrigations dès qu'il y a lieu de soupçonner de l'appendicite, car le danger de perforation intestinale est toujours imminent dans cette affection.

En cas de lithiase biliaire, l'auteur recommande de donner tous les jours des lavements préparés avec un quart de litre d'huile de sésame, un morceau de savon gros comme une noix, un demi-litre d'eau chaude et une pointe de couteau de carbonate de soude pour obtenir une émulsion. L'effet de ce traitement se voit remarquable : chez les sujets affaiblis, on se contente d'un lavement tous les deux jours.

L'emploi systématique de lavements simples exerce une action trop souvent méconnue sur la circulation des artérioscéreux. on arrive souvent à enrayer des crises angineuses à pronostic grave par cette simple intervention.

Les lavements médicamenteux proprement dits seront toujours peu abondants (60 gr. p. ex.), à base de guimauve ou de gomme arabique. Parmi eux, l'auteur attire spécialement l'attention sur les lavement au collargol (0,5 à 1 gr. pour 50) en cas d'accidents puerpéraux.

Les lavements nutritifs seront de préférence composés de lait, un ou deux jaunes d'œuf, une prise de sel et quelques gouttes de laudanum. Les graisses et hydrocarbures sont mal résorbés par le rectum.

Les canules doivent être introduites à une hauteur de 5 centimètres au-dessus du plan périméal; les longues canules sont, pour l'auteur, inutilisables, car elles restent presque toujours dans l'ampoule rectale où elles se coudent. On n'arrive pour ainsi dire jamais à dépasser en hauteur 12 à 15 centimètres.

Les lavements doivent toujours être pris dans le décubitus latéral ou dorsal (quand le malade opère lui-même.)

"Deutsche Med. Wochenschrift,"

Nos. 6 et 7 1906.



TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DE L'OCCLUSION INTESTINALE

(Par le Dr Mitjavilla)

L'auteur fait observer que pour obtenir de bons résultats avec le traitement électrique, il faut faire de bonne heure le diagnostic symptomatique et causal de l'occlusion.

Il faut exclure de ce traitement les occlusions dues au rétrécissement de l'intestin (excepté les formes spasmodiques ou nerveuses), celles qui proviennent d'un étranglement interne, volvulus, invagination. Il est tout à fait indiqué et on en obtient les meilleurs résultats dans les cas d'obstruction par matières fécales, concrétions intestinales ou biliaires, ascarides, etc., et dans les pseudo-étranglements par parésie ou paralysie. Comme souvent le diagnostic causal est difficile

à établir, il recommande d'employer immédiatement le traitement électrique.

L'auteur parle très sommairement du courant faradique qu'il trouve indiqué dans les cas légers et préfère le lavement électrique avec la sonde rectale de Baudet, selon la technique suivante: on applique sur la paroi du ventre les plaques métalliques trempées dans l'eau tiède et réunies au pôle négatif; on introduit ensuite la sonde de Baudet dans le rectum en rattachant son extrémité à l'irrigateur et au pôle positif du courant: on laisse pénétrer un demi ou un litre d'eau salée et on fait passer le courant galvanique qu'on gradue de 10 à 50 milliampères comme maximum. Après avoir laissé passer le courant pendant six à sept minutes, on diminue l'intensité au moyen du rhéostat ou des résistances jusqu'à arriver à zéro. on invertit alors le courant et on arrive à la même intensité.

Si pendant ce temps le malade éprouve le besoin d'aller à la selle on interrompt l'opération mais généralement ce résultat ne s'obtient jamais dès le premier contact et il faut insister pendant quinze à vingt minutes.

Après sept ou huit heures, si la débâcle n'a pas lieu, on donne un autre lavement, et si, à la troisième fois, le résultat est nul, il faut faire appel à la chirurgie.

(Communication à la "Société espagnole de Physiothérapie".)



TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

M. Quénu voudrait qu'on stérilisât le contenu des kystes hydatiques avant de les ouvrir avec 2 ou 300 grammes de la solution de formol à 1 p. 100. De la sorte, on préviendrait l'infection péritonéale qui est si fréquente, après la diffusion de leur contenu dans la séreuse. De nombreux chirurgiens, MM. Reclus, Rohard entre autres, déclarent avoir adopté cette pratique, qui n'empêche pas de voir parfois survenir des suppurations secondaires. Le drainage, dit M. Bazy, suffit à conduire le liquide septique dans le pansement, et la complication n'a pas de suites graves. Il n'en est pas moins nécessaire d'adopter la formolisation préalable des kystes et de se ranger à l'opinion de M. Quénu. M. Walther prend en outre la

précaution, lorsqu'il ponctionne le kyste, d'entourer le trocart avec une compresse imprégnée de solution formolée. Lorsque la poche contient un grand nombre de vésicules, après avoir entouré la ligne d'ouverture de compresses formolées, on doit ouvrir largement le kyste, le vider de son contenu et essuyer la paroi avec une compresse au formol. Un autre accident consécutif au traitement chirurgical de ces kystes, mais seulement dans les cas où on a enlevé la membrane, c'est la cholérhagie. M. Tuffier, qui la signale à l'attention, fait observer que cet accident est sans gravité dans la règle, mais qu'il l'a vu entraîner la mort, chez un opéré, malgré une deuxième intervention pour tarir l'écoulement de bile.

“ Soc. de Chir., 1906.”

— ♦ —

TRAITEMENT DE LA COLIQUE DE PLOMB

(Par Delearde et Dubois),

Les auteurs recommandent les injections épidurales de cocaïne ; la dose injectée en une fois varie avec l'intensité de la douleur, entre 0,01 et 0,03 de cocaïne dissous dans 2 à 4 cc. d'eau stérile. Quelques minutes après l'injection, la douleur a disparu, et les malades ont eu ou plusieurs garde-robes dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection.

Ce traitement a les avantages suivants : disparition rapide de la douleur, cessation presque immédiate des vomissements et de la constipation. Il n'y a aucune contre-indication à employer un succédané inoffensif de la cocaïne pour cette intervention.

“ La Presse Médicale ”,
14 Février 1906.

Appareil pulmonaire.—Coeur et vaisseaux

PROPHYLAXIE DE LA PNEUMONIE

(Par James Anders).

Parmi les facteurs qui prédisposent probablement à la pneumonie, l'auteur range certaines lésions dégénératives, surtout de l'appareil cardio-

vasculaire et des reins, lésions qu'on trouve très fréquemment dans les antécédents des malades atteints de pneumonie. Les conditions d'existence à la maison pendant l'hiver favorisent la multiplication et la propagation du pneumocoque et en même temps tendent à diminuer la résistance à l'affection par les micro-organismes spécifiques. Les sujets âgés sont particulièrement prédisposés à l'infection par le pneumocoque, aussi doivent-ils être l'objet de soins particuliers, surtout pendant la saison de la pneumonie. Pour vaincre les facteurs de la prédisposition individuelle, il faut accorder une attention spéciale à l'aération, à l'habillement et éviter toutes les causes qui produisent la dégénérescence du cœur, du système vasculaire et des reins, comme l'alcool, les excès de toutes sortes, le surmenage. L'expectoration est la principale source d'infection et doit être désinfectée aussi complètement que possible. Un grand nombre de sujets recèlent le pneumocoque dans leur nasopharynx, surtout dans les familles où il est survenu des cas de pneumonie. Il faut donc procéder à un nettoyage et à une désinfection systématique de cette cavité pendant la saison froide, surtout chez les personnes qui sont exposées, à contracter la maladie. Il faut encore prévenir la formation des poussières dans les intérieurs et au dehors.

“ Méd. Rec., 13 Janvier 1906.”

— ♦ —

TRAITEMENT ACTUEL DE LA PNEUMONIE DANS LES HOPITAUX DE NEW-YORK

(Par H. Loomis),

Après avoir montré que la pneumonie occupe la première place dans les statistiques de la mortalité comme cause de mort, l'auteur pense qu'on peut juger plus facilement de la valeur des méthodes de traitement employées. Il a été frappé de l'uniformité du traitement employé dans plusieurs hôpitaux de New-York et n'a constaté ce fait pour aucune autre maladie sauf pour le rhumatisme aigu. Le traitement a été le suivant : on donne habituellement au malade à son entrée du calomel à petites doses répétées qu'on fait suivre d'une purgation saline le lendemain matin. Les applications locales sur la poitrine sont habituellement réservées aux cas dans lesquels la douleur est intense. Pendant toute la durée de la

maladie on adopte le régime lacté exclusif. En ce qui concerne la fièvre, une température de 4 degrés et au-dessus n'est pas nécessairement regardée comme une indication pour un traitement spécial, si elle n'est pas accompagnée de symptômes nerveux, d'agitation et de délire. Dans ces derniers cas, on applique soit des compresses froides sur la partie antérieure de la poitrine, soit des lotions avec de l'eau alcoolisée. On emploie aussi des lotions tièdes à 28 degrés. La codéine est employée pour combattre la toux, à la dose de 2 centigrammes toutes les quatre heures. Parfois on donne de l'heroïne à la dose de 5 milligrammes et parfois de la morphine. Contre l'insomnie les médicaments les plus employés sont le trional, le véronal et la codéine. L'œdème pulmonaire a été traité par des injections sous-cutanées d'adrénaline, et aussi par l'atropine, les ventouses et la stimulation. Les inhalations d'oxygène ont été réservées, aux cas accompagnés de dyspnée et de cyanose, elles ont paru retarder la fin. La strychnine, la digitale et l'alcool sont les trois stimulants cardiaques employés, l'alcool occupe ici la première place. La nitroglycérine n'est employée qu'à l'occasion. Dans un hôpital, on se sert d'injections salines dans le rectum, surtout chez les alcooliques dont la nutrition est défaillante; on introduit ainsi 250 cc. d'une solution saline normale, ces injections sont données toutes les quatre heures, elles sont bien gardées et semblent donner de bons résultats. L'auteur demande qu'on emploie plus souvent les injections salines. L'auteur demande qu'on emploie plus souvent les injections salines, qui dans beaucoup de cas s'accompagnent non seulement de choc du système nerveux par suite d'une toxémie subite, mais encore d'une douleur qui contribue beaucoup à la gravité de l'état du malade. Par contre il demande qu'on restreigne l'alcool dont on fait souvent un emploi peu judicieux, enfin on doit éviter de nuire au malade par la multiplicité des médicaments, pratique trop en faveur.

"Med. Rec.,"

13 Janv. 1906.

— ❖ —

LE RÔLE DES SOLUTIONS SALINES DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE,

(Par Madison Taylor.)

En 1889 plusieurs médecins américains préconisèrent les injections salines comme dernière ressource dans les cas désespérés de pneumonie. Mais

l'auteur invoque leur emploi dans la pneumonie dans d'autres conditions et comme moyen de restituer à l'organisme est peu à peu privé par suite de l'absence d'alimentation et qui finit par lui enlever ses moyens de défense. Dans un cas de broncho-pneumonie chez un enfant de sept mois, avec température de 39 degrés 5, les injections salines seuls produisirent une telle modification dans les symptômes que l'enfant fut très bien au bout de soixante-douze heures. Dans onze cas les injections salines de 200 centimètres cubes par jour eurent pour résultat de relever rapidement la pression sanguine, d'augmenter la diurèse, de stimuler le système nerveux. En pareil cas il y a une élévation de température qui peut résister quelques heures, puis survient une amélioration rapide. On ne peut plus accepter l'ancienne opinion que les toxines sont entraînées hors du sang, depuis que Bosc et Vedel, au lieu de trouver l'urine toxique, l'ont trouvée hypotoxique, preuve que les toxines ont été détruites dans le sang.

Chez les adultes l'emploi des solutions salines même dans les cas désespérés, peut être suivi d'une convalescence soudaine. Bassi a institué ce traitement dans six cas de pneumonie double dans lesquels le pouls présentait des intermittences, avec un cas de mort. Récemment Todd a préconisé l'administration par la bouche d'une limonade contenant par verre 0,60 centigrammes de chlorure de sodium et 0,30 de bicarbonate de potasse avec une cuillerée à café de jus de citron. Un verre de ce liquide est donné toutes les deux heures aux malades adultes. Dans deux cas où l'auteur a employé ce traitement, l'effet a été absolument le même que celui des injections intraveineuses et sous-cutanées.

"Medical Record,"

13 Janvier 1906.

Guérison d'une Septicémie puerpérale par abcès de fixation

M. Vincent a communiqué à la "Société de Chirurgie de Lyon" (7 décembre 1905) l'histoire d'une femme atteinte de fièvre puerpérale grave et chez laquelle il pratiqua un abcès de fixation qui aboutit à la suppuration. L'état général restant mauvais, trente autres injections de térébenthine furent faites. Le thorax de la malade était transformé en deux énormes poches mammaires suppurées. Il en était de même des cuisses, où l'on avait, en outre, pratiqué des injections de sérum qui avaient été, elles aussi, un point d'appel pour la suppuration.

L'état général s'améliora rapidement. Les abcès furent ouverts aussi rapidement que possible, et la suppuration se tarit avec une extrême rapidité. Actuellement la malade est complètement guérie. C'est aux abcès de fixation, préconisés par Fochier, qu'est due cette guérison inespérée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médical de Montréal.

SEANCE DU 3 AVRIL 1906.

M. le docteur R. Boulet, président, occupe le fauteuil ;

Membres présents . MM. E. Asselin, J. A. LeSage, A. Dubé, H. Duhamel, Valois, (Vaudreuil), F. de Martigny, A. Lthier, H. Desmarais C. A. Daigle, H. Desloges, J. N. Roy, A. Lasalle A. Rivet, J. Dion, J. Bourgeois, J. Rousseau, E. Racicot, J. D'carie, W. Handfield, Z. Lefebvre, Plourde, G. Piché, H. Lebel, Kattmi-Malouf, A. A. Foucher, L. Harwood, J. Gervais, A. Jeanotte, R. Hamelin, A. Garceau, J. Bourgouin, O. F. Mercier, R. Gosselin, A. Maroil.

Monsieur le docteur Laramée, secrétaire, donne lecture des minutes de la dernière assemblée et présente à la Société, le rapport d'une séance de la Société Médicale du Comté de Chicoutimi et Lac St-Jean, dont voici la teneur :

Société Médicale du Co Chicoutimi, séance du 18 mars, 06.

Comme il y a actuellement devant la Chambre des Communes, un projet de loi, tendant à régler d'une manière satisfaisante, la fabrication et la vente des médecines patentées, la Société Médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean, croit de son devoir de donner son plus ferme appui au promoteur de ce projet de loi et adopté à l'unanimité la résolution suivante :

Proposé par MM. J. D. Warren et L. O. Gauthier, secondé par MM. L. E. Beauchamp et J. Constantin :

1o Que la Société Médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean, a appris avec plaisir qu'un projet de loi est actuellement devant la Chambre des Communes, lequel projet de loi réglemente la vente des médecines brevetées, et oblige tout manufacturier de remèdes à indiquer sur les bouteilles, paquets et autres, contenant des dits remèdes brevetés mis en vente, le pourcentage de chaque ingrédient, composant ces dits remèdes ;

2o Que la Société Médicale de Chicoutimi et Lac St Jean, espère que la vente de ces dits remèdes brevetés, ne pourra être faite que par les pharmaciens ou par toute autre personne, sur prescription d'un médecin ;

3o Que copie de cette résolution soit transmise à M. J. Girard, notre député au Parlement, le priant d'appuyer fortement, le dit projet et d'y faire inclure un article, réservant la vente de ces remèdes, comme dit plus haut ;

4o Que copie de cette résolution, soit transmi-

se aux Secrétaires des autres Sociétés Médicales avec prière de la communiquer immédiatement à leur Société respective.

Adopté à l'unanimité.

A. RIVERIN,

Secrétaire.

18 mars, 06.

Association Médicale du District de la Beauce,

Sur lecture de plusieurs lettres des compagnies d'assurance, l'Association reconside le tarif tel qu'adopté d'abord au sujet du prix des examens d'assurance, et le docteur Savard, propos, secondé par M. Duchaine. " Qu'aucun membre de l'Association, ne fera d'examen pour les compagnies d'assurance, à moins de cinq dollars (\$5.00), chaque examen, et, pour les sociétés Mutuelles, à moins de deux dollars (\$2.00), et, que copie de la présente résolution soit dressée à toutes les Associations sœurs de la Province, et aux compagnies d'assurance, faisant affaire dans la Province.

H. A. LARUE,

Secrétaire.

21 Mars, 06.

Monsieur le Président, après quelques remarques sur la question soulevée par les membres de la Société Médicale de Chicoutimi, encourage fortement, les sociétaires, à ne pas rester en arrière et à prendre une part active, à la lutte entreprise par la réglementation des médecines patentées.

Le Dr Valois, de Vaudreuil, donne avis, qu'il fera une communication, à la prochaine séance, concernant les médecines patentées et les spécialités.

Sur la proposition du Dr J. A. LeSage, le rapport, ayant trait au tarif pour les examens, exigés par les Compagnies d'Assurance, est renvoyé à la prochaine séance.

L'ordre du jour comporte :

1o L'anesthésie chirurgicale par la stovaine, par M. le Dr. O. F. Mercier.

C'est depuis près d'un an, que M. le Dr. O. Mercier, emploie ce nouveau mode d'analgésie et les nombreux succès obtenus semblent l'encourager à poursuivre son expérimentation avec plus d'ardeur. Monsieur Mercier, expose les raisons qui l'ont engagé, à se servir de la stovaine, au lieu de la cocaïne. Il passe successivement, en revue, les propriétés de la première substance : son maniement plus facile, sa toxicité, presque nulle, — donnant une analgésie, presque égale, à celle fournie par la cocaïne, et, surtout, avantage digne d'importance, la parfaite sécurité dans laquelle se trouve le chirurgien, en employant cette substance, et la certitude, quasi absolue qu'il a de ne pas mettre la vie de son patient, en

danger. " Il est vrai, remarque, M. le Dr Mercier, que la quantité de stovaine à injecter, pour produire l'analgésie, est plus grande que celle que l'on injecte, en employant une solution de cocaïne, mais, c'est encore un avantage. Localement, la stovaine, tout en étant quelque peu inférieure, à la cocaïne, au point de vue, analgésie, doit être du moins employée de préférence, à cause de l'innocuité et de la sécurité que son emploi procure.

C'est surtout du côté de la rachianalgésie, que l'auteur, a conduit ses expériences et les résultats obtenus, avec les deux méthodes, qu'il a successivement employé, lui font, à l'exemple du professeur Reclus, son maître, préférer d'emblée, la rachistovainisation.

La première expérience fut tentée en juin 1905 sur un malade porteur d'hémorroïdes ; l'opération fut couronnée de succès. En janvier 1906, une taille hypogastrique, pour un gros calcul de la vessie, pratiquée chez un vieillard de 65 ans ; sans la moindre alerte, sans le moindre accident, engagea M. O. Mercier, à ériger la rachistovainisation, en méthode suivie dans son service d'hôpital, et, il énumère, une série très heureuse — très intéressante aussi — de 27 cas. Aucun accident, n'est venue troubler la marche de l'opération ; les patients n'ont ressentis aucun malaise ; pas de céphalalgie, pas de vomissements.

Suivant la méthode de Tuffier et Reclus, les injections furent faites, entre la 3ème et 4ème vertèbre lombaire, et la 5ème lombaire, donnant une analgésie, de toute la partie inférieure du corps, jusqu'à l'ombilic ; une fois, une injection, pratiquée dans l'espace entre la 2ème et 3ème lombaire, donna une analgésie allant jusqu'aux mamelons.

L'auteur, met en garde, contre deux dangers à éviter : une trop haute dose ... l'infection des méninges spinales, et, il termine sa communication par cette conclusion : " la rachistovainisation sera considérée comme une méthode précieuse, et elle aura sa place marquée, là où il convient, entre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale."



M. de Martigny est heureux de concourir dans les conclusions du Dr O. Mercier, qui l'a converti ce soir à la stovaine, même pour certaines laparotomies, car il sait que le Dr St-Jacques à l'Hôtel-Dieu de Montréal et d'autres ailleurs, ont fait des laparotomies avec plein succès et sans accidents.

Cette méthode de rachianesthésie est une méthode américaine. C'est, en effet, Curning de New-York, qui injecte pour la première fois, en 1885 une solution de cocaïne contre les vertèbres lombaires et obtint ainsi l'anesthésie des membres inférieurs. En 1886, il modifia son procédé et porta directement la cocaïne dans le canal rachnoïdien.

Sicar reprit ces expériences en 1899 sur les animaux et Bier, sur l'homme.

Tuffier vers cette même époque appliqua la méthode dans son service, en régla la technique, l'instrumentation et l'amena d'emblée, dit Cochet, tout près de la perfection. Puis devant les morts nombreuses on abandonna la cocaïne pour la stovaine que l'on disait être beaucoup moins dangereuse, ce que l'expérience a prouvé être vraie. Dernièrement, certains auteurs ont publiés le résultat d'expérience de rachianesthésie avec le sulfate de magnésie. Ils obtinrent chez les animaux et chez l'homme, plein succès. On doit pour produire l'anesthésie, injecter l.c.c. d'une solution de sulfate de magnésie à 25 p.c. par 12 kilog. de poids corporel. La sensibilité tactile n'est pas toujours abolie d'une façon complète, au contraire, l'analgésie est toujours complète.

Si l'on peut obtenir la rachianesthésie même avec du sulfate de magnésie, quel est donc le mécanisme qui produit cette anesthésie ? Je crois avec M. de Meltzer (communication à l'Académie de Médecine de New-York) que les phénomènes vitaux ne sont pas la conséquence d'un facteur unique : l'excitation. Toutes les manifestations vitales sont les résultats d'une sorte de compromis entre deux facteurs antagonistes, entre deux forces vitales fondamentales : l'excitation et l'inhibition.

La rachianesthésie que nous obtenons maintenant soit avec la cocaïne, presque abandonnée complètement, la stovaine où le sulfate de magnésie est une des belles conquêtes de la chirurgie sur la douleur.

Monsieur Boulet : En ophtalmologie, lorsqu'il s'agit d'une intervention sur le globe oculaire lui-même, la cocaïne est préférable à la stovaine, d'abord, à cause de son action vaso-constrictive, et, l'avantage que son emploi procure à l'opérateur d'avoir un champ net ; mais, dans les interventions sur les paupières, la peau du rebord orbitaire, il emploi de préférence la stovaine.



20 La réglementation des médicaments toxiques par M. le Dr Rivet.

Les médicaments toxiques sont livrés au public avec un sans-gêne et une désinvolture étonnante ; les pharmaciens — un petit nombre — se croient tout permis et sans se soucier du danger, livrent, à celui-ci, de la morphine, — ad libitum, — à celui-là, de l'arsenic — tout l'arsenal y passe, et, cela, sans la moindre ordonnance du médecin. C'est pour apporter une fin, à ce malheureux état de chose, que Monsieur le Dr Rivet jette le cri d'alarme. Dans un style concis, mais juste, il passe en revue, les différentes médecines patentées connues sous le nom générique de sirop calmant... de remède anti-catarrhal...

“ Que d'enfants au cimetière !! Que de malheureux devenus la proie de la folie ! Que de familles affectés par le déshonneur, la déchéance d'un des leurs !... ” Bilan effrayant sans cesse accrue, par cet abus honteux ! Il est temps de réagir, nous dit M. Rivet ; nous ne devons pas rester en arrière, demeurer indifférents, sans retarder, il faut saisir l'autorité de cet état de choses alarmant, la forcer à y apporter une solution efficace, et, c'est sur l'appui ferme et la volonté tenace de tous les médecins, que l'auteur compte pour mener à bien, son projet.

Monsieur Valois, cite le cas d'un pharmacien, du nom de Quipp, qui, à toutes les semaines, faisait parvenir à un de ses clients, environ 50 grs. de morphine, et, cela, sans aucune ordonnance de sa part.

Monsieur Foucher, demande, si cette question, ne tombe pas sous le coup de la loi, et, s'il n'y aurait pas possibilité de la faire exécuter, ou du moins aviser le bureau des gouverneurs, de voir à faire cesser ce commerce illicite, et de mettre un frein ainsi, pour une certaine classe de pharmaciens, à la tendance qu'ils ont de vouloir exercer un peu trop librement la médecine.

Le docteur O. Mercier rapporte un fait vraiment curieux, montrant jusqu'où peut aller l'audace de certaines gens : Un malade est transporté à l'hôpital, souffrant de violentes douleurs abdominales ; interrogé, le malade rapporte, que porteur d'une hernie, qui, sous un effort, s'était étranglée, il se rendit chez un pharmacien, qui, entreprit de la réduire ; il fit un taxis, si énergique, qu'il fit pénétrer dans la cavité abdominale, tout le paquet de ganglions, avoisinant l'orifice. La laparotomie pratiquée par M. Mercier, laissa voir, la partie de l'intestin, ainsi malaxée par le pharmacien, en partie sphacélie.

M. Kattini-Malouf, cite l'observation d'une jeune fille de 19 ans, morphinomane depuis deux ans, prenant une dose quotidienne de 5 grs. et, qui lui, avoua avoir contractée cette habitude, après que le pharmacien lui en eut donné, et redonné, à son désir.

Monsieur J. A. LeSage, propose, que cette question, si bien mise au point par M. Rivet, concernant la réglementation des médicaments toxiques, soit soumise et étudiée par le Comité de Régie, et que M. le Dr Rivet, en soit le Rapporteur. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Puis l'on procéda à l'élection des dignitaires, pour les différentes sections du 3ème Congrès, de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Section de Médecine. Il est proposé par M. E. Asselin, secondé par M. H. Duhamel que M. H. Hervieux, soit nommé président, M. A. Laramée, — l'assemblée étant unanime — sur la proposition de M. J. Décarie, est choisi comme secrétaire.

Section de l'Ophthalmologie : M. le Dr Des-

jardins, est choisi, comme président, sur la proposition de M. le Dr A. Foucher, M. le Dr A. Lalle, est nommé secrétaire.

Médecine mentale : M. Chagnon est choisi, comme vice-président, M. Dion est nommé secrétaire proposé par M. F. de Martigny.

Section de Chirurgie : M. O. Mercier, propose M. A. Marien, comme vice-président, adopté à l'unanimité.

Section de l'Hygiène : Sur proposition de M. H. Duhamel, le Dr Elz. Pelletier est nommé vice-président.

Section de Gynécologie. M. Ethier est choisi comme secrétaire.

Puis M. le docteur Dubé, secrétaire général du 3ème Congrès, invite les membres choisis, à se mettre aussitôt à l'œuvre, et a bien vouloir communiquer avec lui pour l'étude des différents projets.

3 Avril, 06.

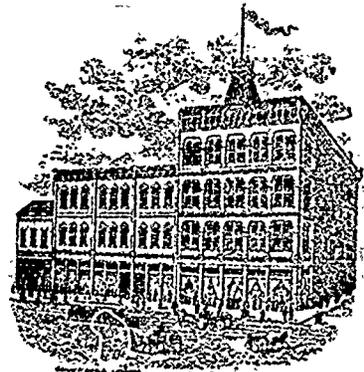
PERSONNEL

M. le Dr St-Jacques, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, est parti jeudi le 12 courant, par la Lorraine, pour l'Europe. Il doit visiter la Belgique, la Suisse, l'Italie, la France et l'Allemagne.

Pendant son séjour en Allemagne, M. St-Jacques étudiera d'une manière spéciale, le traitement des arthrites, par la méthode de Bier.

Bon et heureux voyage.

DUPUIS FRERES



Assortiment complet et de première classe

Nouveautés	Prelarts et Linoleums
Modes, Lingeries	Vaisselle, Verreries,
Hardes Faites	Jouets et Arti-
Merceries	cles de Fantaisie
Rideaux, Tapis	En tout genre.

LE GRAND MAGASIN DÉPARTEMENTAL de l'EST
1571, à 1589 RUE STE.-CATHERINE

SPECIALITE : Meubles de
BUREAUX.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des Hémorroïdes.

(Par le Dr Ch. Monod.)

Chirurgien des hôpitaux de Paris, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie.

L'opération de Whitehead plus ou moins modifiée, c'est-à-dire l'ablation de toute la muqueuse de l'extrémité inférieure du rectum y compris les varices dont elle est le siège, semble devenir, pour un bon nombre de chirurgiens, l'opération de choix pour la cure radicale des hémorroïdes. Je ne veux pas contester que cette opération n'ait ses indications dans les cas où toute la circonférence de la muqueuse rectale est à la fois prolapsée et occupée par la dilatation veineuse, cas plus rare qu'on ne le pense comme le démontre l'anatomie des veines de l'anus. D'autre part comme l'a très bien dit M. Schwartz, "l'opération de Whitehead est une excellente opération; elle guérit vite et bien, mais à condition d'avoir la réunion de la muqueuse à la peau, or il faut pour cela avoir des conditions d'asepsie et d'antisepsie pas toujours faciles à réaliser. L'opération est délicate ajoutait-il, assez longue et s'accompagne en général d'une assez forte perte de sang, considérations qui sont à envisager au point de vue de ses indications, chez des sujets affaiblis et anémiques."

C'est parce que je suis persuadé de la justesse de ces remarques que je continue à donner la préférence à un procédé moins brillant mais plus simple, à la portée de tous, d'une exécution facile et rapide, qui donne lieu à une perte de sang presque nulle, qui réussit toujours alors même que l'asepsie n'est pas parfaite : qui ne nécessite aucun soin consécutif, et n'est ordinairement suivie d'aucune douleur, dont les résultats définitifs enfin, si j'en crois mon expérience, ne le cèdent en rien à l'opération de Whitehead.

Cette opération est basée sur les données anatomiques suivantes. Je laisse ici la parole à mon collègue et ami le Dr Arrou, qui à l'occasion d'un concours de prosectorat, a pu étudier de près les veines du rectum,

"Lorsqu'on injecte, par la petite mésentérique un rectum hémorroïdaire, on voit à peu près constamment la même disposition. Ce sont trois paquets veineux, en boucle irrégulière isolés les uns des autres. Ils siègent à un centimètre environ de la peau de l'anus, sous la muqueuse rectale, fortement soulevée par eux. Si j'ai bon souvenir, il y en a toujours un postérieur, les deux autres se trouvent sur les côtés.

Jamais ils ne remontent à plus de 2 centimètres. 1-2 à 3 centimètres.

Or si on tient compte que chacun d'eux est suspendu à une veine verticale sous-muqueuse, comme un pendu à sa corde, on comprend qu'un fil un peu haut placé pourra étreindre de ce côté l'hémorroïde en oblitérant précisément cette veine mère. Un deuxième fil bien placé étreindra la même hémorroïde par en bas. C'est à ce résultat qu'on arrive avec la pince clamp, à condition de placer celle-ci de façon qu'elle fasse à la muqueuse un pli vertical. L'objection est qu'il existe souvent entre les 3 paquets (quelquefois 4) quelques bosselures plus petites allant de l'une à l'autre. Mais il semble qu'on puisse les négliger."

Ces notions anatomiques viennent absolument à l'appui de mon procédé opératoire, le seul auquel j'ai eu recours depuis de longues années de pratique journalière, le perfectionnant seulement dans certains détails d'exécution. Je me suis arrêté à la technique suivante qui vaut la peine d'être précisée :

PRÉPARATION DU MALADE

Elle se borne à une purgation donnée l'avant-veille et répétée la veille de l'opération pour peu que l'effet n'ait pas été satisfaisant. Je fais prendre d'ordinaire 20 à 30 grammes d'huile de ricin l'avant-veille et le lendemain un verre d'eau purgative. Pas de lavement, ou, s'il paraît nécessaire, l'administrer douze heures au moins avant l'opération. Donné plus tard, il peut n'avoir pas été complètement rendu et ne l'être qu'au moment de la dilatation forcée de l'anus, incident fâcheux.

Le soir qui précède l'opération, deux pilules d'opium de 2 centigrammes. Cette dose est continuée pendant les quatre jours qui suivent : 2 centigrammes matin et soir. Une troisième pilule doit être quelquefois donnée : au total 4 à 6 centigrammes dans les 24 heures.

POSITION DU MALADE. ANESTHÉSIE

Le malade est dans la position de la taille, situation favorable pour l'anesthésie générale.

J'ai toujours eu recours à celle-ci (éther ou chloroforme) - Je sais que l'opération peut être faite à la cocaïne, et j'emploierai volontiers ce mode d'insensibilisation dans les cas où je trouverais une contre-indication à l'anesthésie générale.

DILATATION FORCÉE DE L'ANUS.

Je la pratique avec le spéculum de Trélat. Cette manœuvre préliminaire est indispensable. Sans elle les hémorroïdes ne sont pas aisément accessibles. Dès qu'elle est faite, on voit paraître les bourrelets saillants, visibles, tangibles. Il devient facile d'en bien apprécier le siège et le nombre.

EXCISION DES HÉMORROÏDES

Lorsque les bourrelets sont nettement pédiculés, leur ablation peut se faire à main levée, au bistouri en les saisissant en leur plein avec une pince en cœur. On incise la muqueuse rectale à la base du pédicule en la répérant à mesure avec des pinces à pression ; les deux lèvres de la section sont ensuite réunies au catgut comme il sera dit plus loin. L'incision doit être faite suivant une direction parallèle à l'axe du rectum ; elle remontera en haut jusqu'à empiéter sur la muqueuse saine et s'arrêtera en bas à la peau, sans l'intéresser.

Si les bourrelets ne sont pas pédiculés il faudra d'abord à l'aide de petits clamps limiter la partie à enlever. Voici comment, dans ce cas, l'on procède.

Avec une pince de Kocher, on va saisir la muqueuse haut dans le rectum, au-dessus du bourrelet hémorroïdaire, en un point, où les tissus paraîtront sains. Une seconde pince est fixée au-dessous du bourrelet, à l'union de la muqueuse et de la peau, plutôt sur la muqueuse que sur la peau. Une troisième est au besoin placée entre les deux précédentes, pour achever de former le pli de muqueuse qui doit être réséqué.

C'est au-delà de ces pinces sur ce pli que l'on applique le petit clamp, parallèlement à l'axe du rectum. Le clamp ne doit mordre que la muqueuse, sans toucher à la peau. Il est serré à fond, de façon à ne pas déraper.

Par un léger mouvement de bascule, il est facile d'amener vers l'ouverture anale, ou du moins

de soulever assez l'extrémité supérieure, intra-rectale, du clamp pour qu'un fil de catgut No 1 puisse être placé au delà de cette extrémité en pleine muqueuse saine. Ce premier fil, sur lequel l'aide exerce une légère traction, servira de guide et de soutien pour le reste de l'opération.

C'est, en effet, en deçà de ce fil, entre lui et l'extrémité du clamp que commence la résection du bourrelet, au bistouri ou aux ciseaux. Les deux lèvres de la muqueuse inoisée s'écartent et sont bien visibles ; elles sont immédiatement réunies par un point au catgut qui est à la fois unissant et hémostatique.

La section est alors poussée plus loin, et d'autres points sont placés de même, aussi rapprochés que nécessaire pour arrêter tout saignement. Le dernier correspond à l'union de la muqueuse et de la peau, sans traverser celle-ci.

On comprend qu'en procédant de la sorte l'écoulement sanguin soit réduit à son minimum.

Un premier bourrelet ainsi enlevé, on agit exactement de même pour les autres. Il suffit ordinairement de répéter trois fois, rarement quatre, la manœuvre.

Le catgut que j'emploie est le No 1 ; l'aiguille est la petite aiguille de Reverdin.

On pourrait passer ces fils d'avance, et ne sectionner qu'ensuite. Mais, quelque soin que l'on y mette, on risque de couper un ou plusieurs fils en même temps que la muqueuse. Il faut alors les remplacer, et dans de moins bonnes conditions. Au lieu de gagner du temps, on en perd.

On pourrait aussi, au lieu de points séparés, faire une suture en surjet. Je préfère les premiers ; c'est un peu plus long, mais plus sûr au point de vue de l'hémostase.

Il importe du reste, l'opération achevée, de faire une inspection minutieuse de la région et de s'assurer qu'elle est exsangue. On repassera avec l'aiguille des fils supplémentaires dans tous les points qui paraissent douteux.

A cet effet tous les chefs sont conservés jusqu'à la fin ; ils serviront à attirer au dehors les surfaces de section pour les examiner à l'aise.

PANSEMENT

Un gros drain, un peu rigide, coiffé de gaze iodoformée, — celle-ci enduite de vaseline stérilisée pour rendre la pénétration facile — est introduit dans le rectum, assez loin pour que l'extrémi-

te supérieure de tube dépasse largement le sphincter...

La gaze iodoformée maintient les parties dans un état suffisant d'antisepsie, le drain permet au gaz de s'échapper au dehors.

Le drain est coupé au ras de l'anus. Une couche d'ouate et un bandage en T compléteront le pansement.

SOINS CONSECUTIFS

Ils sont nuls. Le lendemain et les jours suivants on renouvelle l'ouate extérieure, en se gardant de toucher à la mèche intra-rectale. Le malade est maintenu à la diète liquide, lait et potages, en quantité modérée. L'opium, comme il a été dit, est continué pendant quatre jours à dose de 4 à 6 centigrammes.

Le 5^e ou le 6^e jour, purgation à l'huile de ricin. Les matières entraînent ordinairement la mèche et le drain, sans que l'on ait à intervenir. Si elles ont quelque peine à s'échapper, une légère traction enlève sans difficulté le bouchon qui s'opposait à leur sortie.

Il est bien remarquable que, à la suite de cette opération, le malade n'éprouve ni gêne ni souffrance, si, du moins, on a eu le soin de ne pas comprendre la peau dans les sutures (1). Il se produit souvent un gonflement des hémorroïdes externes ordinairement concomitantes; si ce gonflement est notable, je remplace le pansement à l'ouate sèche par des compresses boriquées humides (2).

RESULTATS ET CONCLUSIONS

J'insiste sur la rapidité avec laquelle la guérison survient. Dès que les malades ont été à la

(1) Je ne mentionne que pour mémoire la rétentioin d'urine fréquente le ou les premiers jours qui peut nécessiter le cathétérisme, incident commun à toutes les opérations pratiquées dans la région ano-rectale.

(2) Il ressort évidemment de la description qui précède que, systématiquement, j'évite de toucher aux hémorroïdes externes qui accompagnent ordinairement les internes. Le gonflement dont elles deviennent le siège à la suite de l'opération que je préconise, tombe de lui-même. Au bout d'un mois elles sont réduites à l'état de marrisques, aucunement gênantes. Une seule fois une malade m'a demandé de l'en débarrasser secondairement — question d'esthétique, je pense.

selle, c'est-à-dire dès le 6^e jour, ils peuvent se considérer comme guéris. En réalité ils ne le sont pas, mais les phénomènes d'élimination du pus et de cicatrisation se passant à l'intérieur du rectum, ils n'en sont aucunement touchés. Si la tuméfaction des hémorroïdes externes est minime, ils peuvent sortir du lit et s'asseoir sans difficulté. En tout cas du 10^e au 15^e jour, ils sont en état de quitter l'hôpital ou la chambre, astreints à de simples mesures de propreté, ou à quelques ménagements motivés pour le dire encore une fois, par le gonflement hémorroïdo externe qui va de jour en jour diminuant.

Quant aux "résultats définitifs," je crois pouvoir les dire excellents. Je n'ai pas eu occasion de constater de récidives. Je ne vois pas qu'elles ne puissent se produire. Il serait facile d'y mettre ordre par une opération complémentaire qui serait sans doute de moindre importance.

J'ai du reste à ce sujet une remarque à faire. Elle est d'ordre clinique: Avant Whitehead, avant que l'on crût nécessaire, pour obtenir la cure radicale des hémorroïdes, de pratiquer la résection de toute la muqueuse à l'extrémité inférieure du rectum, les chirurgiens qui nous ont précédé sont assurément arrivés à supprimer les pertes de sang des hémorroïdes et les fâcheuses incidences — et cela par des cautérisations ou des destructions toujours partielles; d'où l'on peut légitimement conclure qu'une suppression totale de la muqueuse n'est pas nécessaire pour atteindre le but thérapeutique poursuivi.

Telle que je la conseille, l'ablation des hémorroïdes, n'est pas aussi partielle qu'elle le semble, puisqu'en réalité elle porte sur les trois ou quatre paquets variqueux qui, d'après M. Arrou, se rencontrent toujours et aux mêmes points dans un rectum hémorroïdaire, et qui constituent toute la lésion.

Ces bourrelets supprimés, le malade peut être considéré comme radicalement guéri.

Je suis donc plus que jamais décidé à m'en tenir à l'opération conduite de la façon que je viens de dire, puisqu'elle est à la fois simple et efficace.



Chronique Obstétricale.

(Par E. A. René de Cotret)

Prof. adj. d'Obstétrique — Accoucheur de la
Maternité.

Pour me distraire ou me reposer de mes études sérieuses ; pour faire évanouir ces cris déchirants des parturientes que j'ai entendus pendant de longues heures, j'aime à lire, confortablement assis dans ma longue chaise, les drôleries de la médecine. Witkowski fait mes délices ; et les nombreux petits journaux à annonces, qui nous viennent de France et des Etats-Unis, sont dévorés par moi avec avidité. Je laisse de côté les annonces ; je n'y vois pas les articles de fond ; mais les notes, les sentences et les aphorismes sont savourés avec un appétit de vrai gourmet. Même dans les revues et les journaux plus sérieux, je vais dans les dernières pages puiser des renseignements précieux donnés sous un volume simplifié, facile à lire, facile à comprendre, renseignements qui ne fatiguent pas l'esprit, parce qu'ils sont là sous une forme pour ainsi dire toute digérée. J'y trouve, en quelques mots, en quelques phrases, la quintessence d'un long article, même de tout un volume. J'absorbe rapidement cette matière, je me l'assimile toute entière. Quelquefois, c'est un véritable jet de lumière qui m'éclaire sur un traitement à instituer.

Ne vous souvient-il pas, vous qui vous êtes assis en même temps que moi sur les gradins de l'amphithéâtre de l'hôpital Notre-Dame, alors que ces gradins ressemblaient à ceux des cirques, de simples planches, ne vous souvient-il pas de certains professeurs, trop tôt partis, qu'on aimait à entendre parce qu'en une phrase, en un mot, ils nous faisaient découvrir une maladie ou nous indiquaient un traitement. En feuilletant ces épitomés, je me rappelle mes bons professeurs et je leur souris à travers les années écoulées ; il me semble entendre l'écho de leur enseignement.

Ces notes, je les ai toujours gardées pour moi avec un soin jaloux ; je ne pensais pas à les communiquer à mes confrères plus sérieux, plus studieux que moi. A quoi bon les redire aux autres ? Ne les a-t-on pas vues comme moi ? aux moins aimants de la science, ou aux trop occupés, m'était-il permis de les répéter et de faire perdre un

temps précieux ? Aujourd'hui, je me suis aperçu qu'on pouvait, aux derniers au moins, conter quelques histoires. En effet, j'étais dans un tramway et j'ai vu mon deuxième ou troisième voisin, qui était un confrère, tout occupé à lire un certain petit journal de médecine venu de France. De là j'ai conclu que je pourrais être lu si je tentais de raconter beaucoup de petites choses.

— ❖ —

Je commence par celle-ci.

C'était une vieille femme de 87 ans. Quand elle n'était âgée que de 79 ans on lui fit un diagnostic de tumeur de l'ovaire. Elle ne voulut pas se résigner à l'opération. Elle avait bien raison ; à son âge ! Huit ans plus tard, c'est-à-dire quand la vieille eut 87 ans, il se manifesta chez elle des symptômes d'obstruction intestinale. On mit la bonne femme sous chloroforme. L'opération dura deux heures et demie. On retira treize litres de liquide. La tumeur était très adhérente. La guérison fut complète après sept semaines. Un an après la vieille patiente était encore assez bien.— The Journal of Obstetric and gyn., of the British Empire.

— ❖ —

Et celle-ci :

Une paysanne, âgée de 25 ans, entra le 27 août 1905, dans le service d'accouchement de l'hôpital de la ville de Mourom. Cette femme est à terme. Le lendemain à 1 heure p.m., elle accouche d'un premier fœtus en position occipito-sacrée, puis aussitôt d'un seconde en présentation des fesses. Le troisième fœtus en position oblique, les deux derniers en position transverse ; on procéda successivement à la version et à l'extraction de tous les trois. Entre la naissance du troisième et du quatrième se produisit une hémorragie assez abondante, arrêtée par la rupture de la quatrième poche des eaux...

Aussitôt après la naissance du cinquième fœtus deux placentas furent spontanément expulsés ; le premier portait trois cordons ombilicaux, le second deux...

Le poids total des 5 fœtus ensemble est de 4,800 grammes... Tous sont nés vivants et ont vécu de trois à neuf heures.

Après celle-là, si vous ne me croyez pas, voyez la semaine Médicale de Paris, No 20 septembre

1905. Vous y lirez l'histoire de la mère et de son accouchement, signée et contre-signée par les médecins et la sage-femme de l'hôpital.

— ❖ —

Encore une !

Sur ma table, j'ai un travail assez considérable du professeur d'Obstétrique Samuel Gache, de Buenos Aires. Cet opuscule a été lu au second Congrès Médical Latino-Américain, au mois d'avril, 1904.

J'y trouve le pendant du fait cité plus haut. Galopin, en 1867, rapporte le cas d'une femme de 40 ans qui accoucha de cinq garçons, tous vivants, qui moururent après quelques minutes. Il y avait deux placentas. Trois cordons étaient fixés sur un placenta ; deux, sur l'autre.

Les grossesses quintuples citées par Gache sont très nombreuses.

Un cas des plus étonnants fut celui de la femme de Lord de Maldesneum qui eut cinq grossesses progressives en nombre. 1ère grossesse, deux enfants ; 2ème grossesse, 3 enfants ; 3e grossesse, 4 enfants ; 4ème grossesse, 5 enfants ; 5ème grossesse, 6 enfants.

Et cette autre femme qui mourut à 64 ans, laissant à son mari, 39 enfants qui arrivèrent à leur majorité. Elle n'eut pas un seul accouchement double.

Et madame William Greentiell qui en eut aussi 39. Et madame William Nookes qui eut 41 enfants. Son fils en eut 27.

Dans la Louisiane, une négresse eut un quintuple avortement ; les fœtus avaient cinq mois. Le mari de cette femme se pendit d'épouvante.

La même mort a failli enlever un villageois des environs de Montréal. C'était un petit bossu qui avait un peu trop rouler sa bosse. A la naissance du premier bébé, mon bossu était joyeux. Quand le deuxième vint, il dansait, chantait, gambadait ; mais au troisième, il s'arrachait les cheveux et sanglotait. Qu'aurait-il fait au quatrième et au cinquième.

Ribemont-Dessaignes, cité par Gache, nous affirme comme véridique, le cas de Vassali, qui, en 1888, aidé d'un confrère, put extraire successivement six fœtus.

Je n'en finirais plus si je rapportais tous les cas de Gache, cas de 7, de 8, de 9, de 11.

Je finis avec Kinillow, un campagnard russe, qui se maria deux fois. Sa première femme eut

77 enfants, en 21 grossesse. Quatre fois, elle en eut quatre ; sept fois, trois ; dix fois deux. La seconde femme lui en donna 15, six jumeaux et un accouchement triple. Kinillow eut donc des deux lits 92 enfants qui tous étaient vivants quand il fut présenté au Czar, à l'âge de 70 ans.

J'allais oublier Hermiano qui nous parle de Fedor Vassilow, un autre campagnard, qui vivait dans les environs de Moscou et qui, à l'âge de 75 ans, était père de 87 enfants dont 51 étaient en vie en 1872. Comme Kinillow, il fut marié deux fois.

Allez donc dire, après cela que les Canadiennes sont les femmes les plus fécondes du monde...

— ❖ —

C'est bien assez rire ! Soyons un peu plus sérieux. Revenons au souvenir de nos professeurs disparus qui disaient tant en peu de mots.

Ne se seraient-ils pas exprimés ainsi en parlant de l'éclampsie. D'après la statistique de Cova, il y eut 80 cas d'éclampsie à la clinique du prof. Pestalozza. 33 des éclampsiques étaient multipares (41.25 p.c.). Fait intéressant, pas une de ces 33 femmes n'eut une grossesse gémellaire. Dans un des cas mortels, il y eut 11 accès avant et pendant l'accouchement et 59 après. De sa statistique Cova tire les conclusions suivantes : l'éclampsie est beaucoup plus rare chez la multipare. Chez la multipare, l'éclampsie arrive à une époque plus avancée de la grossesse, et à l'improviste, sans signes prodromiques ou symptômes. Dans un tiers des cas le début des accès apparaît pendant la période puerpérale. La tendance aux hémorragies est d'autant plus marquée le pronostic plus grave, et la mortalité plus grande qu'il y a eu plus de grossesses antérieures. Le pronostic pour l'enfant est plus grave chez les multipares éclampsiques que chez les primipares.

— ❖ —

Le docteur Ewen J. MacLean, d'Angleterre rapporté le cas d'une inversion utérine chronique datant de deux mois et demi. Cette inversion avait été amenée par de fausses manœuvres obstétricales. La sage-femme qui était en charge de l'accouchement avait fait des tractions violentes sur le cordon. La délivrance s'était effectuée, emmenant à sa suite le fond de l'utérus. Une forte hémorragie post-partum s'en suivit qui mit la vie de la malade en danger. La perte de sang

céda enfin à certaines manœuvres, mais il y eut toujours par la suite écoulement de sang qu'on mit sur le compte de lochies abondantes. Enfin après deux mois et demi de traitement plus ou moins approprié, et de guerre lasse, on transporta la patiente dans un hôpital. Le docteur Mac Lean examina la malade, et trouva dans le vagin la tumeur formée par l'utérus inversé. Mettre la femme sous chloroforme et lui réduire son inversion fut chose facile dans ce cas.

" Mais, dit-il, si je n'avais pu réussir par ce moyen simple, je n'aurais pas fait l'amputation de l'utérus, parce qu'il n'y avait pas d'infection. Le taxis ne me donnant pas un bon résultat, j'aurais ouvert le ventre et j'aurais divisé le godet postérieurement aussi profondément qu'il était nécessaire pour réduire cet utérus par des manipulations bi-manuelles."

Cette méthode vaudrait mieux que les incisions correspondants faites dans le vagin. Par la première opération, le champ opératoire est plus facile d'accès pour contrôler l'hémorragie et appliquer les points de suture.....

— ❖ —

Voici un cas aussi curieux que rare de fécondation. Arturo Montini nous dit dans " La Ginecologia " l'histoire obstétricale d'une femme de 26 ans, de taille petite, d'un squelette et d'un développement musculaire chétifs, et d'une intelligence obtuse. Son bassin, justo-minor, avait un conjuguée de 82m.m.— Premier accouchement terminé par une embryotomie. Au second accouchement la tête s'engagea de telle sorte qu'on ne put n'y appliquer le forceps dont les cuillers ne pouvaient se glisser entre la tête et le bassin, ni introduire le soude dans la vessie remplie d'urine. On pratiqua une craniotomie et une cranioclasie. Profonde déchirure à gauche et en arrière communiquant avec le rectum; double déchirure de la vessie. En dépit de plusieurs opérations une fistule vésico-vaginale persista.

Au 8e mois d'une nouvelle grossesse, le Dr Montini examina la patiente et ne put trouver le col de l'utérus dans le vagin. Il découvrit une fistule vésico-vaginale, une occlusion complète de la partie supérieure du vagin et une fistule vésico-utérine. Cette dernière fistule avait servi de porte de sortie à l'écoulement menstruel, et de porte d'entrée au spermatozoïde. Le Dr Montini pratiqua un Porro au terme de la grossesse...

Ce cas me rappelle une jeune fille que j'accouchai à la Maternité. L'anomalie anatomique n'était pas cependant semblable. Le rectum au lieu de se faire jour entre le périnée antérieur et le périnée postérieur s'ouvrait dans le vagin à deux travers de doigt au-dessus de la fourchette.

Et cette autre jeune fille qui me consulta en vue de son mariage prochain. Elle n'avait ni vagin, ni utérus, ni annexes de l'utérus. Les parties génitales externes étaient normales : clitoris, grandes lèvres et petites lèvres. Il va sans dire qu'elle n'avait jamais été menstruée...

— ❖ —

Le Docteur C. M. Given, de Liverpool, tire les conclusions suivantes d'un travail qu'il a fait sur l'hématologie de la grossesse et de l'état puerpéral :

1o. Il y a une légère leucocytose dans les derniers mois de la grossesse ;

2o. Il y a leucocytose soudaine et très marquée immédiatement après l'accouchement, commençant probablement pendant le travail.

3o. Cette leucocytose est une augmentation polymorphonucléaire ; elle tombe rapidement à la normale dans les quelques jours qui suivent l'accouchement.

4o. Elle est aussi commune aux primipares qu'aux multipares.

5o. Elle se montre également à l'accouchement à terme comme à l'accouchement prématuré.

6o. Quand l'enfant est mort avant le début du travail, ou quand il y a insuffisance rénale, la leucocytose est très légère.

7o. Elle n'est pas influencée par le chloroforme ou les autres médicaments.

8o. Il y a une augmentation très marquée " de la lymphocytase " ; commençant peu de jours après la délivrance ; elle est très marquée surtout pendant la seconde et la troisième semaines. Elle est synchronique à l'involution utérine et, peut être même, causée par elle. Plus la lymphocytose est marquée, plus la patiente se porte bien et plus le retour à la santé est rapide...

Je m'arrête, il ne faut pas que je vous conte toutes mes petites histoires aujourd'hui. Je dois m'en garder pour une autre fois. Cependant... il y a tant de nouveau et tant de fantaisie en médecine qu'on n'en finirait pas si l'on voulait toujours parler ou écrire...

Thérapeutique

Symptomes et Traitement de l'Angine de Poitrine

Sous le nom d'angine de poitrine on désigne, dit A. Petit, un syndrome caractérisé par des crises paroxystiques de douleurs violentes, apparaissant brusquement vers la partie moyenne du sternum ou la région précordiale, et accompagnées d'une angoisse violente, avec sensation de mort imminente ; presque toujours la douleur irradie vers l'épaule et le membre supérieur gauches, et dans un grand nombre de cas, l'accès peut se terminer par la mort."

On distingue une "angine de poitrine vraie," organique, liée à la sténose des artères coronaires ou peut-être quelquefois à la névrite du plexus cardiaque, et des "angines de poitrine" de causes nerveuses, réflexes, diathésiques, ou toxiques. Il est difficile souvent de reconnaître, par l'examen clinique à quelle variété on a affaire ; dans les divers cas, les symptômes principaux sont à peu de chose près les mêmes ; et l'on peut dire que souvent l'angine de poitrine vraie, coronarienne, se reconnaît surtout à ce fait qu'on en meurt.

Nous allons résumer ici les principaux traits du tableau de l'angine de poitrine organique, et nous verrons ensuite comment s'en distinguent les autres variétés.

L'accès d'angine de poitrine "débute brusquement. Le premier accès est provoqué et survient "le jour", tandis que les accès suivants peuvent être "spontanés" et survenir "la nuit." Les causes provocatrices de l'accès sont toutes celles qui augmentent la pression artérielle, et en particulier la marche contre le vent, l'ascension d'un escalier, les émotions, etc.

Ce qui caractérise surtout l'accès d'angine de poitrine, c'est une douleur "angoissante." Elle siège ordinairement "en arrière du sternum", et le malade éprouve la sensation d'un "poids" sur la poitrine, ou "d'une griffe ou d'un étau" lui enserrant la région précordiale, la douleur est "pongitive" et "constrictive" ; mais surtout elle est "angoissante" : c'est une véritable sensation de pause de la vie ; la douleur, souvent très violente, manque quelque fois : "jamais l'angoisse ne manque."

La douleur rétrosternale "irradie" dans plu

sieurs directions et surtout "vers le membre supérieur gauche", en suivant le trajet du nerf cubital et gagnant progressivement l'extrémité inférieure du membre jusqu'aux deux derniers doigts (annulaire et auriculaire). Quelquefois, comme l'a signalé Troussseau, la douleur part du membre supérieur gauche, à la manière d'un aura, et ne gagne qu'ensuite la région précordiale. Les irradiations douloureuses peuvent encore se faire dans une autre direction, vers le plexus cervical (cou, face, langue), le long des bronches extracardiales du pneumogastrique (larynx, estomac, foie), le long des nerfs intercostaux et du phrénique vers la région hypogastrique, et c'est ainsi que les irradiations testiculaires ne sont nullement exceptionnelles.

Dans le cas d'angine de poitrine, dite vraie, par sténose des coronaires, la pression en ces différents points n'augmente nullement la douleur.

Pendant l'accès, le malade se tient debout, souvent penché en avant quelquefois appuyé à un arbre ou à un mur ; sa face est pâle. Pendant ce temps le pouls reste souvent normal, ou bien il est petit, surtout du côté gauche. L'auscultation du cœur ne fournit aucun renseignement. La respiration est d'ordinaire normale, et cependant le malade éprouve une sensation d'arrêt de la respiration, sans doute par suite de l'anesthésie des extrémités terminales du pneumogastrique.

L'accès d'angine de poitrine coronarienne a une "durée très courte", de quelques secondes ; cela est vrai des premiers accès, plus tard, ils peuvent se prolonger pendant trois ou quatre minutes. La terminaison en est brusque et s'accompagne souvent d'éruclation, de distension gastrique, de salivation, de mictions abondantes. L'accès se termine d'ailleurs souvent par la mort subite.

Souvent les accès d'angine de poitrine se répètent à intervalles éloignés, deviennent d'autant plus graves qu'ils sont plus fréquents ; quelquefois se produisent des accès subintrants et il y a un véritable état de mal angineux. Alors apparaissent des troubles dans la révolution cardiaque, le cœur prenant le rythme fœtal.

L'accès d'angine de poitrine peut être quelque peu modifié dans son allure ; c'est ainsi que parfois tout se réduit à une sensation d'angoisse précordiale extrême, sans douleurs vives et sans irradiations ; dans d'autres cas, il n'y a pas de douleur précordiale, mais simplement de l'angoisse

se et une douleur dans le bras gauche, ou bien encore la douleur n'est pas précordiale mais siège au creux épigastrique ; c'est la forme pseudo-gastralgique de Huchard, forme qui aurait pu être quelquefois confondue avec l'ulcère de l'estomac ou avec la colique hépatique, mais qui s'en distingue par la sensation angoissante accompagnant la douleur.

L'angine de poitrine par sténose des artères coronaires comporte toujours un " pronostic redoutable " ; quelquefois la guérison est obtenue après un ou plusieurs accès, mais cela est assez rare ; plus souvent la mort en est le résultat. mort subite, au cours d'un accès (assez rarement du premier) ; mort rapide, par asphyxie (œdème aigu du poumon) ; ou lente, par asystolie ou par une affection intercurrente, liée elle-même à l'artériosclérose (myocardite chronique, mal de Bright).

Telle est la description sommaire de l'angine de poitrine due à l'oblitération des artères coronaires, ou, d'après quelques auteurs, à la névrite du plexus cardiaque. D'après Gilbert et Garnier d'ailleurs, toute angine de poitrine, même celle que l'on qualifie de nom de fausse angine de poitrine, serait névritique, la névrite étant d'origine toxique et infectieuse, et attribuable souvent à l'urémie. Quoiqu'il en soit, on s'accorde en général à répartir les angines de poitrine en deux groupes : ...l'angine de poitrine, vraie, coronarienne (c'est celle que nous avons décrite) et les angines de poitrine fausses, névralgiques, toxiques (intoxication tabagique), diathésiques (arthritisme, goutte, rhumatisme, diabète), réflexes (dyspepsie gastro-intestinale, troubles gastro-hépatiques, pleurésies, etc.).

Il est très important de distinguer la vraie, des fausses angines de poitrine, car la première tue, les secondes guérissent.

Huchard donne les quelques règles suivantes qui pourront être d'un utile secours au diagnostic :

1^o Toute angine de poitrine produite par un effort quelconque, par la marche rapide, etc., est une angine vraie ;

2^o Toute angine de poitrine se produisant spontanément, sans l'intervention d'un acte nécessitant un effort, est une angine fausse ;

3^o Lorsqu'un malade ayant des crises provoquées par l'effort, en a de spontanées, pendant la nuit, la première loi n'est pas en défaut, il s'agit toujours d'une angine vraie ;

4^o Les douleurs provoquées par la pression ne sont pas des douleurs angineuses.

Si nous envisageons quelques cas particuliers, nous voyons que les fausses angines de poitrine se caractérisent de la manière suivante, selon les causes qui les produisent :

1^o ANGINE DE POITRINE D'ORIGINE NERVEUSE. — Elle est due soit à un simple état névropathique (hystérie, neurasthénie, maladie de Basedow), soit à une affection du système nerveux central (tabes) ou périphérique (névralgie ou névrite du plexus cardiaque au cours de l'aortite ou de la péricardite aiguë). Il faut remarquer ici que si dans le tabes ou l'aortite ou de la péricardite aiguë). Il faut remarquer ici que si dans le tabes ou l'aortite on peut observer l'angine de poitrine fausse, il s'agit souvent aussi d'angine de poitrine vraie, l'artériosclérose des coronaires étant fréquente au cours de ces affections. De sorte que la constatation de l'une ou l'autre de ces maladies ne sera nullement un élément en faveur de la pseudo-angine de poitrine. Quoiqu'il en soit, l'angine de poitrine de cause nerveuse se reconnaît à ceci, que la crise éclate souvent spontanément, que la pression au niveau de la partie interne des espaces intercostaux ou sur le trajet du phrénique peut être douloureuse, que l'accès a une plus longue durée que dans l'angine vraie, durée qui atteint parfois deux ou trois heures.

2^o L'ANGINE DE POITRINE LIÉE AUX TROUBLES GASTRIQUES " est provoquée, chez les prédisposés, dit Barié, par l'ingestion d'une certaine quantité d'aliments même très minime : elle est précédée d'un sentiment d'oppression ou plus justement d'anxiété profonde, accompagnée le plus souvent de palpitations ou même d'arythmie cardiaque. La douleur paraît occuper plus nettement la région précordiale que la zone rétro-sternale ; enfin c'est moins une sensation de constriction ou d'angoisse dont se plaint le malade, qu'un sentiment de plénitude et de cœur trop gros.

" A l'auscultation on note les signes de la dilatation des cavités droites du cœur, avec rejet de la pointe dans l'aisselle gauche, accentuation du second bruit dans le deuxième espace intercostal gauche, et quelquefois bruit de galop diastolique au niveau de la région xiphoidienne.

" Dans quelques cas très accusés, on note des signes d'insuffisance tricuspidiennne fonctionnelle avec accidents d'asystolie."

3o De tous les fausses angines de poitrine, la plus importante de beaucoup est "l'angine de poitrine tabagique." La durée de la crise est souvent longue, atteignant une nuit entière, et les accès peuvent survenir spontanément, et par là elle se distingue bien de l'angine vraie. Mais il n'est nullement exceptionnel de voir l'angine tabagique simuler exactement l'angine vraie, être provoquée par la marche et les émotions, être très courte, s'accompagner d'une sensation angoissante très marquée; et le seul moyen de diagnostic est alors de voir si les accès ne se reproduisent plus lorsqu'on supprime au malade l'usage du tabac. Mais il ne faut pas oublier que le tabac peut engendrer l'artériosclérose des coronaires, et par suite l'angine de poitrine vraie, et qu'il ne faut donc pas s'appuyer seulement sur ce fait que le malade est un grand fumeur pour faire le diagnostic de fausse angine de poitrine.

Quelques considérations tirées de l'examen du cœur peuvent aider encore à porter le diagnostic d'angine de poitrine vraie; celle-ci est fréquente chez les aortiques, l'artériosclérose de l'aorte se propageant aux coronaires; au contraire, elle n'existe pour ainsi dire jamais chez les sujets atteints d'endocardite, et surtout d'endocardite mitrale, de telle sorte qu'on peut encore, avec Huchard, faire les deux remarques suivantes:

1o. L'angine de poitrine ne devient jamais une complication aux maladies mitrales d'origine endocardique et rhumatismale;

2o. Dans les cas de coexistence de l'angine de poitrine, avec un souffle systolique de la pointe, celui-ci est symptomatique soit d'une insuffisance mitrale fonctionnelle par dilatation simple de l'orifice, soit d'une insuffisance mitrale organique d'origine endartérielle (la lésion étant mitrale et la maladie aortique).

Les crises d'angine de poitrine vraie, ajoutons nous avec Barié, "surviennent le plus souvent au delà de 45 à 50 ans, surtout chez les hommes, presque toujours des athromateux, des artérioscléreux, et particulièrement chez ceux qui sont atteints de lésions aortiques (aortite chronique, dilatation, anévrisme, insuffisance sigmoïdienne, avec leurs signes physiques habituels, mais qui sont parfois peu manifestes ou même nuls). On se souviendra cependant que si l'angine de poitrine vraie est rare avec des lésions mitrales (Broabent), elle peut exister toutefois chez les malades artérioscléreux. On retrouvera donc dans les

antécédents de presque tous les malades, les affections habituelles qui prédisposent à l'aortite: fièvre typhoïde, syphilis, saturnisme, etc."

Deux théories surtout ont été soutenues pour expliquer l'angine de poitrine vraie: la lésion des artères coronaires et la névrite du plexus cardiaque; nous devons en ajouter une troisième, attribuant à la distension du cœur la production non pas de la maladie elle-même, mais de l'accès angineux. Bien que cet article soit écrit dans un but uniquement pratique, nous ne pouvons cependant pas passer ces conceptions sous silence, car elles intéressent directement la thérapeutique.

La lésion des artères coronaires est habituelle dans l'angine de poitrine vraie, et l'accès s'expliquerait de la manière suivante: quand le malade est au repos, le cœur reçoit encore assez de sang, malgré la sténose des coronaires, pour assurer son fonctionnement; il n'en est plus de même quand, sous l'influence d'un effort ou d'une émotion, les pulsations cardiaques s'accroissent; et le myocarde étant insuffisamment irrigué pour le surcroît de travail qu'il doit fournir, la crise éclate, traduisant la souffrance du cœur.

La névrite du plexus cardiaque qui, comme la sténose des coronaires, accompagné fréquemment l'aortite, peut expliquer la douleur et l'angoisse; et Huchard, qui soutient surtout la théorie coronarienne, reconnaît que la névrite ajoute quelque chose à la symptomatologie de l'affection, mais ne peut la constituer. Ce qui nous intéresse surtout ici, c'est que Gilbert et Garnier, faisant jouer à la névrite le rôle principal dans la pathogénie de l'angine de poitrine, estiment que cette névrite est très souvent liée à une auto-intoxication d'origine rénale, et ont montré que l'angine peut être très améliorée par le régime lacté.

Dans une thèse récente, inspirée par Merklen, Tessier pense que, quelle que soit la cause réelle de la maladie, l'accès est provoqué par la distension cardiaque. "Si l'on étudie, dit-il, les douleurs angineuses sous forme de crises, assez fréquentes dans l'insuffisance aortique, spontanées ou par effort, on se rend compte qu'elles coïncident dans la plupart des cas avec une dilatation aiguë du ventricule gauche, c'est à dire avec une augmentation de la dilatation habituelle. De même, la production brusquée d'une insuffisance aortique traumatique ou par effort, s'accompagnant d'une subite distension ventriculaire, offre le plus souvent comme première manifestation un tableau

comparable à celui de l'angine de poitrine... L'angine de poitrine vraie présente le plus souvent comme substratum anatomique une lésion des coronaires qui en amène le rétrécissement plus ou moins marqué, et par là l'ischémie du myocarde. On peut penser que cette insuffisance de l'irrigation artérielle du myocarde détermine, sous l'influence de l'effort et des émotions, une insuffisance cardiaque subite et une distension brusque, d'où résulte une irritation des extrémités nerveuses du plexus cardiaque, cause de la crise." Nous verrons plus loin qu'elle importance a, au point de vue thérapeutique, cette théorie soutenue avec talent par son auteur.

TRAITEMENT

I. REGIME. — Le malade doit, autant que possible, éviter la fatigue, les émotions violentes, et, d'une manière générale, toutes les causes susceptibles de provoquer un accès. Il ne doit pas faire usage de tabac ; d'une part l'abus du tabac peut à lui seul engendrer une angine toxique, comme nous l'avons vu, et d'autre part le tabac, capable de produire l'artériosclérose, ne peut qu'aggraver la lésion des coronaires.

L'alimentation sera l'objet de soins attentifs : il faut éviter toutes les substances toxiques et toutes celles qui peuvent élever la pression artérielle : viandes faisandées, ragoûts, condiments, thé, café, alcool. Comme boisson ordinaire, on se trouvera bien d'eau pure ou d'eau additionnée d'une très petite quantité de vin blanc.

Considérant l'angine de poitrine comme liée souvent au brightisme, MM. Gilbert et Garnier préconisent le "régime lacté", et en tirent d'heureux effets. Dans un autre ordre d'idées, Tessier, faisant jouer le principal rôle à la distension du cœur recommande un régime réduit : "Ne donner qu'une petite quantité de lait et d'eau est une manière de diminuer la masse liquide de l'économie, et par conséquent le travail imposé au cœur. C'est pour la même raison qu'est salutaire le régime déchloruré dans les cardiopathies. La teneur du sang en chlorure de sodium étant immuable, l'hypochloruration tendra à diminuer la quantité de liquide circulant. Le régime de l'angineux devra donc être un régime hypochloruré, interrompu de temps à autre par des périodes de régime lacté intégral. M. Merklin se trouve souvent bien en ordonnant à ses malades, pour une

semaine, cinq jours de régime hypochloruré et deux jours de régime lacté.

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX. — L'angine de poitrine vraie devant être, dans la grande majorité des cas tout au moins, attribuée à la sclérose des coronaires, il importe de donner aux malades les médicaments prescrits d'habitude aux artérioscléreux, et surtout l'iodure de potassium ou de sodium : pendant plusieurs années, prendre, pendant 20 jours par mois, cinquante centigrammes à un gramme d'iodure de sodium chaque jour.

La pression artérielle étant élevée, on se trouvera bien aussi des préparations de trinitrine ; la trinitrine abaisse la pression, et, agissant comme un vaso-dilatateur, lutte directement contre la sténose des coronaires et leur tendance au spasme. On pourra faire alterner l'iodure et la trinitrine, l'iodure étant pris pendant 20 jours par mois, et la trinitrine étant administrée pendant les dix jours qui restent. La dose quotidienne est de six à dix gouttes de la solution à 1 p.c.

Tessier pense que l'iodure de sodium ou de potassium, pris à petites doses, agit surtout comme un tonique du cœur, et par là s'oppose à la distension cardiaque qui jouerait le principal rôle dans la pathogénie de l'accès ; il faut, en effet, d'après lui, renforcer le myocarde ; mais cette indication, écrit-il, " nous la remplirons plus directement par l'emploi des médicaments appropriés. A la tête de ceux-ci, nous citerons tout d'abord la théobromine. Cet agent thérapeutique si précieux, éminemment diurétique, est en même temps un toni-cardiaque certain, et qui ne s'accumule pas dans l'économie, avantage considérable qui permet de l'administrer indéfiniment lorsqu'il ne donne pas de céphalée. On pourra aussi employer la digitale, la spartéine, le strophanthus, pour ne citer que les mieux connus des toniques du cœur. Ici, cependant, nous devons faire une remarque importante : pour M. Merklin, " ces derniers médicaments ne seraient indiqués que dans les accès d'angine de l'insuffisance aortique et dans les angines non coronariennes. Pour lui, en effet, lorsqu'il y a rétrécissement des coronaires, on ne peut espérer agir sur cette lésion et il est au moins inutile, sinon dangereux, de s'en servir. En tous cas, lorsque l'on jugera utile de les employer, on devra le faire " avec prudence ", à doses faibles et répétées, nous souvenant tou-

jours du grand principe, " primo non nocere ", dont s'inspire toujours le médecin."

Nous avons tenu à citer ce passage en entier, parce qu'il nous paraît bien préciser dans quelles conditions on peut donner aux angineux des toniques cardiaques, dont l'emploi, complètement proscrit par certains auteurs, était accepté par d'autres, mais sans que les règles de leur administration eussent été aussi nettement formulées.

TRAITEMENT DE L'ACCÈS

" En face de l'intensité de la douleur et de la gravité de la crise, dit Barié, il importe d'agir sans perdre de temps, et les agents calmants par excellence sont ici l'opium, — ou mieux un de ses principes actifs les plus puissants, la morphine, et le nitrite d'amyle."

La morphine est donnée en injection hypodermique, à la dose d'un demi-centigramme; mais elle est quelquefois mal supportée, provoque des vomissements; aussi peut-on l'associer à l'atropine, celle-ci à la dose d'un demi-milligramme, et l'on se servira de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine... dix centig.
Sulfate d'atropine... un centig.
Eau distillée et laurier-cerise. 10 gr.

Injecter un demi-centimètre cube.

Cette solution contient 0,01 centigramme de morphine et 0,001 milligramme d'atropine par centimètre cube.

" La morphine, dit encore Barié, ne fait pas que soulager la crise angoissante; elle exerce encore une action vaso-dilatatrice puissante sur les capillaires sanguins; elle favorise par cela même la puissance contractile du cœur en abaissant la tension artérielle et en diminuant la résistance périphérique; par cette double action thérapeutique, elle convient donc au premier chef dans le traitement de l'angor pectoris. Merklen fait quelques réserves au sujet de la morphine: " Son emploi, écrit-il, peut être nécessaire dans les crises douloureuses, prolongées et répétées. Mais il ne faut l'administrer qu'à petites doses (un quart à un demi-centigramme en injection sous-cutanée) et " son emploi est formellement contre indiqué quand le cœur faiblit, et surtout quand l'angine de poitrine se complique de dyspnée par œdème pulmonaire aigu." De même, M. A. Petit dit :

" On devra s'abstenir de la morphine, qui peut être dangereuse, au cas de menace de collapsus

cardiaque ou lors d'œdème pulmonaire suraigu: c'est alors que les piqûres d'éther, de caféine, d'huile camphrée, ou même la saignée, peuvent trouver leur indication."

Le " nitrite d'amyle " s'emploie en " inhalations, " à la dose de cinq à six gouttes versées sur un mouchoir. L'action du nitrite d'amyle est très fugace, et il peut être nécessaire de renouveler plusieurs fois les inhalations au cours d'un même accès. " Ce médicament doit toujours être fraîchement préparé, aussi a-t-on l'habitude de recommander aux malades de porter sur eux de petites ampoules de verre contenant la dose de nitrite d'amyle nécessaire pour une inhalation, et qu'ils recueillent sur leur mouchoir au moment même de l'accès, après avoir brisé une des extrémités de l'ampoule. Ce procédé très simple est extrêmement pratique. L'action du médicament est très rapide. en quelques secondes, la face rougit, les yeux s'injectent, les oreilles perçoivent des bourdonnements, et en même temps les battements du cœur augmentent de force et de fréquence; enfin la crise se calme. Mais la faible durée de l'action calmante du nitrite d'amyle (30 secondes au plus) nécessite la répétition des inhalations." (Barié).

On peut encore recourir à la trinitrine; pour avoir une action rapide, au moment de l'accès, il est bon de l'employer en injection hypodermique. On se trouvera bien de la formule suivante :

Solution alcoolique de trinitrine à 1 p.c. XL gtt
Eau distillée..... 10 gr.

Injecter un demi-centimètre cube au moment de l'accès (jusqu'à 2 ou 4 fois dans les 24 heures).

Le " nitrite de soude " a été recommandé par Matthew Hag (d'Edimbourg). On peut le donner par la voie gastrique; et A. Petit conseille de faire prendre une ou deux " cuillerées à café " de la solution suivante :

Nitrite de soude 14 gr.
Eau distillée... 350 gr.

La trinitrine et le nitrite de soude ont une action moins rapide que la morphine et le nitrite d'amyle.

D'autres médicaments ont été recommandés; mais ils ont une moindre efficacité; et nous nous bornerons à citer la cocaïne, l'antipyrine, la pyridine, le cl. ral, les inhalations d'éther.

Quant " l'aimantation ", employée par Laennec, elle semble complètement inutile; l'électri-

ité sous forme de courants faradiques est dangereuse; les courants continus ont peut-être donné de bons résultats dans les fausses angines de poitrine.

Nous venons d'étudier surtout le traitement de l'angine vraie. Quant aux fausses angines, leur thérapeutique varie selon la cause qui les produit; et l'on devra s'adresser soit à l'hystérie ou à la neurasthénie, soit à la péricardite, soit au rhumatisme, soit aux troubles gastriques. Les indications varient donc avec chaque sujet.

REVUES des JOURNAUX

Appareil Pulmonaire.—Cœur et Vaisseaux.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE UNILATÉRALE PAR LE PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL.

(Par Brauer)

L'auteur a traité une malade atteinte de tuberculose du poumon gauche en produisant un pneumothorax artificiel par l'insufflation d'oxygène dans la cavité pleurale. Ce cas a présenté ensuite une évolution excessivement favorable. Il s'agit d'une femme de dix-huit ans qui, deux mois après un accouchement, eut de la toux, un point de côté gauche et de l'expectoration, elle maigrit, s'affaiblit, eut des accès de fièvre avec des élévations de température jusqu'à 30 degrés le soir. Sur tout le côté gauche on entendait des râles humides, très abondants, avec affaiblissement du bruit respiratoire du côté gauche. Au sommet gauche survinrent ensuite des signes de fonte tuberculeuse. La radioscopie démontra l'existence de cavernes. Pendant ce temps, la fièvre hectique continuait, l'amaigrissement augmentait. Du côté droit on ne constatait que de légères lésions initiales. Étant donné le pronostic défavorable du cas, l'auteur se décida avec le prof. Kuttner à employer le procédé recommandé par Murphy. L'auteur surveillait le pouls et la respiration, tandis que Kuttner après une petite

incision introduisait dans la cavité pleurale gauche un trocart monté sur une bouteille pleine d'oxygène. On fit passer en dix minutes 1600 cc d'oxygène chimiquement pur, stérilisé. Malgré les signes d'inquiétude que montrait la malade la petite opération se fit sans qu'on eût à noter des accidents désagréables. La fréquence du pouls et de la respiration ne fut pas modifiée. La malade ne se plaignit pas de douleurs particulières quand le trocart fut introduit dans la plèvre. Le côté gauche auparavant très rétracté ne présentait plus qu'une très légère différence sur le côté sain après l'introduction d'oxygène. Quelques temps après l'opération la malade déclara que les douleurs du côté gauche avaient disparu. L'examen pratiqué le même jour que l'opération et dans les jours suivants indiqua d'une façon très nette tous les signes d'un pneumothorax du côté gauche, avec refoulement modéré du cœur du côté droit et absence complète d'épanchement. La température s'abaisse d'un demi à un degré pendant les huit jours suivants. Le pneumothorax rétrocéda nettement au bout de dix jours, après quoi les élévations intermittentes de température recommencèrent. On renouvela l'insufflation d'oxygène vingt-quatre jours après la première alors que la température était remontée à 38 degrés 3. Le poumon se rétracta et à l'air, qui s'était introduit dans la plèvre, on ajouta environ 1800 cc. Le soir même la température s'abaisse à 37 degrés 3, pour rester normale les jours suivants. L'état général se releva ensuite considérablement, le poids a augmenté et la malade se lève. Le poumon droit ne s'est pas modifié.

"Munch. Med. Woch.,"

13 février 1906.

L'ALBUMINE DANS L'ALIMENTATION DES TUBERCULEUX

(Par Labbé et Vitry)

On sait que dernièrement on a recommandé pour lutter chez le tuberculeux pulmonaire arrivé à la période cavitaire, contre la déperdition en albuminoïdes, de suralimenter ces malades ou au moins de faire de la zomothérapie. Les auteurs ont institué, à ce propos, une série d'expériences qui ont démontré que la puissance d'assimilation vis-à-vis des matériaux albuminoïdes est très in-

féricure à la normale, et décroît régulièrement à mesure qu'augmente la quantité d'albumine ingérée. Quelle que soit cette quantité, la quantité d'azote urinaire total éliminé est restée constante : il existe chez chaque sujet un chiffre limite d'azote. Si on dépasse ce chiffre dans l'alimentation, on surcharge inutilement le tube digestif.

“ La Presse médicale,
14 février 1906.



LE TRAITEMENT HYDRIATIQUE DANS LES MALADIES ORGANIQUES DE LA MOELLE

(Par J. Sægder).

Jusqu'à présent le traitement hydriatique des affections organiques de la moelle est absolument empirique, aussi l'auteur se borne-t-il à indiquer simplement les faits que lui a enseignés une longue pratique. On doit d'abord se garder de certains traitements. Très souvent un tabétique atteint de douleurs lancinantes est pris pour un rhumatisant et est soumis à des bains de vapeur. Or rien n'est plus néfaste pour les affections en question que les traitements diaphorétiques. D'autre part, on doit très peu recommander l'hydrothérapie froide générale, les douches, les frictions froides, mais bien plutôt les applications locales. Un malade médullaire est extrêmement sensible au froid et réagit très mal surtout lorsque la vessie est atteinte, aussi l'emploi de l'eau froide ne doit être recommandé que lorsque le malade est entraîné, encore peut-on y renoncer sans dommage. Il ne reste plus alors qu'à employer le demi-bain à des températures variant de 24 à 30 degrés pendant trois à quatre minutes, une fois par jour durant la première semaine, deux fois par jour plus tard. Le bandage de corps mouillé, mais bien exprimé, agit avantageusement sur les centres lombaires et les fonctions des réservoirs. Les demi-bains tempérés apportent souvent une très grande amélioration, mais dans tous les cas il faut assurer une réaction suffisante. Beaucoup de tabétiques réagissent mal, et il vaut mieux s'abstenir d'abord pour faire des frictions froides pendant une ou deux semaines, de façon à produire un entraînement de la peau. On a recours ensuite aux bains tempérés qui relèvent l'état général et l'appétit, parfois même certains troubles disparaissent pendant plusieurs mois. Ce sont les douleurs fulgurantes qui sont le plus rebelles au traitement. On a recommandé dans ce cas l'application sur la région lombaire du tube de caoutchouc dans lequel on fait circuler alternativement de l'eau chaude et de l'eau froide ou bien des bains de siège chauds pendant cinq minutes et froids pendant une demi-minute.

Quant aux crises organiques, on n'a à peu près aucune influence sur elles par les applications locales, et il vaut mieux continuer les demi-bains à une température plus élevée et d'une durée plus longue. Dans les cas de troubles vésicaux sérieux, on peut recourir avec avantage aux bains de siège froids pendant quinze à vingt minutes, pendant le bain on frictionne la région sacro-lombaire. Mais s'il existe un catarrhe de la vessie, on ne doit pas descendre au-dessous de 28 degrés. Les bains de siège froids agissent favorablement encore sur les fonctions intestinales.

Par contre les demi-bains tempérés associés à la gymnastique de Frenkel ont une action des plus favorables sur l'ataxie, et Winternitz assure que la plupart des tabétiques ont retiré de grands avantages du traitement gymnastique et des pratiques hydrothérapiques longtemps continuées. L'amélioration est la règle chez la plupart des malades et les guérisons fonctionnelles ne sont pas rares.

Dans la myélite aiguë comme celle qui survient à la suite des maladies infectieuses, l'auteur recommande, en dehors du repos au lit, la réfrigération continue du segment médullaire intéressé par l'application de l'appareil réfrigérant dans lequel on fait circuler de l'eau à 10 degrés jusqu'à ce que l'inflammation cède. Le traitement est le même dans les hématomyélies. Plus tard lorsque la paralysie est déjà fixée, on passe aux demi-bains. La poliomyélite qui est probablement aussi une maladie infectieuse est traitée pendant la période fébrile par les enveloppements mouillés et par les demi-bains tempérés à température plus élevée, dans l'intervalle par le bandage de corps. Après la fièvre, le demi-bain tempéré suffit seul et peut être associé au traitement électrique.

“ Medicin. Bløetter,”

8 Février, 1906.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médical de Montréal.

SEANCE DU 17 AVRIL 1906.

M. Rod. Boulét, président, M. Art. Laramée, secrétaire.

Étaient présents, MM. A. N. Rivet, A. Lassalle, J. N. Roy, R. Hamelin, H. Lebel, J. Leduc, J. Rousseau, Valois, J. N. Valin, H. Desmarais, A. Marien, A. Dion, Alf. Marcil.

Le rapport de la dernière séance est lu et adopté.

L'ordre du jour comprend : 1o "Les médecines brevetées et les spécialités pharmaceutiques — M. Valois, (Vaudreuil). M. Valois émet les résolutions suivantes :

Résolutions concernant la vente des Médecines Brevetées et des spécialités pharmaceutiques.

Résolu 1o. Que l'expression Médecine Brevetée dans les présentes signifiera toute médecine proposée aux humains pour usage interne pour laquelle médecine brevetée, l'inventeur a obtenu un droit d'auteur, ou dont la formule de telle médecine brevetée est brevetée par lettre patente du gouvernement ou dont la formule de telle médecine brevetée est tout simplement tenue secrète par l'inventeur qui n'est pas dûment qualifié à la pratique de la médecine dans la Province de Québec, et que l'expression spécialité pharmaceutique signifiera toute préparation officinale préparée par les chimistes manufacturiers. Que le mot "formule" signifiera la liste complète des ingrédients et la proportion respective de chacun de ces ingrédients entrant dans la composition de telle médecine brevetée ou spécialité pharmaceutique.

Résolu 2o. Que la formule de telle médecine brevetée et spécialités pharmaceutiques manufacturée, exposée, offerte en vente, vendue, donnée ou disposée d'aucune manière dans les limites de la Province de Québec soit imprimée clairement et simplement en Anglais et en français en encre noire, sur papier blanc avec un caractère de la grosseur 8 points tant sur l'enveloppe extérieure que sur l'étiquette de chaque paquet, bouteille ou boîte.

Résolu, 3o. Que toutes les fois que telle médecine brevetée ou spécifique pharmaceutique contiendra une quantité quelconque de morphine, de cocaïne, d'héroïne, de codeïne et de leurs dérivés d'alcool de chloral de Belladone de Cotton Root, d'ergot d'Apiol de Penny Royal ou de tout autre abortif, ces divers ingrédients soient imprimés clairement et simplement en encre rouge au lieu de l'encre noire dans la formule telle qu'exigée à l'article 2.

Résolu 4o. Que vis-à-vis chaque ingrédient poison indiqué dans la formule de telle médecine brevetée ou spécialités pharmaceutiques le mot "Poison" soit imprimé en lettre majuscule avec un caractère de pas moins d'un quart de pouce de haut.

Résolu, 5o. Que les chimistes manufacturiers ne pourront vendre ou échanger ou disposer d'aucu-

ne manière de leurs spécialités pharmaceutiques dans la Province de Québec avec personne autre que les médecins ou pharmaciens dûment qualifiés à la pratique respective de leur profession.

Résolu, 6o. Que tout changement soit dans les ingrédients ou dans le pourcentage de tels ingrédients entrant dans la composition de telle médecine brevetée ou spécialités pharmaceutiques, offertes en ventes, vendues, données ou disposées d'aucune manière dans la Province de Québec devra être rapporté immédiatement par le manufacturier au bureau d'Hygiène Provincial.

Résolu, 7o. Que le bureau d'Hygiène Provincial soit autorisé à faire respecter cet acte, à faire l'analyse chimique de telle médecine brevetée ou spécialités pharmaceutiques et de poursuivre tel manufacturier violant ces lois, soit en ne se conformant pas à cet acte ou en faussant la formule telle qu'exigée à la 2ème résolution de cet acte soit en changeant un ou plusieurs ingrédients ou leur pourcentage.

Résolu, 8o. Que dans toutes les villes ou villages de campagne où il y a une pharmacie, personne autre que le pharmacien ne pourra vendre des médecines brevetées et que dans les campagnes où il n'y a pas de pharmacie, le marchand qui exposera, vendra, donnera ou disposera de telle médecine brevetée, devra payer une licence de \$50 par an au bureau d'Hygiène Provincial et ne pourra vendre que les remèdes qui ne contiennent pas de morphine, d'héroïne, de codeïne ou de cocaïne de Cotton Root de Penny Royal d'Apiol ou de poison quelconque.

Résolu, 9o. Que tout colporteur soit en voiture, soit à pied offrant, vendant, donnant ou disposant d'aucune manière sa propre médecine brevetée ou celle d'une compagnie quelconque, qu'il soit à salaire ou à commission ou qu'il vende telle médecine brevetée, pour une simple prime, soit arrêté et sujet à une amende de pas moins de \$50 et de pas plus de \$100 ou à défaut, d'un emprisonnement de pas moins de 10 jrs et pas plus de 3 mois.

Résolu, 10o. Que toute personne ou gérant de compagnie qui ne se conformera pas à ses présentes résolutions soit condamnable à une amende de pas moins de \$50 et pas plus de \$500 ou à emprisonnement de pas moins de 30 jours et pas plus de 6 mois ou des 2 à la fois, excepté pour l'article 9.

Résolu, 11o. Que ces résolutions deviennent

lois et obligent dès le jour où elles seront acceptées par la Chambre.

20. Kyste séreux spontané mobile dans la chambre antérieure. M. J. N. Roy.

Très intéressante observation d'une malade qui a un kyste sans pédicule dans la chambre antérieure de l'œil droit. La littérature médicale ne rapporte pas de cas semblables.

Cette tumeur a fait soudainement son apparition il y a huit ans, et a toujours gardé le même aspect. Elle s'est développée dans la chambre postérieure et n'a jamais causé d'irritation oculaire. Ce kyste séreux garde sa consistance par le renouvellement de son liquide qui se fait aux dépens de la membrane granuleuse interne. La paroi externe, entourée de l'humeur aqueuse lui fournit par endosmose les éléments voulus pour qu'il puisse maintenir sa vitalité. La malade refuse l'opération.

Mr. Boulet croit que cette tumeur pourrait être autre chose qu'un kyste. Par exemple un corps étranger datant de l'enfance, et bien toléré par l'œil. Ça pourrait être encore un cristal de cholestérine recouvert par des membranes.

M. Roy suppose que M. Boulet n'a pas bien suivi sa description clinique de la tumeur. Il regrette de ne pouvoir présenter sa malade ; car il est impossible de se faire une opinion sans la voir, et celle-ci étant un peu timide, refuse de venir à la société. Il l'a fait voir à plusieurs personnes à l'Hôtel-Dieu, entr'autres aux Drs. Desjardins et St-Jacques qui confirment son diagnostic.

Dans ce cas le diagnostic différentiel devait être fait entre : une tumeur solide ? Mais la tumeur de sa malade était parfaitement transparente. Ou encore une vésicule de cysticerque ? Alors il y aurait eu une histoire de vers intestinaux ; et à l'examen on aurait constaté des mouvements actifs de ce kyste, ainsi qu'un endroit plus rétréci correspondant à la tête du cysticerque. De plus il est reconnu que cette maladie donne très rapidement des phénomènes irritatifs de l'œil.

Il a fait le diagnostic de kyste séreux spontané parce qu'un examen attentif avec la loupe de Hartnack lui permit de constater que cette tumeur est parfaitement transparente. Son enveloppe est grisâtre, parsemée de taches pigmentaires et sillonnée par de petites fibres musculaires sous forme de ramifications brunâtres. Celles-ci sont bien visibles, même sur la paroi kystique

postérieure, un peu plus convexe que l'antérieure.

D'après M. Roy, le diagnostic n'offre absolument aucune difficulté.

30 Régime diététique dans la gastro-entérite chez l'enfant. M. R. Masson. Cette communication paraîtra dans un prochain numéro.

Nécrologie

Feu le Dr L. D. Hébert.

Le docteur L. D. Hébert qui vient de disparaître, après quelques jours de maladie, n'est pas une figure ordinaire. C'est pourquoi nous lui donnons un souvenir spécial dans notre journal.

Travailleur infatigable, type accompli du gentilhomme, praticien habile et consciencieux, le Docteur Hébert exerçait sa noble profession depuis trente-deux ans à St-Antoine Abbé (comté de Chateauguay). C'est là qu'on venait le voir, le consulter, non seulement de toutes les parties du comté de Chateauguay — mais de tous les districts environnants, des Etats-Unis voisins, et même des grands centres. Et toujours l'on trouvait auprès du dévoué et savant médecin le plus bienveillant accueil, les plus sages avis et les conseils les plus opportuns.

Le Docteur Hébert était né en 1850 à St-Michel. Il fit ses études classiques au collège de Montréal et sa cléricature médicale au collège Victoria. Ses confrères de collège et d'université, encore vivants, ont conservé du défunt, un souvenir ineffaçable.

La profession médicale perd dans la personne du Docteur Hébert, l'un de ses membres les plus distingués.

Deux des fils du défunt se sont consacrés à la médecine : le premier pratique déjà à Ormstown à quelques milles de la maison paternelle, et le second est élève de troisième année à l'Université Laval. Au docteur Hébert d'Ormstown, à l'étudiant de Laval, et à l'honorable famille Hébert, le Journal de Médecine et de Chirurgie offre l'hommage de ses plus respectueuses sympathies.

LA DIRECTION,

Formulaire

LOTION CONTRE LA SYPHILIS

M. Trèves préconise la formule suivante pour le traitement général de la syphilis par les lotions au sublimé :

Sublimé corrosif	1 gr.
Alcool effical	100 —
Eau distillée	10 —

Au moyen d'un gros pinceau de coton, faisant office d'éponge, le malade se lotionne avec ce liquide toute la surface du corps, en évitant les muqueuses et les plis profonds de la peau et il attend pour se rhabiller que l'évaporation de l'alcool se soit effectuée complètement. Ces lotions sont répétées tous les deux jours.

On a, dans la formule ci-dessus mentionnée, ajouté 10 grammes d'eau à la solution alcoolique de sublimé en tenant compte de ce fait, établi par les recherches de MM. Kroenig et Paul, que le bichlorure de mercure est mieux absorbé par la peau en solution alcoolique hydratée que s'il est dissous dans l'alcool absolu. (Nouveaux remèdes).



POTION CONTRE LES CRISES GASTRIQUES

Contre les crises gastriques douloureuses avec vomissements, Cayla, de Bordeaux, modifie ainsi la potion de Rivière :

Potion de Rivière du Codex :

No 1 : additionné de 0 gr. 03 à 0 gr. 05 de chlorhydrate de cocaïne.

No 2 : additionné de 0 gr. 03 de chlorhydrate de morphine.



PILULES EXPECTORANTES (Nigay)

Terpine

Acide benzoïque...) à à 0 gr. 04 c.

Extrait de polygala.)

pour une pilule No 30.

En prendre six à huit par jour,

SIROP CONTRE LA DYSPNEE

Sirop de térébenthine	300 gr.
Arséniatè de soude	0 gr. 10
Teinture de jusquiame	4 gr.
Teinture de digitale	4 gr.

Une cuillerée à soupe matin et soir dans un peu de tisane chez les asthmatiques et les tuberculeux.



GOUTTES CONTRE LA TOUX SPASMODIQUE

Eau distillée	24 gr.
Acide sulfurique dilué	8 gr.
Sulfate de codéine	1 gr.
— de strychnine	0 gr. 06
— d'atropine	6 gr. 01

Dix à quinze gouttes trois fois par jour.



UNE MODIFICATION DE LA POTION DE TODD DANS LE TRAITEMENT DE LA GRIPPE

M. Grorichard (de Dôle) conseille, dans le "Répertoire de pharmacie" du 3 mars, la modification suivante de la potion de Todd :

Teinture de cannelle	5 grammes
Infusion de thé de Ceylan ...	75 —
Sirop de suc de citron pur sucre.	75 —
Rhum Jamaïque... ..	40 —

Il emploie cette potion dans les cas où il veut non seulement exercer une action tonique, mais encore agir sur les reins chez les grippés et les lithiasiques.

Le thé est un excellent diurétique, favorisant la diurèse par action cardio-vasculaire. C'est, de plus, un stimulant précieux, grâce à sa théine et à sa théophylline, dans les cas d'adynamie cardiaque si fréquente, après la cinquantaine, chez les surmenés. Enfin, le sirop de suc de citron est un excellent correctif, fort agréable au goût et remplissant un rôle antiseptique et diurétique indiscutable.

A nos Lecteurs

Devant le travail considérable que lui donnait à la fois l'administration et la rédaction du journal, notre collègue le Docteur W. Jas. Derome a demandé à diviser la tâche. Il a été décidé en conséquence que le Docteur Derome conserverait la partie administrative de notre journal et que le Docteur Fernand Monod, se chargerait de la rédaction.

LA DIRECTION.

TRAVAUX ORIGINAUX

Kyste séreux spontané, mobile dans la chambre antérieure (1)

(Par le Dr J. N. Roy.)

Membre de la Société française d'ophtalmologie, membre correspondant de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, médecin assistant au dispensaire d'ophtalmologie à l'Hôtel-Dieu de Montréal, Officier d'Académie.

— ❖ —

OBSERVATION. — Le 6 décembre 1905, Mlle L. C. âgée de 21 ans, se présente à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Modiste, elle se plaint d'une certaine fatigue oculaire à son travail, et attire spécialement notre attention sur l'œil droit qui est plus faible que le gauche.

L'examen de l'œil gauche nous révèle, à l'éclairage oblique, un léger pannus sur la partie

supérieure de la cornée. À part quelques granulations que nous remarquons dans le cul-de-sac de la paupière supérieure, nous constatons que les autres parties de l'œil et de ses annexes sont dans un état parfaitement normal.

Plus intéressant est l'examen de l'œil droit. Ce qui frappe d'abord, c'est la présence d'un petit kyste dans la chambre antérieure. Cette tumeur n'est pas tout à fait ronde, mais plutôt aplatie dans le sens antéro-postérieur, et peut mesurer environ deux millimètres et demi dans son plus grand diamètre, sur un millimètre et demi dans sa partie la plus rétrécie. Elle est transparente, et un examen attentif avec la loupe de Hartnack nous permet de constater que son enveloppe est grisâtre, parsemée de taches pigmentaires et sillonnée par de petites fibres musculaires sous forme de ramifications brunâtres. Mais ce qui nous frappe surtout dans ce cas, — qui est peut-être unique en son genre, — c'est que ce kyste est tout à fait mobile dans le liquide de la chambre antérieure, et qu'il n'a pas de pédicule. En effet, si nous faisons pencher fortement en arrière la tête de la malade, nous le voyons se diriger vers l'angle supérieur.

À l'examen de la cornée, nous constatons de petites taies, ainsi qu'un léger pannus. La partie postérieure de cette membrane est transparente, et n'a pas subi d'altération par son contact avec la tumeur. Aucune trace de traumatisme ou de perforation.

Le liquide de la chambre antérieure est limpide, et laisse voir un iris brun de même coloration que le gauche. Cet iris supporte bien les frictions de la paroi kystique, et semble n'avoir jamais eu de réactions inflammatoires. Sa contraction à la lumière se fait normalement, et il n'y a pas de synéchie. Il se dilate bien, et n'est influencé par aucune action initiative réflexe. Aucun vestige de membrane pupillaire.

Le cristallin est parfaitement transparent, et la cristalloïde antérieure n'a pas de dépôts pigmentaires.

Après instillation de quelques gouttes d'homatropine et cocaïne, nous constatons un état

(1) Communication faite à la Société française d'ophtalmologie, Paris, mai 1906; et à la Société Médicale de Montréal, le 17 avril.

absolument normal de toutes les parties profondes de l'œil.

La tension oculaire n'est pas augmentée.

L'examen de la paupière supérieure nous laisse voir une légère infection trachômateuse.

Nous faisons alors la réfraction qui nous donne le résultat suivant :

O. D. 75° --- 3. + 1. V = $\frac{1}{3}$

O. G. 30° --- 0.50 V = 1

La perception des couleurs des deux yeux est parfaitement normale, ainsi que le champ visuel et l'accommodation.

Il n'y a pas d'asténopie musculaire.

ANTECEDENTS PERSONNELS. — Le malade nous dit qu'un matin de janvier 1898, elle s'aperçut pour la première fois de la présence d'une petite tumeur dans l'œil droit. Ce kyste ne provoqua pas de douleur, et rien autre chose de particulier fut noté ce jour-là, pas plus que les précédents. Depuis cette date, il n'a pas augmenté de volume, et semble garder toujours le même aspect. La patiente n'a jamais été incommodée par aucune lésion inflammatoire de l'œil causée par sa tumeur. Elle se plaint seulement de sentir son champ visuel droit obscurci pendant quelques secondes, lorsqu'elle redresse la tête ayant été fortement penchée en avant.

Aucune histoire de traumatisme oculaire.

Notre malade n'est atteinte d'aucune diathèse et jouit d'une excellente santé ; pour toute maladie elle accuse avoir eu la variole à l'âge de 4 ans. C'est à la suite de cette affection que la cornée droite fut prise, ayant laissé comme traces de petites opacités de cette membrane. Ces taies de la cornée sont amplement suffisantes pour expliquer une vision de 1-3 surtout avec un astigmatisme mixte.

Quant à sa lésion trachômateuse, elle n'en a jamais souffert, et ne peut nous fournir aucun renseignement ; aussi est-elle un peu surprise lorsque nous lui donnons les conseils hygiéniques voulus.

Aucune histoire de vers intestinaux.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier, et nous ne pouvons absolument rien relever qui puisse nous intéresser dans son cas.

Nous faisons alors le diagnostic de kyste séreux spontané ; car il était évident que nous n'étions pas en présence d'une vésicule de cysticerque, ou de toute autre tumeur solide.

Nous proposons un traitement énergique pour la conjonctivité granuleuse de notre patiente, afin de la préparer pour l'ablation de sa tumeur. Elle refuse non-seulement l'opération, mais même le traitement médical, et retourne chez elle avec une ordonnance de lunettes. Revue quelque temps plus tard, elle se dit très bien, et parfaitement satisfaite de ses verres.

Si nous avons cru intéressant de faire cette communication, c'est parce que nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale de cas semblables. Malheureusement, cette observation n'est pas aussi complète que nous l'aurions désiré, puis qu'il n'y a pas eu d'examen microscopique de la tumeur, vu le refus de la malade à se laisser opérer. Cependant d'après l'histoire de la maladie, ce kyste ayant fait soudainement son apparition dans la chambre antérieure, il nous est permis de faire tout de même quelques hypothèses pour expliquer sa présence dans cet endroit.

Nous n'avons pas l'intention d'écrire une longue dissertation pour appuyer ou combattre les différentes théories de la formation des kystes de l'iris.

Schmidt-Rimpler croit que le plus souvent ils sont constitués par une crypte dont l'ouverture s'est oblitérée, et dont la cavité s'est ensuite remplie d'un liquide semblable à celui de l'humeur aqueuse.

Mackenzie et Bowman pensent qu'il s'agit de la sécrétion d'un fluide épanché entre l'iris et son épithélium postérieur.

D'après de Wecker, ces tumeurs seraient le résultat d'un simple plissement ou d'une déformation saciforme de l'iris.

Dans notre cas, nous ne devons pas oublier

que nous sommes en présence d'un kyste spontané, car il n'y a aucune histoire de traumatisme. Il s'est assurément développé dans la chambre postérieure, soit sur le corps ciliaire, ou sur la partie postérieure de l'iris. Treacher Collins a publié des observations, avec examens microscopiques, de kystes séreux spontanés adhérents, développés sur cette surface postérieure, entre les deux couches normales du pigment irien.

Il est admis de nos jours que la membrane kystique interne n'est pas toujours tapissée d'épithélium. En effet, les recherches de Ch. Robin sur ce sujet, démontrent que quelquefois la paroi interne des kystes de l'iris ne contient pas d'épithélium, mais seulement une matière composée de fines granulations graisseuses et d'un petit nombre de granulations pigmentaires. D'après le même auteur, la paroi est formée par le tissu de l'iris qui semble s'être dédoublé pour donner origine à une cavité. Cette opinion est aussi partagée par Bowman.

Chez notre malade, que ce kyste se soit développé comme ceux rapportés par notre collègue anglais, qu'il se soit formé aux dépens du corps ciliaire, ou encore de la partie postérieure de l'iris, d'après une théorie quelconque ; il n'en reste pas moins vrai que cette tumeur a eu d'abord un pédicule. Celui-ci devait être filiforme, et il y a huit ans, sous l'influence d'une cause qui ne peut être relevée à l'observation, il s'est rompu de son point d'attache. Une fois libre, ce kyste étant à l'étroit dans la chambre postérieure, a naturellement passé dans l'antérieure par la pupille. Un examen très attentif nous permet de voir que sa paroi antérieure est un peu moins convexe que la postérieure, et nous fait supposer que le pédicule était d'abord sur cette dernière paroi. Ce kyste séreux depuis huit ans dans la chambre antérieure, garde sa consistance par le renouvellement de son liquide qui se fait aux dépens de la membrane granuleuse interne. La paroi externe entourée de l'humeur aqueuse, lui fournit par endosmose les éléments voulus pour qu'il puisse maintenir sa vitalité. Aussi a-t-il toujours la

même apparence, et l'iris accoutumé à son contact semble ne pas s'irriter. Le fera-t-il indéfiniment ? Telle est, Messieurs, l'hypothèse que nous croyons devoir donner au sujet de ce kyste mobile dans la chambre antérieure, si intéressant par sa rareté. Encore une fois, nous regrettons beaucoup de n'avoir pu faire l'opération dans ce cas, et de ne pouvoir présenter avec l'examen clinique, un rapport microscopique de cette tumeur.



Régime diététique des nourrissons dans la gastro-entérite. (1)

(Par M. le Dr Raoul Masson)

Messieurs,

La question que je suis appelé à traiter devant vous ce soir, est, je crois une des plus importantes et des plus intéressantes que nous offre la médecine infantile ; puisse l'intérêt du sujet faire pardonner à son auteur s'il abuse de votre temps.

— Je n'ai pas besoin de m'arrêter longtemps sur la gravité de la gastro-entérite des nourrissons ou sur les ravages causés par le choléra infantile ; les statistiques si nombreuses et si alarmantes, l'expérience personnelle de chacun, vous ont suffisamment édifiés.

Tout de même avant de parler des moyens de défense qu'aujourd'hui nous pouvons avec succès opposer au choléra infantile, je crois intéressant de faire quelques pas en arrière et de suivre les essais qui ont été faits.

De nos jours il y a une règle absolue, admise et pratiquée partout et par tous, c'est la diète hydrique c'est-à-dire la suppression de tout aliment, de tout liquide hormis l'eau pure.

(1) Lu à la Société Médicale : Séance du 17 avril 1906.

Cela nous paraît très simple et très rationnel, mais il ne faut pas remonter très loin pour constater qu'au lieu de supprimer le lait aux enfants atteints de gastro-entérite, ou augmentait au contraire leur ration pour compenser les pertes dues à la maladie ; on ne compensait rien du tout, les vomissements redoublaient d'intensité, la diarrhée augmentait et le résultat que vous savez ne se faisait pas attendre.

Un des premiers, Trousseau a entrevu la route à suivre, et son autorité incontestée établit qu'il fallait couper d'avantage le lait donné aux enfants atteints de gastro-entérite ; on se servait alors d'eau d'avoine comme coupage.

Ce n'est que depuis quelques années que la diète hydrique fut systématiquement et définitivement établie dans la gastro-entérite des nourrissons ; c'est Marfan, qui fut sinon le créateur du moins le vulgarisateur de cette méthode dont l'excellence est incontestée. Quelques essais avaient été faits avant Marfan mais chez les adultes seulement, on redoutait un régime aussi sévère chez les nourrissons.

Je n'entrerai pas dans le détail des recherches scientifiques qui ont été faites sur l'étiologie et la pathogénie de la gastro-entérite, cela nous entraînerait trop loin, il vaut mieux en venir aux conclusions de ces recherches qui nous ont permis d'instituer un traitement raisonné scientifique et effectif.

L'infection, produite par une mauvaise élaboration de la matière alimentaire, la dyspepsie par suralimentation, ou alimentation prématurée, ou par du lait de mauvaise qualité, joue un grand rôle dans les gastro-entérites des nourrissons.

L'inspection cependant n'est pas le seul facteur dont il faille tenir compte, faisons la part
1^o des microbes habituels du tube digestif dont la virulence est augmentée par l'infection ; 2^o de l'élaboration de toxines ; fermentations dyspeptiques vulgaires (transformation acide de la lactase) formation aux dépens de la matière azotée (d'indol, de scatol, d'ammoniac, d'hydrogène sulfuré) ; 3^o enfin des modifications de la pa-

roi intestinale, des troubles de la sécrétion, de la tonicité, de la sensibilité.

Vous connaissez tous la rapidité avec laquelle se succèdent les symptômes de la gastro-entérite ; — la diarrhée par laquelle débute l'affection n'a rien de particulier qui la distingue de la diarrhée simple, les selles de jaune d'or qu'elles étaient deviennent tout à coup plus liquides, plus fréquentes, plus ternes. La matière est formée d'une partie liquide qui verdit à l'air et d'une partie solide qui renferme des grumeaux de lait, peu à peu les selles deviennent franchement vertes, acides, d'une odeur aigrelette ou fétide, leur nombre augmente rapidement, 6, 8, 10, 20 par jour, le ventre se ballonne, des gaz s'échappent avec les matières.

Le petit malade traduit par des cris les coliques qu'il éprouve, les urines diminuent à mesure qu'augmentent les selles.

Le contact des matières acides produit au fesses, à l'anus, aux cuisses, aux talons un erythème plus ou moins vif, des ulcérations, des fissures.

Tout à coup surviennent des vomissements répétés, laitieux bilieux ou aqueux, les traits se tirent, les yeux s'excellent, l'amaigrissement est rapide, l'enfant fond à vue d'œil, la peau devenue trop grande pour les parties qu'elle recouvre se plisse et perd son élasticité, les extrémités se refroidissent, le pauvre petit être vagit plaintivement, et pour calmer la soif qui le dévore saisit avidement tout ce qu'on lui présente, la diarrhée augmente d'intensité, les selles deviennent glaireuses, sanguinolentes, le pouls faiblit, le refroidissement se généralise à tout le corps et l'enfant s'éteint dans l'algidité.

Voilà bien pauvrement décrit le tableau que trop souvent nous voyons se dérouler sous nos yeux, voilà par excellence la maladie des nourrissons, qui a elle seule, charge, autant sinon plus que les autres maladies réunies, le tableau de la mortalité infantile.

Voyons maintenant nos moyens de défense, et la manière de les employer.

Traitement :

La première indication à suivre est la diète hydrique. L'eau naturelle bouillie dans un récipient convenable et recueillie dans des biberons propres et bien fermés, répond à toute indication.

La grande propreté des tétines, qu'il faut faire bouillir avant de s'en servir, des cuillers, et différents ustensiles dont on se sert pour le malade sont des précautions trop connues aujourd'hui pour que je m'y arrête.

Il faut donner l'eau aux mêmes heures et en quantité égale pour le moins à la quantité de lait prise habituellement par l'enfant, souvent même entre les prises, il sera bon de donner de temps à autre une cuillerée à thé d'eau pour calmer la soif ardente du petit malade, soif qui s'explique par la grande deshydratation qu'il a subie par le fait de la diarrhée.

Quelquefois l'intolérance gastrique est telle que l'eau même est rejetée ; alors il faut agir avec la plus grande discrétion et ne donner que de petites cuillerées d'eau bouillie glacée de temps en temps et se guider sur la tolérance gastrique pour augmenter peu à peu, surtout ne jamais forcer les malades à boire, sauf dans des cas de trop grande débilité où le jugement doit nous guider.

La durée de ce régime assez maigre est de 6, 12, 24, 48 heures.

On cite des cas où l'on a dépassé de beaucoup ce maximum, mais je crois pour ma part que cette limite est suffisante et je n'irais pas volontiers au-delà.

On a préconisé les eaux bicarbonatées qui ne sont pas à employer car elles excitent les sécrétions acides du tube digestif déjà très malmené et qu'il faut laisser au repos le plus absolu pour enlever aux microbes de mauvais aloi tout ce qui pourrait augmenter leur virulence, et les forcer à disparaître faute de milieu propre à leur développement.

— Les vomissements, la diarrhée sont arrêtés, l'eau bouillie qui est un bon désaltérant n'est pas malheureusement un aliment complet, et les nourrissons à ce régime perdent au moins 100 gram-

mes par 24 heures. Aussi il faut songer à reprendre l'alimentation, cette reprise est très délicate et souvent pénible, c'est je crois le moment le plus scabreux du traitement.

Il y a deux ans à peine la transition de l'eau au lait ne se faisait que très difficilement et M. Marfan lui-même dans les cas les plus heureux, cas cités comme probants de l'efficacité de la diète hydrique n'a pu reprendre l'alimentation qu'après plusieurs essais infructueux et plusieurs retours qui affaiblissaient d'autant les malades et leur enlevaient une partie des faibles ressources qu'il leur restait.

La transition était trop brusque, le lait n'était pas toléré il fallait trouver un aliment léger qui fut accepté par l'estomac délabré du nourrisson, et assez nutritif pour réparer ses forces et lui permettre de revenir peu à peu à l'alimentation normale.

DIETE DES FECULENTS

On a longtemps contesté la propriété d'assimilation des féculents chez les nourrissons et ce n'est que depuis quelques années que des recherches furent dirigées de ce côté.

Le pancréas dont l'une des principales fonctions est la transformation des amylacés en sucre n'entre en fonction chez le nourrisson que vers le sixième mois, aussi Baginski avait-il banni jusqu'à cet âge l'emploi des féculents. Cependant les nourrissons ont dans leur tube digestif un pouvoir saccharifiant fourni par les glandes salivaires et dont la fonction précède de beaucoup celle du pancréas. Vitter le premier a démontré ce fait, en mettant dans la bouche de deux nourrissons âgés respectivement de 50 et 60 jours, un petit sachet rempli d'amylacés, après une à deux minutes l'analyse, démontrait clairement le pouvoir saccharifiant de la salive.

Scheffer confirme cette expérience. Korowine fait des digestions artificielles "in vitro" en extrayant de la salive, de la bouche de nourrissons, sur 28 cas, 27 furent affirmatifs.

Au point de vue de l'assimilation Hubner et

Carteus ont recherché en vain dans les selles d'un enfant de 5 mois les traces de 0 gr. 25 ckg. de farine de riz qu'on lui avait fait prendre, l'assimilation avait été parfaite. De plus il semble que l'action des féculents soit antiputride comme eût à le prouver Courbes de Lauzanne, qui dit que les hydrocarbures empêcheraient la fermentation azotée, d'après certaines expériences faites sur des animaux.

Enfin Bordès va plus loin, il voudrait que tout enfant nourri au lait de vache, prisse des féculents. Nous n'allons pas jusque-là mais nous croyons que l'emploi des féculents est une précieuse ressource qu'il faut connaître, car elle peut rendre de signalés services dans certains cas où le lait n'est plus toléré ou est à retrancher pour une cause ou une autre.

Sous quelle forme doit-on administrer les féculents.

D'abord on a donné des décoctions d'orge et de riz, mais outre que le goût fade répugnait aux nourrissons, la baisse de poids constante ne permettait pas de continuer la diète assez longtemps. Terrier imagine de réunir plusieurs légumes dans une même cuisson, et Mery modifiant la préparation ajoute du sel et adopte une quantité déterminée de certains légumes.

Voici la formule présentée à la société de pédiatrie de Paris en 1905, ou elle fut accueillie avec faveur.

Pommes de terre	65 grammes
Carottes	65 "
Navets.....	25 "
Pois secs ou haricots secs	25 "

Mettre le tout dans 3 litres d'eau, faire bouillir pendant 4 hrs., ajouter alors une cuillerée à thé de sel fin—passer dans un tamis fin.

On obtient ainsi un litre à peu près d'un bouillon brunâtre clair, qui se partage en deux parties au repos, une partie supérieure qui est de l'eau salée et une partie inférieure qui est rompue par les grains d'amidons cuits que leur poids a entraîné.

La quantité à donner est la même que la quantité de lait prise habituellement par l'enfant.

Le bouillon s'il a été passé dans un tamis assez fin, se donnera au biberon sans inconvénient. Dès le second jour—j'ai ajouté volontiers—a chaque biberon—au moment de la tétée une cuillerée à thé de farine de riz ou de fine fleur de froment préalablement délayée dans deux cuillerées à thé d'eau bouillie froide, si la farine était délayée dans l'eau chaude il se formerait une agglutination et la présence de grumeaux en rendrait l'usage impossible.

Je verse la farine délayée dans la quantité de bouillon d'un biberon, tiédi au bain-marie.

Ce régime peut être continué pendant un temps relativement long, 4 à 5 jours suffisent généralement, mais on l'a continué sans inconvénient pendant 10 et même 15 jours.

Les résultats sont étonnants et l'augmentation de poids presque constante renverse les données connues jusqu'à aujourd'hui ; au lieu de perdre du poids, les malades augmentent souvent de 100 grammes par jour, le faciès se ranime rapidement, le pouls se relève, l'algéité disparaît et les urines sont augmentées.

Les seuls incidents à redouter sont les œdèmes que présentent certains rachitiques ou atrophiques inconvénient auquel on peut remédier en remplaçant le sel par du sucre, ou en reprenant le régime lacté si l'état du malade nous le permet.

Comment expliquer cette augmentation de poids sinon par le rôle des chlorures chez ces malades qui ayant subi une déshydratation énorme sont placés dans une condition spéciale pour faire de la rétention d'eau et de sel.

Quel que soit la raison de l'augmentation de poids, on comprendra je crois facilement, toute l'importance de ce régime qui a donné des résultats excellents, et qui peut rendre j'en suis convaincu des services signalés dans certains cas de diarrhées infantiles ou de diarrhée infectieuse.

RAOUL MASSON.

Thérapeutique

Traitement des bronchites aiguës simples de nourrissons.

La bronchite la plus légère, pour M. Léon Cerf, d'Angers (1), doit être soignée, chez l'enfant, avec l'attention la plus scrupuleuse. La possibilité de deux complications sérieuses exige cette sévérité de traitement : d'une part, l'engorgement de voies respiratoires étroites ; d'autre part, la propagation facile de l'infection aux petites bronches et aux poumons.

On maintiendra donc à la chambre tout enfant atteint de simple rhume ; on lui imposera le séjour au lit dès qu'il s'agira d'une bronchite un peu sévère ; mais on veillera à ce que l'atmosphère confinée de l'hôpital n'infecte pas secondairement ses bronches, et la crainte du refroidissement n'empêchera pas le renouvellement de l'air de la pièce, qu'on fera avec les précautions nécessaires. La température de la chambre sera de 18 degrés. Pour y entretenir une atmosphère tiède et antiseptique, on y fera évaporer, en permanence, une infusion de feuilles d'eucalyptus, contenue dans un large récipient placé sur le feu.

Chez tous les nourrissons soignés pour une bronchite grave généralisée, M. Cerf conseille les "bottes ouatées" ; on entoure les deux membres inférieurs, séparément, d'une bonne couche de ouate ordinaire (coton cardé et non "coton hydrophile"), qu'on recouvre d'une feuille de taffetas gommé ; on provoque ainsi une sudation intense et salutaire.

On applique en même temps une couche d'ouate devant et derrière la poitrine, en prenant garde que le bord de ce chaud plastron ne déborde pas la petite chemise par en haut ; des flocons de ouate pourraient ainsi pénétrer dans la bouche du nourrisson et provoquer des accidents.

On pourra si l'on veut, compléter cette dérivation par un peu de révulsion locale, en faisant deux fois par jour, sur le thorax, des onctions avec le liniment térébenthiné du Codex.

On pourra si l'on veut, compléter cette dérivation par un peu de révulsion locale, en faisant deux fois par jour, sur le thorax, des onctions avec le liniment térébenthiné du Codex.

Alcoolat de Fioravanti... .. à 40 gr.
Huile d'amandes douces... ..
Alcool camphré..... 15 gr.
Ammoniaque 5 gr
M. S. A.

(usage externe).

La bronchite du nourrisson est souvent précédée ou accompagnée d'un coryza qui devient ici une complication sérieuse ; car l'air passe difficilement à travers les fosses nasales obstruées ; l'enfant ne respire plus que par la bouche, et dès lors, il asphyxie dès qu'il jette et refuse de prendre le sein. On fera donc l'antisepsie des fosses nasales en faisant couler, matin et soir, dans chaque narine, une ou deux gouttes de la solution suivante :

Menthol..... 0 gr. 50
Huile d'amandes douces stérilisée . 50 gr.

L'ensemble de tous ces moyens suffira pour traiter efficacement une bronchite légère.

S'il s'agit d'une bronchite intense, la médication deviendra plus énergique.

Avant tout, on fera de la révulsion locale, par des badigeonnages de teinture d'iode, ou des applications de coton iodé ; mieux encore, à l'aide de cataplasmes sinapisés. On ne confectionnera lin et de moutarde cuites ensemble, comme on le fait trop souvent. Voici comment M. Cerf enseigne aux mères la préparation de ces cataplasmes : "Vous ferez un cataplasme avec de la farine de lin, comme on fait tout cataplasme, c'est-à-dire en délayant votre farine dans l'eau froide, de manière à faire une bouillie très claire que vous ferez alors chauffer en remuant continuellement jusqu'à consistance convenable ; vous donnerez à votre cataplasme des dimensions suffisantes pour qu'il puisse recouvrir toute la poitrine de l'enfant en arrière. Quand le cataplasme sera fait, vous l'étalerez sur une table "et le laisserez refroidir." Ce sera seulement lorsqu'il sera légèrement tiède que vous le saupoudrez d'une bonne couche de farine de moutarde.

"Vous appliquerez alors votre cataplasme sur le dos de l'enfant, et vous l'y maintiendrez jusqu'à ce que la peau soit suffisamment rouge."

Ces applications doivent être renouvelées 3 ou 4 fois par jour.

Comme le décubitus horizontal favorise la diffusion de la bronchite et la congestion du poumon on aura soin de coucher l'enfant tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche, et on le prendra souvent sur les bras, le tenant de façon que le tronc soit vertical.

Une potion à l'oxyde blanc d'antimoine ou à l'ipéca (à doses faibles), calmera la toux, stimu-

lera les muscles bronchiques et décongestionnera les voies aériennes.

Oxyde de blanc d'antimoine... 0 gr. 20 6
(par année d'âge)

Sirop de codéine... 20 gr.

Looch blanc... 80 gr

A prendre par cuillerées à café toutes les 24 heures.

Poudre d'ipéca... 0 gr. 10
(par année d'âge)

Faites infuser dans

Eau bouillante... 80 gr.

Ajoutez

Sirop de codéine... 20 gr.

A prendre par cuillerées à café toutes les 24 heures en respectant le sommeil.

On pourra être amené à donner un vomitif pour nettoyer l'estomac et désobstruer les bronches des mucosités qui les encombrant.

Pour cela, on prescrira :

Poudre d'ipéca... 0 gr. 30

Sirop d'ipéca... 30 gr.

M. S. A.

Une cuillerée à café de 5 en 5 minutes jusqu'à effet.

On se rappellera que le vomitif est contre-indiqué chez les enfants de moins de trois mois, et chez les nourrissons affaiblis et cachectiques.

Si la fièvre s'élève, on donnera des bains à 5 degrés, d'une durée de dix minutes, toutes les trois heures, tant que la température atteindra ou dépassera 19 degrés. La balnéation chaude est le meilleur dérivatif.

Chez les nourrissons, dit en terminant M. Cerf, la diarrhée survient fréquemment vers le 4e ou le 5e jour d'une bronchite ; elle tient à la déglutition des crachats ; on sait, en effet, que les nourrissons avalent toutes leurs mucosités. Quand cette diarrhée apparaîtra, on cessera immédiatement toute médication ; on mettra l'enfant à la diète hydrique pendant 6 heures et on lui fera prendre, d'heure en heure, chacun des trois paquets suivants :

Calomél... 0 gr. 03 à 0 gr. 05

Sucre de lait... 0 gr. 50

Divisez en trois paquets.

REVUES des JOURNAUX

RADIO-THERAPIE DANS LES TUMEURS BLANCHES ET DANS LES TUBER- CULOSES OSSEUSES

(Communication du Dr Redard au Congrès de la tuberculose 1905.)

Nous désirons donner le résultat de nos observations du traitement d'estéoarthritis et d'ostéites tuberculeuses traitées par les rayons X.

Nous passerons successivement en revue les divers groupes d'affections traitées.

I. — OSTÉITES TUBERCULEUSES CHRONIQUES. — Lorsque l'ostéite est superficielle, siégeant au niveau des doigts, des orteils, au niveau des os du pied, même lorsqu'il existe des fistules et des séquestres, l'action des rayons X est rapide, curative. Dans plusieurs de nos observations d'ostéites chroniques des phalanges et des orteils, on note, une diminution rapide de la tuméfaction au bout de la 3e ou 4e séance et la guérison, sans retentissement fâcheux sur les articulations voisines, au bout de 8 à 10 séances. Certainement, à notre avis les rayons X conviennent dans la généralité des cas d'ostéites tuberculeuses des os de la main (spina-ventosa) et du pied.

Un de nos malades, âgé de 7 ans, présentait au début du traitement plusieurs foyers d'ostéite au niveau des orteils du pied droit, avec fistules multiples, gonflement, douleurs ; la marche était impossible. Actuellement, après 8 séances, les fistules sont tarées. La marche, la course même, sont faciles.

Lorsque l'affection tuberculeuse siège sur un os situé profondément, lorsqu'il existe des séquestres, l'action est plus lente, moins favorable. C'est ainsi que nous n'avons noté aucun résultat dans les cas de coxalgie ou de mal de Pott, traités par les rayons X. Dans quelques observations d'ostéites profondes, fistuleuses, nous avons observé, après de nombreuses séances, la disparition de la douleur, du gonflement, la cicatrisation des fistules. Dès les premières séances, l'écoulement purulent augmente, pour diminuer ensuite rapidement ; puis, la douleur, la gêne fonctionnelle disparaissent, le gonflement diminue et les fistules se cicatrisent enfin.

II. OSTEO-ARTHRISES TUBERCULEUSES CHRONIQUES. — Les résultats obtenus dans nos observations peuvent se résumer ainsi :

1^o OSTEO-ARTHRISES TUBERCULEUSES SANS FISTULES. — Dans les synovites, dans les ostéo-arthrites tuberculeuses chroniques, les rayons X n'ont une action favorable que lorsque l'affection est très superficielle et à une période peu avancée.

Nous notons d'excellents résultats dans plusieurs de nos observations d'ostéo-synovites tibio-tarsiennes et du poignet. Dans un de nos cas d'arthrite tibio-tarsienne, datant de quelques mois, après la 7^e séance, le gonflement, l'aspect globuleux de la région avait disparu, il n'existait plus de douleur, de gêne fonctionnelle. Dans les tumeurs blanches du genou, l'action des rayons X nous a paru peu efficace. Nous avons cependant observé, dans plusieurs cas soumis aux rayons X, une disparition rapide des phénomènes douloureux.

2^o. ARTHRISES SUPPURELLES, OUVERTES, FISTULEUSES. — Dans les articulations importantes, profondes, à une période avancée de l'évolution de la maladie, lorsqu'il existe des fistules, des séquestres, la radiothérapie ne nous a donné aucun succès. Ajoutons que nous n'avons jamais constaté une action aggravante.

3^o. ARTHRISES EN VOIE DE GUERISON, AVEC ANKYLOSE FIBREUSE. — Dans quelques cas de tumeurs blanches du genou en voie de réparation, nous avons employé le traitement par les rayons X; dans le but de modifier l'ankylose fibreuse et de donner quelques mouvements au genou.

Dans une de nos observations de tumeur blanche ancienne du genou, sans réaction, nous notons, après un traitement radiothérapique prolongé la disparition de l'empatement des cils-de-sacs synoviaux. La flexion de la jambe sur la cuisse, nulle au début, atteint actuellement 125 degrés. La marche est facile. L'atrophie de la cuisse et de la jambe ont sensiblement rétrogradé.

La technique, appliquée et surveillée par notre collègue, G. Barret, a consisté à faire absorber, pendant quelques minutes, des doses massives, 4 à 5 H., de rayons assez pénétrants (No 7), avec 12 à 15 jours d'intervalle, en multipliant les poses lorsque la région s'y prêtait, de manière à at-

teindre la lésion de plusieurs côtes. Nous avons employé parfois le procédé de filtration, sous une feuille mince d'aluminium, préconisé par Perthes et qui permet d'éviter, jusqu'à un certain point, la radiodermite, sans diminuer beaucoup l'action en profondeur.

Dans aucun cas nous n'avons noté aucun accident. La réaction que nous redoutions au début n'a jamais été vive. Nous n'avons jamais noté une action aggravante.

En résumé, la radiothérapie ne peut être recommandée comme méthode générale de cure des tuberculoses osseuses et articulaires. Employée seule ou mieux associée à d'autres méthodes, elle modifie les tissus tuberculeux, facilite leur régression et leur transformation fibreuse et peut utilement servir dans quelques cas déterminés. Dans les ostéites et dans les ostéo-arthrites superficielles, même à la période fistuleuse, elle donne d'excellents résultats et très souvent des guérisons rapides.

Elle convient peu dans les ostéo-arthrites profondes, dans les ostéo-synovites des grandes articulations. Elle agit, cependant, favorablement, même dans ces cas, sur la douleur et sur la contracture. Elle a une action très favorable sur certaines ankyloses fibreuses, facilitant la mobilisation et la génération des muscles atrophiés.

A ces divers points de vue, la méthode thérapeutique que nous venons d'étudier mérite de fixer toute notre attention.

P. REDARD.

— ♦ —

RADIOTHERAPIE DANS LES ADENOPATHIES TUBERCULEUSES

Nous désirons donner le résultat de notre traitement d'adénopathies tuberculeuses du cou par les rayons X.

Le traitement a été appliqué dans douze cas d'adénites volumineuses; dans cinq de nos cas il existait de la suppuration et des fistules.

Notre technique a consisté à faire absorber à la région malade, des doses massives de rayons X, en les espaçant plus ou moins, suivant l'état de la peau, 4 à 5 H. sont appliqués avec 15 à 15 jours d'intervalle. On emploie des rayons de pé-

nétration moyenne (No 6 du radiochromomètre). Ces applications surveillées par notre collègue, G. Barret, n'ont donné lieu à aucun accident. Dans l'appréciation des résultats, il importe de distinguer les différents cas, la forme de la maladie, la période de l'évolution, le volume de la tumeur, l'état de ramollissement, de suppuration, de fistulisation.

1^o ADENITES CHRONIQUES. — Chez nos malades atteints d'adénopathies anciennes, volumineuses, dures, fibreuses, composées de plusieurs lobes, l'action des rayons X a été nettement favorable. Nous avons obtenus, dans 3 cas une régression presque complète. Dans aucun cas, nous n'avons observé une disparition totale de la tumeur.

Le traitement est assez long, exige plusieurs mois, au moins six mois. Nous n'avons jamais observé les disparitions rapides de grosses tumeurs ganglionnaires signalées par quelques auteurs. Dans nos observations, on observe la diminution lente de la tumeur; les tissus voisins infiltrés, la gangue périganglionnaire qui constitue une partie de la tumeur, disparaissent les premiers, les ganglions s'isolent, roulent sous le doigt; leur régression s'accomplit assez lentement.

Le traitement le plus prolongé que nous ayons fait, a compris 16 séances espacées au cours de 7 mois.

L'action des rayons X ne nous a jamais donné aucun accident, ni aucun inconvénient. Nous n'avons jamais noté aucun retentissement fâcheux sur l'état général, jamais observé des inflammations violentes, diffuses, des suppurations pouvant être attribuées à notre thérapeutique.

2^o ADENITES SUBAIGUES EN VOIE D'ÉVOLUTION. — La fonte caséuse, suivie de suppuration est, du reste, dans quelques cas, un processus de guérison et il n'y aurait peut-être pas grand inconvénient à soumettre aux rayons X, qui accéléreraient la fonte de la tumeur, des adénopathies subaiguës en voie d'évolution, de caséification et de ramollissement. Nous ne pensons pas, cependant, que ces cas particuliers soient justiciables du traitement radiothérapique.

3^o ADENITES SUPPUREES. — Dans nos cinq observations d'adénites suppurées à trajets fistuleux multiples, l'action des rayons X a donné de très remarquables résultats.

Le traitement a les effets suivants. Au début, la suppuration augmente, mais le processus inflammatoire ne s'étend pas.

Les fistules laissent échapper, pendant plusieurs jours, une sérosité claire, abondante. La tumeur diminue rapidement, beaucoup plus rapidement que dans les cas d'adénopathies non suppurées, les fistules se cicatrisent sans dépression prononcée, sans chéloïde. Chez un de nos malades, nous avons vu disparaître en sept séances une tumeur ganglionnaire du cou du volume d'un œuf de poule, avec nombreuses fistules. Les fistules se sont rapidement cicatrisées, en laissant des traces peu apparentes.

En résumé, la radiothérapie est préférable, dans un grand nombre de cas, aux moyens habituels de traitement des adénopathies tuberculeuses et, en particulier, à l'extirpation. Elle est surtout indiquée dans les adénites tuberculeuses chroniques, dans les formes anciennes fibreuses, sans tendance au ramollissement.

L'action est lente et procure, en général, la disparition presque complète de la tumeur.

Elle convient peu dans les formes subaiguës, avec signes de caséification et d'infiltration inflammatoire de la peau.

Elle donne des guérisons rapides dans les adénites suppurées, fistuleuses, procure l'occlusion rapide des fistules et la cicatrisation de la peau sans traces apparentes.

P. REDARD.



RETENTION AIGUE CHEZ LES RETRECIS

(Par Noguès),

La rétention aiguë, c'est-à-dire la rétention complète survenant brusquement, peut apparaître sans cause appréciable, quelquefois à la suite d'excès de table ou de coït, ou d'un voyage fatigant, souvent à la suite d'une dilatation maladroite (bougie laissée trop longtemps en place, trop grand nombre de bougies passées dans la même séance, dilatation forcée, etc...); dans ce cas la rétention peut survenir avec un canal permettant le passage de bougies d'un numéro déjà assez élevé, les envies deviennent plus fréquentes,

douloureuses, puis la rétention s'établit ordinairement le soir même.

Le médecin appelé auprès d'un rétentionniste rétréci doit se munir de quelques explorateurs à boule pour explorer le canal, quelques bougies filiformes (une droite, une baïonnette, et une en tire-bouchon), les petites sondes inférieures au 5 ou 10 sont inutiles, car leur lumière est insuffisante pour évacuer la vessie, elles se bouchent à tout instant.

Les bougies filiformes ne seront poussées que très lentement dans le canal; la baïonnette ou le tire-bouchon passent plus facilement, car la lumière du rétrécissement est ordinairement excentrique. La bougie filiforme introduite doit être laissée à demeure, quand elle a franchi le rétrécissement; on la fixe au gland avec des fils de coton.

La présence de cette bougie à demeure, aidée des bains de siège, suffit ordinairement à faire uriner le malade entre la bougie et le canal; il arrive à vider sa vessie au bout de quelques heures par des mictions successives. La bougie sera maintenue en place pendant quatre jours, au bout desquels on commencera une dilatation lente et progressive, en ne passant jamais plus de trois bougies dans la même séance, et en commençant toujours par le numéro passé le dernier à la précédente séance.

Si on n'arrive pas à passer la bougie filiforme, on fera la ponction de la vessie, que l'on répètera autant de fois qu'il le faudra, en essayant dans l'intervalle de passer la bougie, on y arrivera presque toujours: dans le cas contraire, on ferait l'urétrotomie externe sans conducteur.

(" Bull. de l'Enseignement professionnel. "

— ❖ —

SUR UNE VARIÉTÉ NOUVELLE D'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE

M. Bazy attire l'attention sur l'incontinence nocturne d'urine qui accompagne fréquemment la pyélite et la pyélonéphrite. Elle se distingue surtout des autres variétés d'incontinence nocturne par la pollakiurie nocturne qui la précède ou même l'accompagne, par son intermittence, — cette

incontinence ne se produisant pas toutes les nuits, mais seulement quand le sommeil est profond, — par ce fait qu'elle s'observe chez des malades adolescents ou adultes, c'est-à-dire à un âge où l'incontinence essentielle a disparue enfin et surtout par les qualités des urines qui sont plus ou moins troubles suivant l'intensité de la pyélite ou de la pyélonéphrite. Enfin le diagnostic se confirmera par la recherche des autres signes de la pyélite.

La pathogénie de cette incontinence s'explique facilement; sous l'influence de l'excitation rénale, la vessie est sollicitée à vider son contenu. Cette excitation est-elle assez vive pour être perçue par le cerveau du sujet, celui-ci a conscience du besoin d'uriner, se réveille et urine. L'excitation partie des reins ne dépasse-t-elle pas, au contraire, la moelle (sommeil profond), la vessie se vide sans que le sujet s'en aperçoive.

" Société de Chirurgie. "

— ❖ —

UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE DE NOUVEAU-NÉS

(Pat William Himmelsbach)

" California State journal of Med., No 2,1906. "

Après avoir passé en revue les méthodes proposées par Schulze, Mouth, Bird, Forest, Paccini, Schröder, Sylvester, Laborde, etc., l'auteur expose la méthode qu'il a inaugurée avec succès pour le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés, méthode qui aurait réussi dans des cas désespérés après l'échec des méthodes classiques.

Le traitement consiste dans l'injection hypodermique de 1-1500 de grain (0 gr. 0000432) de sulfate de strychnine et 1-200 de grain (0 gr. 0000324) de sulfate d'atropine. Cette injection peut être répétée au bout de quelques minutes. Comme l'auteur l'a chaque fois employée après avoir épuisé tous les procédés classiques, il est assez difficile de savoir si elle suffit seule à ranimer le nouveau-né ou si elle apporte seulement sa contribution aux manœuvres concomitantes.

Actualités

3ième Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

16 Avril 06.

Réunion nombreuse, à 8 heures p.m., dans les salles de l'Université Laval, pour répondre à l'invitation des officiers du 3ième Congrès. MM. L. P. Normand, président général, Chs. DeBlois, secrétaire-général, G. Bourgeois, Rapporteur, A. St-Pierre, trésorier, venus des Trois-Rivières, pour rencontrer leurs confrères de Montréal.

Étaient présents : MM. A. A. Foucher, R. Masson, L. Verner, A. Brisset, J. A. Rouleau, Klattini-Malouf, R. de Cotret, J. Théoret, J. Decary, E. P. Benoit, A. Rivet, L. Harwood, L. Lalonde, A. Delorme, J. Larin, O. F. Mercier, J. Bourgoïn, A. Mireault, T. Parizeau, H. Desmarais, A. Moffette, A. Daigle, A. E. Baril, R. Boulet, W. J. Derome, McDuff, A. Gagnon, F. de Martigny, M. R. Boulet, préside l'assemblée.

M. L. P. Normand, président général du 3ième Congrès, annonce à l'auditoire les résultats des travaux entrepris pour mener à bien cette œuvre scientifique. "Les Congrès de Québec et de Montréal, ajoute-t-il, concordant avec les fêtes anniversaires des Universités, étaient plutôt des Congrès d'Universités ; aux Trois-Rivières, le 3ième Congrès, n'aura pas lieu sous de tels auspices, ce ne sera pas un Congrès d'Université, mais, bien, un congrès de praticiens, où tous les médecins pourront prendre une part plus active. C'est sur vos travaux, Messieurs, ajoute M. Normand, que je compte... c'est à votre bonne volonté et à votre entente cordiale; que je fais appel."

Monsieur C. N. deBlois, secrétaire-général, remercie les confrères, d'avoir répondu, en aussi grand nombre à l'appel du Comité des Trois-Rivières. Il est heureux de constater, que les réunions tenues à Québec et à Sorel, ont rencontrées chez tous les médecins, le même enthousiasme et la même volonté, que celle, qui anime l'assemblée de ce soir. C'est l'intention du Comité, de convoquer ainsi des réunions dans les principales villes de la Province de Québec, et dans les centres canadiens-français des États-Unis.

L'ouverture du troisième Congrès de l'association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, est définitivement fixée au mardi 26 juin prochain, à 2 hrs p.m. et aura lieu dans les salles de l'Hôtel-de-ville, aux Trois-Rivières.

Programme préliminaire, — Les séances régulières du Congrès, se continueront du 26 jusqu'au 28 juin inclusivement dans l'ordre sommairement indiqué ci-dessous.

Mardi le 26 juin à 2 hrs p.m. — Ouverture officielle du Congrès des Trois-Rivières par le Dr L. P. Normand, président. Rapport du secrétaire-général.

Après-midi à 3 hrs. — Lecture et discussion des rapports généraux.

Le soir, à 8 hrs. — Séance spéciale.

Le soir à 9 heures. — Feu d'artifice sur le fleuve et feux de la St-Jean, sur la côte sud. Illumination. Concert.

Mercredi le 27 à 9.30 hrs. a.m. — Lecture et discussion des rapports généraux.

Après-midi, à 2 hrs. — Communications scientifiques. Visite à l'hôpital.

Le soir, à 8 hrs. — Séance spéciale.

Jeudi, le 28 juin, à 9.30 a.m. — Communications de travaux scientifiques et d'intérêts professionnels.

Elections des officiers de l'Association. Date et lieu de réunion du prochain Congrès. Cérémonie de clôture.

Excursion à Grand'Mère et aux Chutes Shawinigan.

M. deBlois, remercie les secrétaires des Sociétés Médicales de la Province de Québec et des États-Unis, qui lui ont fait parvenir les noms et adresses, des médecins canadiens-français résidant dans leurs comtés ou états respectifs.

— ♦ —

Nombre de travaux inscrits, jusqu'à ce jour.
 Québec fournira 9 travaux ;
 Montréal, fournira 28 travaux ;
 États-Unis fournira 5 travaux ;
 Trois-Rivières, fournira 3 travaux ;
 Province Ontario, fournira 4 travaux ;
 Paris, fournira 7 travaux ;
 St-Gabriel de Brandon fournira 3 travaux ;
 Sherbrooke, fournira 1 travail ;
 Portneuf, fournira 1 travail ;
 Grandby, fournira 1 travail ;

Chicoutimi, fournira 1 travail ;
 Dorchester, fournira 1 travail ;
 Kamouraska, fournira 1 travail ;
 Drummondville, fournira 1 travail ;
 Arthabaska, fournira 2 travaux ;
 Bromptonville, fournira 1 travail ;

Les adhésions se font très nombreuses. Jusqu'à présent, ce qui est d'un bon augure pour le succès scientifique du 3ème congrès, — 75 confrères se sont inscrits pour différents travaux. En un mot, l'enthousiasme pour les Congrès, semble être plus vibrant que jamais et nous sommes en droit d'espérer pour ce 3ème Congrès, un succès égal à celui qui a couronné les Congrès de Montréal et de Québec.

Le Congrès sera divisé en deux grandes sections : section de médecine, — section de chirurgie.

Le Comité exécutif, a cru devoir suivre la coutume établie, en formant 7 sections, afin de faciliter l'organisation, et nommer des Présidents, des Vice Présidents, des Secrétaires, mais ces nominations sont purement honorifiques.

Trois grands rapports seront soumis aux Congressistes :

1o Tuberculose, rapporteur, M. Rousseau, (Québec), rapporteur corollaire, M. Paradis, (Montmagny).

2o Hygiène infantile, rapporteur, M. J. E. Dubé, (Montréal) rapporteur corollaire, M. Hervieux, (Montréal).

3o Alcoolisme, rapporteur, M. G. Bourgeois, (Trois-Rivières), rapporteur corollaire, M. Si-rois, (St-Ferdinand d'Halifax).

En plus, il y a déjà 10 travaux d'inscrits sur la tuberculose ;—10, sur l'alcoolisme, 4, sur l'hygiène, 5, sur les intérêts professionnels.

Le comité exécutif du Congrès, a aussi désigné un certain nombre de correspondants — près de 40— pour les centres français et les différents états de la République voisine. Nul doute, que tous uniront leurs efforts dans un même but, afin que ce congrès des Trois-Rivières, soit une affirmation solennelle de la vitalité et de la force de notre Association Franco-Américaine.

La Société Médicale de Portneuf enverra trois délégués, tous ses membres se sont inscrits et ont promis de prendre une part active au Congrès.

Au delà de 2600 invitations ont été adressées, dont plus de 50, aux Sociétés savantes de France.

La Société de Médecine de Paris,— la plus ancienne des sociétés savantes— et dont le glorieux centenaire fut célébré avec éclat dans le cours de l'hiver 1905, a répondu avec empressement à notre invitation de se faire représenter à notre 3ème Congrès, et, elle a choisi, comme son délégué officiel, un de nos confrères canadien français, médecin des plus brillants et des plus distingués, le Dr Adéstan de Martigny. Notre Mère-Patrie, enverra aussi un représentant officiel.

Monsieur le Dr Treboulet, sera très probablement au milieu de nous, comme délégué de la Société Thérapeutique de Paris, dont il est un des membres les plus distingués, MM. les professeurs G. Lemoine et Doumer, de Lille, viendront, prendre part au Congrès.

Monsieur le Professeur Armand Gauthier, Président de l'Académie de Médecine de Paris, adhère à notre œuvre, et nous a promis une communication.

MM. Brouardel, Lépine Lemoyez, qui désiraient ardemment visiter le Canada, tout en prenant part au Congrès, expriment dans leurs réponses, le regret qu'ils éprouvent de ne pouvoir venir y assister.

La France s'occupe plus que jamais du mouvement médical dans notre pays ; les journaux politiques de Paris ont publié spontanément des articles réclames sur notre Congrès. Tous ces articles sont marqués de la plus grande sympathie pour les Canadiens. Inutile de dire, que nos voisins, les Américains, accueillent avec non moins d'enthousiasme, l'annonce de ce 3ème congrès.

(No du 27 janvier 06. " Journal of the American Medical Association.")

Notre seconde lettre circulaire, ajoute M. de Blois sera adressée durant le mois de mai prochain. Elle renfermera le programme général du Congrès —le règlement— le nom de tous les officiers et un bulletin d'adhésion. Nous avons fixé la cotisation à \$5.00. Ce montant doit être adressé à M. Alex. St-Pierre, trésorier.

Nous prions de nouveau les confrères, qui désirent faire un travail, de bien vouloir nous adresser, avant le 26 mai, le titre de leur communication, au No 23 Ave. Laviolette, Trois-Rivières.

Plusieurs suggestions sont faites par quelques uns des membres présents, et, un vote de remerciements est adressé aux membres du Comité du 3e Congrès.

16 avril 06.

Nouvelles

Nous apprenons avec plaisir que notre ami et confrère Alfred Marcil, médecin de la Maternité, vient d'épouser Mademoiselle A. Lafontaine, de la rue St-Denis.



M. A. L. de Martigny, inspecteur des prisons de la Province de Québec qui a été victime d'un accident de tramway il y a huit jours, est un pleine voie de guérison.



MM. les Docteurs LaRocque, Beaudoin et Dumont, quittent leur service de médecin interne à l'Hôtel-Dieu. Nous les voyons partir avec regret et nous leur souhaitons succès et prospérité, si nous pouvons juger de l'avenir par le passé, nous pouvons être certain qu'ils réussiront. Le Dr Beaudoin se fixe à St-Vincent de Paul, le Dr LaRocque au Boulevard St-Denis et le Dr Dumont à deLorimier.



Le Dr Brodeur très sérieusement malade à Paris, ne pourra revenir sitôt qu'il le pensait.



QU'EST-CE QUE L'OSTEOPATHIE ?

A s'en rapporter à l'étymologie, ce serait la maladie des os. Or c'est, paraît-il, tout autre chose ; c'est un procédé de traitement des maladies les plus variés, qui fleurit en Amérique et qui a été récemment introduit en Angleterre. Il se réduit à un système de massage ou de manipulation des vertèbres. Le Dr A. T. Still, qui le pratique, dit que c'est dans les espaces intervertébraux, qu'il faut chercher la cause de toutes nos maladies, ou, du moins, de 95 pour 100 d'entre elles. Le point de départ consiste en un glissement ou une subluxation d'une vertèbre ; par suite, les orifices par où passent les nerfs et les vaisseaux, changent de dimensions. Cette théo-

rie se trouve confirmée par l'exploration directe et par des milliers de cures.

M. Still concède que son procédé de manipulation des vertèbres ne peut empêcher la mort par le poison, par les traumatismes, ou du fait de la vieillesse. Mais la plupart des autres maladies, qui déterminent une mort prématurée, tiennent à un fonctionnement défectueux d'un organe ou d'un appareil, qui dépend lui-même d'un trouble mécanique apporté au fonctionnement de certains nerfs, et ce trouble est, le plus souvent, à chercher au niveau des orifices vertébraux.

La théorie est simple, mais elle nous expliquera difficilement de quelle manière M. Still, grâce à sa méthode de traitement, guérit le cancer du sein, la tuberculose pulmonaire ou la fièvre typhoïde!

"The Practitioner", janvier 1906.

Dr C. E.

Formulaire

TRAITEMENT DE LA SEBORRHEE DU CUIR CHEVELU

(Par Brocq)

Dans la forme simple, avec sécrétion huileuse et abondante desquamation, faire couper les cheveux (homme) et faire tous les soirs une lotion du cuir chevelu avec : polysulfure de potassium liquide, 30 gouttes, pour un quart de verre d'eau chaude.

On emploie pour cela de petites brosses douces qu'on lave de temps en temps dans l'éther de pétrole. On recommence le lendemain en augmentant de 5 gouttes ainsi que les jours suivants, mais si on déterminait une sensation de brûlure on diminuerait la dose.

Le matin on fait une friction avec une solution alcoolique de formol telle que la suivante .

Formol du commerce..... 1 à 5 grammes.
Ess. d'amandes amères, q. s. pour aromatiser.
Alcool..... 100 grammes.

Si le formol n'est pas supporté, on peut remplacer cette solution par la suivante :

Borate de soude	5 à 10 grammes.
Éther sulfurique	30 grammes.
Alcool... ..	30 grammes.
Eau distillée q. s. pour faire	250 grammes.

Pour favoriser la repousse des cheveux, on peut encore faire des frictions avec :

Acide acétique cristallisé... ..	5 grammes.
Formol	6 grammes.
Chlorhydrate de pilocarpine.	1 gramme.
Alcool à 90 degrés.	250 grammes

Lorsque les lésions du cuir chevelu sont plus accentuées, on peut remplacer ce traitement par le suivant :

Résorcine.....	2 grammes.
Soufre	25 grammes.
Alcool	50 grammes.
Glycérine.....	25 grammes.
Eau distillée q. s. pour	300 grammes.

Ce mélange doit être vivement agité au moment d'en faire usage, puis après en avoir mis la quantité voulue dans une soucoupe, on le dépose avec un morceau de ouate sur le cuir chevelu où on le laisse, en ajoutant une certaine quantité pendant cinq ou six soirs de suite pour l'enlever alors par un savonnage. On doit recommencer ainsi plusieurs séries d'applications successives.

Pour la femme, on fait dans la chevelure une série de raies au fond desquelles on dépose ce mélange cinq ou six jours de suite, après quoi on lave la tête et on recommence ensuite les mêmes applications. Dans les séborrhées moins graves, on fait des frictions avec les premiers mélanges en épongeant ensuite avec de l'ouate.

E. VOGT.

“ Journ. de Méd. et de Chir. pratiques,”

10 Février, 1906.

DIARRHÉE DES TUBERCULEUX

(Renon).

Quand elle survient par “ erreur de régime ” (suralimentation inopportune, ou mal appliquée), il convient de laisser le tube digestif au repos. On conseillera l'usage d'eau de riz pendant 15 à 20 heures pour toute alimentation, la décoction blanche de Sydenham à la dose de 200 grammes à prendre dans les vingt-quatre heures, d'après la formule suivante :

PHOSPHATE TRICALCIQUE	2 grammes.
Mie de pain de froment... ..	4 grammes.
Gomme pulvérisée	4 grammes.
Sucre blanc.....	“
Eau de fleurs d'orangers	27 grammes.
Eau distillée.....	Q. s. p. 200 cc.

A prendre dans les vingt-quatre heures par cuillerée à soupe ou par verre à madère.

En cas de diarrhée par “entérite bacillaire”, on prescrira une alimentation surtout végétarienne, composée d'aliments facilement absorbables, tels que purées de légumes bien passées, pâtes, képhir. On essaiera les diverses préparations de tannin, entre autre le tannigène, à la dose de trois cachets de 0 gr. 30, et en cas d'insuccès de leur emploi, on aura recours aux opiacés aux sels de bismuth, selon la formule suivante :

Extrait thébaïque	0 gr. 10
Sous nitrate de bismuth	4 grammes.
Eau de fleurs d'orangers	25 grammes.
Sirop de raranhia... ..	30 grammes
Eau de tilleul.....	100 grammes.

A prendre par cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures.

Si quatre jours après l'administration de cette potion, la diarrhée persiste, on en cessera l'emploi, et on prescrira 100 à 200 gr. par jour de poudre de talc, émulsionnée dans un peu d'eau ou de tisane, selon la méthode du Dr Debève.

En cas de diarrhées consécutives aux ulcérations tuberculeuses, le bleu de méthylène, associé à lactose, donne souvent de brillants résultats :

Bleu de méthuline.....	0 gr. 10
Lactose.....	0 gr. 20

Pour 1 cachet. - Prendre 3 à 4 cachets par jour. (Avoir soin de prévenir le malade que ses urines seront colorées en bleu).

On peut encore prescrire dans les diarrhées rebelles, trois pilules par jour de 0 gr. 05 de codéine, ou faire des injections intra-rectales de 200 à 300 grammes d'eau oxygénée, à "deux ou trois volumes seulement", à la condition qu'elle soit rigoureusement neutre.

Application sur le ventre de compresses chaudes ou de cataplasmes arrosés de XV à XX gouttes de laudanum de Sydenham; contre l'hypotension et la cachexie, injecter 300 à 500 gr. par jour de sérum artificiel.

Rappelons incidemment que, dans le cas où la diarrhée survient à la 7^e période d'hecticité, "l'ichthyo-gaïacol" administré à doses progressivement croissantes puis décroissantes, donne presque toujours d'excellents résultats palliatifs. En même temps que la diarrhée, on enraie l'expectoration purulente, les sueurs nocturnes et la consommation. L'ichthyo-gaïacol n'est pas seulement un remède antituberculeux d'une grande efficacité; c'est aussi un remarquable agent d'antiseptie intestinale.

TRAITEMENT LOCAL DE L'ECZEMA

Le Dr Jeanselme (Journal des Praticiens), en cas d'eczéma aigu, applique sur les parties atteintes, des compresses de tarlatane, imbibées d'eau bouillie et recouvertes de taffetas gommé; il repousse l'emploi de substances antiseptiques.

Dans l'eczéma généralisé, il conseille d'utiliser les bains prolongés. Le malade pourra y passer la journée entière, y manger, y dormir. Lorsque les croûtes sont tombées, on saupoudre avec du talc, qui possède sur l'amidon l'avantage de ne pas fermenter. Une fois l'inflammation disparue, on emploiera des pâtes, en s'abstenant de l'usage des pommades capables d'amener une acridescence, du fait de l'altération du liquide. On prescrira donc :

Vaseline neutre 20 grammes.
Oxyde de zinc 10 grammes.
Poudre d'amidon..... 10 grammes.

Étaler cette pâte en se servant de coton, passer matin et soir, enlever avec du cold cream l'enduit du pansement précédent, et non avec des liquides.

En cas d'eczéma pétégrineux, couvert de croûtes jaunâtres, on pausera à l'eau bouillie; une fois les croûtes tombées, on fera une application de la pommade suivante :

Précipité jaune 0 gr. 50
Cérat 20 grammes.

En cas d'eczéma chronique, on se trouvera bien de l'usage d'une pommade confectonnée avec vaseline, 1-3 d'huile de cade, vaseline résorcinée ou ichtyolée.

NOTE SUR UNE NOUVELLE FORMULE D'INJECTION HYPODERMIQUE ASSOCIANT LE CAMPHRE A LA CAFÉINE

M. A. Claret prépare de la manière suivante cette solution tonocardiaque et diaphoretique, où le camphre est associé à la caféine :

A 3 centim. cubes de glycérine pure stérilisée, ajouter 1 centim. cube de la solution :

Caféine)
Salicylate de soude) à 0 gr. 25
Eau distillée... .. Q. s. p. 1 cc.

Ajouter ensuite :

Alcool camphré à 1.10e 1 gramme ou 1 cc. 25.
M. S. A.

Cette solution, qui se conserve longtemps limpide, renferme sous un volume de 5 centim. cubes environ, 25 centigr. de caféine et 10 centigr. de camphre. (Société de thérap., 25 oct. 1905).

TRAITEMENT DES NEURALGIE REBELLES

Dans un cas de névralgie du trijumeau, extrêmement douloureuse, qui s'était montrée rebelle aux médications communément usitées, en pareils cas, le Dr Spitzmuller (Weiner medicin. Wochenschrift, 1905, No 40) a eu recours à des injections d'une solution à 1-2 0-0 de cocaïne et d'adrénaline. Les injections ont été pratiquées au niveau des points d'émergence des rameaux douloureux. La quantité de liquide injecté chaque fois a été de un demi-centimètre cube. En très peu de temps, le malade a été débarrassé de ses névralgies, la guérison persistait six mois plus tard.

Travaux Originaux

Chronique Obstétricale

(Par E. A. RENE de COTRET, Prof.-Adjoint d'obstétrique — Accoucheur de la Maternité.—

Si j'avais été lu, le mois dernier, par quelques abonnés du journal, je serais heureux. En effet, je suis si vaniteux que je tire gloire d'un rien. Voyez comme c'est stupide ! le seul fait de me savoir lu me fait monter des bouffées d'orgueil à la tête ! Et qu'a-t-on dit de ma chronique ? Je vois encore quelques sourires s'ébaucher sur des lèvres moqueuses, quelques épaules se soulever en signe de pitié ; et cependant je m'imagine que je suis un grand médecin, et un célèbre professeur parce que, après avoir lu quelques revues de médecine, pris quelques notes, j'ai conté à mes confrères, quelques histoires de vieilles bonnes femmes opérées, ou d'enfants sortant à la queue lèu lèu du ventre de quelques Russes qui seraient, si l'on en juge par ce détail, les femmes les plus fertiles et les plus fécondes du monde.

Peut-être dit-on de moi ce que j'entendais dire d'un professeur d'un autre faculté qui aimait beaucoup à écrire, lui aussi : "Que ne brise-t-il sa plume !" Cet autre professeur, il est comme moi, il aime à écrire ; je dirai plus, il est comme moi, il est comme tous les hommes de profession, il est prétentieux.

Prétentieux, le médecin ? prétentieux, l'avocat ? prétentieux, le notaire ? prétentieux, et qui sais-je ? oui, mille fois. Ne vous souvient-il pas de la veille de vos examens ? Comme vous étiez savants ! comme vous étiez les égaux de vous souvient-il pas du lendemain de vos examens quand vous eûtes votre diplôme, comme vous étiez savants ! comme vous étiez les égaux de vos professeurs ! Et un an plus tard, quelle merveille n'accomplissiez-vous pas ? C'était un cas très difficile que vos maîtres n'avaient pu guérir et dont vous étiez venu à bout ; c'était une cause pourtant claire, que vos aînés n'avaient pu débrouiller et que vous aviez comprise de prime face ; c'était un acte ambigu qui faisait le cau-

chemar du vieux notaire et que vous aviez déchiffré à première lecture.

Autrefois j'étais sous l'impression que, seul, le médecin avait le monopole de la prétention, et que chaque médecin se croyait supérieur à son voisin. J'ai deux voisins, un beaucoup plus âgé que moi, un autre du même âge. Je me croyais bien plus qu'eux d'eux ; que le plus vieux, parce qu'il fait, il me semblait, de la vieille médecine, de la routine ; que l'autre, parce qu'il n'est pas au courant, comme moi, de la littérature médicale, parce que lui, ayant cheval et voiture, je m'imaginai qu'il ne lit pas.

Un jour, je conversais avec un évêque. Je lui exprimais la prétention outrée de chaque médecin. " Consolez-vous, me disait-il, ce n'est pas là un défaut propre au médecin. L'avocat, le notaire, en un mot l'homme de profession, l'homme qui a reçu quelque instruction est orgueilleux, préteritieux."

J'étais à demi guéri après cette réponse et je me consolai un peu. Oui, je n'étais qu'à demi dépouillé de mon orgueil comme vous allez le voir par la suite, car j'ai encore plus l'envie de parler de moi que des autres, de vous relater plus mes pas et gestes que ceux d'autrui. Cependant, j'aurais tant de si belles choses à rapporter des autres. Comme j'instruirais mes confrères en redisant l'excellente clinique que M. le professeur Lamarche nous a donnée ce matin sur l'allaitement maternel !

Avec sa verve ordinaire, et dans son langage imagé, M. le Professeur nous a montré l'utilité pour la femme de nourrir son bébé. La Canadienne plus que les autres femmes est capable, de nourrir, et, plus que les autres, elle doit allaiter son nourrisson. Elles sont rares les femmes qui sont dans l'impossibilité de le faire. Ne vous fiez pas à ce qu'elles vous diront. Malheureusement trop souvent, vous entendrez cette phrase : " Mais, docteur, mon bébé ne veut pas prendre le sein " ; ou cette autre : " J'ai essayé de nourrir mon premier bébé et je n'ai pas eu de lait." Faites comprendre qu'avec de la patience et quelques artifices on finit par faire prendre le sein au bébé le plus têtu ; faites comprendre qu'avec du courage et de l'entraînement, on finit par avoir du lait. Généralement ce n'est pas le bébé qui refuse le sein, c'est la mère qui s'objecte à le donner, parce qu'elle sera privée trop souvent de ses

sorties, de ses soirées, de ses promenades, elle sera trop esclave. La mère n'a pas de lait, parce qu'elle ne sait pas l'entretenir; elle ignore l'entraînement qui le produira en abondance.

La mère, qui allaitera, préparera ses seins pendant la grossesse. Après l'accouchement, elle en prendra un soin tout particulier.



Dans une clinique antérieure que j'avais eu l'honneur de donner, j'ai parlé de la présentation de la face. Les causes de la présentation de la face sont celles qui entravent l'accommodation pelvienne. Parmi les causes maternelles : multiparité, rétrécissement du bassin, obliquité utérine; parmi les causes fœtales : volume plus considérable de l'enfant, dolichocéphalie ? tumeurs du cou ou de la partie supérieure du thorax, certaines monstruosités; parmi les causes ovulaires : hydraminos, insertion du placenta sur le segment inférieur.

Après avoir indiqué le diagnostic par le palper, l'auscultation et le toucher, après avoir démontré le mécanisme de l'accouchement et la conduite à tenir dans la présentation de la face je terminais par les remarques suivantes :

On ne doit pas trop se hâter d'intervenir, il faut se rappeler que, dans la présentation de la face, les différents temps de l'accouchement peuvent être longs à s'accomplir. On ne doit pas intervenir tant que le fœtus ne souffre pas.

Il ne faut pas laisser longtemps le cou appuyé contre la symphyse pubienne, parce que le fœtus peut succomber.

Après le dégagement de la tête, il faut se hâter d'extraire le tronc, parce que l'enfant a déjà trop souffert du fait d'abord de la déflexion puis de la flexion de la tête.

On doit éviter de montrer trop tôt l'enfant à sa mère à cause de l'aspect désagréable de la face. (1)



Je dois mille remerciements à M. le professeur Harwood pour sa gracieuse invitation à une opé-

ration césarienne qu'il lui a pratiquée à l'hôpital Notre Dame. Sa malade était une tertipare qui avait déjà subi deux embryotomies, à la campagne où elle demeure. J'ai cru comprendre que cette malade est venue au dispensaire de l'hôpital Notre Dame, il y a deux ans. Le médecin du dispensaire l'invita à revenir quand elle serait de nouveau enceinte. Dans la troisième semaine d'avril dernier, elle s'est rendue à l'hôpital dans le but d'avoir un enfant vivant par une césarienne. C'est le dimanche 22 avril, que M. le professeur Harwood l'opéra.

Le diamètre antéro-postérieur du bassin de la mère mesure 61 2c. et le diamètre bi-pariétale de l'enfant mesurait 9c. (Procédé Perrot). Le placenta était inséré sur la face antérieure de l'utérus. Il a fallu passer au travers pour avoir l'enfant. Aujourd'hui, 4 mai, la mère se porte bien.

Pardon, je m'aperçois que j'empiète sur le terrain d'un autre et que ce n'est pas à moi à relater ce cas. Je laisse à M. Harwood le plaisir de citer cette observation ainsi que les nombreuses autres qu'il a eu le bonheur de rencontrer et de mener à bonne fin.



Pinard vient de donner à l'Académie de Médecine son opinion "sur la décapsulation rénale dans le traitement des formes graves de l'Eclampsie." Il avait à faire un rapport sur un travail de MM. Chambrelent et Pousson.

D'après la majorité des accoucheurs, la théorie pathogénique de l'éclampsie est celle de l'intoxication sanguine par un poison d'origine et de nature non encore déterminées, et à cette toxémie se joignent, primitives ou secondaires, pour en aggraver les conséquences des lésions du foie et des reins, c'est-à-dire des deux puissants émonctoires de l'organisme.

Pour remédier d'abord aux inconvénients possibles du traitement par les lavages du sang, en second lieu pour rendre plus effectives les émissions sanguines, et enfin pour enrayer les lésions néphrétiques, Chambrelent et Pousson ont songé à intervenir chirurgicalement sur le rein des éclamptiques, dans les intoxications graves, ayant résisté aux moyens ordinaires, particulièrement dans les cas qui s'accompagnent d'oligurie avec abaissement du taux de l'urée et des autres matières extractives et présence de l'albumine en

(1) Dans la présentation de la face, il faut pratiquer le toucher le moins souvent possible dans la crainte de produire des phlyctènes sur la face. Même il faut avertir les parents de la présence fréquente de ces phlyctènes.

forte proportion, surtout si l'examen histologique des dépôts urinaires y fait constater l'existence des éléments figurés caractéristiques des néphrites aiguës.

La décapsulation rénale a été faite pour la première fois sur des éclampsiques par Edebohls (de New-York). Chambrelent et Pousson ont ajouté à la décapsulation la néphrotomie. Cette double opération diminue la tension rénale. L'écoulement du sang qui s'en suit décongestionne le rein, modère la diapylécse et favorise l'exode des exsudats et des déchets épithéliaux. En supprimant l'hypertension rénale l'opération permet aux reins de récupérer leurs fonctions physiologiques. La néphrotomie débarrasse le rein du sang altéré.

Edebohls voudrait généraliser la décapsulation du rein dans les cas graves d'éclampsie

Sippel de son côté ne recommande cette opération que dans les cas où les accidents tiennent vraiment à une élévation notable de la pression intracapsulaire. Pinard se rallie à cette manière de voir et réserve la décapsulation aux cas d'anurie.

Pinard entrerait pleinement dans les idées de Chambrelent et Pousson si au lieu d'intituler leur travail " De la décapsulation rénale et de la néphrotomie dans le traitement des formes graves de l'éclampsie " ; ils le baptisaient ainsi : De la décapsulation rénale et de la néphrotomie dans le traitement de " l'anurie " chez les femmes atteintes d'accès éclampsiques.



A l'hôpital de la Pitié, M. le docteur Rénon a profité du séjour d'une tuberculeuse enceinte pour donner une conférence sur les rapports de la tuberculose et de la grossesse. La première grossesse chez sa malade amène la révélation de la tuberculose qui évolue ensuite progressivement. Pendant la seconde grossesse, il y a fixation des symptômes qui s'aggravent au contraire avec une rapidité foudroyante aussitôt après l'accouchement.

L'opinion des auteurs est divisée sur ce sujet. Les uns, Mauriceau, Louis Gaulard, Grisolle, admettent que la grossesse aggrave toujours la tuberculose ; les autres, Lasègue, Gubler, Fonssagrives pensent que la grossesse a une action plutôt favorable. Bonnaire a été frappé depuis long-

temps de la rareté de l'apparition des accidents tuberculeux, au cours de la grossesse. Rénon croit que la tuberculose reste stationnaire pendant la grossesse.

D'un autre côté, tous les auteurs, sont d'accord pour reconnaître l'influence néfaste de l'accouchement et de la lactation sur la marche de la tuberculose.

La tuberculose n'a pas beaucoup d'influence sur le cours de la grossesse. L'avortement est rare. L'interruption de la grossesse dépend surtout de la gravité de la maladie. L'enfant ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable. On a cependant observé des cas d'hérédité vraie.

Conclusions : Une jeune fille, qui, issue de parents tuberculeux, ne souffre d'aucune tare tuberculeuse, peut se marier. Le mariage est interdit aux tuberculeuses. Interdiction de la grossesse à la tuberculeuse mariée. Doit-on interrompre la grossesse chez la tuberculeuse ? En Allemagne, on répond oui ; en France, non.

Tout d'abord le danger de la grossesse pour la mère réside surtout dans l'accouchement et ses suites et on ne l'évite pas par cette pratique. D'autre part, il y a plus d'intérêt à sauver l'existence de l'enfant que celle de la mère qui est souvent condamnée à bref délai. Enfin, l'avortement, souvent pratiqué dans ces conditions, risquerait de devenir assez vite une opération de complaisance. Il est donc plus rationnel de soigner la mère très activement, et si les lésions ne sont pas trop avancées on peut arriver à des résultats favorables.

Au moment de l'accouchement il faut hâter les choses. L'allaitement est absolument interdit. Il faut donner une bonne nourrice à l'enfant et l'élever à la campagne, loin du milieu d'infection.



Destruction du rein droit suivie d'œdème au larynx et de péricardite suppurée.

(Par M. le Dr E. P. BENOIT).

Nous avons pu observer, le mois dernier, dans le service du professeur Rottot, un malade qui

nous a paru intéressant à plus d'un titre, et dont nous résumons ici l'observation.

OBSERVATION. — Le nommé A. B., âgé de 32 ans, est admis d'abord dans le service du prof. Foucher pour œdème du larynx. Il y a menace de suffocation. On le traite avec les applications de glace, les inhalations d'oxygène et les stimulants, et l'on parvient à éviter une trachéotomie. Le malade guérit de son œdème du larynx, mais il reste de la toux, de l'expectoration muqueuse, un peu de dyspnée, pour lesquelles on l'envoie au service de médecine, où il entre le 1er avril.

À l'examen du malade, nous constatons une bronchite assez étendue accompagnée de congestion pulmonaire peu intense et d'élévation de la température. L'examen ne révèle rien du côté du cœur ou des autres organes. Nous prescrivons des expectorants et nous demandons le dosage et l'analyse de l'urine. La quantité d'urine secrétée en 24 heures est de 1200 grammes; l'analyse chimique signale des traces d'albumine et rien de plus.

Mais l'état du malade ne s'améliore pas d'une manière satisfaisante. Le poumon se dégage il est vrai, mais la dyspnée persiste, ainsi que la fièvre, qui devient régulière et rémittente. Le pouls aussi se déprime et devient irrégulier, ce qui nous amène à examiner de nouveau le cœur. Nous constatons alors, 9 avril, la présence d'un épanchement considérable dans le péricarde. Il n'y a pas de voussure, mais l'aire de matité précordiale est plus que doublée (190 c.c.), le choc de la pointe n'est plus perceptible, les bruits s'entendent à peine, et l'épanchement à la forme du sac péricardique avec, au côté gauche, l'encoche de Simpson caractéristique.

Le lendemain 10 avril, l'état du malade étant grave, nous ponctionnons le péricarde avec un trocart de moyen calibre, dans le 6e espace intercostal pour être aussi près du diaphragme que possible et à 1-2 centimètres du bord gauche du sternum pour éviter l'artère mammaire. Le malade étant très gras et fortement musclé, il nous fallut enfoncer le trocart à 1 3/4 pouce de profondeur pour atteindre le feuillet pariétal; nous retirâmes alors de la cavité un litre de pus. La ponction terminée, l'aire de matité cardiaque donne 80 c.c. et l'on entend mieux les bruits du cœur.

L'amélioration n'est que passagère; le pouls demeure mauvais, la température s'élève de nou-

veau, la dyspnée repartait. Le matin du 16 avril, nous trouvons le malade en état d'asphyxie. cyanose généralisée, extrémités froides, respiration à 60, pouls misérable (petit, compressible, intermittent). L'aire de matité cardiaque est remontée à 120 c.c.

Nous appelons en toute hâte le Dr Mercier, qui pratique une péricardiectomie d'urgence, anesthésie à la stovaine, résection de la 5e côte, ouverture du sac péricardique, évacuation de 2 litres de pus, drainage avec deux tubes de caoutchouc, pansement ouaté.

L'amélioration est immédiate et très prononcée. Toute la journée du 17 avril, le malade est dans un état excellent. Mais dans la soirée l'œdème du larynx réapparaît, augmente très vite jusqu'à l'asphyxie. On pratique vers minuit une trachéotomie sous-cricoïdienne, mais le malade ne se relève pas et succombe vers deux heures du matin, très paisiblement, en asystolie.

Cette association de l'œdème du larynx et de la péricardite suppurée est déjà par elle-même intéressante. La suppuration du péricarde n'est pas fréquente; on la rencontre plutôt secondaire à des suppurations de voisinage. Elle était, chez notre malade, causée par le pneumocoque, que l'on trouvait en quantité considérable dans le pus. Mais quel était l'agent provocateur qui avait ainsi localisé l'infection pneumococcique? Était-ce la même cause qui avait provoqué l'œdème du larynx, ou devait-on rattacher cette infection à la bronchite et à la congestion pulmonaire, si légères fussent-elles? La réponse n'était pas facile à donner.

De même la cause de l'œdème ne nous paraissait pas très claire. Nous avons, tout naturellement, soupçonné le brigthisme ou l'urémie. Le malade n'en offrait aucun signe; les légères traces d'albumine pouvaient se rattacher aisément à la bronchite et à la fièvre, surtout en face du fait important que le volume totale de l'urine des 24 heures atteignait 1200 grammes. Et puis, et c'est là encore un point intéressant de cette observation, le malade affirmait n'avoir jamais été malade avant aujourd'hui: Il était grand, gros et gras, bien musclé et vigoureux. Il avait fait, un mois auparavant, la traversée d'Europe en Amérique, sans en être aucunement incommodé. On ne pouvait relever chez lui aucune trace de tuberculose ou de syphilis.

Il faisait cependant usage d'alcool, et la mala-

die avait éclaté brusquement chez lui à la suite d'une petite fête. Nous copions ici textuellement les notes prises par l'interne : " Le 24 mars 1906, le malade pianiste de son état fit de la musique, toute la soirée, dans un club où l'on dansa et où l'on but beaucoup. Lui-même, dit-il, prit beaucoup de bière et de champagne. Il resta dehors toute la nuit du 24 au 25 mars, et ne se coucha que le matin du 25. A ce moment, il ne ressentait aucun malaise, si ce n'est de la pesanteur causée par l'alcool. Il se réveilla vers midi, et il sentit une très forte douleur au côté gauche, " dans la région précordiale ". Cette douleur fut assez vive pour lui faire demander des médicaments à un pharmacien du voisinage. Il n'avait pas de céphalgie, pas de fièvre, pas de dyspnée. Le calmant qu'il prit le soulagea, et il se rendormit jusqu'au matin du 26 mars. C'est alors, en se réveillant, qu'il se sentit gêné dans sa respiration. Il voulut prendre une tasse de thé, mais il eût beaucoup de difficulté à l'avaler, la douleur à la poitrine était presque disparue. Cependant, alarmé, il se rendit chez un spécialiste qui, après avoir examiné sa gorge, diagnostiqua " œdème du larynx " et lui conseilla de venir à l'hôpital."

On comprend que, le malade ayant succombé, nous ne fûmes pas lent à demander l'autopsie. Ce fut elle qui nous révéla la cause première de tous les troubles. On trouva :

1o. Un œdème considérable du larynx accompagné de congestion de la trachée et des grosses bronches ;

2o. Un péricarde très épaissi, avec fausses membranes sur les deux feuillets et légère adhérence à la paroi thoracique ; le cœur lui-même est gros, mais nullement malade ;

3o. Un foie de volume normal, mais congestionné, et offrant l'aspect muscade ;

4o. Le rein droit détruit, transformé en une énorme poche kystique remplie de sérosité ;

5o. Le rein gauche énorme, doublé de volume, congestionné, mais de coloration normale, la couche corticale est très large ; la capsule n'est pas adhérente.

6o. Tous les autres organes dans leur état normal.

L'observation complète du malade peut donc se résumer ainsi : destruction totale du rein droit, probablement par une hydronephrosé, ou peut-être une dégénérescence kystique, mais ayant demeuré jusque là à l'état latent, grâce à une

hypertrophie compensatrice du rein gauche ; rupture brusque de la compensation à la suite d'une intoxication alcoolique et de surmenage, faisant éclater les accidents graves de l'œdème laryngé, accompagnée ou suivie d'une péricardite qui ne tarde pas à suppurer ; les applications de glace, la ponction du péricarde, la péricardiectomie éloignent pour un moment le danger, mais ne suppriment pas la cause ; le malade succombe à une nouvelle poussée œdémateuse du larynx suivie de syncope.

Hôpital Notre-Dame, 15 mai 1906.

Thérapeutique

De l'asthme tuberculeux (Etude Clinique)

Par M. Piéry, ancien Chef de Clinique médicale à la Faculté. (Travail de la Clinique de M. le Prof. Bondet, de Lyon).

La découverte des signes indiscutables d'une tuberculose en apparence latente chez plusieurs asthmatiques essentiels jointe à la rareté de notions suffisamment précises dans la littérature nous ont déterminé à entreprendre l'étude clinique de l'asthme tuberculeux.

Les quelques notions que nous allons exposer résultent de l'étude personnelle d'un certain nombre de malades, rapprochée de quelques observations recueillies dans les services de MM. Josseland, Pic et Dumarest, ou rapportées par les auteurs (1).

I.—HISTORIQUE

La discussion du rôle étiologique de la tuberculose dans la production de l'asthme essentiel n'est guère abordée qu'au milieu du XIXe siècle.

Dans une première période, c'est d'abord " l'antagonisme " entre ces deux maladies qui

(1). Tous ces documents sont publiés " in extenso " (avec les numéros que nous leur laissons ici) dans la thèse que Mlle Epstein vient de consacrer, sur notre conseil, à l'étude du " L'asthme tuberculeux essentiel ", Lyon, janvier 1906.

prévaut avec Pidoux (2), Guéneau le Mussy (3).

Nos observations qui montrent, ainsi qu'on le verra, la tuberculose atténuée, la tuberculose fibreuse avec emphysème, comme cause habituelle de l'asthme, à l'exclusion de toute phtisie commune évolutive, ces observations, disons-nous, expliquent bien la logique de cette conception pour l'époque. Le seul type clinique de la phtisie connu des auteurs, était alors en effet la "phtisie commune." Bayle, en 1810, avait bien décrit sa "phtisie mélanotique", une forme spéciale de phtisie dans laquelle l'élément fibreux dominait presque exclusivement; mais cette dernière forme avait été considérée comme exceptionnelle, au point que dans la première édition du Traité de la phtisie pulmonaire de Hérard et Cornil, l'étude des formes fibreuses de la phtisie n'y occupe aucune place spéciale (4).

Rien d'étonnant alors que les auteurs de cette époque, s'appuyant sur un fait d'observation vraie, l'antagonisme entre l'asthme et la phtisie commune, aient conclu à un antagonisme plus général entre l'asthme et la tuberculose pulmonaire.

Il est intéressant de noter en passant que ces fameux "antagonismes" de la tuberculose, soit avec la scrofule, soit avec l'arthritisme ou l'emphysème qui eurent si longtemps force de loi vers le milieu du siècle dernier, ont fait place eux aussi à l'heure actuelle, à la notion diamétralement opposée; ces prétendues maladies antagonistes de la tuberculose, sont de plus en plus considérées comme, reliées à cette dernière par des liens de cause à effet. L'explication en est tout aussi logique: l'antagonisme de la tuberculose avec la scrofule, l'emphysème et l'arthritisme, vrai comme celui de l'asthme, pour la phtisie commune, cesse de l'être pour les tuberculoses atténuées, les écrouelles, l'emphysème, certains rhumatismes ne sont-ils pas considérés à l'heure actuelle comme

des modalités particulières de la tuberculose (tuberculose atténuée, fibreuse, inflammatoire)?

Dans la période suivante, avec G. Sée, Trouseau, Pôter, l'asthme d'origine tuberculeuse voit cependant le jour, et les auteurs en discutent la fréquence. Pour la plupart, pour Schlemmer (1), Moncorgé (2), A. Frankel (3), la tuberculose n'a qu'un rôle limité dans la production de l'asthme. Rebol (4) rapporte de fort intéressantes observations d'asthme tuberculeux, qu'il a le tort de rapporter, selon nous, à la "prétuberculose", terme d'ailleurs de plus en plus caduc et bientôt définitivement remplacé, croyons-nous, par celui de "tuberculose latente."

Mais c'est à l'auteur qui avait substitué la notion de la pleurésie "tuberculeuse" à celle de la pleurésie "a frigore", à M. Landouzy, qu'il appartenait d'établir la notion de l'asthme tuberculeux avec une grande netteté. Loin de considérer, en effet, l'asthme tuberculeux comme un type d'asthme symptomatique il le considère comme se confondant avec l'asthme essentiel lui-même des auteurs: "Très souvent, dit-il, la tuberculose se cache chez l'asthme vrai réputé le plus franc."

Signalons enfin le tout récent et fort intéressant article de M. Dumarest qui a traité plus spécialement à la pathogénie de l'asthme tuberculeux (5).

II. — ETIOLOGIE

L'asthme survient, chez les tuberculeux, dans des conditions étiologiques assez variées: à côté

(1) SCHLEMMER. "Presse médicale, 1896.

(2) C'est ainsi que dans une statistique de Moncorgé, rapportée par M. Roux (De l'étiologie, "thèse de Paris, 1902"), sur 392 asthmatiques observés par cet auteur, 27 seulement ressortissent d'après lui, à l'étiologie bacillaire.

(3) A. FRAENKEL. Les maladies du poumon. "Berlin, 1905."

(4) REBOUL. De l'asthme prétuberculeux, "thèse de Montpellier, 1404." Citons encore deux intéressantes observations de Rénon: Deux cas de tuberculose pulmonaire chronique ayant débuté par un accès d'asthme. "Mercredi médical, 9 octobre 1895, p. 481.

(5) F. DUMAREST. — Des névroses et névrites du pneumogastrique chez les tuberculeux, et particulièrement de l'asthme tuberculeux. "Bulletin médical, No 6, 20 janvier 1906.

(2) PIDOUX. Leçons cliniques de Lariboisière, 1855-1856.

(3) GUÉNEAU de MUSSY. De l'asthme et de la tuberculisation pulmonaire, in "Archives de médecine", 1864 et "Clinique médicale," 1874.

(4) La première étude d'ensemble est celle de M. Bard. "De la phtisie fibreuse chronique, ses rapports avec l'emphysème pulmonaire et la dilatation du cœur droit." Thèse de Lyon, 1879.

té de l'asthme tuberculeux "proprement dit" (6), il faut distinguer, en effet, de véritables asthmes "symptomatiques."

Nous entendons par ce dernier terme des asthmes dont la cause directe n'est plus l'infection tuberculeuse elle-même, mais paraît due à des manifestations, telles que les "troubles dyspeptiques, l'asystolie, les lésions nasales", qui ne se rattachent qu'indirectement ou même pas du tout à la tuberculose.

C'est ainsi que "l'asystolie" terminale des "phtisies fibreuses," avec son cortège de dilatation du cœur droit, d'adhérences pleurales, donne lieu assez souvent à des accès d'asthme nocturne, rappelant tout-à-fait la description de "l'asthme cardiaque". Comme la tuberculose fibreuse est elle-même, ainsi que nous allons le dire, la cause la plus fréquente de l'asthme tuberculeux proprement dit, il peut arriver qu'un même malade présente successivement, à deux étapes de sa carrière pathologique, des accès d'asthme tuberculeux proprement dit et des accès d'asthme cardiaque. On comprend qu'alors, surtout s'il n'existe pas un long intervalle de temps entre ces deux types dyspnéiques, que la distinction puisse, à un certain moment en devenir difficile.

Les deux observations de M. Dumarest (Obs. V et VI) ont trait justement à deux malades affectés de crises d'asthme essentiel topiques, et qui, dans les derniers temps, sous l'influence d'une asystolie progressive (avec état urémique concomitant (obs. V), furent atteints de crises asthmatisques s'accompagnant de tous les signes classiques de l'asystolie concomitante : dyspnée persistante, dans l'intervalle des accès, œdème des membres inférieurs, tachycardie, hypotension artérielle, etc.

L'origine digestive de certains accès d'asthme chez les phtisiques n'est pas moins nette dans certains cas. On connaît la fréquence et la persistance des troubles dyspeptiques chez les vieux

(6) L'allure clinique de cet asthme tuberculeux proprement dit, qui répond trait pour trait à l'asthme "essentiel" des auteurs, nous avait d'abord conduit à la dénomination "d'asthme tuberculeux essentiel". Nous y avons renoncé pour éviter la contradiction des termes résultant de la signification primitive du mot "essentiel" appliqué à l'asthme ; ce terme signifie en effet un asthme indépendant de toute lésion matérielle appréciable.

phtisiques fibreux. M. Mouisset (1) a, d'autre part, fort justement insisté sur le rôle plus spécial de la suralimentation chez un certain nombre de phtisiques, qui peut aller, d'après lui, jusqu'à la production d'une bronchite diffuse avec ou sans "accès d'asthme."

Notre observation VIII a trait à un asthme, probablement d'origine "digestive" chez un tuberculeux. L'accès dyspnéique est en effet atténué et il survient régulièrement le matin à 11 heures et le soir à 6 heures, quelquefois même le soir après dîner.

Signalons l'interprétation de M. Dumarest (1) qui voit dans ces troubles dyspeptiques non pas la cause de l'asthme, mais une manifestation concomitante d'une névralgie ou d'une névrite du pneumogastrique.

Les travaux de Hach, Herrig, Sommerbrodt, Ruault, Schmiegelow, Joal, Mackenzie ont établi "l'origine nasale" de certains asthmes essentiels. On peut se demander jusqu'à quel point cette cause n'intervient pas dans la production de l'asthme chez les tuberculeux. L'étiologie nasale a été évidente, notamment chez notre malade de l'observation XI. Lors d'un premier séjour, dans le service du Prof. Bondet, ce malade est considéré comme un phtisique fibreux avec accès d'asthme ; les accès s'améliorent lentement. A son second séjour, on songe à une origine nasale probable, et le malade est soumis à l'examen de M. Garel. Ce dernier diagnostique en effet un polype nasal et en pratique l'ablation. A partir de ce moment, les accès d'asthme cessent pour ne plus reparaitre, tout au moins pendant les trois semaines que le malade séjourna encore à l'hôpital. Chez une seconde malade (obs. X), l'origine nasale peut être également soutenue : toutefois ici les phénomènes sont complexes. Il s'agit en effet d'un malade qui présente des polypes nasaux ; mais les accès d'asthme surviennent à deux reprises à l'occasion de poussées pulmonaires tuberculeuses ; chaque fois également, d'autre part, l'accès est amélioré par le traitement de l'état nasal. Dans ces conditions, on le comprend la part à faire à la tuberculose, comme celle à

(1) F. MOUISSET. Dangers de la suralimentation chez les tuberculeux. Comm. Congr. Tubercul. Paris, 1905, in "Lyon Médical", 29 octobre 1905.

(1) DUHAREST. Loc. cit.

accorder aux polypes, sont impossibles à déterminer.

Il en est de même pour le phthisique fibreux de l'observation XVI, qui présente lui aussi une obstruction nasale par polype, et pour le malade de l'observation XVIII, atteint simultanément de tuberculose fibreuse et de végétations adénoïdes.

A l'avenir, il appartiendra donc de bien établir chez tout tuberculeux le rôle étiologique des lésions nasales telles que polypes, hypertrophie des cornets inférieurs (Hach), rhinite chronique (2), ou même encore des maladies du pharynx comme l'hypertrophie des amygdales, la pharyngite granuleuse, les végétations adénoïdes (3). L'examen naso-pharyngé de tout asthmatique tuberculeux s'impose donc désormais, et nous regrettons vivement qu'il n'ait pas été systématiquement pratiqué chez tous les malades dont nous rapportons l'observation. Chez la plupart d'entre eux toutefois, rien, semble-t-il, n'a attiré l'attention du côté du naso-pharynx. De plus, chez le phthisique fibreux qui fait l'objet de l'observation IX, l'examen des fosses nasales, pratiqué par M. Garel, n'a révélé aucune lésion des voies respiratoires supérieures.

En dehors de l'origine cardiaque et de l'origine gastrique, comme de l'origine nasale, l'asthme peut survenir chez les tuberculeux sans cause apparente; c'est l'asthme que nous appellerons "asthme tuberculeux proprement dit", pour les distinguer des variétés précédentes qui sont des asthmes "symptomatiques" chez des tuberculeux.

La seule cause à invoquer est bien la tuberculose. Mais il importe ici de spécifier la modalité de la phthisie pulmonaire en cause. Nos observations montrent en effet ce fait essentiel, c'est que toute phthisie n'est pas capable de causer l'asthme indistinctement.

(2) Mentionnons que M. Ducos vient de signaler chez tous les tuberculeux pulmonaires un "coryza pseudo-atrophique tuberculeux" déjà décrit par Moure, d'ailleurs, au Congrès de Madrid, 1903. Il ne signale toutefois pas son rôle dans l'étiologie de l'asthme. A. Ducos, "thèse de Bordeaux", 1905.

(3) Rappelons, à ce propos, les expériences de Dieulafoy, qui ayant inoculé 51 cobayes avec des fragments d'amygdale, obtint 8 résultats positifs, et sur 35 autres cobayes inoculés avec des fragments de végétation adénoïde compte 7 animaux tuberculeux.

Parmi les diverses formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, il en est une surtout qui paraît y prédisposer plus spécialement les malades, la "phthisie fibreuse". Et encore, il importe de distinguer parmi les différents types de phthisies fibreuses. Ce n'est ni la pneumonie hyperplasique tuberculeuse, ni la forme fibreuse par sclérose dense (phthisie mélanotique de Bayle), qui donnent lieu aux accès d'asthme, mais à peu près uniquement la forme fibreuse par sclérose diffuse avec emphysème (Bard (2)), dite encore sclérose pulmonaire discrète d'origine tuberculeuse (Tripier et Bériel) (3).

Une autre forme clinique de la tuberculose pulmonaire, nous paraît, bien qu'avec une fréquence moindre que la phthisie fibreuse, capable d'engendrer l'asthme. C'est la "pleurite tuberculeuse", sorte de tuberculose abortive, qui procède par poussées accompagnées de points de côté et de petits frottements, localisées soit aux sommets, soit au niveau des scissures interlobaires. Elles aboutissent généralement avec le temps à la création de symphyse pleurales. L'observation II (symphyse pleurale) et l'observation XIX (pleurite) en sont des exemples.

La difficulté bien connue du diagnostic clinique de cette forme clinique de la phthisie, explique justement, croyons-nous, la méconnaissance habituelle de l'importance du rôle étiologique de la tuberculose dans la production de l'asthme dit essentiel.

Sur le terrain anatomique lui-même, il faut bien savoir également qu'aux autopsies de ces malades la tuberculose demandera à être recherchée avec le plus grand soin. L'examen microscopique sera souvent même nécessaire, ainsi qu'il ressort de la lecture des observations de la remarquable thèse de M. Bériel. Cet auteur démontre, en effet, que, sur la plupart des poumons qualifiés grossièrement d'emphysémateux, il existe des lésions de sclérose lobulaire diffuse et légère se traduisant souvent par de simples taches anthracosiques des sommets et dont l'origine tuberculeuse n'est pas discutable.

C'est pourquoi nous estimons que les enquêtes de l'avenir montreront qu'il faut faire jouer à la

(2) BARD. Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. Genève, 1901.

(3) BÉRIEL. Sclérose pulmonaire discrète d'origine tuberculose. Thèse de Lyon, 1905.

tuberculeuse un rôle plus considérable que les auteurs, sauf toutefois le Prof. Landouzy, ne le pensent.

Il est même vraisemblable, sans que nous puissions apporter aucune statistique à l'appui de notre dire, que la tuberculose prendra un jour le rôle essentiel, — nous ne disons pas exclusif, — dans l'étiologie de l'asthme essentiel. Et nous croyons même qu'à l'avenir, pour l'asthme, comme pour la chlorose, il sera nécessaire, en présence d'un asthmatique, comme d'une chlorotique, de faire la preuve non pas de la nature tuberculeuse de l'affection, — mais de la nature "non tuberculeuse" de la maladie, — avant d'invoquer toute étiologie : origine nasale, dyspeptique, arthritique, etc., par exemple, pour l'asthme.

La tuberculose fibreuse discrète avec emphyseme est la cause directe de nombre d'attaques d'asthmes réputés essentiels ; mais il s'en faut que la plupart des phthisiques fibreux comptent l'asthme au nombre de leurs manifestations morbides. Au chapitre suivant, nous nous efforcerons d'établir la pathogénie de l'asthme essentiel tuberculeux. Pour ne parler donc ici que des "causes prédisposantes et occasionnelles", nous retrouvons, par l'étude de nos observations, la plupart de celles qui ont été signalées pour l'asthme essentiel. Et ces constatations constituent un nouvel argument, on le comprend, pour la thèse que nous soutenons, de la fréquence de l'origine tuberculeuse de l'asthme essentiel.

Parmi les "causes prédisposantes, le nervosisme et la neurasthénie" ont été plus particulièrement invoqués. A. Frankel a montré son importance considérable, particulièrement dans l'asthme nasal. Cette importance n'est pas moindre dans l'asthme tuberculeux proprement dit. Reboul a insisté, avec juste raison, sur ce point dans sa thèse. Landouzy a dit également que les sujets atteints de cette forme d'asthme étaient surtout des tuberculeux nerveux. L'étude des observations que nous rapportons est tout à fait confirmative de ces vues.

Sur 23 observations, en effet, 14 fois, soit 61 p. 100 des cas, on trouve signalé un état personnel ou une hérédité névropathiques.

Rappelons à ce propos les recherches de Moncorgé sur l'état des réflexes rotuliens chez les asthmatiques. Chez 111 malades sur 142, soit dans une proportion de 78 p.c., il a trouvé ces derniers exagérés.

La fréquence du nervosisme n'est pas pour nous surprendre au cours de la tuberculose, et plus particulièrement au cours d'une tuberculose atténuée. Ainsi que Campana (1) l'a montré dans une thèse écrite sous l'inspiration de M. Pic, la névropathie est, avec une extrême fréquence, fonction de tuberculose.

Comme pour l'asthme essentiel, il y a dans l'âge des sujets deux époques prédisposantes : les dix premières années et le voisinage de la cinquante. Plusieurs des malades dont nous rapportons l'observation ont vu leurs premiers accès éclater dans l'enfance. Ce sont ces enfants que Moncorgé (2) a en vue lorsqu'il dit : "Quelques enfants asthmatiques semblent frappés d'infantisme ou sont d'une maigreur effrayante. Ce sont déjà de vieux emphysemateux et presque toujours pour ne pas dire toujours, ce sont des tuberculeux ganglionnaires à accès répétés."

Les causes occasionnelles de l'accès d'asthme sont, dans toutes nos observations, les mêmes que celles de l'asthme essentiel : un refroidissement, un changement de climat, les diverses excitations chimique ou mécanique de la pituitaire résultant de l'aspiration des poussières végétales ou animales. Un de nos malades a présenté depuis de très nombreuses années des attaques de rhume des foins au printemps (obs. VII), un autre (obs. VI) des crises d'éternuement répétées, qui sont considérées par Moncorgé comme un équivalent de l'asthme.

II. PATHOGENIE

Tant que des autopsies très complètes d'asthmatiques tuberculeux n'auront pas été très soigneusement faites et relatées, nous devons nous en tenir, dans la pathogénie de l'asthme tuberculeux essentiel, à des hypothèses. Le rapprochement des données acquises sur la pathogénie de l'asthme essentiel, des données étiologiques et cliniques précédentes, nous permettent de poser tout au moins un certain nombre des éléments du problème.

(1) CAMPANA. Hérédité tuberculeuse et névropathies. Manifestations nerveuses chez les descendants des tuberculeux. Thèse de Lyon, 1902-1903.

(2) MONCORGE. De l'amaigrissement chez les asthmatiques. "Arch. gén. de méd.", 1897, t. II.

Ainsi que l'indique A. Frankel (1), des trois grands éléments pathogéniques invoqués pour expliquer l'asthme : le spasme du diaphragme, le spasme des muscles bronchiques, et le catarrhe bronchique, aucun n'est satisfaisant, si l'on ne fait pas intervenir un élément nerveux intermédiaire qui les conditionne tous les trois. Il explique parfaitement, en effet, la participation des trois éléments essentiels de tout asthme : l'élément "spasmodique", l'élément "secréteur" et l'élément "vasomoteur."

Les données physiologiques, bien qu'encore incomplètes, nous montrent que le substratum anatomique de ces différentes actions est représenté par le "plexus pulmonaire", à la constitution duquel participent le "pneumogastrique" et le "grand sympathique." Mais si les fonctions du pneumogastrique pulmonaire sont assez bien connues, il n'en est pas de même de celles du grand sympathique. Nul doute que des études plus approfondies touchant les fonctions du plexus pulmonaire, n'arrivent, comme pour le plexus solaire (Laignel-Lavastine) à faire jouer un rôle plus important que celui actuellement connu, au grand sympathique dans les diverses fonctions des voies respiratoires.

Le syndrome nerveux qui constitue l'asthme, avec ses trois éléments composants : spasmodique, sécrétoire et vaso-moteur, se passe donc dans le domaine soit du pneumogastrique, soit du grand sympathique, élément constituant du plexus pulmonaire, sans qu'il soit possible à l'heure actuelle de faire la part respective ou simultanée des deux nerfs, et sans qu'il soit possible également d'incriminer nerfs centripètes ou nerfs centrifuges.

D'autre part, un élément important dans le problème pathogénique de l'asthme nous est fourni par cette donnée étiologique, à savoir que c'est la tuberculose pulmonaire fibreuse qui presque toujours (parfois les pleurites tuberculeuses) conditionne l'asthme essentiel tuberculeux.

Comment la phthisie fibreuse pourra-t-elle donc atteindre le plexus pulmonaire ou ses éléments composants ? Quelles peuvent être les altérations ? quelles peuvent en être la localisation ?

Au point de vue des "altérations" des nerfs pulmonaires au cours de l'asthme tuberculeux, M.

Dumarest (1) semble, à nos yeux, avoir fort heureusement distingué les troubles purement "fonctionnels" et "réflexes" du pneumogastrique, des "altérations anatomiques irritatives" ou "inflammatoires" de ce nerf. Ces deux groupes de faits correspondent en effet, d'après cet auteur, "à deux entités cliniques principales, toutes deux paroxystiques, mais correspondant à des degrés différents du trouble fonctionnel ou de la lésion nerveuse ; l'une est la névrose réflexe du pneumogastrique ou "asthme vrai des tuberculeux" ; l'autre est la "dyspnée paroxystique, d'origine névritique", ou "faux asthme."

Nous croyons préférable de considérer l'un et l'autre type d'asthme comme étant de l'asthme vrai ; l'un est l'asthme tuberculeux "névrose", l'autre l'asthme tuberculeux "névrite." Deux intéressantes observations de M. Dumarest, qui correspondent l'une (obs. VII) à l'asthme névrose, l'autre (obs. V) à l'asthme névrite, illustrent cette théorie.

La "névrose des nerfs du plexus pulmonaire d'origine tuberculeuse nous paraît une hypothèse aisée à admettre ; elle correspond à la névralgie des nerfs sensitifs ; et l'on sait combien sont fréquentes les névralgies d'origine tuberculeuse (sciatique, etc.).

Les lésions de "névrite" paraissent au contraire être plus vraisemblablement à la base de l'asthme qui fait l'objet de la seconde observation de M. Dumarest (obs. V). L'élément nerveux se traduit, en effet, ici par des "phénomènes paroxystiques qui se produisent dans tout le domaine d'innervation du vague, faux asthme, bronchorrée, tachycardie, hyperchlorhydrie", et qui invoquent invinciblement, malgré l'absence de vérification anatomique, l'idée de lésion nerveuse progressive, de névrite du pneumogastrique, de même que dans le cas précédent l'idée de névrose fonctionnelle semblait s'imposer avec plus de probabilité."

Mais quel est le point de départ de ces lésions de "névrite" ? sont-ce les extrémités terminales des nerfs du plexus pulmonaire, ce dernier lui-même ou bien les troncs d'origine ?

La lésion des extrémités périphériques des nerfs nous paraît être la lésion la plus vraisemblable. C'est elle qu'invoquent également M. Bard et M. Dumarest.

(1) A. FRANKEL, Loc. cit.

(1) F. DUMAREST. Loc. cit.

La compression ou l'altération des troncs nerveux par les ganglions pulmonaires et trachéo-bronchiques tuberculeux, ne peut avoir qu'un rôle très effacé dans l'asthme de l'adulte ; les adénopathies pulmonaires en cours des phtisies fibreuses sont trop fréquentes et banales pour être invoquées.

Chez l'enfant toutefois, où les lésions ganglionnaires au cours de la tuberculose pulmonaire jouent un rôle si important et tellement différent de celui qu'elles ont chez l'adulte, il pourrait en aller tout autrement, et les lésions ganglionnaires pourraient peut-être y jouer le rôle essentiel dans la production de l'asthme tuberculeux.

“ En résumé donc, la cause efficiente de l'asthme tuberculeux proprement dit paraît résider dans le trouble fonctionnel (névrose) ou la lésion (névrite) du plexus pulmonaire (pneumogastrique ou grand sympathique). Ces altérations peuvent être primitives ou secondaires à une compression ou inflammation de voisinage (compression ou inflammation portant de préférence sur les terminaisons périphériques des nerfs pulmonaires). ”

IV.— SYMPTOMATOLOGIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

a) La Symptomatologie de l'asthme tuberculeux proprement dit ne nous arrêtera guère : elle est celle même, en effet, de l'asthme idiopathique ou essentiel. L'étude de nos observations est tout à fait topique à ce point de vue.

C'est le plus souvent, en effet, au milieu de la nuit qu'éclate l'accès d'asthme. Ce dernier est caractérisé par sa dyspnée inspiratrice, mais surtout expiratrice. La crise se termine, elle aussi, par l'expectoration caractéristique, soit rare, à aspect de vermicelle cuit, soit abondante, claire, aqueuse (obs. II), spumeuse, et cela, alors même que l'expectoration habituelle est celle du catarrhe purulent.

L'aspect du malade pendant la crise est celui de l'asthmatique ordinaire : la poitrine est dilatée, le diaphragme et les muscles inspiratoires spasmodiquement contractés.

Au point de vue des “ signes physiques, ce sont ceux du catarrhe et de l'emphysème : une sonorité pulmonaire exagérée et les râles secs ou sibilants, qui dans certains cas font place aux gros râles muqueux. Ces râles peuvent également naître et disparaître subitement (obs. III)

comme dans l'asthme le plus classique. Généralement c'est tout, au point de vue des signes stéthoscopiques. Il n'en est pas de même, en dehors de la crise, ainsi que nous le dirons à propos du diagnostic.

L'évolution de l'asthme essentiel tuberculeux est la même que celle de l'asthme classique. Par suite de leur répétition, les accès se modifient un peu : les signes de l'emphysème se précèdent. La respiration n'est plus tout à fait normale pendant l'intervalle des accès. L'expectoration est plus abondante. Puis, dans une seconde étape, la gêne de la circulation pulmonaire retentit sur le cœur lui-même et le ventricule droit se dilate. Les signes de l'asystolie apparaissent alors progressivement. C'est à ce moment que l'asthme du tuberculeux asystolique perd son nom d'asthme essentiel pour devenir un véritable asthme “ cardiaque.”

VARIÉTÉS CLINIQUES. — Les formes anormales ou frustes ne sont pas plus rares, dans l'asthme essentiel tuberculeux que dans l'asthme névropathique. Chez deux de nos malades ces accès d'asthme ont été précédés, soit par accès de “ coryza des foins,” soit par des “ accès d'éternuement.”

PRONOSTIC. — Ce sont surtout les complications cardiaques, que nous signalerons tout à l'heure, qui assombrissent le pronostic de l'asthme essentiel tuberculeux. Mais il semble bien que ces dernières ne surviennent guère que dans le type clinique de l'asthme tuberculeux essentiel par “ névrite.” L'asthme “ névrose ” paraît au contraire essentiellement bénin : pas plus que l'asthme idiopathique il n'offre par lui-même de gravité immédiate.

On peut dire d'autre part que les malades ne meurent pas plus phtisiques non plus qu'ils ne meurent asthmatiques. En effet, le plus souvent phtisiques fibreux d'emblée, les asthmatiques le demeurent, et ce n'est qu'exceptionnellement que l'asthmatique devient phtisique (phtisie commune). Nous n'établissons d'ailleurs cette règle que chez l'adulte, n'ayant pas eu l'occasion d'observer personnellement des enfants, chez qui la généralisation tuberculeuse est chose fréquente, on le sait.

B. DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de l'asthme tuberculeux essentiel se présente au clinicien sous l'apparence d'un problème un peu différent, suivant les cas ; dans la règle, il s'agit d'un

asthme essentiel dont il importe de reconnaître la nature tuberculeuse, mais souvent chez un phthisique, c'est un accès d'asthme intercurrent qui réclame un diagnostic d'origine; asthme essentiel, cardiaque, digestif ou nasal.

1er CAS. "Asthme essentiel dont il importe d'établir la nature tuberculeuse." A dire vrai, nous croyons qu'en présence de tout asthme et plus spécialement de celui qui n'a pas de cause apparente, il faut "rechercher systématiquement" la tuberculose au même titre par exemple qu'en présence d'une pleurésie aiguë sérofibrineuse primitive on recherche la tuberculose. Et contrairement à l'usage classique qui demande la preuve de la nature tuberculeuse d'un asthme pour en proclamer l'origine bacillaire, nous croyons plus clinique et comme exposant "en pratique", moins à l'erreur, d'attendre pour proclamer qu'un asthme essentiel n'est pas tuberculeux que la plupart des recherches que nous allons signaler aient donné un résultat négatif. La "latence habituelle" de la tuberculose, en ces cas, nous paraît un argument des plus sérieux en faveur de cette méthode clinique.

Il faudra en effet s'appuyer sur tous les moyens dont dispose à l'heure actuelle la clinique pour arriver à trouver la tuberculose. Les "antécédents héréditaires" seront fouillés avec soin, un asthme des ascendants; une bronchite chronique du père ou de la mère, mais surtout la méningite des frères ou sœurs seront considérés comme suspects. Les "antécédents personnels" sont plus importants encore; une hémoptysie par exemple sera révélatrice, de même que des adénopathies, cervicales chroniques, un rhumatisme torpide ou prolongé (1) ou toute tuberculose locale. Des bronchites répétées et prolongées avec amaigrissement surtout, un début également des accès d'asthme remontant à l'enfance feront également soupçonner la tuberculose.

L'examen des signes physiques devra être pratiqué très minutieusement, en dehors de la période d'accès; souvent même il sera nécessaire d'attendre la disparition d'une bronchite généralisée. On interrogera particulièrement les sommets; de la submatité avec résistance au doigt, une pecto-

riologie aphone, des râles prédominants en éclat ou en nombre aux sommets, en dehors d'une respiration soufflante (signe d'ailleurs rare, dans la phthisie fibreuse discrète) suffiront, en pratique, pour le diagnostic de tuberculose. Les adhérences pleurales (2) seront recherchées également avec soin; en pratique, elles ont presque la même valeur que les signes apexiens précédents.

L'examen radioscopique rendra plus spécialement des services signalés. Au Congrès de la tuberculose (1905, M. Bécclère (3)) a insisté sur les résultats de l'examen radioscopique du thorax des emphysémateux; presque toujours, il révèle une tuberculose demeurée latente aux autres procédés d'exploration clinique.

Cet examen portera naturellement sur l'étude de la clarté respective de chaque sommet. Mais il devra porter également sur la recherche des adénopathies pulmonaires, ainsi que vient de l'établir, sur notre conseil, M. le Dr Jacques (4). Ces adénopathies apparaissent de chaque côté et à une certaine distance de la colonne vertébrale, sous la forme d'une traînée légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors, à partir de la 7^e côte. L'image ganglionnaire renseignera, en ce cas, non seulement sur l'existence de lésions ganglionnaires tuberculeuses, mais elle servira aussi à préciser l'étendue et l'ancienneté des lésions pulmonaires, en effet, une "bande moniliforme" (taches noires sur fond sombre), qui traduit l'existence de ganglions crétaqués et scléreux, joints à des ganglions enflammés, indiquera une tuberculose à poussées successives, les points sombres étant la signature des poussées antérieures guéries. La "taches nummulaires" noires, arrondies, nettes et à contours bien limités, correspondent à des ganglions crétaqués ou scléreux, ou même fibro-caséux sans lésions inflammatoires. Elles permettent de faire le diagnostic rétrospectif d'une poussée tuberculeuse antérieure et "pulmonaire."

(2.) V. thèse de Louis, écrite sous l'inspiration de M. Pic. "Étude clinique sur les adhérences pleurales, Lyon, 1902.

(3.) BÉCLÈRE. La tuberculose pulmonaire chez les emphysémateux et son diagnostic fait à l'aide des rayons de Röntgen. "Comm. Congr. intern. tuberc.", Paris, 1905.

(4.) A. JACQUES. "Les Adénopathies pulmonaires", étude anatomo-clinique et radioscopique. Thèse de Lyon, 21 décembre 1905.

(1.) La notion de l'existence d'un rhumatisme ne doit plus être considérée, à l'heure actuelle, comme le critérium de la "diathèse arthritique" des auteurs.

Le "séro-diagnostic", pratiqué suivant les règles de MM Arloing et Courmont, est généralement nettement positif dans ces cas de tuberculose atténuée. Il est plus aisé à pratiquer que la réaction à la "tuberculine", dont l'importation en France a été interdite.

Systématiquement et à de fréquentes reprises, on recherchera les bacilles de Koch dans l'expectoration des malades : chez plusieurs des malades de nos observations l'examen bactériologique que s'est trouvé positif.

Enfin on pourra s'aider de l'analyse urologique. Le dosage des chlorures, nous l'avons montré avec M. le Dr Étienney, indiquera un taux chloruré inférieur à la normale ; en dehors des périodes de bronchite (il y a hypochlorurie dans les bronchites quelle que soit leur nature) la moyenne du taux des chlorures, dans les phtisies fibreuses, s'abaisse du taux normal de 10 gr, en 24 heures, à celui de 7 gr. 50, 7 gr. et 6 gr. (1).

2e CAS : "Diagnostic de la nature d'un asthme survenant chez un tuberculeux. — Mais il peut se faire que le diagnostic de tuberculose pulmonaire ait déjà été posé lorsque survient l'accès d'asthme. La nature tuberculeuse de cet asthme ne s'imposera pas de cette constatation, car, ainsi que le montrent nos observations, cet asthme, même chez un tuberculeux, peut être d'origine variée. Il peut s'agir d'un asthme "nasal, toxico-alimentaire, cardiaque ou urémique. On procédera par élimination, et, c'est après avoir rejeté ces divers asthmes symptomatiques chez un tuberculeux, qu'on sera en droit d'invoquer un asthme tuberculeux essentiel.

L'asthme nasal demandera un examen complet des fosses nasales. Mais il s'en faudra que la constatation d'un polype, d'une hypertrophie de la muqueuse, puisse suffire au diagnostic d'asthme nasal. Fort de nos observations personnelles, nous croyons qu'il faut exiger ici la sanction de l'épreuve thérapeutique. Notre observation XIX est fort instructive à ce point de vue. Il s'agit, en effet, d'une jeune femme, chez laquelle l'absence de lésions des sommets, et l'existence de coryzas fréquents avec phénomènes d'obstruction nasale, nous avait fait songer à un asthme purement nasal. Un laryngologiste diagnostique, une hyper-

trophie de la muqueuse nasale et en entreprend le traitement à l'aide de cautérisations répétées. Le jour même de la dernière cautérisation la malade prenait un coryza et trois jours après elle était prise d'une attaque d'asthme d'une durée de trois mois, et la plus intense qu'elle ait présentée jusqu'à ce jour. Nous revoyons la malade, et nous constatons la fin d'une poussée de "pleurite tuberculeuse" non douteuse. L'échec du traitement nasal, joint à ces dernières constatations, nous permirent donc de rectifier notre diagnostic et d'invoquer aussi un asthme tuberculeux essentiel.

"L'origine toxico-alimentaire" de l'asthme sera justement soupçonnée, en présence de malades dont la suralimentation dépasse les limites : le malade a des foux au visage, des poussées d'artériosclérose, de la tendance à l'obésité, des troubles digestifs (sommolence après les repas, digestions lentes); d'autre part, les accès d'asthme sont moins francs, moins intenses ; il présente un peu d'essoufflement dans l'intervalle des accès, et ceux-ci, comme dans l'observation VII, peuvent se montrer au moment des périodes digestives.

L'asthme "cardiaque" ou "brigthique" succédant insensiblement chez un tuberculeux à un asthme essentiel, pourra devenir d'un diagnostic délicat, comme dans l'observation de M. Dumarest (obs. II). Mais dans le cas d'un phtisique fibreux devenu progressivement asystolique ou brigthique avec accès d'asthme symptomatique, les symptômes concomitants (œdème, dilatation du cœur droit, albuminurie) feront faire le diagnostic.

3e CAS.— Diagnostic entre l'asthme tuberculeux essentiel par névrose et l'asthme tuberculeux essentiel par névrite. — Cette distinction possible, dans certains cas, complètera heureusement le diagnostic, car il est de la plus haute importance au point de vue du pronostic. L'asthme par névrite du pneumogastrique rapporté par M. Dumarest fut lentement, mais fatalement progressif jusqu'à la mort.

Voici, d'après M. Dumarest, quels peuvent être les éléments de ce diagnostic :

"Le caractère franchement intermittent, avec disparition complète des phénomènes morbides dans l'intervalle des crises, dont l'asthme vrai nous fournit le type, différencie pourtant la névrose et le réflexe purement dynamique de la névrite dont les manifestations morbides sont plus

(1) M. PIERY et E. ETIENNEY. Chlorures urinaires et formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. "Lyon Médical", 31 décembre 1905.

subcontinues et surtout progressives, et dont le pronostic est grave."

TRAITEMENT. — Enfin, sur le terrain de la thérapeutique, la fréquence de l'origine tuberculeuse de l'asthme essentiel, conduit, selon nous, à la règle de conduite suivante :

En présence de tout asthme dont on ne pourra établir la cause, on s'adressera, comme médication intercalaire aux accès à la "médication antituberculeuse" et plus spécialement à celle qui a donné des succès certains dans les diverses tuberculoses atténuées ou fibreuses.

Cette indication nous en trouvons d'ailleurs les éléments dans l'arsenal antiasthmatique lui-même des auteurs. C'est d'abord la médication iodurée sous la forme de "l'iodure de potassium" et mieux encore le "lipiodol" (Roux et Martin (1) ;) les "arsenicux" (eaux du Mont-Dore, de la Bourboule) ; "l'huile de foie de morue", tels sont les agents les plus efficaces, selon nous, de la guérison de l'asthme.

CONCLUSIONS

1. L'asthme idiopathique ou essentiel a pour logique de la tuberculose tient en grande partie à qui, bien que ne pouvant être précisée par des chiffres, paraît beaucoup plus considérable que les classiques ne l'indiquent.

2. Cette méconnaissance relative du rôle étiologique de la tuberculose tient en grande partie à ce fait, que l'asthme tuberculeux essentiel est toujours conditionné en clinique, soit le plus souvent par la "tuberculose pulmonaire fibreuse avec emphysème (Bard), ou "sclérose pulmonaire discrète tuberculeuse" (Tripier et Bériel), soit parfois par la "pleurite tuberculeuse."

3. La cause efficiente de l'asthme tuberculeux paraît résider dans le trouble fonctionnel (névrose) ou la lésion (névrite), du plexus pulmonaire (pneumogastrique ou grand sympathique). Ces altérations sont primitives ou secondaires à une compression ou inflammation qui atteint de préférence les terminaisons périphériques intra-pulmonaires de ces nerfs.

4. — La symptomatologie de l'asthme tuberculeux est celle-même de l'asthme essentiel.

5. Pour le diagnostic de cette maladie, on s'appuyera sur l'existence des signes d'une tuberculose pulmonaire, habituellement "latente", et qu'il faudra "rechercher" avec soin ; antécédents personnels bacillaires, signes physiques des sommets, examen radioscopique, recherches du bacille de Koch, séroréaction tuberculeuse, dosage des chlorures urinaires.

6. Le diagnostic "différentiel" devra porter principalement sur la distinction entre l'asthme tuberculeux proprement dit et les divers asthmes "symptomatiques" que l'on peut observer aussi chez les phthisiques: asthme "cardiaque" asthme "toxi-alimentaire", asthme "nasal."

7. On complètera enfin le diagnostic par la distinction entre l'asthme tuberculeux proprement dit par "névrose", et l'asthme tuberculeux proprement dit par "névrite."

Le "pronostic" qui participe de la bénignité relative de l'asthme essentiel dans le premier cas est, au contraire, grave dans le second.

8. "Contre tout asthme essentiel qui ne montre pas son origine", et à plus forte raison contre tout asthme tuberculeux, on fera appel à la médication antituberculeuse et plus spécialement aux iodiques (lipiodol et iodure de potassium) et aux arsenicux (Mont-Doré, la Bourboule)

Revue des Journaux

MEDECINE

Chlorure de calcium employé comme préventif des éruptions secondaires à l'injection du sérum antitoxique.

M. Netter, dans une communication lue devant la Société de biologie de Paris, préconise l'administration de 1 gramme de chlorure de calcium le jour même de l'injection du sérum antidiphthérique, et les 2 jours suivants, comme moyen préventif de l'éruption cutanée succédant parfois à l'injection. Sa statistique comprend 516 cas infantiles, dans la moitié des cas, le sérum fut ad-

(1) F. MARTIN. Le lipiodol (huile iodée vraie), spécialement dans certaines affections de l'appareil respiratoire. Thèse de Lyon, 6 juillet, 1905.

ministré seul, dans l'autre moitié le chlorure de calcium fut administré. Il n'y eut que 6 p.c. d'éruption secondaire contre 40 p.c. en faveur de l'emploi du chlorure de calcium à la dose prescrite.



CHIRURGIE

Relation entre les déplacements de l'utérus et l'endométrite.

D'après Müller, l'inflammation de la muqueuse utérine est en rapport direct avec la position de l'organe. La rétroflexion est plus apte que la retroversion à déterminer l'endométrite, étant plus apte à entraîner la stase veineuse et lymphatique, avec hyperhémie et hypertrophie conséquentes. Si cet état de choses persiste de longues années avant que l'on corrige la déviation utérine, cette correction pratiquée seule est très insuffisante pour guérir l'endométrite. La rétroflexion peut être congénitale, ou dater de la puberté, dans les 2 cas elle peut exister sans symptômes pathologiques. En général la moitié des femmes qui viennent consulter pour des troubles génitaux, ont de l'endométrite, et dans les 2-3 des cas il y a rétroflexion.

“New York Medical, 1^{er} Avril.



De la valeur des injections de sérum antistreptococcique, comme premier temps des opérations sur la bouche.

Ch. Williams, au dernier congrès de Chirurgie, a donné les résultats qu'il a obtenus en faisant des injections de sérum anti streptococcique, aux malades qu'il devait opérer sur la bouche. Ces injections recommandées pour la 1^{ère} fois par le professeur Denys, ont été également pratiquées par Lawers de Contrais, et Goris, de Bruxelles. Willem's les a surtout utilisées dans les cas d'urano-staphylophobie. La plaie opératoire a

toujours présenté un aspect absolument net et sain, et a conservé cette apparence, sans donner lieu au plus léger exsudat, il n'a jamais eu la plus légère tendance à l'infection de sa ligne de suture, et dans la plupart des cas il a obtenu une réunion par première intention. Le grand avantage de ces injections est de rendre les pansements secondaires presque inutiles; Denys recommandé d'injecter de 30 à 40 c.c. Willems ne dépasse pas 20 c.c. qu'il injecte la nuit qui précède l'intervention, mais il donne souvent une injection semblable à la fin de l'opération. Le seul inconvénient à cette méthode est que l'injection donne parfois lieu à une légère élévation de la température ou un peu de tachycardie, et dans les jours qui suivent, on observe parfois une éruption d'urticaire.

Journal des Sciences Médicales de Lille.

Fév. 06.



SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médical de Montréal.

Nos lecteurs ont sans doute été surpris de constater, que nous n'avions publié aucun rapport de séance de la Société Médicale de Montréal depuis celui de la séance du 16 avril.

La raison en est bien simple.

Le Président n'a pas convoqué de séance, depuis le 16 avril. La faute en est aux membres qui n'avaient aucun travail à communiquer à la Société.

Mardi dernier, le 15 courant, le Comité de Régie, s'est réuni pour leter les bases d'une nouvelle constitution. Celle-ci sera soumise à l'approbation des membres, à la prochaine séance, qui aura lieu, mardi prochain, le 29 mai.

Cette réunion sera la dernière de l'année, nous a dit, le Trésorier. Son importance n'échappera à personne, puisque nous discuterons, modifierons et adopterons en cette dernière séance de l'année, les statuts, la constitution et les règlements qui régiront à l'avenir, la Société Médicale de Montréal.

Nous serait-il permis de déplorer le fait regrettable que faute de travaux, la Société a été forcée de suspendre brusquement ses réunions en pleine saison de travail, en Avril.

Ne pouvons-nous pas tous faire un effort et assurer à chaque séance le nombre de communications suffisantes pour rendre cette réunion intéressante et instructive.

Nous invitons fortement tous les membres de Société Médicale, à se rendre mardi le 29 mai, à l'Université Laval, pour assister à cette séance de fin d'année de la Société Médicale.

Nécrologie

Le Professeur Pierre Curie

Il y a un mois à peine, le 19 avril 1906, Pierre Curie, mourait à Paris, écrasé par un camion, portant 3000 kil. de charge. La mort fut instantanée, la roue gauche ayant broyé la base du crâne. Ainsi disparaissait brusquement, l'un des plus glorieux pionniers de la science moderne, dont le génie avait découvert le radium. Fils de médecin, Pierre Curie était né à Paris le 15 mai 1859 et s'était de bonne heure, avec la collaboration de son frère J. Curie, professeur de minéralogie à l'université de Montpellier, adonné à l'étude des sciences et principalement des sciences physiques. Mais bien que ses travaux nombreux et importants aient été plusieurs fois couronnés par l'Institut, ce ne fut qu'en 1896, que ses découvertes et travaux sur le Radium, attirèrent sur lui l'attention du monde entier.

Henri Becquerel venait de découvrir les propriétés de l'uranium, Curie alors professeur à l'école municipale de physique et de chimie "étudiant (1) la pechblende constata que les corps électri-

sés de son modeste laboratoire de la rue Thonmond, se déchargeaient de toute leur électricité, il découvrit que la cause de cette perte d'électricité était due à la présence d'un corps nouveau contenu dans la pechblende, mais en si petite quantité qu'il faut traiter une tonne de résidus de minerai d'urane avec cinq tonnes de produits chimiques et cinquante tonnes d'eau de lavage, soit cinquante six milles kilogrammes de substance pour extraire six à 8 kilogrammes de bromure radium, donnant lui-même un ou deux dixièmes de gramme d'une poudre blanchâtre très radio-active, le radium possédant parmi ses principales vertus celles de pouvoir chauffer un thermomètre, décomposer le verre, éclairer tel qu'un vers luisant dans l'obscurité, — produire de la chaleur, de l'électricité, émettre de la lumière, tout cela sans déperdition de volume ou de masse du moins en apparence.

La découverte du radium valut à Pierre Curie de nombreux honneurs, chargé d'un cours à la Sorbonne en 1900, il fut en 1903 honoré de la médaille Davy par la Société Royale de Londres et la même année l'Académie royale de Stockholm partageait le prix Nobel entre Curie et Becquerel, il reçut encore 60,000 francs sur le prix Osiris, et le Syndicat de la Presse parisienne lui remettait 100,000 francs pour lui permettre de continuer ses recherches.

En 1904, le gouvernement créait pour lui une chaire à la Sorbonne, à laquelle fut adjointe un laboratoire, et le 4 juillet 1905, l'Académie des Sciences lui ouvrait ses portes dans sa section de physique.

Si grande que soit la perte que le monde scientifique a faite avec la mort de Curie, elle n'est pas irréparable, car depuis de longues années déjà, il avait associé, à sa vie, à ses travaux à son nom, Mlle Sklodowska, fille d'un professeur de physique à Varsovie et qu'il avait rencontré à la Sorbonne, au cours et au laboratoire; Madame Curie dont le nom est inséparable de celui de son mari, vient d'être nommée titulaire de la chaire laissée vacante par la mort de Curie; elle avait été jusqu'ici son chef de laboratoire, mais elle avait sans nul doute été plus, puisque Curie, sans l'avouer ouvertement avait refusé la croix de la Légion d'honneur que lui offrait le Ministre de l'Instruction Publique, parce qu'il ne l'avait pas offerte également à sa femme.

(1) Extrait de "Le Radium" conférence faite par M. le Dr Foveau de Courmelles membre de la Société internationale de médecine physique, à la séance annuelle de la Société médicale des Praticiens juiv. 1904).

Travaux Originaux

De la valeur du Sérum de Marmorek dans le Traitement de la Tuberculose Pulmonaire

Il y, aura bientôt deux ans que j'emploie le sérum de Marmorek dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, et j'ai donné pendant ce temps un nombre relativement considérable d'injections. Je me suis efforcé d'observer chaque malade avec le plus grand soin, et d'analyser minutieusement les effets de chaque injection. J'ai acquis, de la sorte, une expérience personnelle suffisante pour m'autoriser, je crois, à faire connaître aujourd'hui les convictions solides que je me suis formées sur la valeur de la méthode.

Afin qu'il n'y ait aucun malentendu à ce sujet, il est préférable d'indiquer tout d'abord quelle a été ma ligne de conduite dans l'emploi du sérum.

Dès le début, j'ai injecté le sérum à tous les malades qui me l'ont demandé, quel que fût leur état, et cela, non que j'eusse l'espoir de les guérir tous, bien que le sérum produise parfois des résultats inespérés, mais pour me conformer au rôle du médecin, qui est de guérir quelques fois, de soulager souvent, et de consoler toujours. Injecter le sérum aux désespérés, mais c'était permettre à l'espérance de dorénavant ses rayons bénis leurs dernières semaines de souffrance, et j'aurais cru manquer de charité en le leur refusant.

Je me hâte cependant d'ajouter que le sérum ne s'en tient généralement pas là. Sans parler de ces véritables résurrections qui sont de rares exceptions, le sérum procure presque toujours, à défaut de guérison, un soulagement très appréciable. Il diminue ou supprime les douleurs et les transpirations, facilite la respiration, diminue la toux et l'expectoration, rend le sommeil et l'alimentation possibles, bref, il rend la vie tolérable.

De plus, en injectant le sérum à tous les malades, je prévenais le reproche d'avoir obtenu une bonne statistique en éliminant les cas défavorables. A la vérité, j'aurais pu répondre que l'on n'en agissait pas autrement dans les sanatoria, où l'on ne reçoit que les malades de la première période, ou du commencement de la seconde.

Je dirai dès maintenant, que si j'avais suivi cet exemple, j'aurais obtenu des résultats merveil-

leux, je préférerais assombrir de beaucoup ma statistique et accepter tous les cas. On sait du reste combien peu valent les statistiques. La valeur d'une analyse de chaque cas en particulier est de beaucoup supérieure, et les lecteurs de bonne foi sauront juger de l'action anti tuberculeuse du sérum, non seulement par les guérisons, mais encore, par l'amélioration de tous les symptômes de la maladie.

C'était d'ailleurs le désir très vif de Marmorek de voir sa méthode employée dans le traitement des cas les plus avancés, afin de démontrer tout au moins l'innocuité de son sérum, que l'on méprisait de tant de méfaits, que l'on représentait comme impuissant à guérir la tuberculose, mais comme très capable de tuer le malade.

Je n'aurai pas perdu mon temps, si j'ai pu contribuer à détruire cette légende, savamment répandue, dès le début, et qui est encore aujourd'hui très accréditée. Un grand nombre d'observateurs ont employé le sérum, plus de quarante mille injections ont été données, tous s'accordent à dire que les injections sont absolument inoffensives, et les moins enthousiastes reconnaissent que le sérum de Marmorek est un agent thérapeutique de la plus haute valeur. Peu importe. On continue en certains milieux à déclarer inefficace et dangereuse une méthode que l'on ne connaît que par oui dire, et dont on n'a aucune expérience personnelle. J'ai pu moi-même donner environ deux mille injections de sérum, sans observer un seul accident digne de ce nom. Cependant un grand nombre de ces injections ont été faites à des malades arrivés à la dernière période de la phthisie pulmonaire. Certains cachectiques ont reçu plus de quatre-vingts injections sans présenter même la plus légère réaction locale. J'avoue qu'il n'en fût pas toujours ainsi. J'ai observé notamment un grand nombre d'urticaire, et d'érythèmes locaux, parfois assez douloureux. Plusieurs de mes malades ont eu des douleurs articulaires de peu de durée. Enfin, j'ai rencontré un certain nombre de congestions généralisées et fugaces, survenant pendant l'injection, ou immédiatement après. Ces congestions durent trois ou quatre minutes, s'accompagnent parfois de douleurs violentes dans la région sacrée, et de gêne respiratoire plus ou moins intense, mais ne présentent absolument aucun danger. Ce sont là plutôt des phénomènes désagréables que de véritables accidents. Ils n'entraînent aucunement

l'action du sérum, et même coïncident souvent avec une sédation plus marquée de tous les symptômes. Ils n'appartiennent d'ailleurs pas en propre au sérum de Marmorek, mais s'observent avec tous les sérums.

Il me paraît difficile de se prononcer sur la cause exacte de ces accidents. Marfan estime qu'ils sont dus à une intolérance spéciale du malade pour le sérum de cheval, et le fait que certains malades les ont souvent présentés, alors que d'autres en étaient exempts, paraît lui donner raison. J'ai vu, par exemple, produire une congestion généralisée, en injectant à un malade la moitié d'un flacon de sérum, alors que le reste du flacon, injecté au malade suivant ne causait aucun incident. D'un autre côté, il faut reconnaître que le sérum dont nous avons disposé, n'a pas été toujours le même. Cela n'a rien de surprenant, si l'on songe que Marmorek travaille sans cesse à augmenter l'énergie de son sérum, qui se trouve de ce fait constamment modifié. Ainsi, certaines expéditions nous apportaient un sérum qui causait de fréquents accidents. D'autres au contraire un sérum qui n'en causait pour ainsi dire aucun. Cela fut d'autant plus facile à constater, que je donnais ces différents sérums aux mêmes malades. Le sérum contient donc parfois un principe irritant, encore indéterminé.

Je dois dire aussi que depuis quatre mois, je n'ai observé ni urticaires, ni érythèmes douloureux, ni douleurs articulaires. Et je n'ai observé que deux ou trois congestions généralisées, et si légères, qu'elles sont passées inaperçues du malade, de l'entourage, et même, une fois, d'un confrère qui m'accompagnait, et au quel je dus la faire remarquer. La grande habitude des injections permet peut-être aussi d'éviter un certain nombre de ces accidents.

En tout cas, leur étude offre un grand intérêt, et le désir de les observer entra pour beaucoup dans ma décision d'accepter tous les cas. Cela me permit d'étudier en même temps la grande variabilité de l'action anti tuberculeuse du sérum.

Rien n'est facile à déterminer, quand on étudie une question aussi nouvelle que la sérothérapie anti tuberculeuse. Et, dans cette expérimentation, il était nécessaire d'apporter une très grande prudence en raison même de la mauvaise volonté avec laquelle on considérerait la méthode en haut lieu. C'est qu'on ne demandait pas mieux que de la rendre responsable des nombreux accidents

pouvant survenir chez les tuberculeux traités par le sérum, comme les hémorragies, par exemple. A lire certaines attaques, on dirait vraiment que ces accidents si communs de tous temps chez les tuberculeux, et si bien décrits par tous les auteurs depuis Laënnec, et même avant lui, aient été inconnus, avant la découverte de Marmorek. Et, parce que certains malades sont morts, auxquels on avait donné le sérum, on en conclut tout simplement à son impuissance.

La tuberculose serait-elle donc une maladie dont on ne meurt pas d'habitude? Et les autres moyens de traitement donneraient-ils donc des guérisons constantes? Que font par exemple les sanatoria tant vantés?

Les sanatoria, c'est-à-dire l'altitude, l'air pur, l'alimentation abondante et choisie, ne guérissent pas les malades, mais les mettent dans les conditions les plus favorables à la guérison. Ils ont encore l'avantage d'entraîner le tuberculeux à la pratique d'une bonne hygiène, et de lui apprendre à cesser d'être un agent de dissémination du fléau. A ces multiples titres, il convient de les tenir en grande estime, bien que je trouve un peu exagéré l'enthousiasme que l'on professe à leur endroit. Et cela, surtout si l'on se place au point de vue des tuberculeux pauvres, car pour les riches, il convient de les y diriger.

Tous les ans, partent des sanatoria un certain nombre de malades, dont les uns sont "apparemment guéris", les autres améliorés, d'autres encore, non améliorés et souvent plus mal qu'à leur entrée. Cela est quelque chose. Cela n'est pas énorme cependant. Et pourtant de quelle vogue ne jouissent-ils pas, tant dans la profession médicale que dans le public? On croit avoir tout dit, quand on a conseillé à un malade d'aller s'y enfermer. Pourquoi donc se montrer si exigeant à l'égard du sérum? Pourquoi lui demander de guérir tous les cas? Exiger qu'il soit l'infaillible panacée de la tuberculose?

Et pourquoi croire, surtout que ses partisans le représentent comme tel? Qui donc aurait dit une telle chose? Pas Marmorek, assurément, ni aucun de ceux, que je sache, qui ont employé sa méthode, et publié les résultats de leurs expériences. Et cependant, ils en sont restés quand même les partisans convaincus. Tous ont admis que les malades arrivés à la troisième période, et présentant des cavernes considérables ne peuvent être guéris. Tous reconnaissent que sur les ma-

malades de la seconde période le sérum n'agit pas toujours d'une manière identique, les uns étant peu ou pas améliorés, les autres l'étant considérablement, d'autres enfin évoluant régulièrement vers la guérison.

Ils ont tous insisté sur les effets merveilleux qu'on en peut obtenir dans la première période de la maladie, mais n'ont pas même affirmé qu'on guérirait tous les malades de cette catégorie.

Voilà pour la tuberculose ordinaire.

Resté maintenant la tuberculose à marche rapide, la tuberculose à grande-élévation de température, celle qui emporte le malade en quelques semaines, soit que l'on ait affaire à la pneumonie tuberculeuse, soit qu'on se trouve en présence d'une infiltration pulmonaire rapide, c'est-à-dire d'une consommation galopante. On connaît le pronostic presque absolument fatal de ces deux affections, et l'inefficacité de tous les traitements contre elles. Eh bien le sérum produit ici des résultats merveilleux; pourvu toutefois que l'on n'intervienne pas trop tard. C'est dans ces cas que l'on se rend le mieux compte de l'action anti-tuberculeuse du sérum, en voyant s'atténuer rapidement sous son influence tous les symptômes de la maladie.

Ce qui ressort clairement de l'ensemble des observations, c'est l'importance de donner le sérum à une époque rapprochée du début de l'affection. Une consommation galopante guérira plus facilement traitée dès la deuxième ou troisième semaine qu'un léger ramollissement du sommet, chez un malade atteint depuis deux ans de la forme bénigne de la tuberculose.

C'est que le sérum agit puissamment contre l'infection tuberculeuse, mais reste sans effet contre les lésions organiques.

Voilà ce qui ressort clairement de la lecture des observations. Mais, si l'on veut chercher le pourquoi de l'action anti-tuberculeuse, on entre dans le domaine de l'hypothèse, que le cadre de ce travail ne permet pas d'aborder.

On objecte souvent que l'on ne devrait pas dire que "le sérum guérit la tuberculose" attendu qu'il ne guérit pas tous les cas, et que son action n'est pas comparable, par exemple, à celle du sérum de Behring dans la diphtérie.

Présentée de cette manière, l'objection n'est pas sans valeur. Mais il convient de faire remarquer que la tuberculose est une maladie de longue

durée, agissant sur l'individu de manière complexe et dont la gravité relève de facteurs multiples. Quelle part de cette gravité revient à la tuberculose pure? Quelle part aux autres facteurs, tels que la streptococcie, la staphylococcie, les déchéances organiques ou constitutionnelles antérieures, les prédispositions individuelles et le reste? Voilà ce qu'il est toujours impossible d'apprécier, et ce qu'il faudrait pourtant savoir pour juger exactement de l'action du sérum dans les cas même les plus défavorables.

Certains diphtériques, profondément intoxiqués, injectés vers le cinquième jour ne sont-ils pas morts, en dépit du sérum?

De même, chez certains tuberculeux, on voit l'expectoration diminuer considérablement, les bacilles disparaître des crachats, les transpirations cesser presque complètement, et les malades éprouver un soulagement inconnu depuis longtemps. Cependant, l'appétit ne renaît pas, non plus que les forces, et le malade continue d'évoluer lentement vers la terminaison fatale. Cela veut-il dire que le sérum a été sans effet sur l'infection tuberculeuse? L'alcoolique atteint de cirrhose atrophique n'en fait-il pas autant, malgré la suppression de l'alcool?

Ce que l'on peut dire en toute vérité, c'est que toutes choses égales d'ailleurs, le sérum guérira un grand nombre de tuberculeux qui, sans lui, n'eussent pas guéri, et que ce nombre sera d'autant plus considérable que l'on aura donné le sérum à une époque plus rapprochée du début de la maladie.

Que si l'on me demandait de formuler ma pensée d'une manière plus précise, par exemple par un pourcentage quelconque de guérisons, je dirais que j'en suis incapable, trop de facteurs entrant en jeu dans la tuberculose, et trop de circonstances diverses pouvant se présenter qui rendraient un pareil calcul impossible.

La chose, en elle-même, est d'ailleurs sans importance, car le sérum ne donna-t-il qu'une guérison sur dix, sur cent malades traités, qu'il serait de notre devoir de tenter ce traitement dans tous les cas graves, ou qui résistent aux traitements ordinaires.

Je comprends parfaitement que des confrères, mal renseignés, et par un sentiment de prudence très louable, aient déconseillé le sérum à des malades atteints de la forme bénigne de la tuberculose, et qu'ils espéraient pouvoir guérir autrement

soit par le traitement médicamenteux, soit par la cure d'air.

Mais qu'on le refuse énergiquement, sous prétexte que dangereux, à des malades gravement atteints, qu'on se sent impuissant à guérir par les moyens connus, et qu'on se borne à les regarder s'avancer vers la mort d'une marche rapide et sûre, cela je ne le comprends pas.



Voilà les conclusions auxquelles je suis arrivé après deux années d'expérimentation de la méthode de Marmorek. Je me suis efforcé de les exposer avec une sincérité, avec une impartialité parfaites.

Durant ces deux années, j'ai pu suivre, en plus de mes propres malades, un certain nombre de tuberculeux traités par des confrères, entre autres, une jeune fille traitée par M. le professeur Guérin, dans les salles de l'Hôtel-Dieu, et qui, bien que n'ayant pas suivi le traitement assez longtemps, en a cependant retiré des bénéfices considérables. Mon excellent confrère et ami le docteur Georges Piché, de Montréal, a aussi traité quelques malades sous ma direction, et, j'ai grand plaisir à le dire, avec des résultats qui ont dépassé ses espérances et les miennes.

Je me suis également entouré de toutes les précautions au point de vue du diagnostic. Chaque fois que la chose me fut possible, j'ai pris soin de faire contrôler mon diagnostic avant le traitement, par des confrères d'une compétence reconnue.

Mes excellents confrères et amis les docteurs Maroil et Desmarais, anciens internes chargés du laboratoire de l'Hôtel-Dieu, ont mis à ma disposition leurs connaissances bactériologiques indiscutables, et m'ont été d'un très grand secours, en faisant pour moi de nombreux examens de crachats. Je suis heureux de leur offrir ici l'expression de ma sincère reconnaissance:

ADELSTAN deMARTIGNY.

(1) Un cas de fibromatose utérine

(Par le Dr Wm. Jas. Derome)

Messieurs,

La pièce, que nous vous présentons ce soir, a été enlevée ces jours derniers à une fille de 43 ans, encore à l'Hôtel Dieu, dont l'histoire se résume comme suit :

Réglée, pour la première fois à 17 ans, puis suspension des règles pendant un an. Réapparition régulière alors des règles, mais toujours douloureuses et de pas plus de 4 ou 5 jours de durée.

Il y a cinq ans les règles devinrent plus abondantes et plus douloureuses. La malade subit il y a 3 ans un curettage qui amena une amélioration passagère. Un an après, les règles redevinrent très profuses et de longue durée. La malade n'étant que quatre jours sans perdre, rarement une semaine.

Ce fut pour remédier à cet état de choses qui allait l'affaiblissant toujours que nous fûmes consulté en février dernier. A l'examen nous trouvons un vagin très étroit, un col infantile, un utérus globuleux, bosselé. Du côté de la corne utérine droite, nous délimitons un boyau bien marqué et un peu plus bas sur le corps utérin, à la partie postérieure, une autre bosselure, qui ne laissèrent aucun doute sur la nature du mal. De plus les ovaires sont gros— le droit est très douloureux.

Une intervention fut proposée, mais refusée.

Le repos absolu au lit et un traitement approprié arrêterent temporairement les pertes et rendirent la vie tolérable pendant un mois. Les règles revinrent à l'époque présumée, mais cette fois plus abondantes que par le passé, si bien que la malade fut bientôt réduite à un état d'anémie profonde avec un teint cireux, éxsangue, — elle perdait connaissance à la moindre fatigue. L'opération cette fois est réclamée. Un second repos au lit avec traitement, remit suffisamment la malade pour tenter l'intervention qui fut des plus simples.

Une semaine avant l'opération la malade se plaignant d'envies très fréquentes d'uriner et mé-

(1) Lu à la Société Médicale, séance de juin 1904.

me d'uriner au lit, si le sommeil était profond, donna lieu à un second examen dans le but de déterminer la cause de ces symptômes de compression. A notre grande surprise, au lieu d'un col infantile, nous trouvons le vagin rempli par un col énorme, bosselé, complètement fermé — cause de la compression. L'examen étant douloureux, ne fut pas poussé plus loin et suggéra l'hypothèse d'une marche galopante de l'affection. L'intervention fut décidée sans plus tarder et pratiquée par la voie abdominale.

Au moment de terminer l'opération, nous hésitions entre l'hystérectomie totale et la subtotale — la première eut la préférence à cause de l'état présumé du col et l'incision fut faite dans ce que nous croyions être le tissu vaginal. — Une masse naécree, bosselée se présente entre les lèvres de l'incision qui fut aussitôt terminée. Nous avons fait une hystérectomie subtotale. L'examen de la pièce suffit pour faire comprendre la cause de l'erreur. En effet outre les petits fibromes sous-péritonéaux et interstitiels qui se dessinent à la surface de corps utérin, un fibrome d'un volume appréciable, pédiculé du côté de la corne utérine droite, après avoir vécu sa vie intra-utérine, a franchi l'orifice interne du col pour devenir complètement fibrome du col, en ce sens, que ce dernier s'est laissé distendre aux dépens de ses parois, au point de renfermer toute la tumeur dans sa cavité complètement close. L'orifice interne étroit le pédicule et l'orifice externe est intacte. Le tissu du col s'est tellement aminci qu'il présente l'apparence d'une ampoule, d'une enveloppe de quelques millimètres d'épaisseur. C'est cette minceur même des tissus, se laissant soulever avec une pince et donnant une sensation de vide, qui nous fit croire que nous étions dans le vagin. Les ovaires étant kystiques leur ablation fut aussi faite. Une double suture au cat-gut ferma le noyau du col et l'abdomen fut refermé après un surjet au cat-gut sur la tranche péritonéale.

Les suites opératoires furent des plus heureuses.

270 Sherbrooke Est.

SOCIÉTÉS

Troisième Congrès

DE

L'Association des Médecins de Langue Française

DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Trois-Rivières, 26-28 Juin 1906

ORGANISATION

LETTRE CIRCULAIRE

Trois-Rivières, mai, 1906.

Monsieur et très honoré confrère,

Nous avons l'honneur de vous rappeler que le Troisième Congrès de l'Association de Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord aura lieu aux Trois-Rivières les 26, 27 et 28 juin prochain.

Vous êtes cordialement invité à prendre part à ce grand ralliement professionnel, et, dans ce but, nous vous adressons tous les renseignements concernant l'organisation générale.

Vous savez quel éclat et quelle importance ont eus les deux premiers Congrès. Tout fait augurer que celui des Trois-Rivières sera digne des précédents et obtiendra un grand succès scientifique.

Près de 80 communications sont déjà inscrites au programme, et les adhésions reçues jusqu'ici se chiffrent par centaines.

Les sociétés médicales françaises au Canada et aux États-Unis nous ont promis leur entier concours et ont nommé des délégués pour les représenter durant le Congrès.

La France et les Sociétés savantes de ce pays enverront des représentants officiels.

La Société de Thérapeutique de Paris a bien voulu désigner M. le Dr H. Triboulet, médecin des hôpitaux de Paris, qui sera spécialement chargé d'exposer au Congrès les vœux de la Société, relativement à l'Alcoolisme. Sur cette question, ce distingué médecin est reconnu comme l'une des plus grandes autorités de l'Europe. M. Triboulet est, de plus, le délégué officiel de notre ancienne mère-patrie, la France, et de la Ligue Nationale contre l'Alcoolisme.

M. le Dr Foveau de Courmelles, vice-président de la Société Française d'Hygiène, représentera officiellement cette Société et fera une communication sur un sujet d'hygiène.

La Société de Médecine de Paris, la Société Internationale de Médecine Physique, la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, la Société Médicale des Praticiens ont aussi répondu à l'invita-

tion que nous leur avons faite et ont délégué quelques-uns de leurs membres à nos réunions de juin.

Partout, en un mot, nous avons rencontré un accueil très sympathique et un enthousiasme plus vibrant que jamais pour l'œuvre de nos congrès français en Amérique.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR

1o Tuberculose. — Rapporteur : M. Arthur Rousseau, professeur à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu, Québec.

Co-rapporteur : M. J. G. Paradis, Docteur en médecine, Montmagny.

2o Hygiène infantile. Rapporteur : M. J. E. Dubé, Docteur en médecine de l'Université de Paris, professeur agrégé à l'Université Laval de Montréal.

Co-rapporteur : M. H. Hervieux, professeur de thérapeutique et de pharmacologie à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

3o Alcoolisme. — Rapporteur : M. Georges Bourgeois, ex-interne de l'Hôtel-Dieu de Montréal, et de l'Hôtel-Dieu de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, Trois-Rivières.

Co-rapporteur : M. J. O. Sirois, gouverneur du collège des médecins, St-Ferdinand d'Halifax.

ADHESIONS

Les adhérents qui désireraient faire un travail sur l'une ou l'autre de ces questions générales ou présenter une communication sur un autre sujet scientifique ou d'intérêt professionnel, sont invités à en aviser M. le Dr deBlois, secrétaire-général du Congrès, Trois-Rivières, P.Q., avant le 12 juin 1906.

COTISATION

La cotisation est fixée à cinq dollars (\$5.00) pour les membres titulaires. Elle donne droit aux réductions consenties par les compagnies de transport, à l'excursion à Grand'Mère et aux Chutes Shawinigan et à toutes les fêtes organisées en l'honneur des congressistes.

Outre ces avantages, chaque médecin souscripteur recevra gratuitement le compte-rendu des travaux du Congrès, aussitôt qu'il pourra être publié.

Les adhésions et les cotisations doivent être adressées à M. le Dr St-Pierre, trésorier du Congrès, Trois-Rivières, P.Q.

Dans l'espoir que vous voudrez bien prendre part à ce Congrès, nous vous prions, Monsieur et très honoré confrère, d'agréer l'assurance de notre considération la plus distinguée.

Le Président, Le Secrétaire-général,
Louis-Philippe Normand. Charles N. de Blois.
23, Ave Laviolette, Trois-Rivières, P.Q.



I.—COMITE EXECUTIF DU CONGRES.

Président : — M. L. P. Normand Gouverneur

du Collège des Médecins, Chirurgien en chef de l'Hôpital St-Joseph, Trois-Rivières.

Vice-Présidents. — M. S. O. Camirand, gouverneur du Collège des Médecins, Chirurgien de l'Hôpital du Sacré-Cœur, Sherbrooke.

M. J. E. Dubé, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. G. A. Boucher, Médecin des Hôpitaux, Brockton, Mass., Etats-Unis.

Secrétaire-général : — M. C. N. DeBlois, membre de la Société de Thérapeutique de Paris, de "l'American Electro-Therapeutic Association" et de la Société Internationale de Médecine Physique; médecin-directeur de l'Institut Hydro-Electro-Thérapeutique, médecin de l'hôpital St-Joseph, Trois-Rivières. (Délégué officiel de la Société Internationale de Médecine Physique).

Secrétaires à Montréal. — M. E. St-Jacques, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

M. Jean Décarie, préparateur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval; professeur d'Histologie à l'Ecole Dentaire, médecin à l'Hôtel-Dieu, Montréal.

Trésorier. — A. St-Pierre, docteur en médecine, Trois-Rivières.

Secrétaire à Québec. — M. F. X. Dorion, ex-gouverneur du Collège des médecins, secrétaire de la Société Médicale de Québec.

II.—SECTION DE MEDECINE

Président. — M. H. Hervieux, professeur de thérapeutique et de pharmacologie à l'Université Laval, Montréal; médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

Vice-Présidents. — P. V. Faucher, docteur en médecine, secrétaire du Collège des médecins de la Province de Québec, Québec.

M. L. N. Bourque, docteur en médecine, Monton, N. B.,

M. A. W. Petit, docteur en médecine, président de la Société Médicale du New-Hampshire, Nashua, E.U.

Secrétaires. — M. A. Laramée, médecin assistant à la Crèche de la Miséricorde, secrétaire de la Société Médicale, Montréal.

M. Oscar Cloutier, docteur en médecine, coroner, Nicolet.

III.—SECTION DE CHIRURGIE

Président. — M. Arthur Simard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

Vice-Présidents. — M. A. Marien, professeur d'Histologie, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

M. Z. Rhéaume, chirurgien de l'hôpital de Valleyfield.

M. J. E. Lanoie, gynécologiste à l'hôpital de Fall River, Mass.

Secrétaires. — M. Ain. Paquet, professeur agrégé à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. Nap. Lambert, coroner, médecin de l'hôpital St-Joseph, Trois-Rivières.

IV.—SECTION DE GYNECOLOGIE

Président. — M. Canac Marquis, chirurgien des hôpitaux, San Francisco, Californie, E.-U.

Vice-Présidents. — M. Albert Laurendeau, docteur en médecine, gouverneur du collège des médecins, St-Gabriel de Brandon.

M. J. F. Rioux, médecin de l'hôpital du Sacré-Cœur, Sherbrooke.

M. L. A. Beaudry, docteur en médecine, St-Hyacinthe.

Secrétaires. — M. A. Ethier agrégé, ancien interne de l'hôpital St-Michel, Paris; assistant gynécologiste de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

V.—SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Président. — M. Rodolphe Chevrier, médecin des hôpitaux, Ottawa.

Vice-Présidents. — Honorable B. R. Fiset, sénateur, gouverneur du collège des médecins de la Province de Québec, Rimouski.

M. J. H. O. Lambert, président de l'Association Médicale canadienne française du Manitoba, médecin de l'hôpital St-Boniface, Manitoba.

M. R. Paquin, docteur en médecine, ex-secrétaire du collège des médecins, Québec.

Secrétaires. — M. Alphonse Lessard, docteur en médecine, Québec.

M. Eudore-Blondin, docteur en médecine, Athabaska.

VI.—SECTION DES MALADIES MENTALES, DE MÉDECINE LÉGALE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Président. — M. A. Marois, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

Vice-Présidents. — M. E. P. Chagnon, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Médecin de l'Asile St-Jean-de-Dieu, Montréal.

M. J. Poliquin, président de la Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean, St-Félicien, Lac St-Jean.

M. Jos. Garceau, docteur en médecine, Chutes Shawinigan.

Secrétaires. — M. O. Tourigny, médecin-adjoint de l'Institut Hydro Electrothérapique des Trois-Rivières.

M. Jos. E. Dion, professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Asile St-Jean-de-Dieu, Montréal.

VII.—SECTION D'OPHTHALMOLOGIE — D'OTO-RHINO — LARYNGOLOGIE

Président. — M. Edouard Desjardins, profes-

seur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, médecin ophthalmologiste de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

Vice-Présidents. M. M. D. Pagé, gouverneur du collège des médecins de la Province de Québec, médecin de l'hôpital des immigrants et du Port, Québec.

M. L. C. Bachand, médecin ophthalmologiste de l'hôpital du Sacré-Cœur, Sherbrooke.

M. S. Martel, médecin ophthalmologiste des hôpitaux, Boston, Mass.

Secrétaires. — M. A. Lassalle, médecin ophthalmologiste de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

M. L. Montreuil, médecin ophthalmologiste, Québec.

VIII.—SECTION D'HYGIÈNE ET D'INTÉRETS PROFESSIONNELS

Président. M. J. O. Sirois, gouverneur du collège des médecins de la Province de Québec, St-Ferdinand d'Halifax.

Vice-Présidents. — M. Elzéar Pelletier, secrétaire du Conseil d'Hygiène de la province de Québec, Montréal.

M. J. R. Latraverse, docteur en médecine, Sorrel.

M. M. E. Gervais, médecin de l'hôpital St-Joseph, Trois-Rivières.

Secrétaires. — M. Arthur Potvin, docteur en médecine, Québec.

M. L. O. Bournival, docteur en médecine, St-Barnabé.

IX.—PRÉSIDENTS D'HONNEUR

M. D. Brochu, officier d'Académie, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de la Société de Thérapeutique de Paris, de la Société Internationale de Médecine Physique, surintendant médical de l'Asile de Beauport, Québec. (Délégué officiel de la Société Internationale de médecine Physique). Ancien président.

M. A. A. Foucher, officier de l'Instruction Publique, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, médecin ophthalmologiste de l'hôpital Notre-Dame, Montréal. Ancien président.

M. le professeur Pozzi, membre de l'Académie de Médecine de Paris, Commandeur de la Légion d'honneur.

M. E. F. Panneton, président de la Société Médicale des Trois-Rivières, médecin de l'hôpital St-Joseph, Trois-Rivières.

M. J. P. Rottot, doyen à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. T. Roddiok, doyen à la Faculté de Médecine de l'Université McGill.

M. Ahearn, professeur d'anatomie descriptive à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. Foyeau de Courmelles, professeur d'électrothérapie et de radiographie, lauréat de l'Académie.

démie de Médecine, président de la Société Internationale de Médecine Physique, vice-président de la Société Médicale des praticiens et de la Société Française d'Hygiène, Paris. (Délégué officiel de la Société Française d'Hygiène).

M. E. P. Lachapelle, officier de la Légion d'Honneur, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université, président du Collège des Médecins, Montréal.

M. L. P. Fiset, docteur en médecine, membre de l'Assemblée Législative, St-Boniface de Shawinigan.

M. S. Grondin, professeur à l'Université Laval, Gynécologue à l'Hôtel Dieu, Québec.

M. Albert LeSage, officier d'Académie, docteur en médecine de l'Université de Paris, professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'hôpital Notre-Dame, rédacteur de "l'Union Médicale" du Canada, Montréal.

M. S. Boucher, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. O. F. Mercier, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

M. L. N. Delorme, professeur d'anatomie pratique à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. L. de Lotbinière Harwood, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, membre de la Société d'urologie, de Paris, Gynécologue et Surintendant général de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

M. W. Derome, professeur à l'École d'Anatomie comparée, Montréal.

M. A. De Martigny, Docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société de Médecine de Paris, de la Société d'électrothérapie de Paris, docteur en médecine, délégué officiel de la Société de Médecine de Paris, Montréal.

M. S. Bardet, secrétaire général de la Société de Thérapeutique de Paris.

M. G. Ville-neuve, surintendant médical de l'hôpital St Jean de Dieu, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, membre de la Société Médico-Psychologique de Paris, de la Société de Médecine mentale de Belgique, et de l'Association Américaine, Montréal.

M. Rodolphe Boulet, médecin en chef de l'Institut Ophthalmique, membre de la Société d'ophtalmologie de Paris, gouverneur du Collège des Médecins, Montréal.

M. N. A. Dussault, agrégé à l'Université Laval, ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. C. N. Valin, professeur-adjoint à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

M. François De Martigny, ancien assistant chirurgien de l'hôpital Pean, de Paris, assistant chirurgien à l'Hôtel Dieu de Montréal, officier d'Académie, Montréal.

M. D. E. Lecavalier, docteur en médecine, Montréal.

M. Alfred Morissette, docteur en médecine, député à l'Assemblée Législative de Québec, Ste-Hénédié, Co. de Dorchester.

M. Séverin Lachapelle, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. J. E. Héту, docteur en médecine, Trois-Rivières.

MEMBRES ADJOINTS

M. Paquin, secrétaire de la Société Médicale.

Portneuf. Portneuf

M. J. H. Choquette. Shawinigan Falls

M. J. A. Dufresne. Shawinigan Falls

M. C. E. Darobe, médecin de l'hôpital St-Joseph, sec. de la Société Médicale Trois-Rivières.

M. Henri Marchand. Champlain, P.Q.

M. L. A. Plante, gouverneur du Collège des Médecins. Lévis.

M. Rivierin, secrétaire de la Société Médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean. Chicoutimi

M. J. A. Langis. Petit-Rocher, N.B.

M. Sylvain. Manchester, N.-H., E.U.

M. A. Jobin, gouverneur du Collège des médecins, Québec.

M. Georges Baril. Hochelaga.

M. Albert Chevrier. Embrun, Ont.

M. Malcolm Genest. St-Bernard, Dorchester, P.Q.

M. L. A. Lessard, secrétaire de la Société Médicale de Shefford, gouverneur du Collège des médecins. Granby, P.Q.

M. J. P. Giguère. Chapeau, Ont.

M. Eugène Mathieu, Professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. J. N. Roy, membre de la Société Française d'ophtalmologie, médecin ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu. Montréal.

M. T. Parizeau, docteur en médecine de l'Université de Paris, professeur de chirurgie à l'Université Laval, chirurgien à l'hôpital Notre-Dame.

MM. Benoit et Ostigny. St-Hyacinthe

M. Ernest Choquette, président de la Société Médicale de St-Hyacinthe. St-Hyacinthe, P.Q.

M. S. J. Girard. Montréal.

MM. Lasnier, chirurgien. Montréal.

M. O. Baribeault. New Heaven, Con.

M. N. E. Guillet. Manchester, N.H.

M. D. Masson, médecin de l'Institut Ophthalmologique. Montréal

M. F. Monod, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris. Montréal

M. J. Langlais. Trois-Pistoles.

M. O. Boulanger. St-Laurent, Man.

M. J. J. Sheppard, président de la Société Médicale de Joliette. Joliette

M. M. Robillard, président de la Société Médicale du district. d'Ottawa.

M. J. J. Cauvreau, secrétaire de la Société Médicale de. Rimouski

- MM. Vaillancourt et Larue, de la Société Médicale des comtés de Beauce et Dorchester.
- M. J. E. D'Amours, secrétaire de la Société Médicale du district d'Ottawa... Papineauville
- M. M. Thibault et M. A. Pelletier de la Société du comté de Wolfe.
- M. Achille D'Aigle, agrégé à l'Université Laval, médecin pathologiste à l'Hôtel-Dieu. Montréal.
- M. U. Prévost, secrétaire de la Société du comté de Terrebonne.
- M. P. Dolbec, gouverneur du Collège des Médecins. St-Casimir.
- M. M. Moreau, président de la Société Médicale de St-Jean. Iberville.
- M. R. Mayrand, chargé de cours à l'Université Laval. Québec.
- MM. J. H. Leduc et W. N. Godin, médecins. Trois-Rivières.

REGLEMENT GENERAL

Art. 1.— Le troisième Congrès de Médecine s'ouvrira aux Trois-Rivières le 26 juin 1906, à 2 hrs. p.m., dans les salles de l'Hôtel de Ville et sera clos le 28 du même mois.

Le but de ce Congrès est double: l'avancement scientifique et l'étude des questions d'intérêt professionnel.

Art. 2.— Le Congrès se composera de médecins nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation requise.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et aux mêmes droits que les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister aux réunions et prendre part aux travaux du Congrès. Des privilèges spéciaux seront accordés aux représentants de la presse.

Art. 3.— Tout membre du Congrès recevra sa carte d'identité après avoir fait parvenir sa cotisation au trésorier. Cette carte, essentiellement personnelle, donnera droit à tous les avantages réservés aux membres du Congrès.

Les titulaires sont priés de la porter toujours sur eux. Sur sa présentation, ils pourront, le 28 juin a.m., prendre part à une magnifique excursion à Grand'Mère et aux Chutes Shawinigan.

Le versement est de "cinq dollars."

Art. 4.— Les membres titulaires du Congrès dûment inscrits, auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote dans les questions soumises à votation.

Art. — Ils auront en outre droit au compte rendu des travaux du Congrès, lesquels seront remis aux congressistes aussitôt après leur publication.

Art. 6.— **SECTIONS DU CONGRES** :— Le comité exécutif a cru devoir suivre la coutume établie en formant sept sections, afin de faciliter l'organisation, et nommer, des présidents, des vice-présidents, des secrétaires.

Mais durant le Congrès, comme il s'agira surtout de concentrer l'attention des congressistes, ces sections seront toutes réunies en "deux grandes sections."

1^o Médecine et annexes.

2^o Chirurgie et annexes.

Il n'y aura d'exception que pour les questions mises à l'ordre du jour (Tuberculose, hygiène infantile, alcoolisme), et les communications d'intérêt professionnel, lesquelles seront présentées en assemblée générale.

Art. 7.— Un comité exécutif, composé du président, des vice-présidents, du secrétaire général, du trésorier et des secrétaires des divisions de Québec et de Montréal, est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès.

Art. 8.— Le Congrès siégera tous les jours, soit en assemblée générale, soit en sections.

Art. 9.— Dans la séance d'ouverture, le secrétaire général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le président lira le discours d'inauguration, on fera la présentation des délégués officiels et l'on proclamera les présidents d'honneur.

Dans la séance de clôture, on rendra compte des délibérations du Congrès, on désignera le lieu de sa prochaine réunion et l'on procédera à l'élection de son bureau.

Art. 10.— Les comités des sections pourront organiser leurs programmes de travaux (lecture et discussions des communications, examens des propositions présentées, etc.).

Art. 11.— Le Président de chaque section dirigera les séances et les débats dans la forme établie dans tous les corps délibérants.

Les questions scientifiques ne pourront être l'objet d'aucune votation.

Art. 12.— Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 10 minutes, et les orateurs qui prennent part à la discussion ne pourront parler plus de 5 minutes. Les auteurs de communications disposeront de 5 minutes de réplique. Néanmoins, le Président, quand l'importance du sujet le justifie, pourra accorder plus de temps à l'orateur.

Les membres qui prendront part aux discussions devront remettre au secrétaire de la section, avant la levée de la séance, un court résumé de ce qu'ils ont dit.

Art. 13.— Les communications se référant aux travaux du Congrès devront parvenir au Secrétaire général au plus tard le 12 juin. On n'exigera que le titre et un résumé succinct en forme de conclusion.

Les rapports officiels sur les questions générales devront être complétés et remis entre les

maines du Secrétaire général, aux Trois-Rivières, avant le 12 juin prochain.

Art. 14. — On pourra présenter des communications après le 12 juin et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

Art. 15. Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès doit être remis au Secrétaire du bureau respectif. Le comité exécutif décidera sur son insertion totale ou partielle dans les comptes rendus.

Art. 16. La langue officielle du Congrès dans toutes les séances sera "le français."

Art. 17. Les étudiants en médecine, les dames accompagnées des congressistes et les personnes non Docteurs en Médecine qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès, moyennant une cotisation de \$2.50.

Ces "membres associés" jouissent, comme les membres titulaires du privilège d'assister aux séances et aux fêtes données en l'honneur des membres du Congrès.

Ils ont en outre droit aux excursions et aux réductions obtenues sur les prix de transport. Ils ne recevront pas cependant les publications du Congrès, ne prendront part ni aux votes ni aux discussions et ne pourront faire de communications.

PROGRAMME DU CONGRES

Le troisième Congrès de l'Association des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord s'ouvrira aux Trois-Rivières, le 26 juin prochain, et aura lieu dans les salles de l'Hôtel de Ville.

Le programme est ainsi fixé :

MARDI, LE 26 JUIN, A 11-2 HEURE P.M.

Réunion générale de tous les membres du Congrès, à la salle d'opéra de l'Hôtel de Ville. Musique par la fanfare "l'Union Musicale" des Trois-Rivières.

Inscription des congressistes au bureau du secrétaire général, situé au 1er étage (Salon du maire, Hôtel de Ville).

Distribution des insignes, du programme médical complet, de l'Album Illustré des Trois-Rivières, etc.

A 2 HEURES P. M.

Ouverture du Congrès par le Dr L. P. Normand, président; rapport du secrétaire général, suivi immédiatement de la présentation des rapports sur la Tuberculose et de tous les travaux se rattachant à cette question.

APRES-MIDI, A 5 HRS.

Communications d'intérêt professionnel.

LE SOIR, A 8 HRS.

Ouverture solennelle du Congrès et discours de circonstance.

LE SOIR A 9 HRS.

Fête de nuit : feu d'artifice et feux de la St-Jean sur la côte sud. Illumination du Boulevard, du Plateau et des environs. Concert.

MERCREDI, LE 27 JUIN, A 9 HRS, A. M.

Hygiène Infantile : Lecture et discussion en assemblée générale des rapports sur l'hygiène infantile et de tous les travaux sur cette question.

APRES-MIDI, A 2 HRS.

Ouverture des deux grandes sections du Congrès. 1. Médecine et annexes; 2o Chirurgie et annexes.

Communication de travaux scientifiques.

Visite à l'hôpital pour ceux qui le désirent.

LE SOIR, A 8 HRS.

Alcoolisme. Lecture et discussion en assemblée générale des rapports sur "l'Alcoolisme" et de tous les travaux qui s'y rattachent.

Communications scientifiques et d'intérêt professionnel.

JEUDI, LE 28 JUIN, A 8.30 HRS. A. M.

Réunion générale de tous les congressistes à la salle d'opéra de l'Hôtel de Ville,

Date et lieu de réunion du prochain Congrès.

Election des officiers de l'Association. Cérémonie de clôture.

Excursion à Grand'Mère et aux Chutes Shawinigan gracieusement offerte aux congressistes. Départ par train spécial, à 10 hrs. a.m. précises, de la gare du Pacifique Canadien, avec retour aux Trois-Rivières dans l'après-midi, assez tôt pour les trains de Montréal et de Québec.

MOYENS DE TRANSPORT

Les compagnies de navigation et de chemin de fer délivreront aux membres du Congrès des billets à prix réduit. Pour bénéficier de cette réduction spéciale, les congressistes devront acheter un billet "simple" (et non pas pour aller et retour) et exiger de l'agent local des billets un certificat d'identification. Ce certificat devra être remis au bureau du secrétaire-général et contresigné par ce dernier, afin de permettre aux membres d'opérer leur retour gratuitement.

HOTELS AUX TROIS-RIVIERES

Les propriétaires d'hôtels ont promis de loger les congressistes aux conditions suivantes :

Hôtel Dufresne : Chambre et pension, \$2.00 à \$3.00 par tête et par jour.

Hôtel du Dominion et Hôtel du Canada : Chambre et pension, \$1.50 par tête, par jour.

Hôtel Windsor : Chambre et pension, \$1.25 par tête, par jour.

Hôtel Commercial; Hôtel Frontenac; Hôtel Houde; Hôtel Richelieu; Hôtel Continental et l'Hôtel Ville-Marie; Chambre et pension, \$1.00 par tête, par jour.

Aussi, maisons de pension privée à \$1.00 par tête, par jour.

BUREAU DE RENSEIGNEMENTS

Un comité de réception siégera en permanence à l'Hôtel de Ville durant le Congrès, et verra à ce que les Congressistes obtiennent les meilleures accommodations possibles. Prière aux membres du Congrès de se faire enregistrer à ce bureau dès leur arrivée au Trois-Rivières.

Programme Médical Préliminaire

I.—RAPPORTS SUR LA TUBERCULOSE ET DE TOUS LES TRAVAUX SE RATTACHANT A CETTE QUESTION.

- 10—Tuberculose :—M. Rousseau, rapporteur, Québec.
- 20—Tuberculose :—M. J. G. Paradis, co-rapporteur, Montmagny.
- 30—Rôle des classes dirigeantes de la société dans la lutte contre l'Alcoolisme et la Tuberculose :—M. P. H. Ste-Marie, Ottawa.
- 40—Traitement préventif dans la Tuberculose :—M. Adélaré Payette, Lowell.
- 50—Tuberculose hygiène et Rayons X :—M. J. F. Rioux, Sherbrooke.
- 60—L'habitation et la Tuberculose :—M. E. P. Lachapelle, Montréal.
- 70—Méningite tuberculeuse :—M. E. Panneton, Trois-Rivières.
- 80—Tuberculose des organes génitaux chez la femme :—M. L. de Lotbinière Hatwood, Montréal.
- 90—Tuberculose et Alcoolisme (dans leurs rapports de cause (alcool), à effet (tuberculose) :—M. H. Triboulet, Paris.
- 110—Les affections nasales de la gorge compliquant la tuberculose :—M. E. de Laval, New-Bedford.
- 120—Traitement de la tuberculose par le sérum de Marmorek :—M. A. deMartigny, Montréal.
- 130—Les Sanatoriums populaires et le casier sanitaire des maisons :—M. A. LeSage, Montréal.

II.—RAPPORTS SUR L'HYGIENE INFANTILE ET DE TOUS LES TRAVAUX SUR CETTE QUESTION

- 10—Traitement des maladies de l'enfance :—M. J. E. Dubé, rapporteur, Montréal.
- 20—Prophylaxie des maladies de l'enfance :—M. Hervieux, co-rapporteur, Montréal.
- 40—Hygiène scolaire :—M. Albert Chevrier, Embury, Ont.
- 40—Hygiène Infantile au point de vue scolaire :—M. S. G. Paquin, Portneuf.

50—L'œuvre des conseils aux mères de familles :—M. E. F. Panneton, Trois-Rivières.

III.—RAPPORTS SUR L'ALCOOLISME ET DE TOUS LES TRAVAUX QUI S'Y RATTACHENT

- 10—Alcoolisme. M. G. E. Bourgeois, rapporteur, Trois-Rivières.
- 20—Prophylaxie de l'alcoolisme :—M. L. J. O. Sirois, co-rapporteur, St-Ferdinand d'Hallifax.
- 30—Prophylaxie de l'alcoolisme :—M. C. Sylvain, Rimouski.
- 40—Alcoolisme :—M. J. A. Allard, Bromptonville.
- 50—Rôle des classes dirigeantes de la société dans la lutte contre l'alcoolisme :—M. Ph. Ste-Marie, Ottawa.
- 60—Danger de l'alcoolisme dans les maladies chroniques :—M. J. L. M. Genest, St-Bernard, Dorchester.
- 70—Alcoolisme :—M. T. W. Michaud, St-Pacôme, Kamousaska.
- 8—Alcoolisme :—M. L. A. Lessard, Granby.
- 90—Chantiers, foyers d'alcoolisme :—M. J. P. Giguère, Chapeau, Ont.
- 100—Alcoolisme :—M. Lamont Petit, Montréal.
- 120—Tuberculose et Alcoolisme dans leurs rapports de cause (Alcool) à effet (Tuberculose) :—M. H. Triboulet, Paris.
- 130—L'Alcool.—M. Joseph Schmitt, Ile d'Anticosti.

IV.—TITRES DES TRAVAUX SE RATTACHANT AUX INTERETS PROFESSIONNELS

- 10—Les intérêts professionnels. — M. Albert Jobin, Québec.
- 20—Les intérêts professionnels :—M. J. E. Blondin, Arthabaska.
- 30—Les médecines brevetées :—M. J. S. Lacoursière, Berlin, N. H.
- 40—La profession médicale devant :
 - I.—Les professions sœurs.
 - II.—La Législature.
 - III.—La société. M. Amédée Lassondé, Drummondville.

V.—TITRES DES TRAVAUX SE RATTACHANT A LA MEDECINE ET ANNEXES.

- I.—Trachôme — M. L. Gauthier, Chicoutimi
- II.—Comment traiter les convulsions chez les enfants. M. Séverin Lachapelle, Montréal.
- III.—Le Jury médical dans les causes civiles et criminelles. —M. Séverin Lachapelle, Montréal.

- IV. La méningite cérébrospinale. M. J. O. Trempe, Montréal.
- V.—L'infection intestinale chronique :—M. Hector Roy, St-Paul, Montréal.
- VI.—Les impressions maternelles: M. E. Chevalier, Iberville.
- VII.—La saignée: M. J. P. Rottot, Montréal.
- VIII.—Un cas de convulsions puerpérales traité par le veratrum viride. — M. J. P. Giguère, Chapeau, Ont.
- IX.—La grippe: M. E. P. Benoit, Montréal.
- X.—Le traitement de la fièvre typhoïde: — M. E. P. Benoit, Montréal.
- XI.—Délire épileptique : M. Jos. E. Dion, Asile St-Jean de Dieu, Montréal.
- XII.—Traitement du rhumatisme par le salicylate de soude à hautes doses: M. Edwin Turcot, Québec.
- XIII.—Méningite géococcique : M. Eug. Mathieu, Québec.
- XIV.—Infection puerpérale grave sans lochies fétides: M. P. C. Dagnéau, Québec.
- XV.—Danger de la syphilis à Montréal: M. A. de Martigny, Montréal.
- XVI.—Étude comparative des eaux minérales canadiennes et françaises :—M. J. E. Bourgoïn, Montréal.
- XVII.—Causes de l'augmentation du nombre des aliénés et de la dégénérescence dans la province de Québec: M. D. Brochu, Québec.
- XVIII.—Massothérapie : M. R. Barbatis, Paris, France.
- XIX.—Détermination volontaire du sexe, quelques remarques: M. A. Provost, St-Isidore, Laprairie.
- XX.—La genèse des eaux thermales. Prof. Armand Gauthier, Paris.
- XXI.—Les services que la radiologie peut rendre à la chirurgie et à la médecine : M. H. Lasnier, Montréal.
- XXII. Les différents facteurs de gravité de la syphilis. M. D. E. Lecavalier, Montréal.
- XXIII.—Les troubles fonctionnels du cœur dans différentes affections. M. D. E. Lecavalier, Montréal.
- XXIV.—Nécessité de réformer notre régime alimentaire: M. C. N. Valin, Montréal.
- XXV.—L'importance de la diététique dans le traitement des maladies: M. C. N. Galin, Montréal.
- XXVI.—Le moyen d'abrèger le temps d'isolement dans la dyphtérie : M. J. J. Desroches, Montréal.
- XXVII.—La pratique du régime alimentaire dans les maladies chroniques : M. Jean Dardel, Aix-les-Bains.
- XXVIII. L'Ozone dans son rôle épidémiologique et antiseptique :—M. Foveau de Courmelles, Paris.

VI.—TITRES DES TRAVAUX SE RATTACHANT A LA CHIRURGIE ET ANNEXES

- I. La hémorrhagie chez la femme — ses dangers—son traitement : M. P. X. de Martigny, Montréal.
- II.—L'anesthésie chirurgicale par la stovaine : M. O. F. Mercier, Montréal.
- III.—Un cas d'hébotomie : M. Albert Laurendeau, St-Gabriel de Brandon.
- IV.—La pratique de la chirurgie à la campagne : M. Albert Laurendeau, St-Gabriel de Brandon.
- V.—La scopolamine — son emploi en chirurgie et en obstétrique :—M. Albert Laurendeau, St-Gabriel de Brandon.
- VI.—Éventration postopératoire, sutures préventives :—M. Z. Rhéaume, Valleyfield.
- VII.—La méthode de réduire une ancienne dislocation de l'épaule : M. Noël E. Manchester, N. H.
- VIII.—Le Rayon X et le Radium dans la thérapeutique du cancer : M. Foveau de Courmelles, Paris.
- IX.—La stovaine : MM. E. St-Jacques et Ben. Bourgeois, Montréal.
- X.—Absès de l'orbite : M. J. N. Roy, Montréal.
- XI. — Considérations anatomopathologiques sur le lymphadénome du médiastin chez l'enfant : M. Lucien, interne des hôpitaux de Nancy, M. P. Voirien, interne des hôpitaux, ancien préparateur de physiologie, Nancy.
- XII.—Rétrécissement du rectum : M. Fernand Monod, Montréal.
- XIII.—Tumeurs intraoculaires versus décollement de la rétine : M. R. Boulet, Montréal.
- XIV.—Les injections sousconjonctivales de sérum artificiel : M. R. Boulet, Montréal.
- MM. A. Mercier, C. A. Daigle, Montréal, M. A. Ahern, A. Simard, Québec, A. E. LeCavelier, St-Eustache, O. Tourigny, Trois-Rivières, J. E. Savoie, Fall River, Mass., ont aussi promis de faire des communications dont les titres seront donnés plus tard.

Revue des Journaux

MEDECINE

L'Anesthésie Locale

L'anesthésie locale rend de précieux services, aussi s'est-elle conquis droit de cité dans le domaine chirurgical.

Le Dr Klein dans le "Bulletin de Thérapeutique" passe en revue les anesthésiques locaux et insiste sur les propriétés d'un bon anesthésique local. L'anesthésie produite doit être profonde et de longue durée, non suivie de vaso dilatation, ni d'irritation dans les tissus touchés par l'injection. L'anesthésique ne doit pas entraver l'action de l'adréaline, et posséder un coefficient de toxicité aucunement nuisible.

La cocaïne longtemps employée possède la propriété de bien insensibiliser, mais elle est fortement vaso dilatatoire ; son coefficient de toxicité est élevé ; la chaleur en altère les solutions et ne permet pas une stérilisation suffisante, etc. Les Eucaines ont été proposées pour supplanter la cocaïne, mais leur emploi ne présente aucun avantage appréciable. Les produits de synthèse par la découverte de l'anesthésine, firent espérer le succès, mais l'expérience démontra la supériorité de l'injection hypodermique de la cocaïne, sur l'anesthésine. Vint ensuite la stovaine, produit très actif, peu toxique, vaso dilatateur mais surtout irritant — la supériorité sur la cocaïne semble lui être acquise pour l'anesthésie intrarachidienne. Enfin un dérivé de la stovaine possédant toutes les qualités d'un bon anesthésique local, une exceptée, celle d'être excessivement irritante, dut aussi être mis de côté.

Des recherches récentes faites par Einhorn ont conduit à la découverte d'un nouvel alcaloïde de synthèse, le "chlorhydrate de paramino-benzoyl diéthyl-aminéthanol", la novocaïne.

Or ce nouveau produit possède vraiment toutes les qualités des anesthésiques locaux précités, sans leurs inconvénients.

Les expérimentateurs qui ont pris sous leur patronage ce nouveau né de la chimie sont : M. Biberfeld, au point de vue physiologique le prof. A. Braun, au point de vue de l'anesthésie chirurgicale pour des opérations de toute nature et M. le Dr Sachse à la clinique dentaire de Leipzig.

Braun recommande pour l'anesthésie chirurgicale, des solutions de 0,25 à 2 p.c. au plus, dans un liquide isotonique additionné de V à X gouttes pour 100 gr. de la solutions à 1 par mille d'adréaline.

Pour la pratique dentaire Sachse recommande le titrage fort.

Grippe et Prostatite

Monsieur Guérin, chirurgien de l'hôpital Péan a rapporté à l'Académie de Médecine de Paris, séance du 13 avril 1906 plusieurs cas de prostatites survenues dans la convalescence de la grippe. Il est vraisemblable que l'infection surajoutée et l'affaiblissement de l'état général réveillent une prostatite jusque-là latente et tolérée. Ce rôle étiologique de la grippe est fort intéressant.

Nouveau mode de traitement des ulcérations et végétations non syphilitiques.

Dans tous les cas d'ulcères chroniques non syphilitiques, R. Sabouraud de Paris, recommande un procédé ingénieux, d'origine italienne, mais introduit en France par E. Besnier. Il consiste en une double cautérisation, résultant de l'application sur la partie ulcérée d'un crayon de nitrate d'argent, puis de crayon de zinc métallique.

Le crayon de nitrate est le crayon habituellement utilisé, le crayon de zinc peut avoir n'importe quelle forme, cependant il est préférable d'en avoir de différentes formes, avec le bout rond, plat, pointu. On procède en appliquant d'abord le crayon de nitrate d'argent, qui est frotté sur les fongosités ou végétations, ou sur le trajet de la fistule que l'on veut détruire. Ceci fait, on repasse sur les mêmes endroits le crayon de zinc, les tissus sont immédiatement noircis par la mise en liberté de l'argent, et le malade éprouve une douleur vive. La cautérisation est due à la décomposition du nitrate d'argent, et à la formation de nitrate de zinc. Les résultats sont excellents : la cautérisation des granulations exubérantes est répétée 1 ou 2 fois par semaine. Ce traitement peut être appliqué aux chancres mous, aux ulcérations tuberculeuses des membres, et d'une façon générale à toute ulcération ou plaie lentes à cicatriser. Avant de se servir du crayon de zinc, il est bon de frotter la pointe avec une lime, ou un morceau de papier d'émeri, jusqu'à ce que l'on obtienne une surface métallique bien brillante au niveau du point dont on se servira. Après la cautérisation il est bon de faire un pansement au carbonate de fer ; et la surface ulcérée doit être lavée chaque jour à l'aide d'un tampon de ouate hydrophile trempé dans de l'huile d'amandes douces.

"La Clinique", Fév. 1906.

CHIRURGIE

Opération césarienne pratiquée pour éviter une rupture utérine imminente

M. Potocki rapporte à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, l'observation qui suit : une femme enceinte pour la troisième fois, est amenée à la maternité 12 heures après le début du travail. Elle est à terme. L'utérus est irrégulier, antiversé. La tête qui se présente est mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche. Dilatation d'une petite paume. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pu bien ; 9,5. Le 1er accouchement a été terminé par une application de forceps ; le 2e se fit spontanément. On espère terminaison semblable du 3e après rupture de la poche des eaux. Celle-ci est rompue artificiellement 14 heures après le début du travail, la dilatation étant complète. Le liquide est vert ; les contractions sont subintrantes. La tête se fléchit ; mais l'orifice utérin revient sur lui-même. La tête reste au-dessus du détroit supérieur malgré les efforts expulsifs. La lèvre antérieure de l'orifice utérin s'œdématie, à 2 h. 30 après la rupture de la poche l'utérus se rétracte. Les bruits du cœur sont irréguliers ; la femme s'agite ; elle éprouve une douleur à la partie inférieure du ventre ; la vulve laisse s'écouler un sang noir. M. Potocki appelé constate que "l'utérus irrégulier est en sablier ; au-dessous de l'ombilic est une dépression répondant au sillon du cou, au-dessous de ce sillon est une saillie molle qu'on pourrait prendre pour la vessie distendue. Mais le cathétérisme montre qu'il n'en est rien. M. Potocki pense qu'il s'agit de cet œdème du segment inférieur signalé par M. Pinard, œdème qui est ordinairement un signe avant-coureur de la rupture utérine. Le poulx est bon.

L'orifice utérin revenu sur lui-même contre-indique une application de forceps, d'autant plus que la chloroformisation n'entraîne pas le relâchement utérin.

La crainte de faire éclater le même segment inférieur rétracté sur la tête au moment de l'extraction terminale par le forceps, fait aussi rejeter la symphysotomie. Il y a nécessité cependant d'évacuer l'utérus. La craniotomie doit être rejetée : l'enfant est vivant.

L'extraction par la voie abdominale est indiquée. Si, au cours de la césarienne, on constate une déchirure déjà amorcée on y portera remède.

M. Potocki pratique donc une césarienne. Le péritoine utérin est décollé du muscle et le tissu cellulaire sous-jacent est infiltré.— L'enfant est extrait vivant. Guérison.

En somme, M. Potocki a pratiqué une opération césarienne dans un cas de bassin "légeré-

ment" rétréci pour prévenir une rupture utérine qui paraissait imminente. Sans cette crainte de rupture il eût fallu pratiquer une symphyséotomie et laisser à la tête le soin d'achever la dilatation.

M. Potocki conclut que la "césarienne" est indiquée "toutes les fois qu'une rupture utérine est imminente, quelle que soit la cause de la dystocie hormis l'hydrocéphalie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médicale de Montréal.

SEANCE DU 29 MAI 1906.

La dernière réunion de la Société Médicale a été une surprise pour presque tous les membres présents. Nous avons annoncé à nos lecteurs, après avoir pris des renseignements officiels auprès du Trésorier, que lecture, discussion et adoption de nouveaux règlements composeraient l'ordre du jour de cette dernière séance de l'année.

Le compte rendu de la réunion que l'on trouvera "in extenso" à la suite de ces remarques prouvera qu'il ne pouvait en être ainsi, la plupart des membres du Comité de Régie et du Bureau, étant absents. D'ailleurs, dans l'esprit du Président, notre excellent confrère le Dr Boulet, cette réunion n'avait pour but, que de déposer officiellement sur le Bureau, un ensemble de nouveaux statuts, qu'il avait rédigé avec l'aide de certains membres du Comité de Régie. Voulant se rendre compte avant de les faire imprimer et distribuer à chacun des membres de la Société Médicale, si certaines objections ou suggestions ne lui seraient pas fournies par les membres présents à la réunion, il avait convoqué la Société dans ce but.

L'on verra par le compte rendu que la lecture de ces nouveaux statuts a donnée lieu à une discussion assez vive. Un certain nombre d'amendements ont été proposés et adoptés par la majorité des membres présents.

En présence des explications que nous venons de donner, il est aisé de comprendre pourquoi, le Président, n'a pu mettre aux voix, l'adoption définitive des règlements tels que lus et amendés par l'assemblée.

Cette adoption définitive aura lieu, à la prochaine séance, alors que chacun des membres de la

Société aura reçu, un exemplaire imprimé des nouveaux statuts avec leurs amendements.

Nous connaissons trop l'intérêt que le Dr Boulet, porte à la Société pour douter, qu'il ne mette tout en œuvre, afin que cette séance ait lieu à la date réglementaire de notre prochaine réunion.

Monsieur Rod. Boulet, Président,

Membres présents : MM. Jos Leduc, E. Asselin, F. de S. Prévost, J. A. LeSage, J. Tellier, G. Piché, H. Lebel, R. Hamelin, J. Bourgouin, A. Racicot, J. Rousseau, R. de Cotret, E. Grenier, J. N. Roy, B. Bourgeois, A. Lasalle, Valois (Vaudreuil), A. Desloges, A. de Martigny, H. Jeanotte, Valin, H. Desmarais, St-Denis, F. de Martigny, Warren, W. J. Derôme, J. Roux, F. Monod, J. Décarie, Chagnon, C. A. Daigle, D. Masson, Alf. Marcil.

Monsieur Arthur Larsmée, secrétaire, donne lecture des minutes de la dernière séance. Rapport lu et accepté.

Monsieur le Président, au nom de la Société Médicale, souhaite la bienvenue, à Monsieur le Docteur Simard, de Québec.

Puis, on passe à l'ordre du jour.

Lecture et discussion des statuts et règlements de la Société Médicale de Montréal.

Avant de procéder à la lecture, de ces nouveaux règlements M. Boulet, fait l'historique de la Société, rapporte ses débuts modestes, le petit nombre de ses membres, et, c'est à cause de son avancement scientifique, à cause du plus grand nombre de ses membres, que le Comité de Régie a cru, de son devoir, de reviser les anciens règlements, de les modifier, et d'y ajouter de nouveaux articles.

Il est heureux de les soumettre aux membres de la Société, qui, après lecture, seront appelés à les discuter, les amender, et les adopter.

Statuts et Règlements de la Société Médicale de Montréal.

Ce nouveau règlement comporte 35 articles.

Nous aurions désiré en donner la primeur, à nos lecteurs, malheureusement, un ordre du Président, nous a empêché de nous les procurer.

Monsieur François de Martigny, secondé par M. Desloges, "propose" que le nom de Société Médicale de Montréal soit retranché, et, que désormais, elle porte le nom de Société de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Cette proposition, est mise aux voix et adoptée à la fin de la séance.

Ce fut le premier amendement fait au Règlement, tel que présenté.

Article IX. Tout membre pour être admis membre de la Société Médicale, doit avoir sa demande signée par deux membres titulaires laquelle demande, déposée sur le bureau, sera soumise à l'assemblée, et, devra être adoptée par au moins la moitié des membres présents.

Monsieur Adelstan de Martigny, propose, que cet article du règlement soit amendé de la façon suivante.

"Les membres étant avertis, au moins 15 jours à l'avance, par lettre, pour l'élection d'un membre, cette élection devra se faire par les membres présents, la majorité devant décider de l'adoption ou non."

Cette motion secondée par M. W. J. Derome, est adoptée unanimement.

M. A. de Martigny, suggère à l'assemblée, l'incorporation de la Société Médicale de Montréal.

Le temps n'est pas venu, répond le Président.

Article. Elections.

Les élections des officiers, se feront le 3ème mardi de décembre.

Après une discussion à laquelle prennent part, MM. F. Monod, J. Décarie, F. de Martigny, J. A. LeSage, Monsieur A. de Martigny, secondé par M. J. Décarie, propose que cet article au règlement soit amendé ainsi "les élections des officiers auront lieu le 1er mardi de décembre, et les officiers élus, seront installés dans leur nouvelle fonction, le premier mardi de janvier.

L'assemblée se prononce unanimement en faveur de cette motion.

Article. Constitution.

Tout membre pour avoir droit de vote devra verser sa contribution deux mois avant la date fixée pour l'élection des officiers. Cet article soulève une discussion assez vive.

Puis M. A. de Martigny, propose pour couvrir la sévérité un peu trop absolue de cet article du Règlement, la motion suivante :

Tout membre aura droit de vote, pourvu qu'il ait payé sa contribution, au commencement de la séance convoquée pour les élections.

M. F. Monod, appuie et seconde cette proposition.

M. J. Décarie, propose en amendement, secondé par M. F. de S. Prévost :

Que l'article, ayant trait aux contributions, demeure tel qu'inscrit.

Cet amendement soumis aux votes de l'assemblée, est rejetée par majorité de 10-voix; 17 votant contre, 7 pour.

Ont voté pour . MM. J. Décarie, F. de S. Prevost, J. Leduc, H. Lebel, J. Racicot, J. Rousseau, Bourgouin, LeSage.

Contre : F. de Martigny, F. Monod, R. Hamelin, G. Piché, Tellier, J. N. Roy, E. Grenier, A. Lasalle, Desloges, Valois, A. de Martigny, H. Desmarais, St-Denis, W.J. Derome, C. A. Daille, D. Masson, A. Marcil.

M. J.A. LeSage donne alors avis de motion, qu'à la prochaine assemblée de la Société, il de mandera la reconsidération de ce vote.

Article Concernant la révision des statuts.

M. J. Décarie, propose l'amendement suivant à cet article du règlement :

Etant donné que les membres auraient été averti, quand il y aurait discussion des règlements, soit pour amender, soit pour soit pour ajouter une nouvelle clause, les trois quarts (3/4) des membres présents suffiront dans un vote, pour apporter tel changement proposé au règlement, pourvu toutefois, qu'il y ait eu un avis de motion, déposée sur le bureau, à la séance précédente et, que, cet avis de motion, soit signifiée sur la feuille de convocation envoyée aux membres.

Cette proposition secondée par M. A. de Martigny rencontre l'approbation presque unanime de l'assemblée.

Puis M. A. de Martigny, propose secondé par M. J. N. Roy, que l'adoption des règlements tels que lus et amendés par l'assemblée, soit soumis aux votes séance tenante.

La majorité des membres approuvent cette motion, mais M. le Président, la considérant hors d'ordre, propose l'ajournement.

Le Dr F. de Martigny demande au président de convoquer avant le Congrès de Trois-Rivières, une séance de la Société pour adopter les règlements.

Le président annonce que c'est son intention et que cette séance aura lieu dans 15 jours.

Nouvelles

La Société Internationale de Médecine physique, sur la proposition de M. le Président, nomme MM. le professeur Brochu, de l'Université de Laval, et Charles-N. de Blois, de Trois-Rivières, pour la représenter officiellement, à ce Congrès.

À la suite de la démission du Professeur L.P. Lachapelle, M. le Dr H. de Lotbinière Harwood, vient d'être nommé surintendant de l'hôpital Notre-Dame, et président du bureau médical. Nous sommes heureux de féliciter notre confrère et ami le Dr Harwood, de cette nomination.

Une touchante cérémonie a eu lieu à Paris dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Salpêtrière. Les nombreux amis du professeur Paul Segond, ses élèves et ses confrères, s'étaient réunis pour offrir à l'éminent chirurgien une plaquette, œuvre du graveur Charpentier, en souvenir des services rendus à la chirurgie, des souffrances soulagées, du dévouement et de la bonté tant de fois montrés par le héros de cette cordiale solennité.

Le professeur Guyon avait tenu à remettre lui-même cette plaquette au docteur Paul Segond qui a été un de ses élèves préférés, avant de devenir un maître lui-même.

Notre ami et confrère Monsieur le Docteur Foveau de Courmelles de Paris, qui représentera à la fin du mois la Société française d'Hygiène de Paris, nous envoie un article fort intéressant que, faute d'espace nous sommes obligés de remettre à notre prochain numéro. Nous sommes heureux de saluer notre distingué collaborateur et ami qui n'est pas un étranger au Canada, loin de là.

Nous avons le plaisir d'annoncer le retour du Dr Brodeur, mieux portant que jamais, nos félicitations à notre confrère de son heureux retour,

À nos Amis de France MM. les Dr. Foveau de Courmelles, Loir, Proust et Triboulet

C'est avec un plaisir tout spécial, qu'au nom de ses lecteurs, le "Journal de Médecine et de Chirurgie", souhaite la bienvenue, à ces hôtes distingués que la France a délégué à notre congrès.

Puissent ils retrouver auprès de nous, sur cette terre qui a gardé tant de souvenirs de la France, l'enthousiasme, la cordialité, la franchise en tout et pour tout, qui est la caractéristique de notre race, et puissent-ils, quand ils retourneront vers notre mère patrie, emporter gravé dans leur mémoire le souvenir du succès si mérité du Congrès de Trois-Rivières.

LA DIRECTION.

Troisième Congrès

— DE —

L'Association des Médecins de langue française

DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Nous sommes heureux de communiquer à nos lecteurs quelques nouvelles qui compléteront ce que nous avons écrit jusqu'ici à propos du 3ème Congrès, qui sera tenu aux Trois-Rivières, le 26-27-28 juin courant.

Monsieur le Docteur Proust, chirurgien des hôpitaux, sera, le représentant officiel et délégué de l'Université de Paris.

Monsieur le Docteur Foveau de Courmelles, représentera au Congrès, la Société des Praticiens et la Société d'hygiène de Paris.

M. le professeur Armand Gauthier, président de l'Académie de Médecine, par l'entremise du Secrétaire d'Etat a fait parvenir un rapport très important et très documenté, sur la genèse des eaux thermo-minérales.

Monsieur le Docteur Triboulet, représentant du Gouvernement Français, et monsieur le Docteur Loir, ancien préparateur de Pasteur, sont partis de Liverpool, par "l'Ionian", jeudi le 14 courant. Ils arriveront probablement le 24 courant aux Trois-Rivières.

Nous espérons que le vœu émis lors de la Clôture du Congrès de Montréal, pourra se réaliser pendant le séjour assez prolongé, nous dit-on, que

M. le Dr Loir, fera parmi nous, puisque c'est son intention, de fonder ici, à Montréal, un Institut Pasteur.

Monsieur le Docteur Loir, a déjà fondé l'Institut Pasteur, de Tunisie et d'Australie.

INSTITUT PASTEUR ET SÉROTHÉRAPIE

Le Congrès médical émet le vœu suivant.

1o Dans l'intérêt scientifique et national et pour l'avantage thérapeutique de tous les malades de la Puissance du Canada souffrant d'affections, curables par la sérothérapie, des représentations soient faites aux autorités du gouvernement fédéral pour l'inviter à fonder un institut Pasteur qui répondra au besoin immédiat de la population en ce pays.

Les membres de ce Congrès assurent les gouvernements qu'en agissant ainsi ils conserveraient à la Patrie, un plus grand nombre de ses enfants, par une distribution moins onéreuse d'une médication sûre et certaine."

Le succès scientifique du 3ème Congrès est chose assurée; au delà de 110 communications ont été reçues par Monsieur DeBlois, secrétaire-général, et 250 médecins, ont payés leur cotisation et se sont engagés à prendre une part active au Congrès.

EXCURSION A SHAWANIGAN

Pour permettre aux Congressistes de mieux apprécier Shawanigan et ses environs, le Comité a décidé d'avancer l'heure du départ. Le rapide quittera la gare des Trois-Rivières à 9 heures a.m. très précises, au lieu de 10 heures, tel que mentionné antérieurement. Le retour de Shawanigan aura lieu à 2 1/2 heures p.m. Les excursionnistes à leur retour aux Trois-Rivières, pourront communiquer avec les trains de Montréal et de Québec.

EXCURSION AU LAC ST JEAN

Par faveur spéciale, le Comité général du Congrès a réussi à obtenir, pour les médecins désirant visiter le Lac St-Jean, une réduction très notable du prix de passage. Le prix spécial est de \$5.70 de Québec au Lac St-Jean et retour.

SÉANCE DE CLOTURE

Le comité, ayant fixé à 9 heures, le départ de l'excursion aux Châtes Shawanigan, la séance de clôture aura lieu à 8 heures a.m.

ORDRE DES DISCOURS

Voici l'ordre des discours arrêté par le Comité

Général, pour la séance d'ouverture, qui aura lieu mardi soir, le 26 juin :

1o Discours du Président Général du 3ème Congrès, M. le Dr L. P. Normand ;

2o Discours du Lieutenant-gouverneur Jetté.

3o Discours du Premier Ministre, l'hon. Lomer Gouin.

4o Discours de Monsieur le Maire des Trois-Rivières.

5o Discours de M. le Dr Triboulet, représentant du gouvernement français.

6o Discours de M. le Dr Prôust, représentant de l'Université de Paris.

7o Discours de M. le Dr Foveau de Courmoules, délégué officiel de la Soc. des Praticiens.

8o Les autres délégués des Sociétés Médicales Françaises.

9o Discours du Vice-Consul de France, M. le Baron d'Halwyn.

10o Discours des Représentants des Sociétés Médicales des Etats-Unis et des Provinces-Sœurs.

11o Discours de Monseigneur Cloutier, évêque des Trois-Rivières.

La fête de nuit, dont le programme a été donné en entier dans un numéro précédent, commencera aussitôt après la séance d'ouverture, vers les 9 heures p.m.

REDUCTION SUR LES CHEMINS DE FER

On nous prie d'annoncer officiellement que tous les chemins de fer du Canada et des Etats-Unis, ont consenti à donner des réductions aux Congressistes et à leur famille. Pour l'obtenir, il suffit de prendre un billet simple, et exiger un certificat d'identification de l'agent de la gare où l'on prend le billet. Arrivé aux Trois-Rivières, le Congressiste doit présenter ce certificat à Monsieur le Dr DeBlois, secrétaire Général qui, donnera un bon pour retourner gratuitement.

Encore une fois, le Congressiste doit avoir soin d'exiger un certificat d'identification de l'agent, autrement, M. le secrétaire-Général, se verrait dans la triste nécessité de refuser le bon pour le retour gratuit.



Nos Dents sont très belles, naturelles, garanties,
**Institut Dentaire,
Franco Américain,**
(incorporé), 129 rue St-Denis, Montréal.

Travaux Originaux

Traitement des plaies et ruptures traumatiques du Pancréas

(Par Reynaldo dos Santos)

Chirurgien des hôpitaux à Lisbonne,

Comme en général pour toutes les plaies et ruptures des organes abdominaux, c'est l'intervention chirurgicale qui s'impose comme traitement ; toutefois comme la difficulté est précisément dans le diagnostic de la lésion, les indications doivent être examinées séparément, qu'il s'agisse de plaie pénétrante de l'abdomen ou de contusion du ventre.

Dans le premier cas, à mon avis, on ne doit pas hésiter, et à part les contre-indications données par l'état de shock ou de collapsus extrêmes, on doit toujours faire la laparotomie ; attendre des symptômes de lésion viscérale c'est attendre une péritonite ou l'anémie et s'exposer aux probabilités toujours croissantes de ne plus arriver à temps.

Dans les cas de contusion du ventre les indications sont celles déjà connues et établies en chirurgie abdominale, ce n'est que dans les cas où le traumatisme a porté sur l'épigastre que l'on doit avoir présente à l'esprit la possibilité d'une contusion ou rupture du pancréas et contribuer à la précocité de l'intervention.

Nous devons nous rappeler qu'il n'y a pas ici seulement le danger de l'hémorragie et de l'infection, mais encore un troisième et bien grave, celui qui résulte de l'action digestive du suc extravasé ; donc l'intervention doit être précoce d'autant plus que dans les contusions graves, même quand le pancréas se trouve intact, il y aura presque toujours d'autres organes lésés qui justifieront la laparotomie.

Suivant une règle générale celle-ci sera médiane et sus-ombilicale.

Par quelle voie explorer le pancréas ?

Quatre voies peuvent être suivies :

Gastro-hépatique ;

Gastro-colique ;

Trans-mesocolique ;

Retro-duodénale (après mobilisation du duodénum, à la Kocher).

Je préfère la voie gastro-colique, étant de tou-

tes, celle qui donne le plus large accès pour n'importe quelle partie de l'organe et qui encore peut être utilisée pour le drainage ou le tamponnement. La voie retro duodénale, employée par Horté ne donne accès qu'à la tête du pancréas et a de rares indications pour les cas de plaie ou rupture.

Par voie lombaire, la tête et principalement la queue sont seulement accessibles, en sorte que si des tumeurs, des kystes ou des abcès ont été atteints par cette voie, dans les cas de rupture ou de plaie du pancréas, elle pourra seulement être indiquée quand la formation d'un hématome présente une saillie sur la région lombaire ; mais, que je sache, elle n'a jamais été employée, excepté pour le drainage comme dans le cas de Yepson.

La lésion du pancréas reconnue, comment la traiter ?

L'anatomie-pathologique montre les deux grands dangers auxquels il faut obvier. "L'hémorragie et l'extravasation du suc pancréatique."

En général, l'hémorragie peut être arrêtée par ligatures simples ou en masse, ou bien par tamponnement.

Quant à l'extravasation, elle peut être empêchée par la suture de la plaie du pancréas associée ou non au tampon.

Mais les indications de ces modes de traitement varient selon les cas et nous devons distinguer les différentes hypothèses pour indiquer à propos de chacune, la thérapeutique de choix.

Généralement, la suture d'une plaie du pancréas est facile et elle maintient les bords bien unis, quand ceux-ci sont nets et celle-là récente ; c'est ce que j'ai eu l'occasion d'observer dans mes cas expérimentaux et ce que déjà d'autres expérimentateurs comme Ceccherelli, par exemple, avaient vu aussi. Si, toutefois, la plaie est contuse, de bords irréguliers, et le tissu du pancréas très friable, les nécroses partielles sont à craindre et la suture n'est pas indiquée. Dans le premier cas elle peut encore, par elle seule empêcher le suc pancréatique de sortir, dans le second, son extravasation et les nécroses partielles sont presque fatales ; c'est ce qui arrive surtout dans les cas consécutifs à une contusion abdominale.

Quant au tampon, il est vraiment un moyen bien sûr d'hémostase quand il est bien appliqué ; lorsque il s'agit cependant d'empêcher la diffusion d'un suc aussi irritant comme celui qui sort d'un pancréas déchiré le tampon seul, peut être insuffi-

sant. C'est ce que nous montre le cas de Kindt dans lequel "quoique l'on ait fortement tamponné la région derrière l'estomac, comme aussi le pancréas, spécialement à l'endroit blessé et son voisinage, le suc pancréatique a pu atteindre la cavité abdominale et produire une nécrose du tissu adipeux. D'où la conclusion de Kindt que "dorénavant on doit dans les cas de plaie du pancréas non seulement tamponner le pancréas et son voisinage, mais réunir les bords entr'ouverts de la plaie par ligatures en masse ou sutures profondes."

Dans le cas de Schweider, il avait une rupture transversale de la tête du pancréas, avec formation d'un hématome derrière l'estomac et sous le foie. Tamponnement et drainage de la cavité ; fermeture du ventre en ménageant une ouverture pour le tampon.

A l'autopsie on a trouvé "peu de liquide sero-sanguinolent dans la cavité du ventre, distention des anses intestinales, adhérence entre l'intestin et le foie, et, excepté la rupture du pancréas, aucun organe abdominal n'était blessé."

"Le grand épiploon, situé auprès de l'ouverture du drainage, montrait une distincte nécrose du tissu adipeux."

Résumant, comme le dit Chikulicz : la suture par elle seule, surtout dans les plaies contuses est insuffisante ; le tampon aussi étant isolé, peut ne pas suffire comme le prouvent les deux cas rapportés. Il faut donc recourir à l'emploi des deux moyens, non seulement pour garantir l'hémostase comme surtout pour empêcher l'extravasation du suc pancréatique et les nécroses qu'il produit. On doit pour cela, faire le tamponnement "non seulement de la plaie du pancréas, mais des parties environnantes aussi (Borchardt), dans le but de provoquer une formation rapide d'adhérences protectrices."

Quant à la technique de la suture il faut suivre le conseil de Küttner, en prenant garde de ne pas trop enfoncer l'aiguille, de peur d'atteindre l'artère mésentérique supérieure, dans les cas où la plaie du pancréas siège auprès d'elle.

Le matériel de suture employé a été soit le catgut (Küttner), soit la soie (Borchardt, Yepson).

Outre "les ligatures, les sutures et le tamponnement", on a proposé un autre procédé de traitement basé sur des travaux expérimentaux et qui

a été rarement exécuté pour les ruptures et les plaies du pancréas.

C'est la "résection partielle" proposée par Senn et conseillée plus tard par Mugnai, Ceccherelli, Ninni, Garré, etc.

Senn, d'après ses expériences, préconise la résection des parties contuses, sans suture des deux fragments, vu que la cicatrice obstrue le ductus pancréatique et, sa continuité ne se rétablissant pas la portion glandulaire périphérique s'atrophie qu'elle se réunisse à la portion centrale ou en reste séparée. Donnant le même conseil que Senn, Mugnai dit que l'on doit réséquer le bout caudal toutes les fois qu'il y ait une blessure du ductus de Wirsung celui-là étant destiné à se scléroser.

A mon avis cela vient compliquer l'opération, qui doit ordinairement être rapide, et comme le dit Kuttner expose à de nouvelles hémorragies très graves chez des malades qui presque toujours sont assez anémiés.

Outre que la blessure du canal peut être placée près de la tête, où son calibre est plus large et la quantité de suc qui en sort est assez abondante pour que l'on redoute l'abandon de tout le segment caudal ouvert de cette façon dans le ventre, mais dans ce cas c'est la suture du canal qui est indiquée à la Ceccherelli et non la résection d'une aussi grande partie de la glande ; ou bien l'incision du ductus est près de la queue et alors les grands épanchements du suc ne sont pas à craindre et il est préférable de laisser le morceau détaché se scléroser que de prolonger l'opération pour une résection inutile.

J'ai eu l'occasion de pratiquer quelques résections partielles de la portion splénique du pancréas de quelques chats, et aussi de sa portion duodénale.

Les morceaux réséqués avaient parfois 1 et 2 centimètres d'extension, la continuité de l'organe restait largement interrompue. Cependant la cicatrization des bouts se faisait régulièrement, et quoiqu'il y eût sclérosé du segment caudal splénique ou duodénal (comme je l'ai constaté, sacrifiant les animaux deux ou trois mois après), je n'ai jamais observé que son abandon dans le ventre ait eu des complications ou la mort pour résultat.

Les indications pour la résection sortent, donc, non comme le voulait Mugnai de ce que le ductus de Wirsung soit ou non intéressé, mais de l'état de vascularisation des différentes parties de

l'organe, comme on va le voir par quelques cas que je vais citer.

Garré rappelle le cas de Villière où il y avait rupture de l'artère splénique. Le malade est mort rapidement, en conséquence d'une nécrose de la partie caudale du pancréas.

Dans ce cas la suture n'était pas indiquée et c'était la résection partielle qui s'imposait.

Dans un cas de Fontoynt (1905) il y a eu rupture de la rate et de l'artère splénique avec écrasement de la queue du pancréas consécutivement à un traumatisme sur le flanc gauche. Splénectomie, résection de la vécue du pancréas. Fistule pancréatique pendant quelques jours, finalement guérison.

C'est l'unique observation clinique de résection pour traumatisme que je connais, hormis les cas de prolapse dont je ne m'occupe pas dans cet article.

Finalement dans le cas de Garré, où il y avait une rupture verticale et totale du corps du pancréas, cet illustre chirurgien, après avoir reconnu l'intégrité de l'artère splénique et une vascularisation suffisante du bout caudal, a fait une suture de pancréas en assurant celle-ci et le drainage avec un tamponnement convenable. Le malade est sorti six semaines après, complètement guéri et sans fistule.

Donc, ce qui détermine le choix du genre d'intervention, c'est l'état plus ou moins contus de l'organe, et l'examen de la vascularisation de la partie caudale. On fera la résection dans les cas comme celui de Fontoynt, et la suture dans ceux dont celui de Garré est le type.

Si la suture est indiquée dans un cas où il y a rupture du ductus Wirsungianus, Ceccherelli conseille de suturer celui-ci avec des aiguilles fines et rondes (intestinales) sans pénétrer dans la lumière du canal pour ne courir le risque de provoquer la formation ultérieure de calculs.

Si les destructions sont totales on ne peut que tamponner, l'ablation de l'organe tout entier étant difficile et fatale.

Le drainage a été fait avec de la gaze ou des tubes sortant par la partie antérieure de l'abdomen, à l'exception d'un cas de Yepson (1905) où la voie lombaire a été celle adoptée, suivant l'exemple de Roswell Park (1902, *Journals of Surgery*) quoique dans ce dernier cas il ne s'agissait que de plaies de l'estomac et du foie.

Mays Robson fait précéder et suivre les inter-

ventions par lésions pancréatiques de l'administration de chlorure de calcium, ce qui diminue, à son avis, grandement les hémorragies.

Dans 73 cas que j'ai réunis, dont un personnel, on a intervenu 35 fois, avec 19 morts et 16 guérisons, soit une mortalité de 54, 3 p.c.; dans tous les autres 35 cas qui sont restés sans être opérés la mort s'est suivie.

Parmi les cas de guérison il y en a trois où il s'est formé une fistule pancréatique qui d'ailleurs, s'est toujours fermée spontanément. (Randall, Becker, Fontoyront).

Qu'est-ce qui cause la gravité des plaies et des ruptures du pancréas ?

Les circonstances qui les originent, traumatismes intenses.

La profondeur où elles sont.

Les plaies concomitantes des autres organes.

L'action du suc pancréatique.

Les suites inflammatoires.

Les hémorragies secondaires.

On ne pense pas assez à cet organe ce qui fait que très souvent de graves lésions soient passées inaperçues.

Comme le dit Korte, " les chirurgiens oublient trop souvent qu'il y a un pancréas dans le ventre."

RAYNALDO DOS SANTOS.

Le 28 avril 1906, Hôpital de S. José, Lisbona.

Remarques sur le diagnostic et le traitement de l'occlusion intestinale aigue

(Par le Dr F. Monod.)

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Je choisirai pour exemple le cas type d'un cas d'occlusion intestinale aigue, auprès duquel un médecin peut se trouver à tout moment appelé : les accidents datent de 36 à 48 heures, car il est rare qu'on nous fasse chercher plus tôt, les accidents n'apparaissant qu'à ce moment ; les douleurs abdominales sont en général très vives, et le malade ne peut aller à la selle, il n'est même pas rare qu'il ait eu déjà un ou deux vomissements non fécaloïdes, et le faciès est généralement suffisamment grippé, changé, pour effrayer sérieusement l'entourage. En interrogeant le malade, on apprend aisément qu'il y a eu suppression absolue des matières et des gaz depuis la veille,

l'avant-veille, en découvrant le ventre, il apparaît distendu. Tels sont les symptômes types de l'occlusion intestinale aigue, qui se déclarent en général dans les 48 premières heures ; ces symptômes ne feront que s'accroître durant les jours qui suivent : augmentation du météorisme abdominal, et des douleurs, vomissements non fécaloïdes qui peuvent devenir incessants et fécaloïdes suppression totale des gaz et des selles qui se maintient absolue, faciès qui se grippe chaque heure d'avantage, mais, et j'insiste sur ce point, le pouls faiblit sans dépasser 100 et il n'y a pas de température. Revenons sur quelques-uns de ces symptômes, car ce sont eux qui dans la plupart des cas nous donneront la clef du diagnostic.

La douleur, dans la plupart des cas est le symptôme initial, mais elle peut varier dans son intensité et dans son siège : apparaissant généralement sous forme de colique ; elle peut être dès le début très vive et localisée en un point de l'abdomen ; d'après Trèves, quand le maximum de la douleur siège au niveau de l'obstacle, cela tiendrait à ce que le plexus solaire correspond à cette région, mais quand son siège est autre, on peut soupçonner, sans toutefois l'affirmer qu'elle se trouve à correspondre au siège de l'obstacle ; quoiqu'il en soit dans la majorité des cas, elle se généralise rapidement à tout le ventre, et il est bien rare que le médecin arrive à temps pour la localiser lui-même, il devra donc dans la majorité des cas s'en rapporter au dire du malade qu'il interroge ; l'intensité de cette douleur est variable, au point de pouvoir presque faire défaut, le malade n'accusant que quelques coliques de faible intensité, mais c'est un fait exceptionnel ; dans la majorité des cas elle existe continue, plus ou moins vive, avec des crises d'exacerbation survenant à des intervalles variables, la douleur continue étant due d'après Jalaguier à la striction permanente de l'intestin et du mésentère, les paroxysmes, aux contractions peristaltiques et anti-peristaltiques de l'intestin, qui sont intermittentes ; mais toujours cette douleur va en augmentant à mesure que se distend le ventre et sa disparition brusque au bout de quelques jours est du plus mauvais augure, car elle indique en général l'arrivée en scène de la complication la plus redoutable de l'obstruction, la gangrène et surtout la perforation.

Les "nausées et les vomissements" sont généralement précoces et constants, et les matières

vomies d'abord alimentaires, deviennent à mesure que les heures s'écoulent muqueuses, puis bilieuses et enfin fécaloïdes, mais entre le vomissement précoce, abondant, incoercible, et l'état simplement nauséux, tous les intermédiaires peuvent être observés, aussi ne peuvent-ils avoir grande valeur diagnostique ou pronostique, et il faut se garder de conclure de la rareté ou de la cessation des vomissements (qui peuvent disparaître complètement au bout des deux ou trois premiers jours), à la cessation de l'étranglement.

L'absence totale de selles et surtout l'absence d'émission de gaz par l'anus, est le symptôme par excellence, qui ne peut manquer et sans lequel on peut dire qu'il n'y a pas d'occlusion— il faut cependant être mis en garde contre le fait que tout au début, bien que l'occlusion existe déjà, le bout inférieur de l'intestin peut se vider et donner lieu à une ou deux selles, mais au bout de très peu de temps, rien ne passe plus, et rien ne doit plus passer par l'anus, s'il y a obstruction en un point quelconque du tractus intestinal.

“ L'examen du ventre ” donne lieu à des résultats variables, suivant que le ventre extrêmement distendu, refoulant le diaphragme, gênant la respiration et la circulation, se refuse en quelque sorte à une exploration quelconque, ou que comme on peut l'observer dans un certain nombre de cas très aigus, le ventre rétracté par la contraction des muscles abdominaux provoquée par la douleur, offre à la main qui explore une surface dure et douloureuse ne permettant d'obtenir aucun renseignement utile : Heureusement que dans les cas de beaucoup, les plus fréquents, le médecin trouve un ventre modérément distendu, ayant même conservé en partie sa souplesse normale, si les accidents ne remontent pas à plus de 48 heures et qu'il peut explorer relativement à son aise. la première chose à rechercher est la douleur à la pression, manquant presque toujours au début, mais ne tardant pas à apparaître. Si un maximum de douleur se retrouve toujours en un même point à la pression, et que ce point particulièrement douloureux corresponde à celui qui a été le siège initial de la douleur, ce sera là, un signe très précieux, car il pourra indiquer au chirurgien le siège probable de l'obstacle.

Plus important encore, est d'examiner avec soin la forme du ballonnement du ventre car si la distension porte principalement sur l'intestin grêle, faisant dans la partie centrale de l'abdomen

un relief évident, tandis qu'alentour les régions occupées par les diverses portions du gros intestin sont plutôt affaissées, on peut en conclure que l'obstacle doit siéger sur une anse grêle, condition défavorable à l'établissement d'une anse contre nature, et devra conduire le chirurgien à pratiquer une laparotomie médiane, afin de se comporter suivant les circonstances : si au contraire le ventre est uniformément distendu, le gros intestin participant à la distension autant que les anses grêles, on pourra en déduire que le siège de l'obstacle siège plus bas que le grêle, et le chirurgien pourra se conduire en conséquence.

Les phénomènes généraux sont en général des phénomènes de dépression ou d'ordre nerveux réflexes, secondaires à l'irritation entretenue par la distension, sur les nerfs mésentériques et intestinaux, et retentissant non seulement sur le système sympathique abdominal mais aussi sur le bulbe et la moëlle, ils n'ont que peu d'intérêt au point de vue diagnostique. Plus important est de connaître les signes indiquant l'entrée en scène de la perforation ou de la péritonite, indiquant par ce fait même qu'il va être peut-être trop tard pour intervenir utilement. Malheureusement ces symptômes sont parfois bien difficiles à saisir et à interpréter. Cependant quand au cours d'une occlusion intestinale bien établie on constate que les vomissements deviennent fécaloïdes, la douleur à la pression superficielle, avec défense de la paroi, que la percussion décèle un certain degré de matité ou de submatité dans la région des flancs, au voisinage ou dans l'hypogastre, ou qu'un léger œdème envahit la paroi abdominale, il faudra craindre la péritonite, car ce ne sont pas des symptômes propres à l'occlusion type surtout si le malade a frissonné une ou deux fois et que l'on constate une dissociation entre le pouls et la T° mais il faut bien l'avouer, ces signes sont bien vagues, bien incertains et il est en général aussi difficile parfois de poser d'une façon absolue le diagnostic entre une occlusion et une péritonite, qu'il est difficile d'affirmer qu'une occlusion bien établie vient de se compliquer de péritonite ; aussi bien cela vaut-il mieux peut-être, car la crainte de ne pouvoir dépister la péritonite à son début, rendra-t-elle au médecin, plus impérieux que jamais, le devoir de prévenir cette péritonite qu'il redoute en établissant dès qu'il le peut un traitement rationnel : et le seul qui s'impose est celui médical ou chirurgical, qui lèvera

l'obstacle ou palliera momentanément à ses effets mortels.

Or devant une occlusion intestinale bien établie je ne pense pas qu'il y ait un chirurgien, qui aujourd'hui professé qu'il faut recourir au traitement chirurgical d'emblée : avec cette réserve qu'il n'y ait pas dans le cas supposé bien entendu un obstacle mécanique évident et que l'acte chirurgical seul pourrait lever.

C'est donc par le traitement médical qu'il faut en général commencer qui donnerait d'après les auteurs 25 p.c. environ de guérison, certains même admettant une proportion encore plus forte — "mais à aucun prix et sous aucun prétexte" et avec Jalaguier, je souligne cette règle, "on ne donnera un purgatif", il faut et ici, je copie textuellement. Jalaguier : renoncer absolument à cette pratique irrationnelle et funeste qui n'ayant en vue que le seul symptôme, absence de selles, s'efforce empiriquement de provoquer des évacuations par des purgatifs violents et répétés, médication qui n'a d'autre effet que de torturer les malades et de hâter la terminaison fatale."

De même il faut radicalement condamner et rejeter les grandes injections rectales d'eau, les insufflations d'air, ou avec Senn de gaz (hydrogène), pratiques brutales, bien rarement suivies de succès, et qui peuvent faire éclater l'intestin ; le massage, sorte de taxis abdominal, agissant à l'aveugle sur un intestin gravement atteint, aussi dangereux dans l'occlusion aiguë que dans la hernie étranglée ; les ponctions capillaires de l'intestin unanimement condamnées aussi bien par les chirurgiens américains que français. De sorte qu'en réalité le traitement médical se trouve réduit à l'administration d'un médicament, l'opium, et à la seule intervention permise en dehors de l'acte chirurgical, le lavement électrique :

L'administration de l'opium a été depuis de longues années préconisée et réglé par Moutard-Martin. Il doit être donné par la bouche, par pilules d'extrait thébaïque de 1 centigr. prises d'heure en heure jusqu'à la dose de 15 à 20 centigrammes pour un adulte. L'opium diminue la douleur, arrête les vomissements rend à la langue son humidité, augmente la quantité d'urine émise et place le malade en meilleure situation devant l'intervention dont le premier acte si je puis m'exprimer ainsi sera l'administration d'un lavement électrique, qui est entre les mains du médecin, la

meilleure pierre de touche, capable de lui donner l'assurance que l'obstacle créant l'obstruction est réel ou non. S'il agit et qu'il est effectif le médecin a sauvé son malade en lui évitant une laparotomie, s'il échoue, le médecin n'hésite plus à avoir recours à la chirurgie, sans avoir mis la vie de son malade en danger : il n'y existe qu'une contre indication, que Boudet de Paris considérait comme presque formelle, savoir l'affaiblissement du cœur et l'état syncopal qui en est la conséquence.

Le seul inconvénient du lavement électrique est qu'il nécessite l'emploi d'une bonne batterie à courants continus, susceptible de donner 50 milliampères. Le malade étant couché sur le dos, les jambes fléchies, on introduit par le rectum aussi profondément que possible une grosse sonde en gomme armée d'un mandrin métallique tubulaire, le mandrin est relié avec le fil correspondant au pôle positif de la pile et constitue l'électrode positive — l'électrode négative est constituée par une large plaque métallique couverte de peau de chamois, imbibée d'eau salée et appliquée sur la paroi abdominale antérieure, elle est reliée au pôle négatif de la pile. Il faut avoir soin quand le courant est établi de la changer de place toutes les 4 à 5 minutes en la faisant passer d'une fosse iliaque à l'autre en passant par la région ombilicale.

Le mandrin métallique rectal, ne doit pas par son extrémité dépasser l'œil de la sonde en caoutchouc, dont le rôle est précisément d'isoler le mandrin d'un contact direct avec la paroi de l'intestin. A l'aide d'un tube en caoutchouc l'extrémité externe du mandrin métallique est reliée à un irrigateur ordinaire contenant de l'eau salée que l'on injecte très lentement dans l'intestin en élevant peu à peu l'irrigateur de façon à faire passer 1-2 litre à 1 litre, puis l'appareil est placé sur un meuble voisin à faible hauteur de façon à ce que la pénétration du liquide se poursuive doucement pendant que l'on va établir le courant électrique. Cette eau salée traversant le mandrin s'y électrise remplit l'intestin et va porter l'électricité sur tous les points où elle entre en contact avec la muqueuse, jouant le rôle d'une large électrode liquide.

Le courant électrique est alors établi, et si rien d'anormal ne se produit, si le malade supporte bien l'épreuve, on portera rapidement l'intensité du courant à 35 ou 40 milliampères. Dans

les cas heureux la débâcle se produit complète avant la fin d'une séance qui ne doit pas dépasser 1-4 d'heure à 20 minutes. Mais il ne faut pas s'y attendre et si le malade n'a rendu que quelques gaz " authentiques " ainsi que dit Lejars et quelques matières, il faut savoir ne pas prolonger la séance, et attendre : dans les heures qui suivront souvent la débâcle aura lieu. Si elle ne se produit pas, alors se pose, la grosse question de savoir s'il faut devant un premier échec attendre 7 à 8 heures et recommencer, ou abandonner la tentative et recourir à l'intervention chirurgicale. Avec Lejars je crois que si le ventre n'est pas très ballonné, les vomissements rares, le pouls et le faciès bons, si l'on a de grandes raisons de croire que l'on se trouve en présence d'une obstruction stercorale, ou un pseudo iléus, on est en droit de laisser reposer le malade 2 ou 3 heures, et de pratiquer une seconde séance, mais pas plus et pas plus tard et pour peu que l'on ait un doute, il faut savoir résolument abandonner le malade au chirurgien.

Thérapeutique

Du Traitement de l'Angine de Poitrine et des Affections analogues

Par la Gymnastique et le Massage du thorax

(Par le Dr V. Hasebroek, (Hambourg)

Communication au premier Congrès international de Physiothérapie (Liège 1905).

Depuis plusieurs années, je traite par la gymnastique des malades souffrant d'angine de poitrine.

Le résultat est variable, tantôt positif malgré la multiplicité et la violence des attaques, tantôt négatif, même après un traitement assidu, continué pendant des années. Il n'existe pas de contre-indication résultant de l'état anatomique du cœur et des artères, même si le cœur est fortement altéré, au point de vue pathologique.

Cela résulte clairement du cas suivant, dont j'ai retracé la marche plus en détail et qui a pu être soumis à la vérification de l'autopsie. Ce cas a par ce fait même une signification considérable. En même temps il peut être regardé comme type d'un résultat favorable.

M. L., 65 ans. Dans les dernières années a souvent eu des attaques d'angoisse et d'accablement, lassitude des bras et sensation d'oppression

sensation d'un poids sur la poitrine, tension de la poitrine qui s'étend jusque dans les bras, accélération remarquable du pouls, rarement en dessous de 100, allant quelquefois jusqu'à 120 — 140, atteignant dans les moments d'excitation 180 pulsations. (II)

Sujet petit et corpulent, au teint mât et blafard.

Battements du cœur visibles dans la position normale ; à la percussion, un peu d'hypertrophie à droite. Pouls 124, fort ; artères tendues.

Traitement par la gymnastique :

20 février. — Le mouvement du pouls est influencé fortement par la vibration dorsale, descendant de 115 à 75 pulsations, immédiatement après l'application de l'appareil Zander F. I.

18 mars. — Se sent mieux, le cœur constamment plus calme, pouls à 102.

17 avril. — Le malade part pour Baden-Baden où il continue le traitement kinésithérapique.

22 mai. De retour à Hambourg, il recommence le traitement avec le plus grand zèle et se sent pendant l'exercice beaucoup mieux. Les exercices lui sont devenus un besoin. Pouls rarement au dessous de 90.

2 juillet. — Pendant quelques jours, pouls à 64.

22 avril. — Se sent vraiment bien ; le sentiment d'oppression qu'il avait en marchant, a disparu, pouls à 70, sans la moindre agitation.

2 octobre. — Le malade part une seconde fois pour Baden-Baden où il a eu des attaques violentes pendant la nuit, plusieurs fois, morphine et chloral, et iode.

De retour à Hambourg, il continue le traitement de gymnastique qui lui procure du soulagement.

16 octobre. — Mort subite au dehors de l'Institut, pendant qu'il était assis tranquillement sur une chaise.

Autopsie :

... " Aeli positas universalis et cordis. Emphysema pulmonum. Arteriosclerosis et Atheromatosis. Aort. gravissima et Art. Coronarum earumque ramorum. Myocarditis fibrosa intertrata et vaeuus paretum et muscul-papill."

Malgré ces importantes altérations pathologiques au cœur même, non seulement les exercices ne provoquent aucun symptôme dangereux, mais la gymnastique produisait plutôt un sentiment de bien-être.

Ce sentiment n'était pas subjectif et de courte durée, tel qu'on puisse le considérer comme produit par la suggestion, mais au contraire il correspondait manifestement à un soulagement réel avec en même temps une diminution clinique de la quantité et de la qualité du pouls.

Depuis l'observation de ce cas, j'ai eu l'occasion de traiter avec le même succès symptomatique complet, toute une série de malades, qui quoi qu'ils ne fussent pas soumis à l'autopsie, démon-

traitant la gravité de leur maladie par une mort subite identique. Jamais cependant cette mort subite ne s'est présentée pendant les exercices, mais toujours pendant qu'ils étaient ailleurs et se tenaient tranquilles.

Le Dr Nebel aussi insiste sur cette circonstance que l'expérience lui a démontrée, et il est à ma connaissance que le Dr Zander a observé la même chose dans sa pratique de nombreuses années.

L'observation relatée ci dessus, confirmée par le résultat de l'autopsie, justifie l'idée que dans les cas d'artériosclérose et même dans des cas graves d'atheromatose de l'aorte, notre traitement de gymnastique ne cause pas de dangers immédiats, et comme l'artériosclérose générale est suivie souvent par l'angine de poitrine, cette innocuité a une grande signification.

Cette circonstance gagne encore en importance par la remarque que j'ai pu faire dans les affections légères et très légères de l'angine de poitrine. Dans ces affections le traitement par la gymnastique, produit une amélioration rapide et sûre, aussi bien subjective qu'objective.

En même temps on obtient un ralentissement du pouls et une diminution de la tension des artères. Quant à ces affections angineuses plus légères, j'ai eu l'impression qu'elles correspondent chez les hommes à une période critique du retour d'âge et j'ai la conviction personnelle, qui s'est encore affirmée dans le cours des années, quoique je ne sois pas un enthousiaste de mon métier, que la gymnastique régulière et quotidienne est le meilleur moyen pour traverser la période dangereuse de l'artériosclérose et pour prévenir les affections graves qui pourraient en changer en apoplexie. On peut objecter que les cas les plus légers de l'angine de poitrine, se rencontrent surtout chez les neurasthéniques qui sont déjà influencés par suggestion. Mais la neurasthénie chez des personnes entre deux âges et chez les vieillards est sans doute en relation avec l'artériosclérose et on peut croire que la gymnastique donne surtout un bon résultat en agissant sur la sclérose.

Ce sont surtout les résultats extraordinaires sur les neurasthéniques âgés qui m'ont fait émettre, il y a plusieurs années déjà, l'opinion que les Instituts de gymnastique rationnelle dans les grandes villes sont un des plus puissants facteurs de l'hygiène.

Comme on sait, l'idée est très répandue, que ceux qui souffrent de l'artériosclérose et surtout ceux qui ont le pouls agité et les artères tendues ne doivent pas faire d'exercice.

On y voit le fantôme effrayant de la pression augmentée du sang. Ce sont ici les mêmes préjugés théoriques qu'on entend encore de temps en temps prononcer contre le traitement par l'eau froide de l'artériosclérose.

Il faut combattre ici des préjugés qui toujours reparaissent.

Même un mouvement actif à résistance très

forte ne peut donner qu'une augmentation passagère de la pression sanguine, elle est suivie plus tard d'une diminution.

On se souvient encore trop de l'augmentation vraiment anormale de la pression du sang qu'Oertel obtenait en appliquant sa gymnastique d'ascension de montagnes, un travail qui faisait transpirer les patients et les mettait hors d'haleine.

Quelle différence fondamentale avec notre gymnastique, où l'on est obligé de respirer tranquillement pendant chaque exercice.

C'est ici le lieu de toucher à une autre particularité jusqu'à présent peu remarquée, qui fait que la gymnastique "mécanique" de Zander donne de si bons résultats et en tout cas la rend non-dangereuse. Cette question qui touche à l'étude de la pression sanguine, concerne le facteur "de la fatigue pendant l'exercice."

Les symptômes qui accompagnent la fatigue sont les palpitations et la dyspnée. La dyspnée provoque et favorise l'augmentation de la pression sanguine.

Au contraire la gymnastique qui ne produit pas de fatigue, est la plus avantageuse.

Moins le travail conscient des nerfs et des contractions volontaires est considérable, moins il se produit de fatigue dans les exercices corporels.

Examinons les exercices à ce point de vue. Ces conditions sont remplies le plus facilement et le mieux par le travail musculaire qui répond aux conditions suivantes : 1o) n'exiger que des contractions régulières ; 2o) autant que possible la production de contractions secondaires ; 3o) combiner l'exercice dans une série de mouvements uniformes et réguliers, qui exigent les mêmes impulsions de contraction et suivent les mêmes nerfs.

La gymnastique manuelle ne satisfait pas à ces conditions parce que la résistance est produite par une seconde personne.

Dans ce cas, il est vraiment à craindre que la résistance ne se produise avec secousses. Chaque changement de résistance irrégulière éveillera l'attention du patient, l'irritera et celui-ci suivra avec une plus grande attention ces changements, ce qui veut dire, comme nous venons de le voir, exigera une consommation plus grande de travail nerveux volontaire et conscient.

Encore moins favorables sont les circonstances par rapport à la fatigue, au point de vue de notre théorie, dans la "Selbsthemmungsgymnastik" (gymnastique auto-active) du Dr Schott de Nauheim.

Dans cette gymnastique il est impossible de travailler automatiquement et de changer la résistance, sans s'en rendre compte et sans faire usage de la volonté.

L'usage continu du système nerveux central est même tellement prononcé, que l'épuisement

qui se produit par là est appliqué par le Dr Max Herz comme réactif de la faiblesse du cœur.

"L'attention est tellement fixée que déjà après quelques exercices un épuisement se produit. Chez des individus nerveux cet épuisement se produit encore plus vite."

Voyons maintenant comment sont appliqués les mouvements actifs à résistance aux appareils Zander.

Régulièrement, sans aucune secousse forte, la résistance peut être augmentée et diminuée. Plus on fait d'exercices aux appareils Zander, plus on s'aperçoit de la facilité et de la régularité avec lesquelles on peut, sans éprouver le moindre sentiment désagréable, vaincre de grandes résistances.

Le fait que les exercices aux appareils Zander sont subjectivement si agréables peut être attribué, sans le moindre doute, à la fatigue minime qu'ils produisent.

Après la répétition régulière des mouvements, pour ne pas dire dès le début, il vient un moment où l'on travaille automatiquement.

Dans cette possibilité de travailler automatiquement sous des conditions favorables et d'éviter l'effort conscient du système nerveux, se trouve la supériorité de la gymnastique de Zander. Cette supériorité devient encore plus évidente si l'on tient compte de la troisième condition énoncée plus haut, c'est-à-dire que pour amener le moins de fatigue le travail musculaire doit être composé d'une série de mouvements réguliers, exigeant les mêmes excitations motrices et faisant fonctionner les mêmes nerfs.

Ce n'est donc pas le travail lui-même à l'appareil, mais surtout l'uniformité des mouvements qui produit la meilleure forme d'exercice sous des conditions les plus favorables pour éviter la lassitude.

L'explication de la bonne influence de la gymnastique sur les symptômes de l'angine de poitrine, se trouve dans l'excitation des vasomoteurs périphériques. A propos de l'observation rapportée, il ne reste qu'à admettre une amélioration de la circulation périphérique indépendante de la circulation. Dans une étude détaillée, je l'ai démontré péremptoirement.

"Par ces considérations se justifie pleinement le principe de la gymnastique comme indication thérapeutique de l'angine de poitrine et de l'artériosclérose."

Longtemps j'ai pris comme moyen d'appréciation de l'utilité d'une cure Kinésithérapique la sensation de soulagement des patients. Dans ces derniers temps, je crois avoir trouvé un moyen objectif pour distinguer les cas favorables. Ce signe se rapporte à l'irritabilité de certaines voies réflexes le long des nerfs spinaux du côté gauche du thorax. Jusqu'à présent on ne connaît les rapports de ces nerfs avec l'angine de poitrine que par les irradiations douloureuses que l'on consi-

dère comme appartenant au tableau symptomatique de l'angine.

J'ai pu observer les faits suivants. On trouve souvent une sensibilité à la pression de la moitié gauche du thorax avec un maximum d'intensité dans la région de la pointe cardiaque, et s'étendant de là dans l'espace intercostal jusqu'à la ligne axillaire, chez les personnes obèses même jusque et sous le sein, tandis que du côté droit cette sensibilité à la pression n'existe pas. On peut dans ces cas admettre avec grande probabilité que l'angine de poitrine est accompagnée de "névrose réflexe sensitive". Si l'on réussit par le massage à enlever cette sensibilité et cette douleur à la pression, on constate une influence remarquable sur les attaques, que l'on peut souvent faire disparaître."

Je possède un nombre assez considérable d'observations trop longues pour être communiquées ici et dont le détail sera publié ultérieurement.

Quelle est l'origine de cette sensibilité du thorax gauche et comment expliquer la corrélation et la disparition de l'angine de poitrine ?

Je ne puis que donner des hypothèses. Il s'agit peut-être de nodosités des tissus de la peau, du derme et des muscles qui sont douloureuses par elles mêmes et dont la pression réveille "l'irritabilité" de certaines voies nerveuses.

Le massage nous en montre des exemples, par ex. dans le lumbago douloureux.

Pour expliquer mieux les relations des "réflexes" il nous suffit d'admettre l'existence dans ces nodosités des fibres du nerf grand sympathique, qui par ses vaso-constricteurs peut amener une crampe artérielle, spécialement des artères coronaires du cœur, et par là une ischémie du muscle cardiaque.

On a démontré dans les derniers temps le rôle du grand sympathique dans la production de certaines névroses sympathiques. Déjà "Bidder" et "Volkmann" ont trouvé 50 p.c. de fibres sympathiques dans les nerfs spinaux.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que ces névroses soient limitées à la moitié gauche du corps, nous voyons d'autres névralgies également s'attaquer de préférence à la moitié gauche. L'angine de poitrine par sa nature même doit avoir certaines relations avec le côté gauche du corps.

En somme : le traitement par la gymnastique que nous suivons pour les affections du système circulatoire se trouve toujours dans un stade expérimental. Nous devons réunir le plus grand nombre possible de faits positifs. L'existence actuelle des nombreux Instituts de mécanothérapie permettra de vérifier tous ces faits, et j'attire l'attention sur ceux qui concernent l'angine de poitrine, pour laquelle indépendamment d'un traitement interne, iodure, etc., la mécanothérapie constitue une des indications spécifiques.

Notions rapides et pratiques d'Electro- thérapie

(Par le Dr Foveau de Courmelles)

Souvent, maints confrères m'ont demandé dans quels cas s'applique l'électrothérapie, les rayons X, la lumière, le radium... On trouve ces notions diluées dans les ouvrages, mais un simple tableau serait suffisant. Nous ne pouvons être complet, mais l'électricité me paraît souvent indiquée par ce seul fait que les autres médications ont échoué ; c'est d'ailleurs pour cela que bien des malades viennent spontanément chez l'électrothérapeute qui guérit ou soulage.

L'élément "douleur" est la première chose que le malade désire voir disparaître, et il existe dans les affections névralgiques, rhumatismales, cancéreuses... les courants continus, la lumière bleue et ultra-violette, les rayons X et le radium sont de merveilleux sédatifs.

Le rhumatisme, les névralgies sciatique, intercostale et faciale cèdent généralement aux courants continus, sinon on recourt aux rayons X. Les nodosités goutteuses fondent sous l'action de sels de lithium électrolysés par les courants continus.

La constipation cède aux courants continus de haute intensité, à la faradisation, aux courants de Morton ; le lavement électrique doit être réservé à l'occlusion intestinale.

Les paralysies, les parésies, les relâchements musculaires ou cutanés cèdent à la faradisation, aux massages faradique et vibratoire.

Les affections cutanées et prurigineuses, les tuberculoses ou cancéreuses cutanées ou locales cèdent à la lumière ultraviolette, aux rayons X et aux courants de haute fréquence en effluves. Les démangeaisons cessent et les lésions disparaissent peu à peu. Mais pour les nævi ou taches de vin, les angiomes, les verrues, l'électrolyse est indiquée.

L'obésité, l'artério sclérose, les troubles de la ménopause, le diabète, l'albuminurie, la chlorose, l'anémie, les maladies par ralentissement de la nutrition, se trouvent bien de la d'arsonalisation ou auto conduction.

Le cancer cutané-oède aux rayons X et au radium, le cancer profond (estomac, intestin), est soulagé par ces agents. Les fibromes, ceux sur tout à tendance maligne se réduisent par les rayons X.

La tuberculose pulmonaire est guérie au début ou améliorée par la lumière ou l'effluviaison de haute fréquence.

L'urèthre et le col utérin sténosé peuvent re-

trouver leur calibre par l'électrolyse linéaire ou circulaire ; c'est encore l'électrolyse cuprique ou ferrique qui réussira dans les métrites.

La neurasthénie, la dépression mentale et physique, se trouvent bien de la franklinisation, de la haute fréquence, de la lumière.

Les myélites et affections médullaires relèvent des bains de lumière colorée, et de couleurs différentes selon les phénomènes d'excitation ou de dépression.

Les atrophies musculaires des névrites, de l'enfance ou d'origine médullaire cèdent aux applications négatives du courant continu, etc.

Beaucoup de ces maladies dont le nombre est écourté d'ailleurs en ce trop rapide exposé, ressortissent à des procédés électriques simples à la portée même du médecin non spécialiste qui n'y songe pas en général. Très peu de modalités électrothérapeutiques ou radiothérapeutiques sont douloureuses ; la plupart, bien maniées, sont indolores et sans dangers.

Dr F. FOVEAU de COURMELLES.

Revue des Journaux

TRAITEMENT MEDICAL DE LA PROSTATITE

Snow divise les prostatites en aiguës, chroniques, et prostatites avec complications. Dans tous les cas, exceptés les cas infectés, ou en rapport avec une lésion maligne de la prostate, l'indication principale de tout traitement est de remédier à la stase locale, et de restaurer la circulation et la fonction du système lymphatique de la glande. Le "Wave current" est le traitement employé par l'auteur. Le courant est administré au malade couché sur le côté, et tenant fermement l'électrode appuyé contre la glande ; on peut avoir aussi recours à une électrode spéciale fixée sur une chaise et sur laquelle le malade s'assoie.

Le malade est relié au pôle positif, on met à la terre le pôle négatif de la machine statique, la distance de rupture entre les 2 pôles ne doit pas excéder 2 1/2 à 3 pouces, même dans les cas d'hypertrophie considérable de la prostate. Ceux qui n'ont pas l'habitude du traitement seront surpris de la rapidité et de l'étendue du résultat obtenu, surtout dans les cas de simple congestion au début de la prostatite. Dans les cas d'hypertrophie datant de loin, avec infiltration et retrécissement de l'urètre par obstruction glandulaire, les symptômes sont rapidement amendés, surtout ceux tenant à la congestion de l'organe.

New-York Med. Journal.

DE LA VALEUR DE L'ALCOOL DANS LES CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE PHÉNIQUE

Clarke et Brown, à la suite de nombreuses expériences, arrivent aux conclusions suivantes. L'alcool, a une action locale sur les brûlures par l'acide phénique, due à son action dissolvante. Il n'existe pas d'antagonisme chimique entre l'alcool et l'acide phénique, et l'alcool est sans effet quand l'acide phénique a été absorbé par l'organisme. Dans les cas d'empoisonnement par l'acide phénique les auteurs recommandent de laver immédiatement l'estomac avec une solution à 10 p.c. d'alcool, puis avec de l'eau pure de donner ensuite des œufs et du lait additionné de phosphate de magnésium; on stimulera l'organisme avec des injections hypodermiques de strychnine et de digitale. Mais il faut absolument se souvenir que pour être effectif le lavage à l'alcool doit être pratiqué alors que l'acide phénique est encore dans l'estomac ou l'intestin, et avant qu'il ait été absorbé.

Journal of the American Medical Ass.

DES RESULTATS DE L'EXTRAIT DE GLANDE DE THYROÏDE DANS CERTAINES FORMES DE RHUMATISME CHRONIQUE.

Paul Claisse dans une étude sur le rhumatisme chronique, fait remarquer qu'il existe toute une série de cas que l'on range improprement sous le titre de rhumatisme chronique et qui n'ont aucun caractère inflammatoire. Les malades sont généralement d'un âge relativement avancé, ils ont pour la plupart dépassé la soixantaine, et au premier abord pouvaient être pris pour des goutteux. Mais à un examen plus attentif, on trouve les différences marquées. La tension artérielle au lieu d'être augmentée est diminuée, l'appétit est mauvais, la digestion lente, et imparfaite, l'urine contient une très faible proportion d'urée, et les facultés intellectuelles sont affaiblies; le malade est aminolent, il semble avoir une tendance à l'obésité, mais en réalité les tissus sont chargés d'une graisse infiltrée de sérosité, donnant toutes les apparences de l'infiltration myxoedemateuse. Agissant d'après l'idée que la diminution des fonctions dans ces cas, à une cause analogue à celle qui détermine le myxoedème, Claisse attribue les douleurs musculaires et articulaires à cette cause même, et conclut qu'il faut agir sur elle, comme on agit envers le myxoedème, c'est-à-dire

avoir recours à l'extrait thyroïdien. L'expérimentation clinique a confirmé la théorie. Le nombre des pulsations et la tension artérielle a augmenté les fonctions digestives se sont améliorées, la quantité d'urine a augmentée ainsi que sa teneur en urée, enfin d'une façon générale il a observé une augmentation de la vitalité de l'organisme. Les douleurs en même temps ont diminué, les nodosités et difformités ont disparues. La peau a retrouvée sa souplesse, les ongles ont repoussés, la transpiration cutanée s'est rétablie.

Il a aussi remarqué la disparition des lésions eczémateuses; il n'a eu aucune réaction irritative du côté des reins, et dans les cas où il y avait albuminurie et glycosurie, l'urine est redevenue normale: de sorte que l'albuminurie ne doit pas être considérée comme une contre indication à la méthode. La durée et la répétition de l'administration de l'extrait thyroïdien doit être réglée sur l'état du pouls, qui ne doit pas dépasser 100 à 150, et le malade doit être bien entendu tenu pendant longtemps sous observation.

La Clinique, Janv. 1906.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médicale de Montréal.

SEANCE DU 19 JUIN 1906.

Monsieur R. Boulet occupe le siège présidentiel;

Membres présents. MM. Archambault, E. Asselin, Bourgoïn, A. Bernier, C. Bernier, B. Bourgeois, Bérard, L. J. V. Cléroux, Chagnon, F. de Martigny, A. de Martigny, Desloges, J. Décarie, H. Duhamel, Desmarais, de Cotret, A. Dérôme, Ethier, N. Fournier, E. Gagné, Hervieux, D. Hingston, Hamelin, A. Jeannotte, Kattini-Malouf, Leriche, Lesage, E. Laberge, Lasnier, Z. Lefebvre, Lachance, Leduc, Lebel, Laramée, F. Monod, A. Marien, O.F. Mercier, A. Mercier, Marcil, Normandin, Piché Tellier, F. de S. Prévost, Racicot, Rivet, St-Denis, Trudeau, Valin, Warren, Ward.

Le Secrétaire fait lecture des minutes de la dernière séance; le rapport est adopté.

L'ordre du jour comprend Lecture et discussion des statuts et règlements de la Société Médicale de Montréal.

M. le Président rappelle qu'il y a un avis de motion déposée sur le bureau, à la séance du 29 mai 06, par M. le Docteur LeSage.

M. LeSage propose que l'article 28 : " Tout membre devra verser entre les mains du trésorier le montant de sa cotisation annuelle, deux mois avant les élections pour avoir droit de prendre part aux élections du bureau." reste tel qu'inscrit d'abord au nouveau règlement. Cette mesure dit-il, rendra la tâche de trésorier plus facile ; augmentera le budget de la Société et forcera les membres à assister en plus grand nombre aux réunions.

La motion du Dr A. de Martigny était ainsi conçue :

" Tout membre aura droit de vote, pourvu qu'il ait payé sa contribution, au commencement de la séance convoquée pour les élections."

M. A. de Martigny secondé par F. Monod, estimant que c'est manquer de libéralité envers les membres de la Société Médicale, que d'accepter ainsi, l'article 28, sans l'amender, et, ajoutant que puisqu'on semble placer la question sur le terrain financier, plus on donnera de temps aux membres pour payer, plus on aura de chance de collecter des cotisations en retard. Si au contraire l'article 28 a pour but de forcer en quelque sorte l'assiduité des membres, il apparaît insuffisant. Une amende de chaque membre qui ne viendrait pas aux séances, sans raison valable, tel que cela se pratique à la Société de Chirurgie de Paris, serait la seule mesure effective si elle était possible; comme moyen terme, ils proposent qu'un membre titulaire pour avoir droit de vote, ait à son crédit, au moins cinq présences à son actif.

La motion LeSage, dont M. Hervieux fut le secondaire est soumis aux votes de l'assemblée et donne le résultat suivant :

Pour la motion LeSage 21 (x)

Contre 11.

Monsieur Hervieux, appuyé par M. Warren proposé la motion suivante :

" Que les membres titulaires, qui ont payés leur contribution au mois d'octobre 1905 aient droit de vote aux prochaines élections du mois de décembre 06, et qu'ils n'aient à payer leur contribution qu'au mois de janvier 07.

(x) Ces chiffres ne correspondent pas au nombre de membres présents, mais nous avons déduit comme il convient les noms de ceux qui n'avaient légalement pas droit de prendre part au vote.

M. O. F. Mercier, propose en amendement, secondé par M. Valin, que l'article 25 du règlement reste tel quel, et ait force de loi, pour les prochaines élections.

Cette motion et cette amendement, ne sont pas soumis aux votes de l'assemblée.

M. Hervieux propose la motion qui suit, et, qui devra être ajoutée à l'article 28 du règlement.

" Le Secrétaire sur l'avis de convocation de la 2ème séance d'octobre, avertira en même temps chaque membre, qu'il doit payer sa cotisation annuelle, à la date fixée, pour avoir droit de vote.

Monsieur Warren, seconde cette proposition qui est adoptée unanimement.

Monsieur F. de Martigny, secondé par M. Leriche, propose l'amendement suivant à l'article 9 de la Constitution.

" Le Président et le Vice-Président, élus pour un an, ne sont rééligibles, dans leur charge, qu'après une année d'intervalle."

Adopté.

Monsieur A. de Martigny attire l'attention des membres sur l'article 34 du Règlement concernant les radiations.

Au lieu du paragraphe II de l'article 34 : M. de Martigny, croit, que le nombre de personnes, composant cette commission est trop élevé, et, suggère, qu'au lieu des 15 membres en faisant partie, que ce nombre soit fixé à 6 membres seulement, et, croit, que l'accusé devrait de plus avoir le droit de se faire représenter devant la dite Commission par un membre titulaire qu'il choisirait lui-même.

M. Rivet, propose l'amendement suivant pour qu'il soit ajouté au paragraphe II de l'article 34.

Cette commission sera composée outre les membres du Comité de Régie, de 5 membres titulaires élus au scrutin de liste par l'assemblée, en séance régulière, et par un membre de la Société, choisi par l'intéressé.

Cet amendement secondé par M. Marien est adopté unanimement.

M. Roy, propose que l'article 21 du Règlement, soit amendé ainsi que suit, secondé par M. Warren :

Article 21 :

" La discussion une fois ouverte ne peut être fermée que de deux manières : parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que le président déclare la discussion close.

Amendement Roy : La discussion une fois ouverte ne peut être fermée que lorsqu'aucun mem-

bre ne demande la parole, alors le président déclare la discussion close.

Cette motion est rejetée par un vote de 21 contre 11.

M. A. de Martigny, propose l'amendement suivant à l'article 11 de la Constitution : "Le Président devra faire partie de toutes les Commissions" adopté unanimement.

L'article 35, du Règlement qui avait été amendé, discuté et adopté à la séance du 29 mai, ayant été omis dans les minutes du rapport M. J. Décarie soumet encore une fois devant l'assemblée, l'amendement qu'il avait proposé à la dernière séance :

"Etant donné que les membres auraient été averti, quand il y aurait discussion des règlements soit pour les amender, soit pour leur ajouter une nouvelle clause, les deux tiers (2-3) des membres présents suffiront dans un vote pour apporter tel changement proposé au règlement, pourvu toutefois, qu'il y ait eu un avis de motion signifié sur la feuille de convocation envoyée aux membres et que le nombre des membres présents soit au moins de 20. Secondé par M. A. de Martigny, cet amendement est de nouveau adopté unanimement.

M. Boulet, président, propose l'adoption des Statuts et Règlements, tels, que lus et amendés, et, l'assemblée est unanime à les accepter. Puis M. Hervieux, secondé par M. A. de Martigny propose : "Que les règlements entrent en force, ce jour même de leur adoption."

Adopté à l'unanimité.

Puis la séance est levée.



Société Médicale du comté de Wolfe

Réunion, le 12 juin, à D'Israëli, chez le Dr Chicoine.

Présents : Drs Chicoine, Lemieux, Plante, Dupont, Duval, Pelletier.

Absents : Drs Thibault, Gravel, Delisle, Amiot, MacDonald, W. Aubin.

Lecture des minutes.

Le Dr Plante propose, secondé par le Dr Lemieux que le Dr Pelletier envoie les comptes des contributions non payées.

Dr Chicoine : diagnostic entre fièvre puerpérale et typhoïde, lors d'une épidémie de typhoïde.

Dr Lemieux : Plusieurs succès par enveloppements froids et humides dans typhoïde bronchite, rougeole et scarlatine.

Dr Duval : idem, dans pneumonie.

Dr Dupont : Phlegmon. L'on discute les antiseptiques.

Dr Chicoine : paralysie générale, Folie

Dr Plante : phimosis opéré par les Drs Lemieux, Chicoine, Dupont, Pelletier.

Dr Duval : cas de surdité rebelle.

Dr Lemieux : dilatation stomacale.

Dr Chicoine : présente un patient, rhumatisme cardiopathie. Discussion et considération sur la maladie et le traitement.

Les Drs Lemieux, Thibault, Plante donneront des observations de cas spéciaux, à la prochaine réunion.

Le Dr Pelletier lit des lettres des sociétés sœurs, signées par les Drs Schiller, Lessard, Laramée, DeBlois, Rioux, Larue, Bellemare, Rivrain, Lachapelle, Rhéaume, Laurandau, Prevost.

Le tarif des assurances et la question des médecines brevetées sont mises à l'étude.

Elections pour un nouveau terme : Prés. Dr Chicoine ; Vice-président, Dr Lemieux, secrétaire trésorier, Dr Antoine Pelletier.

Le soir à 8 heures, conférence par le Dr Antonio Pelletier sur l'alcoolisme, avec quelques notes sur les médecines brevetées et sur l'hygiène infantile.

Dr ANTONIO PELLETIER.

St-Camille.

STATUTS

— DE LA —

Société Médicale de Montréal

Tels qu'adoptés dans la séance du 19 juin 1906.

CONSTITUTION ET BUT DE LA SOCIÉTÉ

ARTICLE 1.—La Société porte le nom de Société Médicale de Montréal.

ARTICLE 2.—Elle a pour but l'étude de la médecine, de la chirurgie, et des questions dites "d'intérêt professionnel"; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

COMPOSITION DE LA SOCIÉTÉ

ARTICLE 3.—La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires et de membres correspondants.

a) Les membres titulaires sont choisis parmi les médecins, habitant l'île de Montréal.

b) Les membres honoraires seront choisis parmi des médecins remarquables par leur science ou par les services rendus à la Société.

c) Les membres correspondants seront choisis parmi les médecins habitant en dehors de l'île de Montréal.

ARTICLE 4.—Les membres titulaires ont seuls voix délibérative, ils peuvent seuls faire partie des commissions, prendre part aux élections et faire partie du bureau.

ARTICLE 5.—Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires sont : 1o "d'être médecin licencié." 2o d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale contresignée par deux membres titulaires.

ARTICLE 6.—La Société pourra nommer des membres honoraires ou correspondants d'après

une proposition écrite de deux membres titulaires "à la majorité des membres présents.

ARTICLE 7.— Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents.

Il ne pourra être procédé à l'élection d'un membre titulaire qu'en séance ordinaire après l'inscription de telle candidature à l'ordre du jour.

ADMINISTRATION DE LA SOCIÉTÉ

ARTICLE 8. Le bureau est ainsi composé : Un Président ; Un Vice-président ; Un secrétaire ; Un assistant secrétaire ; Un trésorier.

Le comité de régie se compose du bureau et des anciens présidents "élus depuis six ans."

ARTICLE 9.— Le président et le vice-président élus pour un an ne sont rééligibles qu'après une année d'intervalle.

Les autres membres du bureau sont renouvelés pour un an et rééligibles.

ARTICLE 10.— Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

ARTICLE 11.— Le président fait partie de droit de toutes les commissions remplit les fonctions d'ordonnateur, et signe les mandats de dépense de concert avec le trésorier.

ARTICLE 12.— Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

DES SEANCES

ARTICLE 13.— La Société se réunit en séance le 1er et le 3ème mardi de chaque mois ; ces séances sont privées. Tout médecin étranger à la Société doit être accompagné d'un membre titulaire, et ne peut prendre part à la discussion qu'après l'autorisation du président.

La Société suspend ses séances du premier juin au premier mardi d'octobre.

ARTICLE 14.— La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

RÈGLEMENT

DE LA

Société Médicale de Montréal

ATTRIBUTIONS DU BUREAU ET DU COMITÉ DE REGIE

ARTICLE 1.— Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société ; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour, il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages, et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques et en dirige le fonctionnement. Il assure le maintien de l'ordre. Il signe le procès verbal conjointement avec le secrétaire.

ARTICLE 2.— Le président en cas d'absence est remplacé par le vice-président.

En cas d'absence du président et du vice-président, les membres présents élisent un président "pro tempore."

ARTICLE 3.— Le secrétaire a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance, de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société. Il est aussi chargé de rédiger les procès-verbaux des séances, qu'il signe conjointement avec le président, et d'en faire la lecture. Dans la dernière séance de l'année, il devra faire un compte-rendu général des travaux de l'année.

ARTICLE 5.— Le secrétaire en cas d'absence est remplacé par l'assistant secrétaire.

ARTICLE 5.— Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire le jour même de leur réception.

La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

ARTICLE 6.— Le secrétaire est aussi le conservateur des archives. Tous les objets offerts à la Société (livres, gravures, instruments, etc, etc) ou acquis par elle sont également mis sous sa garde.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société. Il signe de concert avec le président, les "bordereaux" de dépense, il reçoit le montant des cotisations. Il solde les dépenses, en tient note exacte et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à la Société.

ARTICLE 8.— Le comité de régie s'occupe des intérêts généraux de la Société.

ARTICLE 9.— Les séances de la Société ont lieu le 1er et le 3ème mardi de chaque mois à 9 heures précises du soir.

ARTICLE 10.— Le "quorum" des séances sera de dix membres.

ARTICLE 11.— Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

- 1o Lecture et adoption du procès-verbal.
- 2o Correspondance.
- 3o Présentation de malades, de pièces anatomiques, d'instruments.
- 4o Avis de motions.—Motions.
- 5o Lecture des rapports.
- 6o Lecture des travaux originaux.
- 7o Elections des membres.

La Société peut, sur proposition et selon le besoin, intervenir cet ordre.

ARTICLE 12.— Une communication ne peut être interrompue que sur motion à cet effet.— Elle ne peut être suspendue que d'après l'ordre, séance-tenante, des membres du comité de régie présents à la réunion après délibération à huis clos.

ARTICLE 13.— Tout travail refusé par la Société est retourné à son auteur.

ARTICLE 14.— Les commissions chargées de rapports sont composées ordinairement de trois membres et exceptionnellement de cinq.

ARTICLE 15. — Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner et en accuse réception. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission et celle-ci choisit elle-même son rapporteur qui devra faire un rapport écrit à la Société à la séance suivante, ce rapport sera conservé dans les archives.

ARTICLE 16. — Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament chacun à son tour. Si toute fois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire pour ou contre, la parole serait accordée alternativement à un orateur pour et à un orateur contre.

ARTICLE 17. — Par exception à l'article précédent la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande durant le cours de la discussion, pour établir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

ARTICLE 18. — Le même membre ne peut prendre la parole plus de trois fois dans une discussion, à moins d'une décision du président.

Article 19. — Le rapporteur a droit de prendre la parole le dernier.

ARTICLE 20. — Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

ARTICLE 21. — La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que le président déclare la discussion close.

ARTICLE 22. — Dans tous les cas où l'ordre ne pourrait être établi, le président a le droit de lever la séance.

ARTICLE 23. — Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix, s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité.

ARTICLE 24. — Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas nécessairement soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après.

Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

ARTICLE 25. — Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour, si nulle proposition n'est faite.

ARTICLE 26. — La Société n'autorise aucun frais sans le consentement du bureau.

RECETTES ET DEPENSES

ARTICLE 27. — La contribution annuelle est fixée à deux piastres pour les membres titulaires seulement.

ARTICLE 28. — Tout membre devra verser

entre les mains du trésorier le montant de sa cotisation annuelle avant ou à la 2ème séance d'octobre. Le secrétaire sur l'avis de convocation de la 2ème séance d'octobre avertira en même temps chaque membre qu'il doit payer sa cotisation annuelle à la date fixée pour avoir droit de vote.

Un membre qui néglige de payer sa contribution annuelle durant trois années consécutives cesse de faire partie de la Société.

ARTICLE 29. — On ne peut être considéré comme démissionnaire que par un avis écrit donné au secrétaire.

ARTICLE 30. — Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ARTICLE 31. — Le trésorier présente ses comptes dans la dernière séance de décembre. La Société vote ensuite sur ce rapport ; après quoi, s'il y a lieu, le président donne au trésorier décharge de sa gestion sur ses registres.

ELECTIONS DU BUREAU

ARTICLE 32. — Les élections du bureau ont lieu dans la première séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la première séance de janvier.

ARTICLE 33. — Les membres honoraires et les membres correspondants ne peuvent ni prendre part aux élections, ni faire partie du bureau.

RADIATIONS

ARTICLE 24. — En cas d'indignité, résultant d'une faute grave de droit commun ou professionnelle, une commission spéciale, réunie par le comité de régie, pourra proposer la radiation d'un membre titulaire, honoraire ou correspondant.

Cette commission sera composée outre les membres du comité de régie, de 5 membres titulaires élus au scrutin de liste par l'assemblée, en séance régulière ou par un membre de la Société choisit par l'intéressé.

L'intéressé a droit de présenter ses explications, soit verbalement soit par écrit, à la commission.

La décision de cette commission adoptée par les deux tiers des voix sera finale.

ARTICLE 35. — Toute proposition tendant à modifier les statuts ou le règlement devra être signée au moins par 5 membres titulaires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen du comité de régie.

Le rapport du comité de régie sera lu et discuté dans une séance suivante.

Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion et la proposition ne sera adoptée que si au moins, vingt membres titulaires étant présents, elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires ont été régulièrement convoqués.

N. B. — Les membres actuels de la Société Médicale restent membres titulaires. Les membres honoraires restent membres honoraires.

Les 3 Officiers Généraux du Congrès de Trois-Rivières



M. le Dr. Chs. Deblois, Secrétaire



M. le Dr Normand, président



M. le Dr St-Pierre, trésorier

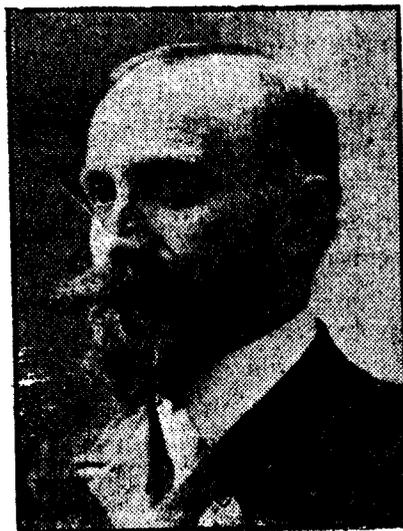
production du médaillon offert au Congrès de Trois-Rivières, par un groupe de



sociétés françaises pour l'avancement des sciences.



M. le Dr A. Loir, délég. de l'Ass. pour l'avancement des sciences.



M. le Dr H. Triboulet, délég. du gouvernement français.



M. le Dr R. Proust, délégué de l'Université de France.



III^e Congrès des Médecins
DE
Langue Française
DE
L'Amérique du Nord

Le III^e Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, vient de se terminer aux Trois-Rivières, et a été un succès dont peuvent être légitimement fiers, tous ceux qui ont à cœur l'avancement de notre race de nos idées, de notre œuvre médicale française au Canada, et aux Etats-Unis. Au nom de notre Journal et de nos lecteurs, nous tenons à remercier et à féliciter publiquement les organisateurs de ce Congrès, et d'une façon générale les médecins des Trois-Rivières qui avaient assumée la lourde tâche d'organiser notre 3^eme réunion. Ils avaient reçu de Québec et de Montréal, une œuvre née viable certes, mais qui d'un jour à l'autre pouvait disparaître, ils nous ont rendu une œuvre vivante, officiellement reconnue et consacrée par les gouvernements français et canadiens, définitivement adoptée par les médecins français canadiens dont plus de 300 avaient répondu à l'invitation du comité d'organisation. Nous donnons dans ce numéro que nous nous faisons un réel honneur de dédier à nos confrères des Trois-Rivières, les grands rapports qui à eux seuls témoignent du succès scientifique sans précédent de notre III^eme Congrès, nous donnerons dans nos numéros subséquents les travaux les plus importants qui ont été présentés, et l'on comprendra aisément après les avoir lus, combien nous avons le droit d'être fiers du résultat obtenu.

En 1908 nous nous retrouverons plus nombreux encore à Québec, où se fêtera le 300^eme anniversaire de la vieille cité française.

Les délégués de France, nous ont promis, cédant la place à d'autres délégués, de revenir comme membres actifs, pour travailler à nos côtés, assis sur les mêmes bancs, à l'avancement de la Science française au Canada. Nous savons qu'ils tiendront leur promesse, car parce qu'ils ont vu et entendu, ils ont senti, ainsi qu'ils nous l'ont dit, combien notre jeune association était digne

de recevoir d'égal à égal, sur le terrain de la science, les délégués ou les membres des associations médicales de France, et de parler de ce côté de l'Océan, au nom de la Science française.

Québec nous en sommes certains, achèvera d'une façon magistrale, ce qu'à commencé Trois-Rivières, et notre journal sera parmi les premiers à mettre en œuvre toute l'influence qu'il possède tant auprès des médecins français Canadiens, qu'auprès des médecins de France, pour que le prochain Congrès, soit la consécration définitive devant le monde, de l'existence dans l'Amérique du Nord, d'une puissante organisation médicale ayant su conserver toutes les traditions, et tout le génie de la grande Ecole Médicale Française, et nous nous souviendrons toujours que c'est à Trois-Rivières que nous le devons.

Dr FERNAND MONOD.

Dr FRANÇOIS DeMARTIGNY.

Hygiène des Boissons et Tuberculose

INFLUENCE CAUSALE de l'ALCOOLISATION

Rapport présenté au III^eme Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, tenu aux Trois-Rivières (Canada) du 26 au 28 Juin 1906.

(Par le Dr. H. Triboulet, médecin des Hôpitaux de Paris).

Messieurs,

Les merveilleux résultats auxquels est arrivée la science contemporaine ont rendu médecins et public exigeants. Les méthodes Sérothérapiques, en particulier, en réalisant déjà la guérison de certaines affections de haute gravité, nous font entrevoir comme possible leur miraculeuse efficacité sur d'autres maladies. Notre espoir est d'autant plus exalté que le mal à vaincre est plus grand, plus inexorable, et vous savez tous dans quelle anxieuse attente nous sommes, actuellement, en ce qui concerne le traitement de la tuberculose.

N'ayant jusqu'ici aucun moyen assez puissant pour enrayer la maladie déclarée, n'ayant pas de prise directe sur la vitalité du bacille de Koch,

nous en sommes réduits à ces deux précautions essentielles :

- a) Fuir la contagion microbienne,
- b) Résister à ses attaques.

La contagion peut s'effectuer de deux façons.

- 1o Par hérédité ;
- 2o Par promiscuité avec des tuberculeux, ou par contamination de l'air (poussière), ou des produits d'alimentation.

1o L'hérédité, invoquée par les uns, rejetée par les autres, comme facteur de tuberculose, est une de ces causes que nous sommes réduits à admettre ou à renier, sans que nous puissions agir sur elle. Dans un avenir hypothétique, on peut espérer des garanties plus sérieuses contre le mariage des tuberculeux, mais si ce n'est pas une utopie, du moins n'est-ce pas là une formule actuellement en cours.

2o J'en dirai presque autant de la question de prophylaxie visant la contagion par les tuberculeux : tous nous reconnaissons que la vie en commun de sujets sains et de sujets tuberculeux est chose fâcheuse ; mais la contagion est plus rare qu'on ne croit, et la plupart des médecins s'élèvent contre les mesures de rigueur qui tendraient à isoler les tuberculeux "en de modernes léproseries."

La lutte contre les poussières bacillifères suit son cours. Le balayage à sec, l'époussetage, l'enlèvement sans précautions des ordures ménagères sont peu à peu combattus comme mesures insalubres, favorisant la contagion ; mais, appelés à vivre longtemps dans des locaux malsains et dans des agglomérations non disciplinées, les humains ne peuvent, trop souvent encore, échapper à la contagion quasi fatale.

C'est aussi un sérieux progrès que de s'être pu mettre en garde contre les aliments bacillifères, et nous savons tous, à ce sujet, combien sont grandes les chances de contagion par le lait des vaches tuberculeuses. Mais, en attendant que Behring ait arraché son secret à ce mode de contamination et à la vaccination qu'il espère en découler, que d'enfants absorberont encore de bacilles avec leur alimentation :

Après ces rapides considérations sur la propagation de la tuberculose, une conclusion reste évidente pour le médecin. L'action très lente, à échéance lointaine, des mesures de prophylaxie contre la contagion,

J'ajoute que si l'aseptie est difficile et lente, l'antiseptie proprement dite est de peu d'efficacité, et le résultat de notre impuissance actuelle contre la pénétration du germe funeste ne se constate que trop aux chiffres de nos statistiques sur la fréquence de la tuberculose.

Contagionné, à bon escient, ou à son insu, l'être humain n'a qu'une ressource. "résister aux attaques du bacille."

Pour résister, il faut être fort, et la force est chose innée ou acquise. Bénéficiaire ou victime d'une hérédité bonne, moyenne ou mauvaise, l'homme se doit, vis-à-vis du mal menaçant, de bonifier sa constitution faible ou médiocre, se doit à maintenir ses chances bonnes ou moyennes.

Que pouvons-nous en cette matière ?

Existe-t-il un sérum vainqueur ? des médicaments microbiocides ou secourables ?

À vrai dire, Messieurs, rien de "positif" contre la tuberculose. Nous ne savons pas la guérir.

Notre intervention est, si j'ose dire ainsi, "d'ordre négatif" : nous pourrions, dans une certaine mesure, faible encore, "l'éviter" ; nous pourrions par contre dans une proportion vraiment forte, l'atténuer, lui résister "même. Par quels moyens ? c'est ce que nous enseignons.

LA PROPHYLAXIE

L'étude des agglomérations humaines nous fait saisir sur le vif la genèse de la plupart des tuberculoses contemporaines.

L'immigration des campagnes vers les villes, la population sans cesse croissante des grands centres, ont amené, avec l'encombrement, ces conditions si favorables à l'évolution du bacille de Koch. diminution de la ration d'air et de lumière, propagation rapide des états inflammatoires infectieux des voies aériennes, et déchéance dans la nutrition par non entretien de l'exercice musculaire, d'où moindre fonctionnement pulmonaire, moindre hématoïse, diminution de l'appétit, etc.

Les chances de contagion sont plus nombreuses, les éléments de résistance, moindres.

Alors que, par passages successifs dans les organismes, le bacille gagne en virulence, les êtres humains ont augmenté leur étiolement. Dans ces conditions, la tuberculose a suivi les progrès de civilisation, et les statistiques sont là pour le prouver.

Or, Messieurs, les conditions de milieu (air, lumière, habitation, professions insalubres, surmenage, misère, etc), dont l'influence est prédominante, interviennent à ce point en dehors de nous, de notre volonté, et de nos moyens d'action, que la lutte contre elles, à peine commencée, demandera une série d'efforts, à résultat fort éloigné.

Ces questions qui, sans nul doute, nous doivent préoccuper tous, rentrent dans ce que j'appellerai : "La Prophylaxie à longue échéance."

Une autre cause, associée aux précédentes, qui, comme elles, et avec elles, prépare ou favorise la tuberculose, c'est "l'alimentation défectueuse."

On se nourrit mal, soit par insuffisance de nourriture, soit par excès, soit par un mauvais choix des aliments.

Parmi les erreurs de l'alimentation, la plus dangereuse consiste, pour l'homme, à s'adresser à certains produits peu alimentaires, trompeurs de la sensation d'appétit, et qui, en outre, peuvent nuire, directement ou indirectement, à ceux qui les absorbent : tel est "l'aliment toxique, l'alcool."

Après vingt années d'observation clinique, j'ai vu naître et mourir bien des théories, bien des méthodes, bien des illusions sur la genèse et sur la prophylaxie de la tuberculose. Il y a deux mois, à peine, au lendemain du grand Congrès International d'octobre 1905, l'Académie de Médecine ayant à envisager cette même question des mesures prophylactiques antituberculeuses, nous avons pu entendre la discussion se clore par un éloquent plaidoyer du Docteur Huchard qui se résume ainsi : "Tant que vous n'aurez pas agi contre l'alcoolisme, vous n'aurez rien fait contre la tuberculose."

Cette donnée d'étiologie doit pour nous, Messieurs, primer momentanément toutes les autres, parce qu'il est au pouvoir de l'homme sinon de la supprimer, du moins, de la modifier, et qu'elle lui permet ainsi de réaliser une "Prophylaxie immédiate."

Sa mise en œuvre n'entrave, d'ailleurs, en rien, celle des autres mesures de défense ; ce sont des modes d'action connexes, complémentaires les uns des autres : "l'Hygiène Alimentaire" se plaçant tout naturellement parmi les autres chapitres de "l'Hygiène Sociale contemporaine."

PREMIERE PARTIE

Documents statistiques

Il faut bien l'avouer, la question de l'alcoolisme, à la fois d'ordre économique, d'ordre moral, et d'ordre médical, est difficile à aborder pour le médecin. Il n'a pas toujours su, mieux que les autres échapper entièrement au parti pris et son premier devoir, pour faire œuvre prophylactique utile, est de se dégager des idées préconçues et des théories, et de s'en tenir aux faits bien prouvés.

C'est dans cet esprit d'indépendance que je voudrais, Messieurs, développer devant vous tout ce qui concerne les rapports entre les progrès de l'alcoolisation contemporaine, et ceux de la tuberculose.

STATISTIQUES GENERALES

Est-il besoin, Messieurs, de rappeler dans le détail à des médecins les statistiques qui fixent les rapports de la tuberculisation avec la consommation de l'alcool ? Je crois pouvoir être bref, me permettant de vous prier de vous reporter aux sources documentaires qui font partie de notre domaine public médical.

Tous vous connaissez la colossale statistique anglaise de Tatham, portant 70,000 adolescents et adultes, au-dessous de 15 ans, et qui nous donne cette table de mortalité "comparée" si instructive. (1)

Clergymen.....	67
Cultivateurs	79
Médecins	105
Maîtres d'écoles., ..	111
Pêcheurs	114
Ouvriers des Docks.	325
Cabaretiers (province)	352
Cabaretiers (Londres)....	448
Garçons de cabaret (Londres) ..	607

En France, un maître éminent, le Professeur Lancerneau a passé sa vie, à dénoncer et à établir les relations de la tuberculose avec le goût croissant de la population pour les boissons à base d'alcool et d'essences, parmi lesquelles l'absinthe.

La Société Médicale des Hôpitaux de Paris en 1899, a chargé plusieurs d'entre nous d'une enquête sur l'alcoolisation et tout le monde doit lire

(1) Supplément to the fifty-fifth annual report of the registrar general of births, deaths, in England & London.

tentons nous de clore ce chapitre, en invoquant le témoignage des cliniques de toutes nos provinces.

Brunon, (de Rouen); Aubry, (de Nantes); Dubois, (de Lille); Beringier, (de Toulouse); Coustan, (de Montpellier); Carrière, d'Alais); Lassabatie, (de Toulon); Herubel, (Normandie, L. Renault, (Bretagne). Voyez aussi la thèse du Dr Imbault, 1901, (Fréquence de la tuberculose chez les alcooliques), etc.

Messieurs, peut-être ai-je abusé du document statistique ? Je m'en excuse, mais sachez toute fois que ce que j'ai énuméré n'est qu'une minime partie de ce que nous donnent toutes nos statistiques régionales, de ce que donnerait, dans le même sens, les statistiques du monde.

De tous ces faits, ressort une conclusion formelle, définitive, déjà tant de fois exprimée :

“ L'Alcoolisme, dans une forte proportion, chaque jour croissante, d'ailleurs, prépare la voie à la tuberculose pulmonaire. (Lancereaux, Landouzy, etc.) ”.

DIXIÈME PARTIE

A.—Preuves Pathogéniques

Eh! quoi, disent beaucoup d'entre nous, Messieurs, les statistiques sont chose bien élastique. L'Alcoolisme est si répandu, surtout dans les classes sociales qui fréquentent nos hôpitaux, qu'on le retrouve à côté d'une foule de maladies (cancer, syphilis, tuberculose).

Aussi bien, vais je avoir, Messieurs, à côté des documents statistiques qui font naître une impression, à développer ici les preuves qui font cette conviction : Il y a rapport de cause (alcoolisation) à effet (tuberculisation).

Nos preuves sont : d'ordre “ expérimental ”, et d'ordre “ clinique ”.

A.—Preuves Pathogéniques d'ordre expérimental.

La tuberculose, expérimentale, ou spontanée, des hommes et des animaux est faite de deux éléments qui entrent en lutte chez le sujet tuberculisé :

Le bacille qui attaque, l'organisme qui se défend.

Je passe rapidement sur ce qui a trait au bacille de Koch, parceque nous n'avons pas d'arguments à invoquer pour démontrer que l'alcool

ait, ou non, une influence directe, favorable, ou contraire à son développement, en nombre et en virulence. L'alcool, soit dit en passant, est un faible antiseptique.

Contre l'attaque du bacille tuberculeux, et de ses toxines, comme pour lutter contre les autres toxiques, et les autres microbes, l'organisme met en jeu trois influences connexes, qui sont la leucocytose, les réactions de défense du système hépatique, et, dominant les deux, ce que j'appellerai les réactions de sollicitude du système nerveux.

Nous devons demander à l'expérimentation ce qu'elle peut nous fournir actuellement en faveur, ou à l'encontre, de l'influence adjuvante, débilitante, ou contraire de l'alcool aux moyens de défense sus-énoncés.

De nombreux mémoires, dont vous trouverez l'exposé dans l'important travail de Taav. Laitinen, et dans celui de M. Labbé, nous font reconnaître, pour les infections, en général, et pour la tuberculose, en particulier, qu'avec le régime à l'alcool tant soit peu élevé :

a) La leucocytose est diminuée ;

b) Les viscères, chargés de la défense de l'organisme et de l'émonction, (foie et reins) sont moins actifs ;

A petites doses, on ne constate guère sur les fonctions précédentes, effet appréciable ni en bien ni en mal, mais :

c) très nuisible “ pour le système nerveux, ” à forte dose, l'alcool, même à petites doses, paralyse dans une certaine mesure les fonctions du névraxe.

On pourrait tenter d'interpréter dans un sens favorable à l'action de l'alcool les expériences de Mircoli et de A. Gervino.

Chez l'homme, Mircoli, injectant de la tuberculine de Maragliano, verrait le serum des alcooliques plus antitoxique que celui des sujets non alcoolisés. A Gervino précise expérimentalement, et, d'après lui, 1 gr. 50 d'alcool de vin par kilogramme chez le lapin, accroîtrait la résistance à la tuberculose, après tuberculisation.

Or, avec M. Labbé, il est bon de faire remarquer que la tuberculine de Maragliano ne représente qu'une partie des toxines tuberculeuses ; rien ne prouve que ce qui est vrai pour cette toxine, soit également vrai pour tous les poisons sécrétés par le bacille de Koch.

EXPERIENCES DU PROF. ACHARD

De 1903 à 1905, ont été entreprises par le Professeur Achard des inoculations sur des séries d'animaux, les uns soumis, les autres, non, à l'influence préalable ou concomitante de l'intoxication alcoolique, celle-ci réalisée sous tous ces modes variés : inhalation, injection, déglutition.

En voici le résumé :

ALCOOLISME — TUBERCULOSE

Expérimentation : Professeur ACHARD (1905)

1^{ERE} EXPERIENCE

ALCOOLISATION PAR VOIE HYPODERMIQUE ET PAR VOIE GASTRIQUE.

Premier Lot	Deuxième Lot	Troisième Lot	Quatrième Lot
20 cobayes.	20 cobayes.	20 cobayes.	10 cobayes.
Simplement tuberculisés.	tuberculisés puis alcoolisés (voie hypoder.)	tuberculisés puis alcoolisés (estomac)	indemmes de tuberculose, simplement alcoolisés, (estomac).
TÉMOINS			TÉMOINS
Survie :	Survie :	Survie :	Survie :
174 jours	63 jours	76 jours	168 jours

2^{EME} EXPERIENCE

ALCOOLISATION PAR INHALATION

Premier Lot	Deuxième Lot	Autre Lot
20 cobayes	20 cobayes	20 cobayes
Simplement tuberculisés	tuberculisés puis alcoolisés (inhalation)	indemmes de tuberculose
TÉMOINS		TÉMOINS
Survie : 98 jours	Survie : 43 jours	Survie : 112 jours

B.—Preuves Cliniques

Observés dans nos hôpitaux ou dans notre clientèle urbaine, les sujets tuberculés ont pour se défendre ces trois mêmes modes de réaction biologique que nous avons reconnus chez les animaux de laboratoire luttant contre l'infection, en général, et contre la tuberculose, pour notre étude particulière. Ce sont :

leur "leucocytose" digestive et générale contre les germes.

leur "valeur hépatique" et rénale qui les met à l'abri des toxines.

leur "système nerveux" qui avertit, qui dirige la défense.

Pour ces trois éléments, l'alimentation nor-

male est le plus sûr garant, tandis que, par contre, pour ces trois éléments l'erreur d'alimentation est compromettante, funeste ou fatale.

"L'erreur alimentaire" peut exister sous trois formes : insuffisance, excès, anomalie.

INSUFFISANCE.—Je n'insiste pas sur "l'insuffisance", nous en savons tous la valeur absolue, immédiate. "L'aut vaut l'estomac, tant vaut le malade", et ne pas se nourrir suffisamment c'est préparer la tuberculisation chez les uns, c'est, chez les autres, laisser s'accomplir sans lutte la tuberculose en cours.

Toutefois, j'insiste sur l'insuffisance alimentaire, en ce qu'elle favorise presque toujours l'anomalie : le sujet qui ne se nourrit pas suffisamment demande à des substances variées, et particulièrement à l'alcool, le complément indispensable pour son total de calories.

EXCES.—"L'excès en tout est un défaut", et trop favorablement accueillie de tant de médecins, la doctrine moderne "de la suralimentation" est de celles qui justifient ce proverbe : Surcharge alimentaire égale surcharge toxique, d'où surmenage, et déchéance possible hépato-rénale chez les suralimentés ; conséquence réalisée d'autant plus vite si l'alimentation est toxique par elle-même, notamment au cas de suppléments à base d'alcool : Vins, liqueurs, et, disons-le bien haut, en mea culpa, et... médicaments.

ANOMALIE.—L'insuffisance comme l'excès dans notre alimentation sont des conditions fâcheuses pour lutter contre la tuberculose ; mais combien moins le sont-elles que l'alimentation défectueuse avec l'alcool. Tandis qu'on voit de nombreux sujets supporter longuement leur tuberculose, malgré une inanition relative, tandis qu'on en voit lutter avec apparence de succès momentanée par la surcharge alimentaire "simple" il n'est pas un malade qui ne trouve dans l'alcoolisation "supplémentaire" un élément d'amoin-drissement ou de déchéance plus rapide.

DESACCORDS CLINIQUES APPARENTS. Messieurs, si je parle à des convaincus, je romps de bien inutiles lances contre l'alcool ; mais, parmi nos confrères, parmi vous, peut-être, l'opinion qui condamne l'usage de l'alcool chez les tuberculeux est loin d'avoir un tout puissant crédit.

"A part les phthisiques nerveux, à part ceux qui font facilement des hémorragies, il y aurait lieu d'expérimenter de nouveau le traitement pré-

conisé jadis par Brehm et par Bettweiler chez les tuberculeux," vient d'écrire Wolff dans un travail tout récent. Ce traitement s'appuie sur les qualités de l'alcool comme "aliment d'épargne" et comme stimulant nerveux, se réclame "de l'innocuité des faibles doses", et possède à son actif "des guérisons incontestables."

Il faut bien le reconnaître, Messieurs, la complexité des faits de notre observation clinique est telle qu'il n'est pas un de nous qui ne soit plus d'une fois trouvé ébranlé dans ses convictions les plus fermes. C'est pour nous émouvoir, la tuberculisation de tant de gens sobres, la non-infection d'une foule de buveurs, c'est la possibilité de formes graves chez les premiers, la fréquence de formes atténuées, ou lentes, chez les seconds. C'est en un mot le déni des influences étiologiques, le renversement des conditions pronostiques.

Que dis-je ? le désaccord peut aller jusqu'au paradoxe, puisque, pour les cliniciens, certains faits d'observation paraissent démontrer non-seulement une résistance passive, mais même une action favorable "active" du régime à l'alcool. Après Magnus Hüss, Leudet de Rouen, beaucoup de nos maîtres, en France et en Angleterre, ont attiré l'attention du monde médical sur ce fait clinique incontestable. "une fréquence relative de la phthisie fibreuse chez les buveurs d'alcool."

Or, "fibrose, sclérose", sont les expressions reconstruites de la réaction organique favorable contre l'infection tuberculeuse. Nous voyons la sclérose réalisée spontanément chez les sujets qui résistent, tels les "Arthritiques" dont nos pères nous ont montré le tempérament comme antagoniste de la tuberculose.

Voilà Messieurs, la toute puissance du sylogisme : le régime à l'alcool est facteur d'arthritisme, on ne saurait le contester ; comme tel, ce régime peut favoriser la sclérose péri-tuberculeuse ; cette fibrose est une des réactions heureuses que nous nous efforçons d'obtenir par notre thérapeutique antituberculeuse.

De là à conclure que l'alcool est le "médicament", sinon même "l'aliment" de ces nos malades prébacillaires ou bacillisés, il n'y a qu'un pas. Ce pas fut franchi maintes fois, et le serait encore, si on suivait les indications de Wolff et de bon nombre d'autres.

Voilà bien, Messieurs, entre la logique "apparente" et la réalité "vraie", une série de con-

flits troublants qui ont eu une grosse influence et qui l'ont encore sur l'hésitation du Corps médical à se faire une conviction ferme. Voilà pourquoi, à mon avis, l'opinion publique n'est pas formée.

Il n'y aura de prophylaxie de la tuberculose et de l'alcoolisme, et de l'une par l'autre, que quand les médecins auront fait comprendre au grand public la nature des liens et l'étroitesse des rapports qui unissent ces deux données, mais pour cela, il faut, tout d'abord que, les premiers, nous levions nos propres doutes. Dans ce but, j'estime comme absolument indispensable de dissiper entièrement cette redoutable équivoque sur un prétendu antagonisme entre le régime à l'alcool et l'évolution de la tuberculose. Pour y parvenir, je vous demanderai, Messieurs, de vouloir bien suivre avec moi l'exposé des faits éclairés par les enseignements de la pathologie générale.

Depuis les beaux travaux de Glenard, de Vichy, nous avons appris à ne plus voir, dans les modalités de la diathèse arthritique, que les réactions du parenchyme hépatique sollicité défectueusement dans ses complexes fonctions.

La série des observations de Glenard est du plus haut intérêt étiologique, parce qu'il s'agit de sujets appartenant, non plus seulement au prolétariat, toujours mis en cause pour l'alcoolisme, mais de bourgeois riches ou aisés, et que chez ceux-ci l'alcoolisme, moins tapageur, peut-être, demandé à être suivi plus minutieusement dans sa marche "insidieuse."

Lentement, s'il s'agit de vigoureux, campagnards, plus rapidement, si on observe des citadins, l'usage prolongé du vin, des alcools et des apéritifs, en des proportions variables à l'infini, peut amener une succession de phénomènes que Glenard nous a appris à échelonner suivant un ordre fixé par une physiologie pathologique presque précise.

Les mêmes sujets venus à Vichy, au début de leur alcoolisation vers la trentaine, pour de la gastrite avec poussées congestives hépatiques, ont évolué de 30 à 40 ans vers une obésité d'apparence flatteuse, qui n'était que le prélude d'un diabète qui fit son apparition, et qui s'installe vers la quarantaine.

Or, Messieurs, être diabétique, c'est, n'est-il pas vrai, avoir déchu gravement dans sa résistance vitale au regard de la tuberculose. Nous

le savons tous, qu'il s'agisse d'une simple glycémie d'origine purement hépatique, d'un diabète nerveux, ou d'un diabète pancréatique, qu'il s'agisse, encore, sans glycosurie, d'une dégénérescence cellulaire hépatique, il y a alors possibilité d'une tuberculose, et rapide, et grave.

Voici donc des êtres primitivement forts, dont le taux hépatique a fléchi au point d'en faire des arthritiques "non résistants" et cela par voie "d'alcoolisme insidieux."

L'alcoolisation, à ses divers degrés, en provoquant dans le tractus digestif et dans le foie des modifications fâcheuses, passagères, puis durables, peut faire déchoir l'être humain, de la "résistance" primordiale la plus haute au plus facile "consentement" vis à vis de toutes les toxi-infections, y compris la tuberculose.

Les lois de biologie générale qui régissent la maladie infectieuse ressortissent à l'attaque : toxi-infection ; à la défense : annihilation ou élimination de la toxine. Pour assurer cette double défense, nous avons leucocytose, hépatisme et fonction nerveuse. Elle existe cette défense, à des degrés divers, chez les êtres les plus forts, elle se retrouve chez la plupart d'entre nous, êtres moyens, elle est encore apparente chez les faibles.

Forts, moyens ou faibles, quand, à la maladie nous avons ajouté l'imprégnation d'alcool, nous avons adjonction d'un toxique nouveau dont nos organes auront à se défendre en même temps que de la toxine infectieuse.

En présence du toxique, nous réagissons par défense spontanée. Qu'en matière de tuberculose, on dénomme "arthritisme" cette heureuse réaction spontanée ; qu'envisageant sa double origine, hépatique et nerveuse, on parle de "neuroarthritisme", peu importent les mots, ce qu'on veut dire, c'est que le sujet résiste.

Eh ! bien, il n'est pas douteux, Messieurs, que de tous les moyens à notre disposition, "l'arthritisme spontané" ne soit le meilleur, le vrai, le "bon" arthritisme.

Il est légitime de vouloir aider la nature médiatrice, mais il est d'un médiocre entendement, de vouloir faire mieux que nature, et c'est pour tout ce qui se passe journallement quand nous voulons, "par suralimentation" à tort et à travers, et par l'emploi d'excitants factices, tel l'alcool, acquérir coûte que coûte un "arthritisme provoqué", c'est là, Messieurs, de bien "mau-

vais arthritisme. "Tant vaut l'estomac, tant vaut le malade" nous dit un vieil aphorisme ; c'est à dire, en généralisant, tant valent l'estomac, le foie, le pancréas, l'intestin, tant vaut notre nutrition, en un mot. Or, l'arthritisme provoqué à l'alcool relève d'une viciation au processus d'hépatisme, d'une véritable déchéance de la nutrition, ce que nous prouvent physiologie et clinique.

A titre de justification physiologique, je place ici les intéressantes recherches du Professeur A. Robin sur le coefficient respiratoire, si différent chez les prédisposés, et chez les résistants.

"Les échanges respiratoires des arthritiques (diminution du quotient respiratoire $C \frac{O_2}{O_2}$ - ralentissement de la nutrition de Bouchard) ont une formule qui s'oppose dans son ensemble, comme dans ses éléments, au symptôme dont nous avons reconnu la presque constance chez les phthisiques.

L'antagonisme clinique entre les deux maladies se retrouve dans leurs échanges respiratoires, et, par conséquent, dans les actes chimiques dont ceux-ci sont l'expression, et l'on voit là au moins l'une des raisons pour lesquelles les arthritiques jouissent d'une certaine immunité contre la tuberculose.

Mais, sous diverses influences, surmenage, diabète, et notamment "alcoolisme," les échanges de l'arthritique peuvent s'élever au taux de ceux des tuberculeux ordinaires, l'arthritique perd alors l'immunité qu'il tenait de son terrain, et la phthisie évolue chez lui comme chez tout autre prédisposé." (1)

Et alors, en clinique, s'expliquent ces déchéances passagères, intermittentes ou durables, qui motivent de fâcheuses poussées congestives, non suivies de réaction locale, favorisent l'infiltration tuberculeuse du parenchyme, la fonte des granulations, en un mot l'évolution de la vulgaire phthisie ulcéreuse, chez les soi-disant arthritiques, tout comme chez les autres sujets. (2)

En matière d'hémoptysies, notamment, le régime à base d'alcool a les effets les plus fâcheux : le Dr Sabourin a vu souvent l'adjonction d'une dose, même faible, provoquer chaque fois, chez certains sujets, le crachement de sang.

C'est pour faire apprécier de tous les clini-

(1) Albert ROBIN et BINET—Bull. de Thérap. Août 1905, p. 226
(2) Voy. L. BERNARD—Presse Méd. Déc. 1905.

ciens le néant de la prétendue "résistance" par le régime à l'alcool que j'ai fait dresser une statistique personnelle minutieuse.

Sur les 30 sujets tuberculeux alcooliques de cette statistique, on constate avec stupour, si l'on n'est pas mis en garde, que ce sont les buveurs d'absinthe qui, tout en donnant un pourcentage étiologique, "quantitativement considérable" de 11/30, fournissent la moins mauvaise proportion "qualitativement" c'est-à-dire le moindre nombre de formes aiguës et graves. On trouve, en effet, 6 cas à évolution lente, et 3 cas de longue résistance préalable.

Allons-nous en conclure que l'intoxication par l'absinthe est défavorable à l'évolution tuberculeuse ?

Or, enquête faite, je vois que 9 de mes tuberculeux absinthiques ont près de la "cinquantaine", ce qui n'est pas l'âge de la mort par tuberculose dans nos milieux urbains. (20 à 40 ans). La tuberculose chez la plupart d'entre eux a débuté tardivement ; elle a été lente, parce que ces gens-là étaient des forts, des hommes de grande vigueur originelle, nés pour braver les infections avec succès, la tuberculose, comme les autres. Ce n'est qu'après des défis sans nombre à l'hygiène qu'ils ont fini par se laisser envahir, et par succomber, devenant, "malgré leur vigueur native" complices de la maladie.

Ce que je dis pour l'absinthe, poison national et parisien par excellence, je le répéterai pour les eaux-de-vie et autres produits alcooliques. Ces boissons, dès que l'usage en est hors de proportion avec l'équilibre fonctionnel d'un organisme humain, font dévier celui-ci. de "très" fort, il devient moins fort, de "moins" fort, il devient "faible."

La vraie force, la force supérieure, c'est de ne pas se laisser toucher en profondeur par l'infection ; le degré de force moindre, bien qu'appréciable encore, c'est de résister aux atteintes infectieuses, et plus particulièrement à la tuberculose, par voie de réaction fibreuse. Mais si l'on est faible, mieux vaut s'en remettre à ses propres forces, que de recourir aux fallacieux toxiques. Quand le régime au vin, à l'alcool, à l'absinthe, est institué chez un faible, la déchéance organique ne fait que gagner en vitesse : j'en appelle à l'observation quotidienne de tous les médecins, et je signale, pour les incrédules, mes faits cliniques, 1, 10, 12, 14, 19, 29 et 30, dans lesquels la plus âgée des victimes n'a pas trente-cinq ans, et où les sept malades en cause succombent à des formes aiguës ou subaiguës, c'est-à-dire à des formes de non-résistance. (1).

(1) H. TRIBOULET. — Traité de l'Alcoolisme — p. 279.

STATISTIQUE PERSONNELLE — HOPITAL ST-LOUIS, 1902

	Hérédité	Contagion	Age	Séjour Urbain	Profession
1	Pas d'hérédité	?	31		Sommelier
2	Pas d'hérédité	?	45	Né à Paris.	Journalier
3	Pas d'hérédité	?	59	40 ans	Couvreur
4	Pas d'hérédité	?	30	12 ans	Charretier
5	Pas d'hérédité	?	19	3-4 ans	Ménusier
6	Pas d'hérédité	?	34	10 ans	Laitier
7	Pas d'hérédité	?	35	11 ans	Garçon livreur
8	Pas d'hérédité	?	29	12 ans	Journalier
9	Pas d'hérédité	?	50	3 ans	Répétiteur
10	Pas d'hérédité	?	19	4 ans	Peintre
11	Pas d'hérédité	?	41	né à Paris	Coupeur
12	Hérédité suspecte	?	20	né à Paris	Garçon marchand de vin
13	Pas d'hérédité	?	21	né à Paris	Doreur
14	Pas d'hérédité	?	27	14 ans	Garçon de restaurant
15	Père suspect, un frère tub.	?	29	9 ans	Homme de peine
16	Pas d'hérédité	?	30	né à Paris	Peintre
17	Pas d'hérédité un frère tub.	Contagionné dans une cantine où vivaient des tuberculeux			
18	Pas d'hérédité	Adénite cervicale il y a 10 ans ; récontagionné auprès de personnes tuberculeuses	34	12 ans	Journalier
			31	4 ans	Employé de commerce

19	Mère Phtisique.	?	25	né à Paris	Garçon Boucher
20	Pas d'hérédité	?	50	20 ans- 2 ans de maladie	Serrurier
21	Pas d'hérédité	Colonies-syphiliis	46	30 ans	Chaudronnier
22	Pas d'hérédité	?	49	23 ans	Homme de peine
23	Pas d'hérédité	?	52	9 ans	Journalier
24	Pas d'hérédité	?	48	15 ans	Cocher
25	Pas d'hérédité	?	46	15 ans	Vernisseur
26	Pas d'hérédité	?	47	15 ans	Cordonnier
27	Pas d'hérédité	?	47	9 ans	Journalier
28	Mère phtisique.	?	46	né à Paris	Serrurier
29	Pas d'hérédité	?	33	2 ans	Carriér
30	Pas d'hérédité	?	26	3 ans	Journalier

STATISTIQUE PERSONNELLE — HOPITAL SAINT-LOUIS, 1902.

	Forme et Evolution de la Tuberculose	Mode d'Alcoolisation
1	Cirrhose et tuberculose pleurale aigue	
2	Tuberculose 3ème degré. Evolution rapide	
3	Cirrhose. Tuberculose à marche torpide. Evolution lente.	BUVEURS
4	Tuberculose en voie de généralisation (os, poumons)- 22 mois	
5	Début de tuberculose à forme broncho-pneumonique.	DE
6	Tuberculose ganglionnaire à évolution favorable	VIN
7	Tuberculose pleuro-péritonéale très tenace.	
8	Tuberculose ulcéreuse chronique.	
9	Cirrhose--Sommet suspect. Evolution lente	
10	Tuberculose latente ; poussée aigue pneumonique double. Evolution aigue.	
11	Tuberculose ulcéreuse—3ème degré.	
12	Phtisie ultime.	BUVEURS
13	Début de tuberculose pulmonaire.	
14	Infiltration Scmmet droit. Hémoptysies violentes tardives.	
15	Tuberculose ulcéreuse subaigue.	
16	Tuberculose ulcéreuse chronique classique.	Type subaigu D'ALCOOL
17	Tuberculose commune (3ème pér.)	Type
18	— " id. " — — —	subaigu
19	— " id. " — — —	de phtisie galopante
20	Phtisie ulcéreuse, réaction asthmatiforme, évolution lente.	
21	Phtisie ulcéreuse, banale, Entérite, évolution lente.	BUVEURS
22	Phtisie fibreuse—Evolution lente.	
23	Phtisie fibreuse—Evolution lente.	
24	Tuberculose pleuro-péritonéale—Cirrhose ?	
25	Ancien buveur d'absinthe. Phtisie depuis trois ans.	D'AB.
26	Tuberculose rénale longtemps contenue. Actuellement tuber. aigue. pulm.	
27	Ancien absinthique. Tuberculose pulmonaire banale. Evolution lente.	
28	Tuberculose [2ème-3ème]; évolut. subaigue	SINTHE
29	Tuberculose [3ème]. évolution assez rapide.	
30	Tuberculose [2ème-3ème] banale.	

En continuant à suivre l'évolution des troubles digestifs et hépatiques chez les sujets observés par Glenard, nous voyons, chez un certain nombre, à dater de la cinquantaine, apparaître des symptômes précurseurs de cirrhose hépatique, et, parfois, à brève échéance, la cirrhose est cons-

tituée, avec gros foie, ou sous la forme atrophique.

Je crains, Messieurs, d'avoir trop souvent détourné votre attention sur des sujets un peu disparates, en apparence, et je ne veux pas me lancer ici dans une nouvelle digression. Toutefois, je vous engage à méditer la question de la cirrhose hépatique dans ses rapports avec la tuberculose, pour bien comprendre en quoi la sclérose par l'alcool n'est ni chose définitivement prouvée, ni chose avantageuse, témoignant d'une acquisition de force.

Avec Lancereaux, avec Kelynaek, de Londres, il y a lieu de se demander si bon nombre de cirrhoses à gros foie, ne ressortissent pas à l'influence tuberculeuse, autant qu'à l'action de l'alcool, tout comme la cirrhose hypertrophique graisseuse du type Hutinel-Sabourin. Grâce au procédé de l'inoscopie de Jousset, j'ai pu dans un certain nombre de cas reconnaître la tuberculose dans des ascites curables de cirrhoses à gros foie, ce qui m'a conduit à poser devant la Soc. Méd. des Hôp. de Paris cette question : " Pourquoi la cirrhose, relativement si fréquente à Paris, est-elle si rare en réalité dans les campagnes, même dans les régions de grosse consommation vinique et alcoolique ? c'est peut-être en raison de la tuberculose, absente, ici, et toujours présente là." Encore l'alcool complice de la tuberculose qu'il appelle.

En résumé, Messieurs, je conclurai de tout ce qui précède que, si l'alcool aime le foie, le foie n'aime pas l'alcool. Ainsi, par viciation de la nutrition, lente ou brutale, par "hépatisme" dans le sens le plus large du terme, (depuis la nuance minime d'hypofonction, jusqu'à la lésion la plus confirmée du foie), le terrain organique peut se trouver préparé à la tuberculose. La résistance primordiale des sujets atteints peut orienter les réactions parenchymateuses vers la sclérose, mais celle-ci n'est en rien un bénéfice. Témoi-

gnage d'une déchéance vitale relativement moindre chez les scélérats, elle n'en accuse pas moins une tuberculose, c'est à dire une tare à laquelle la force initiale du sujet eût permis primitivement d'échapper, ce que le tempérament avait de bon, l'alcool est intervenu pour le compromettre.

TARES NERVEUSES ET INTOXICATIONS. (Alcoolisme et Tuberculose)

Les désordres de gastro-hépatisme qui constituent notre "arthritisme" ont comme conséquence une auto-intoxication par des produits viciés insuffisamment éliminés. Plus sensible que nos autres organes, le système nerveux prend pour lui la meilleure, c'est à dire la pire part de ces déchets toxiques, et, fâcheusement modifié par eux, dévie vers les troubles fonctionnels innombrables qui vont du nervosisme mal défini à l'hystérie, à la neurasthénie, à l'excitation morbide, à la dépression psychique, accompagnés de phénomènes vaso-moteurs gênants ou graves. Que le neuro-arthritisme soit conjugal ou acquis, il n'a certes pas de meilleur adjuvant que le régime alimentaire défectueux, et tout le monde s'accorde à voir dans l'alcool le pire ennemi de l'arthritisme nerveux.

Or, Messieurs, l'expérience médicale, déjà longue, et si chargée de faits, nous a depuis longtemps édifiés sur le peu de résistance des déchus nerveux à l'infection et particulièrement à la tuberculose.

La déchéance acquise au contact des toxiques, qu'il s'agisse de l'arsenic (statistiques de Kelynaack, épidémie de Manchester), de l'opium (statistiques des médecins coloniaux), ou de la morphine pour l'euro péen, réalise bien la préparation optimale à la tuberculisation grave et rapide.

Les faits, accumulés par Lancereaux et par ses élèves, (Besançon, Pol Vassal) font jouer à l'alcool un rôle identique que tous les médecins ont pu apprécier. L'arrivée d'une tuberculose sur le terrain humain préparé à l'alcool est l'origine de ces formes aiguës pleuro-pulmonaires, de ces formes suraiguës granuliennes dans lesquelles les méninges subissent les plus violents contre-coups.

Pour expliquer les allures de ces syndromes nerveux primitifs en apparence, qui rappellent en partie l'hystérie toxique, mais qui prennent bientôt l'aspect confirmé de la méningite avec son

excitation entrecoupée de coma et avec ses modifications des pupilles, du pouls et de la vasomotricité, vous ne trouverez pas toujours in situ les granulations méningées; la mort rapide, foudroyante, ne leur a pas donné le temps d'évoluer. Le sujet est mort d'hyperintoxication alcoolique et tuberculeuse, et de l'alcool vous reconnaîtrez l'influence prédominante à ces lésions des émonctoires, notamment du foie, sous forme d'hépatite dégénérative, graisseuse ou non, comme l'ont montré Gilbert Ballet, Faure et Gilbert. Vous pourrez même trouver la cirrhose de Laënnec, déjà confirmée chez des sujets très jeunes, (femmes de 28 à 34 ans) comme je l'ai pu constater deux fois en une même semaine, dans un service de l'hôpital Lariboisière.

Ainsi se réalisent les pires variétés de tuberculoses, avec la fatale complicité de la déchéance nerveuse avec l'alcool et par l'alcool.

À côté de ces faits, exceptionnels, je le reconnais, mais chaque jour plus nombreux, de tuberculisation et d'alcoolisation suraiguës, à pathogénie évidente, se place l'interminable série des tuberculoses subaiguës, ou chroniques, dont la genèse reste plus obscure, quel rapport voyez-vous, raisonnablement, me demandera-t-on, entre l'alcool et tous ces faits de tuberculose banale?

Eh! bien, Messieurs, je crois encore fermement que, pour un grand nombre, ces bacillooses ressortissent à l'intoxication alcoolique, comme cause prédisposante majeure, et je m'en explique.

Excitant du système nerveux pour une très courte période de son action, l'alcool devient rapidement un déprimant de la fonction nerveuse; et cette dépression c'est, pour la sensibilité, l'anesthésie, pour la motricité, la parésie, pour les vaso-moteurs, la paralysie.

Anesthésie, l'alcoolisé peut l'être de diverses façons, favorables toutes à la germination tuberculeuse. L'insensibilité relative au transmissime des parenchymes profonds, comme des téguments, comme des muqueuses, autorise le contact plus prolongé des germes nocifs (ici bacille de Koch) permet son implantation sur les muqueuses respiratoires, atténue les réactions, ou les tient inaperçues du sujet: comme l'ivrogne continue à vouloir se servir de sa jambe fracturée ou broyée, insensible, inconscient, l'alcoolisé, l'expression garde ici toute sa force, l'alcoolisé "marche sur son mal", et quand il vient consulter, il arrive souvent que le progrès des lésions a cons-

tité la tuberculose, grave, irréparable. Anesthésié, l'alcoolisé peut l'être par son tube digestif. Les individus (et ils deviennent légion) ai je pu dire, il y a déjà trois ans (1) qui boivent à jeun une rasade d'alcool, recourent à ce moyen, souvent d'ailleurs, inconsciemment, pour abolir la sensation de faim, et ils y réussissent; de même agit "l'appétitif" pris avant le repas. Comme le sauvage mange sa feuille de coca, le "civilisé" ? boit son verre d'alcool. Le but et le résultat sont le même: "anorexie."

En dehors de ses effets fâcheux sur la nutrition intime, l'alcool, pris à jeun, invite l'individu à se passer pour un certain temps, de nourriture, ce qui, dans nos milieux urbains où tout être qui mange insuffisamment se révèle éminemment tuberculisable, est comme une complicité, comme un suicide.

Ce même alcool, "qu'il paralyse" les vaso-moteurs de la peau (refroidissement), qu'il fasse la congestion active du poulmon (par son élimination), ou la congestion passive de cet organe, (par intoxication nerveuse), ce même alcool infériorise les voies aériennes, déjà compromises par l'an sthésie des muqueuses. Ce sont bien là, les conditions n'est-il pas vrai, expérimentales les meilleures qu'on puisse requérir pour la genèse d'une tuberculisation certaine, et active ?

J'aurais, pour terminer ce trop long martyrologe des victimes de l'alcool, à entrer encore plus avant dans l'intimité de l'affreux drame humain. Avec les Magnan, les Joffroy, les Legrain, nous pourrions envisager la série des altérations cérébrales, et montrer leur influence sur la genèse de maintes tuberculoses. Il est plus poignant, peut-être, mais plus instructif assurément de mettre en pleine lumière ici cette conséquence, effroyable parmi toutes les autres, de la dégénérescence de la race par l'alcool. Ce poison frappe tantôt le père, tantôt la mère, et corrompt les sources vives de la génération. Si avec Gréhant et Nichoux, nous savons retrouver l'alcool ingéré dans le sang de la mère et du fœtus, et dans le lait de la nourrice, nous assistons bien à la destruction systématique de l'espèce.

En ce qui nous concerne, les résultats de l'alcoolisation des parents sur leur descendance sont d'irréfutable évidence. Comme des enfants de

vieux, les petits d'alcooliques succombent à la tuberculisation précoce, sans résistance. catarrhes suffoquants, broncho-pneumonies, granuleuses à terminaison méningée, voilà le sort de ces petites victimes. D'après Roubinowitch et d'après Lagrange, 50 p.c. des enfants des grands centres industriels meurent avant l'âge de trois ans, cette mortalité se partageant entre l'hérédité alcoolique et l'hérédité tuberculeuse (ces deux causes parfois réunies).

Sur une série de 1506 enfants, le Dr. Arrivé trouve une proportion formelle de 36,19 "d'hérédito-alcooliques" pour 100 tuberculoses (y compris les morts par méningite). (1)

Quand il a franchi le pas difficile des premières années, l'hérédito-éthylotuberculeux est poursuivi par la fatalité. "Le fils de qui a bu boira", et il est écrit aussi que le fils de qui a bu se tuberculisera !

COMMENT DANS LA VIE COURANTE, LA TUBERCULOSE SE PREPARE PAR LE REGIME ALIMENTAIRE DEFECTUEUX

Nos statistiques générales du début nous ont montré comment un régime de boissons déplorable préparait la déchéance organique pré-tuberculeuse. Sans y revenir, il y a lieu d'insister sur quelques détails de cette étiologie, pour prouver que si nos contemporains boivent tant, ils ne savent cependant ni boire, ni manger hygiéniquement.

De LAVARENNE (loc. cit.) insiste sur ces données instructives à ce point de vue :

"Si, dans nos villes, si en Normandie, si en Bretagne, avec des conditions hygiéniques générales moins mauvaises, qu'autrefois, on se tuberculise davantage, c'est qu'intervient quelque cause nouvelle, et à côté de la contagion plus fréquente, il est vrai, l'alcool semble intervenir comme une des plus puissantes influences susajoutées. Il suffit de signaler ce que représente, à ce point de vue, le privilège des bouilleurs de crû.

Dans certains milieux familiaux de Bourgogne et de Normandie, la consommation par tête atteint et dépasse le chiffre de 30 litres d'alcool pur par an. Les résultats de ce régime sont saisissants, et, d'après Brunon, de Rouen, la plupart des riches fermiers normands atteints de tuberculose, sont devenus tuberculeux grâce à l'alcoolis-

[1] H. TRIBOULET. — L'alcool dans l'alimentation — Soc. Thérap. Juin 1903.

[1] ARRIVÉ. — Th. Paris, 1900.

me, de même, au dire de Crivelli, de Melbourne, se tuberculisent bon nombre de riches fermiers australiens.

Et pourtant, qui n'envierait la situation matérielle et hygiénique apparente, le milieu et le mode d'existence du "gentleman farmer" pour faire de bonne cure antituberculeuse ?

O Fortunatos nimum sua si bona norint

Agricolos.....

et s'ils ignoraient l'alcool !

A priori tous les malades qui nous consultent à l'hôpital ont des habitudes hygiéniques mauvaises à l'égard du régime des boissons.

On peut par l'interrogatoire tirer des aveux de la plupart.

Le médecin n'a donc pas besoin de statistiques pour former son opinion : nos malades sont plus ou moins des alcooliques, c'est-à-dire des gens ayant le goût du vin ou des liqueurs.

Mais tous sont-ils "alcoolisés" ? Ici il ne suffit plus d'une impression de sentiment, il faut des faits. Or, si, au lit du malade, avec le temps nécessaire, il est possible de relever chez des sujets un certain nombre de stigmates caractéristiques de l'alcoolisation, à la consultation des hôpitaux la chose est plus difficile. Il faut se contenter souvent d'un examen superficiel, et même, dirons-nous d'une impression.

Or, cette impression a ici une haute valeur : Si, en effet, nous pouvons, chez certains sujets, à première vue, dépister l'alcoolisation, en dehors, ou à côté de l'affection clinique qui les amène à la consultation, il faut reconnaître que le degré de celle-là est alors bien accentué chez eux, et on peut considérer comme définitivement alcoolisés, c'est-à-dire, en général, perdus pour le milieu social, les êtres qui sont portés sur nos statistiques..

HOPITAL LARIBOISIÈRE — CONSULTATION

Statistique personnelle.

Série de 8 jours prise au hasard, (Mai 1905)

Nombre des consultants.	Nombre des alcoolisés.
Hommes..... 453)(Hommes. ... 60.
Femmes..... 376)(Femmes. . . 16.

Notre statistique a porté sur ces deux données : "Age et profession".

Pour l'âge, ce résultat, à lui seul, par sa démonstration saisissante, justifie l'importance d'une statistique de ce genre. C'est entre 20 et

40 ans que se place le maximum d'alcoolisation chez l'homme et chez la femme, c'est-à-dire à l'âge où socialement, par la reproduction, les êtres sont utiles au maximum à la communauté.

Entre 20 et 40 ans, on trouve 30-60, c'est-à-dire la moitié des alcoolisés chez l'homme et 11-60, c'est-à-dire les 2-3 des alcoolisées-femmes.

NOMBRES DES ALCOOLISÉS	de 10 à 20 ans	de 20 à 30 ans	de 30 à 40 ans	de 40 à 50 ans, etc.
Hommes 60	3	9	21	18
femmes 16	0	3	5	5

La statistique de la morbidité chez les alcooliques comprend des faits complexes : plusieurs phénomènes morbides peuvent se rencontrer à la fois chez le même sujet.

Il ressort de notre statistique que les "troubles digestifs" viennent presque à égalité de fréquence avec les "manifestations thoraciques".

Chez nos 76 alcoolisés nous trouvons :

Phénomènes douloureux-vagues	Troubles digestifs	Désordres respiratoires
Rhumatoïdes 17	Gastrite 19	Bronchite 4
Névralgie 6	Ictère 1	Tub. pulm. 5
	Entéralgie 2	points thoraciques 4

Le Dr de Lavarenne a insisté sur une particularité intéressante, et qui n'est pas sans une certaine valeur convaincante : les allures de la tuberculisation chez la femme. Il y a quelque 30 ans, alors que la misère représentait le plus grand facteur de tuberculose, la femme payait au fléau un tribut proportionnellement plus lourd que celui de l'homme ; aujourd'hui les proportions sont renversées, et ce retournement coïncide avec la prédominance de l'alcoolisation chez l'homme.

"C'est, en quelque sorte, dit-il, une preuve de l'influence de l'alcoolisme, "par le contraire" et il en donne des exemples précis.

Sur 18 cas, 11 fois l'hérédité, 9 fois, privations et surmenage.

Malgré cela, 7 de ces femmes avaient atteint quarante et cinquante ans. Bien que nées débiles, malgré le travail et les privations, malgré les grossesses, elle avaient pu lutter et luttèrent encore : elles étaient sobres.

Par contre, 2 femmes robustes, l'une de trente ans, l'autre de quarante ans, toutes deux sans antécédents tuberculeux, mais toutes deux alcooliques, devenaient tuberculeuses, et présentaient des formes graves."

Pour terminer, je place sous vos yeux ces statistiques si vivantes, établies par le professeur Lottule, à l'hôpital Boucicaut, spécialement affecté à la tuberculose, et celles plus détaillées encore que les professeurs Landouzy et M. Labbé ont dressées à l'hôpital Laënnec.

LITULLE : Quelques observations de tuberculeux alcooliques :

1^o Charretier, 48 ans ; salaire, 5frs. ; dépenses pour la nourriture, 1f80 ; dépenses pour boisson, 1 litre 3-4 de vin, 1f40, 1 café avec alcool, 30c. Total 1f70.

Soit plus du tiers du salaire pour la boisson.

2^o Journalier, 24 ans ; salaire, 4f50 ; dépenses pour la nourriture, 2 frs. ; dépenses pour la boisson, 1 litre 3-4 vin, 1f40 ; 2 apéritifs, 40c. ; total, 1f.80 :

Soit deux cinquième du gain journalier pour la boisson.

3^o Canneleur, 51 ans ; salaire 6 frs. ; dépenses pour la nourriture, 1f40 ; dépenses pour la boisson, 1 litre 1-2 vin, 1f20, 1 café rhum, 35c. ; total, 1f55.

Soit le quart de son gain journalier.

Il est à remarquer que le malade buvait (1f55) plus qu'il ne mangeait (1f40).

LANDOUZY et M. LABBE. — Enquête sur l'alimentation d'une centaine d'ouvriers et d'employés parisiens présentés au Congrès International de la Tuberculose.

Voy. Presse Médicale, 1er Nov. 1905.

De tels documents n'ont pas besoin d'une explication ; ils la fournissent à simple lecture.

Le contraste saisissant si bien mis en relief par le professeur Landouzy comporte à lui seul tout l'enseignement antituberculeux par antialcoolisme. En nous montrant " ce qui est, " avec ses défauts (insuffisance et erreurs), en soulignant " ce qui devrait être ", le Maître a réalisé une vivante leçon de choses, et cette leçon que tout médecin doit désormais savoir par cœur, est la plus utile mesure prophylactique contre la tuberculose.

CONCLUSIONS

Messieurs,

A notre époque, et jusqu'à nouvel ordre, pour se défendre contre l'agression tuberculeuse, pour résister à la tuberculose déclarée, un des éléments de lutte immédiate les plus puissants est la nourriture, normale en quantité et qualité.

Est " aliment toute substance qui agit " en bien " pour notre nutrition, avec le minimum de mal. Parmi les erreurs de l'alimentation, la plus dangereuse consiste, pour l'homme, à s'adresser à certains produits, peu alimentaires, trompeurs de la sensation d'appétit, et qui, en outre, peuvent nuire directement ou indirectement à ceux qui les absorbent. Pour de tels produits, il y aurait lieu, comme le disait le Prof. Debove, de créer une dénomination spéciale : " aliments-poisons. " Ils sont condamnés par l'hygiène, dès qu'ils représentent pour celui qui s'en nourrit un minimum de bien réel, et un maximum de mal possible.

Vous avez très encore présente à l'esprit la discussion engagée dans le monde savant, en 1903, sur la question de l'alcool-aliment. Chargé par la Société de Thérapeutique de Paris, d'un rapport sur ce grave sujet, j'ai eu pouvoir répondre aux sophismes scientifiques par les arguments du " bon sens clinique ", toujours vainqueur des théories : L'alcool fait-il du bien à l'être humain ? non. Lui fait-il du mal ? oui. En conséquence, aliment ou non, au point de vue spéculatif, l'alcool n'est pas fait pour la pratique alimentaire humaine.

Une telle réponse, Messieurs, ce n'est pas du sectarisme, c'est de l'hygiène.

L'alcool n'est-il donc que nuisible ? A quelle dose, me demandera-t-on, faites-vous commencer son influence fâcheuse ?

Ne me taxez pas de paradoxe, Messieurs, si je vous répons : " en alcoolisme, comme en tuberculose, il n'y a pas de dose, il n'y a que des résistances. "

Tels êtres, à la force primordiale intacte, peuvent subir, sans paraître fléchir sensiblement, les contacts des microbes, et l'intimité des petits verres ; mais, à ce dernier régime, que gagnent-ils, sinon de s'amoindrir ? A les suivre le temps voulu, nous assistons, tôt ou tard, à la faillite et à la ruine de ces belles réserves de santé humaine.

D'autre part, à envisager la gamme des déchéances viscérales et nerveuses des sujets alcoolisés, nous savons, qu'avec l'affaiblissement progressif, ceux-ci peuvent arriver aux plus justes proportions requises entre microbe et terrain, si bien qu'alors, un baïlle peut faire de la tuberculose, tout comme " une " dose d'alcool pourra faire de l'alcoolisme.

Mais le vin ? mais la bière ? mais le cidre ?

Bons par leur teneur en éléments nutritifs, ces produits, vous dira la physiologie, ne gagnent rien à renfermer de l'alcool, et c'est par cet alcool ou'ils peuvent arriver eux aussi, à nuire, comme le prouvent les statistiques, et les observations cliniques.

Si nous connaissons tous des faits de tolérance considérable pour les boissons alcoolisées chez les campagnards, ou chez les citadins peu raffinés chacun de nous connaît, par contre, de ces civilisés, organismes en équilibre instable, chez qui le moindre supplément d'alcool ajouté à la ration d'entretien aboutit à une plainte immédiate de la santé générale.

On voit les apologistes de l'alcool alimentaire nous montrer qu'il faut quelquefois 20 à 30 ans pour tuer des êtres exceptionnellement vigoureux, ce qui peut servir à illustrer cette sentence : "comment l'être humain résiste à l'alcool"; mais on m'accordera que c'est par un détestable procédé de logique qu'on veut faire de la phrase précédente l'équivalente de celle-ci : "l'art d'améliorer l'homme par l'alcool", ou : "comment l'être humain profite de l'alcool". Avec de bons reins, et un foie intacts, nos contemporains paraissent supporter un certain temps le régime des boissons à base d'alcool, sans modification appréciable; mais, nous, médecins, ne nous y laissons pas prendre, tolérance relative ne veut pas dire indifférence, encore moins profit.

L'indifférence", on ne peut nous faire accepter ce terme à nous qui savons qu'un petit trouble fonctionnel peut être le prélude de la maladie qui se constitue.

A peu près en équilibre apparent, tant qu'il ne s'agit pour eux que de suffire aux détails peu compliqués de la vie courante, nous voyons les êtres imprégnés d'alcool, fléchir dès qu'il y a nécessité de demander aux fonctions un surcroît d'activité (travail physique ou intellectuel, émotions morales, etc); nous les voyons fléchir, ou succomber même, dès qu'il y a à engager la lutte avec la maladie. (Alcoolisme insidieux).

Avec son maître Peter, après Lasegue, le Dr Richardière, dans le traité de médecine, a écrit :

"Suivant leur prédisposition, les sujets sont sensibles à l'alcool, les uns par leur "tube digestif," les autres, par leur "système nerveux."

Je me suis longuement expliqué sur "l'hépatisme", et j'ai rappelé comment "l'arthritisme de sauvegarde" contre la tuberculose était com-

promis par le régime à l'alcool (Glénard, A. Vobin, Pascault).

Mes conclusions s'appuient sur toutes les statistiques cliniques de tous les observateurs; elles doivent être sanctionnées par des modifications de l'hygiène alimentaire, jusqu'ici mal comprise, ou inobservée (tableaux de Letulle et de Landouzy).

J'ai dit, de plus comment l'influence de managements à l'hygiène chez les sujets "nerveux", et, notamment, l'alcoolisation, ont leurs effets maximaux par cumulation chez l'intoxiqué, et chez ses descendants, (formes aiguës, graves, et méningite tuberculeuse).

Tous les faits biologiques s'enchaînent pour le physiologiste et pour le médecin, et pour eux la tuberculisation croissante contemporaine s'explique aisément par la modification désastreuse des mœurs qui a acclimaté l'alcoolisme. Certains groupements de nos populations (ouvriers des villes, campagnards petits commerçants, bourgeoisie) se sont, par des habitudes nouvelles, créé pour ainsi dire une seconde nature. "L'habitude", voilà ce qui a fait de l'alcool non plus un produit d'utilité au cas exceptionnel de maladie, ainsi qu'il en était jadis; non plus un "objet de luxe" pour les relations sociales et familiales, aux jours de fête, ou, à peine, pour les plus exigeants, "bis semel in mense", mais bien un "objet de nécessité" pour les excitations croissantes de la vie quotidienne. Plus le sujet est sensible, délicat, plus l'alcool s'impose à lui, et devient un véritable "besoin" morbide. Par la sollicitation corticale, l'alcool conduit à des conséquences qui varient avec les prédispositions individuelles. peu à peu, l'habitude devient plus forte.

Simple gourmandise, réfrénable un certain temps, chez des gens de mentalité supérieure, le besoin d'alcool devient une exigence pour les gens plus faibles. Et ils sont légion; et parmi eux grossit le groupe des êtres pour qui la consommation d'alcool devient "un besoin féroce." Le moteur humain, entraîné à l'alcool, arrive à se passer de tout, sauf d'alcool.

Bien plus, la sensation sollicitée sans frein, s'émousse, et plus impérieuse cependant chaque jour, l'habitude vicieuse réclame. Des industriels criminels, heureux de trouver de faciles et énormes profits à exploiter la folle passion de nos concitoyens, n'ont pas hésité à renforcer la

nocivité des produits qu'ils leur livrent, pour en corser le goût. Mélant en des proportions variables, des extraits et des essences à l'alcool, ils sont parvenus à satisfaire toutes les exigences; et dans notre malheureux pays, coulent à flots les apéritifs, les amers, les "absinthes", affreuses mixtures, dans lesquelles suivant la forte expression de Jacquet, on est arrivé à "empoisonner le poison."

En présence de cette fureur de destruction, le médecin se doit d'intervenir. Pour lui, l'erreur d'alimentation à base d'alcool se place parmi les causes puissantes de tuberculisation. "L'Hygiène des boissons" est un chapitre primordial de l'hygiène sociale.

Cette hygiène s'impose :

aux peuples comme aux rois,
et les fait, la main haute, obéir à ses lois.

Il faut pour les nations, se soumettre, ou se démettre, parce que toute infraction à la règle d'hygiène est punie dans la personne du délinquant ou de ses descendants.

Emus à juste titre de la menace que fait courir aux populations sans défense le poison insinuant des boissons absinthées, deux petits pays ont donné un grand exemple. La Belgique et la Suisse, vous le savez, ont interdit, sur tout ou partie de leur territoire, la vente de l'absinthe.

Qu'il y ait là, comme on l'a prétendu, souci d'intérêts matériels plus que d'intérêts moraux, le résultat n'en est pas moins acquis pour la sauvegarde de la santé humaine, dans ces deux pays.

Le médecin, qui ignore les profits personnels quand il s'agit du bien de ses semblables, peut intervenir dans la question avec sa conviction désintéressée, forte, inébranlable, parce que motivée irréfutablement.

Cette conviction je vous l'exprime au nom de la Société de Thérapeutique, au nom de la Ligue Nationale contre l'Alcoolisme, au nom de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Ces Sociétés m'ont tout particulièrement confié cette mission d'honneur de venir, Messieurs, vous demander tout votre appui pour une grande cause. Je crois être l'interprète fidèle de vos frères de France en vous soumettant ce vœu de prophylaxie immédiate, la plus pressante :

"Le Troisième Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, envisageant les rapports de l'alcoolisation, et notamment de l'intoxication par les es-

ences, dans leur influence formelle sur la genèse d'un grand nombre de faits de tuberculisation, demande aux pouvoirs publics des divers pays, à titre de mesure prophylactique antituberculeuse l'interdiction de la vente libre de la liqueur d'Absinthe. (1)

Hélas! il est bien un peu égoïste ce vœu que je voudrais entendre formuler. Les qualités même de la race française, sa finesse, sa sensibilité, constituent en face de l'alcool et des toxiques une infériorité manifeste. Aussi vous avez compris, Messieurs, que si j'ai parlé au nom de l'humanité tout entière, j'ai fait ici un appel plus pressant encore au nom de la grande Famille Française à qui nous sommes tous si légitimement fiers d'appartenir par le sang, par le cœur, et par l'intelligence.

MESURE PROPHYLACTIQUES.

Ce rapport me paraît aboutir à un certain nombre de mesures prophylactiques qui s'enchaînent logiquement.

1o. — La plupart des gens ne savent pas manger "utilement" et boivent "vicieusement" deux conditions qui préparent la tuberculisation.

IL FAUT FAIRE L'OPINION DU MEDECIN QUI FERA CELLE DU PUBLIC

a) En donnant aux étudiants une instruction approfondie en "hygiène alimentaire (Hygiène des boissons)". (Publication des tableaux du Professeur Landouzy en milieux médicaux, et dans toutes les agglomérations publiques et privées (usines, ateliers, bureaux, etc).

b) En attirant l'attention des médecins sur la morbidité par "alcoolisme insidieux", et en les mettant en garde contre le "faux arthritisme."

c) En publiant les statistiques de mortalité

- par tuberculose
- par alcoolisme
- par action réunie et prouvée des deux.

Nocivité spéciale des boissons à essences et plus spécialement de "l'absinthe."

d) En faisant apprécier la thérapeutique "sans alcool" qui est en particulier prépondé-

1. Ce vœu mis aux voix, fut adopté à l'unanimité des membres présents, par acclamation.

rante, ou même la seule, dans les Sanatoriums pour tuberculeux.

e) En faisant relever impartialement les statistiques des milieux de tempérance, et d'abstinence.

f) En provoquant des rapports "scientifiques sur le rôle favorable possible de l'alcool dans la tuberculose" (ce qui pourrait servir de preuve par le contraire.)

2o) COROLLAIRE. - Réclamer pour les œuvres de prophylaxie et de traitement de la tuberculose une partie des revenus de l'impôt sur l'alcool. (Droit des tuberculeux du Dr Plicque), terme destiné à bien éveiller l'attention du public sur les rapports : "alcool-tuberculose".

3) Enfin. Développer toutes les mesures contre l'alcoolisme :

Instruction	} enfants et adolescents.
Education	
Écoles ménagère	
Fondations de Tempérance.	

4o) Affirmer le mouvement de l'opinion publique, en demandant "l'interdiction de la vente des boissons à essences, et notamment de la li-

Traitement de la Tuberculose

PAR

le Sérum de Marmoreck

Monsieur le Président,

Messieurs,

Ce n'est pas sans émotion que je viens aujourd'hui devant une assemblée qui représente la science médicale française de l'Amérique du Nord affirmer, avec preuves à l'appui, la haute valeur thérapeutique du sérum antituberculeux de Marmoreck.

Je ne vous cacherais pas que pour m'y décider, il m'a fallu tout le courage que peuvent inspirer une profonde conviction et le sentiment puissant des devoirs que nous impose la solidarité humaine.

C'est que, messieurs, venir vous dire toute mon admiration pour la méthode de Marmoreck, c'est heurter de front des préjugés puissants contre cette méthode mal considérée en haut lieu, et systématiquement décriée.

Je ne viens pas, messieurs, vous demander de partager mes convictions. Je n'aurais pas une telle prétention. Je voudrais seulement vous convaincre que la sérothérapie antituberculeuse est une chose importante, qui mérite de votre

part un examen sérieux. Que si vous me dites que cette question a été jugée, je vous demanderai si vous êtes certains qu'elle n'a pas été victime d'une de ces erreurs judiciaires si fréquentes en dépit de l'impartialité des juges les plus consciencieux et les plus habiles.

La cause du sérum fut-elle d'ailleurs instruite avec toute l'impartialité scientifique désirable ?

Voyons comment fut conduite toute cette enquête sur le sérum.

Elle porta sur six ou huit malades arrivés à la période ultime de la maladie, n'ayant pas, par conséquent grandes chances d'être améliorés, ainsi que je vous en donnerai plus loin la raison.

Ces malades furent avertis qu'on allait expérimenter sur eux une méthode nouvelle, et peut-être "très dangereuse." Très inquiet, ils refusèrent pour la plupart les injections à la première apparition d'un urticaire plus ou moins désagréable, ou d'un érythème quelque peu inflammatoire. Quelques-uns furent améliorés légèrement, d'autres ne bénéficièrent pas du traitement.

Notez que le sérum dont on se servait alors était infiniment moins actif que celui dont nous disposons aujourd'hui, et que, par crainte d'accidents possibles, on n'en injectait que des doses d'un ou deux centimètres cubes à la fois, ce qui réduisait pratiquement à presque rien l'action antituberculeuse du sérum.

C'est dans ces conditions que le professeur Dieulafoy déclara la méthode inefficace. D'autres vinrent après lui qui la présentèrent comme peut-être dangereuse. Et telle est en France l'autorité qui s'attache aux positions officielles, que la décision de Dieulafoy fut acceptée sans conteste, et que la cause fut considérée comme définitivement jugée.

Était-ce là, je vous le demande le "fair play" que les anglais nous ont appris à connaître et à exiger ? Était-ce là une expérience suffisante pour juger une découverte présentée par un homme de la haute valeur scientifique de Marmoreck. Une découverte qui avait coûté à son auteur douze années de patientes recherches et d'expériences ? Ne devait-on pas un peu plus de considération, même de simple justice au savant qui avait trouvé quelques années auparavant le sérum antistreptococcique, dont tout le monde reconnaît aujourd'hui l'incontestable valeur ?

Monsieur le docteur Loir, ancien élève et assistant de Pasteur, et que nous sommes heureux d'avoir parmi nous, se fera sans doute un devoir et un plaisir de corroborer mon témoignage sur ce point.

Eh bien, messieurs, en regard de ces expériences faites dans de si mauvaises conditions, pendant un temps trop court, sur des malades trop peu nombreux, et trop avancés, en regard de ces expériences indéniablement insuffisantes, permettez-moi d'exposer les résultats de mon expérience

personnelle de deux années, portant sur un nombre de malades suffisant, et comprenant toutes les variétés de la maladie à tous ses degrés. Plusieurs de ces malades ont été traités pendant longtemps, pendant un an, quinze mois, dix-huit mois, et ont reçu un nombre considérable d'injections. Tous ces malades ont été examinés avec le plus grand soin, et je me suis entouré de toutes les précautions possibles au point de vue du diagnostic.

Les analyses des crachats ont été faites par des confrères très compétents, mes excellents amis les docteurs Marvil et Desmarais, internes chargés du laboratoire à l'Hôtel Dieu, et répétées plusieurs fois pour chaque malade.

Aussi souvent que cela m'a été possible, j'ai fait ausculter mes malades avant le traitement par des confrères d'une compétence reconnue. Les observations que je vous présente offrent donc toutes les garanties désirables.

Comme elles renferment toutes les variétés de la tuberculose pulmonaire à tous ses degrés, elles vous permettront de comprendre exactement ce que l'on peut demander au sérum, et ce qu'il serait injuste d'en attendre. Vous verrez que, pas plus que les autres partisans de la méthode, je ne la présente comme l'infaillible panacée de la tuberculose, et qu'un certain nombre de mes observations se sont terminées par la mort. Ce sont toutes des observations de malades traités à la dernière période, présentant de larges cavernes et profondément cachectisés. Cependant, presque tous ces malades ont éprouvé une certaine amélioration, quoique la maladie ait continué d'évoluer. Deux de ces observations appartiennent à des malades qui furent traités in extremis, et moururent ainsi qu'on devait s'y attendre, quelques jours à peine après l'institution du traitement.

Ces observations malheureuses vous démontreront qu'il ne faut pas attendre cette période de la maladie pour instituer le traitement.

Vous trouverez aussi des observations de malades arrivés à la période de ramollissement de leurs tubercules, et qui ont diversement bénéficié du sérum, pour des raisons que je vous exposerai au cours de chaque observation. Ces malades, pour la plupart, n'ont pas suivi le traitement pendant un assez long temps.

Enfin je vous citerai les observations de malades traités au début de leur tuberculose, et tous rapidement améliorés, complètement guéris par le sérum, quelle que fut la gravité de leur état.

Dans toutes ces observations, je me suis efforcé de bien faire ressortir les conditions dans lesquelles se trouvait le malade au début du traitement. J'insiste sur l'importance de détails que l'on pourrait peut-être trouver un peu longs, mais qu'il était cependant nécessaire de mentionner afin de bien faire comprendre la gravité de la

maladie. Vous connaissez tous, en effet, l'importance de l'état général au point de vue du pronostic, et vous savez que, à lésions égales est loin de correspondre toujours une égale gravité de la maladie. C'est je crois, mon vénéré maître Peter qui a surtout attiré l'attention sur la grande différence qui existe entre le tuberculeux et le phthisique, au point de vue du pronostic. Il faut tenir compte de cette différence, si l'on veut apprécier avec justice les effets du sérum dans les différents cas.

Il n'y a pas que la guérison qui soit une preuve de l'efficacité du traitement. Certaines améliorations très nettes sont tout aussi probantes, surtout quand il y avait toutes les raisons de les croire impossibles. La marche antérieure de la maladie nous permet en général de prévoir assez bien comment elle évoluera, tout au moins dans un avenir immédiat. Ainsi, lorsque tout fait prévoir une fin prochaine, dans les deux ou trois semaines, par exemple, une amélioration notable et une survie de plusieurs mois dans des conditions de santé assez bonnes, constitue une preuve très sérieuse de l'action nettement antituberculeuse du sérum.

Permettez-moi, messieurs, de revenir sur l'examen des crachats, dont je vous ai déjà parlé. J'ai toujours fait rechercher, dans les crachats, non seulement les bacilles de Koch, mais aussi les streptocoques et les staphylocoques, dont il est très important de constater la présence.

Vous savez également combien, d'autre part, le streptocoque aggrave le pronostic de toutes les infections primitives auxquelles il vient surajouter la sienne, comme par exemple dans la diphthérie, dans la pneumonie. Il en est de même dans la tuberculose.

Ainsi, dans les infections mixtes, nous avons à combattre une affection plus grave, et le sérum ne peut agir que sur une partie des éléments dont relève cette gravité.

Vous comprenez combien il serait injuste d'exiger du seul sérum la guérison de ces maladies, et combien il devient difficile, dans ces conditions, d'apprécier exactement son action antituberculeuse, puisqu'on ne saurait connaître exactement la part de gravité de la maladie qui incombe à l'infection tuberculeuse, et celle qui revient aux autres infections.

Vous voyez combien est complexe cet état morbide que l'on dénomme communément la tuberculose pulmonaire. Et cependant, j'ai pris soin de laisser de côté, pour plus de clarté, nombre d'autres éléments de gravité étrangers à l'infection tuberculeuse, et qui viennent encore compliquer une situation, presque inextricable déjà. Parmi eux je ne vous mentionnerai que les maladies antérieures ou intercurrentes (fièvre typhoïde, syphilis), les dégénérescences organiques

déchéance de l'organisme (chez les alcooliques), l'anémie prononcée, et le reste.

Aous admettez donc, je l'espère du moins, que, de ces infections mixtes, de ces diverses conditions d'infériorité étrangères à la tuberculose, découlent une gravité plus grande du pronostic, et, aussi, des indications thérapeutiques spéciales comme le sérum antistreptococcique, par exemple la levure de bière, le cacodylate de soude, etc., que l'on pourra employer concurremment avec le sérum, sans qu'on puisse songer, cependant à leur attribuer la guérison de l'infection tuberculeuse elle-même.

Messieurs, l'analyse des crachats est très importante à la période de ramollissement des tubercules, parce qu'elle nous fournit de précieuses indications thérapeutiques. Elle est également très importante quand on veut démontrer la valeur antituberculeuse du sérum, car la présence des bacilles dans les crachats constitue le seul signe certain de tuberculose pulmonaire. Mais en pratique, il en va tout autrement. Il ne s'agit plus alors de faire une démonstration mais bien de guérir le malade. Or si la présence des bacilles constitue un signe certain, c'est malheureusement aussi un signe tardif, au moins dans les formes ordinaires de la maladie. Vous savez que les bacilles n'apparaissent dans les crachats qu'au moment où les tubercules se ramollissent et se vident dans les bronches. Mais vous verrez précisément dans les observations qui suivent combien il importe de donner le sérum à une époque rapprochée du début de la maladie. Vous ferez donc bien, si vous tenez à guérir sûrement et rapidement votre malade, de ne pas attendre l'apparition des bacilles, c'est-à-dire la fin du processus tuberculeux pour instituer le traitement. Commencez les injections dès que l'examen répété de votre malade vous aura permis de faire le diagnostic probable de tuberculose. Dans les formes communes ce diagnostic est possible longtemps avant l'apparition des bacilles dans les crachats, et nous n'avons pas le droit de perdre un temps précieux à les attendre. Guérir notre malade le plus vite et le mieux possible, tel est notre devoir.

Je sais qu'on n'a pas seulement présenté le sérum comme inefficace, mais encore comme dangereux. C'est là, messieurs, une accusation mensongère. Tous les observateurs qui ont employé le sérum et publié leurs observations s'accordent à dire que les injections sont absolument inoffensives, et les moins enthousiastes reconnaissent que le sérum est un agent thérapeutique de la plus haute valeur. Or le nombre des injections mentionnées dans ces observations est d'environ quarante mille. J'ai donné moi-même à peu près deux mille injections qu'il faut ajouter aux précédentes, et je n'ai jamais observé un seul accident digne de ce nom. J'espère qu'il y a là

de quoi vous rassurer, et vous décider à employer le sérum en temps utile.

Vous pourrez constater que je me suis abstenu de rapporter des observations de malades en cours de traitement. C'est afin de ne pas m'exposer à vous donner comme durables ou définitives des améliorations qui ne seraient peut-être que temporaires. C'est d'ailleurs la raison qui m'a fait attendre deux ans avant de formuler mon opinion sur la méthode de Marmorek.

Je vais maintenant vous lire mes observations. Pour que l'enseignement qu'elles comportent se dégage plus facilement, et d'une manière plus frappante, je les ai groupées suivant les degrés de la maladie, et non pas par ordre chronologique.

Je vous exposerai ensuite la théorie de Marmorek, sur l'action antituberculeuse. Enfin, je vous donnerai un court aperçu de l'action comprise des sérums, immédiatement suivi des conclusions.

ADELSTAN de MARTIGNY.

(À suivre)

À la suite de la lecture de ce rapport, M. le Docteur Loir fit les remarques suivantes :

M. le Docteur Loir :

Messieurs, pour ce qui est de Marmorek, je vous dirai que je le connais très bien, que nous avons travaillé ensemble à l'Institut Pasteur. Marmorek est vraiment un homme très remarquable. C'est un savant du plus grand mérite, et son bagage scientifique est considérable. Ainsi que l'a dit M. le docteur de Martigny, la découverte de son sérum antistreptococcique fut une découverte très importante. La faveur du sérum antistreptococcique a subi des variations. Tout d'abord les expériences furent très probantes. Puis on eut des insuccès dans certains cas, ce que Marmorek attribua à la multiplicité des familles de streptocoques. Il a donc immunisé ses chevaux contre tous les streptocoques à la fois, et, depuis qu'il est polyvalent son sérum a de nouveau donné lieu à des expériences absolument probantes, et sa valeur est admise aujourd'hui par tout le monde.

Quant au sérum antituberculeux, j'étais à l'Institut au moment où Marmorek fit des expériences de laboratoire très probantes. Depuis, je suis parti en Afrique, et je n'ai pas connaissance de ce qu'il a produit au point de vue clinique.

Alcoolisme

(Par le Dr G. Bourgeois)

Messieurs,

En prenant la parole, permettez moi de vous exprimer tout le plaisir que j'éprouve, tout l'honneur que je ressens, d'avoir à présenter devant vous ce rapport sur l'alcoolisme.

Bientôt le Congrès sera clos, bientôt aussi, chacun de vous retournera à ses travaux, pour se consacrer plus entièrement encore, à sa clientèle. J'ose espérer que vous garderez bon, le souvenir de votre passage ici, et que, le troisième Congrès des médecins de langue française, tenu aux Trois-Rivières, restera un fait heureux et appréciable au cours de votre carrière de praticien.

Messieurs les délégués, le travail que je soumetts devant vous, n'apportera pas à votre connaissance une série de faits nouveaux, peut-être n'en apportera-t-il aucun.

Là, n'était pas non plus le devoir d'un rapporteur.

Le rapporteur n'est pas en effet un créateur, sans doute, il doit, par tous les moyens à sa disposition, s'efforcer de mettre en relief la chose inconnue de solutionner le problème du fait mystérieux, mais il doit s'efforcer surtout de faire dans son rapport, un résumé des plus complets de tout ce qui a été fait sur le sujet qu'il expose.

Son travail est celui d'un compilateur.

J'ai essayé le plus possible, de résumer avec détails parfois très rapidement, tout ce qui a été dit, tout ce que j'ai cru d'important sur l'alcoolisme.

Donc, c'est à la suite d'une compilation sérieuse parmi les auteurs qui ont traité ce sujet si passionnant de l'alcoolisme, que j'ai élaboré ce rapport.

Je dois avouer que le meilleur d'entre eux, celui qui fut un aide précieux de chaque instant, et que j'ai suivi le plus, peut-être un peu trop, mais son autorité est si complète sur le sujet, qu'il me fut guère permis d'agir différemment, est notre distingué confrère, le Dr Triboulet, que nous avons l'honneur d'avoir au milieu de nous, comme délégué officiel du gouvernement français.

Nous devons ressentir grandement cet hon-

neur, messieurs, et c'est là une belle manifestation de sympathie de la part du gouvernement français de s'être fait représenter à notre Congrès.

Personnellement, comme trifluvien d'abord, comme ancien élève des hôpitaux de Paris, ensuite j'adresse au Dr Triboulet, délégué officiel du gouvernement français, et mon meilleur collaborateur, mes sincères remerciements d'être venu au milieu de nous.

Je remercie aussi tous les docteurs distingués qui sont venus soit de loin, soit de près, rehausser de leur présence l'éclat de ce congrès, qui marquera dans notre cité trifluvienne, une ère de grandeur presque ignorée jusqu'à ce jour.

Messieurs, je vais avoir le plaisir de vous exposer mon rapport sur l'alcoolisme.

N. D. L. R. — Nous ne pouvons publier en entier le Rapport de notre confrère et ami le Dr Bourgeois, on le trouvera "in extenso", dans le Rapport du IIIème Congrès qui sera publié ultérieurement sous les soins du Comité de Direction. Mais nous avons tenu à en donner les parties les plus intéressantes et les plus originales. Le traitement, La Prophylaxie et La Statistique.

TRAITEMENT

Avant d'entrer dans l'étude du traitement proprement dit de l'alcoolisme, je voudrais établir une chose qui ne semble pas absolument admise, par la généralité des gens en Canada, et cela, peut-être, parce que la profession médicale qui serait surtout en état d'établir et de fixer la question, n'y attache pas tout l'intérêt qu'elle mérite.

Il s'agit de prouver que l'alcoolisme est une maladie, et qu'il existe un traitement pour le guérir.

En effet, vous, messieurs, qui pratiquez depuis nombre d'années, avez-vous vu en grand nombre à votre consultation, des alcooliques venir vous demander de les guérir du besoin incontrôlable qu'ils avaient de boire, et si oui, leur avez-vous dit qu'il n'existait aucun traitement?

Il est pourtant bien certain que l'alcoolisme est une maladie, et que celui qui en souffre, dépend beaucoup plus du médecin que du légiste.

Nous ne sommes plus, il est bien vrai, comme à l'époque de François Ier, où l'on faisait battre de verges ou couper les oreilles aux alcooliques ou plutôt aux personnes trouvées publiquement ivres.

Mais encore, ici on considère l'ivresse comme une offense, et dans le dernier rapport des inspecteurs de prisons et d'asiles d'aliénés, sous la rubrique "Offense", à la lettre "I", on constate que le nombre d'accusations d'ivresse, se chiffre par 1716. Il est bien vrai que vous y voyez aussi à la lettre "A" sous la même rubrique, le mot "Aliéné," qui se chiffre par 17, mais l'un n'excuse pas l'autre.

Que disent nos maîtres à ce sujet? Le Dr Triboulet nous dit. "L'idée de considérer les buveurs ivrés et les ivrognes non comme de simples délinquants, mais comme des malades qu'il faut traiter et assister avant tout, remonte à plus de 1500 ans. Elle a été formulée par le jurisconsulte romain Ulpian. En 1717, elle fut reprise par Condillac, qui demandait des hôpitaux spéciaux "pour les maniaques de la boisson."

En feuilletant Legrain, dans son remarquable ouvrage sur la dégénérescence sociale et l'alcoolisme, ne trouve-t-on pas ces lignes. "L'ivrogne récidiviste est un cérébral, un infirme qui n'est pas plus libre de s'empêcher de boire que l'impulsif ne l'est de se maîtriser."

Il reste donc bien prouvé aujourd'hui, de l'aveu des gens les plus compétents, que l'alcoolisme n'est pas un crime, mais bien une maladie.

Cependant, si vous feuillotez les traités de médecine et tous les ouvrages qui se sont occupés d'alcoolisme, vous trouverez rarement un traitement recommandé. On admet généralement avec Legrain, que la volonté est la seule thérapeutique sérieuse contre l'alcoolisme, "la dilution d'un peu de volonté avec beaucoup d'eau", nous dit Legrain.

Je ne suis pourtant pas d'avis de me ranger avec ce dernier, car il ne fait plus de doute pour personne, que dans ces institutions Gold Cure ou autres, soit par influence morale ou autrement, on obtient un résultat appréciable. Encore une fois, je sais moi-même des cures que j'ai pu observer comme durables, depuis plusieurs années. Voici d'ailleurs quelques chiffres recueillis dans un Gold Cure du pays, par le gérant de l'institution.

Depuis 1891, 8,791 patients ont été traités dans cette institution. Sur ce nombre, les cas de rechutes qui sont connus, se chiffrent à 6 p. c. Le patient n'est congédié que lorsque sur son témoignage personnel, il se sent guéri. Quoique nombre de cas souffraient à leur entrée de delirium tremens, jamais on a eu de morts, 95 p. c. des cas

traités sont des cas héréditaires. Chez les femmes le gin est la boisson favorite. Les médecins patentés dans la plupart des cas sont responsables des rechutes.

Pourquoi ce traitement ne serait-il pas fait par un médecin qui est bien plus en état d'agir même sur le moral d'un alcoolique, que n'importe quel gérant de Gold Cure. D'ailleurs, dans d'autres pays, la chose est directement sous le contrôle de la profession médicale; chez nos voisins, aux Etats Unis, l'asile de Binghampton nous donne 61 p. c. des guérisons sur une statistique de 1200, pendant 10 ans. A Fort Hamilton, (N.Y.), 40 p. c. maintenues depuis 8 ans. Crothers nous dit. "L'impression est que tout au moins 33 p. c. de tous les cas obtiennent une guérison durable." Enfin, le Dr Triboulet dit que de toutes les statistiques qu'il ait étudié, il découle que 43 p. c. des buveurs sont curables.

Ici, nous n'avons pas, ou mieux, pas assez d'asiles et d'hôpitaux pour recevoir les alcooliques; bien plus, les règlements de nos différents hôpitaux comportent que l'on ne doit pas y admettre les alcooliques, et d'un autre côté, les médecins eux mêmes n'ont jamais songé à travailler à guérir l'alcoolisme.

N'y a-t-il pas là, messieurs, une réforme considérable à opérer!

D'abord, puisque aujourd'hui, il est établi que l'alcoolique est un cérébral, ne serait-il pas à propos d'insister fortement auprès de nos gouvernants pour l'établissement d'un plus grand nombre d'asiles ou d'hôpitaux où seraient internés et soignés ces malades du cerveau? La chose existe partout, en Allemagne, en Suisse, en Russie, aux Etats-Unis, etc, etc.

En effet, que deviennent nos alcooliques ramassés sur la rue, où les a jetés leur maladie? On les relègue à la prison ou ils sont en contact avec des criminels, et comme pour ces faibles du cerveau, la criminalité est pour ainsi dire contagieuse, ils deviennent eux-mêmes bientôt des criminels. Mais, le moyen qui serait le plus efficace, celui qui nous intéresse le plus, c'est de nous convaincre de l'importance qu'il y a pour la profession médicale de traiter l'alcoolisme.

Quand bien même arriverions-nous à guérir vingt, ou même dix pour cent des alcooliques, que nous pourrions traiter, ce serait encore un résultat, et un résultat meilleur, que celui obtenu jusqu'ici puisque cette partie de la thérapeutique

a été négligé jusqu'à ce jour. Ceci étant dit, nous aborderons ce que devait être le traitement de l'alcoolisme ; nous le diviserons comme pour l'étude clinique, en deux parties : en alcoolisme aigu et en alcoolisme chronique.

Contrairement à la marche que nous avons suivie dans l'étude clinique, nous ferons entrer dans l'alcoolisme chronique le traitement du délire, et des accidents qui surviennent à l'occasion d'une alcoolisation aiguë, chez des alcooliques chroniques.

.....

 A ma connaissance, de tous ces médicaments, celui qui produit le meilleur résultat est la paralaldéhyde, non pas à la dose telle qu'indiquée dans les auteurs, mais à deux ou trois fois cette dose.

Quand je suis appelé auprès d'un alcoolique que j veux calmer et faire dormir, je commence d'abord par lui donner deux ou trois cuillerées à thé, c'est à dire 15 grammes de paralaldéhyde, dans un peu d'eau ; au bout de deux ou trois heures, le malade se réveille et alors, ou je répète la dose, ou bien, je lui donne une injection de morphine 1/4 de grain, avec 1/150 d'atropine. Cette dose peut être répétée deux ou trois fois sans aucun danger. On arrive ainsi à produire un sommeil réparateur d'autant plus que la paralaldéhyde peut être donnée au malade qui demande du whiskey et calmer sa névrosisme en même temps qu'elle calme ses nerfs.

A la suite de ce sommeil réparateur, pendant lequel le malade se désalcoolise on peut administrer avec avantage un purgatif salin tel que le sulphate de soude, sous forme de Carabana et de boissons diurétiques. On peut encore contre l'agitation persistante et l'insomnie, prescrire les bains tièdes prolongés et les applications d'eau froide sur la tête.

Quand le malade est guéri de sa période la plus aiguë, une agitation moins intense continue et peut l'empêcher de s'endormir : contre celle-ci le trional donné jusqu'à la dose de 1/2 gramme 50 et même répétée pendant la nuit, aura raison de cette insomnie. Cependant, j'ai vu des cas où le trional et même le chloral, n'avaient pu réussir et où une injection hypodermique de caféine de 0.25 centigrammes amenait le sommeil.

.....

 Le traitement le plus en vigueur dans nos son-

trées est celui préconisé par les Gold Cure. La base de ce traitement est évidemment la strychnine et l'atropine sans compter le chlorure d'or et l'influence morale produite, tant par le prix que l'on impose aux clients que par l'apparat dont on les entoure.

Nous avons vu ailleurs, d'après des statistiques, que ce traitement de l'alcoolisme produisait des résultats appréciables, et je crois réellement qu'il y a là un moyen de traiter l'alcoolisme, qu'il est important d'étudier.

Je trouve dans le British Medical Journal un article excessivement intéressant signé du Dr C.A. McBride, de Toronto, et je crois que cet article résume un peu le traitement que l'on fait dans les Gold Cure.

Le Dr McBride arrive à la conclusion, d'après des observations nombreuses, que la détention prolongée n'est pas absolument nécessaire et qu'après un traitement de 6 semaines, on peut généralement guérir un alcoolique ; sur ce sujet, le Dr McBride prétend que si le traitement est bien fait, le résultat doit nécessairement être la guérison.

Chez un adulte, dit-il, quand il n'y a pas de délire ou de sérieuses complications, voilà les doses que j'administre :

1o Le sulphate d'atropine, en commençant par 1-200 gr. trois fois par jour, en augmentant graduellement pendant la première semaine jusqu'à ce que les pupilles soient affectées et que la bouche devienne sèche. Dans la plupart des cas, 1-50 de gr. sera la dose maxima.

2o Le nitrate de strychnine, donné en même temps et hypodermiquement à une dose commencent de 1-60 de gr. et augmenté jusqu'à 1-20 de gr. dans la majorité des cas.

3o L'extrait fluide de quinquina rouge donné toutes les heures par la bouche aux doses ordinaires (2 à 4 grammes).

.....

 Je crois réellement que ce traitement donne des résultats : je l'ai moi-même essayé entre autre, sur un alcoolique de 55 ans et je suis parvenu à l'aide de ce traitement, à lui enlever le goût du whiskey quand je ne réussissais avec aucun autre traitement.

Ce traitement cependant est d'une application excessivement difficile sinon impossible dans la clientèle privée, car on comprend qu'il n'est pas

facile de rejoindre un client lequel ne se prête pas volontiers à se laisser voir quatre fois par jour.

CONSUMMATION DES SPIRITUEUX, BIÈRE ET VIN COMME
BREVAGES DANS DIFFÉRENTS PAYS

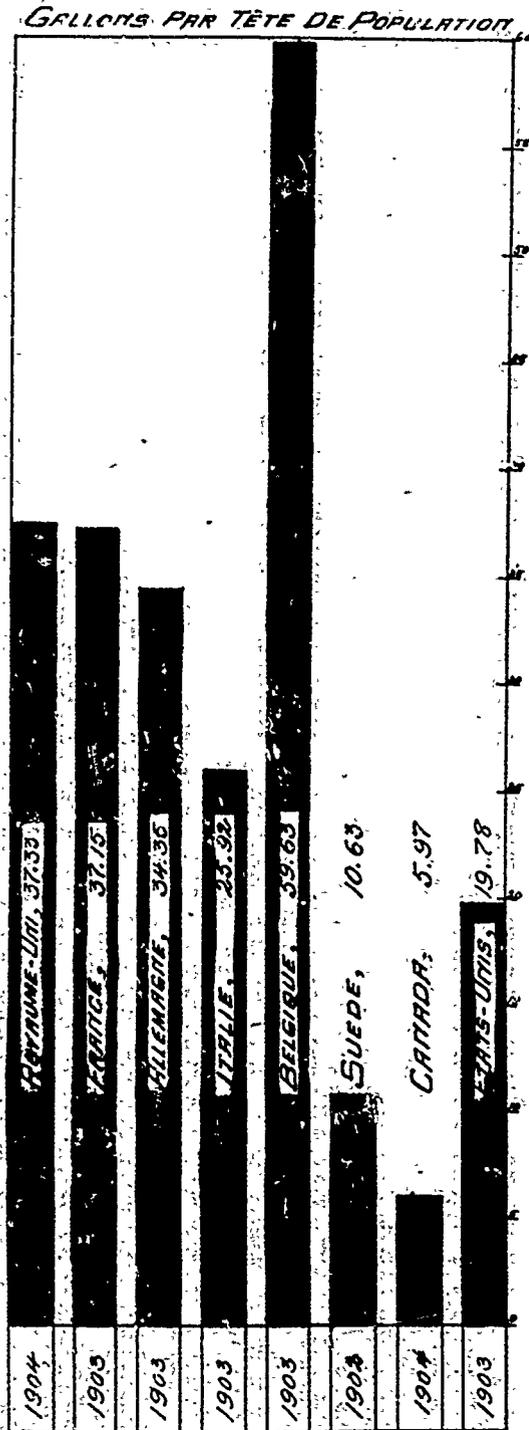


Tableau No 1

STATISTIQUE

Il est très difficile d'établir des statistiques absolument correctes sur la consommation de l'alcool et cela explique quelque peu comment on peut avec un semblant de preuve, avancer sur certains pays, les choses les plus fausses.

C'est ainsi que le Canada fut l'objet en plusieurs circonstances, de critiques sévères, et celles-là portaient spécialement sur notre population de la province de Québec. Il est de mon devoir de protester énergiquement contre ces données fondées sur aucune preuve sérieuse, puisque d'après les statistiques que je produis aujourd'hui, le Canada arrive sur huit des principaux pays, en dernière ligne. En effet, ouvrez l'annuaire statistique du Canada, en 1904, vous voyez le tableau suivant : Tableau No 1.

Ce n'est pas, il est vrai, un résultat extraordinaire, mais ceux qui nous jettent la pierre sont certainement plus coupables que nous, surtout si l'on considère que dans ce pays, on obtient très difficilement le vin et que l'alcool que l'on boit se prend surtout sous forme de whiskey et de bière anglaise, c'est-à-dire très forte en alcool.

Quelle fut maintenant la consommation de whiskey pendant les différentes années depuis 1880 ? C'est ce que le tableau suivant devra nous indiquer.

Tableau No 2 :

J'ai cru que ce tableau ne montrait peut-être pas exactement la quantité de spiritueux consommés par chaque tête d'habitants, car au Canada, où l'usage du vin est presque inconnu, on peut affirmer que les gens au-dessous de 15 ans, tant hommes que femmes, ne boivent pas ; nous avons donc tracé un autre tableau pour les 15 dernières années, établissant la proportion de spiritueux consommés par tête d'habitants, tant hommes que femmes au-dessus de 15 ans. Nous voyons que cette proportion n'est peut-être pas aussi élevée qu'on pourrait s'y attendre, vu que ce sont surtout des spiritueux que l'on consomme dans ce pays.

Tableau Nos 3 et 4.

Une statistique qui n'a jamais été publiée et qu'il serait très intéressant de publier, c'est celle établissant le nombre d'endroits où l'on vend de l'alcool, tant au verre qu'à la mesure.

Le peu de temps que j'ai eu à ma disposition ne m'a pas permis d'en faire un relevé complet. Cependant je puis vous donner ce soir, le nombre de débits qu'il y a dans la province de Québec, dans le Nouveau-Brunswick et dans la province d'Ontario.

Quant à la Colombie Anglaise, il y a 46 municipalités qui donnent des licences indépendamment du gouvernement, et il faudrait s'adresser à chacune d'elles pour en connaître le nombre ; je me propose de faire ce travail plus tard.

III^e CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

CONSOMMATION DES SPIRITUEUX EN CANADA

CONSOMMATION GÉNÉRALE EN MILLIONS DE GALLONS.

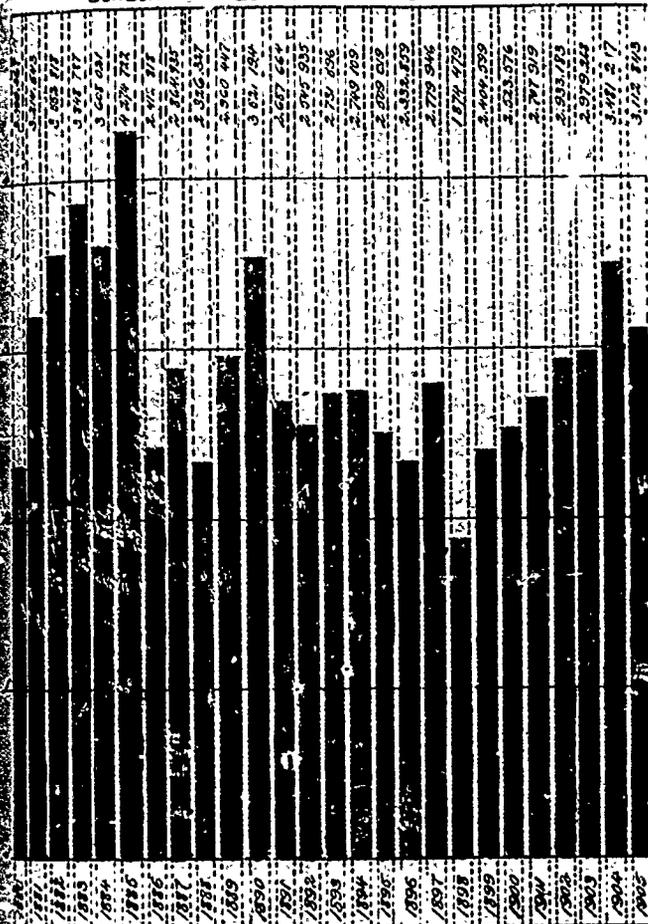


Tableau No 2.

Quant à l'île du Prince Édouard et la Nouvelle-Écosse, la prohibition existe dans ces deux provinces sous le principe de la loi Scott, c'est-à-dire l'option locale appliquée aux municipalités et il n'existe dans ces deux provinces que trois ou quatre licences. Pour le Manitoba, je n'ai pu avoir de réponse.

Donc, mes tableaux se réduisent aux trois provinces suivantes, savoir : Ontario, Québec et le Nouveau-Brunswick.

Tableau 5-6-7 :

Si l'on établit une comparaison entre ces trois provinces on constate que par rapport à la population, la province d'Ontario est celle qui compte le plus grand nombre de cabarets, Québec venant ensuite et en dernier lieu celle du Nouveau-Brunswick. La proportion serait la suivante, alors qu'on trouve un cabaret où l'on détaille au verre de l'alcool par 351.38 de population dans l'Ontario, on en trouve un par 2045.81 de popula-

CONSOMMATION PAR HABITANT EN GALLONS.

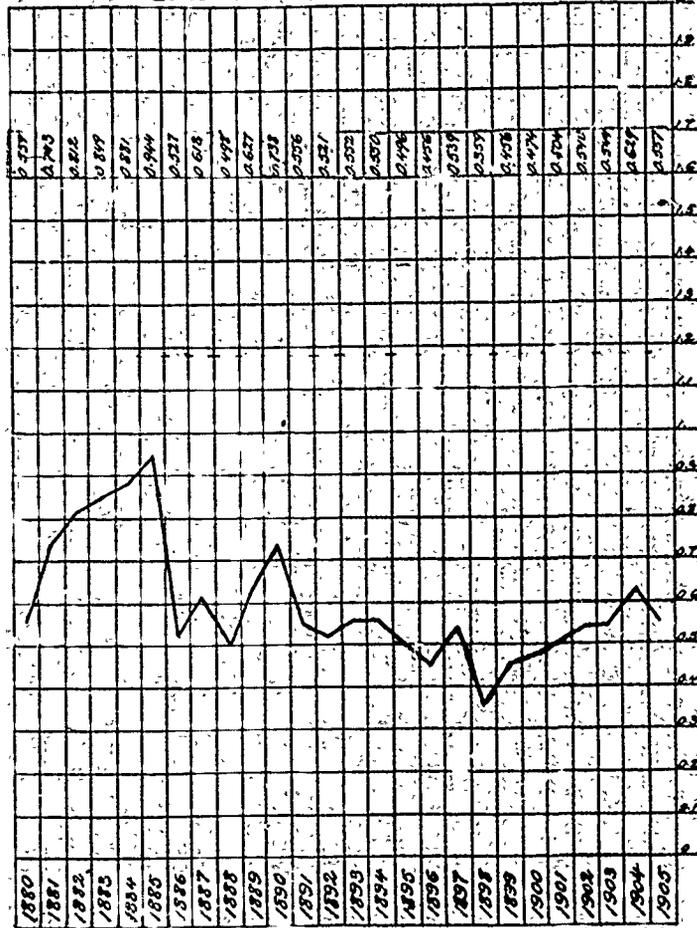


Tableau No 3.

tion dans Québec et un par 1898, de population dans le Nouveau-Brunswick.

Comme on le constate de ce qui précède il résulte que toute proportion gardée par rapport à la population la Province d'Ontario possède trois fois plus de cabarets que la province de Québec.

Je vous ai fourni, dans la partie de mon travail qui traite de la pathologie, quelques chiffres sur l'alcoolisme comme cause directe d'aliénation mentale, d'après une statistique recueillie dans les asiles : Longue-Pointe, Beauport et Verdun. Voici les chiffres qu'il est très difficile d'apprécier, parce qu'ils varient d'une façon considérable suivant ceux qui font les observations. On verra cependant que le nombre d'alcooliques qui deviennent fous parce qu'ils sont alcooliques, n'est pas aussi considérable qu'on serait porté à le croire.

Tableau No 8.

Il n'en serait pas de même s'il s'agissait d'hé-

CANADA

NOUVEAU BRUNSWICK

CONSUMMATION, EN GALLONS, PAR HABITANT AU DESSUS DE 15 ANS.

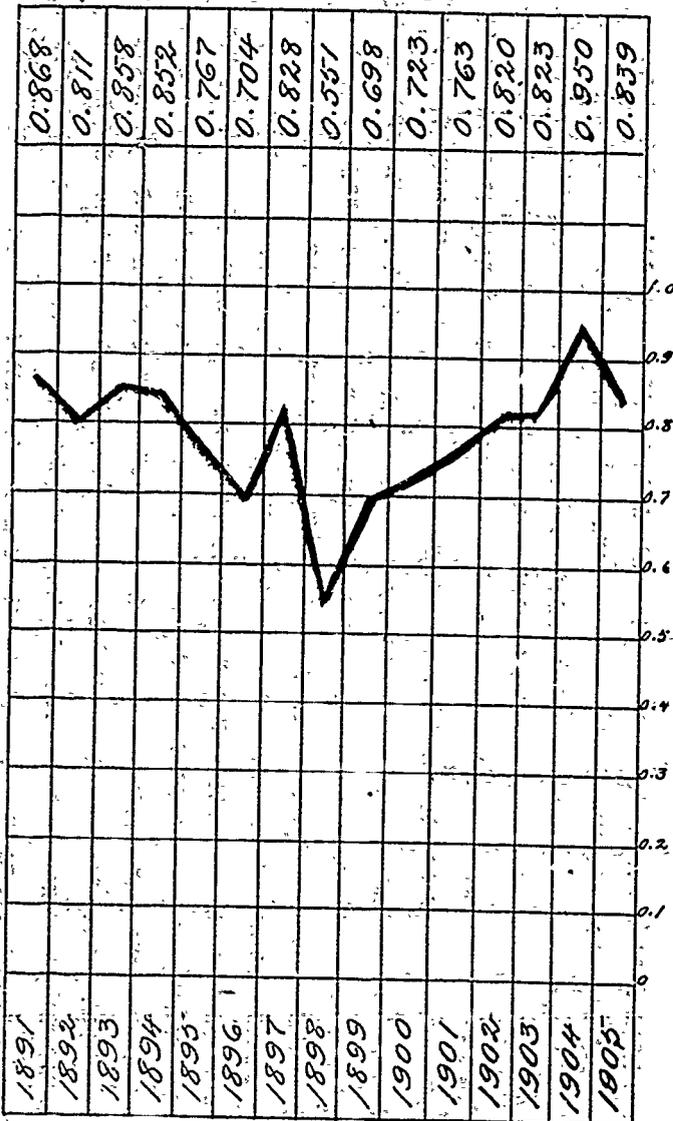
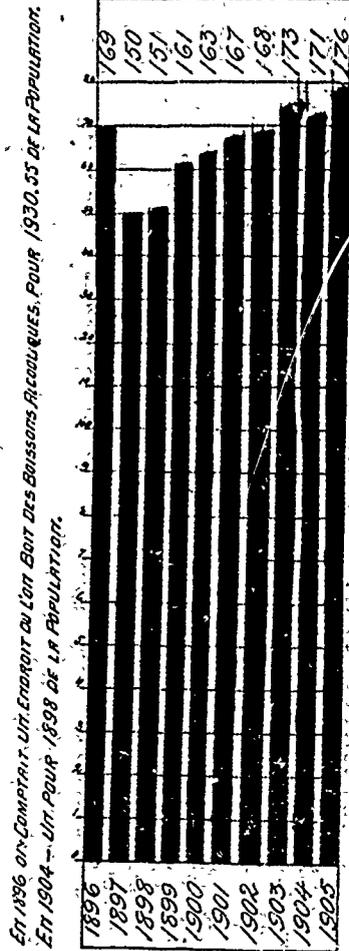


Tableau No 4.

rédié alcoolique; comme nous l'avons dit déjà, nous avons laissé à notre confrère le Dr Chagnon, le soin de résoudre ce problème.

Il n'existe aucun doute que l'alcoolisme joue un rôle considérable dans la criminalité, mais autre chose est de l'établir d'une façon bien correcte. Cependant, grâce au travail de M. St-Denis, le secrétaire du Bureau du Recensement et des Statistiques du Canada, nous pouvons dire d'après son rapport publié en 1904, que du total des personnes condamnées en 1904, 60.48 p.c. faisaient un usage modéré de boissons épiivrantes et 27.02 p.c. étaient les buveurs immodérés. Ceci représente donc 87.50 p.c. des condamnés qui sont

ENDROITS OÙ L'ON BOIT DES BOISSONS ALCOLIQUES



ENDROITS OÙ L'ON VEND DES BOISSONS ALCOLIQUES

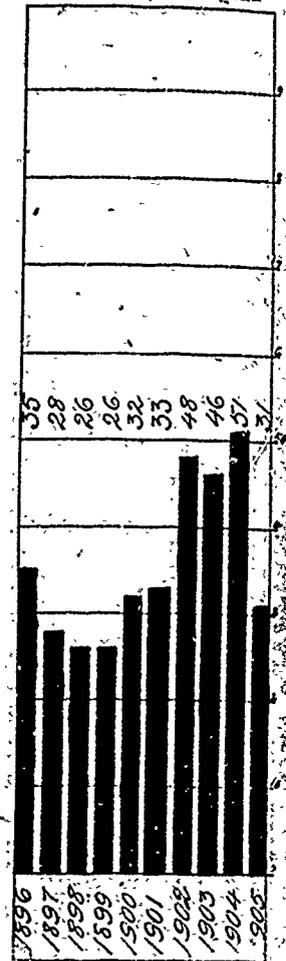


Tableau No 5.

des buveurs tant modérés qu'immodérés.

Si l'on compare ces chiffres à ceux de l'année précédente, on trouve 47.89 soit 58.52 de buveurs modérés et 29.37 de buveurs immodérés.

Ces chiffres élevés montrent assez combien l'alcool est responsable de la criminalité dans notre pays, pour qu'il soit nécessaire d'insister davantage.

On voit dans le tableau suivant quelle est la proportion par province de condamnations prononcées pour ivresse.

Tableau No 9.

Ce tableau nous prouve encore que la Province de Québec fournit moins de condamnations pour ivresse qu'aucune autre province du Dominion même celle d'Ontario.

D'après les dernières statistiques il s'ensuit donc que la Province de Québec est celle où l'on consomme le moins d'alcool.

PROPHYLAXIE

ONTARIO

Maintenant, que nous avons vu que d'une part, l'alcool n'est pas nécessaire, mais qu'au contraire même à des doses relativement faibles, il est un poison, et que d'autre part, la quantité consommée dans les différents pays, sans en exclure le nôtre qui, fort heureusement n'est pas au haut de l'échelle, est énorme et va toujours en augmentant, il s'agit maintenant, d'examiner quels sont les moyens à prendre pour enrayer le fléau grandissant de jour en jour.

Inspirons-nous d'abord sur ce qui a été fait dans les autres pays pour en tirer les conclusions les plus rationnelles.

Il est une chose absolument bien reconnue par tous les auteurs compétents qui se sont occupés de la question. Il n'est pas de loi, si rigoureuse qu'elle soit, qui puisse directement entraver l'alcoolisme.

Lorsqu'en janvier 1873 on discutait à Paris, la loi Théophile Roussel, le sénateur Testelin s'écriait avec combien d'à propos et de bon sens :

"La nature le condamne à mort (en parlant de l'ivrogne) et il continue ; est-ce parce que vous le condamnez à quelques francs d'amende qu'il se corrigera ?" Ces lois ont quand même une certaine raison d'exister, comme le dit Bertillon, pour la propreté de la rue, cependant, nous restons convaincus que l'alcoolique est un malade et qu'il faut plutôt le traiter et l'interner comme un cérébral qu'il est, que de le jeter en prison.

A propos, citons en passant, combien est sensible cette loi du Danemark qui oblige le cabaretier à ramener à ses propres frais l'homme qui s'est enivré chez lui.

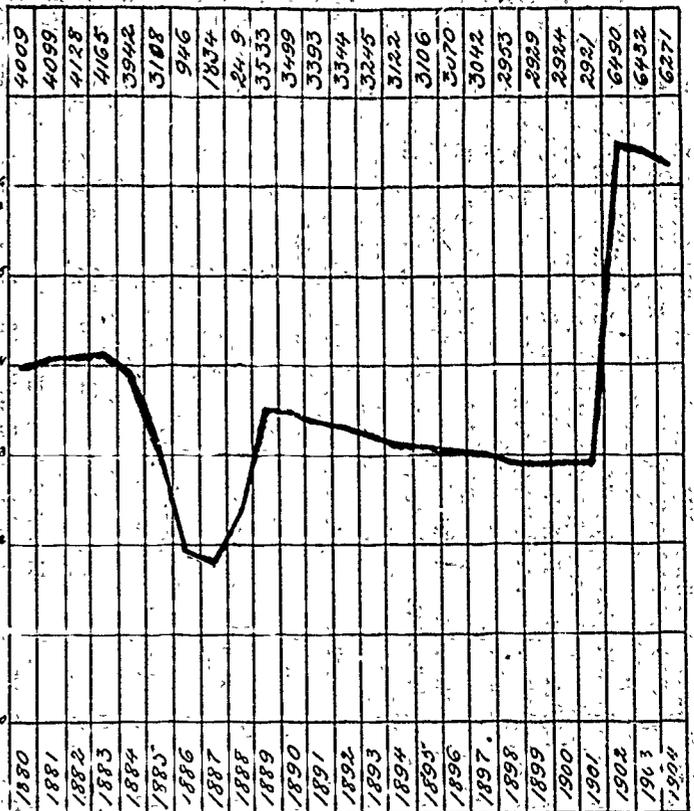
En Norvège, le cabaretier qui expulsé de son cabaret un ivrogne, est responsable personnellement de tous les accidents qui peuvent lui arriver et de tous les délits qu'il peut commettre. Cela, croyons-nous est rempli de logique et place les responsabilités où elles doivent être placées.

Que dire de la limitation du nombre des débits ? C'est là une question qui fut l'objet de très sérieuses discussions. On s'est demandé si le fait d'avoir un cabaret à chaque pas pouvait être une cause valable de l'augmentation de la quantité d'alcool consommé ?

Le bureau fédéral de Suisse, après une enquête minutieuse et internationale, faite en 1880, disait : "Il ne paraît pas avoir de connexité constante ou directe entre l'ivrognerie et le nombre des établissements où l'on sert publiquement à boire." Dans les Pays Bas, d'après Kummer, la même chose est observée. En France, la même chose conduisit M. Bertillon à dire : "Il ne semble pas que la limitation du nombre des débits doivent rendre les services qu'on en espère. (Bertillon: L'Alcoolisme, page 108).

Le monopole de la vente, et de la fabrica-

ENDROITS OU L'ON BOIT DES BOISSONS ALCOOLIQUES



En 1891, ON COMPTAIT UN ENDROIT OU L'ON BOIT DES BOISSONS ALCOOLIQUES POUR 636.39 DE LA POPULATION.

En 1904 - ICI POUR 351.38 DE LA POPULATION.

Tableau No. 6.

tion de l'alcool, par l'Etat fut essayé dans différents pays, prenons-en les résultats obtenus en Russie où l'on ne compte guère avec les opinions et même je pourrais dire, avec les intérêts du peuple.

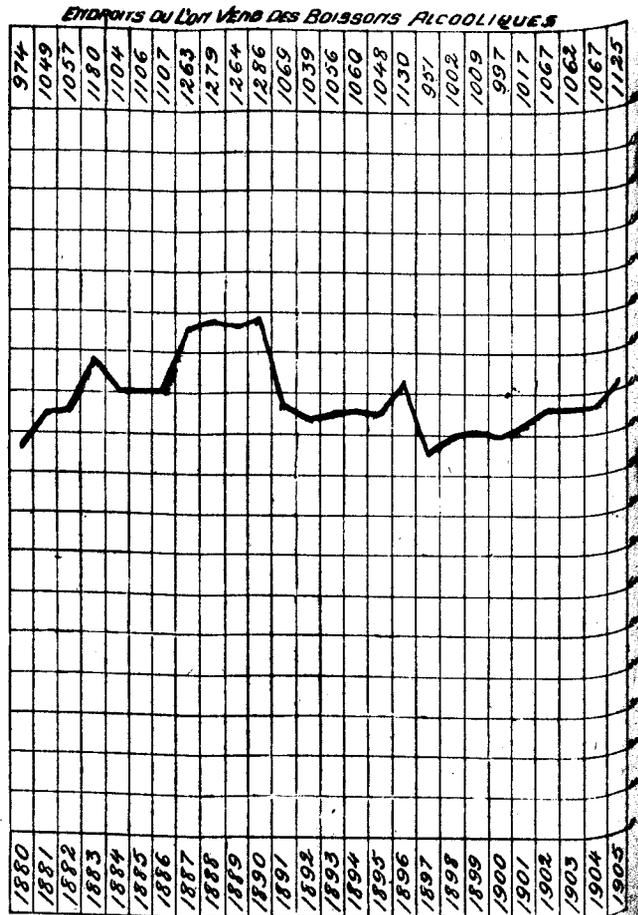
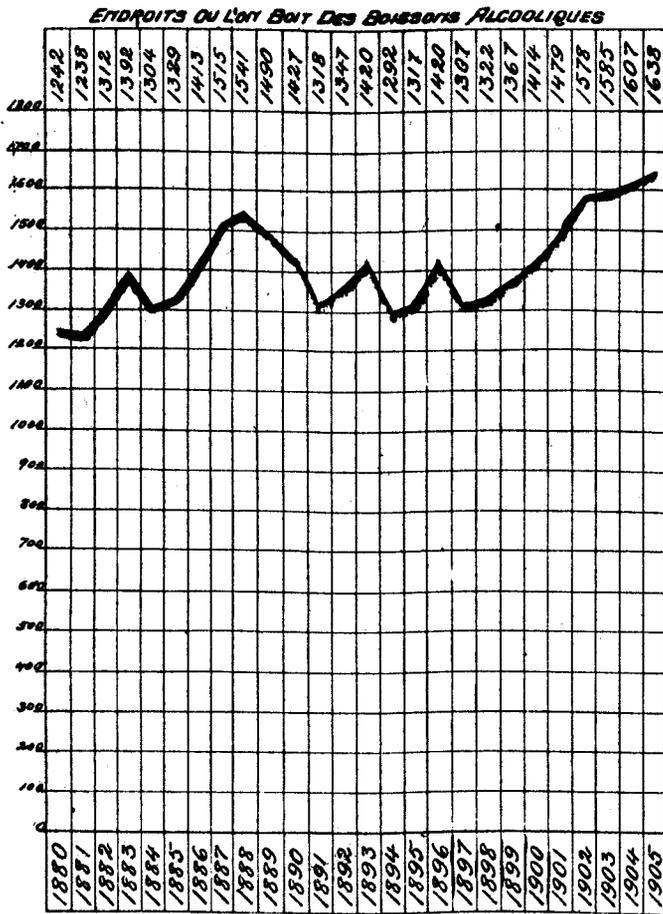
La façon de se procurer l'alcool en Russie, varie avec les endroits où l'on se le procure : celui où l'on peut boire et celui où il est défendu d'ouvrir la bouteille que l'on achète. La consommation diminue sous l'influence de cette loi. de 3 litres 25, par tête, en 1885, elle tombe à 2.35 litres, en 1894. Cependant le nombre d'individus poursuivis pour ivresse augmente d'une façon extraordinaire et le buveur qui ne peut plus boire au cabaret, boit dans la rue et on le ramasse dans le fossé.

L'ivrognerie à domicile, nous dit Borodine, a augmenté considérablement, elle a passé du cabaret à la famille.

La prohibition complète n'a pas donné, d'après les expériences qu'on en a faites dans certains pays, et surtout dans l'Etat du Maine, tout ce qu'on en attendait.

D'après M. Bertillon, la prohibition absolue

PROVINCE DE QUEBEC



En 1881 on comptait un ENDROIT OU L'ON BOIT DES BOISSONS ALCOOLIQUES, Pour 1097,84 DE LA POPULATION.

En 1905 - UN POUR 1045,5 DE LA POPULATION.

Tableau No 7.

peut réussir dans les campagnes, mais ne peut réussir dans les villes : c'est, dit-il, ce que MM. Rowntree & Sherwell ont très solidement établi. Dans le Maine, la prohibition n'a eu pour effet que de changer les endroits où on débitait l'alcool : du cabaret aux pharmacies, ou aux tavernes établies dans les sous-sols, endroits dépourvus de ventilation et de toute condition hygiénique.

Bien plus, dans cet état, le seul où on ait fait une assez longue expérience de la prohibition pour en connaître les résultats, l'autorité est d'une mollesse désespérante pour l'application de la loi, telle qu'établie : elle protège même, pourrait-on affirmer sans crainte de se tromper, le débitant de liqueurs qui se trouve par ce fait, en dehors de la loi.

Dans Portland, capital du Maine, au moins cinq des principaux hôtels vendent des liqueurs aux bars. On peut même en obtenir de sa chambre ou à table. Comme on suppose que ces hôte-

liers sont plus en état de payer que les propriétaires de bars, on les taxe à \$100 par mois, mais en considération de ce montant, on leur accorde une grande protection. En voici un exemple : A l'un des principaux hôtels de Portland, à deux heures, un samedi après-midi, on apporte le message suivant : " They are coming at three o'clock." " They " n'était ni plus ni moins que les officiers du shérif qui, avant d'opérer une descente, avaient eu soin d'en avertir préalablement ceux qui y étaient concernés. Naturellement, on fit les préparatifs nécessaires pour recevoir les agents, et leurs perquisitions dans l'hôtel donnèrent aucun résultat.

Les pharmacies sont encore une grande source d'ivrognerie, à Portland. Il y en a 45 dans la ville ; on y vend le dimanche comme la semaine ; on peut affirmer qu'il y au moins dans Portland, 20 pharmacies où l'on ne vend que de l'alcool.

Pourquoi dans les pays où est établie la pro-

L'ALCOOLISME COMME CAUSE DIRECTE D'ALIÉNATION MENTALE D'APRÈS UNE STATISTIQUE RECUEILLIE DANS LES ASILES LOGIQUE POINTE, BEAUPORT ET VERDUN.

ANNÉES	ADMISSIONS			FOLIE ALCOOLIQUE			POURCENT
	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	
1901	330	316	646	17	3	20	3.09
1902	328	334	662	23	9	32	4.83
1903	332	343	675	35	1	36	5.40
1904	396	389	785	38	11	49	6.24
1905	375	424	799	30	3	33	4.13

Tableau No 8.

hibition ce commerce se trouve-t-il exploité par le pharmacien ? N'est-ce pas par suite de ce fait que jusqu'à maintenant, on a toujours considéré l'alcool comme un aliment, et surtout comme un médicament ? Nous avons prouvé dans le cours de ce travail que l'alcool est un mauvais aliment et qu'on pouvait très facilement s'en passer en thérapeutique. Se fondant sur ce principe, le pharmacien ne devrait donc pas avoir le droit de vendre l'alcool.

A ce sujet aussi, 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.

N'est-ce pas dans ces pays où règne la prohibition que se détaillent surtout les toniques alcooliques dont nous avons souvent parlé : puisqu'on ne peut pas prendre du bon whiskey ou puisqu'on ne veut pas le prendre par respect pour ses principes de "total abstinence" on prend du mauvais alcool, sous prétexte qu'il faut se donner des forces. Combien de personnes se scandalisent si on leur offre un verre d'alcool, mais qui croient devoir prendre régulièrement leur dose de Peruna, de Pain Colery Compound ou tout autre de ces fameux toniques qui n'ont acquis leur réputation que par l'alcool qu'ils contiennent.

Fausse prudence, hypocrisie méprisable, et qui je crois, fait un tort considérable aux anti-al-

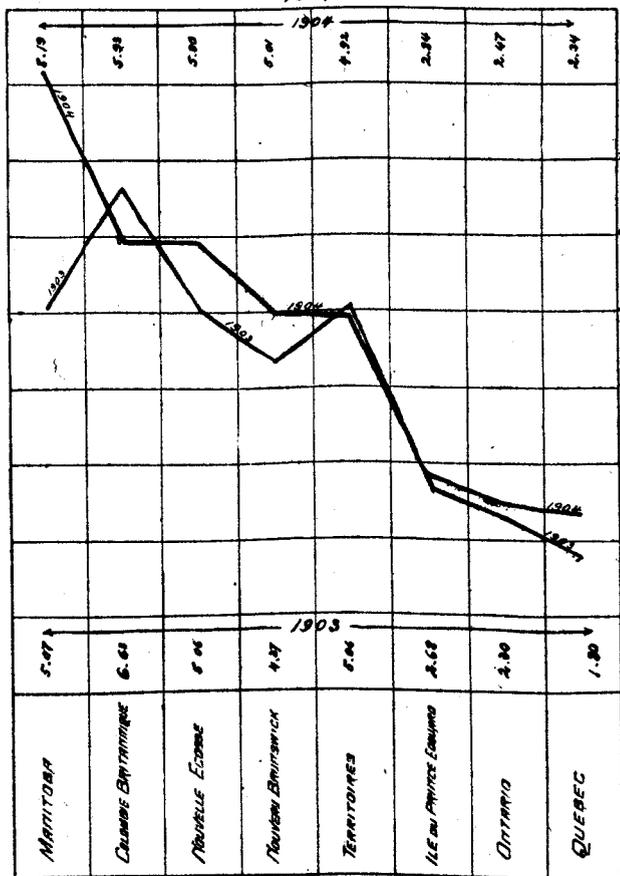
cooliques : les gens qui se cachent pour boire sont certainement plus portés à faire des excès. Quand un homme entre dans un bar comme sont nos bars où il est forcé de s'accouder au comptoir pour prendre au plus vite son verre d'alcool afin de céder sa place à un autre, croyez-vous qu'il puisse prendre là de l'alcool pour une autre raison que pour l'effet qu'il produit, c'est-à-dire l'ivresse ?

On parle de combattre la "traite" ou pour être plus explicite, la façon de se payer à l'un et à l'autre, une consommation, mais auparavant ne serait-il pas opportun de changer notre système de bars, d'en changer l'aménagement.

J'ai admiré à ce sujet, la façon dont on boit en Europe, et surtout en France ; il est certain que la France qui consomme plus d'alcool que la plupart des autres pays, a raison de réagir vigoureusement, surtout contre les bars ou marchands de vin et les bouilleurs de crû. Mais les cafés où les restaurants où vous allez ouver-

PROPORTION DES CONDAMNATIONS POUR VRESSE PAR PROVINCE DANS LES ANNÉES 1903-1904

D'APRÈS LE RAPPORT STATISTIQUE CRIMINELLE POUR L'ANNÉE EXPIRÉE LE 30 SEPTEMBRE 1904



LA MOYENNE GÉNÉRALE POUR LE CANADA EN 1903 - 2.99
1904 - 3.57

Tableau No 9.

tement prendre un verre de bière très peu alcoolique, la bière à 2 p.c. d'alcool, en causant ou en

lisant les journaux et les revues que vous trouvez dans tous ces cafés, ne vous semblent-ils pas plus intelligents et moins dangereux que nos bars-room où l'on coudoie des pochards et où l'on n'a rien autre chose à faire que de boire.

Il existe un système qui me semble plus logique et plus raisonnable que tous les autres surtout, pour la vente au détail de l'alcool ; c'est le système de Gothembourg, qui a si bien réussi à la Suède et au Norvège.

Le nombre des licences est déclaré fixe pour chaque année, et ces licences sont mises à l'enchère, mais ne peuvent être acquises que par des personnes reconnues parfaitement honorables. Voici, d'après Foschier, comment on a appliqué ce système : " Certaines sociétés de tempérance, faisant d'un pouvoir accordé par la loi aux sociétés se rendirent adjudicataires des licences de débit, afin de les exploiter dans un but hygiénique et de façon à restreindre la consommation de l'alcool. Ces sociétés financières de débit, sont donc des sociétés de bienfaisance et non de spéculation; en Suède, elles portent le nom de " bolags ", et en Norvège de " samlags. "

Ces sociétés qui sont des sociétés par actions qui, dans une commune, accaparent tous les débits ; lorsque la société a en main les débits d'une localité, elle y met en pratique un régime qui doit détourner autant que possible, les consommateurs du cabaret, on place un gérant qui reçoit un traitement fixe ; en dehors de son traitement, il peut réaliser des bénéfices sur la vente des aliments et des boissons non alcooliques. Il ne touche pas un centime des bénéfices réalisés sur la vente des alcools ; la société prélève simplement l'intérêt des capitaux engagés et verse le surplus à la caisse d'une œuvre de bienfaisance. Le gérant n'a donc aucun intérêt à pousser ses clients à la consommation de l'eau de vie et des liqueurs fortes. Bien au contraire, la perspective d'un gain l'encourage à répandre les boissons salutaires ; l'influence néfaste du cabaretier est ainsi conjurée.

Le cabaretier n'est plus dangereux ; reste le cabaret. On a voulu le rendre antipathique aux buveurs. Le règlement intérieur fait des débits des lieux fort peu hospitaliers. Jamais on ne vend à crédit dans les " samlags " ; le prix de la vente au détail est en outre assez élevé. On a soin d'éviter tout confort qui engagerait les buveurs à y séjourner ; on n'a pas de sièges, on ne peut y fumer. Sur les murs s'évalent des sentences morales, des versets de l'Écriture, ainsi que des avis dans le genre de ceux-ci : " Il est interdit de parler haut. Celui qui est servi est tenu à vider les lieux. " Quant à l'ouverture et à la fermeture des débits, elles sont rigoureusement fixées à certaines heures : on ouvre le matin à 8 ou 9 heures ; on ferme le soir à 8 heures. Les veilles de fêtes et de dimanches, à 5 heures, le débit est clos, avant que la paie ait été remise aux tra-

vailleurs, et reste fermé jusqu'au surlendemain. Il en est de même des jours d'élections, de marché, toutes les fois, en un mot, que la ville reçoit un plus grand nombre d'individus qu'à l'ordinaire."

Ceci est peut-être un peu sévère et produirait un effet quelque peu analogue à celui produit par la prohibition complète. Mais pourquoi n'adoptions-nous pas le système des licences vendues à l'enchère et acquises par des sociétés de tempérance qui tiendraient des cafés dans le genre de ceux que l'on voit en France ? Car, il n'y a pas à se le cacher, il est nécessaire qu'on fournisse à toutes les classes de la société, des endroits où elles puissent se délasser et se reposer, se distraire du labeur du jour. Il est vrai que ce but est obtenu dans plusieurs pays, sans alcool, et surtout en Angleterre : personne n'ignore l'existence des " coffee taverns " anglais, qui se chiffrent aujourd'hui à 7000. Il y a encore les " sailors home " et les " rowton house ". Mais, nous avons vu par l'expérience du Maine, qu'on ne pouvait avantageusement supprimer l'alcool complètement, pourquoi alors n'en pas faire contrôler les débits par des sociétés de tempérance et ne pas chercher à y intéresser le client autrement que par l'absorption du whiskey, ?

Si nous faisons comme en Suède et en Norvège et que nous établissons des " samlags " et des " bolags " c'est-à-dire un débit d'alcool tapissé de maxims et de leçons, avec des employés intéressés à ne vous pas vendre d'alcool, c'est je crois, encore une fois, une mesure trop rigoureuse et qui produirait exactement le même effet que la prohibition.

Puisqu'il est question de fournir à l'ouvrier surtout un endroit afin qu'il se repose des labeurs du jour, ne trouvez-vous pas avec moi que que c'est là une question qui mérite toute la considération de ceux qui s'occupent de sociologie et surtout de nos gouvernants ? Comment voulez-vous qu'un homme qui passe sa journée à travailler, et à travailler dur, ne ressente pas le soir venu, le besoin de se procurer un peu de distraction ? Voulez-vous pour cela, qu'il s'en aille dans le réduit qu'il habite, retrouver sa famille que le manque de confort empêche de vivre dans un état hygiénique, et je pourrais ajouter, dans un manque de propreté qui rendrait le " home " attrayant ? Non, il lui faut autre chose que la famille telle qu'elle est, et comme il n'y a pas à choisir il va au cabaret.

Combien est rempli de vérité ce passage d'une lettre d'ouvrier anglais, au conseil fédéral suisse : " Un cercle d'ouvriers, confortablement installés, une cité ouvrière, avec des logements salubres et agréables, valent mieux que dix mille allocutions dans des réunions de tempérance et qu'un million de témoignages sur les effets désastreux de l'alcool ? " Il faut prendre les leçons où on les trouve, et quand bien même celle-ci viendrait d'un

ouvrier, ce n'est pas une raison pour que les hommes instruits se refusent à l'accepter.

Il est une chose absolument vraie et qui s'impose de jour en jour à mesure que la civilisation pénètre au milieu des peuples. C'est que le travail doit rapporter à l'homme plus que toute autre chose. Cela n'entraîne pas la supériorité de l'intelligence, car l'homme supérieurement intelligent qui travaille, est dans une position meilleure que celui qui lui est inférieur intellectuellement. D'autre part, le pauvre ouvrier qui passe sa journée à travailler arduement pour subvenir aux besoins de sa famille, n'a-t-il pas droit lui aussi, à quelques douceurs ? Ne doit-on pas songer à lui donner le confort qu'il n'a pas chez lui ? Je crois avec cet ouvrier anglais, que des logements salubres et les cercles ouvriers confortablement installés, seraient de nature à détourner l'ouvrier du cabaret, et par conséquent à l'empêcher de boire.

En Belgique, et surtout en Angleterre, depuis quelques années, on a cherché à prendre l'enfant dès son plus bas âge pour lui inspirer le dégoût de l'alcool; et cette façon de faire, semble produire des résultats fort appréciables.

En Belgique, l'un des moyens que l'on emploie est de chercher à impressionner les enfants en leur mettant devant les yeux des tableaux qui font représenter les méfaits de l'alcool.

J'ai ici quelques-uns de ces tableaux que j'ai fait venir spécialement de Belgique. En Angleterre, les enfants s'enrôlent dans les écoles aux "Bands of Hope"; on en compte trois millions. La chose existe aussi en Canada, surtout dans les écoles protestantes.

Nous croyons que cette idée de montrer à l'enfant lorsqu'il est jeune ce qu'est l'alcool, lui faire comprendre dès son plus bas âge, que c'est un véritable poison pour l'organisme, poison dont il faut toujours se méfier, est une excellente idée, et qu'elle est destinée à rendre des services incontestables aux anti-alcooliques et à la société.

Cependant, de l'avis de tous les auteurs que nous avons eu l'occasion de consulter pour la confection de ce travail, il reste toujours un fait accompli : c'est que la lutte contre l'alcoolisme ne peut se faire par l'Etat, parce que ses représentants sont trop intéressés à continuer le statu quo; mais par les sociétés antialcooliques, dans le sens que nous leur avons déjà donné.

Que les sociétés antialcooliques s'emparent des licences pour les exploiter dans un sens raisonnable, et pécuniairement désintéressé; que ces sociétés comprennent et entreprennent la campagne qu'il faut faire, pour donner à l'ouvrier qui travaille tout le jour le confort qu'il requiert quand il laisse son travail.

En s'occupant des cafés, en améliorant les

logements, pour les rendre plus salubres; que ces sociétés dirigent l'esprit de ces héros du travail manuel, vers le travail intellectuel qui pour eux est un véritable repos. Que ces sociétés de tempérance s'intéressent à convaincre l'enfant qui fréquente l'école que l'alcool est un poison, qu'elles lui montrent au moyen de tableaux, comme on le fait en Belgique, combien l'alcool est fatal à l'organisme, qu'elles lui montrent quelles sont les maladies auxquelles s'expose celui qui en fait un usage continu, qu'elles fassent comme en Angleterre, qu'elles enlèvent des enfants aussi bien que des adultes dans leurs rangs.

Que d'un autre côté, nos gouvernants établissent des hôpitaux ou asiles sous le même principe que sont établis les asiles d'aliénés, pour y interner les alcooliques déjà existants, qui jamais ne devraient être mis au contact des criminels; que dans ces asiles, on s'évertue à traiter l'alcoolisme: puisqu'on obtient une guérison de 43 p.c. dans les établissements privés, pourquoi n'obtiendrait-on pas la même chose dans les établissements publics?

Rendre à la société 43 p.c. des alcooliques guéris n'est-ce pas une œuvre à laquelle il vaut la peine de s'arrêter?

Nous nous émerveillons devant les sérums divers qu'on lance aujourd'hui dans la thérapeutique, même quand ils ne produisent parfois qu'une action bien moins effective que le traitement donné de l'alcoolisme. Pourquoi alors, ne nous laisserions-nous pas convaincre qu'il faut traiter l'alcoolisme et qu'il faut le traiter énergiquement?

Pour moi, la prophylaxie de l'alcoolisme, se résume à ceci: 1o. Traitons l'alcoolique médicalement. 2o. Impressionnons l'intelligence de l'enfant dès son plus bas âge en faisant une campagne anti-alcoolique à l'école; 3o. Fondons des sociétés anti-alcooliques qui veillent aux débits de l'alcool, et qui instruisent le peuple en lui faisant connaître les mauvais effets du poison alcoolique.

Ceci termine l'étude que je me suis efforcé de faire, aussi complète que possible, de l'alcoolisme. Quand bien même je ne serais arrivé à vous convaincre que: 1o. il faut traiter l'alcoolisme, et que le traitement étudié dans ce travail donne des résultats appréciables; 2o que le Canada et surtout la province de Québec, que l'on a un peu partout fait passer pour un pays d'alcoolisés, est le pays le moins alcoolisé du monde, et cela fondé sur des statistiques publiques, je serai déjà satisfait du résultat et convaincu que j'aurais agi en véritable patriote.

Cela ne doit pas nécessairement nous empêcher de lutter contre l'alcoolisme; bien plus, comparativement aux autres pays, il faut que les résultats soient supérieurs. En effet, nous avons

pour nous l'avantage d'être un jeune peuple où l'alcoolisme héréditaire se fait moins ressentir, et d'autre part, la quantité d'alcool consommé dans le pays, est beaucoup moindre qu'ailleurs.

Empêchons donc le canadien de devenir alcoolivues par les différents moyens que nous avons déjà donnés, et nous aurons fait la meilleure œuvre sociale que l'on puisse imaginer.

Nouvelles

Le comité pour le monument à élever, à Paris au docteur Péan, s'est réuni, le lundi 9 avril, à l'hôpital de la rue de la Santé qui porte le nom de son fondateur.

Parmi les projets soumis à l'examen du comité présidé par M. Mézières, de l'Académie française, et composé des docteurs Pozzi, Delaunay, Brochin, Cabanès, Robin-Massé, Me Bétolaud, etc c'est celui présenté par MM. Gauquié, statuaire et Henri Guillaume, architecte, qui a été choisi à l'unanimité.

Notre excellent confrère le "British Medical Journal" vient de faire une enquête dont la portée échappera pas à nos lecteurs. Le journal médical londonien a recherché quelle était actuellement la situation sociale et économique des médecins dans les différentes parties du monde. Il ressort de cette enquête que la position financière du médecin est à peu près partout la même et, en général, peu satisfaisante. Naturellement, il faut tenir compte du prix de la vie, variable suivant les pays ; mais, dans la plupart des contrées d'Europe, la moyenne du revenu professionnel oscille entre 6,000 et 12,000 francs.

Au point de vue social, l'Italie tient la plus mauvaise place ; en Italie, le médecin ordinaire n'est pas admis dans ce qu'on appelle la "société."

En Allemagne et en Autriche, les médecins sont bien vus du "monde" ; mais en Portugal et en Espagne, ils sont au dernier échelon de l'échelle sociale.

A Berlin, la grande majorité des médecins ne gagne pas plus de 5,000 francs par an. A Madrid 800 médecins ont peine à vivre. L'encombrement médical est la vraie cause de cet état de choses.

Au point de vue politique, l'enquête constate que la France tient sans conteste le premier rang. Médecins sénateurs et médecins députés sont nombreux et influents, et beaucoup ont occupé et occupent les plus hautes positions dans l'Etat. En Italie et en Espagne, on note aussi quelques mé-

decins qui ont fait leur chemin dans la politique ; tandis qu'en Autriche, en Allemagne et en Belgique, les docteurs en médecine ne jouent aucun rôle remarquable en politique, sauf toutefois quelques exceptions notables : Virchow, par exemple.

Dans les colonies anglaises, les médecins ont pris rapidement une place importante dans les affaires politiques. Aux Etats-Unis, au contraire, le médecin politicien peut être tenu pour une quantité négligeable.

Formulaire

PILULES ET CACHETS CONTRE L'AME- NORRHEE (Heizen)

Aménorrhée de la chloro-anémie:

Acide arsénieux	0 gr. 10
Fer réduit	0 gr. 10
Extrait de noix v. ique... ..	1 gr. 50
Aloès.....	3 à 5 gr.

p. 100 pil. ; 3 par jour avant les repas, ou:

Poudre de sabine... ..)
Poudre de rue)
Poudre de safran... ..) à à 0 gr. 05 centigr.
Poudre aloès... ..)
Poudre absinthe) à à 0 gr. 15 centigr.
Fer réduit.....)

p. 1 cach. ; 2 cach. par jour.

CREME CONTRE LES ERUPTIONS TRAUMA- TIQUES, LES DERMITES IRRI- TABLES, ETC. (Sabouraud)

Oxyde de zinc... ..	10 grammes
Huile d'amandes douces fraîche... ..	20 grammes
Lanoline.....	20 grammes

En applications prolongées.

POTION A L'ADRENALINE CONTRE LES HEMOPTYSIES ET LES HEMA- TEMESES. (Coartois-Suffit).

Adrénaline (solution à 1-1,000... - v à xx gouttes)	
Eau de laurier cerise	10 grammes.
Sirop thébaïque... ..	30 grammes.
Eau distillée... ..	110 grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les demi-heures jusqu'à effet, puis toutes les heures ou deux.

MIXTURE CONTRE L'URTICAIRE

Acide thymique	1 gr.
Acide phénique... ..	2 gr.
Menthol	0 gr. 15
Eau de Cologne... ..	100 gr.
Alcool camphré.....	100 gr.

Faire de légères applications avec du coton hydrophile sur les régions prurigineuses.

Discours d'ouverture

(Par le Dr Normand, président du Congrès de Trois-Rivières)

Le Comité organisateur du 3ème Congrès Médical franco-Américain est heureux de voir sa séance d'ouverture honorée de la présence d'un aussi grand nombre de personnages distingués tant par les qualités intellectuelles que par les hautes positions sociales.

En jetant un regard sur cette estrade, je me dis qu'aux Trois-Rivières, peut-être plus qu'ailleurs la "Religion et la Patrie", cette devise de notre Séminaire diocésain est imprimée profondément dans les âmes de tous; tout particulièrement de ceux qui ont eu le bonheur de puiser leur éducation dans cette maison bien-aimée.

L'Association des Médecins de Langue Française fondée, à Québec en 1902 a tenu sa dernière réunion à Montréal deux ans plus tard. Ces deux premiers Congrès furent couronnés du succès le plus brillant et dépassèrent de beaucoup les espérances des organisateurs. Qu'il plaise à Dieu qu'il en soit ainsi du Congrès de Trois-Rivières. Pour bien comprendre l'état actuel de notre position médicale, en ce pays, et le rôle que notre association peut jouer dans l'avenir du peuple Canadien-français, jetons un coup d'œil à vol d'oiseau sur l'état général de nos pères lors du commencement de la domination anglaise. En 1763, il n'y avait dans tout ce pays qu'une population de 60,000 âmes dispersée dans quelques villes et 110 paroisses rurales. La population de Trois-Rivières y compris les Forges ne dépassait guère 800 âmes. Nous voyons dans l'histoire du Canada, par Garneau, qu'il n'était resté dans les villes que quelques rares employés, quelques artisans, à peine un marchand et les religieux. La tâche de nos pères était toute simple, on n'exigeait d'eux qu'une chose: de ne gêner ni l'expansion, ni la propriété des vainqueurs.

A cette époque, les Canadiens-français ne connaissaient que trois industries: la chasse, le commerce de pelleteries et l'agriculture, basées sur des méthodes absolument primitive.

En outre, ils étaient décimés, fatigués, appauvris par les guerres et le mauvais sort des armes. Et ce qui plus est, ils étaient sans espérance de revoir la France venir à leur secours.

Sous de telles circonstances, il est facile de se rendre compte que les Anglais s'emparèrent vite de toutes les fonctions, du commerce et même des meilleures propriétés.

Le clergé qui, durant la domination française s'était imposé par des actes nombreux de courage et d'héroïsme, prit alors sur le peuple, la place prépondérante qu'il a toujours occupé. L'église catholique, est alors devenue au Canada, le centre d'union, le centre de cohésion de la race Canadienne-française.

Le clergé se voua naturellement à l'éducation du peuple Canadien, il fonda de nombreuses écoles paroissiales et donna au peuple la semence des saines doctrines religieuses et patriotiques. Leur effort fut couronné du plus grand succès.

Aussi, guère plus d'un demi-siècle plus tard voyons nous les écoles fréquentées par près de cinquante mille enfants Canadiens-français. Aussi voit-on bientôt apparaître dans presque toutes les villes et les villages des hommes de profession, des notaires, des avocats, des médecins, ces hommes deviennent bientôt les têtes dirigeantes de notre population et la conduisent de concert avec le clergé à travers les époques difficiles du régime d'oppression qui a précédé la révolution de 1837. Après de nombreuses années de luttes admirables, ces hommes finissent par conquérir au peuple Canadien-français, l'assurance de nos "institutions, notre langue et nos lois !!!"

Depuis un demi-siècle, la moitié de la population Canadienne-française de la Province de Québec a émigré dans la République Américaine.

Il manque entre les français des Etats-Unis et ceux de la Province de Québec, un élément d'activité les intéressant tous à la fois.

Notre Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord est le premier chaînon de cette chaîne qui devra nous lier à nos compatriotes des Etats-Unis.

Au point de vue scientifique et patriotique, faisons que notre enseignement médical soit plus complet et plus parfait. Tous nous admettons qu'il faut établir sur des bases plus grandes presque toutes les branches de notre enseignement médical.

Oui, faisons des médecins capables, laborieux, imbus des plus hautes données de la science médicale, et, du plus pur patriotisme. Faisons des médecins dignes et disseminons les au centre de

nos populations françaises tant du Canada-français que des États Unis.

Il appartient à notre époque, il nous appartient à nous de faire l'enseignement de nos populations ; il nous appartient de vulgariser les lois sages de l'hygiène publique et privée.

Il est en outre de notre devoir de combattre et d'enrayer les terribles fléaux qui déciment nos populations ; combattons l'alcoolisme, déracinons la tuberculose, répandons les points heureux de l'hygiène infantile, travaillons ensemble pour fournir à notre patrie une génération nouvelle plus forte, plus vigoureuse et plus instruite que la nôtre.

L'on parle beaucoup en ces derniers temps de l'avenir du peuple canadien-français. Un bon nombre croit que notre destinée est de former une nation distincte, canadienne-française et catholique à l'Est du continent Nord de l'Amérique.

Les liens de race, de religion, des souvenirs de la patrie sont plus forts que tous les autres, ils sont plus forts que les lignes fantaisistes de démarcation existante entre les différents pays. La fidélité que nous devons soit pour le drapeau anglais, soit pour le drapeau américain, n'exige pas de nous que nous sacrifions le moindre de nos sentiments religieux et patriotiques.

Sachons donc nous unir, sachons donc faire grandir et prospérer notre belle association des Médecins de langue française franco-américaine, et dans l'évolution de notre avenir le clergé d'une part, les médecins, de l'autre, seront les deux puissances qui feront disparaître les lignes séparant les Canadiens-français du Canada de ceux des États Unis. Nous formerons alors une même, une belle, une grande nation française en ce pays.

Je termine en élargissant la pensée de l'un de nos écrivains Canadiens et je dis :

« Quand je considère le passé, quand je contemple le présent, quand je rêve de l'avenir du peuple Canadien-français, je me dis qu'un monde latent de poésie, de sciences, d'art, de grandeur intellectuelle, de noblesse morale est là qui demande à prendre un libre essor. »

Rapport général du Congrès de Trois-Rivières

(Par le Dr Ch. de Blois, secrétaire général)

Je tiens avant tout à remercier le Dr Triboulet des paroles flatteuses qu'il vient, avec tant de bonne grâce d'adresser à votre secrétaire général, je les accepte non en mon nom personnel mais au nom du Congrès. Je suis profondément heureux de pouvoir présenter officiellement aux délégués français MM. les Docteurs Triboulet, Loir et Proust, mes hommages et mes sentiments de cordiale sympathie. Leur présence ici prouve sans qu'il soit besoin de commentaires, tout l'intérêt que porte la France et les sociétés savantes françaises à l'œuvre de nos Congrès français de l'Amérique. C'est un honneur considérable et un précieux encouragement pour l'association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Leur visite au milieu de nous contribuera pour beaucoup à resserrer davantage encore les liens qui nous unissent à la mère patrie. Avec vous, je déplore l'absence de M. le Dr Foveau de Courmelles, délégué de la Société française d'Hygiène et de la Société Médicale des praticiens. Il nous avait informé qu'il prendrait une part active à notre Congrès, malheureusement il en a été empêché, retenu au dernier moment à Paris, par des circonstances indépendantes de sa volonté. Il m'a chargé de vous présenter ses plus vifs regrets, en même temps que ses vœux pour le succès du Congrès.

MM. les Drs Brouardel, Lermoyez, (de Paris), Lépine, (de Lyon) ont transmis à votre secrétaire général leurs félicitations et leurs regrets de ne pouvoir venir cette année. J'ai également reçu des lettres pleines de cordiale et confraternelle sympathie du secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine de Paris, du professeur Jacoud et du secrétaire de l'Académie Royale de Belgique.

Nous avons reçu un grand nombre de lettres d'adhésions de médecins français et des lettres des plus sympathiques de plusieurs corps médicaux d'Europe. Je signalerai en particulier celles de MM. les Dr Triboulet, Bardet, Buret, Barbatis, Courtault, Foveau de Courmelles, (de Paris) et du Dr Dardel, (d'Aix-les-Bains).

Huit sociétés savantes de France ont tenu à se faire représenter officiellement à notre Congrès.

Le 10 mai dernier nous avons l'honneur de recevoir du ministère de l'Instruction Publique, une lettre nous annonçant la nomination de M. le Dr Henri Triboulet, comme délégué officiel du gouvernement français, et une lettre du consulat général de France à Montréal confirmant cette nomination.

Nous avons également reçu une lettre de M. L. Liard, vice recteur de l'Université de Paris, nous informant que la Faculté de Médecine de Paris, déléguait officiellement pour la représenter M. le Dr. R. Prouze, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté.

La Société Française pour l'avancement des Sciences, nous a délégué M. le Dr Loir, ancien préparateur de M. Pasteur, professeur à l'École Nationale Supérieure d'Agriculture coloniale de Paris. C'est ce distingué confrère qui nous apporte de France, au nom d'un groupe de Sociétés Savantes pour l'avancement des Sciences, le splendide médaillon, précieux souvenir, que vous pouvez admirer dans la salle du Congrès.

Le très dévoué secrétaire général de la Société de Thérapeutique de Paris, M. le Dr Bardet, nous a écrit, pour nous informer que la Société de Thérapeutique avait choisi pour la représenter à notre congrès "l'un des médecins les plus éminents de Paris" M. le Dr Triboulet. Le Dr Triboulet représente en outre officiellement au milieu de nous : la ligue nationale contre l'alcocoolisme et la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Il est spécialement chargé d'exposer au Congrès les vœux de ces trois sociétés relativement à l'alcocoolisme.

J'ai enfin reçu une lettre de M. le Dr Buret, le zélé secrétaire général de la Société de Médecine de Paris, nous adressant les félicitations de la Société et nommant notre confrère le Dr A. de Martigny, de Montréal, comme représentant de cette société. Une lettre de M. Barbatis, secrétaire général de la Société internationale de Médecine physique, délégué à notre Congrès, M. le professeur Brochu et le Dr de Blois de Trois-Rivières. J'ai également reçu une lettre pleine de cordial encouragement de la Société Médico-psychologique de Paris.

Les Sociétés Médicales françaises au Canada et aux États-Unis ont aussi nommé les délégués suivants pour les représenter :

Société Médicale de Montréal : Délégué. — Dr R. Boulet.

Société Médicale de Québec : Délégué : Dr Brochu et Dorion.

Société Médicale de Stafford : Délégués. — Drs J. A. Brunet, L. A. Lessard.

Société Médicale de Chicoutimi et Lac-St-Jean Délégué. Dr J. Constantin, de Roberval.

Société Médicale de Joliette : Délégués. Drs G. Lippé, J. J. Sheppard, X. Bernard, J. P. Lapointe et Bonin.

Société Médicale de Rimouski : Délégués. — Drs. Geo. Pineault, Campbelton, N. B., et Gauvreau, Rimouski.

Société Médicale de St-Hyacinthe. Délégués. — MM. les Drs Daignault, Choquette et Gauthier, d Upton.

Association Médicale de Portneuf : Délégués. — MM. les Drs Larue, Dolbec et S. G. Paquin.

Association Médicale de Terrebonne. Délégués. — MM. les Drs E. Fournier, Vanier et Prévost, St-Jérôme.

Association Médicale d'Ottawa : Délégué. — Dr D'Amour, Papineauville.

Association Médicale du district de Trois-Rivières : Délégués. — MM. les Drs Nèlie, Gélinas, Lacourcière et T. Caron.

Association Médicale de Fall River : Délégué. — M. le Dr J. E. Lanoie.

Association française du Manitoba : Délégué. — M. le Dr J. U. O. Lambert, St-Boniface.

Institut Canadien d'Ottawa. Délégué. — M. le Dr M. P. Ste-Marie.

MM. les Drs. G. E. Dubé, de Montréal, G. A. Boucher, de Brockton (Man), C. L. Archambault, de Cohoes (N.-Y.), nous ont transmis leurs félicitations et leurs regrets de ne pouvoir venir.

Nous avons également reçus des télégrammes de MM. Schmitt, (Ile d'Anticosti), Rivérin et Bachand (de Sherbrooke), Guérard et P. de Blois, (de Québec), s'excusant de ne pouvoir assister au Congrès.

Nous avons adressé un certain nombre d'invitations pour la séance solennelle de ce soir : Son Excellence, le lieutenant-gouverneur Jetté, Sa Grandeur Monseigneur Cloutier, Evêque de Trois-Rivières, l'Honorable Lomer Gouin, premier ministre de la Province de Québec ont promis d'être présents et prendront la parole. M. le consul de France avait aussi été invité, mais comme il est actuellement en Europe, il se fera représenter par M. le Baron d'Halewyn, vice-consul de France. Son Excellence le gouverneur-général s'est excusé de ne pouvoir venir étant retenu à Ottawa par des engagements antérieurs.

Le Premier Ministre du Canada Sir Wilfrid

Laurier n'a pu aussi à son grand regret, accepter notre invitation étant retenu à Ottawa par ses devoirs parlementaires.

Le Recteur de l'Université Laval, Monseigneur Mathieu, président à Québec, un congrès d'études ne pourra assister à notre séance solennelle d'ouverture.

Le vice-recteur, M. le chanoine Dauth de Montréal s'est aussi excusé de ne pouvoir venir.

Les travaux seront présentés dans l'ordre indiqué sur le programme. Nous avons en tout 113 communications inscrites, sans compter celles des dentistes au nombre de 13.

Treize travaux importants nous viennent de France. Les mémoires de Messieurs Triboulet, Loir, Foveau de Courmelles et celui de M. le Prof. A. Gauthier qui mériteraient plus qu'une simple mention.

Nous avons aussi un bon nombre de travaux présentés par des médecins des États-Unis et des provinces sœurs. Trois cents membres se sont inscrits pour le Congrès de Trois-Rivières. Tout nous permet donc d'augurer un grand succès scientifique. Il ne me reste plus qu'à accomplir le devoir le plus agréable de tous ceux incombant au secrétaire général, celui de vous remercier de la bienveillante attention avec laquelle vous avez écouté un rapport forcément aride, mais qui prouve l'appui généreux et enthousiaste de tous ceux à qui nous nous sommes adressés. Au nom du Comité et en mon nom personnel je vous en remercie de tout cœur.

LA PROFESSION MÉDICALE

Devant les professions sœurs

Devant la Législature

Devant la société.

(Par le Dr A. Lassonde, de Drummondville)

Le but comme l'objet de ce congrès se trouve résumé quelque part dans son programme avec beaucoup de justesse. " Diffusion scientifique, intérêt professionnel.

Dans les deux congrès précédents auxquels je me suis fait un devoir d'assister, j'ai constaté, avec une fierté bien légitime, que le premier point

avait été traité de main de maître, et que le second, " Intérêt Professionnel ", avait été entouré d'un silence presque complet, sauf quelques travaux aussi intéressants que peu nombreux.

Durant les deux années qui viennent de s'écouler, grâce aux résultats bienfaisants de ces réunions toutes faites de dévouement, d'amitié, de bonne entente, grâce à nos sociétés médicales, le souci de notre avancement comme Corps s'est de plus en plus développé, et avec un élan si général, si patriotique, que l'on peut dire aujourd'hui avec raison : Le vent est à nos intérêts professionnels.

Aussi, tout en remerciant chaleureusement à mon tour, nos amis de la ville des Trois-Rivières, pour leur accueil si cordial, leur hospitalité si franche et si généreuse, je salue avec bonheur l'ère d'amour, de progrès et de solidarité qui se lève pour la plus noble des professions. J'en bénis l'aurore avec la confiance que seul peut inspirer le respect d'un art élevé à la sublimité du véritable apostolat.

Avant d'entrer dans le vif du sujet que j'ai intitulé : La Profession Médicale devant les professions sœurs, devant la législature, devant la société, je demanderais aux membres de cette sainte assemblée, de ne voir dans les remarques qui vont suivre, dans les observations que j'aurai l'honneur de leur soumettre, aucune intention déloyale, aucun parti pris.

A tous ceux qui m'écoutent dans cette enceinte, je fais appel à la noblesse de leur sentiments, à la largeur de leurs idées, à la générosité de leurs aspirations, pour juger à son mérite, mais avec bienveillance cette obole de ma bonne volonté.

LA PROFESSION MÉDICALE DEVANT LES PROFESSIONS SŒURS

Plus d'une fois, chacun de vous, j'en ai l'intime conviction, s'est surpris à jeter un regard de convoitise sur ses frères du Notariat et du Barreau, au spectacle de l'exercice d'une profession relativement facile, bien rémunérée, efficacement protégée, équitablement régie.

En effet de quelque côté que l'on se tourne, de quelque manière que l'on envisage, la constitution la charte de nos sœurs devrait nous servir de modèle, puisqu'elle nous prêche éloquemment et par la parole et par l'exemple.

Par la parole en revendiquant fièrement et

hautement ses droits et ses privilèges lorsqu'ils paraissent venir en conflit avec ceux de la profession médicale, par l'exemple, en donnant une portée pratique à leurs délibérations et cela avec l'unanimité de sentiments et d'opinions qui nous fait hélas trop souvent défaut.

S'agit-il de fermer la porte à un abus qui pourrait affecter le bien général, de suite tout intérêt personnel ou de clocher se tait, et est impitoyablement sacrifié pour le plus grand bien de tous.

Parle-t-on de relever le tarif, de le rendre plus en harmonie avec les exigences toujours croissantes de la clientèle, la cherté de l'existence, l'encore entente bien comprise et partant décision irrévocable édictée par une loi formelle dont l'efficacité le disputera à l'avancement de chacun des membres.

Pour vous prouver à l'évidence que sous ce rapport plus encore que sous les autres, il nous est absolument impossible de soutenir la comparaison avec les professions sœurs, je n'ai qu'à vous rappeler qu'il y a soixante et quinze ans les honoraires d'accouchement, en ces heures si pénibles du défrichement et de pauvreté nationale étaient les mêmes qu'ils le sont aujourd'hui dans plusieurs localités de la Province de Québec.

Cependant, que de chemin parcouru depuis un demi-siècle, que d'avancement dans la marche générale des affaires de notre pays, que de progrès dans le champ si fécond et si vaste de la Science médicale.

Et nos services professionnels, et notre tarif, où en sommes-nous ? Poser la question, c'est la résoudre.

Devient-il urgent maintenant de rendre l'accès de la profession plus difficile et d'en permettre l'entrée qu'à ceux qui peuvent y faire honneur et contribuer à en relever le niveau.

Voyez quels soins, quelle diplomatie l'on apporte, chez nos bons amis du Notariat et du Barreau, dans la présentation de ces lois, et surtout dans leur mise à exécution.

Peut-on en dire autant des membres de la grande famille médicale ? Ici encore j'aime mieux ne pas répondre.

Vous présenterai je maintenant avant de clore ce premier point un autre côté de la pratique médicale, ou pour m'expliquer plus justement, un autre aspect de la vie du médecin. Aspect aussi

intéressant qu'ignoré, aussi méritoire que méconnu, aussi admirable que faussement apprécié. Je veux parler du sacrifice absolu, complet de nos soirées et de nos nuits, ou plutôt de notre sommeil et de notre santé.

Tout est mis à contribution pour rester fidèle à la noblesse de notre mission, à la hauteur de notre tâche, le repos bienfaisant du corps, comme le suave délassement de l'intelligence, la douce quiétude de l'âme comme la sérénité inaltérable de l'esprit, les joies saintes de la famille comme les réunions charmantes de la belle et bonne amitié.

En retour songe-t-on bien souvent chez les personnes étrangères à notre existence tout-à-fait exceptionnelle, songe-t-on lorsque l'on tente d'établir un parallèle entre la profession médicale et ses congénères, à tenir compte de cet abandon volontaire de notre liberté, de ce dévouement poussé jusqu'à l'héroïsme ? Rarement, presque jamais.

Le refus que je pourrais appeler officieux de sanctionner notre tarif, le refus révoltant de lui donner l'existence légale dont la légitimité prime incontestablement celle de toutes les autres professions libérales sans exception, en est la preuve la plus démonstrative.

La nature de notre travail, les circonstances dans lesquelles ce travail est effectué tout en traitant le côté malade nous empêche assez souvent de soigner la partie financière, et nous en sommes quittes pour y laisser un peu de notre santé, beaucoup de notre temps et presque entièrement notre salaire.

Tel n'est pas le cas en général pour les autres professions où ce côté rémunérateur est souvent une occasion "Sine qua non" du labeur imposé.

Si encore la chambre de nos représentants, qui est sensée refléter les sentiments et les opinions pondérées de notre peuple, se faisait un devoir de réparer ou mieux de parer à cette criante injustice par des lois équitables, nous serions à demi récompensés.

Mais à la place de tout cela nous avons vu une critique acerbe, partielle, fleurir sous les faits et gestes de nos députés. Cette appréciation, cette reconnaissance semi officielle par trop flatteuse de notre carrière, sera considérée sous son jour véritable dans le point suivant :

LA PROFESSION MEDICALE DEVANT LA LEGISLATURE

Je voudrais avoir ici, en traitant ce point important de mon humble travail, la véhémence éloquent de d'un tribun, la voix autorisée de ces pionniers de la science médicale au Canada, pour flétrir comme elles le méritent les injustices, les humiliations, les reculades désastreuses que nous a fait subir notre législature depuis un quart de siècle.

Le distingué président du Congrès de Montréal, Monsieur le Dr Foucher, a eu infiniment raison de se plaindre des entraves apportées par cette branche du pouvoir.

Je n'entreprendrai point de vous faire l'histoire de toutes ces fameuses sessions où notre cause a été en jeu. Quelques considérations générales suffiront, je crois, à vous faire comprendre toute ma pensée.

D'abord et toujours, toute loi, toute mesure concernant la profession médicale devrait être présentée, expliquée et défendue par un homme autorisé de notre Corps, qui au préalable, se serait entendu avec la Société Médicale dont il fait partie ; ou par un député choisi régulièrement et spécialement par le Collège des Médecins, dont la compétence ne pouvant être mise en doute, serait de taille à lutter avantageusement contre la mauvaise foi des uns ou l'ignorance des autres. De la sorte nous pourrions compter sur une discussion éclairée des lois que nous voulons faire passer ; en démontrant l'importance et la raison d'être à toute la députation, qui instruite comme elle doit l'être, serait heureuse d'en favoriser l'adoption au lieu de les morceler ou encore de les renvoyer cavalièrement aux Callendes Grecques.

Si cette manière de procéder, qui est la seule bonne et rationnelle selon moi, avait toujours été en honneur dans ces questions qui sont pour nous d'importance primordiale, nous n'aurions pas assisté à l'humiliant spectacle qui s'est déroulé sur le Parquet de la Chambre d'Assemblée durant les sessions de ces dernières années, abstraction faite, bien entendu, de celle de 1906, où nous avions un Premier Ministre plus dévoué aux travailleurs de la pensée, plus amoureux des intérêts vitaux de l'humanité, que rivé à sa fortune personnelle.

Nous n'aurions point vu des personnes étrangères à notre profession, et plus étrangères encore aux sentiments de dignité, de respect et de

confiance envers leurs concitoyens, venir attenter, avec une naïve désinvolture, à notre autonomie et nos prérogatives chèrement gagnées. Nous n'aurions point souffert sans protestations indignées que l'incompétence et l'ignorance nous imposât des lois boiteuses et rétrogrades pour servir les intérêts de certaines coteries.

En effet, que diriez-vous d'un boucher qui se permettrait de présenter une loi sur les machines à coudre ? Le père d'une mesure aussi étrange n'aurait même point les honneurs de la discussion n'est-ce pas ? Son incompétence sauterait aux yeux de tout le monde, et le ridicule seul lui saurait gré de sa hardiesse. Amis confrères nous sommes ici en famille, il faut bien l'avouer, tel a été un peu notre cas.

Nous avons eu de ces bouchers députés et ministres qui sous le couvercle de leur influence et de leur patronage de mauvais aloi, ont osé attaquer ce que nos pères en profession avait réussi à édifier au prix des plus grands efforts et de pénibles labeurs. Il me semble que ce régime a trop duré ; aussi j'ose espérer que le travail combiné de nos Congrès et de nos Sociétés Médicales saura y mettre fin.

LA PROFESSION MEDICALE DEVANT LA SOCIÉTÉ

J'aurais voulu développer ici quelques réflexions couchées dans ma mémoire par ci par là, au hasard des circonstances, mais le temps plus que limité qui m'est alloué et les proportions déjà trop grandes de cet entretien, m'obligent à remettre à plus tard cette dernière partie.

Qu'il me soit permis, cependant, de remarquer au milieu du progrès général, ou la lutte pour l'existence, devient de plus en plus âpre et ardue, les membres des différentes lignes d'affaires et de commerce, les métiers les plus divers, voir même les charretiers, les cochers, les barbiers, etc., etc., ont senti le besoin de s'affilier en association, ont compris et cela d'une manière pratique, les avantages d'une solidarité bien assise.

Les médecins en général de cette province ont été les derniers à se former en Société ; et sans vouloir faire de malice, j'ajouterai immédiatement que l'enthousiasme des adhérents n'est pas encore à son paroxysme, et l'apathie des autres, bien regrettable, surtout chez les jeunes, qui débutant dans la carrière, et qui auront plus tard à gémir sur la défectuosité de quelques lois actuelles.

et sur leur protection plus ou moins alléatoire. Sans compter que le bagage scientifique, l'outil professionnel de ces derniers auront en plus à en souffrir. Quiconque n'a point l'ambition louable d'émousser ses connaissances ; d'éprouver, de perfectionner son mode de faire et de penser au contact, au choc des idées et des opinions de ses confrères, est destiné inévitablement à s'échouer sur quelque terre-à-terre routinier.

Je le répète, les dernières couches sociales nous donnent tous les jours l'exemple de la solidarité la mieux comprise. Cet exemple devrait trouver en nous tous des imitateurs, car si nous ayons, il me semble, à un plus haut degré, l'orgueil, la fierté de notre cause, s'en serait fait du Charlatanisme, des Médecines Patentées, et de toutes ces plaies qui font de notre profession en plusieurs endroits un métier et un des moindres.

Messieurs, avant de terminer, je demanderai la permission de vous citer quelques lignes résumées d'un travail lu au dernier congrès des Médecins de Langue Française, tenu à Montréal en 1906. Je disais en parlant de la portée du fameux "Bill Taschereau", des précédents plus que regrettables qu'il pouvait créer, des conséquences presque inévitables qui suivraient l'adoption d'une mesure aussi rétrograde et si pleine de dangers pour la Profession toute entière : Maintenant, je me demande après ce fâcheux événement si nous devons regarder l'avenir avec confiance, avec assurance. Je devrais plutôt me demander avec raison l'anxiété dans l'âme si nous ne sommes point retournés dix années, quinze années en arrière.

Tant que nous n'aurons point trouvé la solution de ce problème épineux, nous donnant une protection plus efficace et pour laquelle tant de lois diverses ont été proposées et mises à l'épreuve, je me fais un devoir de l'affirmer, Monsieur le Président, il ne servira de rien de légiférer, ce sera de l'ergotage pur et simple.

Le Collège des Médecins et les Sociétés Médicales de District devraient se concerter avec les différentes sections du Barreau de la province et poser les bases d'une entente sérieuse, solide, de manière à faciliter la passation de lois véritablement efficaces, et surtout s'assurer d'une manière pratique de leur mise à exécution.

De la sorte, le Barreau par la voix de quelques-uns de ses membres députés ou ministres ne devrait pas en conflit avec la Profession Médi-

cale. Au contraire, il serait tenu sur l'honneur et dans ses plus chers intérêts de rester fidèle aux conventions acceptées et d'entretenir avec nous les relations les plus étroites, les plus amicales et les plus suivies.

Ce sera là de la bonne fraternité, de la protection réciproque, de la véritable solidarité.

Loin de moi la pensée de vouloir tout critiquer et tout blâmer chez le Collège des Médecins, de méconnaître sa raison d'être de voiler son mérite et ses services passés. Bien au contraire, je suis heureux de saisir l'occasion qui m'est offerte en ce moment, pour féliciter chaleureusement le distingué Président de Notre Collège qui dans notre Province et à l'étranger a jeté un si grand éclat, un si beau lustre sur la Profession Médicale Canadienne-Française. Ses travaux, son dévouement, sa science font l'admiration de tous.

Je rendrai hommage avec non moins de gratitude à ces valeureux, à ces courageux de la profession, qui dans le Collège, et delà dans leur Société Médicale respective, s'efforcent d'implanter le culte de nos véritables intérêts.

Je louerai particulièrement la représentant de notre District, qui ne s'est pas contenté dans ce Corps important aussi bien qu'au siège présidentiel de notre Association, de jouer un rôle passif, mais à travailler avec un dévouement peu ordinaire, à faire triompher ses idées et ses opinions. Sa parole aidée puissamment par sa plume alerte et vigoureuse, ont remporté des succès mérités qui lui font le plus grand honneur.

Ce que je voudrais faire accepter aux membres de ce Congrès, ce que je voudrais voir adopter comme principe à une de ces grandes assises médicales est ceci : Comme vous le savez tous, la Chambre Provinciale est composée en grande partie d'avocats, et comme conséquence inévitable, le contrôle de la majorité leur appartient d'emblée.

Dans toute question importante touchant la profession médicale, les Sociétés Médicales de District devraient s'entendre avec les différentes sections du Barreau de cette province et s'assurer d'avance de leur assentiment, de leur adhésion formelle. De la sorte nous ne marcherions pas à une défaite certaine, et l'avocat-député d'un comté qui verrait derrière lui quinze à vingt médecins de ses chauds mandataires et douze à quinze de ses adversaires politiques y regarderait à deux fois avant de donner son vote à une mesure combattue par eux.

Comme il peut s'en rencontrer, qui sont plus préoccupés de leur situation que de leurs principes, ils trouveront là un nouveau moyen de protéger leur manteau de député, qui sied si mal aux gens de cet acabit.

L'expérience nous apprend malheureusement que le Collège des Médecins, considéré comme Corps par un député en session, ne compte pas ou à peu près. Mais la Société Médicale de district et les médecins de chaque comté, mis en éveil par les discussions soulevées dans nos assemblées auront une toute autre influence. Nous obligerons ainsi le député à faire son devoir et tout son devoir ; nous le forcerons à compter avec nous et pour nous ; à reconnaître enfin dans les conseils de la nation, la part sacrée de droits, d'influence et d'honneur qui nous est légitimement due. Nous sommes le nombre, nous pourrions être nos maîtres.

Là est notre salut, là est notre tarif, là est peut-être la légalisation de nos Sociétés Médicales de district, et probablement, notre Bureau Central d'examineurs...

Telle est Messieurs, l'expression vraie d'une pensée modeste apportée à ce troisième monument de la Science Médicale Canadienne-Française.

Puisse-t-elle contribuer à servir les intérêts d'une profession qui m'est chère et que je voudrais voir grandir au soleil bienfaisant de la patrie, comme la plus belle, la plus prospère, la plus unie du Canada Français.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR
LE SÉRUM DE MARMOREK

(Suite)

OBSERVATION I

Madame GR.

Voici l'observation d'une malade qui ne bénéficia pas du tout du sérum.

Lorsque je la vis, le 20 avril 1905, sa température était de 103, son pouls de 156 et sa respiration de 40 à la minute. L'auscultation me révéla une immense caverne du sommet gauche, avec un ramollissement considérable du même poumon et du poumon droit.

La malade toussait constamment, crachait beaucoup, et n'avait aucun appétit, transpirait abondamment la nuit, avait des frissons l'après-

midi et de la diarrhée fréquente. La faiblesse était extrême. Elle toussait environ depuis 7 à 8 mois, et venait de passer l'hiver à Ste Agathe où son état s'était régulièrement et rapidement aggravé.

Huit mois auparavant, les crachats contenaient déjà les bacilles dont ils fourmillaient alors, contenant, en plus, de nombreuses chaînes de streptocoques, et une grande variété d'autres microbes.

La terminaison fatale à brève échéance était certaine, et j'en avertis le mari qui réclamait énergiquement le sérum.

J'obtins de faire examiner le malade par mon excellent confrère le docteur Hervieux, qui confirma mon diagnostic et mon pronostic, et conseilla cependant l'essai du sérum, comme dernière planche de salut.

Je donnai donc six injections de sérum, mais sans aucun effet. La respiration et le pouls devinrent même plus rapides, la température s'éleva encore, et la diarrhée augmenta de fréquence.

Je cessai donc le sérum, et ne revis pas la malade, mais je suis convaincu que la terminaison fatale ne se fit pas longtemps attendre.

Quoiqu'il en soit, et en présence de l'insuccès du sérum dans le cas présent, sans entrer dans des discussions trop longues, je crois pouvoir faire remarquer que nous n'avons pas à combattre ici seulement l'infection tuberculeuse, mais bien des infections multiples, ainsi que le démontra l'analyse des crachats. Ces infections étrangères à la tuberculose, et contre lesquelles le sérum est naturellement impuissant, n'ont-elles pas été la cause principale de la marche particulièrement rapide de l'affection chez cette malade, et de son extrême gravité ? Naturellement, nous n'en savons rien au juste, mais il est permis de le croire. Ce que nous savons, en revanche, c'est que le sérum antituberculeux ne saurait en rien entraver leur évolution.

Mais, en dehors même de ces infections multiples, il faut encore considérer que le poumon n'avait pas été le seul à souffrir, à subir le ramollissement et la destruction de nature tuberculeuse ou autre, et que, sans doute, l'intestin, les reins, le foie, le système nerveux même, étaient gravement atteints. De sorte que la malade profondément intoxiquée, n'offrait plus aucune force de résistance, aucune énergie vitale, au moment où je lui injectai le sérum pour la première fois. Et

il est plus que probable que si, à ce moment, il eût été possible de supprimer d'un coup toutes les infections, de chasser de l'économie tous les bacilles et tous les microbes qui l'infestaient, la malade serait morte quand même, l'intoxication générale étant trop complète, et les dégénérescences organiques trop profondes et multiples.

Ainsi meurt du fait de l'intoxication l'enfant diphtérique malgré le sérum qui améliore ou même guérit les lésions locales. Ainsi meurt l'alcoolique auquel on supprime trop tard l'alcool.

OBSERVATION II

Madame DAN. BR.

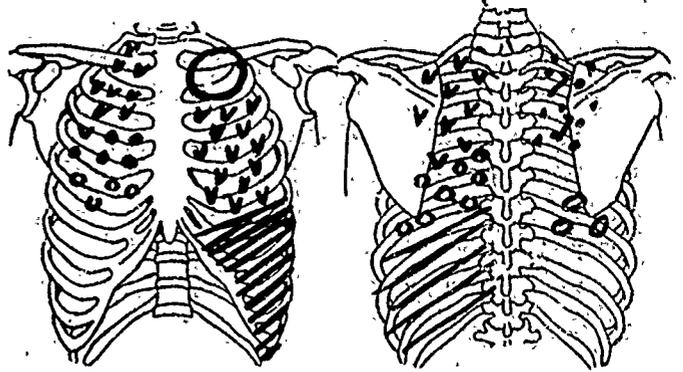
Madame Dan. Br. vint me consulter le 11 mai 1905.

Venue en voiture, elle était épuisée d'avoir monté les quelques marches de mon perron, et je dus la faire reposer avant de pouvoir l'examiner. J'interrogeai sa compagne, en attendant, car elle était trop faible pour être venue seule.

J'appris qu'elle était malade depuis trois ans et demie, environ et que sa maladie avait commencé à la suite d'un accouchement, au cours duquel elle avait été infectée, car elle avait eu des frissons. Quelques semaines plus tard, était survenu un abcès du sein, suivi d'une fistule qui existe et suppure toujours.

C'est peu de temps après que la malade se mit à tousser, à maigrir, et qu'elle eut des hémorragies peu abondantes, mais répétées. Enfin, vers le mois de mai 1903, elle perdit la voix et éprouva des douleurs pendant la déglutition. Ce pourquoi elle se fit examiner et traiter par mon honorable ami le docteur Boulet. Déjà, à cette époque, elle avait beaucoup maigri et commençait à transpirer la nuit. Des troubles de famille, des ennuis d'argent vinrent encore se joindre à toutes ces causes de dépression, et la malade découragée cessa tout traitement et fit un séjour dans les montagnes pendant quelques mois.

Son état ne faisant qu'empirer, elle revint à la ville et me fut adressée par une amie. A l'auscultation je constatai une caverne au sommet gauche, avec un ramollissement s'étendant jusqu'au cinquième espace intercostal. A droite, il y avait aussi du ramollissement assez étendu, ainsi qu'on peut le voir sur la feuille d'auscultation. Température 103, pouls 122, respiration 21.



La malade est complètement aphone, et la déglutition est des plus difficile et des plus pénible, l'alimentation étant ainsi rendue presque impossible. Elle n'a d'ailleurs aucun appétit, elle est d'une extrême faiblesse, transpire la nuit abondamment, au point qu'on doit changer son linge, et elle a de la diarrhée fréquente. Elle tousse beaucoup et l'expectoration est très abondante.

Les crachats, examinés par le docteur Marcil, contenaient beaucoup de bacilles, de chaînettes streptococciques et de microbes divers.

Afin de compléter mon diagnostic, je fis examiner la malade par mon excellent confrère le docteur Duhamel, qui trouva un ulcère du larynx de la grandeur d'une pièce de 25 sous, et beaucoup d'œdème.

La gravité de l'état actuel, la longue durée de la maladie, la multiplicité des infections et la présence d'une grande quantité d'albumine dans les urines ne me laissaient pas grand espoir de réussir avec le sérum.

Il eût fallu, pour que le sérum put être vraiment efficace, en donner de hautes doses, et l'état des reins les contre-indiquait absolument.

Je mis la malade en observation pendant quelques jours, faisant prendre, toutes les deux heures, la température qui oscilla de 96.3 le matin, à 104.1-2 l'après-midi.

Dès lors je n'eus plus aucun espoir de succès, mais comme la malade insistait pour prendre les injections, je les essayai quand même. Elle les supporta très mal. Les moindres doses provoquèrent des érythèmes douloureux, inflammatoires, et firent encore monter la température qui atteignit 105.1-2 les soirs d'injections, qui ne purent être répétées que tous les quatre ou cinq jours.

Cependant, après trois semaines, le poumon semblait se dégager un peu, et la déglutition était

plus facile. Si la température atteignait tous les jours 103 ou 103.1-2 le soir, elle ne descendait pas plus bas que 98 le matin.

A l'examen, le docteur Duhamel constata une amélioration réelle, mais peu considérable. La malade reprenait espoir. Mais de nouveaux chagrins domestiques et de plus graves embarras d'argent vinrent lui enlever tout courage. Elle fut trois semaines sans prendre une injection, et quand je la revis, elle était au lit, épuisée, pouvant à peine boire quelques gorgées de lait. Je repris les injections, qu'elle supporta plus mal encore que la première fois. Une injection de quatre centimètres provoqua, le lendemain, un œdème généralisé, qui persista plusieurs jours. J'abandonnai donc un traitement qu'il m'était d'ailleurs impossible de faire et la malade mourut un mois plus tard, c'est-à-dire quatre mois après m'être venue consulter.

Les causes de l'inefficacité du sérum dans ce cas sont faciles à comprendre, et ne demandent pas qu'on s'y arrête longtemps. L'état des reins ne permit d'employer que des doses de un à deux centimètres de sérum, là où il eut fallu en injecter dix ou quinze pour avoir chance de réussir, et tous les deux jours, au lieu de tous les quatre ou cinq jours, ainsi que je fus forcé de le faire.

Le cas était d'ailleurs mauvais à l'extrême, et eut sans doute résisté aux plus fortes doses de sérum, en raison des infections multiples sur lesquelles il n'aurait eu aucune influence, de la profonde intoxication de tout l'organisme, et même des chagrins qui enlevaient à la malade, déjà si affaiblie, toute force de résistance.

OBSERVATION III

Delle ROSA B.

Autre exemple démontrant que l'intoxication et l'infection sont choses différentes, et que s'il est possible de lutter contre le développement du microbe, et même de l'enrayer, on n'a plus la même puissance pour réparer les dégénérescences organiques et nerveuses produites par la longue action des toxines microbiennes ou autres.

Mademoiselle Rosa B. m'arriva le 22 avril 1905, porteuse de deux cavernes, une petite à droite, une grande à gauche, entourées toutes deux d'une forte zone de ramollissement. La température 102.4-5, le pouls 132, respiration 27.

La malade, âgée de 24 ans, obligée de travail-

ler pour vivre, avait subi, de ce fait, de fortes privations. Courageuse, elle avait travaillé jusqu'à ces derniers jours, et ce n'est que devant l'extrême faiblesse qu'elle venait réclamer assistance.

Les crachats, abondants et épais, étaient remplis de bacilles et de streptocoques, sans compter une infinité d'autres microbes.

La malade avait une hérédité très chargée, son père, sa mère, et cinq oncles étant morts de tuberculose. Elle-même ne toussait que depuis 7 mois. C'était donc une tuberculose à évolution particulièrement rapide.

Rien ne manquait au tableau : inappétence absolue, toux fréquente, fatigante, amaigrissement considérable, diarrhée et sueurs profuses la nuit.

La première série parut améliorer un peu la malade. La température qui montait à 104, n'atteignit plus que 102.1-2 ou 103. Le poumon sembla se dégager, mais le pouls et la respiration ne furent pas sensiblement modifiés.

Cette trêve ne fut d'ailleurs pas de longue durée.

Dès la seconde série, il fut facile de comprendre que le sérum serait impuissant à améliorer la malade. Mais comme elle était pauvre, et les réclamait instamment, je continuai les injections qui eurent tout au moins un effet moral, et mon excellent ami le docteur Marcié eut le dévouement de me remplacer auprès de la malade, pendant mes vacances.

Sauf à de très rares exceptions, la malade supporta très bien le sérum, et reçut environ soixante injections. A deux ou trois reprises, elle souffrit de douleurs articulaires dans les poignets et une fois dans la région sacrée.

La malade mourut vers les premiers jours de septembre.

OBSERVATION IV

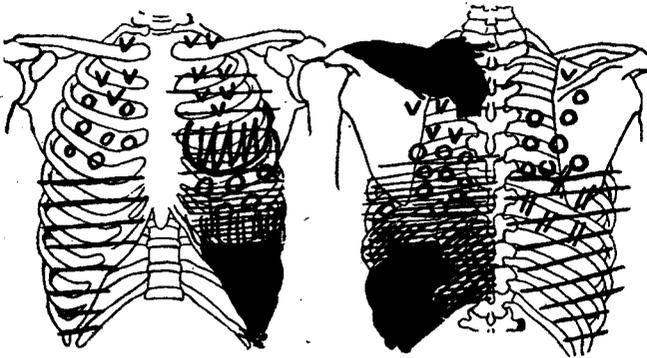
EDMOND GAL.

L'histoire de ce malade est des plus intéressante, à plusieurs points de vue, ainsi que vous le verrez dans cette courte observation.

Il m'arriva le 9 mars 1905, porteur d'une immense caverne du poumon gauche, et d'un ramollissement fort étendu du poumon droit, ainsi qu'on peut le constater sur la feuille d'auscultation, No 1. — De plus, la respiration était à peu près silencieuse dans la moitié inférieure du pou-

mon gauche, et très faible dans la même partie du poumon droit.

L'état général était des plus mauvais. Le malade était d'une telle faiblesse qu'il pouvait à peine se tenir debout une minute, tout courbé, et qu'il passait la journée au lit, ou dans un fauteuil de malade. La toux était fréquente, et l'expectoration des vingt-quatre heures pesait de 8 à 10 onces, formée de gros crachats jaunes verts, pesants, dans lesquels fourmillaient les bacilles.



Le malade était d'une maigreur que j'ai rarement rencontrée, n'avait aucun appétit, et vomissait souvent ce qu'il parvenait à manger. Il avait de la diarrhée plusieurs fois par jour, et transpirait la nuit, abondamment, et depuis plusieurs mois.

La température oscillait entre 97 le matin, et 101 le soir, le pouls variant de 100 à 120, et la respiration de 25 à 30.

Le malade était si faible qu'à peine on l'entendait parler.

Son état semblait si désespéré, sa fin si prochaine, que j'hésitais à lui donner le sérum.

C'était le moment où la Société Médicale de Montréal venait de former une commission pour étudier la valeur du sérum.

Je fis examiner le malade par mes honorables confrères les docteurs Hervieux, Cléroux, Daigle et LeSage, qui faisaient partie de cette commission.

Messieurs les docteurs Hervieux et Cléroux reconnurent le cas absolument désespéré, et portèrent un pronostic fatal à brève échéance. Ils jugèrent, en toute sincérité, qu'il serait injuste de faire entrer un tel malade en ligne de compte, et que si le sérum ne produisait pas une impossible amélioration, on ne saurait en justice en conclure à son inefficacité.

Ils examinèrent le malade le 21 mars, alors qu'il avait eu déjà six injections de sérum de

Marmorek, et que l'état local commençait déjà à s'améliorer, les gargouillements ayant beaucoup diminué, et le poumon droit étant déjà un peu débarrassé.

Je pris bonne note de leur opinion et je continuai courageusement les injections, que le malade supporta très bien du reste.

Or, le 25 mars, la température reste normale toute la journée, et le malade mange le soir un assez gros morceau de steak saignant. Il s'est senti très bien toute la journée, a fait une marche d'une demi-heure le matin, et d'une heure l'après-midi, sans être trop fatigué.

Il a engraisé d'une manière notable. Le 10 mars il pesait 108 livres. Le 17 mars 110 livres, le 25 mars 113 1-2 livres.

En revanche l'expectoration qui, les premiers jours, était de 300 à 360 grammes, est descendue à 56 grammes le 26 mars.

Ainsi l'état général et local se sont améliorés. A partir de ce jour la température varie de 98 le matin, à 100 dans l'après-midi, sauf quand un érythème douloureux la fait monter à 101 pour une heure ou deux.

Le malade continue à s'améliorer, à manger avec appétit, et à engraisser. Sur la feuille d'observation, je vois que le 1er avril l'expectoration des 24 heures a pesé 25 grammes.

Le 7 avril, à peu près un mois après le commencement du traitement, le malade pèse 117 livres. Il mange toujours bien, et dort de même, ses crachats des 24 heures ont pesé 36 grammes. Il se promène sans fatigue, une heure matin et après-midi. Depuis le 3 avril la température varie entre 98 et 99.

De temps en temps survient une selle en diarrhée, vers les 4 ou 5 heures du matin. A part cela la digestion se fait très bien.

Le 17 avril, les crachats sont de 17 grammes en 24 heures. Le malade va toujours très bien. Il passe l'après-midi dehors tous les jours.

Le 21 avril, je recommence les injections de sérum, discontinuées depuis le 31 mars.

J'emploie alors un sérum reçu récemment, que les malades supportent assez mal, en général, et qui cause à celui-ci, en particulier, des érythèmes douloureux et fréquents, presque à chaque injection, et faisant un peu monter la température. Les crachats qui étaient tombés à 15 grammes par 24 heures, sont remontés à 30 et parfois même à 45 grammes. Cependant le malade dort et mange bien, sauf le soir de l'injec-

tion, suivie d'une certaine inappétence et même d'un léger mal de cœur.

Le malade remarque la différence dans l'effet des injections, et s'informe si l'emploi toujours le même sérum. Cependant il continue à augmenter de poids, et le 6 mai, avec des habits plus légers, il pèse 117 1-2 livres.

Le 8 mai, la dixième injection de la deuxième série cause une congestion généralisée très intense, accompagnée de mal de cœur et de diarrhée, ainsi que de douleurs sacrées très vives. Le malade en est très effrayé, car, pendant cinq minutes, il "manque d'air", et n'a pas la sensation de respirer.

Cependant le pouls est régulier, ne dépasse pas cent, et l'auscultation fait entendre des râles sonores et sous crépitants, qui rappellent tout à fait une crise d'asthme.

La température, normale à midi, au moment de l'injection, était de 102 à 2 heures, de 99-1-2 à deux heures et demie, et redevint normale pour le reste de la journée.

Le soir le malade mange très bien, et continue à se bien porter les jours suivants, avec une température de 98-99.

Il quitte l'hôpital le 10 mai, deux mois après son entrée, pesant 118 livres. Il veut passer quelque temps à Montréal, pour visiter la ville avant de retourner chez lui.

Le 10 mai l'amélioration persistait. Le malade pesait 119-3-4, toussait peu, mangeait beaucoup, n'avait plus de transpiration, montait gaillardement les deux étages de sa chambre, où vinrent le révoir et l'ausculer mes honorables confrères les Drs Hervieux et Cléroux. Le poumon droit était complètement dégagé, et on y entendait une respiration supplémentaire, un peu rude, à expiration un peu prolongée, et quelques petits râles sibilants.

Le poumon gauche n'avait pas moins bénéficié du traitement, mais il restait avec ses lésions, ses pertes de substance. Cependant, au niveau de la caverne, si on entendait encore des craquements, il n'y avait plus de gargouillements. La respiration était absolument silencieuse dans la fosse sus-épineuse avec une matité complète, mais elle s'entendait beaucoup mieux dans le reste du poumon, avec des râles muqueux en avant, et sonores en arrière.

J'ai dit que cette observation était intéressante à plusieurs points de vue, et je le répète.

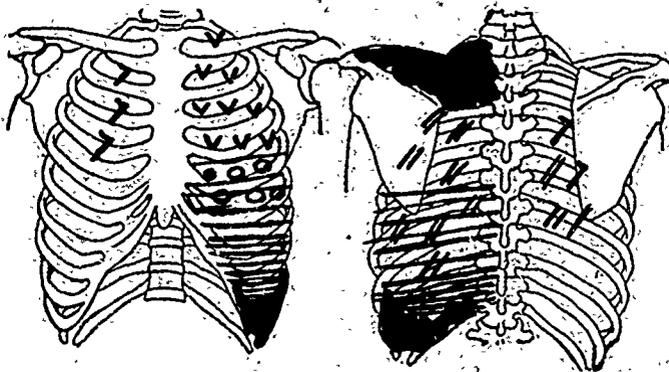
D'abord par la manière dont débuta cette phthisie, évidemment contractée par par le malade en soignant pendant des mois sa femme morte de phthisie à évolution rapide, (huit mois environ). Le malade qui se sentait moins bien déjà, depuis une fièvre typhoïde subie quelques années auparavant, eut beaucoup de fatigue pendant la maladie de sa femme, et beaucoup de chagrin après sa mort. Il avait alors 24 ans, et c'était environ 14 mois avant son entrée à l'hôpital.

Après cette mort, il fut environ deux mois triste, abattu, sans goût au travail et sans appétit. Brusquement, sans avoir toussé, survint une hémorrhagie assez abondante qui l'effraya beaucoup. Dès lors, il se mit au repos complet, conseillé par le médecin. Un mois après la première, survint une seconde hémorrhagie, beaucoup plus forte, évaluée à 8 onces, c'est-à-dire à 250 grammes environ. Ce fut la dernière.

Vers le milieu de mars 1904, un an avant de me venir consulter, il se mit à tousser beaucoup, sans presque cracher. Il n'avait plus d'appétit et maigrissait rapidement.

C'est en juillet 1904 qu'il se mit à transpirer la nuit, et de plus en plus abondamment, ce qui le laissait très fatigué le matin. Dans l'après-midi, il était frileux, et, pendant l'hiver, il restait tout près du poêle.

La tuberculose avait donc évolué rapidement, puisqu'elle avait produit en douze mois une caverne considérable et un véritable état cachectique. Etant donné cette rapidité d'évolution, et cette cachexie avancée, il était plus que probable que la terminaison fatale serait assez rapprochée. Surtout si l'on considère que ce malade, élevé à la campagne, ayant toujours vécu au grand air, venait par surcroît s'enfermer dans un hôpital, milieu si défavorable pour tous les malades, surtout pour ceux de la campagne.



Avec le sérum et en dépit de ces conditions.

défavorables, l'évolution de la maladie fut enrayée, et une amélioration incroyable se produisit rapidement et régulièrement, tant que le malade fut en traitement, et malgré l'emploi d'un second sérum, sûrement différent du premier, très irritant, et moins actif, ainsi que le démontre très clairement la feuille de température.

Cette amélioration se continua même de longs mois après le départ du malade, qui m'écrivit encore le mois de septembre dernier, qu'il se portait toujours comme lors de son retour, et n'avait pris ni médicaments ni sérum, ce que je regrette beaucoup. Je lui avais en effet demandé de voir son médecin, de me mettre en communication avec lui, afin de pouvoir reprendre les injections après un certain temps de repos. Il n'en fit rien, sans doute effrayé par la congestion survenue lors de sa dernière injection. Et je me demande ce que nous aurions obtenu en continuant le sérum dans de bonnes conditions, le malade rendu à la campagne. La caverne déjà asséchée, se serait peut-être tout à fait cicatrisée; le poumon gauche, à l'exemple du poumon droit, se serait peut-être complètement dégagé. L'étonnante amélioration, obtenue contre toute attente, et en si peu de temps, permettait, en effet, de tout espérer. Cependant ce sont là des hypothèses qu'on peut énoncer mais dont on ne saurait augurer. Les faits, tels qu'observés, me semblent d'ailleurs largement suffisants pour démontrer, même en l'absence de guérison, la puissante action antituberculeuse du sérum de Marmorek.

Le malade est mort le 2 mars 1906.

RAPPORT SUR L'HYGIENE INFANTILE

(Par M. le Dr Hervieux)

Hygiène infantile—Rapport divisé en 3 parties.

- I.—Hygiène de l'enfant, par la mère, pendant sa vie intra-utérine.
- II.—Hygiène du nourrisson.
- III.—Hygiène de l'enfant jusqu'à sa vie scolaire.

CONCLUSIONS

10.—Le meilleur moyen d'augmenter la population, ce n'est pas tant d'augmenter la natalité qui est très élevée au Canada, mais c'est de réduire la mortalité des enfants.

20.—Plus les enfants sont forts et bien constitués à la naissance et plus ils ont de chances d'échapper à la mortalité si lourde de la première année de l'existence.

30 Il est possible de modifier favorablement

par l'hygiène, le développement de l'enfant dans le sein de sa mère.

40.—Le médecin a le devoir absolu de ne pas répondre légèrement à la femme qui vient lui demander des conseils au début de sa grossesse. Il doit chaque fois, que l'occasion s'en présente, prendre la direction hygiénique de la femme enceinte.

50.—Les prescriptions d'hygiène ne doivent pas seulement tendre à faire disparaître les malaises de la gestation et à préparer un accouchement heureux, mais elles doivent de plus favoriser le parfait développement du fœtus.

60.—Les débilités de naissance, abstraction faite de la faiblesse constitutionnelle ou des maladies des procréateurs, sont règle générale, le fait d'accouchements avant terme.



80.—L'ophtalmie des nouveaux-nés est une affection qui ne doit pas exister. Il est facile à tout médecin-accoucheur de prévenir son apparition. Celui qui néglige ces pratiques simples de prophylaxie est criminellement responsable des infirmités qui peuvent en résulter.

90.—Les règles générales d'hygiène s'appliquent à l'habitation, (chaleur, lumière, ventilation, etc), à la personne, (bains, vêtements, etc); sont aussi nécessaires à la croissance du nouveau-né qu'à la santé de l'adulte.

100.—L'enfant doit être nourri au sein de la mère.

110.—La mère qui ne peut pas allaiter son enfant doit au moins le garder avec elle. Il ne pourrait y avoir qu'une exception à cette règle absolue, c'est celle de la tuberculose ouverte chez la mère.

120.—Le lait de vache de bonne qualité, pur ou coupé, et stérilisé d'après la méthode de Soxhlet, moins les bouchons en caoutchouc, constitue le meilleur mode d'alimentation artificielle du nourrisson à condition que ce lait ainsi stérilisé soit pris dans les deux ou trois jours qui suivent sa stérilisation.

130.—L'établissement des "gouttes de lait" est le meilleur moyen connu de conserver la santé et la vie des bébés dans les classes pauvres des villes.

140.—Le lait maternisé, stérilisé peut dans certains cas devenir le meilleur aliment du nourrisson.

150.—Le dosage du lait et la régularité des repas sont de toute première importance.

160.—Le sevrage, période de transition doit être mené avec une très grande prudence.



170.—Les surmenages physiques sont très fréquents chez les jeunes enfants et les exposent aux infections en affaiblissant leur résistance.

180.—Les maladies contagieuses de l'enfance peuvent être évitées dans la plupart des cas et ce

sont les grandes personnes qui presque toujours transportent ces maladies.

19o.—Les repas trop volumineux sont les fautes de diète les plus communes de cette période de la vie de l'enfant (2 à 7 ans).

20o.—L'enfant n'ayant pas le jugement formé, ses jeux et sa diète doivent être l'objet d'une surveillance attentive et intelligente de la part des parents.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Association Médico-Chirurgicale

Du District de Joliette

(11 Juin 1906)

Présence :—MM. J. J. Shepperd, J. C. Bernard, G. Desrosiers, S. Martineau, A. Bonin, L. F. Beauchamp, J. A. Magnan, J. E. Paquin, J. A. Paquet, J. Poirier, Téléphore Morin, Joseph Lippé, J. Marion, J. P. Laporte, V. P. Lavallée, J. A. Barolet, Adhémar Magnan, Albert Laurendeau, A. Désy, S. Martineau, E.E.M.

MM. les Drs J. A. Paquet, de Ste-Elizabeth, Téléphore Morin, St-Lin, et V. P. Lavallée de St-Félix de Valois sont admis membres de l'Association.

La commission, Re-Charlatans, fait rapport.

Qu'une action judiciaire a été intentée contre un charlatan nommé Dupuis de Joliette, et que cette action est rapportable aujourd'hui.

De plus la commission croit pouvoir recommander trois autres poursuites judiciaires dont l'une contre un nommé Joseph Farley de St-Gabriel de Brandon et les deux autres contre le récidiviste Mirault.

L'association approuve cette décision de la commission Re-Charlatans.

Le secrétaire présente à l'association une brochure contenant les divers rapports des questions soumises à l'étude, au "Congrès pour la répression de l'exercice illégale de la médecine", tenu à Paris durant les derniers jours de mai 1906.

Le secrétaire donne communication des résolutions adoptées par les sociétés médicales de Beauce, de Chicoutimi, et Lac St-Jean, au sujet des examens pour compagnies d'assurance et sociétés de secours mutuels.

M. le secrétaire déclare qu'il est heureux de constater que actuellement neuf associations dans la province concourent dans le mouvement inauguré par notre société. Il dit aussi qu'il se propose de porter cette question devant le prochain Congrès des médecins de Langue Française à Trois-Rivières, ainsi qu'à la réunion du Bureau des Gouverneurs au 4 juillet prochain.

M. le Dr Bernard dit que un nommé Simpson prétendant représenter toutes les compagnies d'assurance sur la vie est venu le rencontrer à Joliette, et lui offrir \$4.00 chaque examen, à la condition qu'il s'engage à faire tous les examens de la ville de Joliette ou du district. Dans ces conditions, M. le Dr Bernard refusa péremptoirement. Après quelque discussion, tous les membres présents s'engagent sur leur honneur à ne faire aucun examen médical pour aucune compagnie d'assurance à moins de \$5.00 chacun, et pour aucune société de secours mutuel à moins de \$2.00.

Le secrétaire donne communication des propositions adoptées par la société médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean, au sujet d'un projet de loi actuellement devant la Chambre des Communes, pour régler la fabrication et la vente des médecines brevetées.

Au reçu de ces propositions, le secrétaire a envoyé la lettre suivante à MM. Charlemagne Laurier, A. Dubeau, F. O. Dugas, J. E. Arhambault, lesquels représentent les quatre comtés du district de Joliette au Parlement Fédéral :

Mon cher Monsieur,

Il y a actuellement devant la Chambre des Communes un projet de loi tendant à régler les médecines brevetées. Nous croyons que dans l'intérêt du public, de même que dans l'intérêt de la profession médicale, toute préparation médicinale devrait porter à sa face les éléments qu'elle contient, ainsi que la quantité de chaque ingrédient élémentaire; comme cela se fait en France et dans d'autres pays où les gouvernements ont le souci de protéger leurs administrés.

Nous faisons cette démarche au nom de l'Association Chirurgicale du district de Joliette, après avoir consulté M. le président et bon nombre de nos confrères les plus influents de l'Association, dont nous vous enverrons l'expression officielle à la prochaine réunion régulière.

Nous vous supplions donc de vouloir supporter toute mesure aux fins exprimées plus haut.

Veuillez nous croire,

Vos tout dévoués,

ALBERT LAURENDEAU,

Secr. Trésorier.

Seul M. le député F. O. Dugas a répondu comme suit :

M. le Dr A. Laurendeau,

St-Gabriel de Brandon,

Mon cher Monsieur,

En réponse à votre lettre du 31 dernier, (mars 1906), je suis heureux de pouvoir vous dire que j'approuve de tout cœur le bill tendant à régler

menter les médecines brevetées. Il y a déjà longtemps que je désirais l'adoption d'une loi à cet effet. Je crois que ce serait à l'avantage de tout le monde de savoir la quantité des ingrédients qui entrent dans la composition des médecines. Les médecins eux-mêmes en profiteraient peut-être, car des médecines brevetées il doit y en avoir d'excellentes, et les médecins avant de s'en servir n'auraient pas à en faire l'expérience, quel que fois au détriment de leurs patients; et les inventeurs y gagneraient eux-mêmes, si leur produit ont de la valeur par la consommation qu'en feraient les médecins.

Votre tout dévoué,

F. O. DUGAS,

Tous les membres de l'Association concourent dans les vues exprimées par M. le député F. O. Dugas; et sur proposition de M. le Dr. G. Desrosiers de St-Félix de Valois, secondé par M. le Dr Beauchamp, Ste-Emélie de l'Energie, un vote de remerciements et de félicitations est unanimement adopté en faveur de M. F. O. Dugas, au sujet de l'expression d'opinion manifesté dans sa lettre à M. le secrétaire de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette; et que copie de cette résolution soit envoyée à M. le député F. O. Dugas.

Les proposeurs et secondeurs de cette motion croient que seules, les occupations des autres députés de notre district, les ont empêchés de répondre au secrétaire de l'Association, et ne doutent pas que leurs opinions soient conformes à celles de M. le député de Montcalm, sur cette question d'ordre et d'intérêt publics.

Considérant: qu'il est de l'intérêt de la profession médicale et de tout le public en général, que la formule de toute médecine brevetée soit inscrite à la face de son contenant;

Considérant que la Chambre des Communes est actuellement saisie de cette question, et qu'un projet de loi, réglementant les médecines brevetées est soumis à la députation;

Considérant que le département du revenu de l'intérieur a fait faire un rapport au sujet de ce bill par une commission dont le rapporteur était M. le Dr DuBergier, de Waterloo, laquelle commission s'est déclarée favorable au maintien du système actuel, quant au secret de la formule.

Il est proposé par le Dr G. Desrosiers, secondé par le Dr Beauchamp, que l'Association désapprouve les conclusions du rapport de M. le Dr DuBergier. Et que copie de cette résolution soit envoyée à chacun des députés du district de Joliette ainsi qu'au gouvernement d'Ottawa.

Adopté unanimement.

M. les Docteurs Lippé, Bonin, Bernard et La porte sont nommés délégués officiels de l'Association auprès du Congrès des médecins de Langue française, qui se tiend. à Trois-Rivières les 26, 27, et 28 courant.

Proposé par M. le Dr Martineau, secondé par M. le Dr Desrosiers. que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette reconnait que le nombre des Gouverneurs du Collège, des médecins et chirurgiens de la province de Québec pourrait être réduit. Mais elle considère et recommande que la représentation de la profession médicale dans le Bureau des Gouverneurs soit mieux répartie qu'elle ne l'est maintenant, et que pour le moment, ce serait le point le plus important à régler. Et l'acte médicale devrait être amendé en ce sens.

Que copie de cette résolution soit transmise au Bureau des Gouverneurs.—Adopté.

Le Dr Laurendeau donne lecture d'un travail sur: "l'emploi de la scopolamine dans l'éclampsie". Le conférencier a fait usage de la scopolamine contre les convulsions éclamptiques, et recommande la technique suivante: "Dès que vous serez appelé auprès d'une éclamptique, donnez une injection hypodermique de 1-50 de gr. de scopolamine, associé à 1-5 de gr. de morphine, immédiatement suivie d'une autre injection de 15 gouttes d'extrait fluide de veratrum viride. Faites ces deux piqûres dans la cuisse et intramusculaire. Ne renouvelez pas ces injections avant une heure et demie; mais si durant ce laps de temps ou plus tard les crises convulsives se répètent, renouvelez les piqûres aux mêmes doses. Enfin une heure et demie après ces secondes injections, si les crises n'étaient pas jugulées, je réitérerais la piqûre de scopolamine morphine et j'injecterais cette fois 10 gouttes de veratrum viride; ce qui donc formerait un total de 3-50 de gr. de scopolamine, 3-5 de gr. de morphine et 40 gouttes de veratrum; je n'oserais pas dépasser ces doses dans l'affection qui nous occupe. Vu que ce traitement est absolument nouveau, et n'est indiqué par aucun accoucheur, je demanderais aux membres de l'Association de vouloir bien l'expérimenter à la première occasion et d'en faire rapport à notre Association; car j'ai une foi absolue dans la valeur de ce traitement nouveau mais rationnel."

Monsieur le Dr G. N. Valin de Montréal fera une conférence à notre prochaine réunion (10 septembre) sur la diététique. A ce sujet M. le secrétaire prend la parole et dit: "Je n'ai pas besoin de faire l'éloge de M. Valin. J'espère que sa communication attirera tous ceux qui sont anxieux de suivre les progrès de la science médicale. Au reste le sujet que le conférencier a choisi est d'intérêt général, pour le médecin de la campagne comme pour le médecin de la ville, pour le spécialiste, pour le chirurgien comme pour le médecin, puisque toutes les maladies, toutes les affections sont justiciables de la diététique. Je suis donc convaincu que chacun de nous y trouvera son compte, par l'intérêt que le conférencier sait donner aux sujets qu'il traite, et par les notions hygiéniques que nous pourrions y acquérir."

Et la séance est ajournée au 10 septembre prochain à 1 heure après-midi, à l'hôtel Commercial, Joliette.

ALBERT LAURENDEAU.

Sec.-Trésorier.

— ❖ —

35ième Congrès de la Société Allemande de Chirurgie

Berlin, Avril 1906.—M. Kronig expose les résultats de 200 cas de Narcose mixte par combinaison de la scopolamine-morphine avec la rachi-stovainisation.

Malgré les progrès de la rachi-stovainisation, cette méthode ne s'est pas généralisée parce que les malades sont trop désagréablement impressionnés par tout l'appareil instrumental et que, même s'ils ne sentent rien, il leur est généralement pénible de se voir opérer. Aussi Kronig a-t-il songé à combiner avec la rachi-stovainisation l'obnubilation par la scopolamine qu'il avait déjà employée avec succès dans 600 cas d'accouchements, pour éviter aux parturientes le "souvenir des douleurs."

Dans 160 laparatomies, il a employé sa nouvelle méthode avec d'excellents résultats.

Deux heures avant l'opération, il injecte 0 gr. 0003 de scopolamine plus 1 centigramme de morphine de rachistovaine. Il est bon de faciliter l'effet de l'injection hypodermique de scopolamine, en bouchant les oreilles du malade et en lui mettant des lunettes noires pour éviter le réveil par les impressions extérieures.

Les avantages de cette méthode d'anesthésie sont, d'après Kronig, les suivants : 1o les malades sont dans un état de somnolence profonde;

2o après l'opération, ils ne se souviennent de rien ;

3o il se produit rarement des vomissements post opératoires : 6 fois seulement sur 160 cas ;

4o les malades peuvent être alimentés dès le 1er jour ;

5o ils peuvent se lever dès le 2e, 6e jour après la laparatomie, ce qui évite les thromboses et les embolies (200 cas).

Comme inconvénient, Kronig signale seulement 12 cas de céphalalgie dont 4 très violents survenus six jours après l'opération et qui durèrent deux à trois jours malgré l'emploi de différents anti-migraïneux. Il a constaté un décès chez une femme de soixante-cinq ans, cachectique, opérée pour un cancer utérin presque inopérable ; l'opération dura une heure et demie, et à l'autopsie montra une myocardite grave.

" La Presse Médicale."

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

11 Avril 1906.— Sur l'anesthésie par la scopolamine-morphine associée au chloroforme. — M. Jalaguier a employé dans 21 cas ce mode d'anesthésie en utilisant la technique de Walther : injection sous-cutanée d'un mélange de 1 milligr. de scopolamine et de 1 centigr. de morphine pratiquée 1 heure avant la chloroformisation. Il déclare s'associer absolument aux conclusions de M. Walther relativement aux avantages de cette nouvelle méthode de narcose : suppression de l'angoisse préopératoire qui frappe tant de malades, suppression de la période d'agitation qui marque le début de toute chloroformisation, réduction considérable de la quantité de chloroforme nécessaire pour produire et entretenir l'anesthésie, régularisation du pouls et de la respiration qui restent calmes pendant toute la durée de la narcose, suppression ou du moins diminution considérable des vomissements au cours de l'opération, suppression enfin des douleurs post-opératoires pendant plusieurs heures. — Par contre, M. Jalaguier ne croit pas avoir remarqué que les vomissements post-anesthésiques fussent moins fréquents après l'emploi de la scopolamine-morphine qu'après la chloroformisation ordinaire : ils sont seulement retardés de quelques heures.

—M. Segond insiste, au contraire, sur ce fait— signalé déjà par lui dans l'avant-dernière séance, que les vomissements post-anesthésiques ont été diminués et atténués considérablement chez toutes les malades qu'il a opérées sous la narcose par la scopolamine-morphine associée au chloroforme.

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE LA GALE (Bourguignon)

Essence de lavande... ..	
Essence de menthe	
Essence de cannelle... ..	ââ 2 gr.
Essence de girofle... ..	
Gomme adragante... ..	4 gr.
Carbonate de potasse... ..	30 gr.
Fleur de soufre... ..	90 gr.
Glycérine... ..	190 gr.

En frictions.

NOUVELLES

Les Drs Triboulet et Proust sont repartis la semaine dernière pour Paris, en nous priant encore de transmettre à tous, leurs remerciements sincères pour l'accueil si bienveillant qui leur a été réservé, ici, et dont ils ont été si profondément touchés.

Le Dr Loir, chargé d'une mission par le gouvernement d'Ottawa, restera au milieu de nous jusqu'au mois de janvier ou février 1907.

N. D. L. R.

Retrécissement du Rectum post opératoire

(Par le Dr F. Moñod, ancien interne lauréat des
hôpitaux de Paris). (1)

Messieurs,

Je tiens à associer étroitement le nom de mon ami et confrère le Dr François de Martigny, à la communication que j'ai l'honneur de vous faire. Appelé par lui en consultation, auprès du malade dont je vais vous lire l'histoire, il a voulu ensuite me laisser le privilège de l'opérer avec son assistance à mon hôpital privé ; mais c'est bien à lui que revient, comme vous le voyez vous même, tout le mérite du résultat obtenu.

Au mois de juin 1905, il y a donc exactement un an, M. B. se confiait aux mains d'un chirurgien anglais de l'hôpital Victoria à Montréal, pour une tumeur de la région ano-rectale dont il souffrait depuis quelque temps. Une opération fut proposée et adoptée, et d'après les renseignements que j'ai pu obtenir, l'ablation de la partie malade fut suivie d'un abaissement de la muqueuse rectale avec suture à la peau de l'anus. L'examen de la pièce, faite au laboratoire de l'hôpital Victoria, démontra qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. Il est probable que la réunion ne se fit pas par première intention, car le malade au bout d'un mois, quittait l'hôpital ayant encore nous dit-il une ulcération. Rentré chez lui, et dans le but de guérir cette ulcération, qui le faisait souffrir, il eut recours à une médication de quaker, qu'il s'injectait dans l'anus. Quel fut ce liquide, je l'ignore, mais il devait être caustique, car il semble bien que c'est à la suite de son emploi que la région ano-rectale, 6 mois après l'intervention, commença à montrer les premiers signes de retrécissement. Au bout de 2 mois, il lui était presque impossible d'aller à la selle, il s'affaiblissait, maigrissait, cessait tout travail, et finalement venait à Montréal consulter un chirurgien. Celui-ci après examen, proposa un débridement suivi de dilatation ; le débridement fut pratiqué à l'aide d'un bistouri boutonné, et fut suivi de plusieurs séances de dilatation par la méthode des bougies ; le résultat obtenu fut mauvais, outre les douleurs atroces que causait au

malade chaque séance, ou plutôt chaque tentative de dilatation le retrécissement se maintenait plus serré que jamais, chaque selle était une véritable torture, et une suppuration infecte venait compliquer la situation, au point que le malheureux était obligé de se garnir comme une femme. L'état général devenait de plus en plus mauvais, on proposa au malade la création d'un anus iliaque ; ce fut dans ces conditions qu'il eut la bonne fortune de rencontrer de Martigny, qui le conduisit à mon hôpital privé. L'examen de la région ano-rectale, bien que très douloureux, nous permit de reconnaître d'une part, l'existence d'une orifice excessivement étroit, mais par lequel une sonde molle arrivait à pénétrer dans le rectum, et d'autre part l'existence d'une véritable fausse route, dans laquelle l'index pénétrait assez facilement, et qui était le siège d'une abondante suppuration d'odeur infecte, il était évident qu'il y avait communication entre cette fausse route et le rectum, sans qu'il nous fut possible d'en localiser le siège ni la grandeur. Malgré les deux interventions le sphincter n'était pas complètement détruit, et le retrécissement semblait siéger au-dessus de lui. Le cas n'était pas encourageant, l'infection de la région ano-rectale, l'impossibilité absolue de savoir ce qu'il y avait derrière ce retrécissement, voir même d'en reconnaître l'étendue, la certitude que la lésion primitive était de nature maligne, assombrissaient considérablement la situation, et j'aurais peut-être hésité à tenter l'aventure sans l'appui de de Martigny. Ce fut en vain que pendant une semaine, nous tentâmes de préparer notre malade ; régime absolument liquide, lavements, purgatifs, rien n'y fit, nous ne pûmes vider l'intestin, et les pansements les plus muticuleux n'arrivèrent pas à diminuer même l'infection de la région opératoire.

Ce fut dans ces conditions que le malade fut endormi par les soins de notre excellent confrère et ami le Dr Marcil. L'opération en elle-même fut assez simple bien que rendue très pénible par la résistance du tissu fibreux, et cicatriciel développé autour du retrécissement, mais nous réussîmes à enlever en masse, le retrécissement et la fausse route ; il fut un peu difficile d'abaisser la muqueuse, et il fut nécessaire de débrider la peau. Nous étions bien un peu inquiets sur le résultat immédiat, et étant donné l'état local avant l'o-

(1) Communication lue au Congrès de Trois-Rivières

pération, vous ne serez pas étonné d'apprendre que plus d'un fil ait lâché, cependant la muqueuse tint bon, et le résultat immédiat fut satisfaisant, bien que la continence ne fut que très partielle, mais je m'attendais à pire.

Je viens de recevoir de notre malade la lettre suivante : " Je suis très bien, me dit-il, ai pris de la force, et ai engraisé de 28 livres, je ne m'aperçois pas que ça se retrecisse, le doigt pénétre facilement, mais je ne retiens pas mieux, je recommence à travailler demain."

Si j'ai cru cette observation digne de vous être présentée, c'est qu'elle nous permet de tirer plus d'une conclusion d'ordre divers. Voici un homme opéré il y a un an, d'une végétation ano-rectale que le microscope démontre comme étant de nature manifestement maligne, elle est enlevée totalement, et complètement à une date rapprochée de son début, et la récidive ne se fait pas, car au cours de la seconde opération, nous ne trouvons rien qui indique l'apparence d'une récidive, au-dessus du retrécissement très serré, mais très limité en hauteur, la muqueuse apparaît saine, autour du retrécissement, il n'existe que du tissu fibreux et cicatriciel, sans infiltration. Mais le malade, a traité une ulcération post-opératoire, affection en somme bénigne, à l'aide d'un caustique et un retrécissement immédiat, serré dur, je dirai presque infranchissable s'établit aussitôt démontrant une fois de plus les dangers de la cautérisation dans la région ano-rectale, et la prudence avec laquelle il faut la pratiquer quand elle apparaît indiquée. Le retrécissement établi, on pratique un devidement et la dilatation forcée, avec les conséquences que vous savez et auxquelles il fallait s'attendre, car elles sont de règle à la suite de cette intervention, qui dans le cas présent, en infectant le champ opératoire a rendu difficile une opération déjà par elle-même suffisamment difficile. Nous ne saurions donc trop appeler l'attention des médecins, et nous élever contre cette pratique détestable qu'est la dilatation brusque du retrécissement rectal, précédé ou non de debridement; elle ne guérit jamais, ouvre la porte à l'infection avec toutes ses conséquences, et devrait en conséquence être résolument abandonnée pas tous. C'est ce que nous l'espérons concluons avec nous ceux qui nous ont fait l'honneur de nous entendre.

Lutte contre l'alcoolisme au moyen des boissons dites hygiéniques

(Par le Dr A. Loir, ancien préparateur de M. Pasteur. Professeur à l'école Nationale Supérieure d'Agriculture Coloniale de Paris).

Un moyen de lutter contre l'alcoolisme qui a été proposé de divers côtés est de chercher à rendre plus aisée la consommation des boissons dites hygiéniques, le vin, le cidre en particulier. Depuis plusieurs années le vin entre sans payer de droits dans certaines villes de France, à Paris par exemple, il y est vendu dès lors à très bon marché et le résultat ne s'est pas fait attendre, il remplace maintenant dans beaucoup de verres, l'eau de vie ou l'absinthe que l'ouvrier avait l'habitude d'y verser. Le vin étant beaucoup moins alcoolique il y a là un avantage au point de vue de la lutte contre l'alcool, c'est un mouvement qu'il faudrait encourager.

LE VIN DOIT SE CONSERVER FACILEMENT

Pour le voir s'accroître, il faut livrer à la consommation des vins qui ne soient pas nuisibles. Le vin est si bon marché à l'heure actuelle qu'on ne fabrique plus cette boisson de toutes pièces, comme on le faisait il y a quelques années; mais certains négociants achètent de préférence des vins malades, parce qu'ils sont moins chers et ce sont souvent ces vins qu'on fait boire au public. Si l'on n'y prend garde, ces vins malades seront prohibés par le corps médical, lorsqu'on s'apercevra des effets qu'ils produisent sur l'organisme.

Aussi il est aujourd'hui plus que jamais nécessaire d'avoir une méthode pour conserver le vin dans son état naturel, en l'empêchant de s'altérer. Il faut le rendre d'exportation facile pour qu'il arrive en bon état et se conserve dans les pays éloignés de sa production. Je crois qu'il ne faut pas espérer arriver à obtenir que l'homme ne consomme plus d'alcool; les abstinents seront toujours des exceptions, nous avons l'habitude de prendre de l'alcool, nos pères étaient

dans le même cas, il y a un besoin que nous nous sommes créés, il faut compter avec lui et rendre la consommation de l'alcool le moins nuisible possible. Le vin est la vieille boisson de nos pères communs, les français d'autrefois et nous devons chercher à en propager l'usage pour lutter contre l'alcool qui, pris sous ses autres formes est nuisible.

Pour cela étudions les moyens mis à notre disposition pour conserver le vin en bon état de santé.

LA VINIFICATION

La vinification est certainement de toutes les industries qui dépendent de la science des microbes, celle qui, jusqu'à ce jour, a le moins profité des travaux de Pasteur. Voici plus de trente cinq années que cet illustre savant publiait les résultats de ses observations sur les vins et on en est encore, comme au temps de Noé, à mettre le produit de la vendange dans une cuve et à attendre que la conversion du sucre en alcool se fasse d'elle-même. Seulement, autrefois, on opérait sur de petites quantités, tandis que, maintenant, on augmente de plus en plus la dimension des cimes à vendange, ce qui complique la marche du phénomène. On suit timidement ce qui se passe dans la cuve, dans les pays chauds on refroidit le moût pour faciliter la fermentation, on ajoute un peu à l'aveuglette, des levures destinées à favoriser le départ du phénol, et là se bornent les améliorations apportées dans la pratique courante, car la stérilisation des moûts et leur ensemencement par des levures sélectionnées ne sont pas encore entrées dans la pratique. Ce sont encore des expériences isolées qui, comme celles de M. Rosenstiel le savant professeur du conservatoire des Arts et Métiers, donnent bon espoir et arriveront à faire de la vinification une industrie aussi scientifique que celle de la brasserie. Ce qui rend les progrès si lents, c'est que les expériences ne peuvent se faire qu'une fois par an et pendant un temps très court, celui de la vendange. Malgré cela, comme la vigne est une culture riche, on développe le vignoble d'une façon constante. Dans nos colonies les plus rapprochées, en Algérie et en Tunisie, par exemple, la culture de la vigne a pris une extension considérable. Comme dans ces pays la température extérieure atteint souvent la limite à laquelle on peut faire une bonne fermenta-

tion, on a eu des mécomptes; ce vin a été souvent mal fait, des maladies se sont développées. Ces maladies ne sont pas spéciales au pays chauds, puisque, dès 1865, M. Pasteur en découvrit les causes en étudiant les vins de France les plus réputés. mais ces maladies qui altèrent les qualités de nos vins ont été exploitées contre ceux-ci. Certains médecins généralisant les effets nocifs produits sur l'estomac par des vins malades ont pu recommander l'abstention de ce liquide que nos pères appréciaient à si juste titre et à qui on attribue la vieille gaieté gauloise. A l'heure actuelle, les personnes qui ont renoncé au vin sont, en effet, légion, au grand détriment de ceux des Français qui vivent de la culture de la vigne et au détriment de la race, car si l'on abandonne le vin, la consommation de l'alcool augmente d'une façon inquiétante. Or, le vin n'amenait pas l'alcoolisme et avait, au contraire, des propriétés nutritives et stimulantes, mais le vin ne se conserve pas, tandis que les boissons fortement alcooliques sont d'un transport plus facile et d'une conservation indéfinie.

Les affections que produit le vin sur l'organisme humain sont causées par les maladies de ces vins. Le vin bien fait, bien constitué, ne s'altère pas, mais qu'une année la vendange se fasse dans de mauvaises conditions climatiques, le vin obtenu sera de mauvaise garde, ce qui arrive pour les plus grands crus; de même qu'on cite les années de la comète, où le vin est supérieur, de même il existe des années réputées pour la mauvaise qualité des vins, qui deviennent alors mauvais en vieillissant. M. Pasteur nous a montré que de simples mesures d'hygiène garantissaient le vin de toute altération; que toutes ces maladies étaient dues au développement d'êtres microscopiques et qu'on empêchait leur développement en pasteurisant ce vin, c'est-à-dire en le chauffant en dehors du contact de l'air.

LA PASTEURISATION DES VINS

Le mot pasteurisation est devenu synonyme de stérilisation, mais on le conserve pour les liquides fermentés. le vin, la bière, que M. Pasteur a étudiés plus spécialement, et dont il a indiqué parfaitement les procédés de stérilisation. On peut pasteuriser un liquide à froid par filtration ou à chaud par élévation progressive de la

température jusqu'au degré reconnu nécessaire pour tuer ses germes d'altération ou de maladies. Nous ne nous occuperons ici que de la pasteurisation à chaud, qui est la plus pratique jusqu'à présent.

La chaleur peut stériliser la plupart des liquides servant à l'alimentation. Le lait, par exemple, peut être stérilisé à chaud : mais il faut, pour cela, le porter à une température qui change un peu son goût. C'est peut-être à cette difficulté que l'on rencontre pour la stérilisation du lait qu'est due l'appréhension de certaines personnes vis-à-vis de la pasteurisation du vin. Grâce à son alcool et à son acidité naturelle, dont les actions antiseptiques s'ajoutent à celle de la chaleur, il est inutile, pour pasteuriser un vin, de le porter à des températures aussi élevées que celles auxquelles on doit amener le lait pour le stériliser si bien que le vin pasteurisé n'a jamais le goût de cru, et, qu'au dire des experts les plus renommés, il est impossible de différencier un vin pasteurisé d'un autre vin non pasteurisé.

A l'heure actuelle, de nombreux commerçants exigent, avant d'acheter un vin, qu'il ait été pasteurisé. Dans de nombreux vignobles, on applique le procédé, et je pourrais citer un de nos grands crus où, depuis 1886, on pasteurise systématiquement toutes les récoltes.

M. le professeur Guyon, ancien préparateur de M. Pasteur, aujourd'hui doyen de la Faculté des sciences de Bordeaux, a été parmi ceux qui ont le plus fait pour répandre cette pratique, comme il le dit : "Toutes les expériences, à l'heure actuelle, démontrent l'excellence du procédé ; il est aujourd'hui hors de doute que, quelle que soit l'origine et la nature du vin, le chauffage bien appliqué le préserve de toute altération malade, que cette opération n'altère pas la couleur ni le bouquet des grands vins, qu'elle ne nuit point à leur vieillissement, qu'elle ne le hâte ni ne le retarde, et qu'en outre elle est pratique et peu coûteuse." En effet, les vins ne s'améliorent pas toujours en vieillissant, malgré les soins qu'on leur prodigue ; ils subissent souvent des maladies (pigûre, graisse, pousse, tourne, amertume, etc.). Nous savons, depuis les travaux de Pasteur, que ces maladies sont corrélatives d'êtres microscopiques, de microbes, dont les germes existent un peu partout et qui éclosent et se dévelop-

pent quand les circonstances deviennent favorables, ce qui arrive, par exemple, lorsque la température monte dans une cuve en fermentation jusqu'à 35 ou 40 degrés centigrades. A ces températures élevées, la levure qui doit transformer le sucre en alcool pousse mal, est comme paralysée, tandis que les microbes qui causent les maladies sont dans des conditions de température parfaites pour leur développement, si bien qu'ils pullulent et envahissent le liquide, les uns produisant déjà, dans la cuve, la maladie de la mammite, par exemple, les autres, les plus nombreux, se réservant de faire leur œuvre de destruction plus tard, lorsque le vin sera une fois dans le tonneau.

Toutes les pratiques habituelles de la vinification ont pour effet, soit d'éliminer mécaniquement ces germes, soit de les empêcher d'éclore. La plupart de ces pratiques seraient inutiles si le liquide était privé de germes vivants s'il était stérilisé.

On voit par là les économies que réaliseraient les viticulteurs ayant fait pasteuriser leurs vins et dispensés d'accomplir les manipulations qu'on est obligé de faire aujourd'hui pour les vins qui ne le sont pas.

Les germes de maladie existent dans le vin et ils éclosent et se développent quand les circonstances deviennent favorables.

Dans un vin de constitution robuste et maintenu à la température basse d'une cave, les germes ne peuvent évoluer ; ils tombent lentement dans les lies, d'où ils s'éliminent peu à peu aux soutirages successifs. Le vieillissement se poursuit alors dans des conditions normales sans accident, sous l'action lente et progressive de l'oxygène de l'air.

Les pratiques de la vinification ont précisément pour résultat, non seulement de rendre le vin plus limpide et plus fin, mais encore d'accroître sa résistance aux germes parasites et de faciliter sa conservation. Ainsi, par les ouillages fréquents qui maintiennent le plein des tonneaux et par le méchage au soufre qui transforme l'oxygène superficiel en acide sulfureux, on empêche le développement de la fleur du vin et du microbe du vinaigre. Par les soutirages et les fouettages qui, aérant fortement le vin, le saturent momentanément d'oxygène, ou paralysent les germes de la

tourne et de l'amer, qui ne peuvent vivre au contact de l'air. Par les collages, enfin, et par le repos, on précipite ces germes dans les lies avec les autres matières en suspension. Les lies sont, en définitive, le réceptacle commun des levures usées et des mauvais ferments ; aussi importe-t-il qu'elles ne puissent jamais remonter dans le tonneau et qu'elles soient séparées avec le plus grand soin du vin limpide.

Pour les mêmes raisons, les tonneaux doivent être placés dans des caves fraîches, à température constante, afin que le liquide soit en équilibre permanent. Les soutirages ne doivent être effectués que par les temps froids, lorsque la pression barométrique est élevée et maintient le gaz en dissolution.

La plupart des pratiques vinicoles perdraient de leur importance si les vins pouvaient être absolument privés de germes vivants, s'ils étaient stérilisés.

L'industrie a, depuis un certain nombre d'années, construit des pasteurisateurs pour pasteuriser les vins par la chaleur ; les uns donnent de bons résultats, les autres ont des défauts dont il est difficile de se rendre compte en les achetant si on n'est pas très au courant de la question. Ce sont ces appareils imparfaits qui jettent le plus de discrédit sur la pasteurisation. On se plaint quelquefois que le vin chauffé dans les appareils industriels, prend un goût spécial, le "goût de cuit." Cet accident qui est extrêmement rare, paraît dû à une surchauffe momentanée ou à un refroidissement insuffisant du vin avant sa sortie de l'appareil, ce qui provoque une trop grande oxygénation, ou à un mauvais état du pasteurisateur ; mais au bout de peu de temps le goût disparaît et le vin reprend ses qualités normales. Le cas ne se produit jamais dans le chauffage en bouteilles, parce que l'on chauffe en dehors du contact de l'air et que le refroidissement se fait rapidement en dehors de toute cause d'oxygénation. Cette simple constatation de ce qui se passe dans les bouteilles, prouve bien que la méthode n'est pas en cause, mais que ce sont les appareils qui ne répondent pas tous aux conditions qu'ils devraient remplir.

LA PASTEURISATION DES VINS DANS LA PRATIQUE

Or, comme nous le disions plus haut, il est difficile de reconnaître un bon appareil d'un mauvais, aussi doit-on être reconnaissant au ministère de l'Agriculture et à la chambre de commerce de Borderaux, d'avoir ouvert dans cette ville, en 1897, le premier concours des appareils à pasteuriser les vins.

La première série des expériences consistait en un chauffage à l'eau qui devait permettre d'éliminer de suite les appareils ne refroidissant pas suffisamment le liquide chauffé avant de le laisser sortir à l'air libre, c'est-à-dire au contact de l'oxygène, condition essentielle pour la bonne pasteurisation d'un vin. L'eau devait sortir de l'appareil après avoir été chauffée à 65 degrés avec un écart maximum de 10 degrés entre la température d'entrée et celle de la sortie ; cette épreuve était éliminatoire et tous les appareils devaient satisfaire à cette expérience à l'eau avant de pouvoir pasteuriser du vin, c'est-à-dire avant de commencer la seconde partie des expériences. Sur 17 appareils prenant part au concours, sept seulement ont été déclarés admissibles et autorisés à faire des expériences de chauffage des vins à des températures variées. Voilà donc toute une série de constructeurs qui ne savent pas que leurs appareils ne remplissent aucune des conditions d'une bonne pasteurisation. Il ne faut donc pas s'étonner si la pasteurisation des vins, faite avec ces appareils, donne de mauvais résultats. En 1901, M. Mathieu directeur de la station viticole de Bourgogne, organisa sous les auspices du ministère de l'Agriculture, une seconde exposition de pasteurisateurs. En 1905 à l'exposition d'Agriculture Coloniale de Noguet sur Marne, au jardin Colonial nous avons réuni plusieurs appareils à pasteuriser les vins qui ont fonctionnés devant le public.

A quelle température doit-on chauffer le vin pour le pasteuriser ? Cela dépend de sa constitution. Pour les vins faibles en alcool et peu acides, il est prudent d'aller jusqu'à 65 degrés ; pour les vins riches en alcool et en acide, on peut se contenter de chauffer à une température beaucoup plus basse. En somme, il faut savoir que l'alcool, l'acidité et la chaleur sont des antiseptiques, plus l'un d'eux agira fortement, moins l'ac-

tion des autres sera nécessaire pour la destruction des germes de maladies qui se trouvent dans le vin. A quel moment faut-il pasteuriser un vin ? Il ne faut pas attendre que l'altération soit sensible au goût, car le chauffage n'agit que préventivement et ne peut rétablir un vin malade, il empêche seulement les progrès ultérieurs de la maladie. Si le goût et le bouquet ont déjà été modifiés dans un sens défavorable, il est rare qu'ils s'améliorent avec le temps malgré les réactions d'une éthérisation lente. L'examen microscopique donne la plus sûre des indications pour savoir si un vin est menacé de maladie. Si, en effet, après une observation attentive du vin et des lies, on ne découvre aucun filament, aucun bâtonnet, et si les particules ou suspensions ne sont formées que de matières colorantes ou de cellules de levures alcooliques, il n'y a rien à craindre, il est inutile de pasteuriser, à moins que l'on ne préfère pasteuriser systématiquement toute sa récolte. L'âge du vin importe peu, il n'y a aucun inconvénient à le chauffer dès les premiers mois qui suivent la vendange.

Si tous les vins étaient mis par la pasteurisation, à l'abri des altérations, les vins malades n'amèneraient pas de maladies chez l'homme, et les médecins n'auraient pas de raisons pour défendre l'usage de cette boisson qui, en général rend de grands services à l'alimentation. Mais le vigneron néglige trop les données que lui apporte la science, il faudrait que le consommateur oblige le producteur à pasteuriser ses vins. Pourtant la pasteurisation ne répondrait pas seulement au but que nous venons d'indiquer, son usage permettrait encore de créer des débouchés dans des régions où la consommation du vin se trouve forcément limitée, dans nos colonies françaises par exemple. Nous n'en donnerons pour preuve que l'expérience suivante faite en Tunisie, à notre instigation, par le service de l'Intendance, sur l'ordre de M. le Ministre de la guerre.

Il est tellement difficile de conserver le vin dans les postes du sud de la Tunisie pendant les chaleurs de l'été, que depuis plusieurs années le service de l'Intendance a renoncé à en fournir aux garnisons de ces régions. L'administration de la guerre donne une indemnité en argent et les troupes doivent s'approvisionner elles-mêmes. On comprend les inconvénients que peut amener cet

état de choses au point de vue de la santé des troupes qui avec cet argent, achètent toute autre chose que du vin. C'est une des raisons qui poussent ces malheureux soldats à boire de l'absinthe et de l'alcool de distillation.

Pour les approvisionnements de la guerre et de la marine, dans le nord de l'Algérie et de la Tunisie, on exige du vin pesant 12 degrés d'alcool car dans ces conditions ce liquide se conserve plus facilement dans les pays chauds que lorsqu'il a un degré alcoolique moins élevé. Malheureusement il est difficile de trouver dans le nord de l'Afrique un vin à degré aussi fort et c'est encore un débouché naturel de moins pour la vente des vins de cette région.

Il y avait donc intérêt à avoir une méthode permettant de conserver le vin sans crainte de le voir s'altérer, même pendant les grandes chaleurs.

Dans le cours de 1897, M. Dybowski, directeur de l'agriculture en Tunisie a fait venir, sur ma proposition, un appareil de pasteurisation des vins, qui a été mis à la disposition des colons pour leur démontrer par la pratique que l'emploi de cette excellente méthode pourrait être fait sans la moindre crainte de porter atteinte à la qualité reconnue des vins Tunisiens.

M. le Général commandant la division de Tunisie demanda au ministre de la guerre de faire faire par le service de l'Intendance une expérience de pasteurisation. Le ministre de la guerre donna l'ordre de faire cette expérience sur quarante hectolitres à répartir ensuite dans les postes du sud et à conserver pendant un an en les surveillant. Le chauffage de ce vin eut lieu sous notre direction, au laboratoire de vinification dépendant de l'Institut Pasteur de Tunis, que nous dirigeons à cette époque, le 31 décembre 1897, selon les prescriptions contenues dans une dépêche ministérielle datée du 8 juillet 1897. Ce vin pasteurisé fut envoyé dans le sud, la moitié à Médénine, l'autre moitié à Gabès. En même temps étaient expédiés un même nombre d'hectolitres de vin témoin. Le vin pasteurisé était conservé bon de côté, c'est-à-dire qu'une fois stérilisé, ce vin n'a pas été altéré par l'addition d'une petite quantité de liquide contenant des germes de maladies. M. le directeur de l'Intendance a bien voulu nous communiquer les résultats de cette expérience terminée le 31 décembre 1898.

Le vin témoin a dû être mis en distribution au mois de novembre 1898 ; il avait atteint son extrême limite de conservation. " Au 31 décembre, les vins pasteurisés étaient en bon état de conservation, dit le rapport ; il est permis de supposer que le vin conservera encore toutes ses qualités, tout au moins jusqu'à la période des chaleurs. En présence de ces faits, la pasteurisation semble donner d'excellents résultats et devoir être pratiquée sur les vins à consommer dans le sud de la régence où le vin non pasteurisé est trop sujet à l'altération."

Voilà donc une expérience qui démontre que le vin tunisien pasteurisé se conserve parfaitement dans le sud de la régence pendant les chaleurs de l'été, et cela à la condition de le mettre dans des tonneaux bien stérilisés eux-mêmes et dans lesquels, si l'on fait des orillages, qui sont du reste inutiles, on ne les fera qu'avec du vin qui aura été lui-même pasteurisé. Cette expérience démontre aux viticulteurs l'utilité de la pasteurisation des vins, cette tactique bien entendu doit être employée pour des vins en parfaite état de conservation, avant tout commencement de maladie ; car nous le répétons la pasteurisation est une mesure d'hygiène qui a pour but de conserver le vin et non de le guérir de ses maladies. Nous savons, du reste que de nombreux viticulteurs font la pasteurisation des vins ; pourquoi ne cherchent-ils pas à répandre l'usage de cette pratique ? Pourquoi ne disent-ils pas à tous, les avantages qu'ils trouvent dans l'application de ce procédé. Ils feraient bénéficier tous les viticulteurs de l'expérience qu'ils ont ; le vin se conserverait plus facilement et garderait sa bonne réputation sur le marché. Il ne faut pas oublier que certains vins des plus grands crus de France sont pasteurisés tous les ans systématiquement, mais cette pratique doit servir non seulement pour les grands vins mais pour les vins les plus ordinaires et qui se vendent bon marché.

Le vin pasteurisé ne s'altérant plus, ne contiendra pas les acides et autres substances qui se produisent au moment où le vin est malade et qui déterminent, sur notre organisme, la majeure partie des désordres que l'on impute au vin, que les viticulteurs cherchent donc à répandre par tous les moyens possibles l'usage de la pasteurisation des vins.

Au moment du concours de Bordeaux et lorsque les bons effets de la pasteurisation ont été constatés par tous, plusieurs viticulteurs du Bordelais avouèrent qu'ils faisaient la pasteurisation depuis longtemps. Il en fut de même en Bourgogne, après l'exposition de Bearne.

On pasteurise, mais on se cache pour le faire. On sait dans le commerce que telle maison dont les vins tiennent bien pasteurise probablement ses vins, mais on n'ose pas l'imiter parce qu'on a peur de l'effet du chauffage sur les vins. On ne connaît pas la pasteurisation, on en entend vaguement parler, il est temps cependant que cette mesure qui lorsqu'elle est faite au moyen d'un bon appareil, n'altère en rien le vin, entre dans la pratique. Ce sera un bienfait pour l'hygiène en permettant de lutter contre l'alcoolisme, aux hygiénistes donc de faire connaître cette méthode.

LA CONSOMMATION DES BOISSONS ALCOOLIQUES PAR LES DIVERS PEUPLES

Les peuples de race blanche ne sont pas les seuls à consommer des boissons alcooliques, c'est un besoin que l'on rencontre chez tous les hommes et dans certains cas, pour certaines populations nègres de l'Afrique, par exemple, l'alcool est nécessaire pour leur permettre de varier un peu leur alimentation par trop monotone. Les boissons alcooliques arrivent alors dans l'intestin, modifient la flore intestinale et contribuent à maintenir l'état de santé. Une petite quantité d'alcool n'est-elle pas aussi utile pour nous autres qui appartenons à la race blanche ?

J'ai eu l'occasion pendant mon séjour en Afrique du sud, en Modésie, d'étudier les boissons alcooliques des indigènes de ces régions et il y a dans cette étude une question qui rentre dans le programme des études de ce congrès à propos de la lutte antialcoolique, car si on ne donne pas à ces indigènes la bière de maïs à laquelle ils sont habitués et qui est peu alcoolique, ils consomment les autres boissons contenant de l'alcool en grande quantité et qui sont mises à leur disposition.

Les indigènes de toutes nos colonies fabriquent des boissons alcooliques. Les uns dans l'Amérique centrale se servent de la canne à sucre qu'ils font fermenter pour obtenir le rhum ; En Indo-Chine ils utilisent le riz dont l'amidon est

transformé en alcool. En Tunisie, j'ai pu étudier la fermentation du vin de palmier. Toutes ces industries bénéficient grandement des recherches que l'on peut faire sur elles avec l'esprit scientifique moderne. La fermentation du riz dont l'amidon est transformé directement en alcool par l'amylomise, si bien étudiée par Calmette, en est un exemple frappant.

Dans toutes nos possessions africaines les indigènes de nos colonies ont aussi des boissons alcooliques. Ils utilisent soit le suc des plantes, soit les grains renfermant de l'amidon qu'ils mettent en fermentation. Ce qui caractérise ces boissons alcooliques c'est que les indigènes cherchent surtout, avec ces dernières, à se constituer un appoint de matière alimentaires. Ce que ces indigènes recherchent ce n'est pas simplement l'alcool mais le sucre ou l'amidon que contiennent ces boissons et qui leur sert d'aliment.

LA LUTTE ANTIALCOOLIQUE PAR LE CIDRE AU CANADA

En somme dans tous les pays du monde, les plus civilisés, comme ceux habités par les populations les plus primitives, l'homme fabrique des boissons alcooliques, celles de ces boissons qui sont les plus recommandables sont celles qui contiennent le moins d'alcool, ce sont donc celles qui sont fabriquées au moyen de la fermentation directe des fruits, celles au contraire, qui sont le plus à craindre, sont celles qui contiennent de l'alcool de distillation.

Dans tous les pays on trouve des fruits sucrés qui peuvent, par fermentation, donner de l'alcool et ce sont ces boissons, que dans chaque pays, on devrait chercher à fabriquer, c'est en les livrant à bon marché et dans de bonnes conditions à la population, qu'on peut espérer en favoriser la vente et de cette façon on luttera contre la consommation des autres boissons alcooliques qui conduisent bien plus rapidement à l'alcoolisme que les premières. La science de Pasteur, nous donne des principes généraux qu'il faut adapter à chaque cas particulier, ces cas diffèrent pour chaque région du globe.

Au Canada, le vin pourrait être importé dans de bonnes conditions économiques grâce à la pos-

sibilité de le pasteuriser, ce qui le rend inaltérable. En même temps, le cidre devrait être fabriqué et livré à bon marché et l'étude de sa fabrication dans le milieu particulier que présente le climat canadien devrait être faite avec soin pour le plus grand bien de la population et pour lutter contre l'alcoolisme envahissant qui est surtout amené par la consommation des boissons qui contiennent de l'alcool de distillation.

Thérapeutique

Vomissements de la grossesse

(Clinique et Thérapeutique par P. Rudaux, Accoucheur des Hôpitaux).

Les vomissements, qui surviennent au cours de la grossesse, ne doivent pas être considérés comme un système banal et de peu d'importance. Ils sont toujours la manifestation d'un trouble de l'organisme qu'il faut essayer d'enrayer dès son début pour éviter de le voir s'accroître au point de devenir continuel; c'est alors qu'il donne naissance à une des complications les plus graves de la gestation, les vomissements dits incoercibles. On a voulu faire de ceux-ci une entité morbide distincte, mais entre les vomissements bénins considérés à tort comme signes sympathiques de la grossesse et les vomissements incoercibles il n'y a qu'une différence de degré, leur origine est la même. C'est en ne dédaignant pas les premiers et en luttant contre eux qu'on arrivera à éviter les seconds, qui peuvent compromettre la vie de la mère et par cela même la vie du produit de conception.

VOMISSEMENTS SIMPLES DE LA GROSSESSE

Les vomissements simples de la grossesse sont fréquents, d'après Gerst, qui a fait des recherches sur ce sujet dans le service du professeur Pinard, recherches portant sur 2,000 femmes, 42,15 p. 100 vomissement.

Les primipares sont plus exposées que les multipares. Sur 902 primipares, 46,5 p. 100 ont vomis.

Les vomissements apparaissent le plus souvent un mois après les dernières règles, c'est-à-dire à l'époque de la première menstruation absente, remarque qui présente un certain intérêt au point de vue pathogénique. Ils surviennent plus fréquemment le matin au moment où la femme se lève et aussitôt après le petit déjeuner, mais on les rencontre aussi dans le courant de la journée, quelquefois au milieu d'un repas, ce qui n'empêche pas la femme de se remettre à table et de conserver les nouveaux aliments ingérés. Gerst a constaté qu'ils étaient quotidiens le matin dans 31 p.c. des cas, qu'on les rencontrait plusieurs fois par jour dans 25 p.c., qu'ils survenaient à intervalles variables dans 21 p.c., et qu'ils apparaissaient après les repas dans 15 p.c. Quant à la nature de ces vomissements, ils sont bilieux et alimentaires 41 fois sur 100, muqueux et bilieux 32 fois sur 100, et simplement alimentaires 27 fois sur 100.

Certaines femmes les voient revenir à chacune de leurs grossesses, d'autres au contraire en présentent à une grossesse, le plus souvent la première et les suivantes en sont complètement dépourvues.

La question du sexe de l'enfant n'a aucune importance sur l'apparition des vomissements, bien que certaines femmes prétendent ne pas vomir lorsque leur grossesse se termine par l'expulsion d'enfants du même sexe, alors qu'au contraire les vomissements seraient fréquents si le sexe est opposé.

La durée des vomissements de la grossesse est le plus souvent de trois mois (21 p.c.), mais ils peuvent exister pendant les cinq premiers mois (27,9 p.c.) et persister même pendant toute la grossesse (5,6 p.c.).

L'examen des urines est très important, il est malheureusement rarement fait dans les premiers mois de la grossesse. Il serait intéressant de rechercher non pas seulement l'albumine, que Gerst a constaté chez 91 femmes sur 560 femmes ayant vomie et ayant eu leurs urines analysées, mais aussi la quantité d'urine émise dans les vingt quatre heures et les modifications que celles-ci peuvent présenter dans le taux des matériaux éliminés. Grâce aux résultats ainsi obtenus il sera possible d'établir un traitement destiné à enrayer

les vomissements et par conséquent à éviter la forme grave à laquelle on donne le nom de vomissements incoercibles.

VOMISSEMENTS GRAVES DITS INCOERCIBLES

Par vomissements incoercibles de la grossesse on entend des vomissements constants, ne permettant pas à la femme de conserver la moindre alimentation et s'accompagnant d'un état général mauvais, d'un amaigrissement plus ou moins rapide et d'une augmentation des pulsations cardiaques.

Début. — Les vomissements incoercibles ont rarement un début brusque, ils succèdent presque toujours à une phase plus ou moins longue de vomissements dits bénins, ceux-ci deviennent de plus en plus fréquents et apparaissent soit après les repas, soit dans leur intervalle. Ils sont constitués par les aliments ingérés, par des liquides muqueux ou glaireux, par de la bile; ils peuvent aussi renfermer quelques stries sanguinolentes dues à la rupture de petits vaisseaux sanguins de l'estomac sous l'influence de l'effort du vomissement. Tantôt l'état nauséux est constant, tantôt au contraire ils se produisent brusquement sans être précédés d'aucuns prodromes; leur fréquence est parfois considérable, aussi accusée pendant la nuit que pendant le jour, au point de ne laisser aucun repos à la malade. Il n'est pas rare de voir apparaître en même temps d'autres manifestations de l'auto-intoxication gravidique, pyalisme, éruptions cutanées, névrites, etc. Il survient un véritable dégoût pour tous les aliments, dont la vue ou l'odeur provoquent aussitôt de nouveaux vomissements. Ceux-ci sont très acides et s'accompagnent d'une sensation de brûlure désagréable au niveau du pharynx buccal et aussi d'une douleur très aiguë au creux de l'estomac. L'agitation est fréquemment observée et elle va encore augmenter dans la suite, en même temps que tous les signes qui accompagnent la dénutrition.

Période d'état. — La période d'état est caractérisée par une accentuation de tous les symptômes précédemment décrits, fatigue constante, douleur plus accusée, horreur plus marquée pour tous les aliments, malaise continu, et par un amaigrissement qui s'accroît de jour en jour et qui est

dû au défaut d'alimentation aux pertes de liquide rejeté par les vomissements, à l'absence de tout repos et à l'excitation permanente du système nerveux. Cet amaigrissement peut être constaté par la balance qui accuse une perte de poids journalière variant de quelques grammes à 500 et même 1,000 grammes, il est également très apparent à l'examen extérieur. Le faciès est pâle, les traits sont tirés, les saillies osseuses s'accroissent, les yeux s'excellent, les conjonctives oculaires prennent une teinte subictérique. La soif est intense, la langue est sale et peu humide, tantôt il y a de la constipation, tantôt de la diarrhée; les forces diminuent et condamnent la malade à garder la chaise longue ou le lit. Le caractère se modifie, il devient triste, excitable, la femme se renferme dans le mutisme et dans l'indifférence, elle désire le calme et la solitude. Tous ces symptômes vont en s'accroissant, le pouls s'accroît, 90 à 120 pulsations par minute, la température reste normale; dans quelques cas cependant elle s'élève légèrement, 37 degrés 8 à 38 degrés 5, ou au contraire elle s'abaisse, véritable hypothermie de l' inanition. Les urines diminuent de plus en plus et deviennent plus foncées, leur quantité peut descendre au-dessous de 500 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures, leur odeur est fétide et à l'examen clinique on trouve de l'albumine.

Les vomissements peuvent devenir de plus en plus fréquents, mais ils ne sont plus alors constitués que par des liquides muqueux ou glaireux, quelquefois teintés en vert par la bile. Celle-ci laissée dans la bouche un goût amer que rien ne peut faire disparaître, les muqueuses buccale et linguale sont rouges et sèches, la langue peut être recouverte au niveau de sa face supérieure d'un enduit jaunâtre ou noirâtre, les dents sont sales et fuligineuses, l'haleine est fétide et la soif de plus en plus intense. Le faciès exprime l'angoisse, la peau est sèche, rude et chaude et présente une teinte terreuse; les extrémités se refroidissent et on peut constater au thermomètre une température au-dessous de la normale; le pouls, au contraire, augmente de fréquence, 120 à 140 pulsations, et diminue d'intensité. Les urines de moins en moins abondantes sont acides, le chlorure de sodium et l'urée y sont très diminués, l'albumine et la mucine augmentent au contraire, et, si l'on a recours au microscope, on y trouve des cylindres. La maigreur devient sque-

lettique, la prostration est considérable, la malade est tellement faible que le moindre mouvement peut déterminer une syncope.

Période terminale.— Le début de cette période est trompeur, il est marqué en effet par une amélioration qui n'est qu'apparente. Les vomissements sont moins opiniâtres, ils peuvent même disparaître à peu près complètement; on s'empresse alors d'alimenter la malade qui conserve les liquides ingérés et quelquefois même certains solides. Mais le pouls continue à être très fréquent et la faiblesse à être très grande, l'espoir de la guérison, qui avait pu naître dans l'esprit de l'entourage, disparaît rapidement quand on voit survenir des phénomènes nerveux, subdélire, délire, hallucinations, troubles de la vue et de l'ouïe, névralgies multiples mais surtout céphalalgies.

La dépression s'accroît, les extrémités se refroidissent, la sensibilité s'émousse, l'intelligence s'obscurcit, la voix devient de plus en plus faible, les urines sont plus rares, le pouls est fréquent et petit, puis survient le coma, précurseur de la mort.

La durée de cette affection est très variable, elle oscille entre cinq à six semaines et deux à trois mois; sa marche varie avec la résistance antérieure de la malade, elle est aussi influencée par l'apparition d'autres manifestations de l'auto-intoxication gravidique, ptialisme, érythèmes, albuminurie, ictère, etc. Chaque fois que les émonctoires naturels sont insuffisants, la marche est rapide, tandis qu'au contraire, dans le cas où ceux-ci retrouvent leur bon fonctionnement sous l'influence d'un traitement approprié, on peut voir les symptômes s'améliorer. C'est au cours de la période du début ou même de la période d'état, que l'on peut espérer enrayer la marche de ce syndrome; dès que la troisième période est atteinte, aucune thérapeutique, même interventionniste, ne peut la faire dévier de la voie fatale dans laquelle elle est entrée.

L'amélioration est annoncée par des vomissements moins fréquents, par la conservation de certains liquides, par des urines plus abondantes et plus claires, par une fréquence moins grande du pouls; ces symptômes vont petit à petit en s'améliorant, et la guérison définitive apparaît. Jusqu'à l'accouchement la femme sera soumise à un régime spécial qu'elle devra suivre sévèrement, car des rechutes sont toujours possibles.

Le " pronostic " des vomissements incoercibles est grave, la mort survient dans le quart des cas environ. On espère toujours, grâce à la thérapéutique employée mais souvent sans action, voir les vomissements cesser et on attend beaucoup trop longtemps avant d'intervenir. L'interruption de la grossesse, à laquelle on ne se résout que difficilement, n'est pas toujours suivie de succès ; le plus souvent elle n'est mise à exécution qu'à la période terminale alors que l'organisme est déjà très épuisé et que le système nerveux est saturé de toxines.

TRAITEMENT

Le traitement des vomissements de la grossesse doit être divisé en deux chapitres bien distincts : l'un comprendra la " thérapeutique médicale ", qu'on devra appliquer dès l'apparition des vomissements ; l'autre sera l'exposé du " traitement obstétrical ", qui ne sera mis en œuvre qu'après l'échec du premier ; ce sera le plus souvent un traitement d'urgence ou de nécessité.

A. — Traitement médical. — Il est impossible et inutile dans une étude de ce genre, qui doit être avant tout pratique, d'entrer dans tous les détails des nombreux traitements tour à tour préconisés pour guérir les vomissements dits incoercibles.

On s'est adressé aux médicaments, dont le plus grand nombre avaient une action sédative générale, comme la belladone, l'opium, la morphine, le chloral, l'eau de laurier-cerise, le valériane de cérium, le bromure de potassium, la cocaïne, etc.; les toniques et les calmants de l'estomac ont tous été employés: pepsine, koumys, bicarbonate de soude, mélange de Botkine, orexine basique, eau chloroformée, eau oxygénée, potion de Rivière, menthol, cocaïne. D'autres ont eu recours aux révulsifs, sinapismes, ventouses, pulvérisations d'éther, pointes de fer sur le creux de l'estomac, sachets de glace sur la colonne vertébrale, ou aux antiphlogistiques, saignée générale, sangsues.

Les agents physiques ont été employés sous forme de massage et d'électricité. La suggestion a également été très en faveur.

Nous allons maintenant essayer de tracer la conduite à tenir qui nous paraît donner les meilleurs résultats. Elle est basée sur la théorie pathogénique qui réunit actuellement le plus grand nombre de suffrages, et qui considère les vomissements déterminés par la grossesse comme étant dus à une intoxication. Son but sera donc de ne laisser pénétrer dans l'organisme que le moins possible de toxines et de favoriser l'élimination de celles qui y sont retenues ou qui s'y développent normalement. Pour cela, c'est au tube digestif qu'on s'adressera d'abord.

S'il s'agit de vomissements fréquents, sans être incoercibles, on prescrira le traitement hydro-lacté, qui sera exécuté de la façon suivante : prendre toutes les heures, et alternativement, une tasse à thé de lait et un verre à bordeaux d'eau de Vals, d'Alet ou d'Evian. Le lait sera chaud, froid ou glacé, pur ou coupé d'une des eaux minérales précédentes, bouilli ou cru ou salé ; en cas de dégoût de la malade pour le lait, il sera permis de l'aromatiser avec quelques gouttes d'essence de café, de thé, de vanille, de fleurs d'orange ou de le remplacer par le lait oxygéné, le képhir ou le koumys. Pour éviter les fermentations buccales, la malade devra se rincer la bouche, après chaque tasse de lait, avec une eau alcaline, l'eau de Vichy par exemple.

Le fonctionnement de l'intestin sera l'objet d'une surveillance particulière ; on ordonnera deux fois par semaine du calomel à petites doses (25 centigrammes) et tous les jours un grand lavage intestinal à l'eau bouillie tiède. On emploiera pour cela le bock à injection et une longue canule molle en caoutchouc rouge ; la malade devra se coucher sur le côté droit et le bock à injection sera placé à un niveau qui ne dépassera pas 60 centimètres au-dessus du plan du lit. La quantité de liquide sera de un litre environ et sa température de 37 à 38 degrés ; l'eau bouillie pourra être remplacée par du sérum artificiel, 5 grammes de sel marin pour 1 000 grammes d'eau.

Sous l'influence de ce traitement, les vomissements diminuent rapidement ; il est alors permis d'augmenter la quantité de lait ; on commencera par remplacer deux ou trois fois dans les vingt quatre heures l'eau par le lait ; on arrivera peu à peu à faire absorber toutes les heures une tasse de lait.

L'alimentation ne devra être reprise qu'avec prudence et modération; on permettra d'abord des bouillies et des potages au lait, puis des pâtes alimentaires, des légumes secs ou cuits, pommes de terre, lentilles, haricots, pois, racines, laitue, chicorée, riz. La viande blanche viendra ensuite et les viandes rouges ne seront permises que lorsque tout vomissement aura cessé depuis au moins dix jours et que les urines seront normales comme qualité et quantité.

Si, malgré le traitement indiqué plus haut, les vomissements deviennent de plus en plus graves, ou si on est appelé auprès d'une femme ayant déjà des vomissements incoercibles, il faut alors avoir recours à un traitement plus énergique que nous allons exposer maintenant.

La première chose à faire, c'est : 1^o supprimer toute absorption par la voie buccale pour laisser se reposer l'estomac ; 2^o de calmer le système nerveux ; 3^o d'évacuer et de désintoxiquer l'intestin ; 4^o de parer aux pertes liquides par des injections sous-cutanées de sérum artificiel ; 5^o de remonter l'état général.

Pour que ce traitement donne des résultats, il est absolument nécessaire d'isoler complètement la malade et de mettre auprès d'elle une garde intelligente et expérimentée qui l'applique rigoureusement.

Par la voie buccale on ne permettra que l'eau d'Evian que la malade prendra glacée par cuillerées à café toutes les heures environ, la quantité ne sera augmentée que si les vomissements deviennent moins fréquents.

Le système nerveux sera calmé par le chloral qu'on administrera en lavement . . .

Hydrate de chloral 2 à 4 grammes.
Lait tiède 100 grammes.
Jaunes d'œuf No 1.

Ce lavement ne sera donné qu'après avoir vidé l'intestin ; on se servira d'une poire en caoutchouc ou d'une seringue à hydrocèle à l'embouchure de laquelle on adaptera une sonde de Nélaton de gros calibre. On pourra aussi porter le liquide assez haut dans le rectum et le faire pénétrer très lentement, condition indispensable pour qu'il soit gardé.

L'évacuation de l'intestin sera assurée par de grands lavements d'huile d'olives stérilisée (500 grammes) que la malade prendra couchée ; au bout d'une heure on le fera suivre d'un grand lavage de l'intestin soit à l'eau bouillie, soit avec du sérum physiologique, un à deux litres. On peut remplacer le lavement huileux par un lavement purgatif qui ne devra pas être rendu immédiatement.

Follicules de séné)
Sulfate de soudé) à à 15 grammes.
Eau distillée 250 grammes.

Les pertes liquides, conséquence des vomissements, seront combattues par des injections journalières de 300 à 500 grammes de sérum artificiel dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région fessière ou des parties antéro-externes des cuisses. Peut-être pourrait-on remplacer le sérum par l'eau de mer qui paraît donner des résultats supérieurs.

Enfin on remontera l'état général par des inhalations d'oxygène à la dose d'une cinquantaine de litres par jour, par des injections sous-cutanées de un centimètre cube de la solution suivante de cacodylate de soude :

Cacodylate de soude 0,50 centigrammes.
Eau distillée 10 centimètres cubes.

et par des lavements nutritifs qu'on renouvelera deux ou trois fois par jour.

Peptone sèche une cuillerée à bouche.
Jaune d'œuf No 2.
Lait 150 grammes.

On fera dans la journée deux frictions sur tout le corps, l'une dans la matinée au gant de crin, l'autre dans la soirée à l'eau de Cologne pharmaceutique ou à l'alcool camphré.

La température et surtout le pouls seront pris régulièrement chaque jour, matin et soir, et notés sur une feuille. On inscrira également le nombre de vomissements journaliers et la quantité d'urines éliminées dans les vingt-quatre heures. L'albumine sera recherchée et dosée cliniquement tous les jours.

Si le traitement que nous avons développé

plus haut est appliqué avec la méthode, on a les plus grandes chances de voir les vomissements diminuer de fréquence au bout de cinq à huit jours. C'est à ce moment-là qu'on permettra le lait qui sera donné froid ou glacé d'abord par cuillerées à café d'heure en heure, puis par cuillerées à bouillottes pendant sept jours, interrompues pendant la nuit. Les injections de cacodylate de soude se font pendant le même temps, puis reprises de nouveau, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'état général soit parfait.

B. — Traitement obstétrical. — Le résultat cherché n'est pas toujours obtenu soit parce que le traitement est mal ou insuffisamment appliqué, soit parce qu'il est institué trop tard. Il n'y a plus qu'une ressource pour sauver la mère c'est, de sacrifier la grossesse et encore à la condition de ne pas intervenir à une période trop avancée.

C'est là un des problèmes de pathologie obstétricale des plus difficiles à résoudre ; on se trouve pris entre les deux alternatives suivantes : interrompre une grossesse qui aurait peut-être évolué normalement ou, en voulant trop sauvegarder celle-ci, mettre les jours de la mère en danger. Quelles seront donc les indications précises qui commanderont le sacrifice de la grossesse ? Doit-on, comme Charpentier le conseillait, ne s'appuyer que sur les pertes du poids de la malade, 300 grammes par jour pendant une semaine ? Nous ne le croyons pas, d'abord parce que les pertes sont souvent difficiles à effectuer en clientèle, ensuite parce qu'il est difficile de placer journellement sur une balance une femme très affaiblie. Cette décision devra être prise en tenant compte de plusieurs facteurs : l'état général qui devient de plus en plus mauvais, le nombre de pulsations qui se maintient d'une façon constante au-dessus de 100 à la minute, la quantité d'urine qui est inférieure à 500 grammes.

Dès que l'interruption de la grossesse aura été décidée, il faudra agir vite. Si le col est perméable, on introduira dans l'utérus un petit ballon de Champetier de Ribes, ou bien on aura recours à la dilatation rapide du col avec des bougies de Hégar suivie immédiatement du curetage de l'utérus. Si le col, au contraire, est fermé, on commencera par le dilater avec des tiges de laminaires.

Avant de provoquer l'avortement il est prudent, pour couvrir sa responsabilité, de demander un confrère en consultation et de rédiger avec lui une double ordonnance dans laquelle seront exposées toutes les raisons militent en faveur de cette grave décision. Une des ordonnances signée des médecins et du mari, sera conservée précieusement, c'est là un petit conseil de pratique qui il est bon de ne pas négliger.

LEUCOKERATOSE SUBLINGUALE

(Par le Dr J. N. Roy, de l'Hôtel-Dieu de Montréal).

Observation d'un malade âgé de 58 ans, qui vient consulter pour sa bouche. Depuis deux ans il remarque une raideur progressive de la langue ; et il lui semble que sa muqueuse sublinguale gauche, ainsi que celle de la partie interne de la gencive du même côté sont dans un état parcheminé. Le malade se plaint de légers piquements après avoir mangé ; mais n'accuse aucun trouble à la mastication et à la déglutition. L'affection a débuté par la gencive, et s'est propagée ensuite au plancher de la bouche.

A l'examen nous constatons une dégénérescence pseudo-cartilagineuse d'une partie de la muqueuse sublinguale du côté gauche, ainsi que de la gencive correspondante qui est recouverte par des bandes d'un blanc grisâtre faisant une légère saillie à la surface de la muqueuse. Sous la langue, nous voyons une série d'îlots successifs et de plaques nacrés, sans liséré. Ce tissu pathologique est très adhérent à la muqueuse ; ses limites sont nettes et régulières, et sa surface est plane, lisse et unie.

Pour toute lésion, nous constatons du côté droit, une décoloration de la muqueuse du plancher de la bouche, de la grandeur d'environ une pièce de 50 centimes, comme si on avait passé légèrement un crayon de nitrate d'argent.

Toutes les autres parties de la langue et de la bouche sont dans un état parfaitement normal.

La famille de notre patient se compose de douze enfants absolument sains ; personnellement il n'est atteint d'aucune diathèse, et n'a jamais été malade. Il n'a jamais fait usage d'alcool et de tabac, et n'a jamais abusé de mets épicés.

Ses dents sont dans un très mauvais état ; et au point de vue étiologique de cette leucoplasie, nous ne pouvons relever que la carie dentaire.

L'examen histologique de ces plaques blanchâtres examinées après divers procédés de coloration, montre que nous sommes en présence d'une dégénérescence kératinique, car à certains endroits, les cellules présentent l'aspect du stratum granulosum de la peau.

Le traitement est fait avec le galvano-cautère, qui permet d'enlever en quelques séances toute cette leucokératose.

Cette observation est intéressante au point de vue exceptionnel du siège de la lésion, et de son étiologie qui est des plus obscures.

Il n'y avait d'envahir que le plancher de la bouche et la gencive correspondante, et comme cause, nous n'avons que la carie dentaire.

(1) Travail lu au Congrès de Trois-Rivières.

Le Syphon d'eau de Seltz et les angines

Les bienfaits du vulgaire syphon d'eau de Seltz (syphon de Soda) sont peu connus, et ce pendant chaque fois que je l'ai prescrit ou conseillé dans les cas d'angine, en place et lieu de gargarisme, j'ai fait un adepte de plus, à une méthode dont je suis le modeste auteur.

Prenez un syphon, ayant séjourné quelques heures dans la chambre du malade, afin qu'il ait pris la température ambiante — ne le chauffez pas il éclaterait, et trop froid il ne serait pas supporté par le malade. Adaptez à son bec un tube de caoutchouc d'une longueur de 25 centimètres environ — le tube rectal est de la grosseur voulue. A l'aide d'une ficelle fixez solidement le tube sur le bec du syphon. Le malade n'a plus qu'à opérer lui-même. Assis sur son lit, une cuvette sur les genoux, il introduit d'une main le tube en caoutchouc dans sa bouche, et de l'autre main maintient et appuie sur le robinet du syphon ; en appuyant plus ou moins fort, il obtient un jet plus ou moins volumineux et intense qu'il peut diriger sur le fond de sa gorge enflammée, à gauche, à droite, à volonté.

L'eau gazeuse ressort car il tient la bouche ouverte, la tête penchée sur la cuvette, et sans arrêt, un quart, une moitié du syphon a balayé les amygdales et le pharynx. Parfois un vomissement a lieu, aidant, bien plus que nuisant à l'opération. L'eau gazeuse agit à la fois par la force que règle le malade lui-même, avec laquelle elle vient balayer le pharynx, et par son dégagement loco dolente d'acide carbonique. Dès le premier lavage, le malade se sent soulagé, rafraîchi (j'en ai fait l'expérience personnelle plus d'une fois) et il répète de lui-même toutes les demie heures ou toutes les heures ce lavage simple et bienfaisant.

Dr F. MONOD.

FORMULAIRE

POMMAD. CONTRE LE SYCOSIS DE LA
LEVRE SUPERIEURE (Brocq)

Vaseline..... 15 grammes.
Oxyde jaune de mercure... 0 gr. 50

Revue des Journaux

Influence exercée par le thé sur la sécrétion du suc gastrique.

Le Dr Takaoki Sasaki a fait des expériences sur des chiens œsophagotomisés et munis d'une fistule suivant le procédé Pawlow. A travers cette fistule, il introduisait dans l'estomac de l'animal 300 c.c. d'une décoction forte de thé (10:400). Au bout d'un quart d'heure, il retirait ce qui restait encore de thé dans l'estomac, et il asseyait la muqueuse de cet organe, à l'aide de tamponnets fixés à l'extrémité d'une tige. Puis, pendant cinq minutes on alimentait avec des fragments de viande. Le suc sécrété par la muqueuse de l'estomac était recueilli de cinq minutes en cinq minutes ; on déterminait la quantité de ce suc, son acidité et son pouvoir digestif.

Il s'est fait voir que la décoction de thé exerce sur la fonction sécrétoire de l'estomac une influence inhibitrice très nette.

Ce résultat concorde avec certaines données de l'observation clinique. Il est avéré, par exemple, que les gens qui souffrent d'une insuffisance sécrétoire de l'estomac supportent mal le thé, et que l'inverse a lieu chez ceux dont l'estomac sécrète abondamment. D'autre part, le Dr C. Koljago, médecin militaire russe, a signalé dans un travail récent, que les soldats qui usaient du thé comme boisson quotidienne avaient maigri, là où d'autres soumis à l'usage quotidien du café de malt avaient engaissé.

MEDECINE

Traitement du Tetanos par le sérum antitannique associé au Chloral

Spillman et Nilus rapportent le remarquable succès d'un cas de tetanos, chez un jeune homme de 16 ans, qui s'était fait une plaie couteuse des doigts de la main gauche, écrasé par une large pierre ; 16 jours après l'accident, il se plaignait de douleurs vagues dans la région de la colonne vertébrale, et le lendemain matin on observait de la raideur de la nuque. Le soir du même jour il

avait une attaque type de trismus avec morsure de la langue—on lui administra 4 lavements au chloral, de 1 gramme chaque. Les 4 jours suivants, son état s'aggrava considérablement. Il eut une attaque complète d'opistotonos ; son corps formant une arche totale, supportée seulement par les talons et la tête. Les muscles étaient en état de complète rigidité, avec de temps à autre des secousses spasmodiques généralisées. La température demeurait normale.— à ce moment, 5e jour du début de la maladie, on lui fit des injections de 10 cent. cub. de sérum antitoxique. Il reçut en 24 heures 6 lavements de chloral et 2 injections de sérum. Ce traitement fut continué pendant 3 jours, les 3 jours suivants il n'eut qu'une injection par jour, de sorte qu'en six jours, il lui fut injecté en tout 90 cent. cub. de sérum. Le sérum fut alors discontinué, mais on maintint le chloral à la même dose. Le 13e jour il eut une légère attaque de convulsion, avec morsure de la langue, 2 semaines après il était convalescent, et on lui permit de se lever. Il eut une éruption cutanée ressemblant à de l'urticaire généralisée à tout le corps et d'une durée de 15 jours. Durant toute la durée de la maladie, il n'eut jamais d'albumine dans ses urines. Finalement le malade guérit complètement.

Dans un autre cas, celui d'un artilleur, amené à l'hôpital 15 jours après s'être fait écraser le pouce de la main droite, du trismus se déclara le jour de son entrée dans le service. Des doses massives de chloral furent administrées, et le 5ème jour il reçut 50 cent. cub. de sérum antitétanique. Les symptômes s'amendèrent progressivement et disparurent complètement au bout de 6 semaines.

L'avantage de ce traitement est d'associer le sérum antitétanique qui diminue la virulence des toxines, au chloral qui agit comme antispasmodique et limite la réaction de la cellule médullaire.

Revue Médicale de l'Est, Fév. 06.

— ❖ —

Tympans artificiels en paraffine

Hamm reproche à tous les tympans artificiels en usage jusqu'à ce jour d'irriter l'oreille et de ne pouvoir être portés longtemps, aussi préfère-t-il des tympans en paraffine fondant à 45 degrés n-

viron, stérilisée. Ces tympans ne provoquent aucune irritation quand par hasard la suppuration s'établit à nouveau dans l'oreille, le tympan est repoussé et on le retrouve dans le conduit auditif.

Ce tympan a le grand avantage de fermer hermétiquement la caisse. On peut permettre au porteur de prendre des bains de mer ou de rivière sans crainte de voir pénétrer des liquides en arrière de la masse obturante. L'acuité auditive est souvent améliorée d'une façon remarquable.

Pour introduire l'appareil, on cocaïnise le bord du tympan et la muqueuse de la caisse, on sèche ensuite et on introduit un morceau de compresse pour pansement de grandeur appropriée, préalablement imbibé de paraffine liquéfiée : on applique exactement ce tympan et au bout de quelques instants la paraffine a durci. Avec un peu d'habitude, on arrive du premier coup à bien placer le tympan artificiel.

Deutsche Med. Wochenschrift,
22 Février 1906.

Association Médicale des Editeurs des Etats-Unis

La 37ème réunion annuelle de l'association fut tenue à Boston le 4 juin sous la présidence de M. le Dr Waldo Coe, de Portland, Ore. Depuis sa fondation, cette assemblée fut non moins fertile en progrès, que celle des années précédentes, non seulement au point de vue du grand nombre de membres présents, mais, aussi par les différentes communications qui y furent présentées, et les nombreuses adhésions de nouveaux membres. Cette association compte maintenant au-delà de 145 membres, représentant près de 92 noms et journaux médicaux en Amérique.

Le programme suivant, comportant les différentes communications ci-dessus mentionnées, fut discuté et suivi avec attention par l'assemblée. Discours du Président. M. le Dr H. Waldo Coe.

Le devoir d'un Editeur Medical, M. le Dr Harold N. Moyer ; Annonces Médicales, M. le Dr W. C. Abbott ; Quelques réflexions sur le rapport qu'il y existe entre l'édition des articles Originaux et la Revue des Journaux, M. le Dr Walter Brickner La profession Médicale éditoriale, M. le Dr James Evelyn Pilcher, Le journalisme indépendant est une nécessité pour la profession médicale, M. le Dr Kenneth, W. Mellican, M.R.C.S. Le journalisme médical indépendant, M. le Dr J. J. Taylor ; Le journal officiel approuvé par l'Etat vs. le journal Médical Privé, M. le Dr W. J. Robinson.

Les membres suivants furent adoptés à l'unanimité de l'assemblée.

Thomas L. Stedman, New-York, "Medical Record."

Edward Willis Taylor, "Boston Medical and Surgical Journal."

Franklin H. Martin, Chicago, "Surgery, Gynecology and Obstetrics."

Frederick A. Besler, Chicago, "Surgery, Gynecology and Obstetrics."

Allen B. Kanavel, Chicago, "Surgery, Gynecology and Obstetrics."

T. H. Haneman, New-York, "New-York Medical Journal."

Samuel Cecil Stanton, Chicago, "Journal, A. M. A."

J. J. Coffman, Scotland, Pa., "Charlotte Medical Journal."

John Welsh Craskey, Philadelphia, Pa., "Medico-Chirurgical Journal."

Robert Rayburn, Washington, D.C., "Archives of Physiological Therapeutics."

Sinclair Tousey, New-York, "Archives of Physiological Therapeutics."

Clarence E. Skinner, New Haven Conn., "Archives of Physiological Therapeutics."

G. E. Peahler, Philadelphie, Pa., "Archives of Physiological Therapeutics."

W. Freudenthal, New-York, "Archives of Physiological Therapeutics."

James K. Crook, New-York, "Archives of Physiological Therapeutics."

George C. Johnston, Pittsburg, "Archives of Physiological Therapeutics."

Carl Beck, New-York, "Archives of Physiological Therapeutics."

Alfred B. Hills, New-York, "New-York Medical Times."

Carl S. Oakman, Détroit, "Detroit Medical Journal."

Charles Green Cumst - Boston, "American Journal of Urology."

John Zahoesky, St Louis, Mo., "St Louis Courier of Medicine."

James Van Doren Young, New York, "Annals of Gynecology and Pediatrics."

William C. Wile, Danbury, Conn., "New England Medical Monthly"

William Benham Snow, New York, "Journal of Advanced Therapeutics."

Mary L.H. Arnold Snow, New-York, "Journal of Advanced Therapeutics."

J. R. Phelan, Oklahoma City, "Oklahoma Medical News Journal."

Charles F. Dalton, Burlington, Vt., "Germont Medical Monthly."

Jacob B. Albright, Philadelphie, "Albright's Office Practitioner."

G. W. Borkowitz, New-York, "Electric Review."

Finley Ellingwood, Chicago.

Eugène H. Porter, New-York, "North American Journal of Homeopathy."

Oscar Dowling, Shreveport, La., "The Medical Recorder."

W. H. Wakefield, Charlotte, N.C., "Charlotte"

R. H. Andrews, Philadelphie, Pa., "Medical Summary."

James Ross, Halifax, N.S., "Maritime Medical News."

Adam H. Wright, "Canadian Practitioner."

William James Derome, Montréal, "Le Journal de Médecine et de Chirurgie."

Frs. de Martigny, Montréal, "Le Journal de Médecine et de Chirurgie."

Damien Masson, Montréal, "Le Journal de Médecine et de Chirurgie."

Fernand Monod, Montréal, "Le Journal de Médecine et de Chirurgie."

Les élections pour 1906-07 ont donné le résultat suivant :

Président : James Evelyn Pilcher, M.D., éditeur du "Journal of the Military Surgeons of the U.S. ;

Premier vice-président : Frank P. Foster, M.D., éditeur du "New York Medical Journal" ;

Deuxième vice-président : Charles F. Taylor, M.D., éditeur du "Medical World" ;

Secrétaire-trésorier : Joseph MacDonald, jr., M.D., éditeur gérant de "l'American Journal of Surgery", New-York.

Travaux Originaux

Indications concernant l'exérèse des amygdales palatines, pharyngées et leur technique

(Par le Dr J. Z. Bergeron, 34 Washington St. Chicago, Ill.)

Nos connaissances sur les fonctions et sur l'importance des amygdales sont peu étendues et je me vois donc obligé d'entrer en matière par l'énumération de quelques simples notions d'anatomie.

Normalement les amygdales sont constituées par du tissu lymphatique et du tissu conjonctif. La surface interne libre présente de douze à quinze orifices ou même plus, conduisant dans des espaces ou cryptes qui se bifurquent en plusieurs follicules recouverts d'épithélium, lequel est une continuation de l'épithélium recouvrant le pharynx, semblables sous ce rapport aux plaques de Peyer. Ce sont donc des glandes lymphatiques en communication avec les autres glandes cervicales. Elles leur ressemblent en tous points, excepté qu'elles sont plus susceptibles aux influences pathologiques, à cause de leur rapport avec la cavité buccale, par l'intermédiaire des cryptes et des follicules. Wood a démontré sur des cadavres le drainage des amygdales jusqu'à un des ganglions lymphatiques profonds accompagnant la veine jugulaire lymphatique. (Trans. Am. Laryn. Assoc. 1905 p. 269).

Quelques autorités soutiennent qu'il n'y a pas d'amygdales dans la gorge normale. Ils avancent qu'une masse visible entre les piliers antérieurs et postérieurs du pharynx est nécessairement une excroissance, et est par conséquent toujours pathologique. Cette affirmation ne repose sur rien, la quantité normale de tissu lymphatique dans les différentes parties de l'économie, n'étant pas connue. Et qu'importe la présence du tissu lymphatique buccal, au point de vue chirurgical il doit être considéré comme normal. Ceci

toutefois n'est qu'une question de définition, et le tissu lymphatique normal a autant de droit au titre et au nom d'amygdale que ce même tissu quand il n'est pas sain.

Les variations présentées par les amygdales à l'état pathologique peuvent être classifiées de la manière suivante :

1.— Une hypertrophie molle consistant surtout dans une augmentation du tissu lymphatique. C'est la forme communément observée chez les jeunes enfants et elle est associée avec l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. (Lushka).

2.— Une hypertrophie semblable, mais plus ferme qui suit l'amygdalite aiguë ordinaire, des jeunes gens.

3.— L'amygdale fibreuse dure, plus ou moins augmentée de volume, ordinairement remarquée chez l'adulte, conséquence d'attaques répétées d'inflammations aiguës.

4.— L'amygdale caractérisée par de grandes cryptes qui peuvent retenir des concrétions caseuses.

5.— L'amygdale appelée cachée, celle qui, lorsque la gorge est au repos est entièrement ou partiellement cachée par un pli de la membrane, s'étend du pilier antérieur en bas et en arrière du pilier postérieur. Avec cette forme on trouve souvent une poche qui s'ouvre près du bord supérieur de l'amygdale. (Murry, Laryngoscope 1903, XIII 912-916).

Comme conséquence de l'inflammation, toutes ces formes d'amygdales peuvent devenir adhérentes aux piliers, spécialement au pilier antérieur.

Les cinq types ci-dessus mentionnés peuvent encore être subdivisés et quoique l'on puisse dire que quelques amygdales présentent des apparences communes à deux ou plusieurs types, chacune de ces cinq formes offre au moins une symptomatologie plus ou moins distincte, et naturellement le traitement variera avec le symptôme et la variété de l'hypertrophie.

Nous ne nous occuperons pas de la tonsillite aiguë, mais plutôt de celle dont l'augmentation de volume en est une conséquence. Les enfants sont sujets à deux formes d'hypertrophie :

1.— De la seconde à la sixième année, il y a

une lente augmentation de volume de tous les éléments de l'anneau de Waldeyer, comprenant les amygdalés palatines et pharyngées. (Luschka). Ceci est une hypertrophie molle non inflammatoire au début, mais sujette à des augmentations aiguës et excessives consécutives à un processus infectieux. Les symptômes de cette condition, à moins que les amygdales soient assez grosses pour empêcher la déglutition, sont masqués par les symptômes des adénoïdes, c'est à dire respiration par la bouche, gonflement, surdité, etc.

2 Au début de l'adolescence commence la prédisposition aux tonsillites aiguës ordinaires, l'inflammation peut consister en un simple catarrhe superficiel, une folliculite ou une inflammation est susceptible d'amener l'hypertrophie dans un grand nombre de cas.

Avec ces données préliminaires, nous sommes prêts à considérer, quand doit être faite l'exérèse des amygdales. C'est un point en litige, à savoir, s'il est rationnel d'enlever toute amygdale modérément augmentée de volume qui ne gêne en rien le malade. Ceux qui maintiennent que toute amygdale visible est un état pathologique, sont inclinés à en exagérer leur importance pathologique et veulent les sacrifier comme mesure prophylactique. Ainsi Hop (Trans. Am. Laryn. Assoc. 1905, XXVII, 332-339) écrit : que la présence d'une amygdale est une menace, et que si l'opération est remise jusqu'à ce qu'elle devienne nécessaire, elle est souvent plus difficile et plus dangereuse. Il se demande si l'inflammation aiguë de l'amygdale ne peut jamais se résoudre complètement à sa condition première, et prétend par conséquent qu'elle offre toujours moins de résistance. Mais dans tous les cas, il y a des indications bien reconnues que tout praticien qui porte intérêt à ses malades ne doit pas ignorer à savoir que dans les cas d'hypertrophie des amygdales palatines ou pharyngées, l'opération ne doit pas être retardée si le petit patient présente l'évidence d'obstruction du naso-pharynx, par exemple, commencement de surdité, sommeil léger, agitation et les autres symptômes classiques de cette obstruction.

L'amygdalectomie doit être faite sous anesthésie, avec la pince à amygdales et le serre nœud, les adénoïdes (Luschka) sont enlevés avec la

curette de Gottstein ou de Lovemberg ou des pinces appropriées.

Les amygdales palatines qui sont trop petites pour être saisies avec la pince Ingals modifiée par Freer, peuvent être laissées en toute sûreté. Personnellement je n'ai vu qu'un cas d'une telle amygdale qui a augmentée de volume, assez pour nécessiter une opération.

Quand une anomalie des amygdales si petite soit elle, est associée à une adénite cervicale, les amygdales doivent être complètement enlevées afin de détruire toute source probable d'infection. Myles, (Jour. A.M.A. 1904 XLIII, p. 1282) conseille l'enlèvement complet dans ces cas et cite à l'appui Kruckman, Semon et Ruge.

Dans les cas d'amygdales modérément augmentées de volume, ne dépassant pas les piliers, nullement sujettes aux inflammations et avec des follicules normaux, on est excusable de prendre une décision conservatrice.

Une amygdale avec des follicules malades, remplis de concrétions caseeuses est d'un autre côté une source évidente de danger et doit être détruite ou rendue inoffensive. Les follicules peuvent être détruits individuellement et la grosseur de l'amygdale réduite par le galvano-cautère.

Si seulement quelques follicules sont malades, la cautérisation de deux ou trois à chaque séance est un bon procédé et l'opération peut être répétée à intervalle de cinq à huit jours, ce qui est suffisant pour permettre la disparition de la sensibilité causée par les cautérisations antérieures.

Si il y a un grand nombre de follicules malades, la cautérisation de deux ou trois à chaque séance est un bon procédé et l'opération peut être répétée à intervalle de cinq à huit jours, ce qui est suffisant pour permettre la disparition de la sensibilité causée par les cautérisations antérieures.

Si il y a un grand nombre de follicules malades et beaucoup d'hypertrophie, une opération plus radicale doit être préférée aux mérites relatifs de la cautérisation. La réaction est généralement aussi considérable après la cautérisation le plus des follicules qu'après une amygdalectomie, mais quelques malades se soumettront à une cautérisation qui ne voudront pas se prêter à une

opération chirurgicale. Toutefois l'amygdalectomie, telle qu'elle est pratiquée d'habitude avec la guillotine, n'est pas un procédé logique, parce qu'elle n'enlève pas tous les tissus malades. Cependant si l'on prend de grandes précautions pour séparer les adhérences et bien tirer l'amygdale dans l'anneau du tonsillotome avec la pince à griffes, et que l'assistant pousse bien l'amygdale en dedans de l'angle de la mâchoire on peut l'enlever assez complètement dans les cas favorables.

La tonsillotomie avec le serre-nœud n'est pas ordinairement praticable sans anesthésie générale. (Todd St. Paul, M. J. 1905 VII p.p. 877-885).

Si l'amygdale est submergée, c'est-à-dire cachée en arrière des piliers, si elle est de dimension ordinaire, mais malade, le tonsillotome ordinaire est insuffisant et l'opération condamnable à cause de la grande douleur. Black (Cal. State N. J. 1905 III 78) soutient que les cryptes fermées des amygdales atrophiées causent des douleurs qui s'irradient dans la gorge, dans l'oreille et dans la région cervicale interne, et provoquant une fatigue des muscles du cou, des névralgies, des douleurs réflexes et ainsi que des adhérences inflammatoires au pilier. Dans ces cas je fais d'habitude une cautérisation des follicules malades avec l'électrocautère, et j'obtiens des résultats satisfaisants. Cependant quelquefois des poches profondes restent qui ne peuvent être détruites par l'électrode. Si l'amygdale est déchiquetée avec fissures et poches, elle peut être égalisée avec la pince emporte-pièce, telle que celle de Rhodes ou avec la curette. Les ciseaux tonsillaires droit et gauche peuvent être employés et l'aiguille de Myles aidera en tirant l'amygdale au dehors pour la dissection.

DANGERS DANS L'EXERCISE DES AMYGDALLES ET COMMENT PEUT-ON LES EVITER ?

Evidemment les dangers seront modifiés par le choix de l'opération et par les conditions anatomiques. Cependant le danger d'hémorragie est des plus sérieux, et il peut arriver immédiatement ou seulement plusieurs jours après l'opération.

Si l'on fait l'opération quand les amygdales sont en état d'inflammation aiguë, ou comme l'a dit Lennox Browne, dans les cas où les amygdales sont augmentées de volume, seulement au moment de l'inflammation, l'hémorragie serait probablement grave. Si elle était faite après que les symptômes aigus ont diminué, l'hémorragie sera moindre, excepté chez les hémophiles ou quand ce sont des amygdales qui ont une circulation artérielle anormale ou celles qui ont une structure tellement fibreuse, que les parois artérielles ne peuvent se retracter et ainsi faciliter la formation d'un caillot assez ferme.

L'opération n'est pas rationnelle si le malade est reronn hémophilique, mais il est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, d'obtenir cette certitude. En cas de doute on devra donner la préférence aux autres méthodes pour réduire les amygdales, telles que : cautérisation des cryptes, etc, etc. Dans les cas de distribution artérielle anormale même avec le cautère serre-nœud on peut avoir des hémorragies.

Quand au pronostic des hémorragies amygdaliennes, les résultats graves sont rares, depuis que le tonsillotome de Mathieu et de Fahnestock a remplacé le scalpel et le bistouri.

Une étude de la littérature récente, faite par Harmon Smith et citée par Stevens (Cal. State M. J. 1905, III p. 79-81) relate seulement six cas d'hémorragie grave sur cinquante-six. Ces cas d'hémorragie dangereuse s'arrêteront ordinairement à l'arrivée de la syncope et Delavan la provoque en liant les bras et les jambes, ce qui d'après lui amène l'anémie du cerveau sans perte de sang pour le système. Des efforts pour arrêter le sang par compression doivent être faits immédiatement si le jet artériel est constaté. Des astringents, tels que l'acide gallique et tannique en solution concentrée doivent être appliqués sur une compresse ou bien avalés lentement. Une solution d'adrenaline peut aussi être appliquée sur une compresse ou injectée sur le moignon de l'amygdale. On peut en appliquant la branche d'une pince sur le moignon de l'amygdale et l'autre branche sur le cou au point opposé de la face externe de l'amygdale faire une compression efficace, mais ce moyen devient assez gênant pour le malade. La cautérisation du moignon de l'a-

amygdale par l'électro caustère chauffé au rouge sombre est quelquefois suffisante si elle est faite sur le point saignant. Dawbarn préconise la compression du moignon par des sutures en bourlets, passées à travers la base de l'amygdale. D'autres ont fait ces sutures à travers les piliers et ont ainsi obtenu une bonne compression. Les hémorragies moins graves sont arrêtées par de la glace ou de l'eau chaude dans la bouche. Comme dernière ressource il faut faire la ligature de la carotide externe, ce qui sera rarement nécessaire si les moyens ci-dessus sont adoptés.

La douleur provenant de l'ablation des amygdales n'est pas d'ordinaire très violente si les piliers sont eux-mêmes lacérés, la douleur peut être très forte à la déglutition.

L'usage des pinces ou du serre-nœud, à chaud ou à froid, cause plus de douleurs que la tonsillectomie.

La surface du moignon se recouvre souvent d'une fausse membrane protectrice après l'opération au serre-nœud, d'habitude au deuxième jour. Steven rapporte un cas d'inflammation excessive après une tonsillectomie, qui finalement engloba le voile du palais dans une cicatrice, empêchant le naso-pharynx de se fermer au moment de la déglutition, altérant la voix et gênant la respiration nasale.

La conséquence la plus désagréable ordinairement, est la sécrétion excessive de mucus qui fatigue le patient pendant deux ou trois jours après l'opération. Les enfants généralement, n'éprouvent pas beaucoup de douleur ou de sensations gênantes.

Les gargarismes phéniqués préservent de l'infection et sont d'un puissant effet anesthésique pris à la dose d'un drachme pour 500 grammes d'eau.

L'effet de la tonsillectomie sur la nutrition conduit des médecins de grande expérience à de curieuses fausses interprétations. Ceux qui ont écrit sur ce sujet ne s'accordent pas quant aux détails, mais tous admettent ses effets favorables sur la voix. Ainsi, Stevens dit une haute tonalité est rendue plus pleine et plus ronde, mais peut être plus basse. Pfingst dit que, (Am. Prac

& News, 1905 XXXIX p. 136-146) quelques-uns soutiennent que le timbre de la voix est élevé par l'ablation des amygdales. Je puis ajouter que plusieurs vocalistes m'ont exprimé leur reconnaissance pour l'amélioration, en étendue et en qualité du ton de leur voix, après cette opération.

Les mauvais effets sur la voix par les amygdales augmentées de volume ne peuvent pas être attribués simplement à l'obstruction qu'elles causent. Les différentes récurrences inflammatoires qui amènent l'hypertrophie gagnent d'ordinaire plus ou moins dans les structures environnantes, et ceci provoque une flaccidité du voile du palais qui de plus en plus affecte la voix en qualité et rend la voix parlée, ou chantée fatigante et douloureuse.

L'effet de la tonsillectomie sur la nutrition générale est très favorable si la santé a été affectée par une longue maladie des amygdales ou si le malade a souffert d'un manque d'oxygène comme dans les cas où il y a association d'adénoïdes.

Certaines toux ont aussi été guéries instantanément par l'ablation des amygdales.

TONSILLECTOMIE PAR LES PINCES ET LE SERRE-NOEUD

Quoique les enfants supportent généralement bien le chloroforme et tout en m'en servant moi-même pour l'opération sur les adénoïdes et les amygdales hypertrophiées j'ai peur des dangers qu'il offre. Dans cette opération, avec le chloroforme j'ai eu quelques cas alarmants mais jamais de cas fatals. Celui qui administre l'anesthésique doit être très expert si on il serait peut être préférable de se servir d'éther, quoique celui-ci soit moins agréable pour l'opérateur et pour le patient. Quand le patient est complètement anesthésié le corps est placé dans une position demi-couché sur le côté droit avec la tête dépassant le rebord de la table, faisant face à l'opérateur. La lumière forte du jour, éclairant directement la face du patient est préférable, mais si on ne peut pas l'avoir on se servira de la lampe frontale électrique.

L'assistant introduit l'ouvre-bouche, qui doit être muni d'un anneau à travers lequel il peut passer son doigt ; il doit en même temps pouvoir assurer la position de la tête. L'opérateur sépare l'amygdale droite des piliers du pharynx avec son doigt et un crochet moussé. Tandis que l'assistant pousse l'amygdale en dedans à l'angle de la mâchoire, la pince est appliquée par l'opérateur, ayant bien soin de prendre toute l'amygdale et rien de plus. Le nœud de fil No 5 est passé par dessus le manche de la pince et conduit jusqu'à la base de l'amygdale. Le serre-nœud doit être un instrument solide avec de forts anneaux pour les doigts et un très long manche étant obligé de se servir d'un long nœud. Si le manche n'est pas assez long l'amygdale ne peut pas être coupée sans réajuster le fil, et c'est une complication très ennuyeuse. Il y a danger de prendre la luette dans le serre-nœud, je conseille de la tenir soigneusement de côté avec une pince légère. Quand le serre-nœud est ajusté sur l'amygdale, il peut être serré en ayant soin qu'il ne se ferme pas sur la pince, qui doit être ronde du bout.

Théoriquement le nœud doit glisser du bout de la pince à la base de l'amygdale au moment où il est resserré, mais pratiquement il faut le pousser à la base de l'amygdale avec le doigt. Quand on est certain par les sensations que le nœud a saisi l'amygdale, alors seulement, refaire jouer la noix du serre-nœud en vissant alternativement la noix et en pinçant la partie libre du fil, vous parviendrez ainsi à enlever l'amygdale même, à sa base ou tout près, et la pince tenant toujours l'amygdale l'emportera. L'ouvre-bouche enlevé, le patient est tourné sur le côté gauche la face en bas et placé de l'autre côté de la table. L'opérateur et l'assistant change de place et on procède pour l'amygdale gauche comme on vient de le faire pour l'amygdale droite. Alors l'opérateur introduira son index gauche dans le naso-pharynx et l'explorera pour savoir s'il y a des adénoïdes. Est-il obstrué il introduit la pince de Lowenberg ou la curette de Gottstein, mais je donne la préférence à la pince, il l'introduit dans la ligne médiane en arrière de son doigt, afin de protéger la luette et d'être certain que celle-ci entre bien dans le naso-pharynx, mais en tout ceci on est plutôt guidé par ses sensations. Les manches de la pince reposent sur les dents inférieures au moment où elle pénètre dans

le naso-pharynx, maintenant ils sont élevés près des dents supérieures afin d'écarter les mors du bord du vomer et on sépare les manches. Sous une pression modérée les mors de la pince sont poussés contre la voûte du pharynx et sont fermés avec un mouvement de torsion, le morceau du tissu d'adénoïde est détaché. A ce moment placez le doigt en arrière de la pince pour protéger la membrane muqueuse, retirez la et plongez la dans un bassin d'eau pour la débarrasser des tissus, reintroduisez la de nouveau et encore, jusqu'à ce que le doigt donne la sensation que la voûte est libre. L'éminence eustachienne est évitée en tenant la pince sur la ligne médiane. Ainsi la plus grande partie des végétations est enlevée.

Les plus petites portions de tissu adénoïdien dans la fossette de Rosenmüller ou celles qui pendent de la voûte près des choanes sont susceptibles d'exercer une influence sur l'ouïe, et on doit faire tous ses efforts pour en débarrasser le malade. Comme elles ne peuvent toujours être atteintes avec la pince de Gottstein, j'introduis d'habitude la pince nasale étroite d'Ingals dans les narines et guidé par le doigt dans le naso-pharynx, j'atteins le tissu qui reste et l'enlève. Pendant quelques moments le saignement est très abondant mais pas plus abondant qu'avec la curette. Si le malade est dans la position ci-dessus indiquée, le sang coule de la bouche dans un seau placé sur le plancher et n'étouffera pas le patient.

J'ai en mémoire seulement deux cas ayant nécessité une seconde opération pour adénoïdes enlevées avec cette technique, tandis que les opérateurs qui se servent de la curette sans l'usage d'anesthésique ne nettoient pas bien les fossettes et alors sont obligés de répéter le grattage dans une certaine proportion de cas

CONCLUSIONS

1. L'hypertrophie nasale associée avec des adénoïdes sera enlevée, chez les enfants avec le serre-nœud et la pince avec le secours de l'anesthésie, les adénoïdes devront être enlevées dans la même séance.

2. L'hypertrophie ordinaire qui suit l'amygdalite aigue doit être traitée suivant les symptômes et la condition anatomique.

(a). S'il y a seulement augmentation modérée de volume et pas de follicules malades et si le patient n'est pas sujet à des attaques répétées d'inflammation, il ne faut pas intervenir.

(b). Si l'augmentation de volume est assez considérable pour causer une obstruction, si le malade est sujet à des attaques répétées d'inflammation, si c'est une cause de toux ou une source probable d'infection il est mieux de se servir du tonsillotome. Plus tard si les mêmes troubles reviennent, le cautère ou le ciseau peuvent rendre l'opération définitive.

(c). Si seulement quelques follicules sont malades, cautérisez-les à l'électro-cautère, deux ou trois fois à chaque séance.

3. En traitant les amygdales fibreuses dures, souvenez-vous des dangers d'hémorragie, surtout si vous vous servez du tonsillotome. L'électro-cautère est sûr, mais c'est un moyen lent.

4. Les amygdales avec de larges cryptes et les amygdales submergées exigent le cautère et des instruments spéciaux pour détruire le tissu malade et pour laisser une surface polie.

UN CAS D'HEBOTOMIE

(Par M. Albert Laurendeau, M. D., St-Gabriel de Brandon)

Monsieur le Président, Messieurs,

Dans les sciences d'observation, il n'y a pas de vérités absolues, toutes ne sont que relatives; mais l'esprit humain tend sans cesse à les faire évoluer vers la perfection; c'est vous dire que j'ai foi à la théorie philosophique du progrès.

Il y a quatre ans, dans une communication

que j'avais l'honneur de vous faire sur l'opération césarienne, je traçais ainsi les règles à suivre, au cas de dystocie maternelle, par rétrécissement, de l'excavation, ou des détroits:

a).—Si la mensuration du plus petit diamètre du bassin varie entre douze et neuf centimètres, ces cas sont passibles de l'application du forceps.

b).—Entre neuf et six centimètres et demi, ces bassins sont justifiables de la symphyséotomie.

c).—moindre que six centimètres et demi, l'on doit pratiquer l'hystérotomie. Eh bien! Messieurs, je viens vous dire qu'aujourd'hui je révisé la seconde proposition de ce jugement, laquelle devra se lire comme suit:

b).—Entre neuf et six centimètres et demi, ces bassins sont justifiables de l'Ébétomie.

La proposition de Sigault en 1768, à l'Académie de Chirurgie, fut à mon sens un trait de génie; malheureusement l'étudiant en médecine inexpérimenté dans l'art de la chirurgie, et vivant à une époque où l'aseptie, l'antiseptie étaient ignorées, ne pouvait prévoir les complications, les déboires, les objections que son opération ferait naître. Il ne songeait pas que la symphyse réagirait comme toutes les autres articulations; que la défense phagocytaire est presque nulle en ces lieux, que les processus de réparation des lésions périarticulaires sont contrariés par des dispositions anatomiques spéciales; bref, Sigault avait uniquement en vue l'agrandissement du bassin dans certaines conditions déterminées, et ses prévisions étaient justes. Il est même étonnant que l'Académie n'ait pas d'abord apprécié sa valeur, une conception si simple, si lumineuse: cela tient sans doute au peu d'autorité de son auteur.

Aussi, lorsque neuf ans plus tard, le stagiaire devenu maître, tenta et réussit avec le concours d'Alphonse Leroy, sa première symphyséotomie, il y eut dans le monde des chirurgiens, des accoucheurs, un tel revirement d'opinions, que l'engouement ne connut plus de bornes.

Mais bientôt l'on se rendit compte que l'on avait tablé sur des hypothèses; la mortalité qui suivit la nouvelle opération fut considérable, et la morbidité effrayante; lorsque les patients

avaient la chance d'échapper à la mort, ce n'était le plus souvent que pour garder, qui une fistule de durée interminable, qui une consolidation vicieuse ou ce qui était pis, un manque de consolidation absolue, et parfois des douleurs intolérables dans toutes les articulations du bassin : — en un mot la plupart de celles qui en réchappaient sortaient infirmes de cette fâcheuse aventure.

Sigault ne tarda pas à constater que la médaille de la Faculté de Paris avait un triste revers ; les critiques furent aussi acerbes que les louanges avaient été flatteuses ; l'on opposa les résultats de la section utérine, à ceux de la section symphysienne, et si les conséquences immédiates de la première opération étaient aussi funestes que celles de la seconde, au moins l'hystérotomie laissait-elle les guéris indemnes. Bref, le monde des accoucheurs se partagea en deux camps ; les symphysiens et les césariens, — deux sectes qui barbouillèrent pas mal de papier, se jetèrent beaucoup d'arguments, et finirent par où elles auraient dû commencer : c'est-à-dire par s'entendre. L'on se rendit compte que les deux interventions avaient chacune leurs indications, et ces indications que j'ai rappelé plus haut, je les avais tracées sommairement devant vous à Québec. Mais maintenant, l'un des termes de ses propositions : la symphyséotomie, doit disparaître de la chirurgie obstétricale, et faire place à une intervention plus moderne, plus raisonnée, plus progressive en un mot ; je veux parler de l'hébotomie que Stoltz de Strasbourg a préconisé sous le nom de "Pubiotomie", et que Gigli de Florence a renouvelée et popularisée sous le nom de "Section latérale du pubis."

La proposition de Stoltz n'a rencontré qu'une différence de la part des praticiens, probablement parce que le professeur de Strasbourg n'était qu'un théoricien : de fait, il n'a jamais osé cette opération sur le vivant, et rien ne vaut la leçon vécue, pour imposer une pratique nouvelle ; aussi la pubiotomie tomba-t-elle dans l'oubli.

Il y a quelque dix ans, Gigli accoucheur Italien militant, frappé des méfaits de la classique symphyséotomie, songea à lui substituer la conception du professeur Alsacien. Il défendit ardemment la nouvelle opération, sous l'appellation de "section latérale du pubis." Les autorités officielles en obstétrique des divers pays du

monde n'acceptèrent pas d'emblée les conclusions de Gigli ; mais celui-ci, par ses écrits, par sa persévérance, par ses propres statistiques et par celles de ceux qu'il avait convaincus, démontra heureusement la supériorité du procédé qu'il préconisait sur l'ancienne méthode. La scie filiforme qui porte son nom, et qu'il avait eu la bonne fortune d'imaginer l'aida à triompher des dernières résistances. L'ancienne lutte des symphysiens, un moment prête à se raviver contre les nouveaux interventionnistes, s'éteignit faute de combattants. Et je crois qu'aujourd'hui bien peu osent attaquer la nouvelle opération dans son principe, ou même dans sa technique. Lorsqu'il s'agit de faire l'exérèse d'un membre, quel est le chirurgien qui choisirait une articulation comme lieu d'élection ? Et pourquoi maintenant, dans nos interventions dystociques, irions-nous attaquer l'articulation pubienne ?, quand la section, tout à côté de la symphyse est moins grave, et d'exécution plus facile.

Ces deux considérations : bénignité quant aux suites immédiates ou éloignées, et simplicité quant à la technique opératoire, sont les deux facteurs qui m'ont induit à pratiquer une hébotomie chez une secondipare : observation qui fait le sujet de cette communication.

Je viens de dire "hébotomie" et je crois devoir donner la préférence à cette appellation de Van de Valde, parce que ses radicaux sont de même souche, ce qui est bien suivant le génie des langues modernes, — tandis que l'hybridité d'origine du mot "pubiotomie", et la longueur de la périphrase "section latérale du pubis", sont à mon sens des vices qui doivent faire rejeter ces expressions.

— ❖ —

Au 29 septembre 1905, j'étais appelé auprès de madame D... secondipare de 24 ans à terme. J'avais assisté cette femme à son premier accouchement, et j'avais été forcé de pratiquer la craniotomie du fœtus pour permettre à ce dernier de passer à travers la filière d'un bassin justo-minor. Il n'y avait dans les antécédents de cette parturiente ni rachitisme, ni ostéomalacie ; elle avait simplement un bassin généralement rétréci, type masculin, et portait un enfant de dix livres.

Ayant de bonnes raisons de croire que ce se-

cond accouchement ne se terminerait pas sans une intervention sérieuse, j'inspecte mon instrumentation et je me fais préparer une bonne provision d'eau bouillie. Je constate que l'enfant est vigoureux et se présente normalement.

A sept heures et vingt minutes, les douleurs sont un peu vives et la femme s'impatiente; je donne alors dans la cuisse une injection hypodermique de scopolamine morphine (1.50 de grain de bromhydrate de scopolamine, Merck et 1.5 de gr. de sulfate de morphine). Vingt minutes plus tard le pouls monte à 140, et la respiration descend à 14,—la pupille est dilatée, et la malade dort: c'est là l'effet de la scopolamine.

A huit heures et demie, après administration de quelques gouttes de chloroforme, je fais une application de forceps,—sans succès,—comme je m'y attendais au reste. Je requiers alors mon confrère, H. Archambault, qui arrive vers neuf heures, au moment où je venais de donner une nouvelle injection de scopolamine-morphine.

A la suite d'une seconde et infructueuse application de forceps, convaincu de l'impossibilité de mener à bonne fin cet accouchement normalement, je résols de sectionner le pubis, avec les seuls concours de mon confrère et d'une aide de fortune.

INSTRUMENTATION ET TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Un bistouri pour trancher la peau, un passe-scie spécial, (1), deux scies filiforme Gigli, par mesure de précaution, quelques pinces hémostatiques, de la soie, ou mieux quelques crins de Florence, des aiguilles à suture; tel est le léger bagage d'outils nécessaire pour mener à bien cette opération. L'on a conseillé de faire usage d'un écarteur automatique, pour disjoindre les deux parties du pubis sectionné, mais je crois que la traction de la tête fœtale par le forceps, est amplement suffisante à amener cet écartement.

(1) L'on peut se procurer cet instrument chez J. Stevens & Sons, 115 Wellington street West, Toronto, catalogue sous le nom de "Laurendeau wire saw holder."

Je stérilise mon outillage par ébullition, dans une solution de borate de soude, pendant un bon quart d'heure, puis j'y ajoute un peu d'acide carbolic, et mes instruments baignent continuellement dans ce soluté durant les manœuvres opératoires.

Après avoir rasé la région vulvo-pubienne, désinfecté soigneusement le vagin, les parties génitales externes, le bas ventre, l'opérateur n'a plus qu'à se stériliser les mains et commencer l'action.

Je me contenterai maintenant de décrire la technique opératoire que j'ai suivie, que j'ai imaginé pour ainsi dire, n'ayant jamais vu faire cette opération, ni lu aucun des procédés opératoires de ceux qui l'ont pratiquée. Toutefois, je connaissais bien le mode opératoire proposé par Stoltz, mais au lieu de la scie à chaînes, et de la grande aiguille courbe du professeur de Strasbourg, j'étais muni de la scie filiforme de Gigli et d'un passe-scie que j'ai fait faire, suivant les indications que j'en ai donné, par un fabricant de Londres. Puis Stoltz conseille la section sous-cutanée, tandis que j'ai fait l'hébotomie à ciel ouvert.

En somme l'acte opératoire peut se résumer ainsi: sectionner le pubis entre le trou sous-pubien et l'articulation, par un trait parallèle à la symphyse; et il faut se rappeler que l'espace compris entre ces deux bornes ne dépasse guère un pouce et demi.

Donc, en traçant une ligne sur toute la hauteur du pubis, parallèle à la symphyse, et distante de cette dernière d'environ trois quarts de pouce à droite ou à gauche, au gré de l'opérateur, ou suivant certaines indications spéciales, l'on aura à peu près la ligne de section cutanée la plus convenable à l'hébotomie.

En pratique, voici comme l'on doit procéder: Commencez par localiser la ligne symphysienne, et la chose est facile en faisant un tracé, de l'orbiculaire au clitoris; puis il est aisé, du bout de l'index de délimiter l'épine pubienne; partant de ce point, éloignez vous d'environ trois quarts de pouce, en rasant le dessus du pubis, vous rencontrez alors la section cutanée décrite plus haut, et c'est juste à cet endroit, c'est à dire trois quarts de pouce en dehors de la symphyse que vous devez plonger votre passe-scie. Glissez le passe-scie le

long de la face postérieure du pubis, en rasant l'os, et faites sortir la pointe de l'instrument à côté du clitoris, entre un des corps caverneux et la branche descendante du pubis, à laquelle il est uni. Fixez alors la scie au passe-scie que vous retirez, ramenant de la sorte la scie de Gigli en bonne position ; adoptez-y les poignées, puis enfin quelques mouvements de va et vient par la scie suffisent à diviser le pubis. Les deux portions séparées s'écartent aussitôt, surtout pendant les contractions utérines, et cet écartement peut être augmenté dans une certaine mesure par une application de forceps, ou par l'emploi d'un écarteur mécanique.

Le pubis divisé, une des poignées est enlevée, la scie filiforme retirée, l'accouchement terminé, et il ne reste plus qu'à suturer la peau. Je n'ai pas fait de sutures osseuses, et cependant la consolidation était parfaite après deux mois.

J'ai eu facilement raison de l'hémorrhagie assez abondante aux environs du clitoris, simplement en faisant un peu de compression avec des tampons de coton stérilisé. L'opération terminée sur la plaie quelques doubles de gaze iodoformée, née, les sutures cutanées achevées, j'ai appliqué maintenus en place par des bandelettes de diachylon, et enfin par-dessus le tout la traditionnelle ceinture des accouchées canadiennes.

La plaie a guéri par première intention. — Deux mois après sa délivrance, madame D... marchait facilement ; la consolidation osseuse était parfaite ; — et l'enfant dont le poids était de dix livres à la naissance, et que je n'ai pu extraire que par une application laborieuse du forceps, malgré un agrandissement circonférenciel du bassin d'un pouce trois quarts, fait aujourd'hui la joie de la mère et du père.

— ❖ —

En résumé : les indications à l'hébotomie, sont celles qui président à la symphyséotomie, et nous devons substituer la section du pubis à la section de la symphyse pour les raisons suivantes :

1^o L'hébotomie fait courir moins de risques immédiats et consécutifs à la parturiente que la symphyséotomie.

2^o L'hébotomie est pour l'opérateur d'exécution plus facile que la symphyséotomie.

Je conseille la scopolamine comme anesthésique ; je crois que le passe-scie filiforme que j'ai fait fabriquer spécialement aux fins de cette opération, facilitera beaucoup la principale manœuvre opératoire du temps le plus délicat de l'intervention.

Thérapeutique

Le Phlegmon de l'Amygdale

(Par M. le Docteur L. Martin)

Lorsqu'on pratique d'une façon systématique l'examen bactériologique des angines, on arrive le plus souvent à constater que des angines diphtéroïdes, classées autrefois parmi les angines diphtériques sont produites par des streptocoques, des staphylocoques. Plus rarement, on a dû rattacher à la diphtérie des affections qui étaient regardées comme très différentes de cette maladie. C'est ainsi, que le professeur Dieulafoy a montré que l'angine herpétique pouvait, dans certains cas, être une angine diphtérique. C'est ainsi encore que nous avons établi que certains phlegmons de l'amygdale pouvaient être dus à la diphtérie.

Dans le premier cas, l'erreur de diagnostic n'est pas grave ; on donne du sérum à un malade qui n'a pas la diphtérie. Dans le second cas, les conséquences sont souvent terribles ; le diagnostic n'étant pas fait, le malade meurt, alors que, connue et diagnostiquée, la maladie eût été soignée par le sérum antidiphtérique et se serait terminée par la guérison.

À la suite d'une erreur de diagnostic, nous avons vu un malade mourir d'un phlegmon diphtérique de l'amygdale ; cette erreur nous a frappée et nous avons depuis recherché sa fréquence

Notre élève M. Maire (1) en a réuni six observations inédites dans sa thèse de doctorat, et, en parcourant la littérature médicale, il a vu que Harald Ernberg (2), médecin de l'hôpital des contagieux de Stockholm, a rapporté quatre cas d'angine phlegmoneuse diphtérique.

A la Société médicale des hôpitaux (3), quand nous avons présenté le résumé de nos observations, nous avons bien établi que dans cette question il fallait insister sur deux points :

1o Il existe des cas où un phlegmon de l'amygdale se complique de diphtérie ;

2o L'amygdalite diphtérique peut simuler l'amygdalite phlegmoneuse.

De ces faits, le premier était connu ; le second n'avait pas été connu avant l'année 1903.

Or, dans l'espace de quelques jours, nous venons d'observer, à l'hôpital Pasteur, deux malades qui sont morts quelques heures après leur entrée. Leurs observations sont très intéressantes, et il est important de les publier, pour attirer l'attention des médecins sur les relations qui existent entre le phlegmon de l'amygdale et la diphtérie.

Voici la première observation :

Albert B..., 23 ans.— Un médecin a vu ce malade le dimanche matin, 3 septembre 1905. Le diagnostic a été : phlegmon péri-amygdalien. Comme ordonnance : lavage à l'eau boricuée, toutes les trois heures d'abord, puis toutes les heures.

Le médecin revoit son client le lundi matin et perce au bistouri un abcès à gauche ; le malade rend du sang, mais pas de pus.

Lundi soir, notre confrère revient, fait le diagnostic d'angine couenneuse et envoie le malade à la Pitié, d'où on le dirige sur l'hôpital Pasteur. Le malade entre le mardi 5 septembre, à 5 heures et demie. A l'examen de la gorge, on trouve deux grosses amygdales phlegmoneuses, recouvertes de fausses membranes grises, épaisses, qui s'étendent sur le voile du palais, plus à droite

qu'à gauche. Le cou est œdématié ; les ganglions durs, douloureux, mais peu engorgés.

Le malade, qui était venu en voiture de place, peut aller à pied de la consultation au pavillon, ce qui représente une distance de 100 mètres environ.

On l'isole immédiatement dans une chambre, et à peine entré, il a un premier accès de suffocation. Il ne peut parler et exprime par gestes qu'il est comme étranglé.

L'accès se calme : on le couche, mais il ne peut rester étendu ; il s'assoit sur son lit pour mieux respirer.

Devant la gravité du cas, on injecte immédiatement 80 centimètres cubes de sérum antidiphtérique sous la peau, et je prépare, en outre, tout ce qu'il faut pour une injection intra-veineuse.

La peau du pli du coude est lavée ; aussitôt elle devient rouge, et, par places, se forment de petites taches de purpura.

Tandis que je termine mes préparatifs pour pratiquer l'injection intra-veineuse, le malade a un accès de suffocation, il ouvre la bouche contracte ses commissures labiales, fait un effort pour respirer, pâlit, retombe sur son lit, a encore deux ou trois respirations pénibles, incomplètes, et meurt, tué par la toxine diphtérique.

Au point de vue clinique, ce cas s'est présenté comme une amygdale phlegmoneuse, compliquée de diphtérie ; c'est du moins le diagnostic porté. Le médecin traitant avait d'autant plus le droit de penser à un simple phlegmon de l'amygdale, qu'il avait appris que le malade avait été soigné, un an auparavant, pour une amygdalite phlegmoneuse, et on sait que les récurrences sont fréquentes dans ces amygdalites. La présence des fausses membranes aurait pu, il est vrai attirer son attention, mais elle ne pouvait lui permettre de faire le diagnostic, car souvent, le phlegmon de l'amygdale se recouvre d'un enduit qui a tous les caractères d'une fausse membrane. En compulsant nos observations, nous voyons que sur 20 cas d'angines phlegmoneuses non diphtériques, 5 fois nous avons noté un exsudat.

Dans cette première observation, seul l'examen bactériologique aurait pu fournir un dia-

(1.) Paris, 1904.

(2.) Hygiea, Stockholm, 1903.

(3.) Société médicale des hôpitaux, 1904, p.

gnostic certain ; toutefois, l'attention était attirée par l'examen clinique et, à l'apparition des fausses membranes, on pouvait, du moins, soupçonner la diphtérie.

Dans notre deuxième observation, le malade a été envoyé par l'interne de garde de l'hôpital Laënnec comme suspect d'une maladie contagieuse, et rien ne permettait de porter le diagnostic de diphtérie.

Voici le résumé de cette observation :

Louis P..., 16 ans, va aux Halles et fait son service de marchand de légumes pendant toute la matinée du mardi 8 août. Vers midi, il se plaint de mal de gorge et accuse une grande lassitude ; dès le soir, il a de la dysphagie. Le lendemain matin, il ne peut plus avaler ; le médecin appelé l'envoie à l'hôpital Laënnec, d'où l'interne de garde le dirige sur l'hôpital Pasteur, où il entre le mercredi, 9 août, à 6 heures du soir.

Il est vu aussitôt par M. Lemarquand, qui constate un gonflement énorme de l'amygdale droite et de la luette ; l'isthme du gosier se trouve presque entièrement obturé. Pas de fausses membranes, mais la muqueuse buccale, au niveau de la partie tuméfiée, paraît surélevée, boursoufflée, chagrinée, avec de petites ecchymoses par places. Inutile d'ajouter que l'engorgement ganglionnaire est énorme et l'état général des plus mauvais.

M. Lemarquand ne peut établir un diagnostic. Suivant la règle de l'hôpital, qui dit qu'on doit injecter du sérum antidiphtérique à tout malade atteint d'angine phlegmoneuse, il pratique une injection et ensemence deux tubes de sérum. Disons immédiatement que c'est grâce à cette précaution que nous avons pu ultérieurement faire un diagnostic.

A 10 heures du soir, le malade s'affaiblit ; prévenu par M. Lemarquand, je l'examine. Je suis frappé de l'engorgement énorme de l'amygdale dans l'espérance d'un soulagement, j'applique sur l'amygdale quelques pointes de feu fines, mais profondes. Il ne sort pas une goutte de pus et le malade n'est pas soulagé. Pas une minute, je n'ai pensé à diagnostiquer la diphtérie.

A 2 heures du matin, le malade meurt, avec une pâleur extrême, les extrémités froides et un

pouls régulier à 32 ; il n'y a pas de phénomènes asphyxiques.

Pendant la vie, M. Lemarquand avait ponctionné la tumeur et avait retiré un peu de liquide clair qui ne contenait pas de microbes aérobies.

Après la mort, nous avons demandé au docteur Veillon de ponctionner la tumeur pour rechercher les anaréobies ; il n'en a pas trouvé.

La seule cause de cette mort si rapide, chez un jeune homme bien constitué est bien le bacille diphtérique, que nous avons retrouvé dans les cultures de M. Lemarquand.

Malgré notre confiance dans le diagnostic bactériologique, ce diagnostic rétrospectif était loin de nous satisfaire complètement. Comment admettre une diphtérie sans fausses membranes, avec une simple muqueuse surélevée, boursoufflée, ecchymotique ? L'état local ne nous permettait pas de porter ce diagnostic, et cependant l'état général, la marche rapide de la maladie, la façon dont le malade était mort, plaident en faveur de la diphtérie ; la toxine diphtérique est bien capable, en effet de tuer de la sorte.

Or, à la suite d'une enquête sérieuse, nous avons eu l'explication des faits et la confirmation de notre diagnostic.

Dans la maison habitée par le jeune homme, il y avait d'autres malades atteints de diphtérie ; il était en plein centre épidémique et, de plus, il a communiqué la maladie à sa mère et à deux de ses frères, qui, traités rapidement par le sérum, ont eu une diphtérie très bénigne dont ils ont guéri.

Le fait que nous venons de rapporter est tellement instructif qu'il ne comporte presque pas de commentaire.

C'est l'examen bactériologique seul qui nous a permis de faire le diagnostic. Dans des cas semblables, il faut donc y avoir recours ; mais on doit être prévenu sur un point important.

En pareilles circonstances, les médecins se servent souvent d'antiseptiques pour pratiquer des lavages de la gorge ; or, ces antiseptiques peuvent retarder la culture du bacille diphtérique. La chose est bien connue, il est utile, néanmoins, croyons-nous, d'y insister. Le retard de la cul-

ture peut être tel, que les premières colonies visibles n'apparaissent qu'après trente-six heures. Aussi, à l'hôpital Pasteur, avons-nous pour règle de demander à nos élèves de considérer comme suspecte de diphtérie toute amygdalite phlegmoneuse, et d'injecter aussitôt du sérum antidiphtérique. Cette pratique a pu sauver plusieurs de nos malades.

Etant donné la marche rapide et la terminaison fatale de ces phlegmons amygdaliens diphtériques nous pensons être utile aux médecins en attirant leur attention sur ces faits et en leur recommandant d'user largement, dans ces cas de la sérothérapie antidiphtérique.

Le Coryza syphilitique et son traitement

Le coryza est une des premières et des plus significatives déterminations de la syphilis infantile précoce. Cet accident manque rarement, et peut être exceptionnellement pendant quelque temps, l'unique signe de cette infection.

Il se manifeste tout d'abord par un enchièvrement accompagné d'un écoulement séreux qui devient vite sanieux, verdâtre, purulent, mêlé de sang et d'odeur fétide. Cet écoulement se concrète en croûtes jaunes ou verdâtres qui obstruent les narines. Lorsque le coryza est très intense, on peut voir se produire une véritable atrésie nasale.

Au niveau de l'orifice nasal, qui est très étroit la peau est plus lisse, plus tendue, comme attirée à l'intérieur. On dirait que la narine se retrousse en dedans.

L'obstruction plus ou moins complète des narines entrave fortement le passage de l'air : l'enfant respire par la bouche et tête très difficilement.

Les lésions du coryza syphilitique sont habituellement superficielles et ne se propagent pas au

squelette, comme le font les lésions nasales de l'hérédosyphilis tardive.

— ❖ —

Dans une excellente monographie récemment parue (1), le Dr Gastou a bien exposé les indications du traitement du coryza syphilitique.

L'étroitesse des fosses nasales crée une grosse difficulté. D'autre part, le lavage de ces conduits à l'aide du siphon serait vraiment dangereux. Il faut cependant :

1o Nettoyer les fosses nasales pour faciliter la respiration et la déglutition ;

2o Désinfecter et aseptiser la muqueuse pour détruire les germes purulents et empêcher l'infection ;

3o Guérir le coryza ;

4o Empêcher les complications si elles menacent, ou lutter contre elles si elles se sont déjà produites.

1o On nettoie les fosses nasales en introduisant dans les narines un fin stylet garni d'un petit tampon d'ouate stérilisée ; ce stylet doit être dirigé d'avant en arrière et non de bas en haut. On renouvelle cette manœuvre avec un tampon d'ouate humide.

Si ce nettoyage ne suffit pas, on prend une poire aspiratrice, on en munit l'embout d'un petit tube de caoutchouc et, après en avoir chassé l'air, on l'introduit dans les narines et l'on aspire avec elle les mucosités.

On peut, au besoin, pratiquer une douche d'air : l'embout introduit dans une narine, on presse la poire après avoir bien fermé les orifices nasaux.

On fait ensuite des vaporisations d'eau simple ou boriquée à 20 pour 1000 au devant des narines.

2o Pour désinfecter et aseptiser la muqueuse, on introduit dans le nez de l'huile mentholée à 1 pour 100 ou 1 pour 50, soit par des pulvérisations, soit à l'aide d'un stylet garni d'ouate.

On fait des attouchements profonds avec un mélange de :

(1) Le Coryza syphilitique, brochure in-5, chez Maloine.

Créosote de hêtre 20 à 50 centigr.
Glycérine..... 10 gr.

dont on augmente la force, s'il est bien supporté.

On prescrit aussi des lavages, pratiqués sans force à l'aide d'une petite seringue ou d'un bœck à injection très peu élevé et muni à l'extrémité du conduit en caoutchouc, d'une petite sonde qu'on introduit à l'entrée des fosses nasales. On emploiera pour ces lavages de l'eau bouillie simple ou de l'eau boriquée à 20 pour 1.000, ou, comme le conseille Lermoyez, des solutions de bicarbonate de soude ou de résorcine à 1 pour 100. On utilise également l'eau oxygénée à 10 volumes de la façon suivante :

Eau oxygénée à 10 volumes. 2 cuillerées à soupe.
Bicarbonate de soude .. 1 gr.
Eau bouillie tiède 200 gr.

On peut augmenter la force de la solution et faire les lavages avec de l'eau oxygénée à 1 pour 4 parties d'eau, 1 pour 3 s'il y a lieu.

3o Les fosses nasales nettoyées, on cherche à guérir le coryza.

Pour cela, on insuffle au moment où l'enfant crie, et après les lavages, la poudre suivante :

Iodoformé 1 gr.
Benjoin 3 gr.
Acide borique 10 gr.
(Lermoyez).

ou bien :

Calomel à la vapeur ... 50 centigr.
Bicarbonate de soude.... 3 gr.
Talc..... q. s. p. 10 cent.

On associe aux lavages des cautérisations avec des solutions de nitrate d'argent à 1 pour 200, 1 pour 100, 1 pour 40, suivant la tolérance de l'enfant et la réaction de la muqueuse.

On essaye même des attouchements avec une solution de sublimé à 1 pour 1.000, attouchements répétés trois à quatre fois par jour en cas de coryza fétide.

On fait également des attouchements avec de l'eau oxygénée pure deux fois par jour.

4o Pour prévenir ou traiter les complications, on protège les lèvres de la face par de la vaseline neutre, par des poudres inertes. On nettoie la gorge avec un stylet garni d'ouate. On évite que l'enfant reste sur le dos.

Dès qu'une complication survient, malgré les soins prophylactiques, on la combat selon sa localisation.

Il ne faut pas oublier, bien entendu, de joindre au traitement local une hygiène et un traitement tonique, et surtout le traitement spécifique.

Quand le coryza sera guéri, il faudra encore exercer sur l'enfant une surveillance rigoureuse, et rechercher les complications possibles afin de guérir les reliquats et d'en empêcher les effets tardifs.

Revue des Journaux

M. Karl Sinnock

EVALUATION DU SUCRE URINAIRE PAR UNE MODIFICATION DE L'EPREUVE DE TROMMER.

L'auteur a employé dans le service du professeur Treupel, de Frankfort, la solution de Heinsche.

Sulfate de cuivre	2 grammes
Eau distillée... ..	15 grammes
Glycérine... ..	15 grammes
Potassé au 20 degrés ...	150 grammes

Cette solution permet d'obtenir une réaction avec une très petite quantité d'urine sucrée. Elle n'est pas influencée par la plupart des ingesta médicamenteux qui réagissent sur la liqueur de Fehling.

Münchener Med. Woch., No 18.

M. Alfred F. Hess

CONSTATATION DE L'ABSENCE D'ACIDE CHLORHYDRIQUE LIBRE (dans le suc gastrique) PAR LE SIMPLE EXAMEN DES EXCREMENTS

Il est possible de reconnaître l'absence d'acide chlorhydrique libre par le simple examen des fèces

à l'œil nu. Pour cela, le patient doit absorber journallement, les trois jours qui précèdent l'examen, au moins un quart de livre de viande de bœuf hachée.

Schmidt a montré que la sécrétion chlorhydrique normale était suffisante pour assurer la digestion du tissu connectif contenu dans un quart de livre de viande. Il suffit donc de délayer dans un mortier avec un peu d'eau les excréments rendus à la fin du troisième jour et de voir si des fibres connectives flottent à la surface de l'essai.

On peut d'ailleurs se dispenser d'employer le microscope pour caractériser ces fibres qui se différencient nettement des résidus végétaux.

Medical Record, No 17.

Le Congrès Américain International de la tuberculose sous l'égide du gouvernement des Etats-Unis

Le trésorier du Congrès International de la tuberculose, a reçu les lettres suivantes du Secrétariat d'Etat américain :

Sécrétariat d'Etat,
Washington, juin 5 1906.

M. Clark Bell, écuyer,
Trésorier du Congrès Américain
International de la tuberculose,
29 Broadway, New-York,

Monsieur,

En réponse à votre honorerée du 2 avril dernier, j'ai le plaisir de vous informer que le 31 mai, des avis ont été envoyés à tous les membres du service diplomatique des Etats-Unis de l'Amérique, les engageant à accepter l'invitation faite par le Congrès Américain International de la tuberculose et d'envoyer des délégués à sa grande convention qui sera tenue au mois de novembre prochain.

D'accord avec votre demande, les instructions formulées par M. Hay, lors du dernier Congrès tenu à St-Louis, ont été incluses dans le rapport

De plus, ce même jour, le 31 mai, les représentants du corps diplomatique Américain, en

Angleterre, en France, au Danemark, et dans les Pays-Bas, furent avisés de faire parvenir cette invitation, aux autres représentants des colonies américaines, pour être délégués à ce Congrès.

Votre obéissant serviteur,

ROBERT BACON,

Secrétaire.

Ci-dessous la circulaire adressée aux officiers du corps diplomatique des E. U.

CONGRES AMERICAIN INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

Sécrétariat d'Etat,
Washington 31 mai 1906.

Aux Officiers du corps diplomatique des
Etats-Unis de l'Amérique.

Messieurs,

Le département a été notifié par le Comité Exécutif du Congrès Américain International de la tuberculose, qu'il a adressé au gouvernement de chaque Etat de l'Amérique, une invitation à se faire représenter officiellement à la grande convention du Congrès qui sera tenu à New-York, durant trois jours, le 14-15-16 novembre 1906, et, de plus, ce Comité, a demandé au Secrétariat d'Etat, de faire en son pouvoir pour que cette invitation puisse être acceptée. Lors du dernier Congrès de la tuberculose tenu à St-Louis, en 1904, mon prédécesseur, monsieur Hay, dans sa circulaire aux représentants diplomatiques, en les engageant d'accepter une semblable invitation, disait : " Le but humanitaire que ce Congrès a en vue, pour arriver par la discussion à trouver des moyens d'empêcher le fléau de la tuberculose de s'étendre trop loin et, d'enrayer autant qu'il est possible les ravages de cette terrible maladie, qui, en ce moment cause tant de désastre au sein de notre population, — ce but poursuivi par un groupe d'hommes savants, ne peut que rencontrer l'entière sympathie et la complète approbation du gouvernement américain. En conséquence, le Secrétaire d'Etat, est heureux de faire savoir au gouvernement des différents Etats de l'Amérique, que le gouvernement de Washington, sympathise entièrement avec les promoteurs de ce Congrès, et qu'il sera fier d'apprendre que le gouvernement de l'Etat de....., prend lui aussi intérêt

au succès de ce Congrès, en acceptant l'invitation du Comité Exécutif, et en déléguant deux ou trois hommes d'une science reconnue pour les y représenter.

De plus, le Secrétaire d'Etat, serait heureux si le gouvernement de l'Etat d'agissant ainsi suivant la requête du Comité Exécutif, voulait donner à ce projet la plus grande publicité possible, pour que les organisations et les sociétés fondées dans ce but, puissent en prendre connaissance."

Ce que, mon prédécesseur M. Hay, disait du Congrès de St-Louis, le Secrétaire d'Etat, vous le répète, pour la grande Convention de New York, et, il serait heureux, si vous y apportiez le même enthousiasme et la même confiance.

Votre obéissant serviteur,

ELIHU ROOT.

Tuberculose et Sérum de Marmorek

Le docteur Adelstan de Martigny, étant absent, nous sommes empêchés, de continuer dans ce numéro, la publication de son travail complet.

Nous en reprendrons la publication régulière aussitôt qu'il nous sera possible.

N. D. L. R.

Nécrologie

Le professeur Brouardel

Le professeur P. Brouardel est mort, il était né en 1837, docteur en médecine en 1865, agrégé de la Faculté de Paris en 1869 enfin professeur de médecine légale en 1879. Je ne chercherai pas à

retracer la vie scientifique de l'homme éminent qui vient de disparaître. Je ne parlerai pas de ses travaux sur l'origine hydrique de la fièvre typhoïde ou sur la prévention de la tuberculose. Si les directeurs de ce journal avaient voulu un article nécrologique sur l'œuvre de ce grand hygiéniste, ils n'avaient qu'à reproduire ce que tous les journaux de médecine ont dit de notre ancien maître, car il a été le doyen de notre Faculté de Paris et notre maître à tous.

Tous les médecins du Canada qui ont été en France faire leurs études ont subi l'influence de cet homme éminent, dont la bonté était le caractère dominant. Si on me demande d'écrire ces lignes en souvenir de Brouardel, c'est avec le désir de me voir raconter ce que je connais de ce maître vénéré.

Je l'ai approché deux fois dans ma vie. En 1885 à la morgue, il faisait une autopsie légale, les ennemis de Pasteur venaient de déposer une plainte contre le grand savant, on l'accusait d'avoir tué un enfant en lui inoculant le vaccin antirabique. Vue à 20 ans de distance cette plainte semble fantastique ; ils sont plus de trente mille ceux qui, dans tous les pays du monde, ont subi le traitement antirabique, mais en 1885 la méthode avait à faire ses preuves, la tribune de l'Académie de Médecine retentissait des attaques contre Pasteur et sa méthode. La haine de ses adversaires était extraordinaire. Le jour de cette autopsie, il était 3 heures de l'après-midi, c'était un dimanche, le Dr Descout assistait son maître qui lui-même tenait comme toujours le scalpel, il eut l'idée de faire l'analyse de l'urine et trouva des flots d'albumine puis s'adressant à moi qui représentait le laboratoire Pasteur il me dit de prendre le bulbe qui m'était nécessaire pour faire les inoculations et avant mon départ il recommanda au Dr Descout de faire des recherches analogues avec le reste du système nerveux mis dans un liquide conservateur.

Quelques jours après, il se levait à l'Académie et prenait la défense de Pasteur, en alléguant cette mort à une maladie du rein, et grâce à cela fermait la bouche à tous, il se rangeait à côté de Vulpian, de Charcot, de Villemain, de Bouley, dans cette minorité d'hommes illustres qui prirent la défense de la bactériologie à son enfance, car,

comme le disait Brouardel, si nous ne défendons pas Pasteur qui est attaqué, au nom de la médecine traditionnelle, la science reculera de 50 ans. Grâce à lui qui apportait à la défense de la vérité tout le poids de son influence qui était immense, les cris des aboyeurs furent étouffés et sans avoir fait lui-même de grandes découvertes dans la science des microbes, il est un de ceux à qui les Pasteuriens doivent le plus de reconnaissance.

Je l'ai approché une autre fois au Congrès de Boulogne de l'Association Française pour l'avancement des sciences, il était président de ce congrès de 1898 et j'en étais le secrétaire. Il fallait organiser la réception que nous devions faire à la British Association for the Advancement of Science, qui avait tenu son meeting à Douvre, et qui nous avait invité deux fois à traverser le détroit pour aller nous joindre à elle et participer à ses travaux. Brouardel les deux fois avait entraîné les Français à affronter les désagréments de la traversée et avait su organiser des réunions de section dans lesquelles des savants français de valeur étaient venus exposer leurs travaux, il avait l'entrain d'un chef et savait communiquer son enthousiasme à ceux qu'il avait à ses côtés.

Lorsque les Anglais débarquèrent sur le quai de Boulogne, Brouardel fut au devant de Sir Michael Foster, le président de la British Association et lui donna l'accolade, il y eut de longs applaudissements en voyant cette "entente cordiale" des deux savants et la fusion entre les deux grandes sociétés scientifiques était faite. Puis Brouardel vint se mettre au milieu de nous et au moment où Lord Lister parut sur le pont il donna le signal des acclamations qui accueillirent le père de l'antiseptie. Ce sont des impressions vivaces que l'on ne peut oublier, si Brouardel fut un défenseur de la science moderne à son début il fut aussi un des ouvriers de la première heure de l'entente cordiale et il est juste que les médecins français du Canada lui adressent un hommage de reconnaissance ; il est mort entre le congrès de Trois-Rivières et celui de Toronto, entre un congrès de langue française et un congrès de langue anglaise au Canada, lui qui a tant fait pour attirer les étudiants étrangers à l'université de Paris il serait touché des marques de regrets exprimés par ses anciens élèves du Canada.

Dr A. BOIR.

Ancien préparateur de M. Pasteur.

FORMULAIRE

Traitement du prurit génital

W. Shoemaker propose contre les démangeaisons survenant chez les femmes aux environs de la ménopause :

Faire prendre à l'intérieur des pilules composées comme suit :

Oxyde de zinc	0 gr. 3
Quinine... ..	2 — 5
Extrait d'aloès... ..	1 —
Suc de réglisse... ..	Q. S.

p. f. pilules No 20 ; chaque pilule contient donc 0 gr. 015 d'oxyde de zinc.

S. — A prendre, par une pilule, 3 fois par jour.

En même temps, les parties prurigineuses seront lavées à l'eau phéniquée faible, additionnée de menthol ou d'alcool aromatique. (D'après le "Bulletin général de thérapeutique.")

Il est bon de rappeler que depuis longtemps M. Alb. Robin emploie une médication analogue.

Moyen de faire tolérer l'antipyrine

(Combemale).

Aussitôt après avoir avalé une cuillerée à soupe de la solution :

Antipyrine	4 grammes
Bicarbonate de soude ...	2 grammes
Sirop de sucre	15 grammes
Eau	45 grammes

absorber une cuillerée de la préparation suivante:

Acide citrique	2 grammes
Sirop de limon	15 grammes
Eau..... ..	45 grammes

Préparations contre le prurit et lésions irritatives de la face.

(Hôpital Broca.—M. Brocq.)

Chez les sujets présentant des éléments irritatifs de la face en rapport avec des troubles digestifs, et une alimentation défectueuse, M. Brocq prescrit la pommade suivante :

Résorcine	25 centigr.
Calomel... ..	75 centigr.
Oxyde de zinc..... ..	2 grammes
Lanoline... ..	à à 10 gr.
Vaseline)

Dans certains cas, il prescrit contre le prurit la pommade :

Lanoline	15 grammes
Menthol	30 centigr.
Vaseline (1ère marque)	25 grammes
Acide phénique... ..	40 centigr.
Acide salicylique... ..	3 grammes
Oxyde de zinc... ..	10 grammes

Travaux Originaux

La pratique de la Chirurgie à la campagne. (1)

(Albert Laurendeau, M.D., St-Gabriel de Brandon).

Monsieur le Président, Messieurs,

Il y a deux ans, dans les mêmes circonstances qu'aujourd'hui, j'avais l'honneur de vous entretenir sur la "Pratique de la chirurgie à la campagne."

Ceux qui parmi vous étaient présents, et l'assistance était alors nombreuse, se rappellent sans doute avec quelle violence de langage certains membres du Congrès, M. le Président de la "section de chirurgie" entr'autres attaquèrent les opinions, les principes que je défendais, ou plutôt qui faisaient la base même de ma communication.

J'affirmais que la pratique de la chirurgie était trop négligée dans nos campagnes; que tout médecin rural devrait être en état de faire toute la chirurgie urgente, et serait même justifiable d'oser aborder toutes les opérations courantes de la grande chirurgie; en un mot, je prêchais la décentralisation de la chirurgie. Et j'essayai de prouver par des statistiques que les résultats de la chirurgie à la campagne étaient aussi brillants aussi sûrs que ceux de la chirurgie hospitalière. J'entends encore le tollé, les critiques acerbes, pointilleuses, dont je fus l'objet. L'on me traita un peu de Maître Jacques: "Accepter les enseignements du Docteur Laurendeau, serait rétrograder d'un demi siècle; au point de vue de la science et de l'art médical, ce serait remonter aux âges où tous les médecins pratiquaient indifféremment ou successivement la pathologie interne, la pathologie externe, l'obstétrique, etc., etc.; ce serait détruire la spécialisation, à la fois produit et facteur du progrès scientifique moderne."

À la suite de ce pénible incident, et pendant de longs jours, j'en fus à douter de mes aspira-

(1) Communication lue au Congrès de Trois-Rivières.

tions, à me demander si je ne m'étais pas engagé dans une mauvaise voie,—et comme témoin de mon découragement, j'ai même cessé pendant un temps de conserver mes observations, d'amasser mes statistiques.

Cependant, à peine quelques mois étaient-ils écoulés, que des voix autorisées, des puissants, des princes de la chirurgie, enseignaient des doctrines analogues aux miennes, m'aidaient même de leurs conseils, de leurs encouragements:— et permettez-moi Messieurs, de nommer ici à ce sujet Sir William Hingston, l'un des plus illustres représentants de la chirurgie dans notre province, dont je regrette ici l'absence, celui qui, à l'honneur du Canada a été choisi comme Vice-Président du Congrès International de chirurgie qui aura lieu à Paris l'an prochain;—et Samuel Pozzi le Maître vénéré, dont la science, j'oserais dire le génie sont incontestés, et dont la présence a réhaussé l'éclat de notre dernier Congrès à Montréal. Qu'il me soit permis d'offrir mes hommages à Sir Wm. Hingston, qui représente et illustre toute une époque chirurgicale,—je suis heureux d'accoler ici les noms de ces deux hommes aux idées larges et aux tendances scientifiques libérales.

À la première césarienne que j'ai tentée, à la première cholécystotomie que j'ai réussie, chaque fois, j'ai reçu quelques mots de félicitations et d'encouragement de Sir Wm. Hingston, et à l'encontre de certains esprits chagrins qui voudraient sans doute la chirurgie confinée dans un cercle étroit, dans une petite église, il n'a pas craint de me pousser de son souffle puissant dans la voie où je m'étais d'abord engagé avec timidité, et que la réflexion, l'expérience m'ont démontré la bonne, la vraie.

Mais la confirmation la plus éclatante de mes idées, de mes principes, vient d'une voix encore plus autorisée,—ou plutôt dont l'autorité sera moins contestée dans cette enceinte. Au 17 octobre 1904, il s'est tenu à Paris un Congrès Français de Chirurgie, sous la présidence du Professeur Pozzi, qui y a prononcé le discours d'ouverture, véritable bijou de verve scientifique, d'esprit gaulois.

Permettez-moi de lire quelques extraits de ma communication de juin 1904, et comparez à ce que dit Pozzi dans son style châtié, son langage imagé au Congrès français de la même année.

Extraits de ma communication : "LA PRATIQUE DE LA CHIRURGIE A LA CAMPAGNE," au Congrès de Montréal. (28 juin 1904).

Plusieurs croient que seuls, les chirurgiens des grandes cités peuvent oser une laparotomie, une appendicectomie, une gastro-entérostomie, une cholécystotomie, une césarienne, etc. ; détrompez-vous, chacun de vous est capable de mener à bien ces opérations, et je vous le démontrerai plus loin.

Sans doute, qu'un praticien rompu à ce genre d'exercice, pourra gagner de vitesse sur vous, et agir avec plus de sécurité, mais cela importe moins, maintenant que nous avons les anesthésiques pour supprimer la douleur, et l'aseptie pour éviter les complications.

Dans les conditions scientifiques actuelles, tous les médecins à la campagne devraient être en état de faire toutes les opérations urgentes, et j'oserais dire toutes les opérations courantes de la grande chirurgie.

Mais pour atteindre ce desiderata, il faut refaire notre éducation, et perdre l'habitude d'envoyer à l'hôpital tous nos cas de chirurgie. Vous m'objecterez, qu'il est difficile de suivre un patient éloigné de votre bureau, tandis qu'à l'hôpital, le malade est constamment sous les soins immédiats du chirurgien. A cela, je réponds : faites venir votre malade dans votre village, près de votre bureau ; s'il peut aller à l'hôpital, il pourra sans doute se rendre à proximité de votre domicile ; et il serait étonnant qu'il n'y eût pas dans votre village, quelque logis, quelque maison de pension, où le placer. Maintes fois, il m'est arrivé soit pour établir un diagnostic précis, soit pour faire un traitement d'épreuve, de faire émigrer mes malades dans mon village, et au besoin je les opère dans ces conditions.

Bref, ce que je prêche, ce que je crois être dans l'intérêt de chacun de vous, ainsi que de chacun de vos clients, c'est la **DECENTRALISATION** de la chirurgie. Prenez l'habitude, et j'adresse ce conseil à la jeune génération, de faire vous-même vos opérations ; rompez avec cette funeste tradition, qui consiste à alimenter les hôpitaux de nos cités.

En mars dernier, à une réunion de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette,

EXTRAITS DU DISCOURS DU PROFESSEUR POZZI, AU CONGRES FRANÇAIS DE CHIRURGIE, (17 octobre 1904).

Quelle impulsion nouvelle notre Congrès n'a-t-il pas donnée à la création de ces nombreux centres d'activité chirurgicale, disséminés aujourd'hui sur toute l'étendue du territoire, où sont pratiquées journallement les plus difficiles et les plus audacieuses opérations ?

Partout on rencontre maintenant de jeunes chirurgiens qui ne se contentent pas de se conformer passivement aux leçons puisées auprès de leurs maîtres, mais qui sont devenus promptement, grâce à une pratique étendue, des maîtres eux-mêmes pour le plus grand bénéfice de nos campagnes les plus reculées.

Cette remarquable décentralisation scientifique dont pourraient se plaindre seulement des esprits chagrins, a transformée en France, la pratique de notre art. Ce n'est plus seulement à Paris, à Montpellier ou à Lyon, qu'on trouve des chirurgiens consommés, c'est désormais dans presque tous les chefs-lieux de nos départements, souvent même dans de très petites villes. On y opère et on y guérit ; on y travaille aussi ; au lit des malades et dans les laboratoires, comme le prouvent les communications nombreuses faites à notre Congrès.

Qui oserait ne pas se réjouir de ce nouvel état de chose si différent de celui qu'ont connu les hommes de ma génération ?

Naguère encore, la profession chirurgicale constituait une sorte de **MANDARINAT**, accessible seulement aux rares privilégiés qui avaient lentement conquis un haut grade (j'ai presque dit "un bouton de cristal") dans les grands centres universitaires. Aussi en dehors des opérations d'urgence, peu de praticiens se hasardaient à prendre le bistouri, et pour une intervention pouvant attendre son heure, il n'aurait pas paru possible de s'adresser à d'autres qu'à ces rares chirurgiens attitrés.

Certes, on pouvait louer dans une pareille réserve, une certaine déférence envers les maîtres. Mais il faut bien l'avouer, elle était surtout commandée par la gravité excessive des interventions

ai entendu des critiques sévères, des remarques amères au sujet des abus, des injustices, je dirais presque des vols, qu'une classe aisée de notre clientèle commet au détriment des pauvres, en allant "se faire traiter" gratuitement, sous de faux prétextes dans nos hôpitaux. C'est un peu de notre faute à vous médecins de campagne. Nous commençons par diriger vers la ville quelques malades, que nous pourrions traiter à domicile, nous ouvrons le courant, et quand un bon jour, nous voudrions l'endiguer, il est trop tard, malgré nos efforts, l'exode se continue; et alors, il ne suffira plus de refaire notre éducation comme je le disais plus haut, il faudra refaire l'éducation de notre peuple malade; double travail, ardu sans doute, mais non désespéré.

A la campagne, à domicile, nous nous trouvons pour opérer dans des conditions bien différentes de celles où se trouve le chirurgien à l'hôpital. Il ne faut pas songer à transporter des autoclaves, des stérilisateur, par monts et par vaux; les aides qui vous assisteront seront souvent d'une ignorance déplorable; mais malgré ces inconvénients, vous pourrez encore faire de la bonne chirurgie si vous savez par vos ressources, remédier à ces embarras. Dans ces circonstances, votre chirurgie revêt un caractère personnel, pas toujours absolument classique, mais scientifiquement inattaquable, pourvu que vous vous conformiez aux principes généraux d'aseptie, de technique opératoire, etc.

Messieurs, voici terminé l'inventaire sommaire de mon bagage chirurgical.

N'oubliez pas le point de vue où je me place; ce n'est pas tant par ostentation, ou par gloriole que j'ai fait cette revue, que, pour vous démontrer ce que chacun de vous peut faire dans les mêmes circonstances, et de quelle façon le faire. Nous apprenons la théorie dans nos livres classiques, et la pratique dans les hôpitaux; n'oubliez pas qu'à la campagne, vous vous trouverez dans des conditions tellement différentes, qu'alors la théorie classique, et votre expérience hospitalière vous laisseront souvent au dépourvu, et qu'il vous faudra combler bien des lacunes. Ce que je veux démontrer, c'est qu'avec un peu de réflexion, l'on peut suppléer à cette insuffisance de notre instruction stagiaire.

Mon but est enfin de stimuler l'apathie de mes confrères de la campagne, et de les pousser dans la bonne voie.

à une époque où l'aseptie et l'antiséptie à peine vulgarisées, n'avaient pas atteint le perfectionnement, ni donné les merveilleux résultats que nous admirons maintenant.

S'il fallait alors être désigné par tant de titres pour oser pratiquer la grande chirurgie, n'était-ce pas parce qu'il était nécessaire d'être grâce à eux, mis audessus de la critique et des récriminations, dans les cas trop fréquents d'insuccès?

Enfin notre Congrès a fourni aux jeunes chirurgiens encore inconnus une tribune et une publicité retentissantes et les a invités à publier leurs observations, leurs procédés et leurs statistiques. Il leur a par suite donné conscience de leur valeur et a fait connaître celle-ci à leur entourage. Ainsi s'est accompli peu à peu l'œuvre salutaire de la décentralisation de la profession chirurgicale, qui est une des caractéristiques de notre temps.

Une semblable évolution, n'est pas du reste particulière à notre pays; depuis l'ère antiseptique, elle se poursuit partout.

On possède d'autant mieux un sujet, qu'on y consacre plus de temps et d'efforts. Est-ce à dire qu'il soit nécessaire d'éliminer de parti pris toute autre étude que celle qui doit primer les autres? Ce serait rabaisser singulièrement les facultés humaines que de poser un pareil principe. Combien je préfère à ce sophisme, la belle pensée citée par Renan, d'un vieux rabbin du premier siècle de notre ère. On lui reprochait de faire déborder le vase de la loi en y mettant trop de préceptes. "Dans un tonneau plein de noix, répondit-il, on peut encore verser plusieurs mesures d'huile de sésame." Un chirurgien peut donc savoir beaucoup de choses très diverses, à la condition de les classer, pour ainsi dire dans les interstices, les unes des autres, selon la parabole du vieux rabbin.

Celui qui aura reçu cette éducation scientifique intégrale, aura développé et étendu son sens clinique parallèlement à son habileté professionnelle; avant tout, il aura le souci de faire un diagnostic précis, de peser les indications opératoires, d'établir, enfin le pronostic de son intervention, non seulement pour son résultat immédiat, mais surtout, au point de vue de l'évolution ultérieure de la maladie.

Messieurs, si le Maître avait fait son discours le 28 juin, et moi ma communication le 17 octobre ; si j'étais professeur à Paris, et que le professeur de Paris, fut en mon lieu et place, l'on accuserait le médecin de campagne d'être un plagiaire d'idées, d'opinions, tant les idées, les opinions que j'ai mises en regard se ressemblent. Et pour accentuer la similitude de pensées, comparez les dernières paroles du savant que nous admirons, à ce que je disais en mars 1904, à l'Assomption, aux confrères de mon district : " Je me propose au prochain Congrès de faire une lecture sur : " La pratique de la chirurgie à la campagne," et je voudrais que cette communication profitât à chacun de nous ; nous qui exerçons loin des grands centres, loin des hôpitaux, loin des spécialistes ; à nous qui sommes obligés de faire de la médecine générale, de même que de la chirurgie générale. La tâche est lourde sans doute, mais j'affirme qu'elle n'est pas au-dessus des forces d'un travailleur intelligent."

Ces opinions du Maître pourraient le reléguer je le crains, au rang d'un révolutionnaire dans l'esprit de quelques chirurgiens conservateurs, j'allais dire réactionnaires de nos grands centres ; mais ce serait là dénaturer sa pensée et la mienne ; ce que l'éminent Professeur affirmait à Paris, ce que j'ai humblement développé à Montréal, ce n'est pas une révolution, c'est simplement de l'évolution ; évolution scientifique dont bénéficiera le grand public en fin de compte.

Ceux donc qui s'objectent à cette décentralisation de la chirurgie, qui travaillent à la restreindre, à la borner dans des limites étroites, à l'empêcher de répandre au loin ses bienfaits, à étouffer ses aspirations humanitaires, prennent une lourde responsabilité.

J'affirme, parce que je sais, que dans nos campagnes, surtout aux confins de la civilisation, bon nombre de vies pourraient être conservées, qui sont enlevées prématurément, si l'on refusait l'éducation de la plupart des médecins ruraux. Mais lorsque l'enseignement classique, lorsque quelques pédagogues représentant cet enseignement affirment que la décentralisation de la chirurgie est une hérésie, un archaïsme, comment voulez-vous que les nouvelles générations réagissent contre ces

influences, contre ces entraînements, contre ces autorités, hélas ! revêtus du caractère officiel. C'est contre ces tendances, contre cette tyrannie que j'élève la voix aujourd'hui, que je proteste.

Ces récriminations peuvent sembler véhémentes à quelques-uns, elles ne sont pourtant dans mon intention que la justification de ce que je crois être le vrai, le juste, et elles sont loin d'atteindre l'amertume des critiques dont on m'a abreuvé.

Sans vouloir faire de parallèle entre la pratique rurale et la pratique hospitalière ; l'utilité, la nécessité de cette dernière étant indiscutable ; je demanderai à qui la chirurgie est-elle redevable dans notre province de l'introduction d'un nouvel agent anesthésique appelé certainement à rendre de grands services, je veux parler de la scopolamine ? A qui est-elle redevable de la vulgarisation de l'hébotomie dans notre pays ; opération logique rationnelle et facile, inévitablement destinée à se substituer à l'ancienne et dangereuse symphyséotomie ? A la chirurgie de la campagne Messieurs, à cette chirurgie que l'on qualifie de rétrograde, d'arriérée, pour ne pas dire plus ; à cette chirurgie plus modeste, moins altière, travaillant plus dans l'ombre et devant une galerie plus restreinte que celle de l'hôpital, mais avec non moins de succès.

Oh ! puisque l'on veut qualifier notre chirurgie de réactionnaire, — malgré la contradiction qu'il semble y avoir dans ces termes, je crois qu'il y a des réactions progressives : — comme l'on recule parfois d'un pas, avant de s'élaner dans l'espace vers un but, surtout si ce but est haut.



Messieurs. — Tout médecin doit être en état de faire toute opération urgente ; — mais s'il n'y a pas urgence, il faudra attendre son heure, se pourvoir d'un spécialiste, ou diriger le patient vers l'hôpital ; — tel est en résumé l'enseignement que l'on veut nous imposer au nom de la science, par l'organe de l'école " magister dixit."

Mais c'est là sûrement un paradoxe : cela équivaudrait à dire que tout médecin pourrait faire une appendicectomie lorsque son malade sera à la dernière extrémité, et que cette même opéra-

tion lui sera interdite à froid, entre deux crises par exemple ; ou en d'autres termes, qu'il me sera permis d'affronter cette aventure lorsqu'elle présente de réels dangers, tandis que je devrai passer mon patient à un chirurgien attitré, lorsque l'opération est simple, bénigne, aseptique. (Permettez-moi de passer sous silence la question des honoraires).

Et celui qui peut faire une césarienne ne pourrait risquer une laparotomie exploratrice, une hystéropexie, une ovariectomie, etc. ;—ceci est un peu à l'encontre du dicton populaire qui enseigne que, "qui peut le plus, peut le moins."

Un homme reçoit une balle au ventre, et le projectile perfore l'estomac, ou l'intestin ou même un organe de première importance ; allons-nous attendre l'appoint d'un chirurgien de la cité avant d'agir ; mais ce serait presque un crime. Et l'hébotomie qui permettra de délivrer heureusement une malheureuse mère, et la trachéotomie qui sauvera quelques petites existences atteintes de croup foudroyant, etc., etc., celles-là sont toutes des opérations d'urgence que le premier médecin venu sera justifiable d'oser et qu'il lui faudra même souvent mener avec brio, presque toujours dans des conditions délicates, périlleuses. Tandis que l'autre chirurgie, celle que l'on peut faire à sang froid, à tête reposée, après avoir consulté les autorités, les ouvrages de techniques ; celles qui nous permettent de bien préparer notre local, de donner des instructions précises, détaillées à nos aides,—celle-là nous est défendue.

Avais-je raison de vous dire que ces prétentions sont paradoxales.

Mais à quoi me servirait d'accumuler davantage les preuves, les arguments, les témoignages ; d'enfasser Bélios sur Ossa, si dès maintenant l'on n'est pas convaincu que la décentralisation de la chirurgie s'impose ici comme en France, comme aux Etats-Unis, et comme dans tous les pays où la science est à la hauteur de la civilisation.



Je ne ferai pas une revue complète, détaillée de toutes les opérations que j'ai pratiquées de

puis ma communication de juin 1904. Je me contenterai d'attirer l'attention sur quelques particularités, quelques détails de technique, etc., que nous ne trouvons pas généralement dans nos livres classiques.

Je ferai d'abord remarquer que depuis près d'un an et demi, je fais grand usage de la scopolamine comme anesthésique général ; et je renvoie ceux qui seraient tentés de faire l'application de cette méthose, ou qui seraient curieux d'en connaître les détails, à un autre travail que j'ai préparé sur ce sujet pour ce Congrès, et qui a pour titre : "La scopolamine. Son emploi en chirurgie et en obstétrique."

Cependant je crois pouvoir affirmer dès maintenant, que si l'on classait les anesthésiques par ordre de mérite, la scopolamine viendrait immédiatement après le chloroforme et l'éther, dans la pratique rurale du moins.

Je ne ferai pas de parallèle entre la méthode que je préconise, et la rachistovainisation, car ce dernier mode d'anesthésie ne sera toujours qu'une méthode d'exception, d'hôpital, aux mains d'un nombre limité de spécialistes :

1o. Parce que le territoire insensibilisé est confiné à la seule moitié inférieure du sujet ;

2o. Parce que le patient qui voit la mise en scène, de même que tous les actes du drame de l'opération, souffre moralement ; surtout les nerveux, les émotifs ;

3o. Parce que la technique opératoire ne sera probablement pas de sitôt à la portée de tous les praticiens.

Et enfin, je crois que la rachistovainisation n'a pas encore reçu la sanction de l'expérience, l'appui du "vox populi", et le refroidissement motivé des premiers enthousiasmes qu'avait suscités la rachicocainisation devrait tempérer il me semble l'ardeur des protagonistes de la rachistovainisation.

Quant aux autres anesthésiques . . . le protoxi-

de d'azote, le bromure et le chlorure d'éthyle, etc, ces agents ont sans doute leurs indications spéciales, mais ne peuvent être comparées à la scopolamine, dans les interventions de longue haleine, de la grande chirurgie.

Toute opération qui nécessite une insensibilité chirurgicale d'au moins 30 à 40 minutes, ou qui laisse des douleurs post opératoires un peu vives, est passible de la scopolaminisation ; sauf les interventions dans le territoire de la bouche, du nez, et de la gorge.

Pour ce qui concerne la technique de l'anesthésie par la scopolamine, voici comment je procède. Je fais usage du bromhydrate de scopolamine cristallisé de Merck, et j'insiste sur ce fait, car je n'ai pu trouver aucun comprimé hypodermique de ce sel dont l'effet fut identique au produit de la fabrique allemande. Toute solution de cet alcaloïde doit être rejetée après trente jours d'âge. Je donne cet agent en injections hypodermiques dans la cuisse, à la dose de 1-50 de grain, associé à 1-5 de grain de morphine, dans 25 gouttes d'eau stérilisée. Et je répète cette piqûre une seconde, et même une troisième fois, à une heure et demie d'intervalle, s'il y a lieu. Ordinairement, il faut donner quelques gouttes de chloroforme au début de la plupart des interventions : le temps de sectionner les premiers téguments ; puis l'anesthésie scopolaminique suffit à parfaire les plus longues et les plus laborieuses dissections. Je conseille de n'injecter qu'une seule Pravaz, avant que d'entreprendre une laparotomie, parce que la narcose scopolaminique profonde produit des contractures musculaires généralisées, gênantes dans les interventions sur les parois ou les organes abdominaux. Pour ce qui regarde les avantages de la nouvelle méthode, je réfère à mon travail spécial sur ce sujet, mentionné plus haut.

— ❖ —

Malgré les critiques que l'on a fait au dernier congrès sur ma façon d'aseptiser mes instruments, je n'ai pas changé d'opinion, ni varier ma technique ; si ce n'est que j'ai ajouté un peu de borate de soude à l'eau dans laquelle je fais bouillir mes outils. Il est bien vrai que l'addition de cinq à huit pour cent de borax augmente le point ther-

mométrique d'ébullition de quatre à cinq degrés, mais là n'est pas le principal motif de la modification que je conseille aujourd'hui ; c'est que j'ai constaté que l'adjonction de borate de soude prévient l'oxydation de l'acier, et conserve mieux aux bistouris la finesse de leur tranchant. Je crois donc qu'une ébullition de 15 minutes dans une solution de borax à 5 p.c., additionnée de 3 p.c. d'acide carbolique, suffit amplement à stériliser les instruments, la ouate, le coton hydrophile, voire même les ligatures dont nous faisons usage.

De tout temps, j'ai toujours soupçonné les mains du chirurgien d'être le principal facteur des infections de nos plaies opératoires, et c'est bien là l'incessant souci des praticiens, si j'en juge par la multiplicité des procédés conseillés pour amener l'aseptie relative des mains de l'opérateur ; l'on va même dans ce but jusqu'à les isoler dans des gants stérilisés. Aussi, les chirurgiens de race prennent-ils un soin tout particulier de leurs mains ; il en est même qui se spécialisent dans la chirurgie aseptique ; mais comme il est impossible à un médecin de la campagne de se confiner dans une section de la chirurgie parce qu'il lui faut se servir de ses dix doigts pour autre chose que pour tenir un bistouri, voici comment je m'y prends pour tourner cette difficulté. Tout d'abord je ne crois pas devoir conseiller les gants de caoutchouc, parce que cela gêne un opérateur consommé, et à plus forte raison un opérateur d'occasion. Mais pour arriver à une désinfection aussi parfaite que possible, j'ai ajouté aux procédés classiques, le lavage, le savonnage des mains avec un savon spécial, fabriqué sur mes indications, et qui contient du blanc de céruse, de la poudre de pierre-ponce, et des antiseptiques. Je manque d'entraînement et la multiplicité de mes occupations ne m'ont pas permis d'étayer mes conceptions sur des expériences bactériologiques, et je sais qu'en ces choses le contrôle du laboratoire est l'autorité qui sert de critérium à un fait d'ordre scientifique - mais en attendant que la bactériologie expérimentale confirme mes vues, voici comment je raisonne. Tout le monde sait que rien ne vaut la pierre ponce pour enlever les taches de saletés très adhérentes aux mains ; mieux que la brosse, cette substance en poudre ou en morceau nettoie la peau jusqu'au fond des plis, des dépressions épidermiques, et je ne doute

pas que les microbes aient le sort de la crasse. Il y a plus, j'ai lieu de croire que ces poudres dont chaque grain a des aspérités aiguës, des facettes aux angles tranchants, ont pour effet de léser, de détruire les cellules microbiennes que les antiseptiques ne peuvent pas toujours atteindre.

Et cet article est très économique, car je le fais préparer par quelqu'une de ces bonnes femmes qui savent fabriquer du savon du "pays", et elles sont nombreuses. Au moment de tirer la "brassée" du feu, mettez la quantité qui vous convient dans un vase en métal, ajoutez y dix pour cent de blanc de céruse, dix pour cent de fine poudre de pierre ponce, trois pour cent d'acide carbolique et un pour cent de bleu de méthylène; agitez sur un feu doux jusqu'à ce que le mélange soit parfait; étendez dans un moule; puis après refroidissement coupez vos morceaux "ad libitum."



APPENDICECTOMIE

Depuis le dernier Congrès j'ai acquis la certitude que j'étais dans le vrai en affirmant que la fameuse formule de Dieulafoy: "Il n'y a pas de traitement médical dans l'appendicite", était outrée, et que dans le monde des chirurgiens, les interventionnistes de parti pris avaient tort. Il vaut mieux être opportuniste; du reste, je m'entiens quant à l'opportunité chirurgicale, aux règles que j'ai tracées il y a deux ans. Aussi chez mes confrères l'occasion de faire sauter l'appendice vermiforme va-t-elle diminuant sans cesse, ce que j'attribue d'abord à une meilleure thérapeutique de la part du médecin, puis à une connaissance plus exacte, plus prématurée si je puis dire ainsi, de la part du patient, qui fait que le médecin est appelé plus tôt à combattre cette affection.

Depuis deux ans je n'ai fait que trois appendicectomies dont deux suppurées.

Dans l'un de ces derniers cas, je n'ai pas cherché l'appendice. règle que j'ai adoptée chaque fois que cet organe malfaisant joue à la cachette.

CHOLECYSTOTOMIE

Si dans le monde des chirurgiens l'on a abusé de l'appendicectomie, par contre, l'on ne n peut

dire autant de la cholecystotomie. J'ai lieu de croire que dans notre province, dans les campagnes du moins, bon nombre de nos clients meurent de cholecystite, presque toujours d'origine calculeuse, qui pourraient être sûrement sauvés. Et combien d'autres qui avec des crises de coliques hépatiques à répétition, toujours en imminence d'infection, traînent une vie tellement misérable, que la mort serait pour eux une heureuse délivrance.

J'ai toujours été étonné de la facilité de la technique opératoire dans cette intervention, et des bons résultats consécutifs. Depuis ma dernière communication trois cholecystotomies, m'ont donné trois succès, chez trois femmes icteriques, intoxiquées, cachectisées. Je n'ai jamais tenté de disséquer, de faire l'exérèse de la vésicule; d'ouvrir les canaux cystique, cholédoque ou hépatique. Dans tous mes cas, dont le total se monte actuellement au modeste chiffre de six, je me suis contenté d'ouvrir la vésicule, d'extraire les calculs qu'elle contenait et de faire cheminer vers le champ opératoire ceux qui pouvaient se trouver dans les voies biliaires, en pressant, en poussant ces concrétions du bout des doigts à travers les parois des conduits. Je dois dire qu'ainsi, j'ai toujours réussi à amener des concrétions vers la tête de la vésicule et à en faire l'extraction.

Chez tous mes opérés, j'ai laissé une large fistule biliaire, laquelle s'est toujours fermée spontanément, après un laps de temps variable: au maximum, trois mois. Durant les premiers jours qui suivent l'opération, la fistule laisse couler une grande quantité de bile, de mucus, etc.; souvent même j'ai recueilli des calculs entiers ou fractionnés, échappés à mon attention lors de l'intervention; et je ne sais rien de mieux que cette abondante dérivation pour décongestionner le foie et aseptiser le territoire affecté, le champ opératoire; partant d'éviter ces nombreuses rechutes à plus ou moins longue échéance, que l'on constate à la suite de cette opération, sans fistule opératoire voulue.

Pendant la convalescence, dans le but de favoriser cette désinfection des voies biliaires, d'augmenter et de régulariser cette sursecrétion de la bile, je prescris comme régime alimentaire, du lait et des jaunes d'œufs, associés et bien mélan-

gés, à petits coups souvent répétés ; et je m'appuie pour ainsi faire sur l'expérience du savant russe Pawlow qui a démontré que le jaune d'œuf était chalogogue au plus haut point, — et sur le fait bien connu depuis longtemps que chaque prise d'aliments provoque un fort courant de bile dans le duodénum en sollicitant les contractions de la vésicule et le relâchement du sphincter d'Oddi, réalisant de la sorte le drainage continu des voies biliaires, ce que j'ai parfaitement constaté en observant le fonctionnement de la fistule.

HYSTÉRECTOMIE

Cette opération n'offre pas de difficultés considérables dans les conditions ordinaires, mais lorsque de gros fibromes sont inclus dans les parois utérines, et que l'énucléation en est difficile, ou lorsque de grandes adhérences étendues fixent l'utérus, les annexes aux organes environnants, aux parois du bassin, alors il faut souvent toutes les ressources d'un opérateur consommé pour faire de la bonne besogne. L'automne dernier, j'ai perdu une femme à qui j'avais enlevé un utérus bourré de gros fibromes, et je suis convaincu que cet insuccès est dû à l'insuffisance d'aides durant l'acte opératoire. Pour des motifs d'économie, etc., je n'étais assisté que par mon confrère le docteur Archambault qui surveillait la narcose, et par une jeune personne qui m'aidait de son mieux à maintenir les organes, à faire l'hémostase, etc.

L'hémorragie fut difficile à contrôler, et l'intervention de longue durée ; bref, la patiente cachectisée d'avance, se remontait très lentement, lorsque deux jours après l'opération, une hémorragie secondaire et violente l'emporta avant que j'aie eu le temps d'intervenir, cette malade étant à plus de deux milles de mon bureau.

Par contre une autre hystérectomie faite vers le même temps guérit sans incident ; mais dans ce dernier cas, les difficultés opératoires étaient moindres.

Je conseillerais donc volontiers, de ne pas entreprendre d'exérèses gynécologiques étendues, sans avoir sous la main deux bons aides, à part le chloroformisateur.

A propos de fibromes, il en est un peu de ceux-là, comme de l'appendicopathie certains chirurgiens sont interventionnistes à outrance,

tandis que d'autres n'interviennent que sur certaines indications définies.

Permettez moi de vous raconter un fait qui démontre bien que dans certains cas, l'on peut faire de la chirurgie conservatrice ; d'où il vaut quelque fois mieux être opportuniste que radical. Durant les premiers jours d'août 1905, une religieuse de mon village, âgée de 38 ans, de passage à Montréal, consulta M. le Dr Mercier à l'hôpital Notre-Dame, au sujet d'un cancer du sein et de troubles utérins. M. Mercier enleva le sein, et remit à plus tard l'hystérectomie. Mon curé qui eut un entretien avec le chirurgien en chef de Notre-Dame, me rappela que d'après l'opinion du savant médecin, notre religieuse avait des fibromes utérins, ce que je constatai d'ailleurs ; et que l'opération, une opération radicale s'imposait ; mais que l'état d'anémie de la malade conséquence de l'abondance des hémorragies menstruelles qu'elle avait eues depuis plusieurs mois et du choc consécutif à l'ablation du sein, ne permettait pas d'entreprendre une aussi périlleuse exérèse, pour le moment du moins.

“ Dites à Madame la religieuse qu'elle revienne me voir dans quelques mois, et alors nous verrons ce que nous pourrions tenter pour elle.”

N'allez pas croire que dans ce cas j'ai eu recours à toutes les ressources de la pathologie interne, de la thérapeutique ; oh ! non, j'ai simplement prescrit des tablettes d'arsenic, de strychnine au 1.50 de gr. chaque repas, et quinze à vingt grains de quinine en une seule fois chaque matin durant les hémorragies menstruelles, et le repos continu au lit pendant ces époques.

Après cinq ou six mois de ce traitement, M. le Dr Mercier ayant eu occasion de voir cette religieuse, manifesta beaucoup d'étonnement, me dit-elle, tant les symptômes objectifs et subjectifs étaient améliorés. Et il ne fut plus question d'opération. Aujourd'hui les règles sont normales, les douleurs disparues, et les fibromes réduits à leur plus simple expression. Il y aurait beaucoup de commentaires à faire sur cette observation de fibromes se développant sur un fond cancéreux, j'admets toutefois qu'il serait imprudent de tirer des règles générales de ce seul cas, et je laisse à chacun de vous le soin d'apprécier ce fait.

HÉBOTOMIE (1)

Afin de ne pas me répéter, je donnerai une communication sur ce sujet à la section d'obstétrique ; et j'invite ceux que cette question pourrait intéresser à y assister.

CURETTAGE UTERIN

C'est là une opération dont l'indication est très fréquente à la campagne ; et le médecin qui ne peut faire un curettage utérin encourt moralement une lourde responsabilité. Je connais bon nombre de femmes, mortes de septicémie par rétention placentaire à la suite de fausse-couche, qui auraient été sauvées, si le médecin traitant avait su manier une curette, au lieu de temporiser, de compter sur des douches vaginales antiseptiques, ou qui pis est, de laisser à la nature le soin de guérir ses malades.

— ❖ —

Je vous ai dit plus haut que je ne me propose pas de faire une revue complète de toutes les opérations que j'ai pratiquées depuis le dernier Congrès ; je dirai simplement que j'interviens dans tous les cas justiciables de la chirurgie. Et cette communication étant déjà assez longue, je démontrerai plus tard par des statistiques que la chirurgie à la campagne, toute choses égales d'ailleurs, compte autant de succès que la chirurgie des cités.

Et pour terminer je dirai à mes confrères de la campagne : ne craignez pas de vous engager dans la voie que nous vous indiquons ; allez hardiment, travaillez et lûtez, malgré les difficultés que vous rencontrerez à chaque pas, — je n'ai pas de doute que par cette lutte continue, souvent en butte aux mauvais coups du hasard, de l'imprévu, vous acquerrez cette finesse d'invention, qui fera que quoique moins habile que certains spécialistes consommés, mais habitués à évoluer dans un milieu toujours ordonné, et suivant les règles précises de la science ; vous réussirez peut être mieux que ceux ci, parce que vous aurez contracté l'habitude de parer aux situations difficiles, de tirer parti de tout ce que le hasard vous mettra sous la main.

Messieurs, j'ai attendu deux ans pour donner

la réplique à mes contradicteurs, je les convie à nouveau dans deux ans. J'entasserai tant de faits, que je finirai par amener la conviction chez ceux qui suivent mes humbles travaux. Et serais-je condamné à rouler toujours ce rocher de Sisyphe, que je ne me laisserai jamais convaincu que je suis, du juste, du vrai que je poursuis.

Sanatorium et Tuberculose⁽¹⁾

(Par le Dr. Beique, de Magog)

M. le Président,

Messieurs,

Après les éloquentes et savantes dissertations qui viennent de vous être faites sur la tuberculose et les nombreuses communications sur le même sujet encore inscrites au programme, je n'ai pas l'intention de vous entretenir de cette terrible maladie au point de vue purement scientifique.

Ce serait prendre inutilement votre temps, et m'exposer à d'inévitables répétitions ; mais je n'ai pas voulu laisser passer l'occasion de ce congrès où l'étude de la tuberculose, de la prophylaxie, et de son traitement est un des principaux sujets de discussion, de cette convention où tant de Médecins Canadiens-Français se trouvent réunis, sans venir vous parler d'un projet dont je caresse l'idée depuis quelques années ; d'un projet que j'aurais l'espoir de voir réussir bientôt si je pouvais vous y intéresser, Messieurs, si je pouvais obtenir votre aide et votre concours.

Je veux parler de l'établissement, par les Sociétés de Bienfaisances, de sanatoriums pour le traitement de la tuberculose parmi leurs membres.

Il est admis presque universellement aujourd'hui, surtout parmi les personnes qui s'occupent spécialement de physiothérapie, que les meilleurs, je pourrais dire, les seuls moyens de défense efficaces contre le bacille et ses méfaits, sont les agents physiques : soleil, lumière, électricité, hydrothérapie et surtout l'air pur. Si vous ajoutez à cela la cure de repos et une nourriture abondante et appropriée, avec accidentellement quel-

(1) La communication du Dr Laurendeau a été publiée en entier dans le No précédent.

(1) Communication lue au Congrès de Trois-Rivières.

ques médicaments pour les symptômes, vous avez tout ce qu'il faut pour guérir vos malades.

Mais, où trouver toutes ces conditions essentielles réunies dans leur perfection, pour ainsi dire et sous une surveillance médicale constante, sinon dans les sanatoriums ? Tout y est étudié, tout y est combiné pour obtenir la guérison la plus rapide et la plus permanente possible.

Là ne s'arrête pas cependant l'efficacité du Sanatorium. Non seulement c'est le lieu d'élection pour le traitement de la tuberculose, mais encore et surtout, c'est la meilleure école d'hygiène pratique, d'hygiène appliquée, si je puis m'exprimer ainsi. Là, non seulement le malade apprend à ne plus être un danger pour les autres et pour lui-même, et revenu chez lui, dans sa famille ou dans sa pension ; dans son atelier, sa manufacture ou son magasin, il prêche constamment, et de la manière la plus efficace possible, il prêche d'exemple.

Mais où trouver les fonds nécessaires pour l'érection de ces sanatoriums ? Je ne parle pas messieurs, des tuberculeux riches, des favorisés de la fortune ; si pour eux actuellement la province n'a presque pas d'asile, Muskoka dans l'Ontario et cinquante sanatoriums dans la République voisine, sont prêts à leur ouvrir leurs portes à deux battants. Mais pour la masse, les pauvres, les travailleurs ; pour le journalier et l'artisan, le manoeuvre et l'employé, le commis et même le petit propriétaire, pour la grande majorité enfin de la population de la province, où trouver les fonds pour leur élever ces asiles où ils pourront faire traiter convenablement leur pénible maladie, et s'instruire des conditions hygiéniques nécessaires à leur guérison.

Malheureusement, dans notre province, les fortunes princières sont clair-semées ; les finances gouvernementales sont loin de suffire à rencontrer les besoins pressants et nombreux qui surgissent chaque jour.

La charité elle-même, sollicitée de toute part, est obérée. L'indigence, la vieillesse et l'enfance, les infortunes de toutes sortes comme les maladies de toutes natures, demandent des fonds pour être hospitalisées ; et malgré les nombreuses souscriptions, accords de charité, bazars, tombolas et que sais-je ? — les secours ne sont jamais à la hauteur des besoins. Comment, dans ces circonstances, présenter devant le grand public, avec

chance de succès, cette nouvelle venue dans le champ de la charité ?

Est-ce à dire, Messieurs, que parce qu'il se rencontre des obstacles nous devons abandonner la lutte ? Faut-il renoncer à ces sanatoriums qui ont prouvé être si effectifs, partout où ils ont été établis, au point d'influencer favorablement la mortalité de tout un pays ? Faut-il se croiser les bras et attendre ? Non, certainement, non. — Mais alors à qui s'adresser ?

Frappé par les résultats obtenus ailleurs, j'ai pensé que le meilleur moyen d'intéresser le public à cette grande œuvre, c'était de s'adresser d'abord à ceux qui devaient le plus directement en profiter : aux sociétés de bienfaisance ; en faisant contribuer directement et proportionnellement les caisses de maladie et d'invalidité, les caisses aux décès et les membres eux-mêmes.

Depuis plusieurs années les sociétés allemandes ont compris l'avantage qu'il y avait pour elles à lutter directement contre la tuberculose, qui, là comme ici, fait de trop nombreux ravages. Expérience faite, elles ont trouvé qu'il leur était plus économique de faire traiter et guérir leurs adhérents atteints de cette maladie que de continuer à payer presque indéfiniment des secours aux malades, des indemnités aux veuves et aux orphelins, et des frais funéraires.

Malgré les progrès énormes faits par la mutualité canadienne-française, durant la dernière décennie, malgré la louable émulation qui a porté les différentes sociétés à envoyer des recruteurs jusque dans les paroisses les plus reculées de la province, nous sommes loin encore des progrès réalisés par la Mutualité dans les vieux pays, surtout au delà du Rhin. Si j'en crois un rapport que j'avais l'occasion de consulter dernièrement et qui datait de 1903, déjà à cette époque, plus de 10 millions des sujets du Kaiser faisaient partie des différentes sociétés allemandes de bienfaisance et de secours mutuel.

Il est vrai que l'organisation n'est pas la même que dans notre pays. Quand ici tout est volontaire, facultatif, laissé à l'initiative individuelle ; là tout est réglementé, j'allais dire enrégimenté.

L'influence gouvernementale est partout, et tout employé du commerce ou de l'industrie dont le salaire annuel est inférieur à 2000 marcs est tenu de par la loi, de faire parti de quelque société

té qui l'aidera durant sa maladie ou son invalidité. Mais sans nous occuper de ces différences d'organisation qui n'ont qu'une importance secondaire dans un débat comme celui-ci, contentons-nous de constater les résultats obtenus dans la lutte contre la tuberculose et les moyens pris pour y arriver.

Dès 1892, une société de bienfaisance de Francfort-sur-le-Mein, constatant que la plupart de ses pensionnés étaient des tuberculeux, faisait construire le premier sanatorium spécial pour y faire soigner ses malades.

En 1895, le Dr Panwitz, médecin militaire, eut l'idée d'utiliser les baraques de la Croix-Rouge, installées à l'occasion de l'ouverture du canal de Kiel pour en faire un sanatorium populaire à l'usage des caisses d'invalidité pour militaires. Peu après le professeur Von Leyden constituait une société pour l'établissement de sanatoriums populaires et créait le Sanatorium de Belzig.

"Quand, dit le Dr Romme (dans un article sur les assurances ouvrières et la lutte contre la tuberculose en Allemagne) quand le mouvement en faveur des sanatoriums populaires se généralisa ; quand, dans un véritable élan humanitaire les communes, les districts, les villes, les associations coopératives, les sociétés de bienfaisance et de secours mutuels les personnes privées, se firent un point d'honneur d'apporter chacun son obole à cette œuvre grandiose, il a fallu de toute nécessité régulariser et canaliser ce mouvement. C'est alors que, dans une réunion tenue par le comité de la Croix-Rouge et par le comité de Berlin-Brandenburg, on décida la formation d'un comité central pour la création de sanatoriums pour tuberculeux." Les ressources financières furent assurées par des dons, des "boléus", etc.

"Mais, ajoute le Dr Romme, ce qui assura le succès définitif de ce mouvement, ce fut la participation logique, inévitable des deux organisations sociales ; les caisses d'assurances contre l'invalidité et la vieillesse et les caisses d'assurances contre la maladie. Ce sont des considérations d'ordre purement financier et économique qui ont décidé ces organisations à prendre la tête du mouvement."

Pour les caisses d'assurance contre l'invalidité, la question a été nettement posée au congrès de Stuttgart en 1895 par le Dr Gebhardt, direc-

teur de l'établissement "hausiatique" d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse ; Il a tout d'abord montré que la majeure partie des rentes d'invalidité était payée à des tuberculeux (20 à 22 p.c. suivant les établissements) et ce qui est encore plus grave, que le nombre des ouvriers tuberculeux auxquels on servait des rentes augmentait tous les ans. Ce qui laissait prévoir le moment où toutes les ressources des caisses d'invalidité seraient absorbées par les tuberculeux."

"C'est pour parer à ce danger croissant que le Dr Gebhardt proposa aux caisses d'invalidité de se charger, en partie, de l'entretien des tuberculeux, hospitalisés dans les sanatoriums. Les caisses d'invalidité devant réaliser de cette façon un bénéfice notable."

"Voici le calcul du Dr Gebhardt : Un ouvrier tuberculeux qui ne peut plus travailler reste ordinairement à la charge de la caisse d'invalidité (avant de mourir) pendant 2 à 3 ans. Sa rente annuelle étant en moyenne de 235 francs, il coûte à la caisse de 470 à 700 francs.

"Mais si dès le début de sa tuberculose, l'ouvrier était placé dans un sanatorium d'où il sortirait au bout de 3 mois pour reprendre son travail ; la caisse d'invalidité payant, par exemple, seulement la moitié des frais de traitement qui est de 5 francs par jour, aurait à dépenser 225 francs (90 jours à 2.50 par jour.) Dans ces conditions 1000 tuberculeux leur coûteraient 225,000 francs tandis qu'aujourd'hui ils lui reviennent à 450,000 francs en rente, payables pendant deux ans.

(Brouardel : La lutte contre la tuberculose. Librairie Baillière et Fils, Paris.)

La plupart des sociétés représentées au congrès de Stuttgart, ont endossé les opinions du Dr Gebhardt et font actuellement soigner leurs malades dans les sanatoriums. Dans un rapport publié en 1897, je vois que déjà 37 sociétés avaient assisté collectivement 4480 consommateurs dont 4437 avaient été envoyés dans les sanatoriums.

Tel est le fonctionnement des sanatoriums populaires allemands. Créés et alimentés en partie par le concours des villes, des communes et des particuliers. Ces sanatoriums ont un revenu assuré par la participation des caisses d'assurance contre l'invalidité et la maladie.

Quels ont été maintenant les résultats de ces démarches des sociétés allemandes ? Leurs espérances ont-elles été réalisées ? Les profits obtenus ont-ils contrebalancé les argents déboursés ? Naturellement les résultats n'ont pas été identiques partout ; trop de facteurs rentrant en cause. Où les malades arrivaient à n'importe quelle période de leur maladie, 25 p.c. sortaient apparemment guéris, et de 40 à 50 p.c. suffisamment améliorés pour pouvoir reprendre leurs occupations au moins pour un temps. Mais partout où l'on a pu traiter les malades dès les premiers symptômes du mal, les guérisons ont atteint 70, 80, et même 90 p.c. des cas traités.

Croyez-vous que les résultats obtenus valent les efforts tentés ? Croyez-vous que c'est un exemple qui vaille la peine d'être suivi par nos sociétés canadiennes ? Pourquoi ne pourrions-nous pas faire ici, aussi bien que dans les vieux pays ? Différence d'habitudes, différence de climat me dira quelqu'un. Est-ce que, à nos portes à Saranac Lake, dans les Adirondaks, Trudeau, le pionnier de la cause sanatorienne en Amérique, n'a pas depuis 25 ans obtenus des résultats analogues, ou à peu près ?

Mais j'entends quelques-uns d'entre vous me dire : Pourquoi nous avoir pris notre temps pour une communication du genre ? C'était aux sociétés de bienfaisance elles-mêmes qu'il fallait vous adresser et non à un congrès comme celui-ci.

Messieurs, je vous le dirai en confidence : J'ai là, tout préparé, un projet que je soumettrai prochainement à la convention générale d'une de nos grandes associations nationales ; mais si je pouvais partir de ce congrès avec un endossement de ma proposition ; si les 200 membres éminents éclairés, les mieux en état, par leur profession et leurs études, de se prononcer sur une question comme celle-ci, en connaissance de cause, si, dis-je, les membres de ce congrès, consentaient à appuyer de leur influence et de leurs paroles, les efforts que nous allons tenter pour l'établissement de ces sanatoriums, croyez-vous que nous serions loin du succès ?

Presque tous, Messieurs, vous êtes affiliés à nos sociétés de bienfaisance nationales, soit comme membres, soit comme médecins-examineurs soit enfin comme praticiens appelés à donner vos

soins professionnels à des membres de ces sociétés croyez-vous que votre influence n'est pas très grande, n'est pas prépondérante dans ces sociétés, surtout lorsqu'il s'agit d'une question qui relève de la médecine ou de l'hygiène ? C'est pourquoi je me suis adressé à ce congrès. C'est pourquoi avant d'aller frapper à la porte des sociétés de bienfaisance, je me suis adressé à vous d'abord, Messieurs dans la ferme espérance d'avoir votre encouragement et votre concours.

Et si nous pouvons décider un jour, une seule société à tenter l'expérience, vous verrez avant longtemps de nombreux sanatoriums ouvrir leurs portes aux pauvres malades. C'est l'éducation populaire qu'il faut faire, c'est la masse qu'il faut atteindre ; mais cela ne sera fait que quand le peuple se sera convaincu par l'expérience, qu'il aura touché du doigt pour ainsi dire, les résultats que l'on peut obtenir dans ces sanatoriums. Une fois l'impulsion donnée, une fois la machine en mouvement, vous serez étonnés de la grandeur, de la magnificence des résultats obtenus.

Messieurs, je suis peut-être trop optimiste, mais j'espère, et cela avant longtemps, voir chaque cité, chaque ville, et peut-être chaque village établir son propre sanatorium comme elles ont actuellement leurs hôpitaux d'isolement pour la rougeole, la scarlatine, ou la diphtérie, et quand cela sera fait, quand le grand public aura commencé à connaître la nature de la tuberculose, les mesures hygiéniques et préventives nécessaires ; que toutes les précautions indispensables seront mises en œuvre, alors, il nous sera permis de prévoir le jour où comme ses devancières, la peste noire et la lèpre, cette nouvelle peste, cette peste blanche, comme on l'a surnommée, aura à peu près disparue des confins de notre beau Canada.

Magog, 26 juin 1906.

A. G. N. BEIQUÉ, M.D.

A propos d'enseignement pharmaceutique

Le public en général, les médecins, même grand nombre de pharmaciens confondent l'Association Pharmaceutique de la province de Québec avec le

Montreal College of Pharmacy, et la fondation récente de l'École de Pharmacie Laval vient encore ajouter à la confusion dans certains esprits. La méprise presque générale au sujet du Collège et de l'Association Pharmaceutique vient du fait que ces deux corporations ont toujours occupé des bureaux en commun et ont toujours eu le même secrétaire depuis de longues années, l'excellent M. Muir.

Quelques considérations sur l'histoire et les attributions des corporations nommées ci-dessus serviront à préciser leurs relations avec les pharmaciens de cette province.

L'Association pharmaceutique doit son existence à une loi provinciale. Par son conseil, elle administre les affaires des pharmaciens licenciés de la Province de Québec, perçoit les redevances, fait observer la loi de pharmacie, nomme les examinateurs et donne les licences qui permettent aux pharmaciens "diplômés ou non" d'exercer leur profession.

L'Association Pharmaceutique ne s'est jamais intéressée à l'enseignement professionnel ; elle s'est toujours contentée d'exiger que les candidats à sa licence fassent un certain stage dans une pharmacie et suivent deux cours de chimie, deux cours de matière médicale, et un cours de botanique, sans cependant préciser ni l'importance, ni la durée de ces cours, ni l'école où on doit les suivre.

Remarquons bien que, tous les candidats, d'où qu'ils viennent, peuvent, s'ils établissent qu'ils ont fait le stage requis et suivi des cours quelconques, se présenter aux examens de l'Association Pharmaceutique. Toujours, on a accepté comme candidats les élèves qui ont suivi les cours prescrits dans les écoles de médecine. Presque tous les étudiants en Pharmacie de la ville de Québec et de ses environs suivent ces cours avec les étudiants en médecine de l'Université Laval de Québec. Ceci établit d'une façon indiscutable que le Montreal College of Pharmacy n'a reçu aucune mission spéciale ni mandat de l'Association Pharmaceutique de la Province de Québec.

Le Montreal College of Pharmacy fut fondé en 1868 par MM. Kerry, Lyman, Manson, Mercer, Gray et Dyer.

Pendant vingt années les cours furent donnés exclusivement en anglais. Vers 1888, les élèves de langue française, qui formaient au moins la moitié du total des étudiants, demandèrent des cours en français et les obtinrent pour deux matières seulement, après avoir longtemps et énergiquement insisté. (Il est intéressant de noter qu'on tenta de supprimer ces cours l'année suivante), sous prétexte que tous les élèves français comprendraient suffisamment l'anglais pour pouvoir suivre avec profit les cours donnés en cette langue.

Une autre raison qu'on alléguait pour refuser de donner des cours en français, était la question d'économie ; on hésitait à doubler les frais de l'enseignement. Bref, les autorités du Montreal College of Pharmacy finirent par consentir à donner en français des cours de Matière Médicale et de Chimie, et quelques années plus tard confièrent à un professeur le soin d'enseigner la botanique dans les deux langues.

N'est-il pas vraiment extraordinaire que les directeurs du Montreal College of Pharmacy qui se firent tant prier, il ya dix-huit ans pour donner des cours en français alors que le Montreal College of Pharmacy était la seule institution du genre, fassent aujourd'hui tant d'efforts et de frais pour les maintenir quand s'en est chargée l'université Laval, dont la mission est de donner l'enseignement supérieur en français. La répugnance d'alors s'est-elle changée en un bel enthousiasme pour le français, ou faut-il penser que les étudiants d'aujourd'hui savent moins l'anglais que ceux de 1888 ?

Peu de temps après l'établissement des cours français le nombre des élèves qui les suivaient augmenta rapidement et depuis plusieurs années ils forment de 80 à 85 p.c. du total des étudiants qui préparent leurs examens au Montreal College of Pharmacy.

Si les étudiants français n'ont pas cessé d'augmenter en nombre, d'un autre côté, les étudiants anglais sont devenus plus rares. D'où il résulte que depuis plusieurs années une large part des fonds versés par les élèves des classes françaises servent à maintenir les classes anglaises. Personne n'aurait regretté cet état de choses s'il n'avait fait que le Collège, obligé de payer deux corps de professeurs, fut maintenu dans un état

d'infériorité regrettable. Le local était insuffisant et le matériel d'enseignement faisait presque complètement défaut.

Quelques membres du conseil du Collège ont, à plusieurs reprises, essayé d'améliorer la situation, mais sans succès; toujours, ils se sont heurtés à une apathie invincible. Le dernier effort a été tenté, il y a quelques mois, par M. Contant qui proposa de fusionner les intérêts de l'Association Pharmaceutique avec ceux du Montreal College of Pharmacy, afin de permettre d'employer l'excédent des fonds de l'Association Pharmaceutique à mieux outiller le collège. Ce plan ne put aboutir et c'est alors que fut décidée la fondation de l'École de Pharmacie Laval.

Il suffit de lire l'annuaire de cette école et de voir ses laboratoires et ses salles de cours pour se convaincre de ce que ses fondateurs ont dû s'imposer d'efforts et de sacrifices; ceux-ci ne manqueront pas d'être appréciés par les médecins, les étudiants et le public en général.

La faculté de l'École est composée comme suit:

- M. JOS CONTANT, pharmacien, professeur de Déontologie et de Jurisprudence pharmaceutique.
- M. J. E. W. LÉCOURS, pharmacien, professeur de Matière Médicale et de Pharmacie.
- M. ALF.-J. LAURENCE, pharmacien, professeur de Chimie Biologique et de Bactériologie, et Chargé du cours de Pharmacie pratique.
- M. S. LACHANCE, pharmacien, professeur de Pharmacie galénique.
- M. HENRI LANCTOT, pharmacien, professeur de Chimie analytique.
- M. ED. VADBONCORUR, pharmacien, professeur de Pharmacie magistrale.
- M. A.-D. QUINTIN, pharmacien, professeur de Physique pharmaceutique.
- M. JOS. BOUTIN, pharmacien, professeur de Toxicologie et Posologie.
- M. HENRI PILON, pharmacien, professeur de Botanique et Micrographie.
- M. HENRI LALONDE, pharmacien, adjoint au Cours de Matière Médicale.

Ne voulant rien négliger de ce qui pourrait élever le niveau de l'enseignement de l'École, le Conseil d'administration s'est assuré les services de M. J. Flahaut, licencié en sciences Physiques et Chimiques que sa carrière antérieure lui désignait comme un professeur distingué, et l'a chargé du Cours de Chimie Minérale et de chimie organique.

L'École de Pharmacie Laval, suivant en cela le mouvement universel qui tend à rehausser le niveau de l'enseignement, a voulu fournir aux étudiants en pharmacie le moyen d'acquérir à fond les sciences nécessaires à l'exercice de leur profession médicale et du public en général.

L'affiliation de l'École à l'Université Laval permet à ses élèves d'obtenir les grades universitaires de bachelier en pharmacie et de docteur en pharmacie.

Le siège de l'École étant dans l'édifice même de l'Université, les élèves se trouveront en contact constant avec les professeurs et les étudiants en médecine, qui, pouvant juger des études sérieuses que les étudiants en pharmacie doivent suivre pour obtenir leurs diplômes, sauront les apprécier à leur juste valeur.

Ses salles sont spacieuses, bien aérées et convenablement meublées. Les murs sont ornés de tableaux colorés les plus récents, pour servir à l'étude de la botanique, de la physique, de la chimie et de la bactériologie.

Des laboratoires munis de tous les accessoires, appareils et instruments nécessaires, faciliteront aux élèves l'étude pratique de la pharmacie, de la chimie et de la bactériologie.

En somme, l'École de Pharmacie Laval est une institution modèle et nous espérons qu'elle recevra de tous les intéressés l'encouragement que méritent les efforts que ses fondateurs ont fait pour améliorer et relever l'enseignement pharmaceutique.

Thérapeutique

De l'infection ombilicale; soins à donner au cordon

(M. Maygrier).

Tous les accoucheurs sont aujourd'hui d'accord sur les avantages que présente la section du cordon seulement au moment où ses battements ont cessé de se produire. Cette façon d'agir permet, ainsi que l'a montré le P. Budin, de conserver au nouveau-né près de 100 grammes de sang, ce qui correspond à peu près proportionnellement à 1,700 gr. de sang chez un adulte. En agissant ainsi les enfants augmentent beaucoup plus rapidement de poids et la dessiccation et la cicatrisation du cordon se font dans de meilleures conditions. Les battements doivent être recherchés à la partie moyenne du cordon et non tout près de l'ombilic.

La ligature du cordon a des actions multiples. Elle produit d'abord l'hémostase, hémostase dont on peut parfaitement se passer quand l'enfant respire bien, mais absolument nécessaire quand il respire mal, car alors une hémorragie peut se produire, ce qui arrive parfois même quand on a cru faire une bonne ligature.

Très rapidement après la ligature commence le travail d'élimination du cordon; il se fait d'abord un petit sillon qui grandit peu à peu et qui constitue un danger au point de vue de l'infection. Successivement, chacune des parties constituant le cordon, se sectionnent, mais rarement leur chute se fait spontanément, il y a toujours un léger arrachement donnant une plaie dont la cicatrisation ne se fait guère attendre; douze jours ou quinze jours après, une épidermisation solide a fait place à cette cicatrice, porte d'entrée d'une infection toujours possible.

C'est surtout pendant la période d'épidermisation du moignon ombilical que surviennent les accidents d'infection dont la gravité est parfois très grande. Cette infection peut se faire par plusieurs voies; elle était fréquente autrefois qu'on prenait très peu soin du cordon.

N'avoir jamais d'odeur, être sec, telles sont

les conditions que doit remplir le cordon pour être à l'abri de l'infection. Les prématurés sont surtout prédisposés à cette infection; l'inoculation se fait soit par les instruments, pansements ou mains contaminées.

Diverses sont les manifestations de l'infection; il peut n'y avoir d'abord que des phénomènes simplement locaux; de la rougeur, des bourgeons plus ou moins volumineux, parfois de véritables fungus; très souvent cependant, et c'est là, chose importante, l'infection ombilicale peut se produire sans qu'il y ait aucun phénomène local, et l'infection arrive sans qu'on s'en doute. On peut encore observer l'omphalite, véritable lymphangite avec suppuration et enfin l'érysipèle.

L'érysipèle apparaît d'ordinaire du troisième au quatrième jour, débute par l'ombilic et rapidement disparaît en s'étendant, de telle sorte qu'on ne la retrouve plus à son point primitif. Alors que la migration a commencé (deuxième jour), apparaît la fièvre, le malade prend rapidement un aspect subictérique avec état grave, la mort est à peu près fatale. La guérison est extrêmement rare, l'infection envahissant rapidement les organes internes.

Le diagnostic n'est difficile que si l'infection est méconnue à son point de départ, et cela arrive parfois alors même que du pus existe dans la veine ombilicale.

On est très désarmé contre l'infection ombilicale, aussi le mieux est-il de l'éviter. Pour cela on fera toujours la ligature avec un fil aseptique. On peut employer des fils de caoutchouc qui, d'après M. Maygrier, auraient l'avantage de bien assurer l'hémostase en ne se desserrant jamais. Budin préconise la ligature en bouchon de champagne; Bar place sur le cordon une pince à demeure. Porack écrase le cordon avec l'omphalotribe. Tous les moyens sont bons à la condition d'être soigneusement appliqués.

Ne jamais employer de corps gras, pour le pansement; se contenter de ouate hydrophile, et quand le cordon tombe, assécher la petite plaie avec des poudres minérales, talc ou sous-nitrate de bismuth. Une surveillance de tous les instants devra enfin être exercée jusqu'à épidermisation complète de la plaie ombilicale.

NOUVELLES

Le Dr Normand, président du Troisième Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Trois-Rivières en juin, vient de recevoir une invitation officielle du Président du Congrès Américain, international, de la Tuberculose, qui aura lieu le 14, 15 et 16 novembre 1906 à New-York. L'invitation le prie de bien vouloir venir représenter officiellement l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord, au nom de laquelle on lui demande de faire un discours, et de venir avec autant de délégués qu'il pourra.

Nous adressons nos vives félicitations au Dr Normand de cette preuve si frappante du retentissement qu'a eu le Congrès de Trois-Rivières. Il a placé définitivement notre Association au premier rang.

Une autre preuve du succès de ce dernier congrès et du retentissement qu'il a eu apparaît sans besoin de commentaires, dans le fait suivant que nous avons le grand plaisir de communiquer à nos lecteurs :

Le Dr deBlois, secrétaire du Congrès de Trois-Rivières, vient d'être nommé membre correspondant étranger des sociétés suivantes : Société de Médecine de Paris, Société française d'hygiène et Société de Thérapeutique de Paris.

Le Dr Triboulet dès son retour à Paris, a écrit un long rapport du Troisième Congrès qu'il a fait paraître dans son journal "La Clinique". Il en a adressé gracieusement 1500 numéros au Dr deBlois en le priant de les distribuer aux membres du Congrès.

La distribution se fera aussitôt l'envoi reçu.

Le Dr Dubé, l'un des plus sympathiques directeurs de l'excellente revue "L'Union Médicale" vient de s'embarquer pour la France où il doit faire un séjour de deux mois et se remettre définitivement de la cruelle maladie qui l'a tenu à la

chambre depuis trois mois. Nous lui souhaitons prompt retour et complète guérison.

Le Dr Ch. Monod, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux, Membre de l'Académie de Médecine, Chevalier de la Légion d'Honneur s'est embarqué le 26 août pour Montréal, où il est attendu le 7 septembre.

Le Dr Charles Monod est le père de notre secrétaire-général. Il est inutile de dire le plaisir que nous cause sa venue.

Le Dr Widal, de Paris, vient d'être nommé membre de l'Académie de Médecine (section d'hygiène).

Le Dr Thoinot a succédé au professeur Brouardel (chaire de médecine légale).

Le Dr Albarrán, a été élu professeur à la Faculté, comme successeur du professeur Guyon atteint par la limite d'âge.

Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Nous recevons la lettre suivante avec prière de communiquer à nos lecteurs.

Trois-Rivières, 15 août 1906.

Monsieur et cher confrère,

Veillez avoir l'obligeance de nous adresser, le plus tôt possible, le texte écrit de la communication que vous avez présentée au Congrès des Trois-Rivières.

Vous nous permettrez de vous faire remarquer à cette occasion que tous les travaux inscrits pour ce Congrès devront nous parvenir avant le trente septembre prochain.

Les communications reçues après cette date ne pourront être insérées dans les comptes-rendus.

Agréer, Monsieur et cher confrère, avec nos remerciements anticipés, l'assurance de nos sentiments distingués.

LOUIS PHIL. NORMAND,
Président général.

CHARLES N. de BLOIS,
Secrétaire général.

23 Avenue Laviolette, Trois-Rivières, P.Q.

N. D. L. R.

Travaux Originaux

La Blennorrhagie chez la femme ⁽¹⁾

Pathogénie et traitement

(Par le Dr. FRS de Martigny)

La blennorrhagie si désastreuse pour les organes génitaux de la femme, d'un pronostic si sombre, plus sombre bien souvent que celui de la syphilis, débute insidieusement, sans fracas. La femme est infectée depuis des semaines, qu'elle ne se doute même pas des dangers qu'elle court. Quand elle vient consulter pour des pertes blanches abondantes qui tache son linge en jaune, si vous l'avertissez des dangers graves qui la menacent, si vous lui montrez les désordres qui résultent de son état, si vous lui décrivez les lésions profondes que produit cette infection, c'est avec un sourire incrédule que trop souvent elle vous écoute.

Qu'est-ce que la blennorrhagie ? Une affection aiguë transmise par contact, qui renferme un microbe spécial le gonococque, microbe dont le caractère particulier est de faire du pus, parce que c'est un microbe très biogène, qui provoque une leucocytose intense et donne naissance à une exudation abondante. Le gonococque se développe exclusivement sur les muqueuses. Comme les voies génitales de la femme, depuis la vulve jusqu'à l'ovaire, ne sont si je puis me servir de cette expression qu'une grande muqueuse, il est facile de comprendre le terrain propice qui s'offre au gonococque de pulluler tout à son aise.

Comment la femme est-elle infectée généralement ?

De deux manières.

Un homme qui a eu anciennement une blennorrhagie, veut se marier il lui reste encore une légère goutte militaire ou simplement, des filaments dans son urine. Il se croit guéri, pour plus de sûreté, il consulte un médecin. Le confrère consciencieux examine la goutte au microscope, mais presque toujours il oublie de faire pendant quelques jours, avant l'examen de la goutte, des instillations irritantes dans l'urètre de son malade.

il ne découvre pas de gonococque, il le déclare guéri. Le médecin a agi de bonne foi, et pourtant s'il avait fait pendant deux ou trois jours des instillations de nitrate, il aurait découvert des gonococques.

Avouons que la plupart du temps, celui qui a eu une blennorrhagie se marie sans consulter.

A la suite d'abus de liqueur ou de coït, la goutte du mari reparait plus abondante, l'urètre coule, puis, quelques jours après, la femme remarque une leucorrhée dont l'abondance augmente rapidement. La blennorrhagie est établie.

D'autres fois, à la suite d'une imprudence — ne soyons pas trop durs pour l'humanité — le mari revient au domicile conjugal infecté et sans scrupules, il transmet à son épouse confiante des gonococques dont les ravages ne se termineront trop souvent que par la mort de la femme après un long et douloureux calvaire.

Rarement, mais les observations toutefois existent, on peut s'infecter soit sur des sièges de cabinets sales, soit avec des serviettes contaminées par le gonococque. Pour expliquer la contagion dans ces cas de goutte militaire ancienne il faut bien tenir compte de la grande vitalité du gonococque. Enfermé dans les culs de sac glandulaires de l'urètre, le gonococque ne meurt pas, il possède une résistance quasi éternelle, il sommeille, il attend pour récupérer sa virulence une occasion qu'un excès lui fournit.

Le gonococque n'infecte pas simultanément et d'un seul coup toutes les parties de l'appareil génital de la femme, il se localise pour un certain temps à des organes spéciaux et pour mieux suivre la description de sa marche envahissante je me permets de rappeler très succinctement l'anatomie de ces organes.

LA VULVE est une pente verticale médiane sous-jacente au mont de Vénus masse graisseuse prépubienne recouverte de poils.

En haut par l'appareil érectile, clitoris et bulbe du vagin et plus ou moins masquée par quatre replis tegumentaires : les grandes et les petites lèvres.

LES GRANDES LEVRES : — recouvertes de poils sont séparées de la face interne des cuisses par les sillons génitaux pruraux, leurs bords libres convergent en haut vers le Mont de Vénus, en bas à une commissure appelée fourchette. Leur

(1) Lire au Congrès de Trois-Rivières, juin 1906.

face interne à l'état normal, rose humide, sans poils est séparée de la petite lèvre correspondante par un sillon.

LES PETITES LEVRES.— repli humide et sans poils rougeâtre ou noirâtre offrent un bord antérieur souvent irrégulièrement découpé. En haut ce bord libre se bifurque, sa branche externe passe au-dessus du clitoris formant avec celle du côté opposé le capuchon du clitoris. La branche interne passant au dessous du clitoris constitue le frein de cet organe.

LA MUQUEUSE. à épithélium toujours pavimenteux stratifié de ses petites lèvres contient de nombreuses glandes en grappes refuges sûrs pour le gonocoque. C'est à la face interne de chacune de ces petites lèvres que viennent s'ouvrir les canaux excréteurs des glandes de Bartholin. Vu l'importance de ces glandes dans la blennorrhagie de la femme, je m'arrête un peu plus longtemps sur l'anatomie des glandes vulvo-vaginales. Au nombre de deux, l'une à droite, l'autre à gauche, les glandes de Bartholin sont situées sur les parties latérales et postérieures du vagin, à un centimètre environ au-dessus de l'orifice inférieur de ce conduit. Elles reposent en partie dans l'espace angulaire que forment en s'adossant l'un à l'autre le vagin et le rectum. Chez l'adulte, leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une petite amande. Les glandes vulvo vaginales ont la forme d'un ovoïde un peu aplati transversalement. Le canal excréteur de la glande se dirige obliquement de haut en bas d'arrière en avant et de dehors en dedans. Il vient s'ouvrir par un orifice arrondi dans le sillon qui sépare les petites lèvres de l'hymen ou de ses débris caronculeux ; on le rencontre d'ordinaire à la partie moyenne de l'orifice vaginal ou à l'union de son tiers postérieur avec ses deux tiers antérieurs. Cet orifice est ordinairement tout petit.

Je passe l'anatomie du bulbe du vagin, du clitoris et de l'hymen qui n'est guère intéressant au point de vue blennorrhagique.

VAGIN.— C'est un canal qui se termine à l'utérus et qui commence à la vulve. Par son extrémité utérine, il forme un dôme sous lequel le museau de tanche fait saillie. A l'état de repos les parois antérieures et postérieures du vagin sont accolées, elles ne s'écartent que pendant le coit ou la parturition. Le vagin décrit une courbe à concavité antérieure et presque parallèle à celle du

pelvis et qui croise fortement celle de l'utérus. La partie antérieure répond à la vessie et à l'urètre. Sa paroi postérieure répond à la face antérieure du rectum. A l'état normal la surface du vagin est rose pâle. Trois couches intimement soudées constituent la paroi vaginale. La plus externe est faite d'un tissu conjonctif très lâche la moyenne est musculaire et la dernière couche interne est muqueuse. La couche muqueuse est formée d'une muqueuse papillaire et tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié.

UTERUS.— L'utérus ou matrice à la forme d'une poire tapée. Il présente deux parties bien distinctes, un corps et un col séparés par un segment court et étroit : l'isthme. Le col conique est plus long que le corps chez la vierge. Chez la femme pubère il est cylindrique et beaucoup moins long que le corps. Il se termine dans le vagin par une extrémité arrondie, le museau de tanche qui est percé d'une fente par laquelle la cavité utérine communique avec l'extérieur par le vagin. L'utérus est situé à la fois dans le bassin, entre la vessie et le rectum et dans le vagin. A l'état normal la surface interne de l'utérus est lisse et d'un gris rose. Celle du corps faisant au contraire une série de saillies séparées par autant de sillons c'est l'arbre de vie. L'utérus est une poche musculo-muqueuse, d'à peu près deux centimètres d'épaisseur et de dix de longueur. La muqueuse diffère beaucoup au niveau du corps et au niveau du col. La muqueuse corporelle est tapissée d'un épithélium cubique munie de cils vibratils. Elle ne présente que des prolongements en doigts de gants pris à tort pour des glandes. La muqueuse cervicale plus épaisse est tapissée d'un épithélium vibratil qui se transforme en épithélium pavimenteux stratifié au niveau des lèvres du museau de tanche. Elle possède de nombreuses glandes à mucus.

TROMPES.— Les trompes s'étendent de chaque côté de l'utérus à la partie moyenne du pelvis, longues de seize centimètres elles décrivent dans le sens transversal une sorte d'arc à concavité inférieure et s'enroule comme une fronde autour de l'ovaire correspondant. La trompe présente deux parties l'une interstitielle courte et droite cachée dans l'épaisseur même de la paroi utérine, l'autre pelvienne longue flexueuse et très mobile, étroite et quasi cylindrique à son insertion utérine, la trompe s'évase et s'enroule sur elle même

comme certains coquillages pour s'épanouir en un pavillon qui rappelle la corolle d'une fleur. L'une de ses branches se fixe à l'ovaire et constitue le ligament tubo-ovarien. Au centre du pavillon se trouve l'ouverture abdominale de la trompe. L'orifice utérin est petit. La trompe est un canal perméable, musculo-muqueux, la musculeuse est très puissante. La muqueuse d'un gris rosé est hérissée de saillis longitudinales et tapissées d'un épithélium à cils vibratils.

OVAIRES.— Les ovaires ont la forme de deux amandes, grisâtres lisses chez la jeune fille, couvertes de cicatrices chez la femme adulte. Ils sont situés dans la partie moyenne du petit bassin de chaque côté de l'utérus, au-dessous de la trompe dans l'aileon postérieur du ligament large. L'ovaire sain est un organe très mobile. L'ovaire est formé d'une enveloppe conjonctive, l'albuginée et d'un parachyme dans lequel on distingue deux parties : la substance corticale périphérique dense blanchâtre, l'autre la substance médullaire centrale molle rougeâtre.

LOCALISATION DE LA BLENNORRAGIE.

L'inflammation de la glande Bartholin est une des localisations les plus fréquentes de la blennorrhagie chez la femme. La Bartholinite se rencontre surtout chez les femmes jeunes, peu de temps après avoir été infectées, la femme ressent des démangeaisons, une sensation de cuisson, puis de la gêne à la vulve. Elle éprouve une pesanteur, une douleur localisée à l'une ou aux deux grandes lèvres. A l'examen on perçoit une augmentation de volume de la grande lèvre infectée. L'orifice du vagin peut même être obstrué. L'orifice excréteur de la glande apparaît au milieu d'une macule rouge. Au toucher l'on sent la fluctuation. Plus tard, si l'on n'intervient pas le pus se fait jour à l'extérieur, par plusieurs orifices. Les fistules ainsi créées n'ont presque jamais tendance à guérir seules. Elles passent à l'état chronique. Souvent dans ces derniers cas les symptômes sont très atténués. Pour les réveiller il faut un excès de coït, un traumatisme, accouchement, par exemple. Le diagnostic de la Bartholinite chronique est plus difficile à faire. Pour la diagnostiquer, il faut la chercher. Généralement il persiste une petite tumeur produite par la glande infectée. Un moyen très facile dans ces cas est de peser avec le doigt de dedans en dehors et de d'ar-

rière en avant sur la petite tumeur que l'on sent.

On voit sourdre un peu de pus, il ne reste qu'à le recueillir sur une lamelle et à l'examiner au microscope.

VAGINITE BLENNORRAGIQUE

Chez la femme la blennorrhagie peut débiter par une vaginite passagère parce que le vagin est un mauvais milieu de culture pour le gonocoque et que le col s'ouvre dans le fond du vagin tout exprès l'on pourrait dire pour donner au gonocoque avec ses nombreuses glandes à mucus un terrain propice et sûr pour se développer. Les premières symptômes de la blennorrhagie vaginale une érosion intense au niveau du vagin et un écoulement de pus blennorrhagique érysiflant verdâtre. Le diagnostic est facile à faire même sans examen microscopique, car chaque fois que l'on est en présence d'une vaginite l'on est en droit de supposer qu'il y a blennorrhagie. Le vagin n'était-il pas considéré comme le terrain classique du gonocoque jusqu'aux recherches de Bumm. Toutefois ce n'est pas dans le vagin que se localise la blennorrhagie. Les gonococques ne pénètrent pas dans l'épithélium vaginal qui est pour eux une barrière infranchissable. Ils se rencontrent dans le vagin seul exclusivement au début des cas aigus. Mais presque toujours, pour ne pas dire toujours, dans les cas chroniques, les gonococques viennent du col et du corps utérin : " Cette sécrétion du col finit par développer une inflammation superficielle secondaire du vagin, il n'existe que très rarement une vaginite blennorrhagique primitive." (Pichevin).

BLENNORRAGIE DU COL

La métrite du col est infectieuse et l'infection vient de l'extérieur presque toujours c'est le gonocoque (Dolérus). Dans la blennorrhagie du col il y a d'abord exagération de l'écoulement de mucus puis un écoulement d'un muco-pus et d'un pus verdâtre qui tache en jaune le linge de la malade, les douleurs au début, lancinantes, deviennent rapidement violentes. Au début le col est gros, très rouge, plus tard la muqueuse est érosée.

BLENNORRAGIE DU CORPS UTERIN

La blennorrhagie du col est très rarement observée car la propagation se fait en surface par continuité de muqueuse le sphincter de l'isthme n'étant pas une barrière qui met un obstacle considérable. Les gonococques localisés d'abord

sur la muqueuse cervicale dans l'intérieur des cellules épithéliales trouvent dans l'hypersecretion que provoque leur présence un excellent milieu de culture. Leur développement est rapide et ils gagnent en surface en même temps qu'ils suivent l'épithélium en profondeur et vont se cantonner au fond des culs de sac glandulaires. La structure de l'épithélium utérin est propice à leur multiplication. La menstruation les congestions de toutes sortes de l'endomètre du corps sont alors les circonstances adjuvantes de propagation. Celle-ci est précoce et rapide. Dans la blennorragie aiguë l'utérus est congestionné et sécrète une grande quantité de pus verdâtre. La femme ressent une pesanteur ou une douleur à chaque selle elle s'anémie s'affaiblit rapidement. La menstruation qui suit l'infection est une véritable hémorragie avec douleur fièvre, nausée, vomissements quelquefois des évanouissements, et deux choses se produisent, ou bien l'infection gagne les trompes ce qui est le plus fréquent ou bien la métrite chronique s'établit. Le plus souvent la salpingite est foudroyante. La continuité et l'analogie de structure des muqueuses de l'utérus et de la trompe suffit très bien à expliquer la propagation inflammatoire à ce dernier organe. Rien ne s'oppose à ce que le gonococque parti du col infecte la muqueuse du corps et franchisse un degré de plus dans cette voie ascensionnelle, que la salpingite ne continue la blennorragie du corps. N'est-ce pas la le processus très simple de toute infection des muqueuses en continuité. Le gonococque produit un pyosalpinx ici car comme je l'ai dit précédemment le propre du gonococque est de faire du pus. La salpingite gonorrhéique et consécutivement la péritonite sont presque fatales lorsqu'il y a endométrite (Saenger) elle se produit à l'occasion d'une époque de règles, d'une fausse couche, d'excitations un peu vives, l'infection gagne au-delà et envahit les organes génito-profonds (Hordy).

Tout ce qui concerne la salpingite, le pyosalpinx a été si souvent décrit que je ne m'arrête pas à le relater. Ma communication étant déjà un peu longue.

Je donne à cause de son importance un court résumé de la blennorragie des petites filles. Je me suis largement inspiré dans cette partie de ma communication d'un travail de Hordy.

BLENNORRAGIE DES PETITES FILLES.

On sait que les petites filles lymphatiques, anémiques, malpropres, surtout si elles se livrent à la masturbation, peuvent contracter une vulvo-vaginite qui, naturellement, n'a rien de gonococcique. Or cette vulvo-vaginite, ainsi acquise par auto-infection, peut devenir contagieuse. Comby, Beggrüm, Koplick, Andrieu croient à cette contagion.

CAUSE. — Dans les cas où l'on trouve le gonococque, il est encore assez rare que le viol en soit la cause. Ce sont plutôt des circonstances accidentelles qui favorisent cette maladie. Ainsi à l'hôpital des Enfants-Malades, 15 fillettes furent contaminées par l'intermédiaire d'objets de toilette et des mains des infirmières, après l'admission dans le service de deux petites filles atteintes de vulvo-vaginite. Une autre épidémie fut occasionnée par l'emploi d'un thermomètre anal. A Posen, 236 fillettes furent contaminées à la suite de bains de boue pris en commun, que l'on donnait gratuitement dans un établissement de la ville. L'examen microscopique montra chez toutes la présence du gonococque. La contamination se fait aussi très fréquemment par suite de la communauté du vase de nuit. En effet, la fillette, en s'asseyant sur le vase fait surtout entre-bâiller largement sa fente génitale, qui peut s'infecter. C'est surtout ce mode de contagion qui explique la fréquence de ce que Ebstein appelle la "gonorrhée familiale."

La vulvo-vaginite des petites filles peut se compliquer des mêmes accidents que la blennorragie de la femme adulte. Elle peut avoir de la salpingite, arthrite, péritonite à gonococques. De la péritonite générale à gonococques, on ne connaît que 13 cas, chez la petite fille, dont 6 se sont terminés par la mort, 7 par la guérison (1). L'arthrite blennorragique des fillettes est un peu plus fréquente. Cette arthrite, compliquée souvent de phénomènes généraux graves, expose d'autant plus aisément à des erreurs de diagnostic, qu'elle survient à des moments très différents du début de la vulvo-vaginite. Parfois l'arthrite survient après huit jours, parfois dix mois depuis l'invasion de la vulvo-vaginite, et celle-ci est parfois d'apparence vraiment bénigne. Or la cause de cette arthrite doit être découverte, car le traitement de la lésion initiale doit accompagner l'im-

(1) Daphnis, loco citato.

mobilisation du membre, que l'on fixe dans un appareil amidonné. Le traitement de la vulvo-vaginite est parfois très long. Il consiste en injections vaginales et lavages au permanganate de potasse à 1-2 pour mille. On a lavé d'abord la vulve aussi complètement que possible, puis à l'aide de l'index, on presse le périnée d'arrière en avant pour faire sortir le pus accumulé dans le vagin. Alors seulement on introduit une fine canule à injection à travers l'orifice hyménal. L'injection doit être pratiquée deux fois par jour et continuée 15 jours après la guérison complète. Contre les ulcérations vulvaires qui accompagnent souvent ce genre de vulvite, un bon traitement consiste dans l'application de vaseline boriquée. Le repos au lit doit être absolu tant que l'amélioration n'est pas très sensible.

Pour bien graver dans votre mémoire les dangers de la blennorrhagie chez les petites filles je vous donne un résumé de la communication de M. Emmet, Holt de New-York au quinzième congrès international de médecine tenu à Lisbonne du 19 au 26 avril 1906.

" Cette communication relate cinq épidémies de vaginite gonococcique dans un hôpital pour jeunes enfants. En tout cent soixante-douze enfants furent atteints, dont vingt-quatre firent de l'arthrite blennorrhagique aiguë. La désinfection, la stérilisation des serviettes, et autres moyens de combattre l'infection demeurèrent sans effet jusqu'à ce que l'on eut isolé les malades de ceux qui les soignaient. Le seul moyen efficace d'empêcher l'éclosion de la vaginite gonococcique, dans une institution consiste à pratiquer l'examen bactériologique des excréments vaginales des petites filles au moment de leur admission. De plus il faut pratiquer un examen périodique de toutes les petites filles dans l'institution. Ce qui permet de dépister les cas non reconnus à l'examen précédent."

Nous passons à la blennorrhagie urétrale et vésicale, ne signalant seulement à cause de son importance l'infection des glandes para urétrales. La pré urétrite si négligée en clientèle est pourtant d'une importance considérable. Les glandes para urétrales sont, après les glandes de Bartholin les organes où le gonocoque se cantonne le plus souvent. Si l'inflammation de ces glandes passe le plus souvent inaperçu c'est parce qu'ici l'infection évolue sournoisement toutefois elle est très

dangereuse surtout au moment de l'accouchement pour le nouveau-né dont les yeux s'infectent si facilement. Je ne propose de revenir dans un prochain travail sur cette question. J'aborde de suite le traitement de la blennorrhagie chez la femme.

Le traitement se divise en deux : le traitement de la blennorrhagie aiguë. Le traitement de la blennorrhagie chronique. Ce dernier se divise encore en traitement médical et en traitement chirurgical.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE

Le traitement de la blennorrhagie aiguë en exceptant le traitement de la Bartholinite est essentiellement médical. Il y a d'abord un traitement commun à tous les cas puis un traitement qui varie suivant l'organe plus spécialement touché par le gonocoque.

TRAITEMENT COMMUN A TOUS LES CAS.

Il faut ordonner à la femme infectée de se laver la vulve deux ou trois fois par jour avec un savon antiseptique et de l'eau bouillie chaude, de faire un grand lavage, d'employer une grande quantité d'eau. Il est très important que la femme enlève complètement le pus séché dans les poils de la vulve et nettoie cette partie avant de faire autre chose. Puis, de suite après le lavage de la vulve, prendre une injection, vaginale d'eau bouillie, aussi chaude que la femme peut la supporter de deux ou mieux de quatre litres. Il faut insister fortement pour que la femme se donne ses injections couchée, qu'elle suspende son hochet très bas, un pied et demie à deux pieds, au-dessus de son bassin de lit de façon que l'injection dure au moins quinze minutes. Il y a deux avantages à cela. D'abord on évite le traumatisme possible des organes pelviens, secondement au lieu de congestionner d'avantage l'appareil génital de la femme, par une injection vaginale chaude donnée d'une manière brutale, qui dure deux ou trois minutes et d'augmenter par là les douleurs en augmentant la congestion, on obtient d'une injection de longue durée l'effet de tout bain chaud prolongé. On décongestionne tous les organes génitaux, on diminue la douleur. On produit aussi l'anémie des tissus par le même mécanisme que l'on obtient en plongeant dans un bain chaud de quinze ou vingt minutes tout membre congestionné. A cette eau bouillie il convient d'ajouter un antiseptique assez puissant pour s'opposer à la pullulation des

microbes. Les antiseptiques que nous avons à notre disposition sont nombreux et tous vantés. Pour ma part je m'adresse dans les cas aigus au permanganate de potasse qui a la propriété de produire une sécrétion sérieuse impropre à la culture du gonococque et pour les cas chroniques à l'aniodol et à la formaline. J'ai abandonné depuis longtemps le sublimé parce que je le trouve très irritant pour les muqueuses et que j'ai constaté plusieurs fois des menaces d'empoisonnement. J'ordonne donc dans les cas aigus, le matin une douche vaginale de quatre litres d'eau bouillie au permanganate de potasse à un pour quatre ou à un pour trois mille et le soir une seconde douche semblable à celle du matin.

Dans les cas chroniques je remplace le permanganate de potasse par l'aniodol à un pour trois mille ou la formaline à un pour cinq mille. Ce traitement doit être ordonné à toutes les femmes souffrant d'une blennorragie génitale. Il faut bien entendu en plus s'occuper d'instituer un traitement s'adressant plus spécialement à la partie infectée.

BARTHOINITE

Une fois la Bartholinite établie, il faut largement ouvrir la glande au thermocautère ou au bistouri et la détruire soit à la curette tranchante soit au thermocautère. Si l'on se sert du thermocautère, cette petite opération présente un danger il ne faut pas plonger le fer rouge trop loin et surtout il faut veiller à ne pas le plonger trop près du rectum car le rayonnement de la chaleur pourrait mortifier les tissus et l'escarre en tombant produire une fistule recto-vulvaire, accident dont j'ai eu un cas à traiter et où il a fallu une véritable opération laborieuse pour fermer la fistule. Il faut penser cette plaie à plat tous les jours et la laisser guérir par granulation.

VAGINITE PRIMITIVE OU SECONDAIRE

Le vagin infecté primitivement ou secondairement requiert entre les douches l'application quotidienne par le médecin d'un immense tampon de coton hydrophile stérilisé bien imbibé d'un glycérolé médicamenteux. Ce tampon doit être assez gros pour bien remplir le vagin, et en déplier les replis de la muqueuse. J'emploie de préférence le glycérolé au tannin du codex auquel j'ajoute vingt cinq centigrammes par litre de sulfure de carbone chimiquement pur. Il ne faut pas oublier de recommander à la malade d'enlever ce

tampon avant de se donner sa douche. Ce conseil a son importance. En effet il m'est arrivé plusieurs fois au début de ma clientèle d'oublier de faire cette recommandation à des malades et j'ai constaté plusieurs fois aux pansements suivants que la malade avait religieusement laissé en place le tampon que j'avais posé la veille dans son vagin. C'est là le traitement idéal. Dans certains cas, il est impossible à la femme de se rendre régulièrement chez le médecin. On peut suppléer au tampon en ordonnant trois douches vaginales au lieu de deux.

BLENNORRAGIE DU COL

S'il y a en plus blennorragie du col, il faut en outre du tampon quotidien faire tous les deux ou trois jours un badigeonnage de l'extérieur du col et une application à l'intérieur de celui-ci d'un médicament astringent : sulfate de zinc au dixième, protargol au cinquième, nitrate d'argent au centième. Je me sers dans ces cas pour les badigeonnages et applications du liniment d'iode mélangé à parties égales à la teinture d'aconit.

BLENNORRAGIE DU CORPS

J'arrive au traitement de la blennorragie du corps utérin qui est très important si l'on veut enrayer la marche envahissante du gonococque vers la trompe et l'ovaire. Ici il faut avant tout tenir largement dilaté l'orifice interne du col pour donner une large issue au pus blennorragique. Il ne faut pas craindre après avoir nettoyé et aseptisé autant que faire se peut le vagin et le col de passer des bougies d'Hégar stérilisées jusqu'au No 10. Je ne me suis jamais cru autorisé à dépasser ce numéro qui me paraît donner une dilatation amplement suffisante. Il faut tenir le col dilaté pendant longtemps. Aussi longtemps qu'il s'écoule du pus par le museau de tanche. Puis, après chaque dilatation que l'on doit répéter tous les deux jours, faire une application intra utérine avec de la teinture d'iode, sulfate de zinc au vingtième ou tout autre astringent au choix et placer dans le vagin un gros tampon de coton hydrophile bien imbibé d'un glycérolé médicamenteux.

SALPINGITE, OVARITE, PÉRIMETRITE.

Dans ces cas, il faut recommander à la malade le repos absolu au lit, faire donner chaque jour trois grandes douches vaginales chaudes au permanganate de potasse, un grand lavement quoti-

dien chaud à l'eau bouillie simple, prescrire à la malade de garder ce lavement au moins vingt minutes, veiller à ce que les intestins restent bien libres, faire appliquer sur le ventre en permanence des applications de vessies de glace, ou si l'on ne peut se procurer de glace, de sacs remplis d'eau chaude. Instituer le régime laoté. Contre les douleurs prescrire des suppositoires de belladome. Il faut absolument attendre avant de permettre à la malade de se lever que toute douleur soit disparue et qu'au toucher on sente le cul de sac bien souple, l'utérus mobile et indolore. Faire un examen au spéculum et si l'on voit sourdre par le museau de tanche un liquide louche, instituer le traitement de la métrite blennorragique. Si, malheureusement l'on ne se montre pas d'une excessive sévérité, l'on conduit fatalement ces malades à l'opération.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE CHRONIQUE

Quand le blennorragie est passée à l'état chronique le traitement est moins efficace que dans la blennorragie aiguë. Toutefois avec beaucoup de prudence et de patience, l'on peut obtenir encore dans un certain nombre de cas des résultats relativement favorable et rendre une santé qui sans être florissante permet à la femme de vaquer à ses occupations.

La blennorragie se présente généralement sous forme de métrite avec ou sans ectropion de la muqueuse du col. Ici outre le traitement des douches qu'il faut prescrire l'on doit dilater le col, faire des applications intra-utérines astringentes détruire par un caustique la muqueuse du col ou si les caustiques ne sont pas suffisants faire l'amputation. S'il y a en outre salpingite chronique ne pas désespérer avant d'avoir longtemps appliqué le traitement de la salpingite aiguë et recommander en plus à la malade de se faire chaque semaine une large application de teinture d'iode sur le ventre.

Toutefois il y a des cas de métrite rebelle à tout traitement médical, des cas de salpingite d'origine gonococcique qui relèvent du traitement chirurgicale, curetage, salpingectomie uni-latérale ou bilatérale se sont des cas qui relèvent de la gynécologie et je me garde bien dans ce travail de décrire toutes les opérations ne voulant pas vous infliger la lecture d'un traitement de gynécologie opératoire.

La femme infectée par le gonococque est exposée à plusieurs dangers, à plusieurs accidents qui entraînent dans ses organes génitaux des lésions irrémédiables, lésions profondes incurables bien souvent sans une grave opération. Qui de nous n'a été consulté par une de ces malheureuses victimes du gonococque soit pour une métrite rebelle, une périmétrite douloureuse, une salpingite. Je crois pour ma part que soixante et quinze pour cent des salpingites sont dues au gonococque et que plus de la moitié des cas d'infections puerpérales sont dues au même microbe. Même si à l'examen micro-biologique on ne trouve pas le gonococque on ne peut pas conclure qu'il n'est pas la cause primitive de la lésion car le gonococque infecte les organes génitaux, la maladie évolue, le gonococque disparaît, la lésion reste. Il y a une chose qui n'est pas suffisamment connue, c'est l'influence de la blennorragie sur le développement de la grossesse extra-utérine. Cette maladie qui est relativement fréquente est bien décrite maintenant dans tous les auteurs de gynécologie. Le diagnostic en est plus facile à faire qu'autrefois. Cela est vrai, mais à dit Renon la grossesse extra-utérine est plus répandue qu'autrefois. La grossesse extra-utérine s'explique fort par la salpingite blennorragique qui dépouillant l'épithélium de ses cils vibratils est la cause majeure de l'anomalie suivante : l'œuf fécondé au lieu d'être doucement conduit vers la cavité utérine s'arrête dans la trompe, reste en chemin et comme cet œuf augmente rapidement de volume, le moment arrive vite ou ne pouvant plus progresser que par son volume même il est absolument immobilisé et la grossesse extra-utérine est constituée. Vous savez messieurs quelle est son évolution.

Une femme infectée par le gonococque qui devient enceinte est une candidate à l'infection péritonéale, à l'infection puerpérale à grand fracas malgré les précautions les plus rigoureuses d'asepsie et d'antiseptie. Le traumatisme produit par l'accouchement est suffisant pour exalter la virulence des lésions purulentes qui évoluent jusque-là assez sourdement pour que l'attention du médecin ne fut même pas attirée de ce côté.

LA PHELEBITE

La phlébite si fréquente après les accouchements où l'on a de l'infection puerpérale est bien

connu de tous; moins connue est la phlébite qui survient au cours d'une blennorrhagie aiguë ou chronique. Cette phlébite gonococcique présente les mêmes dangers que la phlébite purpérale.

L'arthrite blennorrhagique, si douloureuse, compromettant souvent le bon fonctionnement des articulations pour toujours, se rencontre très fréquemment de dix à quinze et même vingt pour cent des cas suivant certains auteurs. Un des accidents les plus terribles dont est menacée la femme souffrant de blennorrhagie, accident qui peut entraîner la mort c'est l'endocardite gonococcique. La femme atteinte de cette variété d'endocardite est dans soixante quinze pour cent des cas vouée à la mort dans un avenir prochain.

La pleurésie blennorrhagique, la méningite gonococcique ont fait beaucoup de victimes.

Mais si dans une famille ouvrière la femme est sujette à tous ces accidents, à quels dangers de contagion ne sont pas exposés les enfants quand la mère a une blennorrhagie? Souvent la même serviette est employée pour la mère et pour tous les enfants sans être stérilisée bien entendu et combien de vaginites de petites filles ne se sont-elles pas contractées de cette manière:

Si l'ophtalmie gonococcique est toujours grave, si méconnue elle entraîne rapidement la perte de l'œil, on peut espérer dans certain cas une guérison complète. Mais pour l'enfant naissant d'une femme atteinte de Bartholinite blennorrhagique, de blennorrhagie para-urétrale, l'ophtalmie purulente le guette, surtout s'il est le fruit d'une première conception.

Combien d'aveugles nés ne sont-ils pas les victimes du gonococque. A nos spécialistes de répondre si les statistiques qui donnent quatre-vingt pour cent sont exagérées.

Il y a un danger plus grave encore, pour la race Canadienne-française, que pour les autres races, pour nous qui avons besoin de familles nombreuses, pour défendre au Canada notre place contre le flot de l'immigration étrangère. Ce danger réside dans le fait que la femme atteinte de blennorrhagie si elle ne reste pas stérile, accouche une fois et ne devient plus jamais enceinte. C'est un danger pour la race et nous avons le devoir en autant qu'il est en notre possible de travailler à enrayer le flot de la blennorrhagie chez la femme. C'est par la prophylaxie que nous y arriverons, prophylaxie sociale, morale et religieuse.

J'ai indiqué le traitement que l'on doit employer pour guérir ou atténuer les accidents que la blennorrhagie produit chez la malade. Je me réserve de revenir dans un prochain travail sur les moyens prophylaxiques.

La blennorrhagie est une maladie qui compromet l'avenir de la famille, de la société, c'est en me basant sur mes statistiques d'hôpital, de clientèle ou je vois d'année en année augmenter le nombre des malheureuses infectées— que je crains le danger qui menace notre race pendant qu'il est temps encore.

Ce danger est trop grave pour nous pour que vous n'entendiez pas ma faible voix.

Leucokératose sublingale⁽¹⁾

(Par le Dr. J. N. Roy).

Membre de la Société française d'ophtalmologie, membre correspondant de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, médecin assistant au dispensaire d'ophtalmologie à l'Hôtel Dieu de Montréal, Officier d'Académie.

Observation.—Le frère S. âgé de 58 ans, se présente à notre bureau, le 20 janvier dernier, pour une maladie de la bouche. Depuis deux ans environ, il se plaint d'une certaine gêne dans les mouvements de la langue, lui donnant l'impression d'une raideur progressive de cet organe. Il lui semble, nous dit-il, que sa muqueuse sublingale gauche, ainsi que celle de la partie interne de la gencive du même côté, sont dans un état parcheminé. Appartenant à un ordre religieux qui l'oblige à faire de l'enseignement, cette maladie l'incommode beaucoup par la difficulté qu'il a à s'exprimer, sans cependant apporter aucun trouble à la mastication et à la déglutition. Les débuts ont été indolores; mais depuis deux mois, il ressent de légers piquements, surtout après avoir mangé. D'après lui, cette affection aurait commencé par la gencive et se serait propagée ensuite au plancher de la bouche.

(1) Communication faite à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, Paris, Mai 1906; et au 3ème Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, Trois-Rivières, juin 1906.

[Ce travail est la communication *in extenso* lue au Congrès des Trois-Rivières et dont nous avons donné un extrait dans le No. 15.]

A l'examen nous constatons une dégénérescence pseudo cartilagineuse d'une partie de la muqueuse sublingale du côté gauche. La gencive correspondante est également recouverte par des bandes d'un blanc grisâtre, faisant une légère saillie à la surface de la muqueuse. Ça et là, nous voyons sous la langue une série d'îlots successifs nacrés, à côté de plaques de même couleur. Ce tissu pathologique est sillonné par une muqueuse normale, ce n'est entouré d'aucun liséré. Ses limites sont nettes et régulières et sa surface est plane, lisse et unie. Il n'y a ni fissures ni dékératinisation, et ces plaques sont tellement adhérentes qu'il est impossible de l'arracher avec une pince.

Le patient ne se plaint pas encore du côté droit de sa langue; cependant nous constatons sur le plancher, de la grandeur d'environ une pièce de cinquante centimes, une décoloration de la muqueuse, comme si on avait passé légèrement un crayon de nitrate d'argent.

Les autres parties de cet organe, ainsi que les joues et le palais sont dans un état absolument normal.

Pas de grenouillettes, ni d'hypertrophie des ganglions cervicaux.

Le sens du goût n'est pas altéré.

Notre malade a de très mauvaises dents, n'en ayant jamais eu soin. Les sept qu'il lui reste au maxillaire supérieur sont plus ou moins gâtées; les incisives et les canines du maxillaire inférieur sont saines, et les grosses molaires ont été extraites. Carie au quatrième degré des petites molaires.

A la rhinoscopie antérieure, nous trouvons une déviation de la cloison à droite.

Légère rhinite compliquée de laryngite.

Le larynx fonctionne bien; et les sinus sont transparents.

Rien d'intéressant à noter au sujet des autres organes, et les urines sont normales.

Antécédents personnels. Le patient déclare ne pas se rappeler avoir été malade. D'une constitution robuste, il pèse 225 livres, et mesure deux mètres. Il n'est atteint d'aucune diathèse, nerveuse, arthritique, spécifique, tuberculeuse, et son estomac digère bien. Aucune lésion inflammatoire de la bouche n'a été remarquée depuis son enfance. Ce n'est qu'à l'âge de quinze ans que ses dents ont commencé à se carier. D'une vie

très régulière, il ne fait pas usage d'alcool et de tabac, et n'a jamais abusé de mets épicés.

Antécédents héréditaires. Douze enfants composent la famille de notre malade. De ce nombre quatre sont morts, ainsi que le père et la mère, sans histoire de cancer. Les autres sont en excellente santé, et nous ne trouvons pas de consanguinité chez ses ancêtres.

En présence de cette dégénérescence de la muqueuse sublingale, nous pensons naturellement à la leucokératose. Cependant vu le siège plutôt exceptionnel de cette affection, et l'absence d'envahissement des endroits ordinaires, nous faisons faire l'examen microscopique d'une plaque enlevée avec le galvano-cautère. Messieurs les docteurs St Jacques, professeur d'anatomie pathologique à l'Université Laval et Daigle, agrégé, et pathologiste à l'Hôtel-Dieu, à qui nous avons confié la pièce, ont eu l'amabilité de nous transmettre le rapport suivant :

Aspect macroscopique.—Petites lamelles blanc nacré d'environ un millimètre d'épaisseur, offrant une certaine résistance au doigt, et se coupant facilement au microtome après un court séjour dans l'alcool.

Examen histologique.

1ère coupe. Coloration à l'hématoxyline-éosine.

A.—On y distingue une première couche de cellules se colorant vivement par l'hématoxyline; cette couche présente deux, trois ou plusieurs assises de cellules suivant l'endroit examiné. Le protoplasma semble infiltré de grains ou granulations noirâtres, prenant la matière colorante. Ces cellules semblent jusqu'à un certain point présenter l'aspect du stratum granulosum de la peau, que l'on ne trouve pas sur la muqueuse à l'état normal, mais qui s'y développe lorsque celles-ci sont en voie de dégénérescence kératinique.

B.—Au-dessus de cette première assise de cellules assez vivement colorée, s'en trouve une autre beaucoup plus épaisse, et prenant difficilement ou pas du tout l'hématoxyline; cette couche de cellules semble être en état de dégénérescence kératinique.

Les noyaux sont très petits ou disparus, et ceux que l'on distingue sont ratatinés, dissociés et difficiles à voir. Le protoplasma se présente comme ayant l'aspect d'un espace clair, vitreux, transparent, non coloré; et il existe dans les espaces intercellulaires une condensation de subs-

stance formant une espèce de carapace, qui se colore assez vivement par l'éosine, surtout dans les couches inférieures. L'ensemble de cette couche offre l'aspect d'un lavis plus ou moins régulier dont les espaces sont occupés par des masses protoplasmiques incolores ou mal colorées et dont les noyaux sont amoindris et peu apparents.

Dans toute l'épaisseur de cette couche, les assises de cellules forment des ondulations déterminées par la présence des papilles sous-jacentes sur lesquelles ces assises reposaient.

Les auteurs signalent la sclérose du chorion et l'altération des papilles : comme le procédé employé pour faire la biopsie n'a pas permis l'enlèvement de cette partie il est impossible de signaler les modifications qui pourraient s'y trouver.

2^{ème} coupe.—Examinée dans une solution de potasse diluée.

Elle présente un carrelage régulier, dessiné par le rebord ou par la coque des cellules en voie de kératinisation ; ces cellules ont une forme oblongue comme on l'observe toujours dans les épithéliums pavimenteux stratifiés.

Quelques noyaux gonflés par la potasse deviennent plus apparents.

3^{ème} coupe.—Colorée au picro-carmin de Ranvier—considéré comme le réactif de choix dans cette variété de dégénérescence.

Avec ce procédé de coloration, on obtient une teinte rosée de la couche en voie de kératinisation, teinte plus prononcée à la partie inférieure que vers la partie supérieure ou périphérique. Cette coloration peut s'expliquer par la présence de l'éléïdine plus ou moins diffuse dans cette couche. La lésion étant de date peu ancienne, les cellules ne sont pas encore parvenues au dernier stade de leur transformation kératinique. A certains endroits cependant, on observe des filots n'ayant pas fixé le carmin, et présentant la teinte jaune de la kératine ; à leur périphérie on trouve une bande uniformément colorée en jaune composée de cellules aplaties, arrivées au dernier stade de kératinisation.

La couche inférieure qui prenait l'hématoxyline ne prend pas le carmin ; elle est uniformément colorée en jaune, et laisse voir comme dans la première pièce, de petites granulations noires à l'intérieur du protoplasma.

Conclusions. — L'ensemble de ces considérations nous permet de conclure que la pièce examinée présente les altérations de la dégénérescence kératinique.

Nous conseillons d'abord comme traitement hygiénique, une très grande propreté de la bouche, l'extraction des chicots, le nettoyage des dents, et la destruction des dépôts tartreux. Nous prescrivons l'arsenic après les repas, ainsi qu'un gargarisme alcalin ; et comme prophylaxie, nous défendons le tabac, l'alcool, les épices, les sucres, le vin pur et les acides.

Revu quinze jours après, nous commençons alors le traitement avec le galvano-cautère. Après une application de cocaïne, nous enlevons par lambeaux ce tissu kératinisé, et les filots sont également détruits au fer rouge. La muqueuse sous-jacente est légèrement saignante, mais guérit très bien dans l'espace de huit jours avec des gargarismes au chlorate de potasse. Nous répétons les cautérisations toutes les semaines, et le six mars, nous en faisons une dernière qui fait disparaître entièrement tout ce qui restait de cette leucoplasie, des deux côtés. Depuis cette date la bouche de notre malade est parfaitement bien ; et un dernier examen le 18 avril semble confirmer la guérison.

La leucokératose est une maladie relativement rare, surtout en Amérique, mais très bien décrite dans les remarquables travaux de Bazin et Benier, à qui revient l'honneur d'avoir donné le plus de lumière sur ce sujet. Elle se rencontre généralement à la région antérieure et moyenne de la face dorsale de la langue, et envahit quelquefois ses bords et sa pointe. D'une fréquence extrême sur la face interne des lèvres et des joues il est exceptionnel de la voir s'étendre au palais, aux gencives et au plancher de la bouche. Parmi les diathèses qui favorisent le plus la leucoplasie, nous devons mentionner d'abord et surtout la syphilis. Nous la rencontrons encore chez les nerveux et les rhumatisants ; et d'une manière générale chez tous ceux qui sont exposés aux irritations de la bouche : tels les fumeurs, les buveurs, les mangeurs d'épices et acides, et ceux qui ont de la carie dentaire.

Nous avons cru intéressant de rapporter cette observation au point de vue exceptionnel du siège de la lésion, et de l'étiologie qui est des plus obscures. En effet, dans ce cas, nous n'avons

d'envahi que la région sublingale gauche, et une partie de la gencive correspondante; du côté droit il n'y avait seulement qu'une légère décoloration d'un peu de la muqueuse du plancher de la bouche.

Le malade n'était atteint d'aucune diathèse, et à part le très-mauvais état de ses dents, il n'était exposé à aucune irritation buccale.

Ayant donné les conseils hygiéniques voulus, nous avons cru devoir suivre l'avis de Fletcher Ingals, et employer immédiatement le galvanocautère. D'après Leriche, il faudrait mieux à cette période, ne pas toucher à la leucokératose; mais ne pouvant relever au point de vue étiologique que la carie dentaire, nous croyons que les alcalins en gargarisme n'auraient pas été suffisants pour guérir notre malade.

Comme il n'y avait pas d'histoire de syphilis, nous nous gardons bien de prescrire le mercure et l'iodure de potassium; car nous savons que ces médicaments peuvent hâter considérablement la transformation de la leucoplâsie en néoplasme.

Nous n'avons pas voulu essayer la radiothérapie, vu qu'il n'y avait aucun signe de dégénérescence cancéreuse qui, d'après Barthélemy, se rencontre dans 13 p.c. des cas.

En présence de cette leucokératose sublingale sans autre envahissement de la bouche, sans diathèse et sans complication, devons-nous porter un pronostic favorable? Nous croyons que oui, pour toutes les raisons plus haut énoncées, et surtout parce que la face dorsale de la langue est dans un état parfaitement normal.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR
LE SÉRUM DE MARMOREK

(Suite)

OBSERVATION V

Delle JULIETTE LE.

Je vis cette malade pour la première fois le 6 septembre 1905. Elle était âgée de 21 ans. Sa pâleur et sa maigreur étaient extrêmes. Respiration 42, température 103, pouls 144.

La malade est assise dans un grand fauteuil, tousse constamment, parle avec difficulté, à cause de l'oppression.

À l'auscultation je constat une très grande cavité au sommet gauche, qui donne lieu à des gargouillements, et du ramollissement de tout le

reste de ce poumon, se révélant par des craquements humides et des râles sous crépitants dans toute son étendue.

Le poumon droit est également pris du sommet à la base, et l'on entend partout des craquements humides. Petite cavité au sommet.

La malade n'a aucun appétit, ne peut même rien manger, et a de la diarrhée fréquente, qui la fatigue beaucoup. La toux est incessante, et l'expectoration très abondante. Sueurs profuses la nuit.

La maladie a débuté par de la fièvre les premiers jours de mai, et l'on a fait le diagnostic de fièvre typhoïde, à cause de l'élévation de la température, et bien qu'il n'y eût pas à ce moment de diarrhée.

Vers la fin de juin, comme la température restait toujours élevée, et que l'état général ne ressemblait plus autant à la typhoïde, on avait envoyé la malade à la campagne, où elle passa le mois de juillet. Elle en revint très affaiblie, tousant, transpirant la nuit, et ayant de la diarrhée et crachant abondamment. Depuis lors elle n'avait fait qu'empirer.

Le pronostic fatal, à brève échéance s'imposait, et j'en avertis la famille.

Comme on réclamait quand même le sérum, je refusai de le donner à moins que mon diagnostic et mon pronostic ne fussent confirmés. La malade fut donc examinée le lendemain par mon ami le docteur Hervieux. Son pronostic fut en tout semblable au mien. Bien que le cas fut pour lui absolument désespéré, il crut qu'il fallait accorder à la malade les injections qu'elle réclamait absolument.

Je donnai donc à la malade dix injections de sérum antituberculeux et trois injections de sérum antistreptococcique de Marmorek, (les crachats contenant des bacilles, des streptocoques, et beaucoup d'autres microbes), mais sans résultat important. Il y eut bien diminution de la diarrhée et de la transpiration nocturne, mais tous les autres symptômes persistèrent, comme il fallait d'ailleurs s'y attendre, et la malade mourut dans les derniers jours d'octobre.

Je me bornerai à faire remarquer que cette malade fut véritablement traitée in extremis. Le traitement ne lui fut même pas donné comme tentative de guérison, mais comme pure consolation. Cette observation prouve tout au moins l'innocuité du sérum.

OBSERVATION VI

MADAME S. L.

Madame S. L. âgée de 46 ans vint me consulter pour la première fois le 24 octobre 1904.

Son père est mort de phtisie, à l'âge de 52 ans.

Deux de ses jeunes sœurs sont mortes, également de phtisie, âgés respectivement de 21 et de 22 ans.

Elle-même, a toujours été bien portante jusqu'au mois d'août 1902, alors qu'elle fit une pleurésie, qui l'obligea de garder le lit pendant près de deux mois, et qui "guérit", en laissant des douleurs dans le côté gauche, douleurs qui persistent encore aujourd'hui.

Depuis cette pleurésie, la malade ne s'est jamais sentie aussi bien qu'auparavant. Les douleurs de côté la gênaient pour travailler, et la marche la fatiguait beaucoup. Cependant elle ne croit pas qu'elle ait continué de tousser, sauf pendant "des rhumes", qu'elle prit au cours des hivers 1902-1903 et 1903-1904, et qui durèrent assez longtemps.

Mais ce qui l'inquiéta beaucoup, ce fut un dernier "rhume", qui commença au mois de mai 1904 et donna lieu à une toux sèche, excessivement fréquente, et très fatigante, et pour laquelle elle fit tous les remèdes en usage dans les campagnes, mais sans résultat.

Au mois de juin, elle consulta le médecin, qui lui prescrivit un traitement. La toux continua. Peu de temps après, elle expectora plusieurs crachats de sang, après une quinte de toux survenue le matin.

Les jours suivants tout alla bien mais les hémorragies se répétèrent, à des intervalles plus ou moins éloignés, et surtout, aux environs des règles, les crachements de sang se reproduisirent, plus ou moins abondants.

Elle cracha parfois assez de sang pour couvrir entièrement le fond d'un bassin. Ces hémorragies étaient composées de sang clair. La malade se mettait alors au lit, et, le lendemain, elle ne crachait plus que des caillots, encore assez nombreux, et qui allaient diminuant les jours suivants.

Elle eut ainsi cinq hémorragies, qui durèrent chacune trois ou quatre jours.

Elle eut donc environ une hémorragie par mois, jusqu'au moment où elle vint me consulter.

Durant ces quatre mois, la toux avait continué, et l'expectoration avait régulièrement augmentée.

En même temps, la malade avait beaucoup maigri et perdu ses forces. En septembre, elle commença de transpirer la nuit.

Quand je l'examinai pour la première fois, la malade était d'une très grande faiblesse. Depuis quelque temps, elle pouvait à peine marcher, et passait son temps au lit, ou dans un fauteuil.

La toux était fréquente, l'expectoration, abondante et facile, se composait de gros crachats jaunes verdâtres, dans lesquels les docteurs Marcil et Desmarais trouvèrent des bacilles et des streptocoques très nombreux, et quelques staphylocoques.

Bien que l'appétit fut à peu près conservé et qu'il n'y eut pas de diarrhée, la maigreur était extrême.

A l'auscultation, je trouve, au sommet du poumon droit, une inspiration très rude, avec de l'expiration prolongée, de l'exagération des vibrations et une légère submatité.

Le reste du poumon semble normal.

Mais le poumon gauche est pris dans toute son étendue. Au sommet, craquements humides s'étendant dans les fosses sous et sus-épineuses, dans les creux sus et sous claviculaires, et jusqu'au cinquième espace, en avant, où ils sont gros et donnent l'impression de gargouillements. Au-dessous, râles sous crépitants assez gros, et murmure vésiculaire très faible, qui devient tout à fait nul vers la base, où l'on perçoit des frottements pleuraux.

En arrière, au-dessous de la fosse sous-épineuse, la respiration est très faible, et devient rapidement nulle, silencieuse, vers la pointe de l'omoplate.

En avant, matité dans toute l'étendue du poumon, sauf au niveau des cinquième et sixième espaces, où il y a submatité. De même, en arrière, matité du sommet à la base, sauf dans un très petit espace, entre l'omoplate et la colonne vertébrale.

Ainsi donc, chez cette malade, les deux poumons étaient pris, mais très inégalement.

Le poumon droit présentant seulement de l'induration du sommet, alors que le poumon gauche, ramolli dans sa moitié supérieure, où existait une assez large caverne, alors que sa moitié inférieure

rieure se dilatait très mal et était congestionnée, infiltrée, ainsi qu'il arrive souvent à la suite des pleurésies tuberculeuses.

La malade habite la campagne. C'est pour elle un sacrifice à tous les points de vue, que de rester à la ville le temps de faire les injections. Elle manque du confort auquel elle est habituée, et s'ennuie beaucoup. De plus, ce séjour à la ville constitue pour elle une dépense considérable, qui la forcera de retourner plus tôt qu'elle ne devrait.

C'est dans ces conditions défavorables que les injections sont commencées. Le 9 novembre, après 8 injections, la malade qui se sent un peu mieux part à la campagne où elle passe dix jours, pendant lesquels elle est atteinte d'une diarrhée qui l'a beaucoup affaiblie, et dont tout le monde à souffert chez elle, surtout sa fille aînée qui l'accompagne, à son retour, le 19, et qui est elle aussi très affaiblie; diarrhée infectieuse, avec laquelle le traitement n'a rien à voir.

Du 19 au 26, 5 injections, et la malade repart à la campagne.

La malade se trouve mieux, la température qui se maintenait entre 99 et 104 est descendue à la normale depuis quelques jours.

Quinze décembre. Pendant le repos, à la campagne, l'appétit a été excellent, et il n'y a pas eu de diarrhée. La malade a beaucoup moins toussé, mais la température est remontée jusqu'à 99.1-2.

Le 30 décembre, après 8 injections, la malade repart à la campagne. L'état général est très amélioré, ainsi que les signes d'auscultation.

Ainsi, à droite, il n'y a plus qu'une très légère diminution de la sonorité, et une respiration un peu exagérée, mais sans rudesse.

A gauche, les craquements du sommet sont moins nombreux, il n'y a plus de gargouillements, et la matité complète est remplacée, en avant, par de la submatité.

En revanche, à la base, il y a encore beaucoup de râles sous crépitants, et de craquements secs, avec matité.

En arrière, le murmure vésiculaire est très faible.

La malade, qui mange très bien, se sent plus forte et a engraisée. Elle fait maintenant des marches de vingt et trente minutes sans se sentir fatiguée. Elle dort bien et tousse très peu durant la journée et la nuit. Le matin, seulement, elle tousse en se levant, et crache assez abondam-

ment. Les crachats renferment encore beaucoup de bacilles et de streptocoques. La température varie de 98 à 99.2.

Janvier le 16. La malade n'a presque pas toussé, a bien mangé, et a fait presque chaque jour une petite promenade en voiture. La température a été sensiblement normale. Elle désire rester encore quelques jours à la campagne.

Janvier le 23. Depuis deux ou trois jours, la température a une tendance à remonter, et la malade tousse un peu plus. Cependant tout va bien d'autre part, et l'appétit est vorace. La malade craint de trop manger. Reprise des injections.

Janvier, le 24. A couché hier dans une chambre très froide, mal couverte, et a pris un peu froid. La température est montée à 99.4 vers 2 heures de l'après-midi.

Le 31, a eu des douleurs articulaires, hier, et la température est montée à 100.4. Aujourd'hui, va mieux.

Février, le 8. Auscultation. A droite, respiration sensiblement normale, un peu compensatrice, sans aucune rudesse.

A gauche, il n'y a plus, en avant, que des craquements secs dans la moitié supérieure, et des frottements pleuraux très forts dans la moitié inférieure.

En arrière, craquements secs dans la fosse sus-épineuse, frottements pleuraux au dessous, très intenses. A mesure qu'on descend, le murmure vésiculaire s'affaiblit.

L'amélioration est vraiment très notable.

Le 11. La malade part à la campagne, ayant terminé sa seconde série de 10 injections.

Mars, le 1er. Pendant son séjour à la campagne, a très peu toussé, et beaucoup mangé, respiré beaucoup d'air, et se sent beaucoup mieux.

Auscultation. A droite rien.

A gauche, au sommet, craquements secs, à la base frottements pleuraux à bruit de cuir neuf. Le murmure vésiculaire s'entend maintenant presque à la base.

La malade est beaucoup plus forte, elle vient facilement à pied jusqu'à mon cabinet de consultation.

Reprise des injections.

Le 6. La malade fait de l'infection intestinale. A eu des selles fétides, et la température est montée à 101.2. Je prescris un peu d'eau de Carabana chaque matin, et je réduis un peu l'alimentation.

Le 16. Les selles sont bonnes et la température sensiblement normale. La malade tousse peu, dort bien, et son appétit est excellent, même exagéré.

Le 18. L'injection de la veille a causé beaucoup de douleur locale, et de rougeur. La température est montée à 100, mais la douleur est actuellement disparue, et la température est normale.

Le 21. La troisième série est terminée. L'amélioration de l'état général est considérable. Cette malade qui, au début du traitement, pouvait à peine marcher, qui passait ses journées au lit ou dans un fauteuil, toussant constamment, expectorant beaucoup, est aujourd'hui en état de faire des marches d'une demie heure ou trois quarts d'heure sans fatigue. Depuis plus d'un mois elle n'a pas une seule fois transpiré la nuit. Elle passe des journées sans tousser une seule fois, et tousse rarement la nuit. Une seule quinte de toux, le matin, amène une expectoration composée d'une douzaine de gros crachats purulents, qui renferment encore des bacilles, des atreptocoques peu nombreux, et des staphylocoques.

L'auscultation montre une égale amélioration de l'état local. On ne découvre rien d'anormal du côté droit, où existaient des signes évidents d'induration.

A gauche, dans la partie supérieure du poumon, les craquements humides ont fait place aux craquements secs, et la matité complète est remplacée par la submatité.

Le lobe inférieur où les bruits respiratoires étaient nuls est devenu perméable. Même, on y entend, en arrière, une expiration prolongée. La partie inférieure du poumon se dilate très bien, ainsi que nous le prouvent des frottements pleuraux très forts.

Depuis le commencement du traitement, l'état de la malade s'est régulièrement amélioré. Cela nous permet donc d'espérer que cette amélioration se continuerait si la malade continuait le traitement. Malheureusement, elle est forcée de retourner chez elle, où elle essaiera de se faire donner des injections. Mais le médecin le plus voisin demeure à trois milles de chez elle, et il lui faudra faire ce trajet en voiture pour aller prendre une injection. Ces conditions, on le voit, ne sont pas très favorables.

Le 5 avril, la malade revient me consulter pour une hémorrhagie, peu abondante, survenue dans la nuit du 23 au 24 mars.

Du 21 mars au 14 avril, la malade s'est reposée et s'est très bien portée. Elle a même engraisée. La température n'a pas dépassée 99.1.

Mais les injections reprises le 14, ont été mal supportées. Beaucoup d'irritation locale et fortes élévations de température. Le 20, la température monte à 102.2, et le lendemain la malade expectore quelques crachats rougeâtres.

Le 23, l'injection cause encore beaucoup d'irritation locale, et la température monte à 101.1. Dans la nuit, la malade crache du sang, comme autrefois, ce qui l'effraie beaucoup.

Le 25, les crachats rouges ont complètement disparu, et la malade se sent assez bien. Le soir, quelques crachats de sang coagulé, noir.

L'auscultation montre que les craquements humides sont reparus au sommet gauche, et qu'il y a un peu de congestion au sommet droit.

A part cela, les signes sont sensiblement les mêmes que le 21 mars.

La malade a beaucoup craché pendant quelques jours, puis les crachats sont devenus plus petits et plus blancs.

Je conseille donc à la malade d'interrompre un traitement si mal supporté, quitte à le reprendre dans deux ou trois semaines, ce qu'elle a fait. Mais les injections causant toujours de la douleur, et un peu d'élévation de température, l'une d'elle ayant causé un abcès qui fut très long à guérir, je lui conseillai, le 25 août, de les abandonner définitivement, ce qu'elle a fait.

Depuis lors, la malade s'est assez bien maintenue. Elle a continué de tousser et de cracher, surtout le matin. Elle n'a plus eu d'hémorrhagie, et n'a transpiré la nuit que rarement. Cependant elle n'a pas pris de forces, et elle a plutôt maigri.

Je l'ai revue l'automne dernier. La tuberculisation du poumon gauche continuait d'évoluer, et il n'y avait qu'un peu d'induration au sommet droit.

Au mois de mai de cette année, l'état de la malade est sensiblement le même. Les hémorrhagies n'ont pas reparu.

Messieurs, je ne crois pas que cette malade eût complètement guéri par le sérum. Cependant je me demande quel degré d'amélioration nous aurions obtenu, si le traitement eût pu être continué dans de bonnes conditions.

Si incomplet qu'ait été le traitement, il a produit une amélioration considérable, dont bénéficie encore la malade.

OBSERVATION VII

MARTIN, M., 31 ans.

Je vis le malade pour la première fois le 6 octobre 1905.

Aucun antécédent tuberculeux. Deux frères morts à l'âge de dix huit mois ou deux ans.

Le malade est cocher de fiacre, et adonné à l'alcool depuis des années. Depuis trois ou quatre ans, surtout, il en absorbe de grandes quantités chaque jour, et ne peut plus s'en passer. Il boit régulièrement une bouteille de cognac par jour, et prend, en plus, plusieurs verres avec des amis, surtout l'hiver.

Tousse depuis deux ans, mais depuis six mois il est incapable de faire son travail, et a dû prendre un repos forcé, sans cesser cependant l'alcool. Il transpire la nuit depuis plus de six mois. Dernièrement, les transpirations sont devenues très abondantes, et le laissent épuisé le matin.

Le malade est d'une extrême maigreur, n'a aucun appétit, et se plaint cependant de diarrhée.

Il tousse beaucoup. L'expectoration très abondante, et composée de gros crachats purulents, qui renferment des bacilles et des streptocoques en quantité.

Respiration, 30; pouls, 138; température, 101.2.

Auscultation. A droite, au sommet, inspiration rude, expiration prolongée, exagération des vibrations vocales, quelques râles, et légère submatité.

A gauche, craquements humides nombreux, du sommet à la base, où ils se confondent avec des râles sous-crépitaux.

Matité dans les creux sus et sous claviculaires, qui se transforme en submatité à partir du troisième espace.

Tout le poumon gauche est donc envahi par des tubercules ramollis.

Les lésions pulmonaires sont cependant moins graves que l'état général.

Le malade est un véritable cachectique, et la consommation est ici un épiphénomène.

J'avertis donc la famille du malade qu'il n'y avait pas d'espoir de guérison, et qu'il était à peine permis d'espérer une amélioration de quelque importance. Je consentis cependant à faire au

malade les injections que lui-même et la famille réclamaient impérieusement.

Du 10 octobre au 30, je fis dix injections, qui ne donnèrent pas grand résultat. Les transpirations nocturnes cessèrent presque complètement, mais je ne pus arriver à faire manger le malade, qui continua de prendre chaque jour de fortes quantités de cognac, dont il prétendait ne pas pouvoir se passer.

Je me bornai, pendant le mois de novembre à prescrire des toniques et des amers, et à essayer de faire diminuer la quantité d'alcool absorbée chaque jour. Le tout, sans aucun résultat.

Pendant le mois de décembre, je dus donner malgré moi, une deuxième série d'injections, que je déclarai devoir être absolument inutiles, et qui le furent en effet.

Le malade, qui gardait le lit, continua d'absorber environ une bouteille de cognac par jour, et refusa constamment toute nourriture. A peine fut-il possible de lui faire absorber du lait, un ou deux verres par jour, dans lesquels il faisait mettre du cognac.

La diarrhée augmenta beaucoup pendant le mois de janvier résistant à tous les moyens. Les transpirations reparurent et la température s'éleva de plus en plus. Le malade mourut dans les premiers jours de février.

Société Médicale de Montréal.

La Société Médicale de Montréal, reprendra le cours de ses séances, mardi le 2 octobre 1906.

Pour ceux de nos lecteurs, qui désireraient faire partie de la société, nous donnons ci-dessous, les divers articles du Règlement, tel qu'adopté dans la séance du 19 juin 1906.

Art. 3.—Les membres titulaires sont choisis parmi les médecins habitant l'île de Montréal.

Art. 4.—Les membres titulaires ont seuls voix délibérative, ils peuvent seuls faire partie des commissions, prendre part aux élections et faire partie du bureau.

Art. 5.—Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires, sont. 1o d'être médecin licencié; 2o d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale contresignée par deux membres titulaires.

Art 7.— Il ne pourra être procédé à l'élection d'un membre titulaire qu'en séance ordinaire après l'inscription de telle candidature à l'ordre du jour.

Art. 27.— La contribution annuelle est fixée à deux dollars pour les membres titulaires seulement.

Art 28.— Tout membre devra verser entre les mains du Trésorier, le montant de sa cotisation avant ou à la 2ème séance d'octobre.

Le secrétaire sur l'avis de convocation de la 2ème séance d'octobre avertira en même temps chaque membre qu'il doit payer sa cotisation annuelle à la date fixée pour avoir droit de vote.

Art. 32.— Les élections du Bureau ont lieu dans la première séance de décembre. Les nouveau Bureau entre en fonction dans la première séance de janvier.

Nous ne saurions trop encourager nos confrères, à se faire inscrire la plus tôt possible comme membres de la Société Médicale, en se conformant aux principes du deuxième alinéa de l'article 5.

FORMULAIRE

CURIEUX TRAITEMENT DES INSOMNIES.

Il s'agit des insomnies survenant après plusieurs heures de sommeil. Le Dr. Num les attribue à un trouble de la circulation cérébrale et les traite par les "mouvements inspiratoire forcés", destinés à faciliter le reflux du sang vers le cœur. Les muscles costo-scapulaires sont surtout mis à contribution; les omoplates étant portées solidement en arrière, 8 à 15 inspirations très profondes suffisent généralement à amener la somnolence. Le traitement, dans tous les cas, ne présente aucun danger ("Lancet", 17 mars 1906.). Dr. C.H.

POTION CONTRE L'ENROUEMENT.

Elle a pour formule:—

Rec. Acétate d'ammoniaque . . .)	ââ	5 grammes
Bromure de potassium . . .)		2 "
Alcoolature d'aconit)		2 "
Teinture de Belladone)		1 gr. 40
Sirou de baume de tolu)		50 "
Infusion de tilleul)		15 "

F. s. a., une potion à prendre en quatre fois dans la journée, pour remédier à l'enrouement et à la bronchite chez les chanteurs.

EMPLOI DE LA PRELE, COMME SPECIFIQUE DES APHTES REBELLES CHEZ LES ADULTES CACHECTIQUES.

Le Dr. J. de Montmollin ("Revue médicale de la Suisse romande," 1905, No 7, p. 506), signale les bons effets que l'infusion forte de préles lui a donnés, depuis douze ans, dans le traitement des aphtes tenaces. Il cite notamment le cas d'une vieille femme, qui se roulait de douledr sur sa couche, tant les aphtes dont elle était atteinte la faisaient souffrir. La cocaïne ne lui avait procuré aucun soulagement. Trois bains de la lèvre inférieure dans une tasse d'infusion forte de préle la calmèrent très vite; le traitement continué pendant quelques jours amena la guérison complète.

Rappelons à ce propos que de tout temps la décoction de préle des champs s'employait en lotions et en compresses, dans le traitement des plaies torpides, des ulcères fongueux, de la carie des os.

TRAITEMENT DES GONFLEMENTS ARTICULAIRES PAR LA SUPPRESSION DE LA CIRCULATION.

Le Dr. W. Ewart a obtenu d'excellents résultats contre les gonflements articulaires douloureux, aigus ou chroniques, en déterminant l'anémie locale temporaire par une méthode analogue à celle d'Esmarch ou par le tourniquet.

Les gonflements récents sont vite guéris, parfois par une seule application de la ligature. L'amélioration est grande aussi, dans le cas de gonflements invétérés avec épaississement des tissus fibreux, cartilagineux et osseux. Les épanchements intraarticulaires et périphériques disparaissent vite; l'épaississement périarticulaire est plus lent à disparaître; quant aux épaississements des cartilages et des os, on peut espérer les voir diminuer à la longue. Quoi qu'il en soit, l'auteur a pu, par ce moyen, restaurer le mouvement des articulations et faire disparaître les craquements qui l'accompagnent, indice du libre jeu des surface articulaires. Il n'a pu cependant arriver à la guérison complète des cas invétérés ("Lancet", 27 janvier 1906.) Dr. C.H.

NOUVELLES

Un banquet a été organisé au nom de la profession médicale, en l'honneur de notre hôte distingué le professeur Charles Monod, chirurgien des hôpitaux—membre de l'Académie de Médecine—Chevalier de la Légion d'Honneur. Il aura lieu au Club Lafontaine, le lundi 24 septembre 1906, à 7 heures précises.

Le prix de la cotisation est de \$5.00. S'adresser aux Drs. François de Martigny, Masson, Derome, Boulet, Di-Jacques, organisateurs du banquet.

Le Collège des Médecins et Chirurgiens

ORDRE DU JOUR

- 1o Appel nominal des membres.
- 2o Lecture du procès-verbal de la dernière assemblée.
- 3o Rapport du Comité des Créances :
 - I.—Rapport des Examineurs du Bureau pour l'admission à l'étude ;
 - II.—Liste des noms des Bacheliers ;
 - III.—Liste des Candidats ayant droit à la Licence ;
 - IV.—Rapport des Examineurs du Bureau pour l'admission à la pratique ;
 - V.—Rapport des Assesseurs ;
- 4o Rapport du Trésorier.
- 5o Rapport de l'Auditeur.
- 6o Rapport du Comité de Législation : re "Subventions aux Sociétés Médicales."
- 7o Rapport du Comité Exécutif : re "Entente avec les représentants universitaires sur les moyens d'arriver à la réciprocité interprovinciale."
- 8o Rapport du Comité Spécial : re "Amendements à la loi Médicale" :
 - I.—Pour créer un Bureau Central d'Examineurs pour la Province, tel que le Bureau l'aura décidé ;
 - II.—Pour porter le curriculum des études universitaires de quatre ans qu'il est actuellement à cinq ans ;
 - III.—Pour amender le Bill Taschereau ;
 - IV.—Pour mieux définir les pouvoirs du Conseil de discipline ;
 - V.—Pour mieux définir la partie de l'Acte Médical concernant l'exercice illégal de la Médecine ;
 - VI.—Pour changer le nom corporatif du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- III.V.—Projet de règlement pourvoyant à la nomination d'un seul officier exécutif.
- 9o Lecture de Correspondances, Requêtes, etc.
- 10o Questions et renseignements.
- 11o Avis de motion.
- 12o Motions : Négociations pour l'établissement de la réciprocité médicale entre la Grande-Bretagne et la Province de Québec : Drs. Lafleur et Simard.
 - Initiative pour obtenir que les Compagnies d'Assurance et les Sociétés de Bienfaisance ramènent le tarif des examens médicaux à son prix initial.—Dr Lessard.
 - Réduire le nombre des Gouverneurs : Drs Lessard et Lalonde.
- 13o Intérêts professionnels.

RAPPORT SEMI ANNUEL DU TRESORIER DU COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC, LE 26 SEPTEMBRE 1906.

SOMMAIRE

RECETTES	
Balance en caisse, le 4 Juillet 1906.....	\$3399.87
Honoraires des licences	1880.00
Honoraires des Examens préliminaires	1140.00
Contributions	374.00
Divers... ..	13.00
Total	3407.00
DEBOURSES	
Remises n'honoraires pour licences	120.00
Remises d'honoraires pour examens préliminaires	140.00
Salaires des officiers	975.00
Honoraires des examinateurs..	195.00
Honoraires des assesseurs.	855.00
ASSEMBLEE DE JUILLET 1906 :	
Honoraires des Gouverneurs ...	540.00
Frais de voyage.....	379.95
FRAIS GENERAUX :	
Impression du rapport de l'assemblée de Juillet 1906.	75.00
Annonces.....	84.00
FRAIS JUDICIAIRES :	
Maitre Beaudin re A. Patry.....	37.25
MM. Geoffrion, Geoffrion et Cusson, pour diverses consultations et frais judiciaires re Dr Roy et alias.	232.20
DIVERS :	
Timbres.....	45.50
Diverses impressions	32.50
Papeterie.....	18.15
Service de messenger, remises de contributions, etc., etc. ...	44.46
Total ...&	\$3774.04
Total des Recettes	6806.87
Total des Déboursés... ..	3774.04

- Balance en caisse: \$3032.83

ALBERT JOBIN,

Trésorier du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Québec, 26 Septembre 1906.

COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE.—ASSEMBLEE DES GOUVERNEURS TENUE A QUEBEC LE 27 SEPTEMBRE 1906.

Tous les membres du Collège, moins MM. Chartier et Sylvestre, répondent à l'appel nominal.

Le procès verbal de la dernière assemblée est lu et adopté.

Le rapport du Trésorier est lu et adopté.

Le rapport du Comité de Législation, re, Subvention aux Sociétés Médicales est renvoyé à la prochaine assemblée.

Le rapport du Comité Exécutif, re, Entente avec les Représentants des Universités, pour discuter la réciprocité inter provinciale, est renvoyé pour discussion avec item 1er du Comité central pour un Bureau central d'Examineurs.

On discute la deuxième partie de l'article 12. Une initiative pour que les Compagnies d'Assurance et les Sociétés de Bienfaisance ramènent le tarif des examens médicaux à son taux initial. Après une longue discussion, les Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, donnent tout leur appui moral et demandent que dorénavant, le tarif pour les Sociétés Mutuelles soit fixé à \$2.00, et pour les Compagnies d'Assurance à \$5.00.

On discute ensuite le troisième item de l'ordre du jour No 12: Réduire le nombre des Gouverneurs.—Drs Lessard et Dr Lalonde.— Le docteur Lalonde demande que sa motion soit étudiée par un comité spécial de Législation. Il voudrait une meilleure distribution des gouverneurs : il sait que certains gouverneurs, siége à cette assemblée et qui n'ont eu que trois (3) votes. Il en connaît d'autres qui représentent plus de 150 médecins. Il demande, si c'est là, la justice à laquelle les membres de la profession médicale ont droit. Il voudrait un gouverneur pour 100 et même 50 médecins, et, que le vote fut obligatoire. Même, il pourrait citer certains gouverneur, qui, s'il n'avait pas payé la cotisation de ses électeurs, n'aurait jamais siégé comme Gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens. Il propose donc, secondé par le Dr Lessard : "Que le nombre des gouverneurs soit réduit à 28, dont 25, élus par les médecins et 3 par les Universités. Le Docteur Simard de Québec, et le docteur Ostagny proposent que la question soit renvoyée à 6 mois. Ce sous-amendement est perdu. On vote ensuite sur l'amendement Lalonde-Lessard, par appel nominal.

POUR :—Boulet, Lessard, Lalonde, Rouleau, Bérard. (5).

CONTRE :—Quirk, Rivérin, Simard, Thibault, Moreau, Plante, Pominville, Ahern, Brochu, Brown, Camirand, Catellier, Fiset, Gardner, Girard, Jobin, Lachapelle, Lafleur, Ladrière, Langlais, Faucher, Laurendeau, McDonald, Marsolais, Mignault, (25).

MM. les Drs. Sirois, Daignault, Chartier, Sylvestre, absents.

Puis la séance est ajournée à 2 heures p.m.

La reprise des séances, se fait par la lecture de

la correspondance, des communications, lettres, etc., puis, on passe à l'ordre du jour No 10. Questions et renseignements. Par le Dr Simard : Un nommé Turgeon, qui a déjà bloqué 9 à 10 fois ses examens devant le Bureau, exerce-t-il encore la médecine dans la Province de Québec et a-t-il le droit de se présenter indéfiniment et de pratiquer dans cette Province. Le Dr Sirois, pense qu'un aspirant ne peut se présenter devant le Bureau d'examen, plus de 4 à 5 fois sur les matières principales.

Le Dr Normand fait rapport qu'un M. Bellemare, bloqué, sur le rapport des assesseurs, aux examens du mois de juin dernier, se présente devant le Bureau avec un casier parfait. Ce monsieur a-t-il subi un examen supplémentaire devant le Comité d'examen, ou devant un Professeur de l'Université, en présence d'un assesseur. Le Dr Mignault répond que M. Bellemare a passé devant le professeur Demers, à l'examen supplémentaire que l'Université accorde à ceux qui ont échoués aux examens de fin d'année, et qu'il dev'ait y avoir un assesseur. Le Dr Marsolais affirme que M. Bellemare a subi son examen devant le professeur Demers, en présence du Dr Ricard, comme assesseur, mais qu'il a perdu le certificat, qu'il produira d'ailleurs à la prochaine séance.

RAPPORT DE L'AUDITEUR

Après ce rapport, il est proposé par le Dr Normand et le Dr Plante : que l'audition des livres se fasse au mois d'août et que l'année fiscale se termine le 30 juin. Adopté.— De cette manière les irrégularités d'écriture que l'auditeur signale dans son rapport, disparaîtront.

Le Dr Lessard demande des explications sur les cas de Thomas Swift. Il sait que Thomas Swift, qui étudiait en 1897, la pharmacie, se fit recevoir médecin, plus tard, et se trouve maintenant porteur de titre suffisant pour bénéficier d'une loi d'exemption. Il demande si ce n'est pas une injustice à lui faire, que de lui refuser la licence, maintenant qu'il a son diplôme de médecin, et il désirerait savoir, si on lui refuse sa licence, seulement parce que en 1897, il étudiait la pharmacie au lieu de la médecine. Le Dr Lachapelle, répond que M. Swift n'a pas tous les titres, voulus et que même s'il eût étudié la médecine en 1897, le Bureau, ne lui aurait pas plus donné sa licence.

Puis, on passe à la discussion de la réciprocité inter provinciale.

Le Dr Lafleur donne lecture d'une lettre de M. McAllister. Il est fortement en faveur de la réciprocité. M. Laurendeau, répond par la lettre suivante :

RECIPROCITE ENTRE LES ILES BRITANNIQUES ET LA P. Q.

Albert Laurendeau.—Croit que la province de Québec n'a rien à gagner à ce libre échange des disciples d'Esculape, que c'est un marché de du-

pes que nous ferions avec la Grande Bretagne, car il est connu que le courant migratoire va de l'Angleterre vers le Canada, pour toutes les classes sociales, et non vice versa ; mais il n'insiste pas sur ce côté de la question, parce que les médecins Canadiens français souffriront moins du nouvel état de chose que leurs confrères de langue anglaise. Mais ajoute le Dr Laurendeau, "il est un autre point de vue plus important, à mon sens. Nous désirons la réciprocité avec Ontario, l'on nous affirme que toutes les provinces faisant partie de cette combinaison seront entre elles sur le même pied qu'avec l'Angleterre, ou en d'autres termes, que ce sera un moyen détourné d'arriver à la réciprocité avec les autres provinces du Dominion. Pourquoi alors n'attendons-nous pas qu'Ontario ait fait les premières démarches, avant que de nous aventurer dans ce guépier ?— Si ce que M. le Dr McAllister nous fait savoir est exact, j'ai bien peur que la province supérieure répugne à entrer dans le mouvement jusqu'à ce que, du moins, nous ayons satisfaits à ses exigences, c'est-à-dire jusqu'à ce que nous ayons créé ici un Bureau Central d'examineurs. Je crois pour ces raisons que nous devrions laisser passer Ontario avant nous."

Le projet est renvoyé à 6 mois.



AMENDEMENTS PROJÉTÉS A LA CONSTITUTION DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

3973.—Tel qu'amendé par 63 Victoria, chap. 26. Deux Gouverneurs sont élus par chacune des institutions qui suivent, savoir :

La Faculté de Médecine de l'Université Laval à Québec.

L'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal.

La Faculté de Médecine du Collège McGill.
(La Faculté de Médecine de l'Université de Bishop College).

Les Gouverneurs élus par la Faculté de Médecine, etc, etc.

DISTRICT DE ST-FRANÇOIS

3974d—63 Victoria, chap. 26. Le District de St-François comprend les divisions électORALES suivantes :

I—(Le comté). LA CITE de Sherbrooke.

II—Les comtés de Compton, de Stansted, Richmond et de Wolfe.

III—LES COMTÉS DE STANSTEAD ET COMPTON.

(La division électORALE en premier lieu mentionnée élit deux Gouverneurs et la division électORALE en second lieu ci-dessus mentionnée élit un Gouverneur).

CHACUNE DES TROIS DIVISIONS ELECTORALES ELIT UN GOUVERNEUR

3977 S. R. M.—Toute personne qui a obtenu un degré ou diplôme de médecine dans une des universités ou écoles mentionnées en l'article 3073 a droit à telle licence sans subir d'examen sur ses connaissances et ses aptitudes médicales.

Pourvu que ce diplôme n'ait été donné qu'après (quatre) CINQ années d'études médicales depuis la date de l'admission à l'étude et suivant les exigences de la présente section (et aussi que le Bureau Provincial de Médecine ait le pouvoir d'accorder le même privilège aux porteurs de degrés ou de diplômes de médecine et de chirurgie d'autres universités et collèges Britanniques, des Colonies ou de la France).

L'article 3977a—52 Victoria, chap. 39 qui se lit comme suit :—"Les privilèges ci-dessus conférés à ceux qui ont reçu des degrés ou diplômes des universités ou collèges Anglais sont par les présentes étendus à toute personne dont le nom est inscrit dans le registre médical en vertu de l'Acte Impérial Médical de 1886 (49-50 Victoria, chap. 48) ou de tout autre acte l'amendant" est rappelé.

ARTICLE PROJÉTÉ

3977a—Toute personne qui, ayant suivi un cours régulier et complet dans une université d'Angleterre, de France ou du Canada, a obtenu un diplôme de docteur en médecine de telle université, et qui de plus pourra fournir, à la satisfaction du bureau, la preuve qu'il a subi un examen préliminaire équivalent à celui exigé dans la Province de Québec, aura droit à la licence sur paiement des honoraires, pourvu qu'il ait au moins pratiqué cinq ans la médecine depuis l'obtention de ce diplôme.

Si telle personne désire avoir la licence avant l'expiration de ces cinq années, elle sera obligée de subir un examen professionnel complet devant le Bureau. Il en sera de même pour toute personne dont le nom est inscrit sur le registre médical d'Angleterre.

L'Article 3978 S. R. Q.—Nul ne peut être admis à étudier la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique avant d'avoir obtenu un certificat de capacités du Bureau Provincial de Médecine.

Personne n'a droit à une licence du collège sur présentation d'un diplôme, à moins qu'il n'ait été préalablement admis à l'étude de la médecine conformément aux dispositions de la présente section ou à moins qu'il ait subi un examen préliminaire équivalent devant un collège, une école ou un bureau autorisé par la loi à exiger et à faire subir tout tel examen préliminaire dans les possessions de Sa Majesté Britannique, est rappelé.

Article projeté 3978.—Nul ne peut être admis à étudier la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique avant d'avoir obtenu un certificat de capacité du Bureau Provincial de Médecine.

Ont droit à ce certificat de capacité tous les titulaires du diplôme de bachelier ès arts, bachelier ès lettres à eux conféré par une université Canadienne ou Anglaise, ou encore tous ceux qui ont subi avec succès l'examen préliminaire devant les examinateurs du bureau, ou encore tous ceux qui ont subi un examen préliminaire jugé équivalent devant un collège, une école ou un bureau autorisé par la loi à exiger et à faire subir tout tel examen préliminaire dans les possessions de Sa Majesté Britannique.

3970 S. R. Q. A une assemblée régulière après l'expiration du bien et actuel, le Bureau Provincial de Médecine nomme pour trois ans et ainsi de suite 3 ans en 3 ans, quatre personnes alors engagées dans l'enseignement dans la Province pour examiner les aspirants à l'étude de la chirurgie et de l'art obstétrique sur les sujets littéraires ci-après mentionnés comme devant servir d'examen préliminaire aux étudiants en médecine, savoir :

Un examinateur parlant la langue Française et un examinateur parlant la langue Anglaise pour la Cité de Montréal.

Un examinateur parlant la langue Française et un examinateur parlant la langue Anglaise pour la Cité de Québec.

Les sujets de la qualité préliminaire sont : (l'Anglais et le Français, le latin, la géographie, l'histoire, l'arithmétique, l'algèbre, la géométrie, les belles lettres, et l'un des sujets suivants : Le grec, la physique et la philosophie ; Géométrie, Arithmétique, Algèbre, Chimie, Physique, Philosophie, Botanique, Minéralogie, Géologie, Zoologie, pour le groupe des Sciences ; Latin, Belles-Lettres, Histoire, Géographie, langue maternelle, Français ou Anglais, pour le groupe des Lettres."

Le candidat doit aussi présenter un certificat de bonnes mœurs et un certificat de cours classique complet.

3980 S. R. Q. Tout porteur d'un certificat de capacité ou brevet de ce Bureau aspirant à la licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans cette Province qui désire être enregistré et qui n'a pas obtenu un degré ou diplôme de médecine, de chirurgie et d'art obstétrique dans une des institutions mentionnées dans l'article 3972, doit avant d'avoir droit à telle licence et à l'enregistrement, passer un examen devant ce bureau pour prouver ses connaissances et aptitudes à la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique ; et après avoir passé l'examen requis et avoir prouvé à la satisfaction du Bureau (des examinateurs) qu'il s'est conformé, dans une institution d'enseignement médical de cette Province (dans les possessions de Sa Majesté) aux règlements passés par le Bureau Provincial de Médecine, et sur paiement des honoraires que le bureau peut fixer, il a droit à cette licence.

3993 S. R. Q.—Toute personne qui a suivi durant trois sessions des cours de quelque école de médecine dans les possessions Britanniques et qui s'est actuellement livré à la pratique ou profession de la médecine dans cette Province pendant un laps de temps dépassant trente années, peut, sur preuve de ces faits, à la satisfaction du Bureau Provincial de Médecine, et en produisant en outre un certificat signé par deux médecins résidant dans les environs où il a pratiqué qu'il a réussi dans sa profession et qu'il mérite du bureau, a droit à une licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans cette Province et à l'enregistrement sans examen.

3984. Le bureau Provincial de Médecine a le pouvoir de fixer par règlement le salaire ou les honoraires qui doivent être payés aux officiers, aux examinateurs et aux assesseurs par lui nommés ; ainsi que les honoraires que doivent payer les aspirants à l'étude de la médecine et les aspirants à la licence, de même que les honoraires payables pour l'enregistrement.

Le Bureau peut disposer de ces honoraires (de la manière qu'il croit la plus propre à favoriser les intérêts du Collège) "soit en aidant pécuniairement aux sociétés Médicales, soit de toute autre manière qu'il croit le plus propre à favoriser les intérêts du Collège."

3985 S. R. Q.—Les qualités requises de tout aspirant à la licence l'autorisant à pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique sont les suivantes :

I.—Même texte.

II.—Même texte.

III.—Avoir étudié pendant une période de pas moins de (quatre) CINQ années à dater de son admission à l'étude par le bureau.

IV.—Avoir suivi pendant ces (quatre) CINQ années, dans quelque université, collège ou école de médecine constituée en corporation dans les domaines de Sa Majesté, pas moins de deux cours de six mois chacun d'anatomie générale ou descriptive, d'anatomie pratique, de chirurgie, de pratique de la médecine, d'art obstétrique, de chimie, de matières médicales et de thérapeutique générale, de clinique médicale, et clinique chirurgicale; un cours de six mois, ou deux cours de trois mois de jurisprudence médicale ; un cours de botanique de trois mois ; un cours d'hygiène de trois mois ; un cours de pas moins de vingt-cinq démonstrations sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie microscopique.

V.—Avoir suivi la pratique générale d'un hôpital contenant au moins cinquante lits, sous la charge de deux médecins ou chirurgiens au moins, pendant une période de pas moins (d'une année et demie) de deux années et demie, ou trois périodes de pas moins de (six) neuf mois chacune.

VI.—Avoir assisté à (six) DOUZE accouchements (et avoir préparé des remèdes pendant six

mois) et avoir suivi les services d'une maternité pendant trois mois, avoir fait du laboratoire de pharmacie pendant trois mois.

Chaque cours de six mois doit avoir été de cent vingt lectures, excepté pour la clinique médicale et chirurgicale et la jurisprudence médicale.

(Des quatre années d'études exigées par la présente loi au moins quatre termes de six mois chacun) doivent avoir été employés à suivre des cours dans une université, un collège ou une école de médecine constitué en corporation reconnue par ce bureau.

Les premiers de ces cours doivent avoir été ainsi suivis pendant la session qui suit immédiatement l'examen préliminaire et les derniers durant la (quatrième) cinquième année d'études, et l'aspirant doit subir son examen sur les matières finales du curriculum à la fin de la session de sa (quatrième) CINQUIÈME année d'études.

3986, tel qu'amendé par 63 Victoria, chap. 26. Toutes les personnes qui obtiennent du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec une licence les autorisant à pratiquer doivent porter le nom de "Membres du Collège", mais elles ne peuvent être élues comme Gouverneurs qu'après quatre années de la date de leur admission comme membre.

Les membres du Collège paient une contribution annuelle de deux dollars; "Cette contribution est payable au domicile du registraire, et toute poursuite en recouvrement d'icelle doit être intentée dans le district du dit domicile.

3986a—Tout membre du Collège qui, pendant trois années consécutives, n'a pas payé sa contribution "perd ipso facto" tous les privilèges que comporte sa licence et le Collège peut tenir son nom rayé du registre médical de la province jusqu'à ce qu'il ait payé tous ses arrérages.

3986b—L'action en recouvrement de la contribution annuelle se prescrit par dix ans.

3995a—L'article 332 du Code de Procédure civile s'applique aux membres du Collège.

3998.—Toute personne (n'ayant pas le droit d'être enregistrée dans cette Province) non enregistrée dans cette province qui est convaincue, sur le serment d'un ou de plusieurs témoins, d'y avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, ou tout autre art de guérir en contravention aux dispositions de la présente loi, soit à gages, soit pour argent ou marchandises, ou effets généralement quelconques, ou dans l'espérance de recevoir quelque argent, marchandises ou effets, dans l'espérance d'une récompense, ou qui est récompensé d'une manière quelconque pour avoir pratiqué la médecine la chirurgie ou l'art obstétrique ou tout autre art de guérir encourt une pénalité de cinquante dollars.

II.—Même texte.

III.—Toute personne qui assume dans une au-

nonce, dans un papier nouvelle ou dans des circulaires, écrites ou imprimées, ou sur des cartes d'adresse, ou sur des enseignes, un titre, un nom ou une désignation de nature à faire supposer ou à porter le public à croire qu'elle est dûment enregistrée ou a qualité à pratiquer la médecine ou l'art obstétrique, ou quelqu'un de ces genres de médecine, ou toute personne qui, soit pour elle-même, soit pour le compte d'un médecin licencié, offre ou donne ses services comme médecin, chirurgien ou accoucheur, soit à gages, soit pour argent ou dans l'espérance d'une récompense, si elle n'est pas dûment autorisée et enregistrée en cette Province, est dans chacun de ces cas, passible d'une semblable amende de cinquante dollars.

Les autres paragraphes de cet article restent les mêmes.

3998a—Indépendamment des dommages qui peuvent résulter aux parties, tout médecin qui se rend coupable d'infraction aux dispositions de l'article 3998b est passible de la pénalité mentionnée au dit article.

3998b Tout médecin destitué ou suspendu qui tient exposée une affiche ou toute autre indication propre à cacher au public sa destitution ou sa suspension, ou qui pratique la médecine, la Chirurgie ou l'art obstétrique, encourt pour chaque infraction une pénalité de cent dollars.

3992.—Toute amende ou pénalité imposée par l'article 3998b est poursuivie et recouvrée par le registraire, au nom et avec l'autorisation préalable du bureau ou de son président, devant la cour de Circuit siégeant à Québec ou à Montréal, dont la décision sera finale et sans appel, et une fois recouvrée elle est versée par le registraire entre les mains du trésorier du Collège des Médecins pour faire partie de ses fonds.

Si le registraire est la personne qui doit être poursuivie le président agira d'office au nom du Bureau.

Le paragraphe 3a intitulé :—"Du Conseil de Discipline" au chapitre 30, 61 Victoria est remplacé par le suivant :

SECTION 3a DU CONSEIL DE DISCIPLINE

(é.—Organisation du Conseil).

3997b Ce conseil est chargé d'instruire, d'enquêter et de décider toute accusation ou plainte portée contre un membre du Collège à raison d'infractions à des devoirs professionnels ou d'actes dérogatoires à l'honneur de la profession.

En outre, le Président du Bureau fait de droit partie du Conseil.

3997b Ce conseil est chargé d'instruire, d'enquêter et de décider toute accusation ou plainte portée contre un membre du Collège à raison d'infractions à des devoirs professionnels ou d'actes dérogatoires à l'honneur de la profession.

3997c.—Le quorum du Conseil de Discipline est de trois. Le Président du Bureau des Gouverneurs en est de droit président et les secrétaires

du bureau agissent comme greffiers "ex officio."

3997b—Les pouvoirs des membres de ce conseil expirent à la première assemblée du Bureau des Gouverneurs qui suit l'élection générale des Gouverneurs, mais le Conseil peut, nonobstant l'expiration de ses pouvoirs, rendre son jugement sur toute plainte qu'il a entendue au mérite.

3997e—Le Conseil de Discipline doit siéger à Québec ou à Montréal chaque fois qu'il en est requis par son président, par deux de ses membres, par le registraire ou par l'un des Secrétaires du Collège.

C'est le secrétaire du lieu où se réunit le Conseil qui agit comme greffier.

3997g.—Les pouvoirs des membres nommés pour remplir telle vacance expirent avec le cas de l'accusation entendue.

3997h—Le Bureau des Gouverneurs est autorisé à faire des règlements pour définir le mode de convocation du Conseil et tous autres règlements se rattachant à l'exercice des pouvoirs du Conseil pourvu que tels règlements ne restreignent en aucune façon le droit des membres de la corporation d'exercer leur profession dans un esprit de philanthropie et de charité pour les membres des sociétés de bienfaisance et de secours mutuel et les institutions de charité de cette Province ; mais ces règlements n'entrent en vigueur qu'après avoir été approuvés par le Lieutenant-Gouverneur en Conseil.

3997i—Outre les actes que le Bureau ou le Conseil de Discipline peuvent, le cas échéant, déclarer dérogatoires à l'honneur de la profession, les suivants sont expressément déclarés tels :

1.—Acceptation d'argent ou de tout autre avantage, ou de promesse d'argent ou d'avantages quelconques par un membre du bureau pour contribuer ou avoir contribué à faire adopter un procédé ou une décision quelconque par le Bureau.

2.—Accusation d'un confrère d'un acte dérogatoire à l'honneur de la profession déclarée frivole et vexatoire par le Conseil de Discipline.

3.—L'abus habituel des boissons alcooliques ou l'usage habituel et excessif des préparations narcotiques.

4.—Dévoiler un secret professionnel.

5.—Publier ou communiquer un rapport faux ou attentatoire à l'honneur ou à la dignité d'un confrère ou d'un membre de la profession.

6.—Tout procédé déloyal dans les rapports professionnels ou sociaux que les médecins peuvent avoir entre eux.

7.—Abandonner un malade en danger sans raison suffisante et sans lui donner l'opportunité de retenir les services d'un autre médecin.

8.—Solliciter des clients, se représenter, par des annonces ou autrement, comme l'adepte de quelque système faux, non scientifique ou secret, ou comme employant quelque spécifique ou médicament secret ; se donner faussement des annon-

ces publiques comme spécialiste pour le traitement de certaines maladies, fabriquer, vendre, ou coopérer de quelque manière que ce soit à la fabrication ou à la vente d'un médicament ou spécifique secret ou breveté, ou dont la formule n'est pas connue de la profession ; prêter son nom comme médecin ou son diplôme à des entreprises purement commerciales, ou à des personnes qui n'ont aucun droit d'exercer la médecine en cette Province.

9.—Offrir ou annoncer ses services à prix réduit dans le but de nuire à un confrère.

10.—Par complaisance, ou pour tout autre motif, donner des certificats faux concernant la naissance, la mort, la nature des maladies, l'état de santé, la vaccination, la désinfection, etc.

1.—Le partage entre médecins et pharmaciens des bénéfices qui résultent soit des consultations, soit des ordonnances.

12.—S'associer ou avoir des consultations avec des charlatans ou des rebouteurs.

13.—L'emploi des affiches ou des annonces pour attirer la clientèle par la réclame.

3947j—Les peines disciplinaires qui peuvent être imposées selon la gravité de l'infraction à la discipline ou de l'acte dérogatoire à l'honneur de la profession sont :

1.—La censure.

2.—La privation du droit d'éligibilité à la charge de Gouverneur du Collège, et même du droit de vote aux élections des Gouverneurs du Collège pendant un certain temps.

La privation temporaire ou permanente, du droit d'exercer la médecine.

3997k—Les peines autres que la privation du droit d'exercer la médecine sont imposées séparément ou simultanément.

3997l—Dans toute accusation présentée au registraire ou portée devant le Conseil de Discipline aucun dépôt n'est nécessaire, mais le plaignant et l'accusé doivent déposer, au fur et à mesure du progrès de la cause, et avant qu'ils soient encourus, les frais et honoraires fixés par les tarifs.

3997m—Les frais encourus sur les procès sont taxés dans le jugement contre qui de droit, et ce, à la discrétion du Conseil de Discipline.

3997n—Ces frais sont taxés d'après les tarifs établis par le Bureau, tant pour les frais de première instance que pour les frais d'appel.

3997o—Les frais qui peuvent entrer en taxe d'après tels tarifs sont ceux de déplacement des membres du Conseil de Discipline, de son délégué, du commissaire enquêteur, des secrétaires du Bureau, agissant comme greffiers du dit Conseil de Régistraire, des Conseils des parties, des écrivains aux enquêtes s'il en est employé, des huissiers et des témoins.

3997p—Si un honoraire n'est pas prévu dans le tarif pour un service nécessaire ou utile rendu à l'occasion de la cause en instance, le Conseil, son

délégué ou le bureau, selon les circonstances et l'état de la cause, peut ou peuvent allouer un honoraire pour tel service, et le taxer contre la partie en cause qu'ils jugent à propos.

3997q—Procédure Préliminaire.

Chaque fois que le Régistratre ou le Président reçoit sous le serment d'une ou de plusieurs personnes dignes de foi (serment administré par tout Juge de Paix) une plainte contre un médecin se rattachant à l'honneur, à la dignité ou aux devoirs de la profession, il soumet sans délai cette plainte à une assemblée du Conseil de Discipline qu'il convoque sous un délai raisonnable après avoir reçu les déboursés que le plaignant doit faire.

3997r—La plainte doit indiquer sommairement le temps, le lieu et les circonstances de l'offense et de sa nature.

3997s—Pour cette réunion préliminaire, les membres du Conseil de Discipline n'ont droit qu'aux honoraires et déboursés que le Régistratre doit exiger d'après l'article suivant.

3997t—Dans les déboursés que le plaignant doit faire avant que la plainte soit déferée au Conseil de Discipline, le Régistratre doit inclure les honoraires des membres du Conseil pour une journée seulement; en outre, une somme suffisante pour couvrir leurs frais de voyage et autres dépenses jugés nécessaires.

3997u—Le Conseil de Discipline, sans rechercher encore la vérité de l'accusation, juge seulement si le médecin accusé serait sujet à quelque peine disciplinaire, dans le cas où l'accusation serait prouvée; et dans ce cas il décrète sa mise en accusation.

3997v—A la première ou à toute autre réunion du Conseil de Discipline pour la réception ou pour la peise en considération d'aucune plainte ou accusation portée contre un médecin, il doit nommer un de ses membres comme délégué, auquel elle transmet tous ou partie de ses pouvoirs relativement à la décision et au règlement de tout incident pouvant surgir dans la procédure et à l'enquête, depuis l'instant de sa nomination comme délégué, jusqu'à ce que la cause soit définitivement mûre pour audition finale au mérite.

3997x—Si, par sa nomination, les pouvoirs de ce délégué ne sont pas définis, ils comprennent tous ceux que le Conseil peut exercer lui-même, depuis la date de sa nomination jusqu'à ce que la cause soit mûre pour audition finale au mérite.

3997y—Dans les cas exceptionnels, le Bureau peut ordonner au Régistratre de porter en son nom, devant le Conseil de Discipline, toute accusation suffisamment libellée. Dans ce cas, le Bureau est seul juge de la gravité et de la notoriété de l'accusation.

3997z—Lorsque le Régistratre procède d'office contre un médecin sur l'ordre du Bureau, le Conseil de Discipline est dispensé de juger s'il y a

matière à investigation et d'ordonner la mise en accusation de tel médecin.

PROCEDURE APRES LA MISE EN ACCUSATION

3997aa—Lorsque le Conseil de Discipline a décrété la mise en accusation d'un médecin, ou lorsque le Bureau a décrété d'office sa mise en accusation, le Régistratre rédige l'acte d'accusation, qui doit contenir les mêmes particularités que celles exigées par la plainte.

ACTE D'ACCUSATION

FORMULE A.

CANADA) BUREAU PROVINCIAL
Province de Québec.) DE MEDECINE.

Régistratre du Collège des Médecins informe, par la présente, le dit Bureau, que G. H..... médecin pratiquant à Comté de est accusé..... sous serment par N. B..... de comme suit, savoir: Que le dit G.H..... (réciter ici l'offense).....

Pourquoi le dit..... demande qu'il émane un ordre du Bureau enjoignant au dit G. H..... de comparaître devant lui, suivant le cours de la loi et de justice.

Fait à ce..... jour de mil neuf cent

Régistratre.

FORMULE B.

ACTE D'ACCUSATION PAR LE REGISTRATRE LORSQU'IL PROCEDE PAR ORDRE DU BUREAU

CANADA) BUREAU PROVINCIAL
Province de Québec.) DES MEDECINS.

Au Président et aux Membres du Bureau, A. R. M. Régistratre du Collège des Médecins, informe par le présent le dit Bureau qu'ayant reçu ordre de procéder contre G. H..... médecin pratiquant à accusé de (réciter ici l'offense telle que décrite dans l'ordre du Bureau) demande qu'il émane un ordre du dit Bureau enjoignant au dit G. H..... de comparaître devant lui, suivant le cours de la loi et de la justice.

Fait à ce..... jour de mil neuf cent

A. R. M.

Régistratre.

3997bb—Le Régistratre transmet sans délai l'acte d'accusation au secrétaire du lieu où la Commission doit siéger, lequel secrétaire fait faire une copie qu'il certifie et fait signifier à l'accusé, avec un ordre au nom du Président du Collège des Médecins, enjoignant à l'accusé de comparaître en personne ou son procureur devant le Greffier du Conseil de Discipline, aux jour et heure fixés dans le dit ordre.

FORMULE C.

ASSIGNATION DE L'ACCUSE

CANADA) BUREAU PROVINCIAL
Province de Québec.) DES MEDECINS.

Par le Président et les Membres du Bureau des
Gouverneurs, à C. H. médecin prati-
quant à Comté de

SALUT :

Vous êtes par le présent requis de comparaître en personne devant nous en notre bureau de médecine en la cité de le jour de mil neuf cent à heures de l'..... midi, pour là et alors répondre à la plainte dont copie est ci-jointe portée contre vous par A. R. M., Régistrare du Collège.

Et vous êtes informé que, faute de comparaître devant nous aux jour, heure et lieu mentionnés, il sera procédé par défaut sur la dite plainte.

Donné à sous le sceau du dit Bureau le seing de notre Président, et le contre-seing de l'un de nos secrétaires de jour de mil neuf cent

L. S.

C. N.

Secrétaire.

Président,

Si le Régistrare procède sur l'ordre du Bureau, la copie de la résolution du Bureau tiendra lieu de la copie de la plainte.

Les trois formules ci-dessus ou autres formules de même teneur sont suffisantes pour les fins auxquelles elles sont destinées.

3997cc—Il doit s'écouler au moins dix jours entre la signification de l'ordre et la comparution de l'accusé, si ce dernier a son domicile dans un rayon de cinq lieues du lieu des séances du Conseil ; et si la distance excède cinq lieues, le délai est augmenté d'un jour à raison de chaque cinq lieues additionnelles.

3997dd—La signification de l'acte d'accusation et de l'ordre de comparution se fait par un huissier de la Cour Supérieure en délivrant copies certifiées comme susdit au dit accusé en personne ou à une personne raisonnable de son domicile.

3997ee—L'huissier fait rapport de telle signification, sous son serment d'office sur l'original de tel rapport de comparution, qu'il transmet avec ses annexes au secrétaire, le ou avant le jour fixé pour la comparution, mais avant l'heure de telle comparution.

3997ff—Après la signification de l'accusation, le domicile du plaignant et celui de l'accusé pour les procédés de l'accusation est censé être au Bureau du Secrétaire du Collège, au lieu où le Conseil de Discipline doit siéger, à moins qu'ils n'aient fait élection de domicile dans un rayon d'un mille du Bureau du dit Secrétaire.

3997gg—Le plaignant transmet au Secrétaire le ou avant le jour du rapport de l'acte d'accusation, les pièces à l'appui de sa plainte et une liste de ses témoins à l'appui de son accusation, en in-

diquant le domicile de ces témoins. Si les pièces au soutien de la plainte n'ont pas été produites le jour fixé pour le rapport de l'acte d'accusation elles ne peuvent l'être ensuite qu'en donnant avis à l'accusé ou à son procureur.

3997hh—Le plaignant peut comparaître personnellement ou par procureur au jour du rapport de l'acte d'accusation, sinon le régistrare le représente.

3997ii—La réponse à l'accusation est par écrit et signée par l'accusé ou par son procureur. Elle peut contenir une dénégation générale de l'accusation ou une réponse spéciale à toute ou partie d'icelle ; et dans tous les cas elle est fournie soit personnellement ou par procureur au Secrétaire, dans les huit jours qui suivent le rapport de l'acte d'accusation, avec les pièces à son appui, ainsi qu'une liste des témoins de l'accusé, en indiquant leur domicile respectif. La réplique doit être produite dans les six jours qui suivent la réponse.

3997jj—La contestation d'une cause est liée par l'acte d'accusation, la réponse de l'accusé et la réplique du plaignant ou du Régistrare quand il procède d'office.

3997kk—Elle est également censée liée s'il y a forclusion de plaider ou absence de réplique ; néanmoins, sur requête à cet effet, le Président du Collège peut accorder la permission de produire des pièces de plaidoirie additionnelles.

3997ll—Dans toute cause portée devant le Conseil de Discipline.

1.—Les pièces produites ne peuvent être déplacées à moins du consentement par écrit des deux parties ; de la permission également par écrit du Président du Collège et de récépissé.

2.—Toute pièce produite dans une cause devient commune à toute les parties en l'instance et elles peuvent en faire expédier des copies par le Greffier ou Secrétaire tant qu'il en est ainsi dispositaire.

3.—Tant que le jugement final et en dernier ressort n'est pas rendu, toute pièce produite fait partie du dossier et après la cause définitivement terminée, ne peut être remise à la partie qui l'a produite que sur permission écrite du Président du Conseil de Discipline, lorsqu'il y a appel.

3997mm—Si l'accusé ne répond pas à l'accusation dans le délai fixé, il est forclus de le faire, et le plaignant procède à faire sa preuve en la manière ci-après mentionnée.

3997nn—Dans les six jours qui suivent la production de la réplique ou de tout autre plaidoyer autorisé par le Président, ou après forclusion de l'accusé, le plaignant ou le Régistrare quand il procède d'office, ou à leur défaut l'accusé peut inscrire la cause pour l'enquête, et le Secrétaire transmet le dossier au Conseil de Discipline pour qu'il soit procédé à la preuve.

3997oo—Le Secrétaire donne alors aux par-

ties un avis d'au moins huit jours, du temps et du lieu où commencera l'enquête.

3997pp—Les témoins sont assignés par un bref de "Subpœna" suivant la formule C au nom du Président du Bureau, et signé par le Secrétaire; et le refus de comparaître devant le Conseil de Discipline est un refus de comparaître devant une Cour de Justice, et le Président du Collège et du Conseil de Discipline a, par le présent acte, les mêmes pouvoirs de contraindre les témoins à comparaître et donner leurs témoignages qu'ont les Cours de Justice.

3997qq—Tel bref de "Subpœna" comme toute autre pièce de procédure en vertu du présent acte, est signifié par un huissier de la Cour Supérieure.

3997rr—Le Conseil de Discipline a le même pouvoir d'imposer des amendes aux témoins pour non comparution et ordonner l'emprisonnement pour mépris de Cour qu'à tout juge siégeant dans aucune Cour de Justice de la Province de Québec.

3997ss—Le Président du Conseil de Discipline est autorisé par le présent Code à administrer le serment aux témoins.

3997tt—Les frais des témoins sont taxés par le Conseil de Discipline.

3997uu—Si au jour fixé pour l'audition de la cause l'une des parties manque à l'appel, le Conseil de Discipline peut la déclarer de plein droit close à l'égard de la partie en défaut et en donner acte à l'autre partie si elle le demande. Il peut même déclarer terminée toute cause dont les deux parties ne procèdent pas au jour fixé.

3997vv—A l'audition de la cause il n'est pas entendu plus de deux conseils de chaque côté et un seul en réplique.

3997xx—Le Conseil de Discipline, après avoir délibéré, doit motiver son jugement par écrit; et si l'accusé est déclaré coupable, le jugement prononce en même temps les peines que le Conseil entend infliger.

3997yy—L'accusation est décidée de vive voix par "fondée" et "non fondée" à la majorité absolue du Conseil la complainte et l'application d'une ou des peines disciplinaires est appliquée de la même manière.

3997zz—Toute décision ou jugement du Conseil de Discipline qui comporte l'imposition d'une des peines disciplinaires énumérées à l'article 3997j est sujette à appel au Bureau des Gouverneurs.

Cet appel est formé par lettre contenant une copie de la décision et adressée dans les quinze jours de cette décision à l'un des Secrétaires du Bureau.

Sur réception de cet avis, le Secrétaire du Bureau des Gouverneurs du lieu où doit être tenue la plus prochaine assemblée de ce bureau, est tenu de se faire remettre le dossier de l'affaire, et de le conserver pour le déposer devant le Bureau des

Gouverneurs à sa plus prochaine assemblée.

APPEL AU BUREAU

Dans le but d'obtenir cet appel, le médecin lésé doit en outre, dans les quinze jours du prononcé du jugement, déposer \$50 entre les mains du Trésorier du Collège. Cette somme est remise à l'appelant si le jugement du Conseil de Discipline est infirmé ou modifié, avec les frais. Elle est placée en déduction des frais occasionnés par l'appel, et nul dossier ou copie de procédés n'est transmis au Bureau, à moins que le dépôt ci-dessus exigé ne soit fait et l'inscription d'appel dûment signifiée à l'intimé ou procureur; et aucune inscription n'est reçue avant tel dépôt et signification.

3997aaa—Dès l'inscription de la cause sur le rôle d'appel, le Secrétaire doit déposer au Bureau de Poste de Sa Majesté un avis, franc de port, de tel appel adressé à l'appelant, à l'intimé, au Président. Cependant il doit au moins s'écouler trente jours entre la date du jugement du Conseil sur le mérite et l'ouverture de l'assemblée où l'appel doit être entendu.

3997bbb—Les Membres du Conseil ne peuvent siéger dans le Bureau siégeant en appel du jugement rendu par le Conseil dont ils faisaient partie.

3997ccc—Les causes de récusation des juges énumérées dans les Art. 237 et 238 du Code de Procédure Civile s'appliquent aux Membres du Bureau siégeant en appel.

3997ddd—Le quorum des Membres du Bureau siégeant en appel est de douze Membres présents.

3997eee—Lors de l'audition en appel, le plaignant et l'accusé doivent produire un exposé par écrit, ou "factum" de la cause, au nombre de cinquante copies, qu'ils transmettent au moins deux jours avant l'audition au Secrétaire du Bureau du lieu où il doit siéger en appel. Ce Secrétaire agit comme Greffier du Bureau siégeant en appel et distribue des copies de "factum" aux membres du Bureau et aux parties intéressées.

3997fff—Si un tel exposé ou factum n'est pas produit dans tel délai par l'appelant, l'appel est considéré comme déserté, et le Secrétaire doit rayer l'inscription du rôle.

3997ggg—Si un tel exposé ou factum n'est pas produit dans tel délai de la part de l'intimé, l'appelant en est informé par le Secrétaire, et l'appel est entendu "ex parte" sans l'intervention de l'intimé.

3997hhh—Le dossier en première instance devant le Conseil et le factum des parties sont les seuls documents produits en appel et.

10.—A. premier jour de la session où l'audition doit avoir lieu, si les deux parties ne comparaissent pas devant le Bureau, la cause est rayée du rôle et elle ne peut être ré-inscrite que sur un dépôt supplémentaire, au montant et sur le délai que fixe le Bureau en rayant la cause du rôle et

avis est donné par le Secrétaire à l'intimé aussitôt que la ré-inscription a eu lieu.

2e.—Si l'appelant ne comparait pas, l'appel, sur demande de l'intimé, est renvoyé avec dépens.

3997iii—Le jugement du Conseil s'il n'en est pas appelé ou si l'appel est déserté, est prononcé à la première assemblée du Bureau qui suit la date du jugement. Si l'appel est rayé, qu'il soit réinscrit ou non, le jugement est prononcé à l'assemblée du Bureau qui suit celle où telle radiation a eu lieu.

3997jii—S'il s'agit d'un jugement du Bureau siégeant en appel, il est prononcé de suite ou à toute autre assemblée subséquente.

3997kik—Dans tous les cas de suspension et de destitution d'un médecin avis en est donné sous la signature de l'un des Secrétaires du Bureau dans quatre numéros de la Gazette Officielle de Québec, aussitôt après le prononcé du jugement.

3997lil—Les effets de la suspension ou de la destitution ne date que de la dernière de ces quatre publications.

3997mm—Sauf l'exception portée dans l'article suivant, un avis public de telle suspension ou destitution, signé par un des Secrétaires du Bureau des Gouverneurs, doit être lu et affiché pendant deux dimanches consécutifs par un huissier de la Cour Supérieure ou par le Secrétaire Trésorier du Conseil de la Municipalité à la porte de l'église de la paroisse ou canton où le médecin suspendu ou destitué a son domicile.

3997nnn—Dans les villes de Québec, Montréal, Trois-Rivières, St-Hyacinthe et St-Jean, cet avis est publié trois fois seulement, en Français dans un papier nouvelles publié dans la langue Anglaise, et en Anglais dans un papier nouvelles publié dans la langue Anglaise et s'il n'y a qu'un seul journal dans la localité ou que tous soient publiés dans la même langue, alors l'avis doit être inséré dans les deux langues dans le même journal.

Report du Comité spécial re "Amendements à la loi Médicale"

Le Dr Lachapelle commence la lecture des amendements à la loi Médicale, puis sur interruption, on décide de discuter séance tenante, l'item No 1. Pour créer un Bureau central d'examineurs pour la Province, tel que le Bureau l'aura décidé.

Le Dr Laurendeau secondé par le Dr Daignault propose la création d'un bureau central d'examineurs pour la Province.

Le Dr Simard s'oppose fortement à la création du Bureau Central des Examineurs, il ajoute que l'Angleterre et la France, n'ont pas de Bureau Central d'Examineurs de même que l'Allemagne et l'Italie, la Belgique a un système d'assesseurs, seuls les Etats-Unis et la Province d'Ontario, en ont un. Il demande si on doit imiter les Etats-Unis et la Province d'Ontario, et non pas un niveau médical plus élevé que les pays qu'il vient de citer. Pour lui, il serait en

faveur d'un comité composé d'un représentant de la profession médicale qui interrogerait les élèves avec le Professeur, et aurait droit de vote dans le Comité d'examen. Il croit que les Universités sont assez puissantes pour faire échouer au Parlement de Québec toute tentative de la profession libre, de créer un tel Bureau, parce que les ministres sont tous anciens élèves de l'Université Laval et qu'ils ne voudraient pas en aucune manière diminuer le prestige de leur Alma-Mater. Toutefois, il n'est pas opposé à la formation d'un bureau central d'examineur, qui examinerait les seuls élèves qui voudraient exercer la médecine dans la Province d'Ontario.

Le Dr Lachapelle : Depuis que j'ai l'honneur de siéger comme membre du Collège des Médecins et Chirurgiens, j'ai toujours été en faveur d'un Bureau Central d'Examineurs. Je ne vois pas ce que les Universités auraient à perdre en accordant justice à la profession. Naturellement, ce Bureau, sera composé de Professeurs et de Praticiens, de médecins de langue française et de langue anglaise.

Nous serions maîtres d'admettre dans notre corps ceux qui seraient dignes d'en faire partie et la Province d'Ontario ne refuserait plus la réciprocité. Tandis qu'avec un bureau central batard d'exportation, on ne pourrait pas décemment demander la réciprocité avec la Province d'Ontario, et je crois que dans ces conditions, cette Province n'accepterait pas.

Le Dr Mignault, représentant l'Université Laval de Montréal, serait en faveur d'un Bureau Central d'Examineurs, composé d'un membre de la profession et de deux professeurs pour chaque branche. Ce Bureau voterait suivant les mérites de chaque candidat, mais il ne croit pas que les Universités acceptent de bonne grâce, à moins d'y être forcé la création d'un Bureau Central d'Examineurs.

Le Dr Daignault, considère comme un défi les paroles du Dr Simard et il ajoute qu'il vaudrait mieux engager la lutte de suite. Il sait que tout le district de St-Hyacinthe désire un Bureau Central d'Examineurs et il ne croit pas se tromper en disant qu'il est le vœu unanime des praticiens de la Province de Québec. Il n'est pas pour imiter les Etats-Unis, malgré que Boston et New-York possèdent des Universités importantes, qui ne le cèdent en rien à celles des autres pays. L'Etat de New-York à un niveau médical très élevé et presque tous les médecins reçus à Laval, qui se présentent devant ce Bureau, bloquent. Il connaît même un Professeur qui n'a pu parvenir à passer l'examen régulier de l'Etat de New-York. Il ne comprend pas pourquoi, systématiquement, depuis longtemps, les Universités sont en bloc, contre la profession. Il croit qu'un jour où l'autre et plutôt qu'on ne le croit, la profession gagnera son point.

Le Dr Brochu, dans un très long discours et parlant officiellement au nom de Mgr Matthieu, recteur de l'Université Laval, se déclare emphatiquement contre un Bureau Central d'Examineurs. Pour lui, les professeurs connaissent aussi bien les besoins de la profession que le médecin praticien.

Le Dr Normand se déclare fortement en faveur du Bureau Central des Examineurs. Il ne veut pas prolonger la discussion, vu l'heure avancée, mais il trouve étrange de voir, se tenant comme un seul, les représentants de l'Université, contre les membres de la profession. Il espère qu'ils arriveront à comprendre l'importance qu'à pour la profession médicale cette création d'un Bureau Central d'Examineurs et quant à la formation du Bureau, cette question le laisse plus ou moins indifférent, car c'est le principe qu'il veut voir triompher.

Le Dr Laurendeau, répond au Dr Mignault, que sa proposition (1) est beaucoup plus humiliante pour les Universités, que ne le serait la création d'un Bureau central d'examineurs. Puis il ajoute, en visant M. le Dr Brochu, qu'il dit être le porte-parole des Universités :

"Je ne puis m'expliquer l'opposition systématique que font les Universités à ce projet, d'un Bureau Central d'Examineurs. Elles veulent conserver intact leurs privilèges, nous dit-on. En quoi un Bureau d'Examineurs provincial porte-t-il atteinte à leurs droits ? L'on nous fait remarquer que c'est là une question de principe. Dans ce cas, je dis que, en fait, les Universités ont pratiquement perdu le droit que confèrent leurs diplômes "ad praticandum". Elles l'ont perdu, puisque leurs diplômes n'est plus suffisant, puisqu'il leur faut, aux termes de la loi, une licence de notre Bureau pour avoir droit d'exercer la médecine dans notre province. Si donc, l'on reste strictement sur la question de principe, les Universités ont perdu le privilège qu'elles prétendent garder jalousement.

"Inutile de répéter les arguments que nous invoquons en faveur de notre projet : Ces arguments d'ordre surtout matériel, sont trop connus pour y revenir.

"Pour tourner la difficulté, de bonne foi peut-être, l'on nous propose un projet que nous croyons impraticable : UN BUREAU D'EXAMINEURS aux seules fins d'accorder des licences pour échanges interprovinciales.

"Je n'ai rien à ajouter à ce qu'a dit M. le Président, à ce sujet. Nous pourrions synthétiser les arguments que nous invoquons contre ce projet tératologique, par deux propositions :

(1) Nomination de gouverneurs qui iraient eux-même examiner les étudiants aspirant à la pratique, — au lieu et place des assesseurs actuels.

"tions : 1o Ce Bureau d'examineurs ne satisfera pas aux exigences des Statuts d'Ontario, et 2o, nous aurions honte d'offrir cette combinaison aux Bureaux Médicaux des autres provinces.

"Je demande donc la création du Bureau Central d'examineurs, pure et simple, et j'insiste pour que la loi médicale soit amendée en ce sens à la prochaine session."

MM. Simard et Normand approuvent le projet de la formation d'un Bureau Central d'examineurs et proposent que l'on amende les règlements et lois, de la manière recommandée en seconde instance par les avocats pour que les Gouverneurs actuels du Collège des Médecins et Chirurgiens forment le Bureau Central des Examineurs.

MM. Jobin et Marsolais proposent la création d'un Bureau Central d'Examineurs, mais ne trouvent pas opportun d'en presser l'adoption à la prochaine séance.

MM. Boulet et Lessard, proposent en sous-amendement l'ajournement de la séance et le renvoi de la question à la prochaine assemblée.

MM. Lalonde et Sirois proposent un amendement qui est aussitôt déclaré hors d'ordre. Ils en appellent à l'assemblée de la décision du Président. L'assemblée par un vote de 5 pour et 25 contre, rejette le rappel.

La motion de MM. Boulet et Lessard est rejetée par un vote de 8 pour et 25 contre.

L'amendement Jobin-Marsolais, rejeté par 10 pour, 23 contre.

L'amendement Simard-Normand, rejeté par 9 pour, 24 contre.

La motion principale pour créer un Bureau Central d'Examineurs pour la Province, tel que le Bureau l'aura décidé, est rejetée par 16 pour, 20 contre.

Puis sans discussion, on adopte en 5 minutes, les items No II. Pour porter le curriculum des études universitaires de 4 ans, qu'il est actuellement à 5 ans ;

Item No III : Pour amender le bill Tasche-reau ;

Item No IV. Pour mieux définir les pouvoirs du conseil de Discipline ;

Item No V. Pour mieux définir la partie de l'Acte Médical concernant l'exercice illégal de la Médecine ;

Item No VI. Pour octroyer des secours aux Sociétés Médicales et faire tous autres amendements acceptables au Bureau ;

Item No VII. Pour changer le nom corporatif du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec ;

Item No VIII : Projet de règlement pourvoyant à la nomination d'un seul officier exécutif.

Le même comité est renommé avec pouvoir de

modifier et de faire adopter à la législature les susdits amendements.

La séance est levée à 6 heures p.m.

Commission de la Tuberculose

Le 26 septembre dernier tel qu'annoncé se réunissait dans la salle de lecture de la faculté de Médecine de l'Université Laval de Québec les membres de la Commission de la Tuberculose.

Étaient présents, les Docteurs Rousseau, Paquin, Brochu, Québec; Laurendeau, St-Gabriel de Brandon; Béique, Magog; Normand, Trois-Rivières; François de Martigny, Montréal; Camirand, Sherbrooke, Ed. Belleau, Yamaska; Hector Guy, St-Jean; Alfred Morissette, Ste-Hénédine; d'Amours, Papineauville; L. A. Planche, Louiseville; L. E. Beauchamp, Chicoutimi; L. A. Lessard, Granby; Ostiguy, Valleyfield; Langlais, Trois-Pistoles.

Le Dr Laurendeau est élu président pro tempore. Il lit une lettre du Dr Foucher qui donne sa démission et une lettre du Dr Valin, s'excusant de ne pouvoir être à Québec. Puis donne lecture de l'acte de convocation suivant :

1o. L'objet de cette commission sera : "La réalisation des vœux du Congrès des Médecins de Langue Française."

2o. La Commission se choisira à sa première réunion : Un Président, deux vice-présidents, et un Secrétaire-Trésorier.

Le secrétaire-trésorier sera l'officier exécutif de toutes les décisions de la Commission et du bureau des officiers.

3.— La commission siégera aux époques et aux endroits qu'elle déterminera.

4.— La prochaine réunion aura lieu à Québec le 26 septembre au soir à sept heures, à l'École de Médecine.

5.— La présente Commission et ses Officiers demeureront en office jusqu'au prochain Congrès lequel se tiendra à Québec en 1908. Après avoir fait rapport de son travail, elle sera dissoute ou réorganisée par le dit Congrès, au gré de ce dernier.

6.— Pour le moment la Commission concentrera son travail, son énergie vers la création de sanatoriums d'isolement et de cure.

VII.—A ces fins, faire adopter par la Législature, une législation en vertu de laquelle la création et l'entretien des sanatoriums seront à la charge du Gouvernement et des municipalités.

VIII.—Organiser une campagne de Presse pour former l'opinion publique et la rendre favorable au projet.

9o.— Chercher les moyens de créer une caisse, afin de subvenir aux dépenses préliminaires d'organisation, d'impressions, de déplacement des

membres, etc.

10o.—Et à ces fins, chaque membre s'occupera à faire faire une souscription volontaire dans son district, et verra à faire ouvrir une liste de souscription par le ou les journaux de district, etc.

11o.—Dès que la Commission aura des fonds à sa disposition, les frais de route et un dollar par jour pour frais de pension, seront payés à ses membres, chaque fois que ceux-ci seront obligés de se déplacer, soit pour des assemblées régulières ou autres démarches dans l'intérêt de la Commission.

Puis il donne ensuite lecture des vœux suivants adoptés au dernier Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Proposé par MM. les Docteurs D'Amours, Le Cavalier et Laurendeau, secondé par MM. les docteurs Béique, Lesage et Ste-Marie :

Que sept membres choisis par le Congrès, et un membre de chaque Société Médicale de la province choisis par ces dites Sociétés, soient nommés pour constituer une "Commission permanente" dont l'objet sera de travailler activement à la réalisation des vœux suivants :

1o Les tuberculeux doivent être soignés dans des hôpitaux distincts qui leur seront exclusivement consacrés ;

2o S'il n'existe pas un hôpital spécial pour ces malades, des quartiers spéciaux doivent être exclusivement réservés aux tuberculeux ;

3o La création de "Sanatoriums" dispensaire populaires pour les tuberculeux indigents constitue un des meilleurs moyens de lutter contre cette terrible maladie.

4o Que notre gouvernement, nos municipalités, nos sociétés de bienfaisances, nos compagnies d'assurances doivent immédiatement et effectivement concourir à créer des "sanatoriums populaires" ;

5o Qu'une enquête soit instituée pour connaître dans toutes les villes d'au moins 10,000 habitants, la répartition de la tuberculose dans les maisons, et d'en rechercher les causes de cette répartition ;

6o Que les immigrés soient examinés avec plus de soins et retournés dans leur pays s'ils sont trouvés tuberculeux ;

7o Qu'un carnet d'hygiène du logement et de l'atelier soit composé, en vue particulièrement de préserver l'ouvrier de la contagion ou de l'écllosion de la tuberculose ;

8o Pour assurer la préservation de l'enfant dans la famille, il faut maintenir les maisons en état de salubrité et de propreté parfaite ;

9o Si le foyer familial est contaminé, en éloigner l'enfant autant que possible ;

10o Diriger les efforts des mutualités maternelles et scolaires dans le sens de la préservation par l'hygiène individuelle ; l'alimentation saine, l'habitation aérée, ensoleillée, et le travail raison-

né ;

Il a De préparer un projet de loi de l'instruction publique, obligeant les instituteurs et les institutrices de toutes les maisons d'enseignement scolaire, d'enseigner à leurs élèves un catéchisme sur l'hygiène de l'antituberculisation, et de l'aériation, exigeant d'eux chaque année, pour l'avancement en classe, un examen sur la partie de cette matière qui leur aura été enseignée. Ce catéchisme devra avoir l'approbation du Conseil d'Hygiène et des autorités directrices de l'enseignement.

Et que cette Commission fasse rapport au prochain Congrès.—Adopté.

Proposé par Albert Laurendeau, secondé par François de Martigny :

Que MM. Arthur Rousseau, Michel D. Brochu, A. A. Foucher, A. G. A. Béique, C. N. Valin, un représentant de chaque Société Médicale de la province, les proposeur et secondeur, soient membres de la Commission permanente, dont le but sera de travailler à la réalisation des vœux du Congrès, au sujet de la tuberculose.

Puis il donne lecture des lettres de créances suivantes :

St-Jean, Qué., 22 Septembre 1906.

A. Laurendeau, M. D.,

Cher confrère,

A une assemblée de la Société Médicale de St-Jean, le Dr H. Guy, de St-Jean a été élu délégué à la commission de tuberculose du Congrès des Médecins de langue française tel que vous m'en avez fait la demande.

Veillez me pardonner si je ne vous ai pas averti plus tôt ; mais notre société a été en vacance pendant l'été, j'espère pour revivre pendant l'hiver avec plus d'énergie et de vie.

Je demeurerai bien à vous,

J. L. DUVAL, M.D.,

St-Jean, P. Q.

Sherbrooke, P. Q., 19 Sept. 1906.

A. Laurendeau, M.D.,

St-Gabriel de Brandon, Qué.,

Mon cher Docteur,

A sa dernière séance, tenue le 14 du présent mois, les Drs. P. Pelletier, A. N. Worthington et J. O. Camirand ont été choisis pour faire partie de la "Commission de tuberculose." L'un de ces Messieurs devra agir au cas d'absence du titulaire et faire sa part de travail avec vous.

Mon retard à vous aviser de cette nomination est dû au manque de réunion antérieure de l'Association Médicale du District de St-François.

Veillez me croire,

Votre dévoué,

Dr. J. O. CAMIRAND.

Montréal, 14 juillet 1906.

Bien cher Monsieur,

J'ai reçu ces jours-ci votre lettre par laquelle vous demandiez aux membres de la Société Médi-

cale de Montréal de nommer un représentant dans la "Commission de la tuberculose", formée au Congrès des Trois-Rivières.

La Société Médicale de Montréal a suspendu ses séances de juin à octobre.

La prochaine séance aura lieu le premier mardi d'octobre.

Le choix d'un représentant de la Société Médicale de Montréal se fera probablement dans cette séance.

Veillez agréer, cher Monsieur, mes sentiments de cordiale confraternité.

Le Secrétaire de la Société Médicale de Montréal,

ALBERT LARAMEE.

Chicoutimi, le 15 août 1906.

Albert Laurendeau, M.D.,

St-Gabriel de Brandon,

Mon cher confrère,

J'ai le plaisir de vous annoncer que la Société Médicale de Chicoutimi-Lac St-Jean, à sa réunion du 5 août courant, a choisi M. le Dr L. E. Beauchamp, de Chicoutimi, pour la représenter dans la Commission de Tuberculose.

Vous souhaitant ainsi qu'aux grandes œuvres humanitaires dont vous poursuivez l'accomplissement, plein succès.

A. Riverin, M.D. Sec.

West Sheffors, 14 Juillet 1906.

Albert Laurendeau, M.D.,

Le secrétaire de notre association, M. le Dr Lessard m'adressé la résolution adoptée à Trois-Rivières, re Comité Permanent tuberculose. L'assemblée de ce comité devant avoir lieu avant l'assemblée semi-annuelle de notre association, je délègue M. le Dr L. A. Lessard, pour représenter notre association Médicale du comté de Sherfford.

M. le Dr Lessard devra quand même être à Québec à cette date pour l'assemblée des gouverneurs du Collège.

L'assemblée d'octobre prochain, ratifiera cette nomination ou nommera un autre délégué pour plus tard.

J'ai bien l'honneur d'être,

J. S. E. BRIEN, M.D.

Prés. Ass. Médicale de Shefford.

Valleyfield, P. Q., 5 Sept. 1906.

Mon cher Docteur,

J'ai l'honneur de vous informer que la Société Médicale de Valleyfield, a choisi M. le Dr C. O. Ostiguy, de Valleyfield, pour la représenter dans le comité chargé d'étudier la question de la tuberculose.

Z. RHEAUME, Secrétaire.

Délibérations de la quatrième réunion de l'Association Médicale du District de Beauce : sont présents les Docteurs Vaillancourt, président, Moerissette, Drouin, Cliche, Vézina, Béliveau, Lacoursière, Fortier, Genest, Desrosiers, Samson, Boutin, Chrétien, Larus.

Monsieur le Dr Vaillancourt propose secondé par le Dr Fortier que le Dr Morissette soit nommé représentant de notre Association et de notre district à la commission de la Tuberculose, qui doit se réunir à Québec le 26 septembre prochain.—Adopté.

Dr H. A. LARUE,
Sec. Trésorier.
Portneuf, 27 Juillet 1906.

Cher confrère,

La prochaine réunion de la Société Médicale de Portneuf, aura lieu durant les premiers jours de septembre. Nous ferons alors le choix d'un représentant tel que mentionné dans les résolutions adoptées par les membres du Congrès et je vous écrirai tout de suite après.

Mon cher Docteur, je vous salue cordialement, vous souhaite le succès et beaucoup de bonheur.

Votre bien dévoué,
Dr S. G. PAQUIN,
Portneuf, 14 Sept. 1906.

Cher confrère,

Hier, il y a eu réunion des membres de la Société Médicale de Portneuf, et M. le Dr Thomas Savoy, de Pont Rouge a été choisi à l'unanimité pour représenter notre association dans le Comité de Tuberculose, etc.

Votre tout dévoué.
Dr S. G. PAQUIN,
Rimouski, 12 août 1906.

M. le Dr Albert Laurendeau, St-Gabriel,

Cher confrère,

Le Dr Edouard Martin, de Amqui, P.Q. a été nommé par la Société Méd. du Golfe, membre de la Commission permanente de Tuberculose.

Je lui ai remis la feuille.

Bien à vous,
J. GAUVREAU,

Sec. Sté. Méd. du Golfe.

Extrait du procès verbal de la réunion du 25 juillet 1906.

Proposé par le Dr R. Tassé, secondé par le Dr Alex. Rodrigue, que le secrétaire de notre association, M. le Dr J. E. d'Amours, soit choisi pour représenter notre district, comme membre de la Commission permanente, dont le but est de travailler à la réalisation des vœux du Congrès au sujet de la tuberculose.—Adopté.

J. E. D'AMOOURS,
Secrétaire.

Montréal, 27 juillet 1906.

M. le Dr A. Laurendeau,
St-Gabriel de Brandon,

Cher Docteur,

Je croyais que la Commission nommée par le Congrès de Trois-Rivières avait surtout pour but d'élaborer des résolutions et de les transmettre à différents pouvoirs. Je ne croyais pas qu'elle sié-

gerait ainsi en permanence et d'une manière aussi active que les résolutions le comportent. Non pas que je désapprouve son initiative, mais je me sens peu disposé à ajouter de nouvelles charges à celles que j'ai déjà, je serais même disposé à résigner comme membre de cette Commission et de laisser à cette Commission le soin de me choisir un remplaçant.

À votre prochaine réunion, tu pourras suggérer ce remplacement et ce faisant,

Tu obligeras beaucoup,

A. A. FOUCHER, M. D.

Québec, 25 Juillet 1906.

M. le Dr Laurendeau, St-Gabriel,

Cher confrère,

La réunion que vous nous proposez pourra avoir lieu, à l'heure qui vous conviendra, à l'école de Médecine, et j'espère que nous pourrions y commencer un travail efficace.

M. ROUSSEAU,
2 rue Collins, Québec.

On procède alors à l'élection du bureau. Les officiers suivants sont élus à l'unanimité.

Président : le Dr A. Laurendeau, St-Gabriel de Brandon ;

1er Vice-président : le Dr A. Rousseau, Qué-

2ème Vice-président, le Dr Béique, Magog ;

Trésorier : le Dr L. P. Normand, Trois-Rivières ;

Secrétaire : le Dr François de Martigny, Montréal.

Le Dr Brochu et Paquin proposent, attendu que des sanatoriums pour tuberculeux indigents, demandent pour leur construction et leur fonctionnement, et attendu que la commission n'a aucun fond à sa disposition, il serait pour le moment préférable de fonder dans les différents centres de la province de Québec des dispensaires gratuits pour le traitement des tuberculeux. Que la Commission demande l'appui des membres des différentes sociétés médicales pour aider à la réalisation de ce vœu.—Adopté.

Le Dr Lessard demande au président, comment la commission va-t-elle fonctionner. Quels sont les moyens qu'elle emploiera pour vivre.

Le Président, il faut commencer par créer un fond, c'est là la base puis suivant le montant en caisse, aider au fonctionnement des dispensaires, faire imprimer et distribuer des brochures pour instruire le peuple et peut-être avant longtemps réaliser l'un des vœux émis au dernier Congrès, la création d'un sanatorium populaire.

Le Dr Brochu concourt pleinement dans les vues du président et est en faveur d'établir des dispensaires, mais il voudrait une campagne de Presse, dans les journaux des grandes villes et des petits centres et plus tard quand grâce à cette campagne l'opinion publique serait mieux préparée, le peuple plus instruit le moment serait venu de faire une organisation plus vaste.

Le Dr Camirand (Sherbrooke) est pour l'instruction du peuple, il propose de demander aux médecins de faire des conférences aux élèves des écoles.

A Sherbrooke les médecins ont déjà tenté ce moyen et il a donné des résultats très encourageants. Les médecins pourraient recevoir de la commission des brochures qu'il distribueraient aux enfants.

Le Dr Brochu croit que le gouvernement devrait aider à ce mouvement de conférences non seulement dans les écoles mais aussi dans les ateliers, dans les manufactures, de manière que des connaissances sommaires de la tuberculose et de ses dangers pénétrant dans toutes les classes de la société.

De plus il faudrait aussi demander au gouvernement de protéger le public contre les dangers de la tuberculose, et un des facteurs les plus grands de la propagation de la tuberculose est la vache tuberculeuse par son lait.

Le gouvernement devrait nommer des inspecteurs pour examiner les vaches laitières.

Il propose que la commission demande au Conseil d'hygiène de la Province de Québec de consacrer chaque trois mois un numéro de son bulletin sanitaire à la tuberculose et en mettre un nombre d'exemplaire donné à la disposition de la Commission qui se chargerait de les faire distribuer par les membres des différentes Sociétés Médicales.

Il propose que la Commission demande au Conseil d'hygiène de la Province de Québec de s'efforcer de faire adopter une loi rendant obligatoire la déclaration de la tuberculose.

Il propose que la Commission se mette en rapport avec les bureaux sanitaires des différentes villes et leur demande de bien vouloir transmettre à la Commission leur statistique sur la tuberculose.

Dr Rousseau.—Il voudrait que la Commission sans heurter le public, sans l'effrayer, commence doucement sans bruit, de préconiser des choses simples que tous accepteraient sans discuter. Il est tout à fait opposé à la déclaration de la tuberculose dans notre pays. Le gouvernement n'ayant encore rien fait pour secourir les tuberculeux pauvres, la déclaration obligatoire jetterait sur le pavé de nos villes des milliers de pauvres misérables, d'individus désespérés et dont le peuple serait effrayés. D'ailleurs, ajoute-t-il, dans d'autres pays plus avancés que nous qui font beaucoup pour soulager les tuberculeux pauvres, le gouvernement hésite à adopter une loi obligeant la déclaration officielle et obligatoire par le médecin de tous les cas de tuberculose.

Ce que la Commission pourrait faire c'est de créer un comité de dames patronnesses désintéressées qui se dévoueraient à faire l'éducation du peuple, galvaniser l'ardeur individuelle des mem-

bres de la Commission, de se rendre auprès du gouvernement et lui demander d'aider les membres de la Commission à faire l'éducation du peuple avec le concours de la commission d'hygiène en augmentant le budget de cette commission.

Le salut réside dans l'éducation du peuple.

Quand à la Presse, il faut être très prudent, ne pas trop lui demander.

Enfin il aimerait que la Commission reste dans la voie exclusivement scientifique.

Dr Brochu, voudrait que l'on demande au gouvernement d'ajouter aux programmes l'enseignement de l'hygiène générale, et en particulier de la tuberculose et de l'alcoolisme. Il demande comment la Commission devrait faire pour intéresser beaucoup de confrères à donner des conférences dans les écoles et ailleurs.

Dr D'Amours, annonce à la Commission que le catéchisme de la tuberculose du Dr Ste-Marie d'Ottawa sera prêt dans un an, Le Dr Ste-Marie le charge d'annoncer à la Commission qu'il leur donnerait son catéchisme aussitôt terminé.

Le Président charge le Dr D'Amours de remercier au nom de la Commission le Dr Ste-Marie pour son désintéressement.

Le Dr D'Amours demande s'il ne vaudrait pas mieux que la Commission se fasse de suite incorporer.

Après une longue discussion il est proposé par les Drs Normand et Lessard et secondé par le Dr D'Amours et adopté : Que la Commission par ses officiers fasse le nécessaire pour obtenir des lettres patentes.

Les vœux suivants sont adoptés à l'unanimité :

I.—Que la commission se mette en rapport avec le bureau de santé des villes pour connaître les statistiques qui se rattachent à l'existence et à la propagation de la tuberculose.

II.—Que la Commission demande aux Sociétés Médicales de la Province de Québec leur concours pour établir le bilan de la tuberculose dans les différents districts.

III.—Que le comité exécutif se mette en rapport avec le département de l'immigration à Ottawa le priant de faire examiner avec le plus de grand soin les immigrés au point de vue de la tuberculose et de retourner dans leur pays ceux qui sont trouvés nettement tuberculeux.

IV.—Que la commission se mette en rapport avec le gouvernement le priant d'amender la loi de l'instruction publique en établissant dans le programme des Ecoles Normales, collèges et couvent, l'instruction spéciale sur l'hygiène en général et sur la tuberculose et l'alcoolisme en particulier et obligeant les instituteurs et institutrices de toutes les maisons d'instruction scolaire d'enseigner à leurs élèves des notions élémentaires sur l'hygiène de l'antituberculisation et antialcoolisation et qu'un encouragement soit donné pour l'avancement des élèves sur ces matières.

V.—Que la Commission se mette en rapport avec le gouvernement pour faire adopter une loi pour que la tuberculose soit ajoutée aux autres maladies contagieuses et infectieuses. Que le médecin des vapeurs océaniques transportants des émigrants est obligé de déclarer aux officiers médicaux des différentes quarantaines du pays.

VI.—Que la Commission se mette en rapport avec le gouvernement le priant de donner le pouvoir aux inspecteurs médicaux d'exclure de l'école l'enfant tuberculeux, et aussi priant le gouvernement de fonder et d'aider au fonctionnement, dans les villes pour commencer, d'une école spécialement affectée aux enfants tuberculeux.

Il est proposé par le Dr Brochu et Laurendeau et adopté à l'unanimité :

Que le Dr Béique, le Dr Guy, le Dr C. N. Valin et le secrétaire soient chargés de mettre en rapport avec des Sociétés de Secours Mutuels pour arriver à une entente avec ces dites Sociétés au sujet de la fondation de Sanatoriums et dispensaires destinés à traiter les membres tuberculeux de ces différentes Sociétés.

La prochaine réunion de la Commission se tiendra à Montréal, en juillet 1907. Toutefois au besoin le président est autorisé à convoquer une séance à la date et à l'endroit qu'il jugera convenable.

La Commission passe un vote de condoléance au Dr Rousseau, vice-président qui vient de perdre son père.

Société Médicale de Montréal.

SEANCE DU 2 OCTOBRE 1906.

Membres présents : MM. A. Bernier, Bousquet, Bourgeois, Bourgouin, L. J. V. Cléroux, Cormier, Dion, J. Décarie, Ethier, Gadbois, Gervais, Handfield, Leduc, Larin, Alph. Mercier, Marrien, Méunier, R. Masson, Marçil, Plamondon, Racicot, Verner, Valin.

M. Rod. Boulet, occupe le siège présidentiel. M. Art. Laramée, secrétaire, donne lecture du rapport de l'assemblée du 6 juin dernier ; d'une correspondance de la Commission de la Tuberculose, demandant à la Société Médicale, de nommer un de ses membres, pour prendre part aux travaux de la Commission, et pour la représenter. Sur proposition de M. Valin, M. Dubé est choisi unanimement. M. Marçil, propose que M. Daigle, soit aussi nommé membre de la Commission de la Tuberculose. Cette motion est renvoyée à sa prochaine séance.

Présentation de malade par M. Alph. Mercier. Ce malade est venu consulter M. Mercier au dispensaire de l'hôpital Notre-Dame, pour une affection prurigineuse de la peau. A l'examen M. Mercier découvre que le patient, est couvert d'une syphilide papuleuse en pleine éruption, et qu'il offre en outre, un tibia syphilitique, vraiment caractéristique de syphilis héréditaire. Chez ce malade, il y aurait donc syphilis acquise greffée sur une syphilis héréditaire. La lésion syphilitique du tibia date dès le plus bas âge. Quant à la syphilis acquise. M. Mercier, d'après l'histoire du malade, croit que le chancre fit son éclosion dans la bouche, car vers le mois de juillet dernier, le patient se plaignit de mal de gorge et de dysphagie ; il eut et a actuellement hypertrophie ganglionnaire, chute des cheveux. Quant à son affection prurigineuse, elle date, bien avant l'éruption des syphilides. Le patient est un alcoolique avéré.

Corrigeons notre régime alimentaire, par M. C. N. Valin.

Voici les conclusions de ce travail.

- 1o—La viande n'est pas un aliment complet.
- 2o—La viande est toxique par ses ptomaines.
- 3o—Elle produit des fermentations.
- 4o—Elle cause l'arthritisme et l'alcoolisme.
- 5o—Fait appel à l'alcoolisme.
- 6o—Provoque l'appendicite.
- 7o—Cause la dégénérescence de l'individu et de la race.

Les Capsules Dartois et les Gouttes de Névrosthénine Freyssinge sont préparées par les laboratoires de

FREYSSINGE

Pharmacien de 1^{re} classe.
Licencié en sciences.

Ancien élève de l'Institut Pasteur. Ancien préparateur à la Faculté de Médecine et à l'École de Pharmacie de Paris.

83, Rue de Rennes, Paris.

Seul Agent pour le Canada :

Rougier Frères

1597, Rue Notre-Dame, Montréal

Névrosthénine Freyssinge

Solution concentrée de glycérophosphate de soude, potasse et magnésie, principaux éléments de la matière nerveuse. Chaque goutte de Névrosthénine pèse 7 centigr. et contient 2 centigr. de glycérophosphate composé dissous dans 5 centigr. d'eau distillée stérilisée. — La Névrosthénine ne contenant ni chaux, ni sucre, ni alcool, peut être administrée sans inconvénient aux diabétiques, albuminuriques, artério-scléreux, etc. — Dose moyenne 10 à 20 gouttes à chaque repas. Anémie cérébrale, Neurasthénie, Surmenage et tous les Epuiselements nerveux.

Prix du Flacon compte-goutte 3 fr. rue de Rennes, 83, Paris, et les Pharmacies

Capsules Dartois

Dosées à 5 centigr., véritable créosote de hêtre titrée

Travaux Originaux

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR

LE SERUM DE MARMOREK

(Par le Dr Adelstan de Martigny)

(Suite)

OBSERVATION VIII

MADAME M. J. PETIT, 29 ans

Père mort à 45 ans, paraît avoir fait de la tuberculose.

Mère bien portante.

Un frère a fait de l'arthrite tuberculeuse du coude. Une sœur est atteinte de tuberculose pulmonaire.

Elle-même, mariée depuis 7 ans. Deux enfants vivants, un garçon de 6 ans, un bébé de moins d'un an. Deux enfants morts.

(Santé toujours délicate.

A commencé de tousser il y a plus de 18 mois. Est devenue enceinte peu après. La grossesse l'a beaucoup fatiguée. Les suites de couches ont été très longues et c'est à partir de l'accouchement que la toux a augmenté, ainsi que l'expectoration. En même temps la malade maigrissait rapidement, et dut bientôt garder le lit presque continuellement. Elle passa les mois d'août et de septembre à la campagne sans reprendre de forces. De retour à la ville, la maladie continua de progresser.

Je vois la malade pour la première fois le 27 mars 1905. Elle est au lit, et tellement faible qu'on doit l'aider à s'asseoir ou à changer de place. Elle tousse constamment et expectore de gros crachats verdâtres, contenant des légions de bacilles, des streptocoques et une infinité d'autres microbes. L'appétit est nul. La malade absorbe avec peine trois œufs crus par jour, et quelques verres de lait.

La malade peut à peine dormir quelques instants, chaque nuit, à cause des quintes de toux perpétuelles, et s'éveille épuisée par des sueurs d'une abondance extrême, qui durent depuis des mois.

Maigreur excessive. Température 101.3-5 ; pouls 135 ; respiration 34.

Auscultation. Les deux poumons sont pris. A droite, petite caverné au sommet, révélée par des gargouillements. Ramollissement étendu, les

craquements humides s'entendent, en avant, jusqu'au cinquième espace, et, en arrière, jusqu'à la pointe de l'omoplate. Au dessous râles divers. Matité au sommet. Submatité dans le reste du poumon.

A gauche, large caverné au sommet, donnant lieu à des gargouillements, du souffle cavernéux et de la voix cavernéuse.

Au dessous, craquements humides, râles sous crépitants, et disparition presque complète du murmure vésiculaire. Matité dans toute l'étendue du poumon.

Je néglige d'ausculter en arrière, la malade étant trop épuisée.

Le mari insiste pour que je donne les injections que réclame la malade, bien que je lui affirme qu'il n'y a aucun espoir.

Je commence donc le traitement le 29 mars, et je fais examiner la malade, quelques jours plus tard par mon ami le docteur Cléroux.

La première série se compose de 10 injections de sérum antituberculeux, et d'une injection de sérum antistreptococcique de Marmorek.

Dès la quatrième injection, un mieux sensible se produisit dans l'état général de la malade. C'est à ce moment, je crois, que M. le docteur Cléroux l'examina pour la première fois. L'état local n'était pas modifié.

L'amélioration de l'état général se continua régulièrement jusqu'à la fin de la série, terminée le 18 avril, et pendant les jours suivants.

Dès le 10 avril, la malade a pu manger un bon morceau de bifteck, et a continué les jours suivants. Elle mange avec appétit, se sent plus forte, et s'assoit chaque jour dans sa berceuse, pendant 1-2 heure ou 1 heure.

Le 22 avril, à ma visite, je la trouve, habillée, dans la salle à dîner, qu'elle n'a pas vue depuis des mois. Elle est pleine d'espoir, car l'appétit est meilleur encore que les jours derniers, et parce qu'elle a passé une très bonne nuit, sans presque tousser, et sans transpirer du tout.

La température, qui variait autrefois de 96 à 101, et même 102, oscille maintenant de 97 à 99 ou 99.2-5.

L'état local est également amélioré. A droite, il n'y a plus de gargouillements au sommet, et les craquements humides sont moins nombreux et s'entendent sur une moins grande surface.

A la base, la respiration est plus libre, plus dégagée, il n'y a presque plus de râles.

A gauche la caverne paraît s'être vidée. On n'entend que quelques gargouillements, et le souffle caverneux est plus intense. Il semble que les craquements humides soient moins nombreux. A la base, il y a des râles de bronchite, et l'on entend un peu mieux le murmure vésiculaire.

L'expectoration, qui dépassait 7 onces au début du traitement est tombée à 3 onces, à 2 onces et demie, et la couleur des crachats est changée.

Notons que la maladie a abandonné dès les premiers jours d'avril, la préparation opiacée qu'elle prenait le soir pour dormir, d'ailleurs sans résultat, et que ses nuits sont bonnes, son sommeil réparateur.

Tout alla bien jusque dans la matinée du 26, alors que la malade ressentit à gauche un point de côté violent, qui l'empêchait de respirer. En même temps, la température qui s'était maintenue entre 97 et 99 1-2, monta brusquement à 101 1-1. La malade ne pouvait respirer qu'en immobilisant son côté gauche, sur lequel elle se couchait.

L'auscultation ne permit pas de rien préciser, d'abord parce qu'elle fatiguait beaucoup la malade et fut très incomplète, ensuite parce que la malade se retenait de respirer et qu'il y avait auparavant, en cet endroit, respiration presque silencieuse et matité.

Mais il était facile de comprendre que la malade faisait une de ces pleurésies limitées qui se produisent si fréquemment dans le cours de la tuberculose pulmonaire.

Je fis à la malade trois injections de sérum antistreptococcique, les 27 et 29 avril, et le 1er mai, et fis appliquer une forte épaisseur d'ouate sur le côté.

Le point disparut très vite, et la malade put dormir tranquille, sans trop tousser, ni transpirer. Cependant la température s'éleva chaque jour à 101, de 97 qu'elle était le matin. La malade n'en paraissait pas incommodée, continuait de manger avec appétit, et de prendre des forces, parlant même de s'occuper un peu du ménage.

Le 7 mai, je recommençai les injections de sérum antituberculeux.

La courbe de la température fut visiblement modifiée par cette nouvelle série, mais pas autant

que la première fois. Prise toutes les deux heures, la température s'éleva chaque jour de 98 à 101, 100 1-2. Si je m'étais borné à la faire prendre matin et soir, elle eut paru osciller entre 98 et 99, car la température s'élevait seulement à deux heures de l'après-midi, pour redescendre dès quatre heures.

Vers la fin de mai, M. le docteur Cléroux revint voir la malade, et put juger de l'extraordinaire amélioration produite. Il la trouva assise dans le salon, en train de lire. Citons qu'à sa première visite, elle ne pouvait pas se remuer dans son lit.

Le 31 mai, malgré toutes mes recommandations, la malade voulant éprouver ses forces se rendit à pied chez sa mère, habitant à environ un demi-mille de chez elle, elle y passa deux jours. Elle en éprouva une fatigue considérable, et, les jours suivants, resta comme épuisée, ne toussant pas davantage, mais n'ayant pas d'appétit, et gardant volontiers le lit pendant la journée. La température ne monta pas au-delà de 100, pendant quelques jours encore, mais descendit le matin, à 95.

Dès lors, toute amélioration fut enrayée. La maladie recommença d'évoluer, malgré une nouvelle série, commencée le 20 juin.

La température monta graduellement, jusqu'à atteindre 104. La toux redevint de plus en plus fréquente, et l'expectoration de plus en plus abondante. Les sueurs nocturnes reparurent. Bref, la phtisie suivit sa marche habituelle vers la terminaison fatale, qui se produisit dans les derniers jours de septembre.

A vrai dire, nous eûmes contre nous un grand nombre de circonstances défavorables. Par exemple, les mois de juillet et d'août furent exceptionnellement chauds et humides, et contribuèrent beaucoup à affaiblir la malade, qui habitait un petit appartement dans une partie basse de la ville, où l'air manquait tout le temps, et où, pendant les heures de soleil, il faisait une chaleur insupportable.

Quoiqu'il en soit, je crois que le sérum a donné, dans ce cas, une preuve évidente de son action antituberculeuse, par l'amélioration considérable et la longue survie qu'il procura à la malade, et ce, contrairement à toutes les prévisions.

En effet, l'honorable confrère, très compétent d'ailleurs, qui traitait avant moi cette malade

avait déclaré qu'elle ne verrait pas la fin d'avril, et mon ami le docteur Cléroux lorsqu'il vit la malade pour la première fois, pronostiqua, lui aussi, une fin très prochaine, et jugea inutile de faire un traitement, toute amélioration lui paraissant impossible. Ce qui n'empêcha pas la malade de s'améliorer régulièrement, jusque vers le milieu de juin, au point de me donner, pendant un certain temps, l'espoir de voir la marche de la maladie enrayée pour un temps assez long, et pour causer à mon ami le docteur Cléroux plus que de la surprise, lors de sa deuxième visite.

Et si, au lieu de se trouver dans les conditions défavorables que j'ai dites, la malade eut pu bénéficier d'une bonne hygiène, du repos absolu dans un air pur, dans un sanatorium, par exemple, je suis convaincu que l'amélioration obtenue se fut maintenue pendant de longs mois.

Cette observation termine la série des malades traités à la dernière période de la phtisie, car je ne compte pas un dernier malade, R. L. typographe, phtisique au dernier degré, alcoolique avancé et grand fumeur de cigarettes, auquel je donnai trois injections, qu'il supporta d'ailleurs très mal, et que je dus abandonner, parcequ'il ne voulait rien faire du traitement prescrit, notamment de se reposer, et d'abandonner l'alcool, le tabac et le reste, et qui mourut deux ou trois mois plus tard.

On admettra sans peine, je l'espère du moins, que si le sérum n'a pas guéri ces malades cela ne prouve pas qu'il soit sans action antituberculeuse.

Voici maintenant des observations de malades traités à ces divers degrés que l'on désigne d'habitude sous la dénomination de deuxième période parce qu'ils présentent tous des tubercules ramollis.

Je citerai tout d'abord cinq observations qui se ressemblent beaucoup au point de vue des symptômes locaux et généraux, et dont les malades ont peu bénéficié, ou n'ont pas bénéficié du tout du sérum.

Je les résumerai très brièvement.

OBSERVATION IX

SAMUEL FRANK....., 31 ans

Ce malade me consulta pour la première fois le 1er septembre 1905.

Son histoire de famille était excellente, Au-

cun antécédent bacillaire, et huit frères ou sœurs bien portants.

Lui-même, qui est très maigre et vouté, n'a jamais été malade jusqu'il y a deux ans, alors qu'il commença de tousser, et partit presque aussitôt pour un sanatorium, dans les Adirondaks, où l'on trouva des bacilles dans ses crachats, et où il passa sept mois, durant lesquels il prit un peu d'embonpoint, mais continua de tousser, et d'où il revint sans amélioration. Il passa l'été près de Toronto, au repos complet, toussant toujours. Il passa l'hiver suivant dans la Californie, où malgré le traitement d'un spécialiste, le repos et la suralimentation, sa maladie fit des progrès réguliers, ainsi que pendant l'été, qu'il retourna passer dans sa famille près de Toronto.

Dès le début la température fut élevée, mais l'appétit se maintint assez bien.

Depuis deux mois, le malade transpire beaucoup la nuit, et a maigri de quinze livres. C'est donc un cas rebelle au traitement.

A l'auscultation, je trouve des craquements humides dans le tiers supérieur du poumon droit, et dans la moitié supérieure du poumon gauche, avec une température de 101 1-5, une respiration de 23, un pouls de 96, à 2 heures de l'après-midi.

Les crachats renferment des bacilles des streptocoques et d'autres microbes.

Pendant cinq jours, le malade reste en observation. La température monte chaque jour à 102, et même 103.

Du cinq septembre au 20 novembre, le malade subit deux séries d'injections, sans grand résultat. Les transpirations nocturnes disparurent presque complètement, et les craquements devinrent moins nombreux, mais la température après avoir été abaissée d'un degré pendant deux ou trois jours, remonta à 102, et le malade continua de maigrir un peu. La toux ne fut pas améliorée, ni l'expectoration diminuée.

En conséquence, je conseillai au malade d'abandonner le sérum, et il partit pour le Colorado.

Je n'ai plus eu de ses nouvelles.

OBSERVATION X

DIERK P....., 38 ans.

Vu pour la première fois le 28 septembre 1905. Histoire de famille impossible à éclaircir.

Lui-même, boucher, toujours très fort, jusqu'il y a trois ans.

Fut alors "malade au lit", et a toujours toussé depuis, et régulièrement perdu du poids. De 175 livres, il est descendu à 125. Il tousse maintenant et crache beaucoup. Les crachats renferment des bacilles, des streptocoques, des staphylocoques et le reste.

Il y a du ramollissement dans les deux poumons, surtout à gauche, où les craquements humides occupent presque tout le poumon. La température du malade oscille de 99 à 102.

Il n'y a pas de transpirations nocturnes, mais l'appétit est nul.

Du 28 septembre au 30 décembre, le malade fait deux séries de 15 injections.

Après la première série, se produit une amélioration notable de la toux et de la température, qui varie de 98 à 99.1-2, pendant près d'une semaine.

Mais les signes d'auscultations restent à peu près les mêmes, l'appétit ne s'améliore pas, et le malade maigrit encore.

D'ailleurs, cette amélioration fut de courte durée, et la maladie reprit bientôt sa marche régulière.

Sur mon avis, le malade cesse le traitement. Je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis.

OBSERVATION XI

OMER LEV..... 18 ANS

Aucun antécédent direct, mais plusieurs cousins et cousines morts de phthisie.

Mé consulté pour la première fois le 23 octobre 1905.

A toussé tout l'hiver, et a beaucoup maigri (25 livres) ce printemps, à la suite d'une diarrhée qui n'est pas encore guérie, et s'accompagne de douleurs dans le ventre.

Dans les crachats, bacilles, streptocoques, staphylocoques et d'autres variétés microbiennes.

Respiration 28, pouls 138, température 101.2-5 à trois heures de l'après-midi.

A droite, respiration très rude au sommet, très faible à la base. Submatité au sommet.

A gauche, craquements humides dans les creux claviculaires, et un peu au dessous, avec submatité marquée. A la base, quelques râles fins. La respiration est très faible dans toute la partie inférieure.

En plus des quelques points ramollis, et de l'induration du sommet droit, il y a donc proba-

blement de l'infiltration d'une grande partie du poumon gauche, ce qui explique la respiration rapide et incomplète.

En observation pendant cinq jours, la température saute de 95.2-5 le matin, à 101.3-5 l'après-midi.

Du 20 octobre au 26 novembre, le malade reçoit 16 injections de sérum, dont quatre de sérum anti-streptococcique.

La température semble quelque peu améliorée vers la troisième semaine de novembre et se maintient entre 97 et 101. Mais la toux, les douleurs de ventre ne sont pas améliorées. Les craquements sont peut-être plus nombreux le 26 novembre qu'au début.

Je renvoie donc le malade dans sa famille. Son état continua de s'aggraver lentement.

OBSERVATION XII

VICTOR LEM..... 28 ANS

Cas très analogue au dernier. N'a pas d'antécédents tuberculeux. S'est toujours bien porté. Commence à tousser au mois de sept. 1905. Vient me consulter le 28 janvier 1906 transpirant la nuit depuis un mois, et ayant maigri de 20 livres depuis deux mois. La température est à 101.1-5, la toux ne laisse aucun repos au malade, qui peut à peine dormir la nuit.

Le poumon droit est induré au sommet. Expiration prolongée, petits râles sibilants, légère submatité.

A gauche, les craquements s'entendent dans toute l'étendue du poumon avec presque du gargouillement au sommet.

Du 4 février au 4 mars, le malade reçoit douze injections sans grand résultat. Le malade continue même de maigrir.

Le 5 mars, il retourne chez lui, où la maladie continue d'évoluer comme auparavant.

OBSERVATION XIII

U. R....., 15 ANS

Le père de ce malade est mort de syncope cardiaque. La mère souffre d'intermittences irrégulières, sans lésions valvulaires. Lui-même est atteint d'une large insuffisance mitrale depuis plusieurs années.

Il commença de tousser dans les premiers jours de septembre et vint me consulter à ce sujet le 22 novembre 1905.

Toujours très nerveux, le malade est très inquiet, et se plaint surtout de sa respiration courte, et de frissons l'après-midi.

En même temps, existe un peu de diarrhée, avec douleurs de ventre.

L'appétit est nul.

Dans les crachats, bacilles nombreux et streptocoques.

A gauche la respiration est très faible dans tout le poumon. A droite, craquements humides au sommet, avec quelques râles sous crépitants. A la base, râles fins.

Comme la mère redoute le sérum, je prescris le repos, la campagne si possible, des amers avant les repas, un vésicatoire au sommet droit, répété tous les 5 ou 6 jours, et de l'antiseptie intestinale.

Le 27 novembre, je revois le malade, dont la température varie de 97 le matin à 100, quelque fois un peu plus le soir.

Depuis qu'il est au repos, dans sa famille, il tousse un peu moins, et mange de meilleur appétit.

Je revois le malade tous les 8 ou 10 jours. La maladie fait des progrès rapides. Le 26 décembre, les craquements sont plus nombreux à droite, et le poumon se dilate très mal.

A gauche il y a de l'exagération des vibrations, et de la submatité.

Le 9 janvier le malade tousse plus, la température est plus élevée, l'appétit diminue, et il y a un peu de transpiration la nuit.

Le 2 février, l'état général du malade est très mauvais. Il n'a plus d'appétit, tousse beaucoup, s'essouffle au moindre effort.

En plus des craquements, les râles sous crépitants occupent une grande étendue du poumon droit.

La mère réclame alors le sérum, et je commence les injections le 6 février. Le malade en reçoit 19, du 6 février au 19 mars, et les supporte très bien, mais n'en obtient pas d'amélioration réelle.

Le 20 mars, sans raison, la température s'élève à 103.2-5, et se maintient très élevée les jours suivants. Le malade est très oppressé. Au sommet droit, il y a quelques gargouillements. Le malade fait une petite fonte tuberculeuse.

Le 3 avril, comme il y a beaucoup de streptocoques dans les crachats, je fais prendre au mala-

de qui est à la campagne des injections rectales de sérum antistreptococcique, mais sans résultat. Je cesse alors tout à fait le sérum.

J'ai vu le malade au mois de mai. La maladie avait continué son évolution régulière.

— ❖ —

A côté de ces observations malheureuses, où le sérum a échoué, et qui se ressemblent étonnamment entre elles, j'en présenterai maintenant de toutes différentes.

Le domaine de la chimie dans la science et dans l'industrie.

(Par le Prof. J. Flahaut).

“ Les vraies conquêtes, les seules qui ne donnent aucun regret sont celles que l'on fait sur l'ignorance. ” Ces mots, le général Bonaparte les écrivait à Camus, président de l'Institut National à Paris, au lendemain de sa merveilleuse campagne d'Italie de 1796-97. La science moderne ne faisait que d'éclorre, mais son génie puissant avait deviné les fruits magnifiques qu'elle allait donner au siècle suivant. Ce n'est qu'une partie de cette récolte — celle qui concerne la chimie — que je me propose d'exposer devant vous : encore ne pourrai-je qu'indiquer d'une façon générale bien des résultats auxquels on est aujourd'hui parvenu.

Quelques considérations, courtes d'ailleurs, sur l'objet de cette nouvelle branche des connaissances humaines, la chimie, sur son domaine propre dans le territoire indéfini de la science, la place qu'elle y occupe, me paraissent tout d'abord utiles.

“ Savoir pour pouvoir afin de prévoir, ” voilà d'après une formule célèbre le problème que doit résoudre l'homme en face de la nature. Savoir d'abord, c'est-à-dire observer et comprendre les effets par les causes afin de vaincre et d'utiliser même les forces qui lui sont extérieures.

Quel que soit le phénomène qu'il rencontre, dès qu'il veut l'étudier, l'homme est conduit à cette opération fondamentale dans l'acquisition de toute connaissance, la mesure, c'est-à-dire la comparaison de grandeurs à d'autres de même espèce prises pour unités d'où naît le nombre. C'est lui que nous trouvons à la base de toute instruction, si grossière, si instinctive qu'elle puisse être ; et c'est sur l'étude des propriétés

des nombres et des procédés indirects de mesure de l'espace et du temps, c'est sur les mathématiques en un mot que repose tout l'édifice de la science humaine.

Mais l'abstraction seule a travaillé jusqu'à présent, isolant de l'objet lui-même sa longueur, sa surface, son volume, sa vitesse, sa masse; si nous tenons compte maintenant de la nature plus intime des corps et du milieu où ils se trouvent, nous compliquons le problème et nous pénétrons sur le terrain de la Physique et de la Chimie qui toutes les deux s'occupent des qualités de la matière inanimée, des phénomènes qu'elle présente et si nous voulons préciser la part respective de ces deux sœurs, nous n'y arrivons que par comparaison. Tout le monde le sait et je ne le rappelle que pour mémoire: la première s'attache aux altérations transitoires, aux modifications passagères des propriétés des corps; c'est au contraire le caractère de permanence des transformations subies et l'apparition de substances douées de propriétés nouvelles qui sont propres au phénomène chimique.

Pour interpréter ce qui se passe dans ses tubes à essai, dans ses cornues, dans ses creusets, le chimiste a été conduit à bâtir sur une hypothèse: une théorie célèbre, la théorie atomique, qui domine désormais toute la science.

Je ne veux ni ne puis vous l'exposer ici, mais il me faut pourtant en dire quelques mots.

On admet qu'il existe une limite à la divisibilité des corps, et que chacun d'eux est fait de particules identiques, extrêmement ténues, isolées les unes des autres et qui sont les plus petites parties de ce corps qui puissent exister à l'état libre: ce sont les molécules, retenues ensemble dans les solides et les liquides par une force appelée cohésion, remplacée dans les gaz par une répulsion mutuelle qui les pousse à occuper le plus grand volume possible.

Les corps sont composés ou simples suivant qu'on a pu— ou qu'on n'a pas pu— de leur substance extraire plusieurs corps différents. Les molécules des composés, puisque toutes identiques, contiendraient à la fois des portions des divers éléments, qu'on appelle atomes, réunis par l'affinité chimique. On a été amené à admettre des poids différents pour les divers atomes, et des puissances de combinaison variables. A tout ceci l'on a joint des lois thermo-chimiques, découvertes

par l'étude des phénomènes calorifiques qui accompagnent les réactions et l'on a obtenu un système admirablement lié qui interprète d'une façon satisfaisante les phénomènes observés et qui permet, par de pures considérations intellectuelles de prévoir parfois l'existence de composés nouveaux et les conditions dans lesquelles ils pourraient se former.

La théorie a donc acquis dans la science chimique une importance considérable et c'est d'elle que sont sorties toutes les inventions récentes. Il ne faut donc pas—c'est maintenant à la jeunesse studieuse que je m'adresse particulièrement—vouloir le fruit avant la fleur et sous le prétexte d'une instruction pratique, négliger le fondement scientifique où elle s'appuiera.

Qu'il me soit permis à ce propos, de rappeler un passage du discours de Pasteur à l'inauguration de la Faculté des Sciences de Lille dont il était doyen: "Sans la théorie, la pratique n'est que la routine donnée par l'habitude. La théorie seule peut faire surgir et développer l'esprit d'invention. C'est à vous surtout qu'il appartiendra de ne point partager l'opinion de ces esprits étroits qui dédaignent tout ce qui dans les sciences n'a pas une application immédiate. Vous connaissez le mot charmant de Franklin. Il assistait à la première démonstration d'une découverte purement scientifique. Et l'on demande autour de lui: "Mais à quoi cela sert-il?" Franklin répond: "A quoi sert l'enfant qui vient de naître?"—Oui, Messieurs, à quoi sert l'enfant qui vient de naître? Et pourtant à cet âge de la plus tendre enfance, il y avait en vous déjà les germes inconnus des talents qui vous distinguent. Dans vos fils à la mamelle, dans ces petits êtres qu'un souffle ferait tomber, il y a des magistrats, des savants, des héros aussi vaillants que ceux qui, à cette heure, se couvrent de gloire sous les murs de Sébastopol. De même, Messieurs, la découverte théorique n'a pour elle que le mérite de l'existence. Elle éveille l'espoir et c'est tout. Mais laissez-la cultiver, laissez-la grandir et vous verrez ce qu'elle deviendra."

Et Pasteur lui-même en fut la preuve vivante, car quelle œuvre fut plus féconde que la sienne.

C'est d'ailleurs une loi générale; comme on l'a écrit dans une page célèbre: "Les applications les plus importantes dérivent constamment de théories formées dans une simple intention

scientifique et qui souvent ont été cultivées pendant plusieurs siècles sans produire aucun résultat pratique. On en peut citer un exemple bien remarquable dans les belles spéculations de géomètres grecs sur les sections coniques qui, après une longue suite de générations, ont servi, en déterminant la renouveau de l'astronomie à conduire finalement l'art de la navigation au degré de perfectionnement qu'il a atteint dans ces derniers temps, et auquel il ne serait jamais parvenu sans les travaux si purement théoriques d'Archimède et d'Apollonius ; tellement que Condorcet a pu dire avec raison à cet égard : " Le matelot qu'une exacte observation de la longitude préserve du naufrage, doit la vie à une théorie conçue deux mille ans auparavant, par des hommes de génie qui avaient en vue de simples spéculations géométriques." (A. Comte. Philosophie positive I. p. 93).

Et puisque j'ai nommé Pasteur, je suis tout naturellement amené à poursuivre au delà de la chimie minérale et organique la graduation des sciences, nullement originale, entreprise ci-dessus. Car l'œuvre pastoriennne nous introduit dans la biologie, dans l'étude de la vie, dont les phénomènes les plus saillants obéissent aux lois de la physique et de chimie des corps bruts ; ce sont des réactions chimiques qui entretiennent la chaleur animale et fournissent l'énergie musculaire ; c'est de réactions chimiques que nous vivons.

Et nous arrivons aux sciences naturelles, médicales et pharmaceutiques, puis si nous adjoignons à la vie la liberté, nous parvenons à toutes les sciences qui étudient l'activité humaine, la philosophie, l'histoire, le droit, la sociologie... que sais-je encore ?... jusqu'à ce que nous atteignons le sommet incomparable en la théologie, dont l'objet embrasse l'infini, puisqu'il s'étend jusqu'au Créateur de toutes choses, visibles et invisibles.

Et maintenant revenons à l'objet spécial de notre causerie, et parcourons rapidement la liste des bienfaits que nous devons à la Chimie. Je ne remonterai pas jusqu'à l'invention de la poudre—car il est discutable que ce fut un bienfait—d'ailleurs les explosifs ont été se perfectionnant, matériellement s'entend, car moralement, si j'ose dire, ce sont toujours des principes destructeurs : les événements se chargent de donner une mauvaise réputation à l'acide picrique, au fulminate de mercure, à la nitroglycérine et à la dynamite. Lais-

sant donc les fabricants de bombes, d'obus et de torpilles, je me rapprocherai de gens moins turbulents, des hommes paisibles qui consacrent leurs loisirs à la photographie. Nous trouvons ici les deux ordres de phénomènes—et physique, et chimique—que nous avons distingués tout à l'heure. Conformément aux lois de l'optique la lentille d'un appareil forme dans le plan focal conjugué de l'objet devant lequel on la place une image nette, mais instable, ne durant qu'autant que l'exposition. C'est un phénomène physique, mais la chimie vient prêter son concours à l'amateur ou au professionnel et l'altération de sels d'argent sous l'action de la lumière, révélée par des réactifs convenables et fixée d'une manière permanente, permet de conserver le souvenir de personnes chéries et de lieux aimés dont peut-être un océan vous sépare, de scènes à jamais disparues et qui revivent à vos regards ravis.

Ceci n'est guère qu'un amusement et un luxe artistique. La chimie pourvoit aux nécessités mêmes de la vie matérielle. Elle munit l'homme de procédés nouveaux qui vont chaque jour se perfectionnant pour arracher des entrailles de la terre les richesses minérales qu'elle renferme, pour les travailler et leur donner la forme la plus utile. Souvent ici l'agent physique, électricité, vient à son aide et l'électrometallurgie et l'électrochimie font des merveilles.

Le sol arable est à sa portée ; la chimie s'en empare, et qui donc ignore le secours qu'elle peut donner à l'agriculture, conduite scientifiquement, la fécondité du sol accrue par les engrais appropriés à sa nature ?

Ces produits végétaux, dont elle a facilité la croissance, elle peut ensuite les prendre et les transformer, varier les aspects sous lesquels ils entreront dans l'alimentation ; l'industrie sucrière et celle des alcools, la préparation des extraits divers, des huiles essentielles en sont des exemples.

Et d'autres sens encore, l'odorat et la vue peuvent trouver des satisfactions nouvelles grâce aux progrès de la chimie. Longtemps on ne s'est guère adressé qu'aux substances végétales pour leur demander leurs parfums et leurs couleurs, mais dans ce double domaine la chimie depuis un demi siècle a fait des conquêtes merveilleuses. Ce sont par exemple, pour les parfums la synthèse de la vanilline, le principe odorant de la vanille, la préparation de l'essence d'amandes amères, des

muscs artificiels, des alcools aromatiques comme le citronellol et le mentol, de nombreux éthers dont on fait les essences de fruits. Citerai-je encore les phénols avec l'essence d'œillet, les aldéhydes avec le jacinthe et la cannelle, les cétones avec la violette et l'iris, etc...?

Et s'il s'agit des matières colorantes, ce qui nous frappe, c'est la faillite des produits naturels, la cochenille, la garance, peut-être même l'indigo, à tout le moins menacé par la synthèse; c'est leur remplacement par la gamme merveilleuse des couleurs retirées de la houille qui se comptent maintenant par milliers. Qui donc eût pensé, cinquante ans plus tôt que ce bloc de charbon si noir si salissant, d'aspect si peu sympathique allait révolutionner l'industrie, que le goudron visqueux qu'il abandonne à la distillation serait la source des teintures les plus variées et les plus belles? Et qui niera maintenant devant ces faits l'importance de la thèse—car, remarquez-le, Mesdames et Messieurs, ces progrès c'est le plus souvent à des théoriciens qu'on les doit.

Nous avons vu les rapports de la chimie avec l'activité intellectuelle et les besoins matériels de l'homme. Il ne me reste qu'un mot à dire sur un point qu'il serait impardonnable de passer sous silence dans une école de pharmacie: le concours qu'apporte la chimie à l'art médical et thérapeutique. Comme avant tout il s'agit de vivre, nous attribuerons à bon droit une importance spéciale à cette application. Je ne veux pas abuser de votre indulgente attention et me garderais bien de commencer l'énumération—fastidieuse—des médicaments connus: je m'en voudrais pourtant de n'en pas signaler quelques-uns, en me bornant à la série des encéphaliques, c'est-à-dire de ces corps qui réagissant sur le système cérébro-spinal affectent l'appareil sensoriel et les fonctions intellectuelles.

Quelques-uns d'entre eux sont de violents poisons, comme les convulsifs, qui provoquent dans l'organisme des spasmes nerveux, des contractions musculaires qui peuvent amener la mort. Telle la strychnine qui, à très petite dose, produit des accès de tétanos, et dont cinq à six centigrammes donnent la mort, la brucine, moins énergique le curare, l'acide cyanhydrique et les cyanures, substances éminemment toxiques, et qui pourtant judicieusement employées, peuvent réparer la vie.

D'autres médicaments comme les narcotiques

sont au contraire des antispasmodiques, calmant les convulsions, les douleurs provoquant le sommeil; il me suffira de nommer la codéine, le sulfonal, la morphine. Je citerai enfin quelques anesthésiques généraux ou locaux, le chloroforme et le chloral dans le premier groupe, dans le second le bromure d'éthyle et la cocaïne avec lesquels plus d'un de mes auditeurs a peut-être fait connaissance chez le dentiste.

Et je m'arrête en m'excusant de n'avoir guère fait qu'énumérer une table des matières. Cette nomenclature suffira pourtant, je l'espère, à vous faire voir les relations de la science et de l'industrie, ou plutôt à vous montrer comment se pénètrent aujourd'hui la science et la vie humaine.

J. FLAHAULT.

NOUVELLES

Le lundi 26 septembre 1906, la profession médicale de Montréal, sous la présidence du professeur E. P. Lachapelle, offrait au club Lafontaine un banquet de 120 couverts au professeur Ch. Monod, dont nous avons annoncé le passage à Montréal. Après la santé du Roi proposé par le Président, les discours suivants furent prononcés:

M. KECZKOWSKI, CONSUL DE FRANCE

(En réponse au toast "à la France"):

Messieurs:

Ce n'est pas la première fois, vous vous en doutez bien, que je suis dans le cas de répondre à un toast en l'honneur de la France. Mais ce que vous ne savez pas, ce que la modestie vous oblige même à ne pas soupçonner, c'est que jamais, autant qu'en prenant la parole ce soir, je ne me suis senti soutenu par la pensée reconfortante que ceux à qui je m'adresse, tous ceux à qui je m'adresse, ont l'éducation scientifique et la culture générale qu'il faut pour être à même de se faire de la France une opinion raisonnable et juste.

Comprendre la France, à distance, n'est pas toujours facile. Avec un esprit alerte et vif, avec la mobilité qui est une des formes de sa vivacité naturelle, le peuple français offre aux regards de l'observateur des aspects changeants et très divers; ses aptitudes sont si variées qu'elles semblent parfois se contredire, si même elles ne se neutralisent pas. C'est la complexité de sa nature qui donne au peuple français, en tant que nation, une physionomie si intéressante, j'oserais même dire si attrayante, pourvu qu'il n'y ait pas

de méprise sur le sens de ce qualificatif, où ne se mêle, je vous l'assure, pas le moindre alliage de vanité nationale.

La vitalité de ce peuple est attesté par un très long passé, quatorze siècles d'une histoire la plus vivante, la plus passionnée, la plus dramatique qui soit, et cette histoire n'est pas prêt de finir. Il a fallu plusieurs centaines d'années à la nation française pour achever, sous la main de ses Rois, l'œuvre laborieuse de son unité nationale. Plus tard, elle eut à rompre, dans des circonstances tragiques, avec la monarchie héréditaire. Depuis lors, elle travaille, avec persévérance, à établir et à consolider un système de gouvernement, de plus en plus démocratique, d'où soient éliminées jusqu'au plus légers vestiges des anciennes différences de classes ; et, par là, elle tend à se rapprocher, un peu plus chaque jour, de la réalisation d'un de ses rêves, le rêve d'une égalité absolue entre les hommes. Ce rêve se réalisera-t-il jamais complètement ? L'avenir le dira. Quoiqu'il en soit, l'œuvre avance : on peut dire, que, dès à présent, elle est accomplie dans une large mesure. Si, finalement, elle doit échouer sur certains points, un échec partiel ne sera pas en soi un effort perdu. Il en restera des enseignements dont profiteront plus ou moins, en même temps que la France, toutes les autres nations. C'est encore un rêve français de vouloir travailler, non pas seulement pour soi, mais un peu pour l'humanité entière. Gardons nous bien de sourire de cette prétention : le "Homo Sum" peut trouver, par elle, son application la plus étendue, et il est peut-être le germe, d'une immense fraternité.

Il n'est pas mauvais, après tout, il est peut-être nécessaire au mouvement général des choses, vu'il y ait dans le monde, une France, toujours prête à s'enflammer pour les idées, toujours prompte à traduire en actes les conceptions les plus hardies de son imagination ou de son cœur. Prenons bien garde d'ailleurs de trop généraliser ! Il est bien évident que cet amour des idées, ce gout des principes abstraits, cette ardeur de propagande, tout cela est circonscrit dans un cercle assez restreint et demeure le privilège d'une certaine catégorie d'hommes, peu considérable par le nombre si on le ramène à la mesure de la population totale, mais qui sont puissants par le talent, et dont la voix, à force de se faire entendre, se répercutant un peu partout, finit par arriver aux oreilles même des plus récalcitrants. Ajoutons-le tout de suite, c'est un point qu'il faut mettre fortement en relief, hors du cercle restreint dont je parle, loin de l'arène où se livrent les grandes batailles d'idées, la masse, la très grande masse de la nation, est assez indifférente aux choses de la politique. Elle est calme paisible, ordonnée, laborieuse, toute absorbée par les devoirs de famille ou le souci du pain quotidien. Cette population

est très attachée à ses anciennes habitudes, peu portée aux innovations, très traditionnelle en un mot, et, dans sa généralité, elle est, je l'affirme, profondément honnête. Comment, me direz-vous, cette France, qui nous apparaît si révolutionnaire, c'est cela ! Oui, Messieurs, c'est cela, et c'est tellement cela qu'en réfléchissant sur des contrastes aussi singuliers, j'en arrive à me demander si, peut-être, une certaine violence, de temps, ne serait pas nécessaire au tempérament national pour faciliter les réformes utiles et frayer la route aux progrès indispensables. Je n'insiste pas : il ne faut pas qu'on m'accuse de tenir un langage subversif !

En résumé, Messieurs, la France est ce qu'elle est, elle est ce qu'elle peut-être ; et, étant ce qu'elle peut-être, il est bien probable qu'elle est, ou à peu près, ce qu'elle doit être.

Dans la demi-douzaine de nations qui vraiment travaillent, produisent et pensent, elle a sa place, une place bien à elle. Au trésor commun ou s'accablent les fruits de la méditation humaine, elle verse un apport qui n'est pas négligeable. Le don de vulgarisation qui est un des traits de son génie lui met au front un rayonnement spécial : elle le doit à la clarté de son esprit que reflète si bien la clarté de sa langue. Qu'on l'exalte ou qu'on la méconnaisse, la France, hors de ses frontières, n'est jamais traitée avec indifférence. C'est un hommage qui en vaut un autre ; et, pour ma part, je m'en contente. Quand elle rencontre, comme c'est le cas en ce moment et dans ce lieu, de la sympathie, de la bonne et clairvoyante sympathie, ceux qui ont l'honneur de parler en son nom se réjouissent et sont reconnaissants. Permettez-moi dès lors de vous remercier non pas de m'avoir écouté, votre courtoisie n'admettrait pas qu'on lui en fit un mérite, mais bien de me donner cette occasion de m'exprimer, devant vous, à cœur ouvert, comme l'on fait en présence d'amis vis-à-vis desquels on se reprocherait de rien retenir de ce qui fait le fond de notre pensée.

Un mot encore, et je termine. Elle a été comprise, et pleinement appréciée, l'intention délicate qui veut qu'un toast à la France précède celui qui s'adressera tout à l'heure au Français, digne de tous les respects, que vous fêtez si brillamment ce soir. Il n'aimerait pas à m'entendre m'excuser de lui avoir pris son tour de parole : ce qu'il y a de noblement impersonnel, dans son caractère et dans ses sentiments, suffit à m'assurer qu'il souscrit, avec joie, à un ordre de préséance qui fait passer, avant sa personne, le pays qu'il aime, qu'il sert, et auquel il n'a jamais cessé de faire honneur.

DR E. P. LACHAPPELLE

Messieurs, j'aurais aimé qu'un banquet offert au professeur Monod fut présidé par l'un des doyens de la Faculté ou de la Profession : M. le Dr. Rottot ou Sir William Hingston. Mais, les circonstances ont voulu qu'il en fut autrement, et c'est au président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, que les organisateurs ont fait cet honneur. Je comprends mieux ce soir, leur idée, quand je constate que ce banquet n'est pas simplement fraternel ou universitaire, qu'il n'est pas uniquement professionnel, mais qu'il réunit des représentants de tout ce qui, dans notre province, contribue au progrès de la science et des idées.

En effet, je vois autour de cette table, des anciens ministres, des députés, des professeurs de Laval et de McGill, des membres de nos sociétés médicales anglaises et françaises, des chirurgiens et des médecins de nos hôpitaux, nos journalistes les plus distingués, etc., etc.

C'est donc en quelque sorte, notre province le Québec tout entière qui rend, en cette occasion, hommage au professeur Monod ; et l'empressement, Messieurs que vous avez mis à répondre à l'invitation des organisateurs, prouve jusqu'à quel point ils ont eu raison.

C'est que la personnalité de M. le professeur Monod est bien propre à attirer ainsi tous les hommages. Chirurgien distingué, professeur à la Faculté de Médecine de Paris et décoré de la légion d'honneur, le professeur Charles Monod est en outre, universellement connu pour ses travaux scientifiques et, en particulier, par son admirable traité de Technique opératoire, œuvre considérable et en quelque sorte classique, que seuls le labeur consciencieux et méthodique et la science éclairée de son auteur pouvaient mener à bonne fin. M. le professeur Monod s'est distingué par son enseignement à la Faculté, ses communications intéressantes à la société de Chirurgie et à l'Académie de Médecine ; mais son traité magistral reste certainement son plus beau titre de gloire et forme en quelque sorte le couronnement d'une vie toute de science et de labeur, menée à bien par un homme d'une haute intégrité morale. Aussi nos hommages et notre respect ne sauraient s'adresser à personne qui en soit plus digne.

Le professeur Monod a, de plus, des titres à notre amitié. Ne s'avoue-t-il pas lui-même l'ami du Canada, et ne nous en a-t-il pas donné le gage le plus indiscutable, dans la personne de son fils ? Le Dr Fernand Monod, habite Montréal depuis plusieurs années ; il s'est définitivement établi au milieu de nous ; il a épousé une canadienne anglaise, réalisant ainsi l'entente cordiale sous sa forme la plus charmante. C'est un jeune et modeste, ayant comme son père l'amour du travail.

Peu de personnes savent le labeur qu'il accomplit à son hôpital Glengarry et à la rédaction du "Journal de Médecine et de Chirurgie" ; presque tout le monde ignore qu'il fût le collaborateur de son père, et que le chapitre du Traité de Technique Opératoire relatif aux opérations sur les nerfs est presque tout entier de sa main. Le docteur Fernand Monod a su se conquérir l'estime de tous ; il est aujourd'hui et à juste titre, devenu l'un des nôtres.

Je faisais allusion, il y a un instant, à l'entente cordiale. Ne vous semble-t-il pas, comme à moi, que la réunion de ce soir en est une manifestation ? C'est que l'entente, dans notre pays, existe déjà depuis nombre d'années, entre les deux races qui l'habitent, et qui sont toujours heureuses de trouver, à certaines heures, un terrain commun où se rencontrer.

N'est-ce pas d'ailleurs, en Europe, la science qui a été le premier facteur de l'entente internationale ; Ce sont les savants qui, les premiers, ont cherché à abolir les frontières. Sans doute, dans le rapprochement de l'Angleterre et de la France, le Roi Edouard VII et le Président de la République ont joué un rôle important. Mais, l'entente cordiale était devenue possible, du jour où Pasteur à Londres, et Lister à Paris, se faisaient acclamer par l'élite des deux nations.

Ici, au Canada, l'entente s'est faite depuis longtemps, entre les deux races, non seulement sur le terrain idéal de la science, mais encore et plus prosaïquement sur le terrain des intérêts communs. Obligés de vivre côte-à-côte, nous avons appris à nous connaître, à nous estimer, à travailler pour un même but : la grandeur du pays permettant à une légitime émulation de venir stimuler nos efforts. Aussi, depuis ce temps, le pays a pris un développement merveilleux, et nous sommes en train de devenir une nation fière d'elle-même et de sa destinée, n'oubliant rien de son passé, espérant tout de l'avenir, et heureuse de proclamer à l'occasion sa foi en elle-même et de convier toutes les énergies et tous les dévouements qui voudront bien s'associer à son œuvre.

Vous ne serez donc pas étonné, Monsieur le professeur, de l'entente cordiale qui règne dans ce banquet. Elle est, en même temps qu'un hommage à votre talent, une preuve que nous sommes heureux de pouvoir le dire, dans l'une ou l'autre des deux langues reconnues ici : celle de Racine ou de Shakespeare.

Ce sont donc vos amis canadiens, Monsieur le Professeur, qui lèvent leur verre et boivent à la santé du savant, du français, qui sût mettre tant d'intégrité dans son travail et tant de probité dans sa science.

Messieurs, j'ai l'honneur de proposer la santé de notre hôte,

LE DOCTEUR MONOD,

Le docteur Monod se leva au milieu d'un tonnerre d'applaudissements. Quand l'enthousiasme se fut calmé, il s'exprima ainsi :

Je ne me suis jamais trouvé à pareille fête. Aussi m'excuserez-vous si me défilant d'avance de l'émotion qui m'étreint en ce moment j'ai confié au papier les quelques mots que j'ai à cœur de vous adresser.

Par tendance naturelle et aussi par certaine répugnance à me voir encensé de mon vivant d'une façon qui me semble devoir être réservée aux morts— qui ne peuvent plus protester— j'ai toujours évité les banquets que mes élèves, aux divers étages de ma carrière ont eu la bonne pensée de m'offrir.

Et voilà que ce banquet redouté, et si souvent refusé je le trouve ici sur la terre hospitalière du Canada !

J'aurais mauvaise grâce de ne pas ajouter aussitôt que,—tant est grande l'humaine faiblesse—j'en suis fort heureux.

Je ne saurais en effet assez vous dire combien je suis touché des paroles trop élogieuses qui viennent d'être prononcées et de la si belle et si sympathique manifestation dont je suis l'objet ce soir.

Je ne me fais pas d'illusion, au reste, et quelle que soit la profonde et personnelle reconnaissance que je vous en ai, je sens qu'elle dépasse de beaucoup ma modeste personnalité, qu'elle s'adresse à la France, à la médecine française, qu'un heureux concours de circonstances m'amène à représenter parmi vous.

Vous savez pour la plupart ce qui m'amène au Canada ; le soin de ramener chez lui mon petit-fils, et le désir de revoir mon cher fils, venu il y a bien près de cinq ans, dans cette ville pour chercher à mettre en œuvre, dans ce pays de largeur et de liberté scientifique, les connaissances acquises à Paris.

Je comptais faire ici une simple visite familiale, tout en faisant bonne connaissance avec les hommes et les choses de Montréal, et particulièrement avec ceux qui avaient fait à mon fils un excellent accueil. Mais voici que presque au débarqué, à la façon dont dès le lendemain de mon arrivée, je suis reçu dans votre vénérable Hôtel-Dieu je me rends compte, à mon grand étonnement que mon voyage aura une toute autre portée.

Je ne vous parlerai pas des impressions du touriste " déjà plus que grisonnant " comme a bien voulu le dire un trop aimable reporter, traversant pour la première fois l'Atlantique ; cela me mènerait trop loin. Ce n'est d'ailleurs peut-être pas ici le lieu d'exprimer le précieux souvenir que j'emporte de cette belle et grande ville, si admirablement située, sur ce merveilleux Saint-Laurent, avec sa glorieuse montagne qui la couronne,

de l'activité de ses rues, de la vie intense qui s'en dégage ; de cette ville où j'ai pu voir en action tout ce que l'on m'avait raconté de l'ardeur américaine, tempérée par un je ne sais quoi de plus calme et de plus réfléchi. Je reste sur le terrain médical, je veux seulement vous dire combien j'ai constaté que Montréal ne le cède en rien sur ce qui peut exister ailleurs en fait d'installations hospitalières et de ressources chirurgicales, avec pour les utiliser, un corps de praticiens de premier ordre.

Je n'exagère pas et ne cède pas à la tentation de prononcer une banale parole de politesse en affirmant que Paris, la seule ville que je connaisse bien à cet égard, ne possède pas un seul hôpital comparable à votre Victoria. Cet aveu ne me coûte pas autrement et ne m'humilie pas pour mon pays. Vous me permettrez en effet de dire qu'il y a à cette situation des circonstances atténuantes ; vous avez, messieurs, le bénéfice des villes jeunes qui, avec l'espace, l'argent et l'acquis des expériences faites par d'autres, avec la volonté de bien faire et l'intelligente application de leurs ressources, arrivent du premier coup presque à la perfection.

Mais, on apprend à tout âge, si l'on veut ouvrir les yeux et bien regarder. Rien ne vaut à cet égard, la visite des pays étrangers. On voit de nouveau, on voit en tout cas certaines choses sous une autre incidence, il est bien rare que " examinant tout ", suivant la parole de l'évangile " et retenant ce qui est bon " on ne rentre chez soi mieux averti et mieux armé.

J'ai malheureusement peu voyagé. Je ne saurais assez dire cependant combien j'ai profité pour mon instruction chirurgicale, de mes séjours à Londres où je suis allé me mettre à l'école de l'admirable Lister, à Berlin, en Suisse, et je puis ajouter aujourd'hui, de ce côté de l'océan.

J'ai à peine besoin de vous encourager à faire de même. Vous n'êtes pas de ceux pour qui une mer à traverser soit un obstacle à franchir ; vous y verriez plutôt un trait-d'union entre les deux pays qu'elle sépare. Mais laissez-moi vous inviter cordialement à diriger souvent vos pas vers nous. Notre France, tant décriée parfois par ses propres enfants, vaut encore que l'on songe à elle. Paris n'est point ce qu'un vain peuple pense. J'ai eu occasion de le dire dans une autre enceinte ; à côté du Paris qui s'amuse et dont tout le monde parle, il y a le Paris qui travaille, que l'on oublie trop volontiers, mais que vous, vous connaissez bien.

Est-il bien nécessaire en effet, de vous citer, pour ne nommer que les vivants et en chirurgie seulement ; les Guvon, les Perrier, les Pozzi, les Second, les Quénu, les Doyen, les Tuffier, les Hartman et tant d'autres. Et hors Paris, combien de centres d'excellente activité professionnelle récem-

ment créés par des hommes dont les noms sont certainement venus jusqu'à vous. Delagenières du Mans, dont je me glorifie d'avoir été l'un des chefs; Monprofit, Angers. Témoin à Bourges, Délanglade à Marseille, etc., sans compter la pléiade plus ancienne des chirurgiens lyonnais si hautement représentée par Poncet ou ses élèves, issus tous d'Ollier, le maître éminent dont la réputation fut vraiment mondiale.

Vous me pardonnerez, messieurs, ce mouvement de fierté patriotique. Ne suis-je pas ici en pays d'origine française où l'on célèbre volontiers nos gloires nationales, mieux encore sur une terre anglo-française où l'entente cordiale, aujourd'hui réalisée, entre les deux pays, a sur le terrain scientifique toujours été complète.

Je n'en veux d'autre preuve que l'accueil si oppressé et si charmant que Français et Anglais, Catholiques et Protestants, Laval et McGill font aujourd'hui à un représentant de la chirurgie française, dont le principal mérite est d'être un vrai Français de France, arrivant ici d'ailleurs, avec pour vous, la plus chaude sympathie. Car, en effet, messieurs, entre gens de science et surtout entre médecins, entre hommes dont le seul souci ne peut être que le bien de leurs semblables, par le soulagement des maux qui les accablent, la meilleure et la plus franche communion ne peut pas ne pas rapidement s'établir. Des ombres passent parfois, mais il est des hauteurs où le soleil de vérité et de justice brille toujours et nous savons nous y élever.

C'est dans cet espoir, messieurs, que vous remerciaient encore de votre si nombreuse et si chaude réception, dont je conserverai dans mon cœur, l'ineffaçable souvenir, je vous dis à tous non pas adieu, mais au revoir.

Je vous demande, messieurs, de lever avec moi votre verre en l'honneur de vos deux grandes et puissantes universités qui sont l'honneur du Canada: à Laval, à McGill.

— ❖ —

La santé des universités fut portée par le président. A celle du McGill, le docteur Cameron se leva et répondit en français. Il dit que les grands savants de la France et de l'Angleterre étaient toujours les bienvenus sur ce sol canadien, et que tous nous étions trop heureux de faire notre possible pour leur rendre le séjour agréable au Canada. Il termina en disant qu'il ne voulait pas d'autre preuve de l'entente cordiale que la très belle et fraternelle réunion qu'il avait sous les yeux.

Le docteur Eugène Saint-Jacques, répondit à cette santé au nom de l'Université Laval. Ce dernier dit au héros de la fête, toute sa satisfaction de pouvoir interpréter ses maîtres et ses collègues pour souhaiter la plus cordiale bienvenue à ce grand représentant de la science française. Lui

aussi a pu constater tous les bienfaits de l'entente cordiale, à Londres, il a vu de quelle façon chaleureuse on accueillait les jeunes médecins Canadiens français. Il a aussi été à Berlin, où il a trouvé de grands savants, mais il avoue sans fausse honte, qu'il a respiré librement et s'est senti chez lui sur les bords de la Seine. C'est là qu'il a senti dans son cœur, battre le vieux sang français qui coulait dans ses veines.

Le docteur Boulet, répondit aussi à cette santé, au nom de la Société médicale. Il montra fort éloquemment qu'à Montréal, vivaient en harmonie deux corps médicaux distincts, ne parlant pas la même langue et qui, sans jalousie et sans envie, cherchaient à donner à leur concitoyens la plus grande somme de bien-être possible. Il ajouta cependant qu'il existait un point de contact entre ces deux organisations distinctes: la vérité scientifique d'où qu'elle vienne et l'admiration des grands savants. C'est alors qu'il comprend toute la portée de cette réunion. Il termina en félicitant le docteur Charles Monod d'avoir doté notre société médicale de l'un de ses membres les plus distingués dans la personne de son fils, le docteur Fernand Monod.

Le docteur Finley répondit à la même santé, au nom des Anglais et il fut fort applaudi.

Le docteur François de Martigny, proposa la santé du Club Lafontaine, et remercia son représentant, M^{re} F. J. Bisailon, C.R.

Ce dernier déclara que le club Lafontaine, tout en étant une institution politique, était trop heureux d'ouvrir largement ses portes à toute manifestation digne d'où qu'elle vint. Il trouva des termes très heureux pour féliciter le docteur Monod et notre faculté médicale.

Enfin, le docteur Fernand Monod, fils, fut prié de parler. Il remercia les médecins de leur hospitalité et principalement le docteur E. P. Lachapelle, à qui il devait tout. Il fit de ce dernier un vibrant éloge et dit que malgré son humilité grande, il ne devait pas oublier tout ce que nous lui devons: le bureau provincial d'hygiène, le bureau des examinateurs, etc. Personnellement, il lui devait ce sentiment qu'il éprouva, il y a cinq ans, en mettant le pied sur notre sol, d'avoir traversé la mer et d'avoir encore l'illusion qu'il n'avait pas quitté la France. C'est pourquoi il est aujourd'hui doublement heureux de se sentir à la fois Canadien et Français. Il termine par un très beau trait en s'adressant au docteur Lachapelle: "Permettez-moi, dit-il, un moment d'orgueil filial en même temps un peu d'humiliation personnelle. Je sais bien que l'accueil que vous m'avez fait en arrivant au pays, vous ne me l'auriez pas fait si je n'avais pas été le fils de mon père."

Il fut applaudi à outrance.

Le docteur E. P. Lachapelle, présidait, ayant à sa droite le professeur Monod, le consul général de France Kleckowski, l'abbé Curotte, secrétaire général de l'Université Laval, Charles Marcil, vice-président de la Chambre des Communes, Honoré Gervais, député, représentant la faculté de droit ; juge Robidoux, président de l'Alliance Française, l'hon. Dr Lanctôt, Godfroy Langlois, directeur du "Canada", Jules Helbronner, rédacteur en chef de la "Presse", président de l'Union Nationale Française, chevalier de la Légion d'honneur, le Dr L. J. Lemieux, député de Gaspé, le Dr Dagenais, conseiller municipal, maire suppléant, le Dr W. Gardner, doyen de la faculté de médecine de McGill ; le Dr Azarie Brodeur, chevalier de la Légion d'honneur, ancien interne des hôpitaux de Paris, le Dr Fernand Monod, ancien prosecteur de la faculté de Paris, Dr Coyteux Prévost, Ottawa, Dr L. P. Normand, président du 3ème Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

A sa gauche, Sir William Hingston, l'hon. J. I. Tarte, le baron d'Halewyn, vice-consul de France.

Les professeurs suivants de l'université Laval et McGill : J. B. A. Lamarche, L. D. Mignault, L. E. Desjardins, A. A. Foucher, Séverin Lachapelle, Thomas Roddick, Armstrong Shepherd, Lafleur, J. D. Cameron, James Bell, James C. Cameron, A. Di Blackader, Ruttan, Birkett, F. G. Finley, Starkey, John Elder. Les docteurs E. P. Benoit, I. Cormier, J. H. Chalifoux, H. Jeannotte, James Barclay, J. A. Leduc, O. F. Mercier, J. A. Leblanc, J. N. Roy, Ridley Mackenzie, Bligh Campbell, McCarthy Stirling, E. Dupont, H. St-Georges, Alphonse Mercier, Henri Lanier, L. A. Gagnier, Edward Archibald, Von Eberts, Alfred Bazin, W. Dorion, Gordon Byers, G. E. Larin, J. H. Brossard, G. H. Desjardins, O. Maëuret, Ed. Plamondon, J. P. Decarie, Damien Masson, François de Martigny, G. T. Moreau, B. E. Bourgeois, C. A. Daigle, Georges Beauchamp, J. E. Bousquet, A. Ricard, H. Hervieux, Rodolphe Boulet, L. S. Gravel, Albert Lassalle, D. Rivet, G. Maillet, U. Bérard, A. E. Garrow, H. D. Hamilton, W. F. Hamilton, Chrétien Zaugg, L. J. V. Cléroux, A. Lesage, Henri Masson-Duhamel, T. Parizeau, G. Dion, A. H. Desloges, J. W. Meunier, Henri Desmarais, J. A. Mirault, Adolphe Martigny, Joseph Nolin, J. H. Martel, Donald Hingston, James C. Cameron, Springlet, C. C. Gurd, F. R. England, A. A. Bernard, N. Brisset, A. Marien, J. O. Kennedy, William James Deroime, A. R. Marsolais, C. A. Dugas, McTaggart, Arthur Beauchamp, E. Dubeau, J. I. Desroches, F. Paquette, St-Aubin, J. A. H. St-Denis, colonel Aubry, Chapman, E. P. Chagnon, Dr Gadbois, conseiller municipal, F. Riley, L. N. Delorme, Camille Bernier, J. W. Warren, A. Ethier, J. A. Rou-

leau, R. Laurier, J. A. D'Amour, gouverneur du collège des médecins et chirurgien représentant la Société Médicale d'Ottawa ; St-Pierre, représentant la Société Médicale de Trois-Rivières ; Savard, représentant la Société Médicale de la Beauce ; Z. Rhéaume, représentant la Société Médicale de Valleyfield ; les docteurs Normand, St-Pierre, de Blois et Bourgeois, de Trois-Rivières ; D. Gray, de Montréal ; Mazurette, de L'Avenir, etc, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médicale de Montréal.

SEANCE DU 16 OCTOBRE 1906.

Membres présents, MM. Bourgouin, A. Beaudry, Brisset, de Cotret, Décarie, Dion, Desloges, F. de Martigny, Desmarais, Ethier, Fournier, Hervieux, Jeannotte, Gervais, Larose, Lesage, Larnier, Laramée, Malouf, Mercier, F. Monod, Marcil, Masson, D. Plamondon, Racicot, St-Jacques, Trudeau.

Sur la proposition du Dr de Martigny, M. F. Monod, est appelé à présider la séance en remplacement de M. Boulet.

M. le secrétaire A. Laramée, donne lecture du rapport de la dernière assemblée.— Adopté sans discussion.

M. F. de Martigny, fait part aux membres d'une communication du Président de la Commission de la Tuberculose nommant M. Daigle, membre de la Commission, en remplacement du Dr Foucher, démissionnaire.

M. le Président, annonce que M. le Dr Loir, de l'Institut Pasteur, fera une conférence sur la rage à la prochaine séance, le 6 novembre prochain, et il suggère que la Société Médicale française envoie une invitation spéciale à la Société Médicale Anglaise, pour assister à cette conférence.

Adopté.

Puis on passe à l'ordre du jour : Syringomielie, avec présentation de malade par M. le Dr Alph. Mercier.

O. L., Célibataire, âgé de 25 ans.

Se plaint de mal aux jambes depuis une couple d'années, peut-être depuis 3 à 4 ans. Souffre

un peu, surtout quand il marche, mais c'est de mal marcher que le patient se plaint surtout. Il se barre les jambes et a beaucoup de difficultés à descendre les escaliers. Le moindre cahos lui cause une douleur à la plante des pieds. Se tient mieux debout quand il est chaussé. Les douleurs que le patient caractérise mal sont un peu partout. Se plaint aussi d'avoir mal à la main.

Soubresauts dans les jambes mais il n'éprouve pas de sensation de froid, et il n'existe pas de troubles sensitifs.

Le port d'une semelle d'acier ne l'a pas amélioré au point de vue de la marche.

Le patient se fatigue vite à marcher en général; quelquefois il marche bien. Il tombe rarement.

L'état des jambes survenu depuis deux ans, augmente peu à peu. N'a jamais été malade. Aucune trace de syphilis. Chancres mous à 21 ans, l'histoire de famille ne révèle rien. Son père et sa mère sont en bonne santé, frères et sœurs vivants et en bonne santé, 5 frères, morts en bas âge.

La santé du patient a toujours été bonne. A souffert de céphalalgie quelquefois. Son poids était de 168 livres avant sa maladie, aujourd'hui il ne pèse que 158 livres. Dort bien, mais le matin, ses jambes sont raides. Depuis un an, voit rarement les femmes, mais avant, presque tous les jours.

EXAMEN

Reflexes rotuliens beaucoup diminués. Trépidation épileptoïde surtout à droite.

Phénomène des orteils.

Pas de paralysie.

Pas de troubles de la sensibilité.

Reflexe crémasterien.

Pas d'atrophie.

Extension des pieds.

Déviations scolioïques étendues.

Déformation thoracique antérieure et post.

Lésions de la main droite.

Index en marteau à la suite d'un panaris.

L'annulaire est indemne.

Large plaie du pli articulaire du médius.

Plaie articulaire de l'index datant de 6 mois.

La main droite plus sensible que la gauche.

Peu sensible au froid.

Sensation de la chaleur moindre pour la main gauche.

M. Monod, se fait l'interprète de la Société en remerciant M. Mercier du travail qu'il vient de présenter aux membres de la Société.

M. de Martigny secondé par M. Desloges propose que M. le Dr Monod, professeur agrégé à la Faculté de Paris, Chirurgien des hôpitaux, Chevalier de la Légion d'Honneur, MM. les Drs. Triboulet, Proust et Loir, soient nommés membres honoraires de la Société Médicale de Montréal;

Que MM. Grondin de Québec, Normand de Trois-Rivières, Laurendeau, de St-Gabriel de Brandon, soient nommés membres correspondants de la Société Médicale de Montréal.

M. Lesage propose secondé par M. A. Mercier, que M. Beaudry, de St-Hyacinthe, soit nommé membre correspondant de la Société Médicale de Montréal.

Ces résolutions sont adoptées à l'unanimité.

Du meilleur mode d'administration des glycérophosphates alcalins.—Emploi abusif du glycérophosphate de chaux.

(Par le Dr Mesnard.)

Nous avons eu l'occasion, il y a environ trois mois de prescrire une solution de glycérophosphates alcalins dans un cas de neurasthénie survenue à la suite d'un surmenage intellectuel et à notre grande satisfaction nous en avons obtenu les meilleurs résultats.

Le sujet, homme vigoureux, exerçant une profession libérale, s'était vu prescrire sans effets, un repos d'esprit absolu; il avait en vain employé les bromures, l'hydrothérapie, l'électrothérapie. Il ressentait, nettement, la douleur en casque, de l'agitation nerveuse, de l'insomnie, et il avait aussi, ce que l'on peut appeler: de l'impuissance psychique.

L'hydrothérapie tiède, bientôt remplacée par la douche Ecossoise; un régime presque exclusivement végétarien, et, comme unique médicament la Névrossthénine, à la dose de X, XII, puis XV gouttes, au commencement des deux principaux repas, avaient, après vingt jours, tellement amélioré l'état du malade, qu'il se crut guéri: sa céphalée avait cédé, les nuits étaient calmes, et il y avait un commencement de désirs génésiques. Le médicament fut brusquement interrompu pendant

une semaine, mais les symptômes du début tendant à réapparaître, le traitement fut repris, et sans interruption, cette fois, pendant deux mois. La guérison a suivi complète.

Indépendamment de la neurasthénie, deux cas de paralysie générale progressive, à début neurasthéniforme, traités par les iodures, les révulsions, les purgatifs aloétiques, ont été singulièrement retardés dans leur évolution par la Névrosthénine ; et, puisque le surmenage, moral et physique est, indéniablement une des causes déterminantes de nombreuses maladies, parmi lesquelles se range l'artério-sclérose, nous voudrions voir nos confrères cesser d'avoir recours aux seuls calciques, si propres à faciliter la calcification des artères, et les remplacer par cette solution concentrée de glycérophosphate de soude, additionnée de glycérophosphate de potasse et de magnésie que M. de Freyssinge a dénommé : Névrosthénine. Nous serons aussi naturellement amenés à employer cette solution dans le diabète, qui réclame d'administration de médicaments antidépenseurs, dans les albuminuries (aussi bien celle des cardiaques que des chloro-anémiques, des dyspeptiques, des dilatés ; partout, en un mot, où il importe d'agir sur la nutrition générale, nous devons conseiller, comme dominante du traitement l'usage de la Névrosthénine.

Nous avons dit qu'elle était composée de glycérophosphates de soude, de potasse et de magnésie.

Or, nous savons que l'acide phosphorique fait partie intégrante de nos divers tissus, combiné avec les cinq bases suivantes :

- 1o Phosphate de chaux dans le tissu osseux ;
- 2o Phosphate de soude dans le plasma sanguin ;
- 3o Phosphate de potasse dans le tissu nerveux ;
- 4o Phosphate de magnésie dans le tissu musculaire ;
- 5o Phosphate de fer dans le globule sanguin.

D'où il résulte que : tissu nerveux et tissu musculaire doivent, mathématiquement, reconquérir leur teneur physiologique normale, sous l'influence d'un médicament qui est, essentiellement assimilable.

Les glycérophosphates de potasse et de magnésie viennent corroborer ici les effets du glycérophosphate de soude, lequel, employé seul, peut

remédier déjà, très efficacement, à la perte que fait, journellement, l'organisme, des éléments phosphorés.

C'est, surtout, lorsqu'il s'agit de traiter des vieillards et des enfants que ce polyglycérophosphate alcalino-magnésien marque sa valeur curative. Nous nous croyons par conséquent autorisés à conclure :

Que, dans beaucoup de cas, les glycérophosphates de chaux doivent être remplacés par les glycérophosphates de soude, potasse et magnésie ;

Que ces derniers constituent un puissant tonique dénué d'action excitante ;

Que les sels sodiques étant la dominante minérale de l'organisme humain, et faisant partie intégrante des milieux au sein desquels se forment toutes les réactions chimiques, adjoindre à ces sels, ceux de potasse et de magnésie, sans y faire figurer la chaux, le sucre et l'alcool, constitue, ainsi qu'il nous a été donné de l'apprécier, la formule idéale, facile à employer, n'inspirant aucun dégoût aux malades, et ne craignant pas les insuccès, dans les dégénérescences nerveuses, les maladies de la moëlle et de l'encéphale, l'albuminurie, le diabète et certaines formes de rhumatisme.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE LA COQUELUCHE

Belladone pulvérisée.....	1 gramme.
Oxâde de zinc.....	1 gramme.
Extrait de serpolet	2 grammes
F. 40 pilules ; de 2 à 6 par jour.	

BOUCHUT.

CONTRE LES QUINTES NOCTURNES DE COQUELUCHE

Poudre de Dower... ..	0 gr. 03 centigr.
Extrait de ciguë... ..	0 gr. 06 centigr.
Poudre de cannelle	0 gr. 01 centigr.

Poudre de sucre, 0 gr. 03 centigr.

M.S.A. — Pour un paquet qu'on donnera à un enfant d'un an dans un peu de miel ou de sirop.

WERT.

COLLODION CORRICIDE.

Ce collodion a pour formule:—

Rec: Acide salicylique	1 gramme
Acide lactique	1 "
Extrait alcoolique de Cannabis indica	0 gr. 50
Alcool à 90'	1 gramme
Ether à 62'	2 gr. 50
Collodion élastique	10 grammes

M. pour l'usage externe.

POTION CONTRE LA DYSPNEE CARDIAQUE

Iodure de potassium	1 gr. 25 à 2 grs.
Hydrate de chloral... ..	2 à 4 grs.
Julep gommeux.....	120 grs.

F. s. a. une potion à donner par cuillerées, de deux heures en deux heures, dans la journée, pour remédier à la dyspnée continue.

CONTRE LES ULCÉRATIONS NASO-PHARYNGIENNES.

Poudre de salol... ..	10 grammes.
Camphre..... ..	5 grammes.
Alcool	5 grammes.

Cette solution est appliquée sur les ulcérations.

COUPARD.

DECOCTION DE MAGENDIE

Tisane de chiendent	100 grammes.
Sirop de menthe... ..	60 grammes.
Iodure de potassium... ..	2 grammes.

MONIN.

Capsules solubles Elastiques

Nous manufacturons une ligne complète de Capsules, Bougies Uréthrales, Pommades, Tampons Vaginales.

Echantillons et prix fournis sur demande. Travail spécial fait promptement. Prix modéré.

EN VENTE CHEZ

Lyman Sons & Co., la Compagnie Kent & Stevenson.

Robin & Co., Québec, Montréal.

Robin & Co., Inc.

F. ROBIN

Névrosthénine Freyssinge

Solution concentrée de glycérophosphate de soude, potasse et magnésie, principaux éléments de la matière nerveuse. Chaque goutte de Névrosthénine pèse 7 centigr. et contient 2 centigr. de glycérophosphate composé dissous dans 5 centigr. d'eau distillée stérilisée. — La Névrosthénine ne contenant ni chaux, ni sucre, ni alcool, peut être administrée sans inconvénient aux diabétiques, albuminuriques, artério-scléreux, etc. — Dose moyenne 10 à 20 gouttes à chaque repas. Anémie cérébrale, Neurasthénie, Surmenage et tous les Epuiselements nerveux.

Prix du Flacon compte-goutte 3 fr. rue de Rennes, 83, Paris, et les Pharmacies

Capsules Dartois

Dosées à 5 centigr., véritable créosote de hêtre titré

Les Capsules Dartois et les Gouttes de Névrosthénine Freyssinge sont préparées par les laboratoires de

FREYSSINGE

Pharmacien de 1^{re} classe.
Licencié-ès-sciences.

Ancien élève de l'Institut Pasteur. Ancien préparateur à la Faculté de Médecine et à l'École de Pharmacie de Paris.

83, Rue de Rennes, Paris.

Seul Agent pour le Canada :

Rougier Frères

1597, Rue Notre-Dame, Montréal

Travaux Originaux

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR
LE SÉRUM DE MARMOREK

(Par le Dr Adéstan de Martigny)

(suite)

OBSERVATION XIV

ROCH BLANCHARD

Je vis ce malade pour la première fois, le 10 février 1905, en consultation avec mon excellent confrère le docteur G. Piché. Il faisait alors une pneumonie. Il était malade depuis quatre jours, la température était à 102 1-2, le pouls à 128, la respiration à 4, le point de côté d'une extrême violence.

Avec le traitement institué par le docteur Piché, et auquel je me gardai bien de rien changer, parce qu'il était le meilleur à mon avis, tout alla bien, et le 18 février, survint la crise, après quoi il entra dans l'ordre, du moins pendant quelques jours. Le malade se levait, mangeait un peu, mais ne se sentait pas très bien, et continuait à tousser. Il avait de petits frissons. Enfin le 4 mars, appelé de nouveau, je trouvai le malade abattu, affaibli, se plaignant de céphalée intense et d'une extrême faiblesse dans les jambes. La langue saburrale, la diarrhée fétide depuis quelques jours, les gargouillements dans la fosse illiaque gauche, nous firent conclure, au Dr Piché et à moi, à une fièvre typhoïde, opinion que l'analyse du sang, faite deux fois de suite par nos amis les docteurs Marsil et Desmarais, vint confirmer.

Cette fièvre, bénigne d'ailleurs, à températures peu élevées, guérit complètement en trois semaines, et à la fin du mois, le malade se sentait si bien qu'il mangeait de tout, malgré les conseils du docteur Piché, et se sentait disposé aux pires extravagances.

Le malade engraisa, reprit sa vie ordinaire, jusqu'au 18 avril. Ce jour-là, il fut surpris par une pluie violente, à cinq ou six milles de Montréal, et dut revenir en voiture. Rentré chez lui, il se sentit frissonneux, et, le lendemain, se mit à tousser. En quelques jours il perdit complètement l'appétit, et maigrit rapidement. Il avait perdu environ 40 livres, lorsque je le vis de nouveau le 17 mai.

Il toussait alors constamment, et expectorait abondamment, de gros crachats purulents. Il n'avait aucun appétit, se sentait d'une extrême faiblesse, et transpirait la nuit.

L'auscultation me fit constater à gauche des râles sous crépitants et une inspiration faiblée. A droite, je trouvai au sommet, des craquements humides, et au-dessous, des râles crépitants. A la base une respiration silencieuse, avec des vibrations vocales presque disparues.

Le diagnostic devenait assez embarrassant. Le malade avait-il fait une pleurésie avec épanchement abondant, partiellement résorbée, et laissant un poumon induré, presque imperméable? Il n'y avait pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone, et j'étais aussi embarrassé que mon ami le docteur Piché.

De plus les râles sous crépitants de la partie moyenne du poumon, les craquements humides du sommet joints aux symptômes généraux nous faisient redouter qu'une pneumonie tuberculeuse ne fût venue se greffer sur le terrain de l'ancienne pneumonie franche, favorisée par la fièvre typhoïde.

Cependant l'examen des crachats ne montra que des streptocoques, et des globules de pus abondants.

En l'absence de bacilles, je conseillai les injections de sérum antistreptococcique de Marmorek, et le docteur Piché fit le lendemain le 10 mai, la première injection de 5 c.c., qu'il renouvela tous les deux jours jusqu'au 14 mai, à dos de 10 c.c., et d'ailleurs sans résultats, ainsi qu'on le verra en consultant la feuille de température. En effet cette dernière continua à osciller régulièrement entre 100 ou 101, le matin, et 103 1-2 ou 104 le soir.

Le 26, l'examen microscopique montre quelques bacilles dans les crachats, et le 28, le docteur Piché donnait sa première injection de sérum antituberculeux de Marmorek, à dose de 5 c. c., qui furent répétées tous les deux jours, jusqu'à concurrence de douze injections.

L'effet fut presque subit. Le surlendemain, la température tombait à 99, et ne remontait le soir qu'à 101, qu'elle atteignit encore pendant deux jours, puis tomba à 100, et enfin, le 6me jour, après la 4me injection, la température resta à la normale.

Du 17 mai au deux juin, le malade avait en core perdu 13 livres. Il commença alors à manger, engraisa rapidement de deux et trois livres par semaine, quoique toussant et crachant assez abondamment. Mais les transpirations nocturnes avaient graduellement disparu, et le malade re naissait vraiment à la vie.

Le 7 juin, encore faible, il ne présentait plus à l'auscultation, que de l'inspiration rude et de l'expiration prolongée avec de l'exagération des vibrations au sommet droit. Dans la fosse sus épineuse droite, de l'expiration prolongée et de la respiration ronflante. Les craquements et les rales sous crépitants avaient complètement disparu. Dans la moitié inférieure du poumon, submatité très prononcée et de la matité touc à fait à la base, avec une respiration très faible, et des frottements pleureux à l'inspiration.

Un résultat si rapide, et peu fréquent, je dois le dire, portera sans doute à discuter ce cas. L'abaissement brusque de la température fera penser à la crise qui termine les pneumonies ordinaires. Mais je ferai remarquer que le malade offrait toutes les conditions requises pour le développement de la tuberculose, par ses multiples causes d'affaiblissement antérieures.

Y a-t-il eu de la pneumonie tuberculeuse du lobe supérieur ? Cela est possible, bien que le docteur Piché, qui a vu le malade tous les jours depuis le 18 avril jusqu'au 17 mai, joui de la consultation, n'ait jamais perçu de soufflé tubaire, ni constaté l'apparence rouillée ou sanguine des crachats, et que le malade ne se soit jamais plaint de ce point de côté qu'il connaissait si bien, pour l'avoir éprouvé peu de semaines auparavant.

L'apparence générale du malade ne concor dait pas beaucoup non plus avec l'idée d'une pneumonie, non plus que la marche de la maladie. Il n'avait pas pris le lit, et je le trouvai assis dans un grand fauteuil, avec un crachoir à moitié rempli de gros crachats jaunes et épais, sur une chaise près de lui. Il n'avait jamais eu, et n'avait pas encore cette oppression spéciale de la pneumonie, à lui bien connue. La toux, peu fréquente au début, avait régulièrement augmenté de fréquence, l'expectoration était devenue de plus en plus abondante, et l'amaigrissement avait été

rapide et régulier. L'appétit avait réguliè rement diminué. Il était absolument nul au mo ment de la consultation. Les transpirations n'é taient pas celles de la défervescence, puisqu'elles duraient depuis deux semaines, bien que la tempé rature restât sensiblement la même et qu'elle com mença de diminuer après les premières injections de sérum, précisément comme la défervescence commençait à se faire.

Le malade n'avait pas fait, non plus, une simple pleurésie, bien qu'il y eut le l'épanche ment à la base et que les frottements pleuraux vinrent confirmer plus tard le diagnostic. La pleurésie, légère en somme, était ici d'importance secondaire à côté de l'envahissement si rapide de la partie supérieure du poumon. Cette pleurésie était évidemment de nature générale, la déferves cence n'est ni aussi rapide ni aussi complète dans la pleurésie tuberculeuse.

Il faut donc, par exclusion, s'en tenir au dé veloppement rapide des tubercules dans le pou mon d'un individu fortement affaibli par deux maladies graves et récentes. Cet envahissement accompagné de hautes températures, et de pleuré sie de la base, fut rapidement suivi de ramollisse ment.

Et, suivant toute apparence, la terminaison eut été fatale et prochaine, sans l'intervention du sérum anti-tuberculeux.

Certes, pour qui ne connaît pas les effets sur prenants, presque magiques du sérum dans les tu berculoses récentes, et quelle que soit d'ailleurs leur gravité, il est malaisé de croire que quatre injections aient pu produire un changement aussi radical que celui constaté sur les feuilles de tem pérature, après six jours de traitement. Mais il n'a rien de surprenant pour celui auquel est fami lière l'action du sérum dans ces cas de tubercu loses récentes et fébriles.

A quelques jours près, ce sont presque tou jours les mêmes résultats, ainsi qu'on pourra le constater en lisant d'autres observations.

Il me reste à parler de l'état actuel du mala de. Il est resplendissant. Il pèse 198 livres, est en parfaite santé, et travaille chez son père, com me garçon boucher.

Je l'ai ausculté dernièrement. Les deux pou mons sont parfaits. Peut-être existe-t-il un peu de faiblesse respiratoire, à la base droite. Rien autre, le malade est absolument guéri.

OBSERVATION XV

Mlle FLORENCE D....., 18 ANS

Cette malade me consulte pour la première fois le 23 juin 1905, pour une toux excessivement fatigante, qui a commencé dans les premiers jours du mois de mai.

Son grand père, et onze oncles ou tantes maternels sont morts de phthisie, ainsi qu'une trentaine de cousins et de cousines.

Elle-même a toujours été excessivement frêle. Elle habite depuis 14 mois un bas de maison où un jeune homme est mort de phthisie. L'appartement a été lavé, nettoyé, mais non pas désinfecté.

Dès le mois d'avril, la malade s'est sentie fatiguée, mal portante. Un soir, elle rentre de son travail par une pluie battante. Le lendemain elle se met à tousser, et doit cesser tout travail. La toux dure depuis lors, et a toujours augmenté de fréquence. Actuellement, elle ne laisse aucun répit à la malade, et l'empêche de dormir. Cependant elle a consulté un confrère, qui a cru à une toux nerveuse, puis à une légère bronchite, et a donné divers sirops, sans résultat. La malade est très pâle, et a beaucoup maigri, car, depuis plus de trois semaines elle ne peut plus manger, ayant un dégoût absolu pour les aliments. Depuis le même temps, ou à peu près, la malade se sent très frileuse l'après-midi, se couvre d'un châle, se tient près du poêle et transpire la nuit. Jusqu'à ces tout derniers jours, le malade ne crachait pas. Expectore maintenant de petits crachats blancs, contenant de petites parcelles jaunâtres.

À trois heures de l'après-midi, la température est de 103, le pouls 120, la respiration 30.

Auscultation très difficile, la malade toussant continuellement.

À droite, dans la fosse sus-épineuse et les creux sus- et sous-claviculaires, expiration prolongée et diminution de la sonorité. Au dessous, quelques frottements pleuraux, restes de la pleurésie initiale. Dans tout le lobe inférieur, la respiration est excessivement faible.

À gauche, au sommet, râles sibilants, quelques crépitations, submatité légère. Dans tout le reste du poumon, la respiration est excessivement faible.

Les crachats furent examinés le lendemain. Ils contenaient des bacilles de Koch, petits, et se colorant fortement.

La marche de la maladie me paraît facile à reconstituer. Il y a eu pleurésie du sommet droit, puis la tuberculose s'est développée rapidement chez cette malade prédisposée, c'est-à-dire sans résistance, et a pris la forme aiguë.

Je fis le diagnostic de tuberculose aiguë, de consommation galopante, et refusai de commencer le traitement, avant que la malade n'eût été examinée par un confrère compétent, et mon diagnostic confirmé.

La malade fut examinée le lendemain par mon ami le docteur Hervieux qui confirma mon diagnostic et avertit la mère que, suivant toutes probabilités, la malade serait morte dans six ou huit semaines, et fut d'avis que, dans ces conditions, on pouvait tout de même essayer le sérum.

Pendant les deux jours qui précédèrent les injections, la température fut de 99 le matin, 102 1-2 l'après-midi.

La première série fut commencée le 25 juin et terminée le 2 août. Elle se composa de 16 injections de sérum anti-tuberculeux, les trois premières de 9 c.c., et les autres de 5 c.c., faites tous les deux jours, et de 4 injections de sérum antistreptococcique.

La malade supporta assez bien ces injections, sauf la deuxième, qui causa un érythème très douloureux, suivi d'une élévation de la température, qui atteignit 105, le lendemain de l'injection.

Le 3 juillet, après la 4ème injection, la température est de 98.1 le matin, et ne monte qu'à 101 l'après-midi. Pour la mère, qui suit de près la malade, l'amélioration est certaine, quoique peu marquée.

10 juillet. — La malade tousse moins, dort mieux, mais n'a pas d'appétit. La température ne dépasse plus 101.

14 juillet. — L'appétit commence à renaître. La malade a pu manger un assez bon morceau de bifteck. Depuis deux jours, la malade a bien dormi, et très peu toussé, et n'a pas transpiré la nuit.

Le 20 juillet, le docteur Marcil me remplace. La malade ne tousse guère que le matin et le soir.

Le 30 juillet. — L'appétit est bon ainsi que le sommeil, et la malade tousse très peu.

L'amélioration se continue de la sorte, régulièrement.

A partir du 18 août, la température ne dépasse plus 100, et la malade qui mangé bien, très bien même, et fait tous les jours que petite marche sur la galerie, ne tousse presque plus.

La deuxième série est recommencée le 23 août. A ce moment, la température reste sensiblement normale toute la journée, et la malade, qui est toujours faible, mangé et dort bien et tousse à peine. Cette série se compose de douze injections, et se termine le 12 septembre.

La température varie alors de 98 à 99.

Le 4 septembre, je trouve, au sommet droit de l'inspiration saccadée, sans expiration prolongée, avec un peu d'exagération des vibrations vocales et de diminution de la sonorité. Il n'y a plus trace de frottements pleuraux. Dans le reste du poumon, la respiration est faible.

Au sommet gauche, quelques râles fins, et un peu de submatité. Respiration faible dans le reste du poumon.

L'état local est donc amélioré, mais moins que l'état général.

A l'examen des crachats, on trouve, le 15 septembre, des streptocoques, et deux seuls bacilles.

Le 3 octobre, la malade revient de la campagne, où elle a passé quinze jours, et pris un peu de froid au cours d'une promenade en voiture. Elle a eu un peu de fièvre et des douleurs "dans le dos" pendant 2 ou 3 jours. A partir ces deux jours la température n'a guère dépassé 99. Elle tousse un peu, et elle est inquiète. Cependant elle dort très bien et mange beaucoup.

Troisième série d'injections, commencée le 5 octobre, terminée le 24, et composée de 10 injections.

La malade qui pesait 93 livres le 27 septembre, pèse 102 le 24 octobre.

Le 6 novembre pèse 105.

Le 25 novembre, la malade se porte toujours très bien. A l'auscultation le poumon droit semble normal. Au sommet gauche, il y a de petits râles sibilants.

2 Décembre. La malade s'est fatiguée le 19, jour de sa fête. Depuis la température est montée chaque jour à 99,2, et la malade est très inquiète. Mais les signes d'auscultation sont les mêmes qu'en novembre.

Depuis lors, la malade a continué de se bien

porter. La température a été normale, légèrement inférieure même à la normale, sauf pendant quelques jours, par-ci par-là.

De même, elle n'a pas toussé, sauf à la suite d'imprudences, pour s'être mouillé les pieds, avoir pris du froid, et alors, n'a toussé que pendant quelques jours. Je lui ai donné en ces occasions quelques injections de sérum, mais non des séries.

Je l'ai auscultée au mois de mai. Elle respire mal, étant très nerveuse. Mais enfin, il n'y a plus de râles d'aucune sorte aux sommets, et la respiration, pour être un peu faible, s'entend cependant très bien aux deux bases.

Elle est allée, sur ma demande, voir M. le docteur Hervieux chez lui. Il ne l'a pas reconnue, tant le changement pour le mieux est considérable, et a jugé inutile de l'examiner.

La malade a repris ses forces. Elle a de belles couleurs et paraît en parfaite santé.

Elle est en effet momentanément guérie. Le sera-t-elle définitivement, c'est-à-dire, ne redeviendra-t-elle pas tuberculeuse? Je n'en sais rien. Je la crois aussi exposée à s'infecter à nouveau qu'elle l'était avant d'avoir été malade. Mais une nouvelle attaque de la maladie ne saurait empêcher qu'elle ait été guérie une première fois. Guérison ne signifie pas vaccination.

OBSERVATION XVI

H. L.

Mon ami H. L. me vint consulter, pour la première fois, le 13 octobre 1904.

Je ne l'avais pas vu depuis plusieurs mois, et je fus frappé de sa pâleur verdâtre, de sa maigreur excessive et de son apparence de profond épuisement. Affalé dans le fauteuil, il toussait presque continuellement, expectorant de gros crachats purulents, et sa première phrase fut pour me dire qu'il se croyait fichu.

Au mois d'avril, il avait contracté ce qu'il croyait être une de ces bronchites dont il avait coutume d'être atteint plusieurs fois chaque hiver.

Cette pseudo-bronchite fut donc traitée comme les autres, par le mépris et quelques sirops. Mais, à l'encontre des autres, qui guérissaient tant bien que mal, celle-ci persista tout l'été.

Dès le mois de juillet, le malade commença de maigrir un peu, mais ne s'en occupa que médiocrement, et continua de mener joyeuse vie. Au

mois d'août, il partit pour New-York, où il avait l'intention de passer deux ou trois mois. Mais les choses empirèrent rapidement. La toux devint très fréquente, très fatigante, le sommeil mauvais, l'appétit nul. Enfin les sueurs nocturnes apparurent. Le malade dut revenir à Montréal. Il arriva dans les premiers jours de septembre, complètement épuisé. En trois semaines, il avait considérablement maigri. Il passa pour ainsi dire au lit les trois premiers jours qui suivirent son arrivée.

Quelques jours plus tard, il expectora plusieurs crachats striés de sang qui l'inquiétèrent assez pour le faire consulter le docteur Lésperance, qui l'examina, jugea le cas très grave, et, comme à ce moment il ne voulait pas recevoir de malades, me l'adressa.

Avant de me venir voir, le malade attendit deux ou trois semaines, pendant lesquelles son état s'aggrava davantage.

Quand je le vis, l'appétit était absolument nul, la faiblesse extrême, la toux incessante, le sommeil presque impossible, et les sueurs nocturnes profuses.

L'état local était aussi des plus inquiétant. Le poumon gauche était à peu près normal, mais le poumon droit était entièrement pris. On qu'on peut le constater sur la planche No 1. On y entendait du sommet à la base, des craquements humides confluent et des râles sous-crépitaux. Matité dans le creux sus-claviculaire et la fosse sus-épineuse, submatité très prononcée dans la moitié supérieure du poumon, et allant en diminuant d'intensité vers la base.

Le malade, qui est d'une indifférence peu commune, me demande ce que le sérum pourra bien faire dans un cas aussi mauvais que le sien. Je ne laissais pas que d'être très embarrassé. Cependant, comme le début de l'affection ne remontait qu'à six ou sept mois, et bien que tout un poumon fut pris et que l'état général fut mauvais, si nous avions affaire à une infection tuberculeuse pure, sans streptocoques, il y avait grandes chances de guérison, étant donné que l'hérédité était excellente.

Il est vrai que lui-même avait toujours été un fumeur et un cracheur. Il avait eu régulièrement des bronchites chaque hiver, depuis son en-

fance. Mais il convient de dire qu'il s'y était abondamment exposé, et que, de plus, elles avaient toujours assez bien guéri sans traitement.

Les crachats examinés contenaient des bacilles en quantité, quelques microbes vulgaires et pas de streptocoques.

Du 13 au 15 la température ne dépassa pas 99.3.

J'augurai donc assez bien de l'avenir, et je crus pouvoir donner de grandes espérances à la famille du malade.

Les injections furent commencées dès le 15 octobre. L'amélioration fut manifeste, pour moi, dès la sixième injection. Elle le fut pour l'entourage du malade après un mois de traitement. Les injections furent si bien tolérées, que j'en donnai 24 en une seule série, du 15 octobre au 2 décembre.

Le malade était alors considérablement amélioré. Certes, il toussait encore, mais au moins la toux n'empêchait pas un sommeil réparateur. Les sueurs nocturnes avaient presque complètement disparu et l'appétit était assez bon. Le malade avait engraisé.

A l'auscultation pratiquée le 15 décembre, les craquements sont beaucoup moins nombreux et localisés au sommet. Les râles sous-crépitaux sont localisés à la partie moyenne du lobe inférieur.

La seconde série fut commencée le 19 décembre. Elle fut de dix injections, ainsi que les suivantes, dont la dernière se termina vers le 13 avril 1905.

En février, le malade se portait très bien, et l'on ne percevait plus grand chose à l'auscultation. Il ne toussait plus guère que le matin, au lever, et pour expectorer des crachats qui contenaient parfois de rares bacilles, mais dont souvent l'examen restait négatif.

Je dois dire, à l'avantage du sérum, que mon ami fut un mauvais malade. Dès le mois de janvier, il commit de nombreuses imprudences, et il ne fut jamais possible par la suite de l'astreindre au plus simple régime, de lui faire abandonner les 30 ou 40 cigarettes égyptiennes dont il aspirait chaque jour la fumée, non plus que les femmes, qu'il persistait à connaître trop souvent, au

sens de la bible. Tout cela n'allait pas, on le comprend, sans les nombreux verres de "scotch" apparemment nécessaires à la manifestation de la politesse et de l'amitié canadiennes.

Malgré tous ces contre-temps, la santé était parfaite dès les premiers jours de mai, et l'auscultation ne faisait rien constater d'anormal dans les poumons.

A plusieurs reprises, depuis le mois de janvier, j'avais prié le docteur Lespérance de revoir le malade afin de constater les résultats du traitement. Mais ne voulant recevoir aucun tuberculeux, il avait refusé. Je le priai de nouveau de le voir durant le mois de mai, lui assurant que le malade ne toussait plus, et que l'on ne percevait plus rien dans les poumons. Il refusa cependant, préférant attendre encore.

C'est alors que je priai le docteur Hervieux de bien vouloir examiner mon ami, ce qu'il fit de la meilleure grâce du monde. Il ne put rien découvrir d'anormal dans les poumons. Rien ne lui faisait même soupçonner lequel des deux avait été malade.

Cette constatation est très importante, comme on le verra plus tard.

A ce moment, mon ami était resplendissant de santé et pesait 195 livres, de 147 qu'il pesait quand il m'était venu consulter.

Mais il s'occupait et s'occupe encore d'automobilisme, et il avait repris ses anciennes habitudes.

Il s'imposa tant de fatigues, fit de telles imprudences qu'il prit, en juillet, une très violente bronchite. Je l'examinai, et le fis examiner de nouveau par le docteur Hervieux. Les deux poumons étaient remplis de râles sous-crépitants et de râles sonores.

Le docteur Hervieux conseilla, (le malade étant tuberculeux) de reprendre les injections et mon ami consentit à en prendre, très irrégulièrement d'ailleurs, à partir du 20 juillet. Mais aucun avis de ma part, aucune supplication de la part de sa famille ne parvint à lui faire abandonner les longues courses en automobile, souvent à des heures avancées de la nuit, les cigarettes, les petits verres et le reste.

Les résultats furent défavorables. La bron-

chite s'améliora, mais les craquements reparurent au sommet droit, d'abord peu nombreux, puis augmentèrent lentement.

Pendant le mois d'août le malade prit six injections.

Dès les premiers jours de septembre apparut une irritation très fatigante de la gorge, s'accompagnant de gêne pendant la déglutition. Bientôt la gêne fut remplacée par une véritable douleur au point que l'alimentation devint difficile et que le malade se mit à maigrir rapidement. Le docteur Duhamel constata une petite ulcération laryngée accompagnée d'œdème. Au lieu du repos du silence, des vaporisations conseillées en plus des applications locales, le malade continua à fumer des cigarettes et à conduire son auto.

Cependant son état s'aggravait rapidement. Il y eut des crachats striés de sang, l'alimentation devint très difficile, les sueurs nocturnes reparurent. La toux était fréquente et douloureuse.

Les craquements augmentèrent en nombre et en étendue, au sommet droit et l'ulcération s'agrandit.

En même temps que les craquements, persistaient des râles de bronchite dans les deux poumons.

Pendant les mois de septembre et d'octobre, le malade prit encore une vingtaine d'injections dont quelques-uns de sérum antistreptococcique. Mais elles furent de peu d'effet, le malade refusant de se mettre au repos et ne pouvant, d'autre part, s'alimenter convenablement.

Cependant, vers la troisième semaine d'octobre, l'état général était si mauvais, les douleurs laryngées si vives que le malade consentit à garder la chambre et à réduire considérablement le nombre de ses cigarettes. En quinze jours, pendant lesquels il prit régulièrement ses injections, l'amélioration fut considérable.

Après trois semaines de repos la déglutition était plus facile, la toux beaucoup moins fréquente, les sueurs presque disparues. A l'auscultation, on ne trouvait plus que de rares craquements au sommet droit et quelques râles de bronchite dans les deux poumons.

C'est alors que le docteur Lespérance consentit à examiner le malade.

Il le trouva très amélioré et admit que le traitement par le sérum avait été très efficace. Je lui fis remarquer que nous avions affaire à une seconde infection, la première ayant été complètement enrayerée par le sérum, et que dès le mois de mai, l'auscultation ne faisait plus rien percevoir d'anormal dans les poumons. Il n'en voulut rien croire, prétendit que c'était impossible. Il eut même l'air de suspecter ma bonne foi. Je lui fis remarquer que je n'étais pas le seul à avoir constaté la chose, mais que notre excellent confrère le docteur Hervieux avait aussi examiné le malade.

Le docteur Lespérance n'en persista pas moins dans son opinion.

Quoiqu'il en fut, le malade prit encore quelques injections de sérum pendant le mois de novembre et dans les premiers jours de décembre il partit en assez bon état pour la Caroline du Sud, passa l'hiver dans un luxueux hôtel, jouant au golf et montant chaque jour pendant plusieurs heures.

Il est revenu au mois d'avril en excellente santé. Les poumons n'offrant rien d'anormal à l'auscultation.

Il a repris avec quelque modération, ses habitudes d'autrefois, et jusqu'à présent tout va bien.

Il a reçu près de 90 injections de sérum.

Ce malade est-il guéri ? La tuberculose ne se manifesterait-elle pas chez lui par une nouvelle infection, ou même par le réveil d'anciens tubercules actuellement inoffensifs ? Je n'en sais rien. Mais ce qu'on ne saurait nier, c'est qu'à deux reprises il fut en proie à une tuberculose pulmonaire grave, et que les deux fois il s'en est guéri avec une rapidité peu habituelle que je crois avoir raison d'attribuer au sérum de Marmorek, puisque ce fut le seul traitement employé.

J'insisterai encore une fois, et pour finir, sur le fait que la guérison de la première attaque fut si rapide qu'elle parut impossible au docteur Lespérance, qui a une vaste expérience en fait de tuberculose.

Thérapeutique

La genèse et eaux thermales et ses rapports avec le volcanisme

(Par M. Armand Gauthier (de l'Institut de France).)

“ Les eaux thermales, celles qui sortent des terrains profonds à une température élevée et avec un débit constant sont-elles dues à l'infiltration des eaux superficielles, qui pénètrent à travers les fissures des strates terrestres, s'y minéralisent, s'y réchauffent en parcourant les zones rapprochées du feu central et reviennent ensuite au jour, en vertu de leur moindre densité et sous la pression des gaz et vapeurs développés, grâce à leur échauffement ?

Cette opinion est encore aujourd'hui celle de la plupart des géologues.”

M. A. Gauthier, citant les témoignages de E. Jacquet, Elie de Beaumont, E. Suess, et, tout en se rapprochant des conceptions de ces auteurs, “ croit que les sources thermales, celles, du moins à température constante et élevée sont empruntées en partie à une sorte de distillation des roches profondes qui récupèrent elles-mêmes, leur eau, grâce au dégagement d'hydrogène provenant du feu central, hydrogène, qui réduisant les oxydes qu'il rencontre, forme de l'eau nouvelle qui va réhydrater les roches profondes déshydratées par le feu.”

I La production des eaux thermales est une suite atténuée de phénomènes éruptifs.

Presque toutes les eaux minérales chaudes sortent soit des filons métalliques, exploitées ou non, ou de fentes raccordées à ces filons par leur direction commune, soit des failles ayant autrefois donné issue à des produits éruptifs ou du moins contemporaines de la venue au jour de ces produits. C'est aussi l'opinion de M. Elie de Beaumont et de H. Müller. Les sources de Carlsbad, de Marienbad, d'après E. Suess, contiennent les éléments que l'on trouve dans les émissions volcaniques et qui caractérisent cette origine.

A l'appui de ce fait, que c'est surtout dans les régions à volcans, anciens ou actuels, que l'on rencontrent les sources thermales actuelles, l'au-

teur, passe en revue les différentes sources, montrant leur origine et leur orientation avec de nombreux exemples et conclut en disant " que les eaux thermales sont le plus souvent en relation avec les volcans, anciens ou modernes, qu'elles sortent des failles mêmes qui ont donné autrefois issue aux vapeurs métalliques, aux gaz et aux déjections pierreuses d'origine ignée, que ces eaux thermales paraissent donc être liées par une origine commune aux éruptions dues au feu central."

Quelle peut être la cause commune de ces phénomènes, la relation directe qui doit exister entre la genèse des eaux thermales et celles de phénomènes éruptifs ?

II Les fractures et effondrements des couches terrestres profondes sont la cause du volcanisme.

L'hypothèse tendant à prouver que les eaux thermales et les volcans eux-mêmes, emprunteraient leur eaux aux pluies, aux glaciers et aux mers pénétrant grâce à la pesanteur ou par capillarité, jusques aux grandes profondeurs, n'explique pas suffisamment le phénomène du volcanisme, car il faut tenir compte quant à la pesanteur, des contre-pressions qu'exerceraient l'action des gaz produits au rouge, dans cette zone de passage, grâce à l'action même de l'eau sur les matériaux ambiants. D'autre part, si par capillarité l'eau pouvait s'introduire continuellement et régulièrement dans la région des laves, il serait impossible d'expliquer les irrégularités et intermittences, souvent plus que séculaires des éruptions volcaniques. Toutes ces difficultés d'interprétations disparaissent, si, comme le dit, M. A. Gauthier, l'eau est brusquement apportée dans ces régions profondes du globe où règne la température du rouge, au hasard des conditions de déséquilibre qui créent les fractures et tassements subits des assises terrestres.

La réalité de ces grands effondrements est indéniable. Citons la dépression du bassin de la Hongrie, du bassin de la Mer Noire, les affaissements qui formèrent la Méditerranée, l'immense approfondissement du Pacifique et de celui du golfe au Mexique et des Antilles.

Rappelons l'engloutissement partiel de l'île de Krakatau, dans le Pacifique, qui en 1883, fit disparaître dans la profondeur de la mer une montagne de 800 mètres d'altitude. Rappelons que la ter-

rible éruption du Vésuve qui détruisit Pompéi en 79, avait été précédée, peu d'années avant de tremblements de terre, qu'il en est ainsi de la plupart des éruptions, elles sont accompagnées le plus souvent de séismes importants qui les annoncent ou les précèdent. Et l'auteur conclut que les éruptions volcaniques et la formation des eaux thermales ne sont que le résultat et l'expression extérieure des modifications d'équilibre mécanique et clinique, qui se passent dans les profondeurs.

III Relations qui lient l'instabilité de l'équilibre des roches terrestres avec les phénomènes volcaniques et la formation d'eaux nouvelles.

M. Gauthier expose le résultat de ces observations, faites de 1899 à 1902, sur la constitution des roches cristalliniennes et sur les curieux effets de leur échauffement. Lorsqu'on porte au rouge naissant et dans le vide la poudre des roches primitives ; granits, porphyres, trachytes, gneiss, etc., il s'en échappe toujours de l'eau et des gaz, parmi lesquels prédominent l'acide carbonique et l'hydrogène.

Cette eau, n'est pas une eau d'imbibition ou de carrière, car elle est, en majeure partie combinée aux matériaux de la roche qu'elle n'abandonne qu'au rouge. Ses éléments en sont fortement combinés, à l'état d'hydrates ou autrement, aux principes constitutifs des granits, porphyres, à la façon de la potasse ou de la silice.

En même temps que cette eau, il sort aussi de la roche, de 3 à 18 fois son volume de gaz nouveaux. Chose intéressante, ces gaz ont la composition de ceux des fumerolles volcaniques. La quantité d'eau mise en liberté lorsque du granit est porté au rouge, ne s'élève pas à moins de 25 à 30 millions de tonnes pour 1 kilomètre cube de cette roche, la moins riche en eau. Réduite en vapeur, cette eau occuperait, à 100 degrés un volume de 43 milliards de mètres cubes et à la température de 1100 degrés le volume de 160 milliards de mètres cubes. En même temps, il se fera 7 milliards de mètres cubes de gaz, calculés à 1100 degrés. Il en résultera une pression de 7800 atmosphères.

— ♦ —

La prétendue pénétration des eaux de la mer dans les profondeurs ne saurait expliquer d'ailleurs la formation des sources salées thermales,

qui, telles que celles de Bourbonne, Hombourg, Carlsbad, sont en p^r in continent. En étudiant le mécanisme des eaux thermales salées, nous verrons que leur sel arrive directement des régions ignées qu'il est de nouvelle formation.

L'effondrement, la dislocation ou l'écrasement, et comme suite l'échauffement subits et en masse des roches les plus profondes qui déterminent les phénomènes éruptifs, ne sont mêmes pas nécessaires pour assurer l'écoulement continu des eaux thermales. Il suffit pour entretenir leur écoulement, d'une sorte de distillation lente des roches primitives dans cette région déjà très chaude où l'eau tend à s'échapper de la roche dès que s'élève la température, et à se recombina à elle au moindre refroidissement relatif du milieu. C'est ainsi que sans violence ni débauches subites l'eau nouvellement formée va couler régulièrement par les sources, comme se dégagent sans cesse du sol terrestre, l'acide carbonique, l'hydrogène, l'azote, qui se produisent comme l'eau et avec elle dans les profondeurs, sans qu'interviennent pour cela les phénomènes éruptifs proprement dits. Seules les brusques et violentes émissions de vapeurs d'eau, de gaz, de cendres et de laves sont la conséquence des effondrements ou dislocations subitement survenues dans les régions les plus profondes de la croûte terrestre.



IV.—Réactions chimiques génératrices des principes minéralisateurs des eaux thermales et des gaz volcaniques.

L'acide carbonique, l'hydrogène, l'oxyde de carbone et l'azote sont avec la vapeur d'eau les principaux produits gazeux émis par les volcans.

L'auteur, passe en revue la constitution et la genèse de ces différents gaz, établit leur point de formation, les échanges auxquelles ils donnent lieu, leur décomposition au contact des métaux et leurs réactions. De plus, il fait remarquer que contrairement aux hypothèses jusqu'ici admises, la formation de l'eau, de l'acide carbonique et de l'acide sulfureux se font dans les profondeurs, en l'absence complète de l'oxygène libre, l'eau résultant de la réduction des oxydes et de l'acide carbonique lui-même par l'hydrogène issu des régions incandescentes, cet acide carbonique provenant de l'oxyde de carbone agissant dans ces conditions, l'acide sulfureux et les sulfites, et les sulfates, ré-

sultant de l'action de l'hydrogène sulfuré sur les oxydes au maximum et sur l'eau elle-même. Quant à la silice, qui avec l'eau est le grand agent de minéralisation, l'hypothèse la plus probable est qu'elle dérive des chlorures, sulfures ou azotures de silicium issus des réactions ignées du noyau terrestre.

Les eaux thermales chlorurées sembleraient assurément pouvoir résulter du lavage des couches salines des terrains profonds. Mais, les eaux salées les plus chaudes, celles à température constante, celles qui s'écoulent des failles volcaniques on en rapport avec la venue du jour des roches ayant cette origine, semblent se former bien plutôt par entraînement avec la vapeur d'eau, des exhalaisons de chlorures de sodium issus du foyer central.

Les principaux gaz des eaux thermales chaudes sont l'acide carbonique et l'azote avec ses satellites : l'argon, le néon, etc, auxquels il faut joindre l'hélium. Tous ces gaz, ne sauraient provenir de l'atmosphère où ils n'existent pas en quantités aussi grandes. L'hélium en particulier ne s'y trouve qu'à l'état de faibles traces. Ces gaz proviennent des régions centrales du globe, régions encore incandescentes, d'où nous vient, l'hydrogène qu'ils accompagnent ; ils se dissolvent ensuite dans la vapeur d'eau que ce dernier élément forme en s'oxydant.

Les sources thermales ne répondent pas au stade d'explosion des roches les plus profondes, mais bien à celui de leur distribution.

CONCLUSIONS

Comme la production violente des gaz, des vapeurs et des laves, qui caractérisent les phénomènes éruptifs, la genèse des eaux thermales proprement dites dérive des réactions ignées se passant dans les régions incandescentes du globe. Les phénomènes volcaniques, aussi bien que la venue des eaux chaudes, sont provoquées par la destruction plus ou moins subite de l'équilibre mécanique et chimique qui présidait à l'état de roches dans les régions profondes où elles atteignent le rouge. Grâce à la contraction continue de la croûte terrestre, à l'accroissement irrégulier de ses couches sous les continents et sous les mers, à l'ascension plus ou moins rythmée des laves sous-jacentes que cette pression tend à injecter à tra-

vers les failles des terrains primitifs, cet équilibre se rompt brusquement par places, à des époques essentiellement irrégulières. De l'injection brutale des matières fondues à travers les fractures occasionnées par ces débâcles, résulte, suivant le mécanisme analysé dans ce travail, la production rapide d'un énorme volume de vapeur d'eau et de gaz, qui tendent à s'échapper, avec les laves, par toutes les fentes et conduits de moindre résistance. Ainsi se fait l'éruption volcanique. Si, au contraire, résistant aux ruptures, les roches profondes sont lentement rechauffées au contact des laves ; si, au lieu d'être injectées brusquement dans les cassures et anfractuosités récentes, les matières fondues ne viennent que baigner pour ainsi dire le pied des roches déjà concrétées, les rechauffant surtout par conductibilité, dans ce cas, celles-ci ne perdent plus que lentement leur eau de constitution ; mais dès qu'elle est libre, cette eau attaque les matériaux ambiants et produits en abondance des vapeurs et des gaz qui tendent à repousser et éloigner momentanément le flot des laves remontantes.

Plus tard les produits gazeux formés, s'étant échappés avec la vapeur d'eau, vers les régions supérieures, la remontée des laves se reproduira. De là, ces pulsations rythmiques, qu'on a remarquées dans la sortie de beaucoup d'eaux thermales pulsations dues aux réchauffements et refroidissements relatifs provoqués par l'oscillation des laves qu'éloignent momentanément la détente des gaz et des vapeurs brusquement formés. Grâce à ces oscillations, l'eau distille des roches les plus profondes quand les laves remontent, et peut leur être restituée lorsque, grâce aux laves qui redescendent et à la détente des vapeurs formées, le milieu tend à se refroidir sensiblement.

Des profondeurs du globe s'échappent continuellement de l'hydrogène. Il emprunte l'oxygène qui lui est nécessaire pour former de l'eau aux matériaux fondus qu'il réduit ; cette eau s'unit plus loin aux silicates constitutifs des roches déshydratés formés et peut se dégager de nouveau si la roche se réchauffe postérieurement à une température suffisante.

Nous avons dans ce mémoire expérimentalement analysé les multiples réactions que la vapeur d'eau, dès qu'elle est libre produit au rouge au contact des principes rocheux ou des vapeurs

salines et métalliques venues des zones incandescentes. Nous avons montré comment cette eau modifie les chlorures, les sulfures, l'hydrogène sulfuré, les oxydes libres ou sous forme de silicates, etc, et comment les produits formés : acide chlorhydrique, acide sulfurique oxy-sulfure de carbone, silice, etc, réagissent entr'eux et sur les roches en présence de l'hydrogène, de l'oxyde de carbone, du soufre, des vapeurs métalliques venues des profondeurs.

A la haute température de ces régions, les vapeurs métalliques et salines, la vapeur d'eau et les gaz dus à ces actions chimiques ou qu'apportent les exhalaisons centrales, tendent à s'échapper à travers toutes les fentes des terrains déjà concrétés. Les vapeurs métalliques se déposent d'abord dans les failles les plus profondes. Les vapeurs salines ensuite. Quant à la vapeur d'eau, elle ne se liquéfie que plus tard dans les régions moins chaudes, laissant d'abord cristalliser, au cours de son long trajet, les sels que sa vapeur entraînait, et expulsant l'excès des gaz qui l'accompagnaient. Désormais constituée avec ses sels et gaz résiduaux à l'état d'eau thermo-minérale, celle-ci, ne changera plus sensiblement de composition jusqu'à son émergence.

C'est ainsi que, sous forme d'éruptions volcaniques, de volatilisations et précipitations de principes métalliques filoniens de sources minérales, d'écoulement continue à la surface du globe des gaz acide carbonique et hydrogène et sans doute, aussi de méthane, s'établit un vaste système de circulation qui, depuis le commencement des temps géologiques, emmène du dedans au dehors du globe une partie des matériaux terrestres les plus profonds, tandis qu'en sens inverse, les constituants de l'atmosphère et de l'hydrosphère, les eaux météoriques et celles des océans, aussi bien l'oxygène qu'elles dissolvent, sont entraînés vers les profondeurs par la pesanteur, la capillarité et les actions chimériques. Fixée par les matériaux des roches qu'avait déshydratée le feu, l'eau ne revient plus à la surface, sous forme de sources thermales que si le réchauffement de la roche dans la constitution de laquelle elle est entrée détruit la stabilité de ses combinaisons.

Mais, aussitôt, cette température atteinte, l'eau redevenue libre réagit sur les matériaux ambiants, se minéralise aux dépens des principes qu'elle modifie ou qu'elle reçoit des émanations

centrales et se spécialise définitivement suivant les hasards de l'intervention de ces trois principaux facteurs : la masse de vapeurs minéralisantes venues des régions ignées en chacune des régions où naissent ces eaux, la composition des roches au milieu desquelles elles se forment, enfin la nature des conduits souterrains qu'elles parcourent depuis leur lieu d'origine jusqu'au point où elles arrivent au jour.

Paris, 30 avril 1906.

Comment se fait et en quelle région faut-il faire une injection mercurielle ?

(Par le Dr Camous (1), de Nice)

COMMENT SE FAIT L'INJECTION ?

Il importe ici de redoubler les soins de propreté et d'antisepsie de la région.

Il faut être sûr de sa seringue et sûr du liquide à injecter.— La seringue sera en verre : corps de pompe, piston et porte-aiguille s'adaptant au corps de pompe par frottement, ainsi trois pièces d'une facile stérilisation, j'ajoute d'un nettoyage forcé, car si on omet après l'injection de nettoyer et de séparer les trois pièces, il arrive que le corps de pompe et de piston sont littéralement "coillés."

L'aiguille sera en platine irridié ; elle sera résistante et longue de 5 centimètre. "Il faut pénétrer profondément dans le tissu musculaire. Il faut rejeter absolument la piqûre faite dans le tissu cellulaire sous-cutané."

Cette dernière façon d'opérer provoque une douleur particulière, et dès le lendemain apparaît tout autour une zone d'empâtement.

Je me permettrai deux observations que j'estime importantes :

1o La piqûre faite, l'aiguille retirée, détruisez le parallélisme de la petite plaie ; n'appliquez pas un coton imbibé de collodion.

Il en résulte le plus souvent autour de la piqûre une irritation superficielle provoquée par l'application du collodion ;

(1) Traitement de la syphilis par les injections mercurielles.

2o Massez légèrement la masse musculaire dans le sens des fibres musculaires en respectant le point de piqûre et une circonférence autour d'elle. Ce massage calme la douleur.

"Et maintenant tout est prêt, l'aiguille flambée, la région nettoyée soigneusement : où faire la piqûre ?

"Nous avons formellement rejeté l'injection sous-cutanée."

L'injection intra-veineuse est une exception.

L'injection sous-conjonctivale doit demeurer entre les mains des oculistes.

L'injection intra-rachidienne est à l'étude.

L'injection intra-trachéale n'est pas pratique.

Il reste "comme procédé de choix l'injection intra-musculaire dans la fesse. Mais dans quelle partie de cette région ?"

J'avais demandé au docteur Cunéo, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux de Paris, si l'anatomie de la région donnait une indication, et voici la réponse qu'il m'a faite : "Il ne m'apparaît point que l'anatomie puisse fournir des renseignements bien utiles sur cette question. Tout ce que je peux vous dire en son nom, c'est qu'il y a peut-être intérêt, "a priori", à ne point pratiquer la piqûre au voisinage de l'émergence dans la fesse du nerf fessier supérieur.

"Vous savez que celui-ci apparaît dans la région sur une ligne allant de l'épine iliaque postéro-inférieure au grand trochanter, à environ huit centimètres de la ligne médiane."

Effectivement, de nombreuses mensurations nous ont montré que le point d'émergence des nerfs se trouve sur une ligne oblique qui va de l'épine iliaque postéro-inférieure à l'extrémité du grand trochanter et mesurant quatorze centimètres.

"C'est sur cette ligne, à huit centimètres (8-8 1-4—8 1-2) de la ligne médiane que se trouve exactement le foyer à éviter."

"Il faut donc piquer au-dessus de cette ligne et autant que possible en dehors."

Cette restriction faite, on se rend compte qu'il reste une vaste région à la disposition du méde-

cin, mais que dans cette zone, il n'y a pas de point plus spécialement désigné.

Nous avons fait des recherches sur le point que les étudiants en médecine navale de Toulon désignent sous le nom de point de Galiot.

Celui-ci désignait un point qu'il établissait :

1o à l'intersection d'une ligne passant à 3 travers de doigt au-dessus du grand trochanter, horizontalement, et 2o d'une seconde ligne verticale passant par le tiers interne de la fesse.

Ce point vérifié prouve que Galiot faisait sa piqûre en un point exactement au-dessus du point d'émergence dans la vaste zone dont nous avons parlé.

Mais, je le répète, dans cette région tous les points sont bons, et rien de spécial ne distingue un point de préférence à un autre.

Il est entendu que l'on ne fera pas de piqûre dans la partie fessière inférieure et que l'on respectera l'ischion.

La seringue est tenue bien perpendiculairement, l'aiguille enfoncée rapidement, profondément en amenant le plus de plan musculaire.

Il faut pousser le piston très lentement, sans se presser, car il est indispensable de ne pas distendre trop brusquement les tissus ; l'aiguille sera retirée d'un coup sec. Ai-je dit que le malade doit être couché à plat ventre et qu'il se reposera quelques instants après la piqûre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Association medico-chirurgicale du district de Joliette

Séance du 10 Septembre 1906

Membres présents : — Messieurs les Docteurs A. Labrèche, St-Roch 1, Achigan ; Edgar Turgeon, St-Jean de Matha ; G. Desrosiers, St-Félix de Valois ; J. O. Gadoury, Berthierville ; J. A. Magnan, Joliette ; J. A. Barolet, Joliette ; Joseph Marion, Joliette ; J. E. Paquin, St-Dida-ce ; J. O. Beaudry, St-Jacques L'Achigan ; J. C. Bernard, Joliette ; Joseph Melançon, St-Li-

guori ; J. P. Laporte, Joliette ; Henri Archambault, St-Gabriel de Brandon ; Eugène Landry, St-Barthélemy ; Siméon Martineau, Lavaltrie ; J. A. Magnan, Ste-Elizabeth ; L. A. Massé, St-Thomas ; Adrien Bonin, Joliette ; J. A. Paquet, Ste-Elizabeth ; Téléphore Morin, St-Lin ; Philippe Désy, St-Barthélemy ; P. V. Lavallée, St-Félix de Valois ; J. J. Sheppard, Joliette ; G. H. Martineau, E.E.M. ; Albert Laurendeau, St-Aabriel de Brandon.

L'IMPORTANCE DE LA DIÉTÉTIQUE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES.

Monsieur le Dr C. N. Valin, de Montréal, donne une conférence sur ce sujet et a su conserver l'attention de tous les membres présents pendant deux heures et demie. Le conférencier dit que ce sujet est trop vaste pour pouvoir être traité en entier, en une seule causerie ; qu'il a choisi ce qu'il y a de plus utile, de plus pratique dans cette importante branche de la médecine. Après avoir défini la diététique, M. Valin définit les bases scientifiques sur lesquelles elle s'appuie ; puis, fait une revue des régimes généraux, tels que : régimes lacté, déchloruré, hypoazoté, hyperazoté ou carné, et reminéralisateur ; enfin il appuie d'avantage sur les régimes spéciaux, parmi lesquels il a choisi les plus utiles au médecin et au chirurgien, tels que : régimes des fiévreux, des convalescents, des tuberculeux, des brightiques, des dyspeptiques. Puis le conférencier ajoute : " J'ai laissé de côté les régimes spéciaux de l'arthritisme, de la lithiase biliaire et rénale, de l'obésité, des dermatoses inflammatoires, parce que cela dépasserait le cadre d'une seule conférence. De même j'ai dû mettre de côté le régime lacté de l'enfance qui, à lui seul exigerait une conférence d'une heure."

Monsieur le Docteur Lavallée, de St-Félix de Valois, félicite chaleureusement Monsieur le Dr Valin, au sujet de son travail à la fois extrêmement instructif et intéressant, et offre au nom de tous les membres, des remerciements sincères à Monsieur le Dr Valin.

Monsieur le Dr A. Laurendeau ajoute que, si les comparaisons n'étaient pas si souvent odieuses, il dirait que c'est la plus intéressante conférence que nous ayons eue depuis la réorganisation de notre société.

L'Association décide de faire distribuer à cha-

cun de ses membres une copie de la conférence de Monsieur le Dr Valin, dès que ce travail aura été publié par l'un de nos journaux médicaux.

Monsieur le Dr Bernard se charge de faire imprimer et photographier les tableaux synthétiques qui accompagnent cette intéressante conférence, et d'en faire la distribution aux membres de l'Association.

“ RE ” CHARLATANS

Monsieur le Président rapporte qu'il y a actuellement quatre actions pendantes, dont l'une contre Farley, une autre contre Dupuis et les deux dernières contre Mirault. Puis il ajoute qu'il vient d'être informé que le rebouteur Mirault par l'organe de ses avocats propose le règlement suivant: Il paiera tous les frais des deux actions et la somme de \$50.00 à l'Association, étant une demi-amende pour chaque cas.

Quelqu'un fait remarquer que les “ amendes ” de Monsieur Mirault ne sont pas des “ philippiques ”; et l'assemblée rejette unanimement ces propositions. Dans tous les cas, les procédures devront se faire incessamment.

“ RE ” TARIF DES COMPAGNIES D'ASSURANCES

M. le secrétaire lit une lettre de M. le Dr Paquet de Ste-Elizabeth dans laquelle ce dernier déclare avoir reçu à diverses époques depuis notre dernière réunion, la somme de \$60.00 de la Sauvegarde pour douze examens médicaux. Chacun de ces risques était de \$1000 ou \$2000. M. Paquet, présent, confirme ces faits.

M. le Dr Lavallée de St-Félix de Valois dit que la New-York Life lui a payé dans le mois dernier \$5.00 pour un examen. Montant de l'assurance \$3,000.

Monsieur le Dr Landry de St-Barthélemy confirme le fait que la Sauvegarde paye \$5.00 à ses médecins examinateurs, puisqu'elle lui a accordé ce montant tout dernièrement au sujet d'un examen qu'il a fait pour cette compagnie. Montant \$1000.

Monsieur le Dr Rivard, de Joliette, dit qu'il a fait deux examens pour l'Aetna il y a environ deux mois, et qu'il a reçu \$10 pour ce travail. Ces risques étaient inférieurs à \$5,000.

Monsieur le Dr Paquin, de St-Didace, nous informe que le 9 janvier 1906, il a fait deux examens pour la Home Life Ass., et qu'il a reçu \$10 pour ces deux examens. Montant \$1,000 chacun.

Monsieur le Président est heureux de constater que nos efforts auprès des compagnies d'assurances pour obtenir un réajustement équitable de nos honoraires sont sur le point de réussir. Et il ajoute: “ Les divers témoignages rapportés ici à ce sujet en sont une preuve, et me sont particulièrement sensibles. J'invite notre secrétaire, tous les adhérents à notre Association, de même que tous les membres de la profession médicale de la province, à persévérer dans la voie qui a été adoptée par la presque unanimité de nos sociétés médicales.

“ Je vous dirai avec orgueil, Messieurs, que notre Association ne se contente pas seulement de lutter ici sur notre territoire, lutte quasi défensive; mais à l'instar des anciens Romains, nous avons porté la guerre chez les Carthaginois, c'est-à-dire chez les Américains. Notre secrétaire me passe un article du “ Wisconsin medical recorder ” qu'il me fait plaisir de vous communiquer, et je suis informé qu'une série de petits articles analogues paraîtront de temps à autre dans l'American Journal of Clinical medicine, (Chicago), dans le New-York Medical Journal, de même que dans nos journaux anglais de Montréal et de Toronto:

“ Physicians fees for examinations for Life Insurance Companies in the Province of Quebec.—A few years ago, most all the life insurance companies of North America, used to physicians, \$5.00 per examination.”

Since the recent inquiries about the administration of the administration of the companies, which has shown wasting, and lots of enormous wrong expenses, &c., the companies, having decided to economize, began by cutting down the physicians, fees to \$3.00.

Actually, a considerable work is going on, in the province of Quebec, against this decision of the insurance companies about a year ago, the medical association of the district of Joliette, adopted to unanimity the following resolutions:

“ Any physicians of this district will not make any examination for the insurance companies for less than \$5.00, and for the Mutual Secour Society, less than \$2.00.” And nine medical

associations, which cover mostly all the province of Quebec, have adopted resolutions alike.

These medical associations are : Sherbrooke Medical Society, Wolfe Medical Society, Beauce Medical Society, Portneuf Medical Society, Terrebonne Medical Society, Shefford Medical Society, Chicoutimi Medical Society, Lac St-Jean Medical Society and Three Rivers Medical Society. The French Language Physicians, Congress, held at Three Rivers, on the 26, 27, 28 of June last, 1906, examined that question and adopted resolutions to support the movement begun by the associations. Even more, the Board of Governors of the College of Physicians and Surgeons of the province of Quebec, seized that question at the assembly of the 4th of July, 1906, and postponed its study to September next.

ALBERT LAURENDEAU,

M. D. Sec. Trés.

Ass. Med. Chir. du district de Joliette.

"RE" TARIF DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

Considérant que la société des Artisans est à peu près la seule parmi les sociétés de secours mutuels qui refuse de payer \$2.00 par examen médical à ses médecins.

Il est proposé par le Dr Landry, secondé par le Dr Martineau.

Que copie de la résolution re, "tarif des examens médicaux pour les sociétés de secours mutuels," adoptée par l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette le 11 septembre 1905 soit envoyée au Bureau central de la Société des Artisans ; et, que copie de la présente résolution soit aussi envoyée à toutes les sociétés médicales de la province. Adopté.

"RE" MEDECINES BREVETES

Lecture d'une lettre de l'Honorable Premier Ministre, Sir Wilfrid Laurier, accusant réception des résolutions de l'Association, "re", médecines brevetées, 11 juin 1906, et disant qu'elles seront prises en considération.

Lecture de la lettre suivante de M. le notaire J. E. Archambault, député de Berthier au fédéral;

St-Gabriel de Brandon, 19 juillet 1906.

Monsieur le Dr A. Laurendeau, Sec.

Monsieur le Secrétaire,

J'ai bien reçu votre lettre du 31 mars dernier, relative à un projet de loi tendant à réglementer les médecines patentées. J'ai même suivi ce projet de loi devant le comité chargé de l'étudier ; je vous demande bien pardon du retard à répondre à cette lettre de vous : "Mieux vaut tard que jamais" dit le proverbe, et alors, laissez-moi vous dire que j'approuve pleinement ce projet de loi.

Ces médecines patentées sont employées par tout le monde d'une manière générale, et la plupart du temps, la même médecine est employée comme remède universel.

Il n'est pas nécessaire je crois, surtout parlant à des médecins éminents, d'appuyer sur les avantages qu'il y aura pour tout le monde de savoir les qualités et quantités des matières qui composent ces médecines. Le public en userait avec connaissance de cause, et nos médecins pourraient même les recommander, ce qui ferait l'affaire et des inventeurs et du public.

Ainsi je vous déclare que je suivrai le projet de loi dans ses phases, et s'il n'en dépend que de moi chaque remède patenté indiquera ce qu'il contient à sa face même, comme l'indique toute prescription de médecin.

Votre tout dévoué,

J. E. ARCHAMBAULT.

Monsieur le secrétaire fait remarquer que M. le Député de Berthier exprime au sujet de cette question une opinion analogue à celle de M. le Député Dugas, et il l'en félicite.

Il est regrettable que Monsieur le Député Du-beau, n'ait pas jugé à propos d'émettre une opinion à ce sujet, ni même d'accuser réception des résolutions de l'Association, son opinion fût-elle défavorable aux vues unanimes de la profession dans ce district.

Quant à Monsieur Charlemagne Laurier, il est à supposer que la maladie grave dont il souffre depuis assez longtemps déjà, l'a empêché de s'occuper d'affaires, pouvant lui imposer un travail.

Proposé par M. le Dr Beaudry de St-Jacques, secondé par M. le Dr Lavallée de St-Félix de Galois : que les membres de l'Association approuvent entièrement les vues exprimées par M. le Député de Berthier dans sa lettre du 14 juillet, et lui offre des remerciements sincères pour l'expression publique de ses opinions. Adopté.

Nomination d'officier rapporteur aux prochaines élections des Gouverneurs du Bureau Provincial

L'association recommande M. A. M. Rivard de Joliette à cette charge.

ELECTION DES OFFICIERS

Monsieur le Dr Beaudry, de St-Jacques, est nommé président ; M. le Dr Bernard, de Joliette, Vice-président ; et M. le Dr Albert Laurendeau, de St-Gabriel de Brandon, Secrétaire-Trésorier. Le comité de régio est composé de M. les Drs Lippé, de St-Ambroise, et Martineau, de Lavallée. MM. les Drs Lavallée, Turgeon, J. O. Gadoury, et Joseph Marion son nommés membres du tribunal de discipline. La commission "ré" charlatans est formée de MM. les Drs Bernard, Rivard et Sheppard.

M. le Dr Beaudry remercie les membres de l'Association de l'honneur qui lui est fait et propose secondé par le Dr Archambault qu'un vote de remerciement soit offert aux officiers sortant de charge. Adopté.

Le secrétaire-trésorier fait rapport que actuellement les fonds de l'Association se montent à la somme de \$200.

La séance est ajournée au 10 décembre prochain. Les membres se réuniront à l'hôtel Commercial à 1 heure p.m.

ALBERT LAURENDEAU.

Association Médicale du district d'Arthabaska

La Société Médicale du district d'Arthabaska a tenu sa dernière réunion dans la salle des séances du conseil de Ville à Victoriaville le 4 septembre dernier.

Étaient présents Messieurs les Docteurs E. T. Belleau et Blondin d'Arthabaska, Poulin et Mascotte de Victoriaville, Couture, de Tingwick, Brassard et Garneau, de Stanfold, Roger, de Ste-Julie, Richardson et Desjardins, de Lyster.

L'assemblée s'ouvre à 4 heures sous la présidence du Dr Belleau.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière réunion.

Le Docteur C. Delage, de Robertson Station, est admis membre de notre association.

Le Président donne lecture d'une communication de la Société Médicale de Trois-Rivières, au sujet de l'impression et de la distribution d'une pancarte contenant des conseils aux jeunes mères de famille. L'assemblée ne prend aucune décision à ce sujet.

Le Dr Belleau est nommé délégué de notre Société à la réunion de la "Commission de la Tuberculose" devant siéger à Québec le 26 septembre.

L'assemblée considère ensuite le projet de "Formation d'un Bureau Provincial d'Examina-

teurs." Le secrétaire est chargé d'écrire au Dr L. J. O. Sirois, gouverneur, notre représentant dans le Bureau du collège des Médecins, et de lui dire que notre association le laisse libre d'agir à sa guise à ce sujet.

Le secrétaire est aussi chargé d'écrire au Dr Sirois, gouverneur, pour lui demander de travailler à ce que Monsieur X., pratiquant la médecine sans licence dans notre district, soit tenu de passer par la filière ordinaire avant d'obtenir sa licence du collège des médecins.

Le secrétaire donne lecture d'un travail sur "l'État de la question du tarif des examens médicaux pour assurance." L'assemblée discute cette question. Finalement la conclusion suivante est adoptée :

"Tout en admettant le bien fondé du principe d'adoption d'un nouveau tarif pour les examens médicaux pour assurance, notre association ajourne sa mise en vigueur à une date afin qu'il y ait entente et unanimité entre tous les médecins de la province à ce sujet."

Puis l'assemblée est saisie d'un cas de violation flagrante de la Déontologie médicale. L'assemblée discute le cas et le confrère inculqué est sévèrement censuré. Finalement, le coupable promet sur son honneur réparation complète de la faute commise.

Le Dr Brassard propose, secondé par le Dr Garneau, que la prochaine réunion de janvier ait lieu à Stanfold. Adopté.

A 6 hrs. l'assemblée est déclarée close.

P. E. DESJARDINS, M.D., Sec.

Société Médicale du Comté de Maskinongé

Ste-Ursule, 29 Octobre 1906.

Les médecins du comté de Maskinongé réunis en assemblée à Louiseville, le 25 octobre 1906 se sont formés en association.

Étaient présents MM. les Drs. Plante et Hamelin de Louiseville ; Ferron, de St-Paulin ; Grenier, de St-Léon ; Duhamel et Paquin, de Ste-Ursule ; Caron et Sylvestre de Maskinongé.

MM. les Drs. Coulomba, de St-Justin, Fleury, de St-Léon et Milot de Louiseville, avaient envoyé des lettres donnant leur approbation pour la formation de l'Association.

L'élection des officiers donna le résultat suivant : Président, Dr L.A. Plante, Louiseville ; Vice-Président, Dr W. Ferron, St-Paulin ; Trésorier, Dr L.S. Hamelin, Louiseville ; Secrétaire, Dr J. W. Paquin, Ste-Ursule.

Après discussion de plusieurs questions très importantes pour l'Association, l'assemblée fut ajournée au mois de décembre.

J. W. PAQUIN, M.D., Sec.

Société Médicale de Montreal.

Séance du 6 Novembre 1906

M. Rogl. Boulet occupe le fauteuil présidentiel.

Membres présents : MM. E. Asselin, H. Aubry, Bourgeois, Bédard, Bourgon, Brisset, A. Bernier, Bayard, Bousquet, Cormier, Chaussé, W. J. Dérome, de Collet, Desroches, H. Desmarais, E. Ethier, J. Ethier, A.A. Foucher, N. Fournier, R. Hébert, Harwood, Handfield, E. Gagné, H. Jeannotte, Joyal, Larose, Lamarche, Lemieux, Lesage, Larin, J. Leduc, Lamontagne, Leriche, Lasnier, Lasalle, Alp. Mercier, O. P. Mercier, A. Marcil, F. Monod, R. Masson, J. Meunier, A. Marien, A. Normandin, L. Pariseau, T. Pariseau, Plourde, Racicot, S. N. Roy, J. Rousseau, A. Ricard, Roux St-Denis, E. St-Jacques, Valois (Vaudreuil), Vallin, Verner et plusieurs autres dont nous n'avons pu nous procurer les noms.

M. Art. Laramée, secrétaire donne lecture du rapport de la dernière assemblée. Adopté.

Puis l'on passe à l'ordre du jour.

La rage au Canada, par M. le Dr Loir, de l'Institut Pasteur.

M. Boulet, présente le conférencier, M. Loir, à la Société, il le remercie au nom des membres présents, de l'empressement avec lequel il a accepté l'invitation de venir faire une conférence devant la Société Médicale de Montréal et il invite M. Loir à donner lecture de son travail. (1).

Nous regrettons de ne pouvoir donner qu'un résumé très succinct de ce travail, intéressant dans les moindres détails.

La rage existe-t-elle au Canada ? Oui, répond M. Loir. Il est vrai qu'elle est très disséminée, mais la preuve de son existence est indiscutable. M. Loir, a fait lui-même plusieurs enquêtes, sur des cas suspects et il a conclu par l'affirmative. Peu de cas ont été observés dans la Province de Québec, il n'y a pas d'exemple d'épidémie de rage, seules les provinces de la Saskatchewan et du Manitoba, d'après le rapport du Dr Rutherford, ont souffert d'une épidémie de rage, qui auraient pu causer plus de désastre si des mesures sanitaires sévères n'eussent été exécutées.

M. Monod, se fait l'interprète de la Société Médicale pour remercier le conférencier du travail qu'il vient de lire aux membres, et il partage en tout point l'opinion de M. Loir, quant aux mesures à prendre contre l'invasion de cette terrible maladie, qui, il faut l'avouer, passe, à tort, pour être étrangère à notre pays, et il cite un cas, qui prouve jusqu'où va l'ignorance du service sanitaire de notre ville, pour cette maladie. A une demande de renseignements faites au Bureau de santé, sur la rage, il lui fut répondu par un em-

ployé subalterne que le bureau s'occupait des hommes et non des chiens, et il fut renvoyé à une autre source de renseignements, qui ne pu donner plus de lumière à la question. Il propose donc, que la Société Médicale nomme une Commission, dont M. Loir ferait partie, et dont la but serait de faire de nouvelles recherches sur la question discutée, et jeter ainsi un peu plus de lumière sur cette maladie, en forçant le service sanitaire à prendre des mesures plus énergiques pour empêcher l'invasion de ce fléau, dans notre ville.

M. E. St Jacques, demande à M. Loir, quels furent les résultats pratiques obtenus par le traitement anti rabique, et de quelle manière se fait aujourd'hui le traitement à l'Institut Pasteur.

M. Loir, fait en peu de mots, l'historique de la découverte de Pasteur. Depuis 22 ans, que cette découverte a été faite, elle n'a subi aucune modification. Elle est employée partout, sur presque tous les points du globe, et elle est toujours restée la même.

Quant aux résultats, cette découverte a abaissée la mortalité des gens mordus par des animaux enragés à 3 pour 1000, ce qui est considérable, si l'on considère que la mortalité chez les gens mordus à la figure est, sans traitement de 80 p.c., et ceux mordus aux mains ou sur toutes autres parties du corps de 17 p.c. Que l'on prenne chaque état séparément, la mortalité, est abaissée à 3 pour 1000, s'il y a eu traitement. Quant à la méthode de traitement, elle consiste en ceci : une moëlle est suspendue dans une éprouvette, avec tout l'aseptie possible, au-dessus d'un bain de soude, et elle reste jusqu'à plus ou moins complète dissication 14 jours, telle est la limite fixée par Pasteur, d'autres moëlles sont aussi soumises à la dissication pendant 13, 12, 11, 10 jours. On prend un morceau de la première moëlle, c.-à-d. celle de 14 jours, que l'on broie dans un mortier avec de la glycérine, et on injecte au patient une pleine seringue Pravaz, de la solution, le lendemain, on prend la moëlle de 13 jours et ainsi de suite. Le traitement dure 18 jours. Si le patient suit le traitement aussitôt ou quelques jours après la morsure, la réussite est assurée, et plus il retarde, moins les chances sont favorables.

M. Monod. M. Loir me pardonnera si ce soir je commets une indiscretion à son égard, mais je désire faire connaître M. Loir, mieux encore aux membres de la Société Médicale. Après que Pasteur eut découvert les propriétés curatives de son traitement anti rabique sur les chiens, il voulut en faire l'expérience sur les hommes. Deux de ses élèves, s'offrirent pour se faire inoculer le virus ; l'un d'eux, déjà âgé, portait le nom de Chantemesse ; l'autre, à peine âgé de 21 ans, était M. Loir lui-même.

M. Boulet, remercie de nouveau M. Loir et la séance est levée au milieu des applaudissements.

(1) Cette conférence sera publiée in-extenso dans le prochain numéro de notre journal.

Travaux Originaux

La Rage au Canada

(Par le Dr Loir, ancien préparateur de Pasteur.) (1)

La rage existe-t-elle au Canada ? C'est là une question fort discutée. Lorsque je suis arrivé au Congrès des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord, de Trois-Rivières, en juin 1906, on m'a dit que cette maladie était inconnue et je n'ai pas lu la communication que j'avais préparée.

Depuis cette époque je me suis procuré tous les documents possible sur la rage au Canada et ce sont ces documents que j'ai l'honneur de vous soumettre espérant qu'une discussion utile pourra suivre.

Au Canada on parle de la rage de temps en temps, il y a semble-t-il des cas isolés.

M. le professeur Ahern, Professeur de Clinique à l'Université Laval de Québec me montrait dernièrement dans la cathédrale Anglicane de Québec le tombeau du duc de Richmond, gouverneur du Canada, mort de la rage le 18 août 1818.

M. Duchêne vétérinaire à Québec n'a jamais vu de cas de rage, mais en entend parler de temps en temps dans la campagne.

M. Couture vétérinaire à Québec est du même avis.

M. Gingras, vétérinaire à Lévis, Qué., assure qu'il y a 5 ans, il a vu un cas véritable de rage. Le chien dont il s'agit avait la voix rabique et se précipitait pour les mordre, sur tous les objets.

J'ai été moi-même à Québec, le 16 août dernier, pour faire une enquête au sujet d'un cas supposé de rage survenu dans cette ville à la fin du mois de juin. Un homme de 25 ans environ, M. V... avait été envoyé au commencement de juillet par MM. le Dr Gosselin et le professeur Aern de Québec, à l'Institut Pasteur, de New-York pour y subir le traitement anti-rabique, il

avait été mordu par son chien. Ce chien était âgé de 4 mois, il vivait dans le magasin de son maître et on n'a jamais remarqué qu'il ait été mordu.

Dans la lettre ci-jointe, M. V... donne l'observation de son cas. L'animal pendant ses accès a été vu par M. Vincent de Beauport qui me dit que ce chien avait les mêmes symptômes qu'un autre animal tué devant lui par un vétérinaire, dix ans auparavant, avec le diagnostic de rage.

M. le professeur Aern n'a jamais vu lui-même de cas de rage au pays, mais il entend parler de temps en temps d'un cas de cette maladie dans la province. M. le Dr Gosselin croit à l'existence dans la rage dans la province de Québec. Avec MM. Aern et Gosselin, je trouve le cas de M. V... douteux, et, si j'avais été consulté, j'aurais moi aussi envoyé M. V... à New-York subir le traitement préventif. Voici la lettre :

Québec, 7 août 1906.

M. A. Loir.— En réponse à votre lettre que j'ai reçu le 6, me disant que le vous ferais plaisir en vous donnant des détails sur mon cas. Voici: je suis parti de chez moi avec mon chien le 1er juillet, pour aller à Beauport, qui se trouve à un mille et demi de chez moi. Ce chien n'avait pas manger ni bu, il faisait très chaud. Tout à coup, comme j'arrivais là-bas, il part en hurlant et en jappant et la bave à la gueule, je suis venu à bout de l'empoigner et je l'ai attaché il cherchait à mordre partout, je me suis mis à l'abri de sa gueule, mais il m'a mordu au moment où je répondais à des hommes qui me disaient qu'il était enragé. Il m'a mordu le deuxième doigt de la main droite. J'ai voulu le faire boire ce qui a été impossible, il jappait et lorsqu'il vint au bord de l'eau c'était comme si l'autre partie du corps avait été morte. Je l'ai sorti et il a continué la même chose à mordre partout. Je l'ai attaché à un arbre puis on m'a engagé à le tuer et je l'ai assommé avec une barre de fer.

A mon retour, j'ai été voir le Dr Gosselin qui m'a brulé avec un fer rouge et un acide fumant, environ 3 1/2 heures après la morsure.

Les Drs Gosselin et Aern m'ont conseillé d'aller à New-York. J'ai passé 18 jours en traitement

(1) Conférence faite devant la Société Médicale de Montréal, le 6 novembre 1906.

à New York, et je suis toujours en bonne santé comme autrefois.

(Signé),

V.....

Québec.

Le cadavre a été détruit sans autopsie.

J'ai fait aussi une enquête sur un autre cas suspect.

Voici l'histoire de ce cas :

Le 7 octobre 1906, un chien Danois de 7 mois venant de Montréal sud et qui est à Lévis, Qué., depuis 4 mois, est entré chez M. G..., il s'est mis dans un coin après avoir parcouru le magasin comme un fou. Puis a été repris d'un nouvel accès, s'est précipité dans l'arrière boutique et toujours courant est sorti dans la rue. Il s'est alors précipité dans le magasin de M. B... qu'il a traversé et après en être sorti il s'est réfugié dans la cave de M. Louis P... où il a été tué d'un coup de fusil.

Ce chien était doux d'ordinaire, n'avait jamais eu d'attaque d'aucune sorte.

Il n'a mordu personne pendant ses accès.

Il n'aurait jamais été mordu et toujours surveillé. Le cadavre a été détruit sans autopsie.

Tout autour du Canada la rage existerait.

Aux Etats-Unis elle est endémique partout.

Au Nord du Dominion, au Labrador, on en a signalé des cas paraît-il sur les chiens des esquimaux.

Souvent on parle de cas de rage dans la province de Québec, mais ils semblent isolés et on ne connaît pas l'hydrophie sous forme d'épidémie. Allons dans l'Ouest du Canada.

Voici ce que je trouve dans le rapport, pour 1905, du Dr J. G. Rutherford, vétérinaire, Directeur Général de la santé des animaux du Dominion du Canada.

Ce rapport est daté . Ottawa, 31 mars 1906.

RAGE.—Une épidémie de rage a été constatée

en mars 1905 à North Portal, Assa., la maladie a été importée du Dakota du Nord, où elle existe depuis plusieurs années. En général, il faut accepter avec circonspection les rapports qui constatent l'existence de la rage, mais dans ce cas il semble qu'il est certain que deux animaux en sont morts, quoique le diagnostic n'ait pas été fait expérimentalement. Les animaux suspects, ainsi qu'un grand nombre de chiens errants ont été tués, tandis que les autres chiens de la contrée ont tous été muselés.

Aucun autre cas ne s'est manifesté dans le district jusqu'au mois de juillet, lorsqu'une nouvelle épidémie a été signalée à Oxbow. Dans ce cas, un chien fut détruit par notre inspecteur, et onze autres furent tués par les propriétaires. Une ordonnance du département fut envoyée au commissaire de la R. N. W. M. Police à Regina, en lui laissant la latitude de la mettre en action, mais il ne crut pas nécessaire de l'appliquer.

Depuis cette époque, plusieurs rapports ont été reçus de la même région et de ses environs et de nombreuses contrées sont maintenant en quarantaine. La persistance de ces cas est très inquiétante, et je pense qu'il y a peu de doute que ces cas doivent être attribués à la rage. Quoique heureusement peu de dommages aient été occasionnés jusqu'à présent, cette condition des choses est peu agréable. Des instructions ont été données, pour envoyer les produits nécessaires à l'inspection dans les cas douteux, de façon à ce que, grâce au diagnostic expérimental, on puisse se rendre compte avec sûreté de la nature de la maladie.

Une certaine inquiétude a été occasionnée à London, Ont., par l'apparition de la rage au mois de juin. Un petit chien avait mordu un enfant et l'enfant et le chien furent emmenés de suite à New-York, le département fut donc dans l'impossibilité de vérifier le diagnostic.

Pour arrêter toute épidémie possible deux inspecteurs furent envoyés pour assister les autorités de la ville et le conseil sanitaire local. De nombreux chiens furent examinés, plusieurs avaient mordu des êtres humains, et furent mis en quarantaine. Jusqu'à ce jour aucun cas de rage ne s'est déclaré ce qui est étonnant car le premier

chien a été reconnu enragé sans aucun doute à la suite de l'examen fait par l'Institut Pasteur de New-York.

La chose la plus étrange constatée par les inspecteurs du département à London a été la constatation qu'un grand nombre de personnes ont été mordues par des chiens pendant une très courte période. Beaucoup de nos cités du Canada sont simplement envahies par des chiens errants sans utilité, qui en ce moment constituent déjà un désagrément considérable pour les habitants, et qui, en cas d'une épidémie de rage, seraient un grand danger pour la santé publique. En songeant à cette possibilité, je pense qu'il faudrait employer les moyens nécessaires pour faire comprendre aux autorités municipales l'utilité d'accroître la taxe sur les chiens.

Comme il n'existait pas de règlements au sujet de la rage, l'ordre en conseil suivant fut publié le 10 août 1905.

Dominion of Canada.

REGULATIONS RELATING TO RABIES

(By order in Council dated 10th August, 1905, in virtue of "The Animal Contagious Diseases Act, 1903.)

1.—No dog or other animal which is affected with or has been exposed to the infection of Rabies, shall be permitted to run at large, or to come in contact with other animals.

2.—Any Veterinary Inspector may declare to be an infected place within the meaning of "The Animal Contagious Diseases Act, 1903," any place or premises where the infection of Rabies is known or suspected to exist.

3.—Veterinary Inspectors are hereby authorized to order the slaughter of any dog or other animal affected with Rabies, or suspected of being so affected, and to order the disposition of the carcass of such animal.

4.—Veterinary Inspectors are hereby authorized to order dogs or other animals which have been exposed to the infection of Rabies, to be detained, isolated or muzzled.

5.—No dog or other animal, nor any part thereof, shall be removed out of an infected place without a license signed by an Inspector.

6.—Every yard, stable, or outhouse, or other place or premises, and every waggon, cart, carriage, car or other vehicle, and every vessel and every utensil or other thing infected or suspected of being infected with Rabies, shall be thoroughly cleansed and disinfected by and at the expense of the owner or occupier in a manner satisfactory to a Veterinary Inspector.

7.—On receiving the report of an Inspector to the effect that Rabies is known or suspected to exist in any locality, the Minister of Agriculture may order that all dogs, or other animals, within such an area as he may determine or describe, shall be detained, isolated or muzzled during such period as he may see fit.

J. G. RUTHERFORD,
Veterinary Director General.

Health of Animals Branch,
Department of Agriculture,
Ottawa.

Le Dr Bell, professeur à l'école de Médecine de Winnipeg, bactériologiste de la province du Manitoba a été, au commencement de l'année 1906, subir le traitement antirabique à l'Institut du Dr F. J. Novi, de l'Université de Michigan à Ann Arbor.

Il avait été infecté par un chien importé des Etats-Unis et pris de rage dans la Saskatchewan. Le bulbe rachidien de ce chien inoculé à un lapin fit mourir cet animal, de la rage, après 21 jours d'incubation.

On cite des cas de rage dans la campagne de différents côtés et plusieurs individus vont chaque année se faire traiter de la rage dans les Instituts Pasteur des Etats-Unis, soit à New-York soit à Chicago, soit à l'Université de l'Etat de Michigan. A Chicago, où je passais l'autre jour, la dernière statistique publiée donne six personnes venues se faire traiter de la rage ayant été mordues au Canada.

Voici maintenant l'observation d'un homme mort le 1er janvier 1905, et que je prie les clini-

ciens présents de vouloir bien écouter et discuter au besoin.

Je dois l'observation suivante au Dr Higgins d'Ottawa.

(Observation de rage sur un homme).

Provincial Royal Jubilee Hospital,

Victoria B. C. 20 janvier 1905.

Dr Higgins, Ottawa,

Cher Monsieur,

Je vous demande pardon de ne vous avoir pas répondu plus vite à votre lettre du 5, mais je voulais vous envoyer un rapport complet du cas en question. Je regrette que les amis du mort n'aient pas permis de faire une autopsie. Voici l'histoire telle que je puis la reconstituer d'après mes notes prises au moment. J'espère que cela pourra vous être utile.

J'ai vu un autre cas de rage en Angleterre lorsque j'étais étudiant et sous beaucoup de rapports, ce cas lui ressemblait.

Votre

EDWARD HASELL, M.R.C.S. Esq.

ANTECEDENTS.

Il y a 3 mois le malade âgé de 40 à 50 ans fut mordu par un loup qui s'était sauvé étant enchaîné. Ce loup était apprivoisé et était enchaîné à la station de police de white horse dans le Yukon.

L'homme et sa femme étaient au lit, ils entendirent leur petit chien faire beaucoup de bruit derrière la maison. L'homme ouvrit la porte et vint sur le porche, et fut tout à coup attaqué. Les doigts d'une main furent mordus et la paume de l'autre, mordue en trois endroits.

Les morsures furent cautérisées et pansées tous les deux jours jusqu'à guérison. Au moment de l'entrée à l'hôpital une seule blessure de la paume de la main présentait des signes d'inflammation.

Il y a environ huit semaines, il vint à Victoria où il habitait, il pouvait se servir un peu de sa main et semblait bien physiquement, cependant il songeait beaucoup à sa morsure et craignait la

rage. Il avait fait venir plusieurs ouvrages sur la rage, il neuint morose et se mit à boire. Il ne buvait pas avant cette époque, il était un bon et honnête travailleur, comme charpentier.

HISTOIRE DES ATTAQUES

Trois jours avant son admission, il devint nerveux et se plaignit de beaucoup de fourmillement dans les mains, il se plaignait aussi de l'impossibilité où il était de diriger les mouvements de ses mains et il avait des insomnies. Le matin du jour qui précéda l'admission il eut de grandes difficultés à avaler. Un médecin fut demandé pour venir le voir.

CONDITION AU MOMENT DE L'ADMISSION

Le malade entra dans le service du Dr Frank Hall, dans une chambre privée de l'hôpital, il était accompagné par sa femme, il était entré à 8 et 9 heures du soir le samedi soir, 31 décembre 1904. Il était très nerveux, sa face était œdématisée et très rouge, ses yeux injectés et ses pupilles très dilatées. Il avait toute sa lucidité d'esprit et apparemment avait toute sa raison, parlant et répondant aux questions pendant les intervalles de ses crises. Il avait du hoquet et crachait constamment et paraissait suffoquer. Un bruit soudain, un mouvement brusque, ou un simple attouchement provoquaient un spasme qui semblait surtout atteindre les muscles du cou et de la gorge. Il suppliait qu'on ne le laisse pas seul, semblant se calmer lorsqu'on lui disait qu'il allait avoir une garde malade spéciale. Il demandait aussi à ce qu'on lui donne quelque chose pour le faire dormir, car disait-il, il n'avait dormi depuis trois nuits. Deux fois il eut, au moment d'un spasme très violent, une contraction spasmodique de la jambe droite. De temps en temps, en cherchant à rejeter la salive et le mucus qu'il avait dans la gorge, il vomit un peu d'un liquide clair. Son pouls était très rapide, faible et compressible, il montait à 120. Ses extrémités très froides et bleues et la peau baignée avec une transpiration froide. En essayant de prendre sa température, soit sous l'aisselle soit dans le rectum, on produisit des spasmes si violents qu'il fut impossible d'y arriver.

On le mit au lit avec des bouteilles d'eau chaude autour de lui on lui fit prendre du lait par

le tube stomacale car il se plaignait d'une grande soif, depuis 24 heures avant son arrivée à l'hôpital on l'alimentait de cette façon. Il donnait l'impression d'une personne sous l'influence d'une grande terreur et de temps en temps il ne voulait conserver auprès de lui que sa femme. Pendant ses accès il pleurait et couvrait le lit de crachats, cherchant à dégager sa gorge qui le gênait. Il semblait conscient de sa situation et demandait pardon constamment et faisait de grands efforts pour se contrôler. A 9 heures du soir, après une grande résistance de sa part on lui fit une injection de morphine, une heure après on lui donna encore du bromure de potassium et du chloral par le tube stomacal. Tout ceci sans aucun effet sur les spasmes ou les autres symptômes, il continue à manquer de respiration et à cracher constamment. A 11 heures, après un spasme, il devient moins lucide et dans l'intervalle des accès de délire il est difficile de lui faire comprendre ce que l'on désire, puis il commence à parler constamment et sans intelligence. A minuit on lui donne une seconde dose de bromure et de chloral par le rectum.

Le pouls, depuis 80 heures du soir était graduellement devenu plus faible, les contractions et les mouvements du corps sont plus lents, les yeux roulent dans l'orbite constamment, il a le hoquet, mais ne peut plus cracher. Il essaie de parler. A minuit 30, le cœur est faible, on lui donne du brandy et une dose de strophanthins mais sans résultat apparent, à minuit 35 il a un très violent spasme et le cœur cesse de battre.

La température prise à ce moment est de 100.4-4.

Les points d'intérêt dans ce cas sont :

La morsure a été faite par un loup. Oster dit que 40 p.c. des personnes mordues par des loups ont l'hydrophobie.

La longue période qui s'étend entre la morsure et les symptômes. Près de trois mois.

La difficulté d'avaler ne commençant que deux jours avant la mort.

La presque complète absence de convulsions générales et de délire aigu.

L'arrivée rapide de la faiblesse du cœur.

Je regrette de n'avoir pas pu faire l'autopsie et aussi de n'avoir pu observer le patient que pendant 3 heures 1-2 à 4 heures.

(Signé),

E. HASSELL.

Je crois que le diagnostic de rage s'impose après la lecture de cette observation.

Le Dr Hassell fait suivre son observation très intéressante de considérations que l'on peut discuter.

Il parle de la longue période d'incubation de ce cas, la rage arrive trois mois après la morsure mais cette période n'est pas longue, elle est tout à fait normale, la rage arrive en général de 2 à 3 mois après la morsure, rarement avant ce temps, quelque fois après.

La difficulté d'avaler n'existe pas dans toutes les observations de rage, ici elle commence deux jours avant la mort, la chose ne me paraît pas étonnante.

Il s'étonne de l'absence de convulsions générales, et de délire aigu. J'ai vu en ma qualité de préparateur de Pasteur tous les enragés à 1888 et ils ont été nombreux car à partir de 1885 on venait de tous les points du monde mourir de la rage à Paris. Beaucoup de personnes arrivant trop tard pour être traitées avec utilité. Les symptômes de délire aigu et de convulsions générales furent rares, rarement nous avons été obligés de mettre la camisole de force à ces malades.

Enfin j'ai vu plusieurs enragés mourir ainsi du cœur et tout d'un coup, je trouve donc que cette observation est véritablement une observation de rage.

La présence de la rage est-elle, toujours reconnue lorsqu'elle existe dans un pays ? loin de là, longtemps son existence a été niée à Constantinople, on donnait même la raison pour laquelle les chiens de cette ville ne peuvent pas avoir la maladie, sa présence a été niée dans beaucoup de ville d'Orient où elle se montre cependant.

Lorsque la rage existe dans un pays elle n'y est pas toujours reconnue par conséquent et on ne s'aperçoit de sa présence que le jour où une épidé-

mie violente survient sous une influence quelconque. C'est ainsi que j'ai dû aller précipitamment en 1902 en Rhodésie, dans l'Afrique du Sud, où j'ai été envoyé par mes maîtres de l'Institut Pasteur de Paris à la requête de la British South African Co., dont Lord Grey, gouverneur général du Canada était alors administrateur.

La rage avait été importée à Port Elisabeth, dans la colonie du Cap en 1892, par un chien venu d'Angleterre, une épidémie survint et pendant l'année 1892-1893 il y eut 160 chiens atteints de rage, puis à la suite de la prise de mesures de police sanitaire très sévères, le foyer semblait éteint, et dans tous les documents publiés à cette époque sur l'Afrique du sud vous trouvez que la rage est inconnue. Une épidémie très considérable survint en 1902 en Rhodésie, elle devait couvrir depuis longtemps car lorsque j'arrivai dans le pays, il y avait de nombreux cas de rage sur les animaux domestiques et sauvages ainsi que sur l'homme.

Il faut donc toujours se défier d'une épidémie qui a été légère et paraît éteinte, on ne prend plus de précautions et le feu qui couve se rallume un jour, on ne sait souvent pas pourquoi.

Pour que la rage existe dans un pays, il faut qu'elle y ait été importée, car un cas de rage n'est jamais spontané, c'est pour cela que lorsqu'on se trouve devant un cas de rage il faut toujours rechercher les commémoratifs du cas. Je ne puis mieux faire pour fixer les idées à ce sujet que de vous lire une lettre qui m'a été écrite par Pasteur alors que j'étais directeur de l'Institut Pasteur en Australie. On discutait, dans cette grande île où la rage n'existe pas, l'utilité du maintien des quarantaines de six mois imposées à tous les chiens importés, le ministre de l'Agriculture m'avait fait l'honneur de me demander mon avis et j'avais répondu par une lettre que j'avais ensuite soumise à Pasteur.

Voici son avis sur ma réponse et si je la cite, c'est qu'il explique bien que la rage n'est jamais spontanée dans un pays. ...

Paris, 15 juin 1891.

"Mon cher Loir,

"Tu me demandes ce que je pense de ta ré-

ponse du 5 avril dernier au Ministre de l'Agriculture, l'honorable Sydney-Smith, au sujet de la possibilité de l'introduction de la rage en Australie. Tu as parfaitement raison de dire que dans les conditions présentes du voyage en Australie et avec les quarantaines actuelles il est pratiquement et scientifiquement probable que l'Australie continuera à jouir de son immunité pour cette maladie. Quoiqu'on puisse trouver le contraire dans de vieilles publications, il est certain que la rage n'est jamais spontanée chez les animaux. Les chiens peuvent être placés dans les conditions les plus contraires à leur genre de vie, froid, chaleur, nourriture, aucun ne deviendra hydrophobe.

"La rage, en dernière analyse, est toujours le résultat de la morsure d'un chien enragé. Il serait oiseux de discuter la question de savoir d'où vient le premier animal affecté : la science est incapable de résoudre la question de l'origine et de la fin des choses. Il est très probable, comme tu le dis dans ta lettre au Ministre, qu'un chien partant d'Europe après avoir été mordu par un animal enragé, mourra pendant le voyage ou pendant la quarantaine qui lui est imposée à son arrivée en Australie ; ainsi le veut la période d'incubation. Cette règle n'est pourtant pas absolue ; la science signale des périodes d'incubation de la rage d'une année, même de deux ans et quelques mois, mais ce sont là des exceptions très extraordinaires. Je crois même que nous n'avons aucune preuve certaine à ce sujet pour la race canine ; on peut en citer peut-être un ou deux exemples dans la race humaine.

"L. PASTEUR."

Nous pouvons ajouter qu'après discussion au Parlement les quarantaines de six mois pour les chiens ont été maintenues et considérées comme nécessaires.

Au Canada, comme nous l'avons vu, on rencontre des cas qui semblent être de la rage et on ne peut retrouver de morsure dans l'histoire du cas.

Aux Etats-Unis la rage semble présenter aussi des particularités du même genre. J'ai fait une communication sur la rage au Congrès de l'American Medical Veterinary Association tenu le 23 août 1906 à New Haven. Voici le compte rendu

sténographique de la discussion qui a suivi cette communication.

Dr Harger... souvent nous rencontrons la rage sous la forme épizootique. J'ai vu cinq à six cas provenant d'un seul cas. Puis il n'y a plus un seul cas pendant des mois. Un homme amène son chien qui présente des symptômes de la maladie. Vous lui posez toutes les questions, s'il a été avec d'autres chiens, s'il a été se promener seul, et souvent l'homme jure que son chien a toujours été avec lui, qu'il n'est jamais sorti et malgré cela le chien meurt avec tous les symptômes de la rage typique, et lorsque le cerveau est examiné le diagnostic est confirmé par l'expérimentation.

Souvent ces assurances sont données par des propriétaires de chiens qui sont des gens honorables dont on ne peut douter et ils assurent que leur chien n'a jamais été mordu et cependant la rage est là. N'existe-t-il pas un autre mode de contagion que nous ne connaissons pas. Je me pose souvent la question ?

Dr Loir. — Connaissez-vous des cas comme ceux-ci dans lesquels la rage a été prouvée expérimentalement, moi je n'en connais pas.

Dr Harger. — Je veux parler de cas dans lesquels l'examen du cerveau a été fait et la rage prouvée par l'expérimentation.

Dr Loir. — Je ne connais pas de cas de ce genre. Je ne sais pas ce que vous avez aux Etats-Unis mais j'ai vu un cas semblable au Canada seulement l'examen du cerveau n'a pas été fait et par conséquent la rage n'est pas prouvée. On ne trouve pas de morsure dans les commémoratifs et le cas semble bien être de la rage, l'homme mordu par ce chien suspect a été envoyé à l'Institut antéribique de New-York. Dans un cas semblable il faudrait toujours mettre le bulbe dans un flacon contenant de la glycérine et l'envoyer à un laboratoire pour permettre de faire des inoculations de contrôle.

Voici une autre observation qui vient de m'être envoyée par le Dr Hendreu, 181 Laurel Av. Arlington N. J., Etats-Unis.

La lettre est datée du 3 septembre 1906.
Dr A. Loir, Ottawa,

Cher Docteur,

Voici le rapport clinique du cas particulier dont je vous ai parlé à New Haven et que j'avais promis de vous envoyer.

Le 15 juin 1906, je suis appelé pour voir un Bull-Terrier âgé de 2 ans. L'animal est très excité, il a une expression sauvage dans les yeux, il ne peut rester en repos, le pharynx est paralysé et il a une paralysie partielle des masseter, la bouche est toujours partiellement ouverte, il est incapable de la fermer. Il a soif, il happe l'eau avec avidité mais sans réduire la quantité d'eau dans le plat dans lequel il boit.

Jun 16, 1906.—L'excitation n'existe presque plus mais la paralysie s'étend aux extenseurs des jambes de devant de sorte que l'animal tombe lorsqu'il cherche à se lever.

Jun 17.—Plus d'excitation, dépression. Paralysie totale des pattes de devant, l'animal lorsqu'il se tient sur ses jambes de derrière est sur son sternum avec ses jambes de devant repliées sous lui le long de l'abdomen.

Jun, 18.—Tous les muscles du corps sont paralysés, la paralysie semble totale. Il avait sa connaissance car ses yeux remuent lorsqu'on lui parle mais il ne peut plus ni remuer la queue ni lever les oreilles. Il est très déprimé. On le tue, mais le propriétaire ne permet pas l'autopsie.

Diagnostic : Rage? Si non, quel est-il ?

Dans les commémoratifs, pas de morsure.

J'espère que ce rapport pourra vous aider un peu à découvrir le mystère de ces cas que nous croyons souvent être de la rage.

Votre,

(Signé),

S. G. HENDREU.

Lorsqu'on a un cas suspect de rage, que doit-on faire pour obtenir un diagnostic certain. Voici les instructions qui viennent d'être publiées par le département de la santé des animaux et je pense qu'il serait bon de les faire connaître le plus possible pour aider à éclaircir la question.

RAGE (HYDROPHOBIE.)

Tout animal suspect de rage doit être, autant que possible capturé vivant, mis dans un endroit où il ne pourra nuire à personne et où il sera facilement observé. S'il est, en effet, enragé, les symptômes indiscutables se manifesteront dans les quarante-huit heures et la mort surviendra sous peu de jours. Il n'existe pas d'exemple de guérison.

De façon à pouvoir confirmer le diagnostic on devra adresser au laboratoire :

Si le temps nécessaire pour ce faire ne dépasse pas vingt-quatre heures, on séparera la tête du corps et elle sera mise dans la glace et envoyée. En hiver la tête de l'animal congelée peut être envoyée de très loin, pourvu que l'on donne des instructions pour la conserver dans cet état.

Lorsque la distance au laboratoire dépasse vingt-quatre heures de durée, une partie du système nerveux (cerveau ou moelle), de préférence, le bulbe rachidien, sera mis dans la glycérine et envoyé par la poste, dans une petite bouteille. Le volume de la glycérine mis dans la bouteille doit être plus considérable que celui de la partie de système nerveux. L'histoire détaillée du cas, commémoratifs et symptômes, devront être donnés.

Les paquets devront être envoyés :

Biological Laboratory, Experimental Farm.

Ottawa, Canada.

1er Septembre, 1906.

"Re" Tarif des Compagnies d'Assurances sur la vie

(Par le Dr Albert Laurandean)

M. le Président, Messieurs,

Je vous avouerai et vous le constaterez au reste que je ne m'attendais pas à traiter cette question d'ordre à peu près exclusivement matériel: du tarif que les Cies d'Assurance ont depuis un certain temps imposé à la profession médicale au sujet des examens personnels de leurs

assurés. Pour cette raison je serai bref d'autant plus que ce sujet ne souporte pas de grands développements. Il y a quelques années, la plupart des compagnies accordaient aux médecins \$5.00 chaque examen, et maintenant que les services des hommes de profession sont mieux rétribués en général; aujourd'hui que les méthodes scientifiques sont plus précieuses, plus munitieuses par conséquent imposent plus de responsabilité aux médecins, les compagnies, dans un vent d'économie, à la suite peut-être des extravagances de toutes sortes, que des récentes enquêtes ont dévoilées, les compagnies, dis-je, ont résolu de faire ces économies au détriment de la profession médicale. Il y a près d'un an, Messieurs l'Asso. Méd. du Comté de Joliette dont j'ai l'honneur d'être le secrétaire a adopté quelques résolutions que je pourrais ainsi résumer: "Aucun membre de l'Association ne fera aucun examen pour les Cies d'Assurances sur la vie, à moins de \$5.00 l'un."

Cette proposition a été adoptée unanimement par notre association qui compte dans ses rangs les quatre cinquièmes des médecins du district. Nous avons fait parvenir copie de cette résolution à toutes les associations sœurs de la province, et j'ai le plaisir de vous dire que actuellement, sur 16 ou 17 syndicats régionaux, dont se compose la province médicale, 11 ou 12 ont accepté et endossé nos conclusions. A peu près toutes les sociétés des districts ruraux ont adopté des résolutions analogues aux nôtres; seules les associations de Montréal, Québec et Trois-Rivières, ne se sont pas encore saisies de cette question.

Je comprends qu'il est peut-être plus difficile d'affirmer, d'imposer cette mesure dans les grandes villes que dans les centres ruraux; je crois cependant qu'il serait très important que des sociétés ayant l'autorité de celles de nos grandes villes, endossent et adoptent les vues qui actuellement prévalent dans tout le reste de la province à ce sujet; ne serait-ce que pour établir le principe que toute la profession de la province est unanime dans ses réclamations.

Je crois aussi que le congrès pourrait émettre des vœux qui seraient ensuite transmis aux divers syndicats d'assurances qui font affaires dans le pays, de même qu'à tous les syndicats de

la province, afin d'encourager ce mouvement, et stimuler les dévouements qui travaillent à l'avancement des intérêts professionnels. Et si les membres du Congrès n'y voient pas d'objection, je soumettrai des vœux dans ce sens demain matin.

Propositions:

Proposé par Albert Laurendeau, M. D., secondé par J. E. D'Amours, M.D.

Que ce Congrès approuve les résolutions adoptées par les sociétés médicales de Joliette, de Sherbrooke, de Wolfe, de Beauce, de Portneuf, de Shefford, de St-Jean, de Terrebonne, de Chicoutimi et du Lac St-Jean, d'Arthabaska, etc., fixant à cinq dollars le prix de chaque examen médical fait à la requisition des compagnies d'assurances sur la vie, et recommandé à tous les membres de suivre ce tarif.

Que copie de cette résolution soit envoyée à toutes les compagnies d'assurances sur la vie, faisant affaire dans la province de Québec, ainsi qu'à toutes les sociétés médicales provinciales.

ADOPTÉ.

Thérapeutique

Tics et névralgies faciales

La névralgie faciale grave correspond à ce que Trousseau dénommait névralgie faciale épileptiforme; cet auteur avait décrit une variété non convulsive et une variété convulsive avec tic douloureux dans laquelle les phénomènes spasmodiques font partie du cortège symptomatique de l'affection. Il s'agit sans doute d'un spasme réflexe dont la voie centripète est constituée par le trijumeau et la voie centrifuge par le nerf facial.

Le tic n'est pas constant, et on décrit souvent la névralgie faciale avec tic, dans laquelle le tic n'est autre chose que la grimace faite par le malade surpris par l'explosion de sa douleur. C'est là une distinction sur laquelle nous attirons l'attention d'une façon toute particulière.

Les cas de tic vrai sont relativement peu fréquents, et, d'après Valleix, sur quatorze cas de

névralgies faciales observés par lui, quatre seulement ont présenté du tic.

Une confusion fréquente est celle qui assimile le tic au spasme. Et, cependant, la différence est grande, le spasme est une réaction motrice d'un point quelconque de l'axe réflexe spinal ou bulbo-spinal, l'irritation étant elle-même produite par une cause pathologique. Le tic est un mouvement involontaire, reproduisant un acte fonctionnel et qui, par cela même, a une origine corticale.

Le tic produit des phénomènes spasmodiques d'ordinaire simples, alors que la grimace donne plus souvent de véritables "distorsions du visage" (Valleix). Le tic affecte des modes très variables: spasmes dans un ou plusieurs muscles, souvent du côté des muscles oculaires (convulsions de la paupière ou de l'œil, tiraillement du nez, tiraillement de la commissure des lèvres, contractions du muscle de la houppe du menton, mâchonnement, etc.).

Parmi les phénomènes vaso-moteurs de la névralgie faciale grave, on observe la rougeur et la turgescence du côté malade, souvent exagérées par les frictions et les pressions du malade lui-même dans l'espoir d'atténuer sa douleur.

Les troubles sécrétoires tiennent une place importante dans la symptomatologie de la névralgie faciale. Ils appartiennent presque exclusivement au type grave et s'observent particulièrement dans la sécrétion des glandes lacrymales et sous-maxillaires; on a signalé comme faisant partie du cortège symptomatique de la névralgie du trijumeau, des sueurs unilatérales, l'hypersécrétion lacrymale et salivaire. Il paraît y avoir d'une façon à peu près certaine, non pas seulement épiphora, fonction de l'hypersécrétion lacrymale, mais épiphora due à l'oblitération des canaux lacrymaux, sous l'influence du spasme du canal lacrymal, manifestation localisée du tic. Ce qui paraît du reste être en rapport avec cette hypothèse, c'est que l'épiphora se rencontre surtout dans les formes convulsives.

Moins connue est l'augmentation de volume de la glande sous-maxillaire, qui passe souvent inaperçue dans bon nombre de cas. Cependant, au cours des crises violentes et prolongées, l'hypertrophie de cette glande est nettement appréciable. Chez certains malades même, cette hypertro-

phie évolue parallèlement à la douleur, elle se trouve d'autant plus marquée que le malade traverse une période plus douloureuse de sa crise, et cesse complètement dans les périodes d'analgésie.

La langue se tuméfie souvent; on a signalé la présence d'un enduit blanchâtre sur la moitié correspondant à la névralgie; en outre, des altérations du goût, parfois complètement perverti du côté atteint, certains malades accusent une saveur métallique unilatérale.

L'affection désignée sous le nom de tic douloureux de la face a une phénoménalité aussi simple qu'expressive. On discute encore sur ses causes et sa pathogénie. L'incertitude qui règne à cet égard explique que parmi les nombreux remèdes qu'on a proposés et expérimentés contre le tic douloureux de la face, il ne s'en trouve peu sur l'efficacité desquels on puisse compter en toute certitude. Au demeurant, les uns, parmi ses remèdes, ne sauraient être employés qu'à titre de "palliatifs", tandis que les autres sont susceptibles de produire des effets "curatifs", en tant qu'ils répondent à des indications causales.

Aussi bien, leur emploi s'impose inévitablement, car le malade en proie aux atroces souffrances que lui occasionnent ses accès de névralgie, réclame un soulagement immédiat. Recourir aux injections de morphine pour atteindre ce but, c'est faire fausse route, c'est s'adresser à un remède insuffisant en l'espèce et dangereux. Le professeur G. Ballet a particulièrement insisté sur ce point.

L'injection hypodermique doit donc rigoureusement être réservée pour les cas particulièrement douloureux où il est de toute nécessité de procurer au plus tôt un soulagement momentané en attendant que le traitement destiné à s'attaquer à la cause même de la névralgie ait eu le temps de manifester son efficacité.

Le sulfate de cuivre ammoniacal, préconisé par Féréol, n'est pour ainsi dire plus jamais employé. "L'extrait de belladone", à doses élevées et massives, c'est-à-dire jusqu'à 15 centigrammes en une fois, n'est pas non plus un traitement à recommander. Comme "palliatif", nous lui préférons l'atropine et surtout l'hyosciamine.

Le professeur Sarda a employé avec succès la "solamine" à la dose quotidienne de 14 centigrammes.

Le "sous-carbonate de fer", par prises de 2 à 5 grammes, en suspension dans de la mélasse (pour prévenir l'effet constipant du sel de fer): ces prises sont renouvelées toutes les deux heures. Cette médication est très en faveur auprès des médecins anglais. Il nous paraît qu'elle agira surtout à titre d'adjuvant de l'aconitine dans les cas où il y a de l'anémie.

"Les injections sous-cutanées de strychnine", à doses progressives croissantes (jusqu'à "1 centigramme" et plus par jour); leur efficacité a été vantée par le médecin américain Dana.; Divers praticiens se sont également bien trouvés de son emploi, soit seule, soit avec l'aconitine.

Les injections sous-cutanées "loco dolenti" d'un mélange de cocaïne et d'antipyrine ont donné de bons résultats entre les mains du Dr Grand-Clément, de Lyon. On a également recommandé l'injection sous-cutanée de quelques gouttes d'alcool pur au niveau du point douloureux.

Enfin, l'électricité, employée sous les formes les plus diverses: faradisation, courants continus, bain statique, courants de haute fréquence, sans compter la frigorothérapie et le massage.

Mais l'aconitine cristallisée reste le médicament qui compte à son actif le plus grand nombre de succès, dit l'auteur, auquel nous empruntons les notes thérapeutiques ci-dessus.

Il va de soi que la plupart des médications énumérées ci-dessus ne sauraient être administrées qu'à titre temporaire, en raison des accidents d'intolérance ou d'intoxication auxquels leur emploi tant soit peu prolongé expose les malades. Conséquemment, il importe d'instituer au plus tôt un traitement qui ait des chances d'être curatif parce que "causal". Voici les indications qu'on peut fournir à cet égard, dans l'état actuel de notre connaissance de la pathogénie du tic douloureux de la face. Si le malade a eu autrefois la syphilis, on ne manquera pas de la soumettre à un essai de médication "spécifique"; pour peu qu'une amélioration se dessine, on insistera sur le traitement iodo-mercuriel, avec l'énergie et la persévérance nécessaires en pareil cas.

Si le malade a subi de l'impaludisme, une tentative de "médication quininée" est formellement indiquée.

En tout état de cause, un examen minutieux de la cavité buccale est de rigueur. Aussi bien, si l'on s'en rapporte aux travaux des stomatologistes contemporains, en tête desquels il convient de citer Cinet et Barre, le tic douloureux de la face serait presque toujours sous la dépendance d'une lésion dentaire ou buccale.

En cas d'échec des diverses interventions que nous venons de passer en revue, le traitement opératoire sous la forme de la résection du nerf maxillaire inférieur, de l'extirpation du ganglion de Gasser, ou de la section du sympathique cervical s'offre à nous, comme "l'ultima ratio", comme la dernière ressource qui nous reste pour débarrasser le malade de ses horribles souffrances.

Les études physiologiques du Dr Laborde sur l'aconitine nous la montrent comme un modificateur puissant et rapide du système nerveux; elle agirait d'une façon prédominante et, jusqu'à un certain point, élective sur la portion bulbo-spinale du myélocéphale.

Elle agit d'abord sur la sensibilité consciente et douloureuse et postérieurement, si l'action est suffisante, sur la sensibilité réflexe.

Elle agit d'une façon plus spéciale sur la sphère du trijumeau.

Son action consiste d'abord en une excitation fonctionnelle, puis en une atténuation progressive pouvant aller suivant le degré où sont poussés les doses jusqu'à la perte momentanément complète de la sensibilité dans ses diverses modes.

En vertu de ses propriétés sur les capillaires, dont elle restreint le calibre, l'aconitine, par ce seul fait, devrait être considérée comme un anti-phlogistique puissant. Cette action sur les phlogoses, jointe à son action physiologique sur le système nerveux, devait faire préjuger ses bons effets et son énergie d'action dans les névralgies hyperhémiques et la clinique effectivement a confirmé les espérances qu'avait donné la physiologie.

D'après le Dr Laborde, le succès est plus mar-

qué et plus rapide dans les névralgies anciennes. Il cite pourtant des névralgies datant d'un mois, de deux mois et même de cinq ans qui ont guéri, les premières, dans l'espace de trois à sept jours, la dernière, en trois semaines.

Elle réussit parfaitement dans certaines formes de névralgies faciales essentielles, dit le Dr Oulmont. En deux ou trois jours, l'aconitine amène la guérison. Dans ces cas, l'aconitine procure la guérison d'une rapidité extrême. "J'ai vu, dit-il, une névralgie faciale, datant de sept jours, sans périodicité bien marquée et qui avait résisté au sulfate de quinine, céder à l'emploi de l'azotate d'aconitine."

"L'aconitine, dit encore le même auteur, n'est pas sans action sur les névralgies et les hyperesthésies secondaires, comme celles qu'on observe dans les caries dentaires, les caries du rocher, l'otite interne, les paraplégies."

"Avec l'aconitine cristallisée, dit Gubler, j'ai réussi à supprimer momentanément un "tic" douloureux qui arrachait des cris au patient et lui interdisait tout sommeil."

Dans les névralgies du trijumeau, ses effets sont véritablement merveilleux. Ils ont été si remarquables que certains auteurs ont voulu non sans raison, faire de l'aconitine le spécifique de cette affection.

"Les plus beaux succès, dit encore Gubler, ont été obtenus par la majorité des praticiens et par moi-même, dans les cas de névralgie du trijumeau. L'un des cas les plus remarquables s'est présenté à la clinique de Nélaton, chez un sujet à qui l'habile chirurgien avait antérieurement pratiqué la résection de toutes les branches du trijumeau, ce qui n'avait pas empêché les douleurs de reparaitre aussi horribles, aussi persistantes que jamais.

"Le malade réduit au désespoir et prêt à se suicider, réclamait avec insistance une nouvelle opération et l'on s'appretait à pratiquer l'extirpation du ganglion de Gasser, lorsque, sur ma recommandation, l'emploi de l'aconitine fut décidé: "Jamais aucun moyen ne lui avait procuré un soulagement si complet, si durable." Le malade se trouvait si bien qu'il disait être "en paradis."

L'aconitine, dit le Dr Laborde, possède à l'égard des névralgies faciales une action tellement puissante et sûre qu'elle constitue une pierre de touche, j'oserais dire infaillible, pour l'indication décisive, relative à l'intervention opératoire; si bien que, lorsqu'après l'essai et l'administration bien conduite et systématique de l'aconitine, durant quarante-huit heures, trois jours au plus, l'on n'a pas obtenu de résultat positif, c'est à-dire une atténuation progressive ou la cessation de l'état névralgique, on peut être assuré que l'intervention médicamenteuse a rempli son rôle et n'a plus raison d'être. Je signale expressément ce fait aux chirurgiens."

L'aconitine doit être donnée en granule au dixième de milligramme. Il commencera par un dixième de milligramme par jour et pourra augmenter la dose jusqu'à un milligramme et même au-dessus s'il est nécessaire, sans jamais s'exposer à aucun accident, si le malade est prévenu qu'il devra en suspendre l'emploi dès qu'il aura des fourmillements dans la langue ou de la raideur dans quelques muscles.

Il ne faut pas oublier, en effet, que pour l'aconitine, comme pour tous les médicaments du reste, il y a des susceptibilités individuelles avec lesquelles il faut compter. Aussi le praticien ne devra jamais arriver aux doses élevées sans avoir essayé d'abord les doses faibles.

Cliniques et Conférences

Traitement des écrasements des doigts

(Par M. le Professeur PAUL RECLUS)

Verneuil et Trélat enseignaient vu'il ne faut pas amputer les mains écrasées dans les traumatismes: le chirurgien le plus expert ne peut distinguer les tissus morts des tissus vivants encore, et s'expose, par conséquent, à pratiquer une intervention ou trop large ou trop parcimonieuse; dans le second cas, la gangrène, parfois envahissante, s'empare du lambeau dans le premier, l'on sacrifie des organes ou des tronçons d'organe, dont la perte n'est pas indifférente.

Nous nous sommes faits les défenseurs ardents de cette doctrine. De la main, nous l'avons étendue

au pied, à la jambe, au bras, à la cuisse; nous avons proscrit d'une façon systématique les amputations dans les grands écrasements des membres, revenant aux méthodes du Moyen âge, où les chirurgiens n'osant porter le couteau en tissus sains, de peur des hémorrhagies mortelles par ouverture de gros vaisseaux, se contentaient dans les graves traumatismes, d'exciser les parties mortes et d'embaumer les chairs dans des substances antiseptiques qu'ils connaissaient fort bien: les essences, les baumes, l'esprit de vin, certains sels métalliques, parmi lesquels le sublimé corrosif.

Cette méthode, révolutionnaire à force d'être conservatrice, a été acceptée par quelques-uns de nos collègues et, au dernier Congrès de chirurgie, notre pratique a eu pour le défendre au moins le savant rapporteur. Certes, nous ne voulons pas dire que l'abstention systématique a définitivement triomphé. Elle est loin d'être devenue la règle, mais elle a de chauds partisans et le nombre de ses adeptes augmente tous les jours.

Cependant, depuis quelques années, notre opinion s'est modifiée, du moins en ce qui concerne les plaies de la main, celles, justement pour lesquelles l'abstention avait été préconisée par Verneuil, Trélat et Polaillon. Nous croyons qu'une régularisation précoce peut-être indiquée dans quelques cas et nous constatons la même tendance chez notre collègue Lejars qui fut, d'ailleurs, un des premiers à préconiser avec nous l'abstention systématique dans les grands écrasements.

Voici les raisons que nous pouvons invoquer:

D'abord, l'écrasement des doigts ou même d'une partie de la main ne constitue pas pour l'organisme un de ces ébranlements terribles qui vont prostrer le blessé et le plonger dans le choc traumatique. Une intervention chirurgicale est possible sans qu'on ait à redouter la mort dans le collapsus.

Ensuite, l'économie dans l'exercice, deuxième argument péremptoire, a besoin, pour les cas de plaie à la main, d'être serré de très près et, s'il conserve à peu près toute sa valeur dans "la chirurgie des riches" où les exigences de l'esthétique prennent parfois celles de l'utilité, il n'en est plus de même chez certains ouvriers, dont un doigt infirme peut être plus gênant qu'un doigt amputé.

Nous pourrions en multiplier les exemples : nous avons été récemment commis par le tribunal pour examiner un ouvrier ajusteur, victime d'un accident de travail; l'index et le médius de la main droite avaient été écrasés par un pilon. Grâce à des incisions multiples, on était parvenu à conserver ces deux doigts, immobiles dans l'extension, ne sont pas seulement inutiles, mais nuisibles, car ils accrochent sans cesse les objets voisins ; et devront être amputés.

L'immobilité dans la flexion est plus nuisible encore au bon fonctionnement de la main ; je pourrais vous citer le cas assez récent d'un menuisier dont l'index ainsi fléchi encombrant la paume de la main et s'opposait au maniement du rabot ; aussi le chirurgien dut en pratiquer l'amputation.

— ❖ —

Donc, dans la flexion comme dans l'extension on n'a pas à se féliciter de l'abstention systématique et nous proposons de réviser un mode de traitement qui peut exiger une perte de temps de plus d'une année et qui a pour résultat la conservation d'un doigt dont le blessé bénéficie si médiocrement, que la reprise régulière du travail en nécessite l'amputation.

Et cette conservation d'un doigt nuisible, cette perte de temps ne sont pas les seuls inconvénients de l'abstention systématique. La peau des mains de nos ouvriers est particulièrement fertile en germes de toutes sortes, qui végètent en abondance dans les interstices épaissis et fendillés de l'épiderme, et la désinfection de ces téguments nécessite des soins et un temps si longs, que l'inoculation des plaies est parfois fatale. En de telles conditions, malgré l'asepsie la mieux conduite, l'infection est toujours menaçante et la pullulation microbienne s'en donne à cœur joie dans la bouillie sanglante des tissus écrasés. Nous en avons à cette heure un exemple dans le service.

— ❖ —

Donc lorsqu'il s'agit de la main, je romps avec mon ancienne intransigeance et j'admets la régularisation et l'assainissement du foyer traumatique par des excrèses chirurgicales. Toutes les fois qu'un doigt est écrasé, que les os sont broyés, les articulations ouvertes, les tendons effilochés ; toutes les fois qu'on craint la guérison

par ankylose qui laisse un organe non seulement inutile mais nuisible pour la fonction, lorsque, par surcroît, le foyer traumatique, presque impossible à désinfecter, va provoquer sans doute l'apparition d'un phlegmon diffus, n'hésitez pas, enlevez les tissus voués à la nécrose.

Mais le pouce nécessite un traitement différent. N'a-t-on pas dit du pouce qu'il est " tout l'homme " et que c'est à lui que nous devons de n'être pas des singes ? Nous ne devons jamais y toucher, dût-il s'ankyloser dans toutes ses jointures. N'existerait-il, après la déterision du foyer traumatique, que 4, 3, 2, 1 centimètre de l'organe, le bénéfice est assez grand pour accepter, afin de se l'assurer, la lenteur, les difficultés et les dangers même de l'abstention systématique.

Vous avez pu voir dans le service plusieurs blessés chez lequel nous avons poussé jusqu'aux dernières limites le principe de l'abstention systématique.

Rappelez-vous cet homme dont la main avait été prise dans un laminoir : le pouce était écrasé sous la peau d'apparence intacte, et les muscles de l'éminence thénar s'étaient énucléés en masses par une fissure des téguments au niveau du premier pli interdigital. Nous avons agrandi la plaie, réintégré dans leur gaine et suturé les muscles déchirés, après avoir fait la désinfection la plus rigoureuse. L'inflammation ne s'en est pas moins allumée, les muscles désagrégés se sont éliminés, la plus grande partie de la peau du pouce et la phalangette écrasée ont fini par s'éliminer.

— ❖ —

Aussi, nous dirions volontiers, pour résumer notre pratique actuelle dans le traitement des écrasements des doigts : autant chez un ouvrier peu sensible aux questions d'esthétique, mais dominé par le désir et la nécessité d'avoir une main apte au travail, autant nous conseillons, d'une part, de sacrifier tout ou partie de ces doigts écrasés qui mettent des mois à se consolider vicieusement, après avoir provoqué trop souvent lymphangites ou phlegmons et qui, ankylosés et rigides, sont un obstacle aux fonctions régulières de la main, autant, d'autre part, nous conseillons d'essayer tous ces risques lorsqu'il s'agit du pouce, parce que le moindre moignon conservé fa-

vorisera "l'opposition" sans laquelle les fonctions les plus délicates de la main sont abolies.

Mais combien délicates et mesurées devront être ces interventions sur les doigts !

Certes, après l'exérèse d'une partie des tissus écrasés, la désinfection sera plus facile ; mais de combien de précautions vous devrez l'entourer encore sur ces mains rugueuses de travailleurs, à l'épiderme crevassé, rempli de microbes pathogènes !

Ne craignez pas d'employer une à deux heures à ce travail de dégrassement par l'éther, l'alcool, par le savonnage prolongé de la peau, le lavage à l'eau chaude, à l'eau oxygénée, l'asséchage des espaces morts, leur drainage ; les sutures seront rarement nécessaires pour laisser aux sérosités un facile écoulement ; la compression sera suffisante pour appliquer les surfaces cruentées les unes contre les autres. Ce que vous avez à redouter c'est l'infection, l'apparition d'un phlegmon diffus. Tendez tous les ressorts de votre thérapeutique pour qu'il ne se développe pas. N'oubliez pas, d'ailleurs, que le streptocoque et le staphylocoque ne sont pas les seuls ennemis ; vous avez à lutter aussi contre le bacille de Nicolaïer et vous recourrez aux injections antitétaniques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médicale de Montréal.

Séance du 20 Novembre 1906

Membres présents 6 MM. Atchibald-Benoit, Busset, Bodgouin, Bourgeois, Bousquet, A. Bernier, G. Dupont, J. Decarie, De Cotret, Ethier, Grenier, Handfield, Harwood, Larin, H. Lebel, J. Leduc, Lasnier, J. E. Laberge, F. Monod, A. Marien, F. de Martigny, J. Meunier, O. F. Mercier, A. Mercier, A. Marcell, Matin, (conseiller municipal), Vousseau, Roy.

Sur proposition de M. Harwood, M. Ethier est appelé à présider la séance, en remplacement de M. Boolet.

M. Art. Laramee, secrétaire, donne lecture du

procès-verbal de la dernière séance, qui sur la motion de M. F. de Martigny, est adopté à l'unanimité

Après l'adoption du rapport, M. F. de Martigny demande que la liste des membres ayant payés leur contribution jusqu'au 16 octobre 1906 soit déposée sur le bureau, et que les membres aient la faculté de la consulter. Secondé par M. le Dr Monod.

M. Masien, considérant que cette motion revêt une certaine importance, propose en amendement que M. de Martigny donne un avis de motion à la prochaine séance, mais M. F. Monod s'appuyant sur un article du règlement donnant à tous les membres titulaires de la société, accès aux livres de la société, considère que la présente question n'a pas besoin d'être mise au vote. M. Marien retire alors son amendement et M. le Président annonce qu'à la fin de la séance, il donnera la liste complète des membres ayant payés leur contribution.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre de M. Chs. Monod, de Paris, remerciant les membres de la Société Médicale de Montréal pour l'honneur qu'ils lui ont fait en le nommant membre honoraire de la Société. M. le Secrétaire donne aussi lecture de la résolution suivante présentée par M. A.A. Foucher :

Il y a deux ans, au Congrès de Montréal, il a été recommandé au gouvernement de prendre des mesures pour l'établissement d'un Institut Bactériologique, pour lequel, le nom d'Institut Pasteur a été proposé. Au congrès de Trois-Rivières, en juin 1906, la même recommandation a été faite.

"Nous pensons que notre Société Médicale de Montréal pourrait utilement exprimer son opinion, qui serait transmise au gouvernement,

Un Institut Bactériologique serait utile pour permettre aux médecins de Montréal d'avoir un centre où l'on ferait les analyses pathologiques dont ils peuvent avoir besoin.

Cet Institut serait à même d'étudier les questions d'Hygiène qui peuvent se présenter. Il pourrait contrôler la valeur des produits : sérums, vaccins, qui sont mis sur le marché. Enfin, il pourrait permettre aux élèves de notre université

de compléter leur éducation. Un tel institut rendrait certainement d'autres services dans la ligne agricole, par exemple, mais nous n'avons pas à envisager cette question.

En ne considérant que le point de vue médical pour lequel nous sommes compétents, la nécessité de créer une telle institution s'impose. Nous avons eu déjà par deux fois, exprimé notre avis à ce sujet dans nos Congrès, mais nous pensons qu'il serait bon que notre société fasse elle aussi connaître son avis motivé.

Nous ne demandons pas la création d'une chose nouvelle, car dans tous les pays, à l'heure actuelle, il existe des instituts Bactériologiques.

M. F. de Martigny propose que le Bureau Médical de la Société s'occupe de cette question qu'il ait le pouvoir de s'adjoindre les membres qu'il lui plaira, et qu'il fasse rapport. Cette motion secondée par M. Monod, est adoptée à l'unanimité.

Puis on passe à l'ordre du jour.

Présentation de pièces anatomiques par M. Alph. Mercier.

La patiente qui fait le sujet de l'observation commença à se plaindre de douleur dans l'hypocondre droit il y a 4 à 5 semaines. Avant ce temps, elle était en parfaite santé — fervente assidue de l'automobilisme. C'est vers le mois d'octobre qu'elle commença à se sentir indisposée; le médecin appelé, croyant à un simple malaise administra un purgatif, qui n'amenda en rien la situation. Une consultation de médecins fut demandée eut lieu quelques jours après le début de la maladie.

L'examen fait découvrir une masse ronde-globuleuse, renittente, peu douloureuse à la pression et située dans l'hypocondre droit. Détail important à noter; cette masse est séparée des fausses côtes par un zone de sonorité. Un autre symptôme est aussi perçu: c'est une sensation de frémissement très caractéristique — crépitation presque cartilagineuses. Ce frémissement donnait lieu à trois hypothèses. d'abord le frémissement des hydatides — puis le frôlement des calculs dans la vésicule biliaire, ou bien frottements péronieux vis-à-vis la masse. Cette dernière hypothèse, émise par M. A. Mercier, fut confirmée par l'autopsie. La zone de sonorité occupait un peu sur la tumeur. Au point de vue des signes physiques on avait donc: tumeur globuleuse, renittente, frottements, zone de sonorité, ballotte-

ment. Comme symptômes fonctionnels: début brusque, fièvre légère, pouls à 100, douleur et surtout des vomissements. Toute tentative d'alimentation est impossible.

A son arrivée à l'hôpital la malade tomba en hypothermie, température variant entre 96° 5 et 97° pouls 125.

Puis survient des vomissements fécaloïdes. La malade maigrissait à vue d'œil, et elle mourut le 20 Nov. 1906.

L'autopsie fut pratiquée le même jour, par M. A. Mercier. A l'ouverture du ventre, sortie d'une assez grande quantité d'ascite de la cavité abdominale. La masse perçue pendant la vie, est constituée par une immense infiltration conjonctive, envahissant tous les organes situés dans l'hypocondre droit. L'organe le plus atteint est le colon transverse et une partie du colon ascendant, dont la paroi mesure au moins 1-2 pouce d'épaisseur. La lumière de l'intestin est rétrécie dans toute la partie atteinte. Le cœcum est indenne, macroscopiquement. On observe une infiltration du foie, de l'estomac, surtout la région pylorique et une partie de la grande courbure. Le foie adhérait à la tumeur, par sa partie extérieure. La zone de sonorité était due au déplacement de l'estomac qui présentait une dilatation saciforme, adhérent à la tumeur. La rate et le pancréas, présentaient aussi des adhérences avec le péritoine. Le grand épiploon était très épaissi et rétracté.

La muqueuse de l'intestin, la vésicule, quoique un peu diminuée de volume, le pancréas étaient à l'état normal. Cette infiltration s'étendait jusqu'à l'S-iliaque.

Le diagnostic de "Cancer du péritoine" s'impose.

Le début brusque et la marche rapide de la maladie s'accorde bien avec le diagnostic de cancer.

M. Bourgoïn donne lecture d'une observation clinique, sur un cas de spléno-pneumonie.

L'empoisonnement par le lait: tel est le titre de la communication présentée par M. A. Marien.

Rapport très documenté et qui jette beaucoup de lumière sur cette question du lait.

Certes, cette question a été bien discutée, et elle a donné lieu à bien des controverses, et M. Marien, s'appuyant sur des faits probants et irréfutables, nous a montré que 90 p. 100 des laitiers

étaient malpropres, sans connaissance aucune de l'hygiène, plutôt occupés à faire le plus d'argent possible avec le lait qu'ils offrent en vente, que de s'inquiéter de la santé et de la vie de ceux qui boivent cette boisson, plus riche, en microbes et en salétés de toutes sortes qu'en principes nutritifs. Nous serons heureux d'offrir à nos lecteurs, dans notre prochain numéro, la lecture de ce travail, intéressant à plus d'un point de vue.

M. Harwood, s'est occupé d'une manière toute spéciale, de cette question du lait. Propriétaire d'une ferme modèle, c'est de ce côté qu'il a dirigé ses efforts, en s'entourant de toutes les précautions hygiéniques possibles, et il croit, que tant que le consommateur ne consentira pas à payer le prix voulu pour avoir du lait de bonne qualité, il sera difficile d'enrayer le mal. M. Monod croit qu'avant de chercher à augmenter les prix du lait, il serait préférable de forcer les cultivateurs et les laitiers à observer les lois de l'hygiène. M. J. E. Laberge, Bactériologiste de la Cité donne le rapport des analyses du lait qu'il a faites depuis près de un an, et il conclut que le remède à apporter à l'état de choses existant déjà doit être prompt, qu'il est temps plus que jamais de faire la lutte aux laitiers malhonnêtes, qui sont la cause de tant d'enfants perdus, par leur négligence ou par leur apreté au gain.

M. Marin, conseiller municipal, et membre de la Commission d'Hygiène, demanda aux membres de la Société Médicale, de s'unir ensemble dans la lutte contre le fléau de la mortalité infantile, et d'aider par leurs efforts persévérants la Commission d'Hygiène, dans la lutte qu'elle a entreprise depuis quelques années, pour enrayer la mortalité des petits.

M. F. de Martigny, croit qu'il serait très opportun de faire faire une campagne par les journaux quotidiens, ainsi la question serait mise sous son vrai jour, devant les yeux du public, qui ne pourrait qu'en bénéficier, et il est assuré que ce même public aiderait les médecins dans leur travail, en coopérant avec lui, et, voyant les efforts entrepris pour mettre une barrière au fléau dévastateur, il serait le premier à accepter les avis des Commissions, et à payer, peut-être plus cher, pour avoir du bon lait. Et il demanda à M. Marien, de bien vouloir livrer son travail aux journaux quotidiens, pour qu'ils le publient, et dont la première action sera d'ouvrir les yeux au public.

M. Brisset adresse aussi la parole sur cette question et M. Bourgeois, donne en quelques mots des détails très intéressants sur le Lactarium de Versailles, qu'il a eu occasion de visiter, pendant son séjour à Paris.

M. Monod, propose, qu'une Commission composée de MM. Marien, Harwood, Archibald, Ma-

rin, J. E. Laberge, de Martigny, soit chargée par la Société Médicale d'étudier cette question du lait, avec plein pouvoir de s'adjoindre d'autres membres, pour étudier les moyens à prendre pour procurer un lait pur au public, pour établir un règlement sévère, afin d'empêcher toutes les fraudes, et pour forcer les autorités à prendre cette question en main. Cette Commission devra faire rapport dans le plus bref délai possible.

Cette motion est renvoyée à la prochaine séance pour y être discutée.

Les membres suivants demandent à faire partie de la Société Médicale de Montréal : M. A. Ricard, appuyé par MM. A. Ethier et J. A. Lesage, M. R. C. Laurier, par MM. A. Laramée et C. N. Valin, M. Lautermann par MM. F. de Martigny et F. Monod, M. G. Aubry, par MM. F. de Martigny et F. Monod, M. Marin, par MM. A. Marien et F. Monod.

Puis les noms suivants sont soumis au vote : MM. F. Monod et Brisset, sur proposition de M. de Martigny sont nommés scrutateurs; MM. P. S. Coté, Dunstan Gray, Beaudoin, Bousquet, R. Larose, Hackett. Adoptés à l'unanimité. Puis la séance est levée.

Commission de la Tuberculose

Lundi le 12 novembre, un bon nombre de dames, épouses de médecins, du district de Joliette, réunies dans l'une des salles de l'Hôtel de Ville à Joliette, jetèrent les bases d'une association dite "Association des Dames Patronesses des Tuberculeux".

Le préambule des Statuts et Règlements qu'elles adoptèrent à cette réunion se lit comme suit: "L'Association des Dames Patronesses des Tuberculeux a pour mission : d'instruire le public sur les dangers de la tuberculose et sur les meilleurs moyens de l'éviter; d'aider la Commission de la Tuberculose et sur les meilleurs mission de la Tuberculose, instituée par les Médecins de langue Française, à Trois-Rivières, 26 juin 1906; à créer un fonds pour l'établissement de Sanatoriums populaires et de Dispensaires pour indigents dans la province de Québec."

Madame Dr. C. Lafontaine de Berthierville a été choisie comme présidente; Madame Dr. Laporte de Joliette, vice-présidente; Madame Dr. Laurendeau de St-Gabriel de Brandon, secrétaire; et Mesdames Dr. Bernard et Magnan de Joliette, directrices.

Nous souhaitons à cette nouvelle organisation, succès des associations médicales, tout le succès qu'elle mérite.

Travaux Originaux

CLINIQUE OBSTETRICALE

De la Fièvre pendant les suites de couches

(Par E.A. René de Cotret, professeur d'obstétrique, accoucheur de la maternité.)

Cette clinique pourrait, avec raison, s'intituler "Une page d'introduction à l'étude de l'infection puerpérale." Je voudrais vous y prouver que "toute élévation de température" pendant les suites de couches n'est pas nécessairement d'origine infectieuse ou septique ; et cependant je veux aussi vous démontrer qu'une élévation quelconque de la température pendant cette période doit attirer toujours toute notre plus grande attention, éveiller nos inquiétudes les plus vives et stimuler notre esprit vers des recherches minutieuses pour en découvrir les causes. En effet il faut si peu en ce moment pour produire la mort subite ; les conséquences sont si terribles quelquefois quand on a méprisé la plus légère manifestation de l'infection qui souvent, sournoise, hypocrite, s'installe comme le voleur et l'assassin qui épient leur proie et choisissent, pour l'heure du crime, le moment où elle est plus heureuse et plus confiante. Ne vous ai-je pas cité assez souvent ce cas où des femmes qui n'avaient eu qu'un tout petit peu de fièvre dans les premiers jours des suites de couches, sont mortes soudainement le dixième, le quinzième ou tout autre jour après leur accouchement ? Vous vous rappelez aussi ce qu'on vous a dit à propos de la phlegmatia alba dolens : un peu de fièvre, ou très peu, pendant les premiers jours des suites de couches, même pendant quelques heures seulement, puis le treizième ou le 21^e jour, ce sont les symptômes bruyants ou manifestes de cette maladie qui clouera la malade pendant deux mois ou plus dans son lit.

A l'époque pré-antiseptique, l'on faisait si peu de cas des élévations (même très grandes) de la température pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement qu'on disait : "c'est une "fièvre de lait" ; la sécrétion lactée va s'établir "et tout rentrera dans l'ordre." C'était toujours, ou invariablement toujours, de la fièvre de lait pour nos pères en médecine. Cependant cette

fièvre de lait se prolongeait quelquefois outre mesure. Hélas ! trop souvent elle dépassait les limites qui lui étaient assignées et les femmes mouraient, ou si elles ne succombaient pas au fléau, (car c'était véritablement un fléau à certaines époques), elles en restaient infirmes ou malades pendant des années et des années. Elles souffraient indéfiniment de la matrice, des ovaires ; c'étaient des métrites, des abcès des ovaires et des trompes et que sais-je ? La gynécologie bienfaisante n'était pas encore venue soulager ces misérables victimes des accoucheurs. La gynécologie, avec ses diagnostics précis, admirables et ses opérations encore plus dignes des bénédictions des patientes n'avait pas encore donné la main à sa sœur aînée "l'obstétrique" qui marchait seule, à tâtons depuis tant de siècles. Et voilà pourquoi ces pauvres femmes malheureuses qui n'avaient pas trouvé tout l'aide, toute la protection voulues de la part de l'accoucheur, restaient encore sans ressources contre les maux qui les menaient sans interruption, jusqu'au jour où une mort prématurée les enlevait avec un cancer de l'utérus, un abcès ouvert dans le péritoine ou de n'importe quelle autre suite des affections utérines et des annexes.

L'autopsie est venue modifier heureusement ces suites de couches à tel point qu'aujourd'hui l'infection puerpérale ne veut plus s'appeler autrement "qu'infection atténuée" ou "infection antiseptique" ; à tel point que celui qui parle encore de la "fièvre de lait" fait sourire le monde médical ; à tel point qu'on ne parle plus de la mortalité par infection puerpérale, mais la "morbidité" ; à tel point qu'aujourd'hui le pourcentage de la morbidité ne dépasse pas le pourcentage de la mortalité d'autrefois ; à tel point donc, que c'est par exception qu'aujourd'hui on voit pendant quelques heures une élévation quelconque de la température dans les suites de couches. En voulez-vous la preuve ?

La voici : autrefois jusqu'en 1870, pendant cette période d'inaction, quand on ne croyait pas à la contagion des accidents puerpéraux, quand on laissait ensemble les femmes saines et les femmes malades, la mortalité par infection puerpérale atteignait 9,3 pour cent et même au-delà.

De 1870 à 1880, c'est une période de lutte contre les causes de l'infection et de la contagion, sans antiseptie ; la mortalité tombe à 2,3 pour cent.

A partir de 1881, c'est une période caractérisée par l'emploi des antiseptiques et la mortalité descend à 1,1 pour 100

Même Garnier obtient de 1888 à 1890, 0,34 p. 100; de 1890 à 1893, 0,28 p. 100; de 1893 à 1894, 0,13 p. 100.

Budin, en 1898, a abaissé la mortalité à 0,069 p. 100, et en 1901 à 0,057 p. 100.

Voilà pour la mortalité, vous voyez de quel chiffre élevé elle part pour tomber à un nombre presque insignifiant.

Voici pour la morbidité. Je prends les statistiques du Dr Perret:

	Morbidité totale	Morbidité par infection urétrine
1898	8,93 p.c.	5,3 p.c.
1899	12 p.c.	6 p.c.
1900	13 p.c.	9,7 p.c.
1901	12 p.c.	5 p.c.
1902	10 p.c.	4,4 p.c.

Si je cite Garnier, Budin, Perret, je pourrais mettre à côté de ces noms, d'autres noms, tel celui de Pinard et de beaucoup d'autres qui obtinrent d'aussi beaux résultats.

Vous le voyez, ces chiffres qui étaient affreux autrefois, qui nous représentent une effrayante mortalité, un tableau où se peignaient des horreurs décourageantes, sont complètement changés aujourd'hui. Autrefois il y avait 9 mortalités ou plus sur 100 femmes qui accouchaient, aujourd'hui il y a à peine 10 femmes sur 100 qui éprouvent une légère élévation de température.

Maintenant voulez-vous savoir ce qu'on entend par "morbidité" dans les suites de couches. Ecoutez, je transcris une page du Prof. Charles de Liège, qui résume l'enseignement de la plupart des professeurs d'obstétrique ou s'en fait l'écho.

"Aujourd'hui, dit Charles, les accouchées n'ont plus de fièvre, ou du moins la très grande majorité en est exempte.

"On peut s'en assurer en appliquant régulièrement le thermomètre, matin et soir au moins. Il n'est plus permis de se contenter de prendre la température quand elle paraît élevée : des statistiques faites dans de pareilles conditions ne sont pas sérieuses. "Il est indispensable de mettre le thermomètre dans l'aisselle deux fois par jour, à heure fixe et même de l'y replacer dans le courant de la journée ou de la nuit, si quelque trouble se manifeste."

"Nous insistons sur ces détails, parce que nous savons que certains praticiens n'y attachent guère d'importance et ont trop de confiance dans la sensibilité de leurs doigts pour apprécier la température de leurs malades.

"Ces points étant bien entendus, une femme n'est déclarée avoir eu des suites de couches absolument normales, que si sa température axillaire n'a pas dépassé "une seule fois", à aucun moment, 38 degrés centigrades (100,40 F.).

"Il est évident que bien des femmes ont parfois pendant quelques heures ou même un ou deux jours au-delà de 38oc., sans que cependant la santé générale paraisse atteinte et sans que l'état des organes génitaux laisse le moins du monde à désirer : la constipation, une digestion laborieuse, une érection, une érosion du mamelon, etc., sont les causes habituelles de ces augmentations passagères de la température.

"Tous ces cas sont pourtant notés dans la morbidité telle que nous la signalons dans nos tableaux.

"A l'exemple du professeur Kehrer, d'Heidelberg, et du professeur Budin, de la clinique Tarnier, de Paris, nous plaçons dans la colonne morbidité toute femme, qui, à un moment quelconque, a eu au-delà de 38oc., "fut-ce même une seule fois, fut-ce pendant une heure."

Tous les changements qui s'opèrent chez la femme accouchée n'occasionnent jamais aucune manifestation de maladie, pas même la fièvre. Cela pouvait paraître une hérésie il y a quelques années, mais aujourd'hui les statistiques prouvent que la femme, qui a accouché dans de bonnes conditions, n'est pas une malade, et qu'elle ne doit pas avoir de fièvre.

La température normale pendant les suites de couches, doit donc être la température normale de toute autre période de la vie. Cependant Leopold, Budin, Charles, Edgar, Hirst et beaucoup d'autres accoucheurs ne considèrent pas comme de la fièvre une élévation passagère de la température qui atteint, pendant quelques heures seulement 38oc. ou 100,40F. C'est ce qu'ils appellent la limite physiologique de la température de l'état puerpéral.

Mais Pinard, Ribemont-Dessaignes, Lepage, Daniel, Demelin et quelques autres sont plus sévères et rangent dans la colonne "morbidité" toute élévation supérieure à 37,5oc. La température

après l'accouchement est influencée par le travail, sa durée et sa marche, par la quantité de sang perdu, et par le moment de la journée ou de la nuit. Elle peut s'élever de 5 à 8 dixièmes de degrés centigrades pendant les douze heures qui suivent l'accouchement. Puis elle descend à la normale, et, d'après les derniers accoucheurs nommés, "pendant les jours qui suivent, la température reste normale, en présentant seulement une élévation de 2 à 5 dixièmes de degré vers le soir. Il est assez commun d'observer, pendant les quatre ou cinq premiers jours qui suivent l'accouchement, une température qui, tout en étant plus élevée le soir que le matin, ne dépasse pas 37 degrés. Ce n'est que vers le cinquième ou sixième jour que la température remonte à la normale 37o,2. Il est rare que chez une accouchée bien portante la température atteigne ou dépasse 37o,5, de telle sorte qu'à moins de cas exceptionnel, c'est-à-dire de femme chez laquelle la température axillaire est normalement supérieure à 37o,5, il faudra considérer "comme l'indice d'une complication légère ou comme le début d'une infection pouvant devenir sérieuse toute température dépassant 37o,5" (Ribemont-Dessaignes et Lepage). D'après Siredey aussi la température se "maintiendrait quelque peu au-dessous de la normale"; et, Daniel arrive à la conclusion que la "température moyenne dans la suite des couches normales, prise dans l'aisselle, doit osciller entre 36o,8 et 37o,2c. et que chaque fois qu'il existe une élévation de la température continue, s'écartant peu de 37o,5, et surtout dépasse 38o, et qu'elle s'accompagne de rapidité du pouls, on doit craindre l'existence de quelques complications."

Ainsi d'après les accoucheurs on peut dire que, si la température d'une accouchée s'élève à 38oc. ou 100,4o F., et que cette élévation persiste pendant 24 heures ou plus, et qu'un examen attentif n'en révèle aucune autre cause, la "fièvre est probablement due à l'infection". Le diagnostic de la cause de la fièvre pendant la période puerpérale est d'une importance capitale, parce qu'en manquant de reconnaître à bonne heure les symptômes de l'infection on en négligera nécessairement le traitement approprié, et d'un autre côté, un mauvais diagnostic peut conduire à des interventions intempestives et dangereuses.

Remarquez bien que lorsque je dis : si "l'élé-

vation de température persiste pendant 24 heures ou plus la fièvre est probablement due à l'infection," je n'affirme pas qu'une seule élévation momentanée à 37o,5, ou 38oc. ne soit pas quelquefois l'indice d'une infection. En effet, si l'on ouvre n'importe quel auteur au chapitre de la "Phlegmatia alla dolens", on pourra se convaincre qu'il faut, quelquefois, peu de température pour donner un diagnostic inquiétant et un pronostic réservé. A la page 1287 de la sixième édition de leur traité, Ribemont-Dessaignes et Lepage nous disent: "depuis que cette pratique (prendre la température deux fois par jour) s'est généralisée, si l'on regarde la courbe de température avant le début de la phlegmatia, on voit qu'il y a eu presque toujours "une" ou "plusieurs" élévations de température pouvant rester "inférieures à 38o, ne pas dépasser 37o,5," mais variant habituellement de 38 à 39 degrés."

Un peu plus loin les mêmes auteurs écrivent: "ainsi la courbe de température qui précède l'apparition de la phlegmatia peut présenter des types différents: 1o exceptionnellement la température est "restée normale, inférieure à 37o"; 2o il y a eu "une" ou "deux" élévations de température dans les premiers jours qui ont suivi l'accouchement, puis l'apyrexie est devenue absolue..... 3o sans que la température ait atteint 38 degrés, la courbe a été d'une manière presque constante supérieure à la normale....."

La seule citation de ces phrases ne prouve-t-elle pas qu'on ne peut être trop attentif dans les soins à donner aux nouvelles accouchées; qu'il faut "prendre régulièrement la température matin et soir" et attacher la plus grande importance à la moindre élévation de température et s'en occuper au besoin, c'est-à-dire quand il faudra permettre à la malade de se lever. Henri Tarnier, insiste lui aussi dans son "obstétrique journalière", sur la nécessité de bien prendre la température souvent. "Aussi, dit-il, le médecin n'a-t-il pour ainsi dire rien autre chose à faire, dans les jours qui suivent l'accouchement, qu'à surveiller attentivement la température de l'accouchée. Cette température prise dans l'aisselle, matin et soir, ne doit pas atteindre, même au moment de la montée laiteuse, 38o centigrades.

"On ne doit se fier qu'au thermomètre pour apprécier l'état de santé d'une accouchée....." On se contente trop souvent encore aujourd'hui, en

clientèle, de prendre la température à la main, par approximation. C'est ainsi qu'on peut laisser passer inaperçues des ascensions légères de 380 à 380,5 qui suffisent à caractériser une infection de la plaie utéro-vaginale ; or ce sont là des constatations qu'il importe au médecin de faire, non seulement parce qu'elles vont modifier sa ligne de conduite immédiate, mais encore parce que, sans elles, il lui est impossible d'établir sérieusement un "pronostic à longue portée."

"Prenons un exemple", dit encore Varnier.

"On est très souvent interrogé "sur la durée du séjour au lit nécessaire après l'accouchement". Si la température a été prise quotidiennement et qu'à aucun moment elle n'ait atteint 380, on pourra sans crainte laisser lever la patiente dans le courant de la 4e semaine et le lui annoncer dès le 10e ou le 12e jour. L'observation prouve en effet que, dans ces conditions, on n'a guère à craindre la phlegmatia alba doiens. La température a-t-elle au contraire oscillé, ne fut-ce "qu'une ou deux fois" entre 380 et 390, le médecin devra faire des réserves, insister pour la prolongation du séjour au lit, se garer en un mot contre la possibilité d'accidents tardifs, parfois mortels, qu'on ne lui pardonnerait pas de n'avoir point prévus.

"Quo de morts subites chez les nouvelles accouchées n'ont pas eu d'autre cause efficiente que la méconnaissance d'une température légèrement pathologique dans les premiers jours qui ont suivi l'accouchement!"

"Une autre raison, ajoute Varnier, plus décisive, plaide en faveur de cette exploration thermométrique bi-quotidienne : c'est "qu'on a d'autant plus de chances d'enrayer l'infection", si contre toute attente elle survient, "que l'on intervient contre elle dès la première ascension thermique."

Je demande pardon de toutes ces citations. Je les ai données presque à profusion pour me bien faire comprendre. Je préfère m'appuyer sur des autorités reconnues que de citer ma propre expérience que beaucoup, j'en suis sûr, ne mépriseraient pas.

Vous voyez aujourd'hui on est loin de cette "fameuse fièvre de lait", par laquelle les anciens expliquaient l'élévation de température qui suivait infailliblement tout accouchement. C'était tout simplement ou plutôt malheureusement de l'infection puerpérale ; et, si le nombre des femmes qui mouraient n'a pas été plus grand, c'est que la

nature toujours prévoyante ou active se débarrassait elle-même des germes qui l'infectaient ; c'est que la force de résistance des infectées était plus grande que la virulence du microbe.

Quelle différence entre hier et aujourd'hui. Hier ! une température de 390c. ; et l'on reste froid devant un tel état de choses, c'est de la "fièvre de lait" ; et, cependant, les femmes meurent en grand nombre. Aujourd'hui ! on s'effraye, et avec raison, d'une température dépassant à peine 380c., parce qu'on sait qu'une accouchée n'ait pas une malade et qu'elle ne doit pas avoir de fièvre ; car, physiologiquement, aucun des changements qui s'opèrent chez elle ne doit produire de réaction et doit augmenter sa température normale.

C'est avec raison, c'est d'après l'expérience que Varnier écrit en gros caractères : "Toute femme chez laquelle la température axillaire oscille entre 38 et 39 dans les trois ou quatre premiers jours", avec ou sans frissons, avec ou sans odeur des lochies, "doit être d'abord considérée comme infectée et traitée comme telle."

Est-ce assez pour attirer votre attention, et vous faire souvenir à l'occasion, quand vous serez en pratique, qu'il vous faudra faire en sorte de ne pas infecter vos malades et leur enseigner comment elles ne doivent pas s'infecter elles-mêmes. Tout le secret des suites de couches afebriles est dans l'asepsie et l'autisepsie.

En commençant cette clinique j'ai promis de vous prouver que "toute élévation de température" pendant les suites de couches n'est pas nécessairement "d'origine infectieuse" ou "septique" et cependant je ne vous ai dit encore qu'une seule chose : "la femme nouvellement accouchée ne doit pas avoir de fièvre."

Elle ne doit pas avoir de fièvre, mais elle peut en avoir.

Mais si cette femme a de la fièvre, est-ce nécessairement de l'infection ? cette fièvre est-elle d'origine infectieuse, septique ? En d'autres termes, peut-elle avoir de la fièvre qui ne reconnaît pas l'infection comme cause ?

A cette question je me ferai l'écho de l'enseignement de la plupart des auteurs américains, et je répondrai : l'étude de la fièvre pendant la période puerpérale peut se diviser en deux chapitres : 1o la fièvre qui est d'origine non-septique et 2o, la fièvre qui est d'origine septique.

La fièvre qui est d'origine "non-septique" peut reconnaître comme causes : les émotions, l'exposition au froid, la constipation, une irritation réflexe (quelle qu'en soit la cause), une maladie du cerveau, l'éclampsie, la syphilis, l'exacerbation ou la persistance d'une maladie aiguë ou chronique contractée pendant ou avant la grossesse, les hémorroïdes.

"I.—Fièvre causée par les émotions."— Comment expliquer ce phénomène ? Y a-t-il simplement stimulation nerveuse ou perturbation dans l'équilibre des centres cérébraux qui contrôlent la température, stimulation ou perturbation produites par quelque impression psychique profonde, telle que le chagrin, la colère, la peur, ou les désagréments de toute espèce ? L'action normale de ces centres cérébraux peut être troublée par quelque émotion puissante qui affecte profondément les fonctions cérébrales plus élevées. Ou bien est-ce que l'action mentale profonde ne produit pas un changement dans la composition du sang ou des liquides dans les glandes et les muscles, qui, on le sait, prennent part à la production de la chaleur ? Il est possible qu'il se produise ainsi une toxine thermogénique. Ne peut-il y avoir aussi, une excitation ou une paralysie des nerfs vaso-moteurs ? Quoi qu'il en soit du "modus operandi" qui n'est peut-être pas encore bien compris, c'est un fait d'expérience clinique que la température peut s'élever à la suite de certaines émotions chez certaines personnes prédisposées par leur tempérament nerveux. Les plus exposés aux atteintes de cette espèce de fièvre sont les enfants, les hystériques et les femmes nouvellement accouchées. Chez ces dernières il existe une irritabilité assez curieuse de l'organisme, un manque de contrôle sur les facultés mentales, et l'on compare assez volontiers la femme, dans l'état puerpéral, à un enfant qui est facilement agité par les émotions, y succombant complètement, et qui, à la moindre provocation, est pris de convulsion. On ne doit pas oublier ou méconnaître cet état d'âme, cette irritabilité de caractère de la femme enceinte ou accouchée. Il m'est arrivé souvent, ici, à la maternité, de prendre la température de certaines malades avant la clinique, de trouver cette température normale, de la reprendre pendant ou après la clinique et de constater une élévation de quelques degrés. Ces filles-mères avaient craint d'être reconnues, et cette

crainte avait élevé la température. Et cette autre fille, qui est partie précipitamment de chez elle et est venue se cacher sous ce toit hospitalier, entre ces murailles muettes, croyez-vous qu'elle ne sera pas quelque fois troublée au souvenir de ses parents qui ignorent le lieu de sa retraite ? Et cette autre, qui anxieuse, inquiète, attend une lettre qui ne vient pas ou qui lui apporte de mauvaises nouvelles, croyez-vous qu'elle repose en paix, dans la parfaite insouciance de la femme qui fait de bonnes relevailles ? Et, cette autre mère de famille qui, tout le jour dans son lit, pense à son mari arrivant le soir, ivre ou de mauvaise humeur, croyez-vous qu'elle n'aura pas quelque fois un peu de température ?

Comme je l'ai déjà dit, la crainte, la colère, la peur, la surprise, la joie même peuvent être une cause d'augmentation de la température. Aussi faut-il enlever toutes les causes d'ennui, d'excitation, de fatigue à l'accouchée ; il faut interdire les visites, surtout les visites des commères porteuses de mauvaises nouvelles ; laissons dormir dans une douce quiétude ces anges qui nous font la vie si douce parfois.

"II. Le froid."—Il n'est pas rare d'observer quelques degrés de fièvre chez l'accouchée qui s'est exposée au froid. Plus qu'en d'autre temps, la femme nouvellement accouchée est sensible au courant d'air, ou au moindre changement de température extérieure ; aussi faudra-t-il prendre beaucoup de précaution quand il s'agira de ventiler la chambre de l'accouchée. Cette dernière se couvrira dans son lit, suivant les saisons ou la température de l'appartement ; et elle se vêtira convenablement à son lever ou à ses sorties.

"III. La constipation."—Schroeder place la constipation à la tête de la liste des causes qui, à part l'infection et les inflammations locales, occasionnent la fièvre dans l'état puerpéral. Edgar, dans une statistique de 2,200 accouchements a observé une température de 38 degrés c. (100.4 degrés F.) ou au-dessus, dans 405 cas ; et la cause en serait due à la "constipation" dans 29 cas, ou 63.95 p.c. La clinique Tarnier, en 1904, a 1,650 accouchements ou avortements dont 356 cas de morbidité. Sur ce dernier nombre il n'y a que 10 cas de stercorémie ou moins de 3 p.c.

(A suivre)

Action du Phosphite de Créosote (Phosphotal) dans le Traitement des Tuberculoses associées

(Rapport présenté au Congrès Médical de Trois-Rivières, par M. le Dr Laumonier, de Paris.)

Au point de vue clinique, il paraît aujourd'hui nécessaire de distinguer les tuberculoses associées des tuberculoses pures. Sans doute, les tuberculoses associées sont en définitive des tuberculoses primitivement pures arrivées à leur période de ramollissement et de cavernisation et sur les lésions desquelles des pyogènes variés viennent se développer. Mais le fait de cet ensemencement par des staphylocoques, des streptocoques, des pneumocoques, des pneumobacilles, etc....., modifie rapidement l'évolution de la tuberculose et accroît brusquement sa gravité. Au surplus, Sata a montré expérimentalement que les pyogènes peuvent ainsi créer des complications très redoutables, telles que la pneumonie et la broncho-pneumonie.

Ce sont les relations entre la richesse de la flore pathogène des crachats et l'importance des signes généraux qui m'ont conduit à accepter cette distinction. Tant que les bacilles de Koch sont seuls présents dans les expectorations, ou n'y sont associés qu'à des bactéries banales, qu'à des pyogènes peu nocifs et peu nombreux, la tuberculose suit une marche chronique, lente, quelle que soit souvent l'étendue des signes pulmonaires à l'auscultation.

D'ailleurs dans les tuberculoses locales, torpides, on ne trouve guère que le bacille de Koch et ces tuberculoses restent guérissables. Leur marche n'est modifiée que s'il y a transformation de la tuberculose fermée ou tuberculose ouverte, généralisation et ensemencement pyogène. Au contraire, quand l'examen microscopique des crachats montre une grande abondance de pyogènes, même si les lésions semblent peu considérables, la tuberculose prend une allure plus grave, la fièvre hectique et la consommation s'accroissent, comme réaction manifeste de l'organisme à la résorption des toxines, et indépendamment pour ainsi dire, du nombre des bacilles de Koch. Ceci expliquerait peut-être, car il faut se garder de généralisations trop hâtives, la durée vérita-

ble de la résistance des malades. Certains sont fauchés très vite avec des lésions en apparence peu graves; d'autres, en revanche, survivent longtemps avec des lésions fort étendues et même une dyspnée intense. En tout cas, j'ai eu l'occasion de constater maintes fois que les premiers présentaient une association de bacilles tuberculeux avec de très nombreux pyogènes, streptocoques surtout, tandis que les derniers avaient des bacilles de Koch parfois très abondants mais comparativement fort peu de pyogènes.

De ces faits, il n'est pas interdit de conclure que les infections secondaires des lésions tuberculeuses par les pyogènes contribuent dans une large mesure à aggraver l'évolution des tuberculoses ouvertes. Par conséquent, ne peut-on pas espérer en s'attaquant à ces pyogènes, à leur virulence, à leur vitalité, de modérer la rapidité de l'évolution, d'en arrêter, au moins, momentanément les progrès. Quelque modeste qu'il soit, un tel résultat serait cependant bien appréciable, puisque les tuberculeux du 2^{ème} et du 3^{ème} degré, sont presque toujours irrémédiablement condamnés à plus ou moins brève échéance.

S'il est impossible d'atteindre le bacille tuberculeux lui-même — du moins les moyens jusqu'ici préconisés ont tous échoués dans cette tentative — les pyogènes que l'on rencontre dans les tuberculoses ouvertes, cavernieuses, semblent plus accessibles aux agents thérapeutiques, ainsi qu'en témoignent les résultats obtenus par l'emploi méthodique de quelques-uns d'entre eux et notamment de la créosote et de ses dérivés dans beaucoup d'affection thoraciques. Comment, dans ce cas, agit la créosote? Nous ne le savons pas d'une manière certaine. Mais, la créosote étant un antiseptique assez actif et s'éliminant en partie par la voie pulmonaire, on peut admettre qu'elle atténue la virulence des bactéries pathogènes, ralentit leur germination, et modifie ainsi secondairement la nature des sécrétions et l'état des lésions. Aussi, voit-on, sous l'influence de ce traitement, l'aspect des crachats changer complètement, tandis que les lésions tendent à se localiser et parfois à se cicatrifier, même dans la tuberculose, ainsi que l'attestent les observations de Burchureaux.

Malheureusement la créosote, aux doses relativement fortes qu'il est utile d'administrer, est souvent toxique et peut déterminer ces polynévrites, avec douleurs violentes et faiblesse des membres,

que Fernet, Faisans, et Lorot ont signalé chez les personnes qui avaient usé de ce produit. C'est pourquoi j'ai préféré la créosote pure, un de ses dérivés les plus actifs, le phosphite de créosote (PHOSPHOTAL), dont j'ai pu, dans un grand nombre d'affections thoraciques et dans les complications respiratoires de la grippe, constater les très bons effets sur les infections pulmonaires. D'ailleurs, le phosphite de créosote jouit de plusieurs avantages précieux; il renferme en effet 9,5 pour cent d'acide phosphoreux et constitue un produit parfaitement défini. Son pouvoir antiseptique est assez élevé et on constate un faible écart entre la teneur simplement infertilisante (1 pour 1000), et la teneur microbicide 5 pour 1000, ce qui tend à faire croire que l'acide phosphoreux n'est pas sans influence, puisque, pour la créosote, la teneur infertilisante étant de 1 pour 1000, la teneur microbicide monte à 15 pour 1000. Néanmoins, sa toxicité est faible, attendu qu'il faut dépasser 8 centigrammes par kilogramme vivant (5 à 6 grammes "pro die") pour voir apparaître les urines noires. Comme d'ailleurs il ne se dédouble qu'assez lentement dans l'économie et ne régénère ainsi que successivement de petites quantités de créosote, il n'a jamais déterminé, à ma connaissance, (et je l'ai employé dans près de 200 cas divers), aucun des accidents que l'on reproche à la créosote. A toutes ces raisons, s'ajoutent encore celles-ci: c'est que, d'une part, par suite du dédoublement du phosphotal dans le milieu alcalin de l'intestin, il se forme des phosphites alcalins assimilables, dont le rôle ne doit pas être absolument négligé au point de vue de l'action métabolique, et que, d'autre part, malgré le pouvoir hyperémiant de la créosote, le phosphotal, manié avec prudence, ne paraît pas capable de provoquer l'hémoptysie, même chez les tuberculeux congestifs et hémorragiques. J'ajoute enfin que, en raison des troubles gastriques si fréquents chez les tuberculeux, j'ai presque constamment administré le "Phosphotal à l'état d'émulsion dans un lavement lacté de 100 à 125 Cc., après lavement évacuateur. Ce procédé, un peu ennuyeux au début, est rapidement accepté par les malades, auxquels il évite les inconvénients de la voie buccale. Il ne produit d'ailleurs aucune irritation de la muqueuse de l'intestin.

J'ai communiqué en juin 1903, à la Société de Thérapeutique de Paris, les résultats des quatre premières observations recueillies chez les malades atteints de la tuberculose à la période de

ramollissement et de cavernisation avec bactéries associées, et traités méthodiquement par le phosphite de créosote. Ces résultats que je ne puis que résumer ici, renvoyant pour le surplus à ma communication, ont été très satisfaisants en ce sens que l'état général a subi des modifications particulièrement favorables. La température vespérale s'est sensiblement rapprochée de la normale; les sueurs nocturnes ont disparu, l'appétit, le poids, les forces ont notablement augmenté. Au point de vue des échanges, le coefficient de phosphaturie se sont abaissés au voisinage de leur valeur ordinaire, et la consommation d'oxygène respiratoire a subi une chute à peu près parallèle. Au point de vue bactériologique, si le nombre relatif des bacilles de Koch a peu varié, les pyogènes ont considérablement diminué, quelques uns même ont disparu. Au point de vue hématologique, les globules rouges et les globules blancs (microphages surtout) étaient en augmentation, ce qui indiquait à la fois une atténuation de l'état anémique et une amélioration des défenses naturelles. Enfin, au point de vue des signes pulmonaires, on constatait surtout en changement dans la nature des râles et parfois la cessation des gargouillements, mais les bruits amphoriques, quand ils existaient, ont persisté presque avec la même intensité. Par conséquent, les lésions elles-mêmes semblent n'avoir été que peu atteintes, sauf chez le malade de l'observation No 4, où elles se sont très nettement localisées et ont marqué une tendance vers la cicatrisation. Les modifications de la flore pathogène ont entraîné des modifications correspondantes dans l'aspect et la nature des crachats qui ont perdu leur purulence, sont devenus plus fluides, presque muqueux et beaucoup moins abondants. La toux a également diminué et même presque complètement cessé chez le sujet No 4. Il n'y a rien de particulier à dire de la dyspnée, qui n'a jamais été intense chez aucun de ces malades. Enfin l'état digestif, qui avait été l'objet de soins particuliers s'est amélioré ou maintenu de telle sorte qu'une alimentation suffisante a été presque toujours possible, ce qui est un élément sérieux de cure.

Depuis ma communication de 1903, j'ai suivi très attentivement ces quatre malades; l'état du No 3 a considérablement empiré, malgré une amélioration qui a persisté jusqu'au printemps 1905; les lésions se sont étendues et creusées, la fièvre hectique et la consommation ont augmenté; la si-

tuation semble donc tout à fait désespérée. En revanche les trois autres sont, pour ainsi dire, tirés d'affaires. Le No 2 en particulier, très robuste aujourd'hui d'aspect, ne présente plus à l'auscultation que des signes de cicatrisation. D'ailleurs pour ces trois personnes, le traitement phosphotalé est déjà suspendu depuis 18 mois ou 2 ans sans inconvénients, accidents ou poussées nouvelles.

En outre de ces sujets j'ai recueilli 7 observations nouvelles de malades à tuberculose ouverte avec nombreux pyogènes associés, traités méthodiquement, comme les précédents, par le Phosphite de créosote. De ces malades, 2 sont en traitement depuis octobre et décembre 1903, 1 depuis 1904, 3 depuis 1905, 1 seul depuis mars 1906. Je laisse ce dernier de côté; son état est grave, il est alité et sa température qui était au début de 39o5 oscille encore autour de 39oC. Les six autres sont en très bonne voie d'amélioration. Il n'y a plus de fièvre le soir (sauf le No 9, 1905, dont la température reste à 38o C.); le poids a augmenté, naturellement, d'une manière plus remarquable chez ceux qui datent de 1903 et 1904; l'appétit et le sommeil sont revenus, bref j'ai constaté les mêmes modifications favorables, en ce qui concerne l'aspect des crachats, les échanges urinaires, les sueurs, les signes bactériologiques et stéthoscopiques, que chez les sujets 1, 2 et 4 de la première série d'observation, ce qui me dispense plus longs détails. Il me suffira d'ajouter que tous étaient des cavitaires et que les Nos 6 et 9 ont eu des hémoptysies graves antérieurement au traitement, lesquelles ne se sont pas reproduites depuis. Les Nos 7 et 10 ont eu des crachats hémoptoïdes avant et au cours du traitement. Le No 8 dont les lésions étaient, quoique profondes, bien localisées au sommet gauche, paraît donner une bonne cicatrisation. Enfin le No 5, très sérieusement atteint, puisque le professeur Debove le considérait comme perdu, est si bien amélioré qu'il a pu reprendre depuis 16 mois, sans aucun trouble ni accident, son métier très fatigant de frotteur.

L'intérêt principal de ces observations, c'est qu'elles sont relatives à des tuberculeux très avancés, que l'on considère comme perdu et que l'on néglige de soigner méthodiquement. De plus, elles remontent assez loin pour qu'on en puisse tirer une conclusion acceptable. Si une date de

8 mois seulement, 2 d'un an ou un an et demi, en revanche, 3 remontent à 4 ans et demi, 3 à 3 ans et demi ou 3 ans et une à plus de 2 ans, la durée moyenne du traitement étant de 15 à 20 mois. De ces faits, il me semble que l'on peut conclure, comme je le faisais à la Société de Thérapeutique de Paris, que le phosphite de créosote est capable de rendre les plus grands services dans les tuberculoses graves, ouvertes, caverneuses, où il agit principalement sur les infections secondaires. C'est par là que l'amélioration paraît se produire, car, en diminuant notablement le nombre des pyogènes, dont les toxines plus ou moins pyrétogènes sont déversées dans l'économie, il abaisse la fièvre et restreint la consommation; et permet ainsi plus facilement à la diabétique et à l'hygiène, de maintenir ou de réveiller la résistance vitale contre le bacille tuberculeux. Le phosphite de créosote agit-il également contre ce dernier? C'est possible, je le suppose même, mais il serait imprudent de l'affirmer. Contentons-nous, pour le moment, de constater les résultats obtenus et d'y puiser un encouragement pour les recherches ultérieures.

Dr J. LAUMONIER.

Thérapeutique

LE TRACHOME

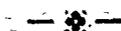
Sa Contagiosité ; sa Nature

Qu'est-ce que le trachome? C'est cette affection de la conjonctive, couramment désignée du nom de "Conjonctivite granuleuse." En quoi le trachome peut-il intéresser la grande masse des médecins, au point qu'il y ait lieu d'en faire l'objet d'une question du jour? Voici:

Le trachome est essentiellement contagieux. Dans certaines contrées, dans certains milieux, il fait des victimes en nombre considérable. C'est au point qu'en 1903, le ministre de l'intérieur de Hongrie a proposé un prix de 200 couronnes, qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur la pathologie et le traitement du trachome. C'est au point qu'en avril prochain, un congrès international se tiendra à Palerme, pour organiser la lutte contre le trachome. Sans doute, la France con-

tinental figure parmi les pays qui en sont le plus épargnés, mais le mal s'est propagé jusqu'à nos portes. La population minière des bassins de la Westphalie lui paie un large tribut, à tel point que des mesures de prophylaxie très sévères ont été arrêtées et mises en vigueur par les autorités publiques, pour enrayer le mal. Elles se confondent en partie avec celles qui ont été prises contre l'ankylostomiasie, contre le "ver des mineurs", cet autre fléau des charbonnages.

Or, nous vivons à une époque où l'internationalisme triomphe en pathologie plus qu'en tout autre domaine, et où tout ce qui est transmissible par voie de contagion, bénéficie des facilités que les progrès croissants de la pénétration réciproque des peuples créent au libre échange des idées et des choses. Une extension possible à nos districts industriels du Nord-Est, des ravages qu'exerce le trachome dans les districts houillers rhénans, est donc dans les éventualités à prévoir ; raison suffisante pour que la connaissance de cette affection des yeux s'impose à la masse des médecins.



Esquissons d'abord, en quelques traits, la symptomatologie du trachome :

Cette affection se distingue des différentes formes de conjonctivites infectieuses, par son début insidieux ; aussi bien, elle ne donne lieu d'abord qu'à des troubles subjectifs, et à des phénomènes réactionnels insignifiants. Tout se réduit à un peu de gêne oculaire, à un accroissement de fréquence du clignotement, quelquefois à un peu de photophobie. Habituellement aussi, on constate un léger baissement de la paupière supérieure.

Cela étant, on conçoit que dans la plupart des cas, le trachome est parvenu à sa période d'état, à la phase granuleuse, lorsqu'il s'offre à l'observation des médecins, environ dix à quinze jours après son début. Voici ce que l'on est alors à même de constater :

La conjonctive tarsienne de la paupière inférieure est normale, ainsi que le cul-de-sac inférieur.

Quand on renverse la paupière supérieure, la conjonctive tarsienne apparaît rouge, injectée, épaissie, au lieu de jaune et transparente qu'elle est à l'état normal : sa surface, rugueuse, comme veloutée, laisse voir, sur un fond d'un rouge sombre, de petites taches plus claires, grisâtres ou

jaunâtres, assez semblables à des grains de sa-gou bouilli ou à des œufs de frai de grenouille. Ce sont les fameuses "granulations" qui constituent la caractéristique anatomique du trachome. Elles peuvent être disposées en séries parallèles au bord libre de la paupière. Sur la conjonctive du cul-de-sac supérieur, qui n'est jamais long à être envahi, les granulations atteignent des dimensions plus considérables ; elles forment des saillies bien visibles. Il arrive, du reste, que les granulations fassent défaut ; en ce cas, les altérations se réduisent à un épaississement et à une infiltration diffuse de la muqueuse tarsienne et du cul-de-sac supérieur.

Parvenu à ce point, le processus est susceptible de subir une régression spontanée, sauf à laisser comme traces de cicatrices qui ont quelque chose de caractéristique. Le plus souvent les choses se passent différemment, l'infiltration granuleuse gagnant les parties avoisinantes de la conjonctive bulbaire de la cornée, celles qui sont normalement recouvertes par la paupière supérieure. Elle s'accompagne d'une injection plus marquée de cette région. Bientôt on voit apparaître sur la cornée des taches grisâtres, entourées d'un fin réseau nodulaire, et qui ne sont autre chose que des nodules analogues à ceux de la conjonctive tarsienne. Il se forme ensuite une véritable membrane superficielle, grise ou rougrâtre, qu'on désigne sous les noms de "pannus", de "kératite pan-nuse, trachomateuse. Limitée souvent à la portion de la cornée recouverte par la conjonctive, cette membrane peut envahir la cornée dans toute son étendue.

A force de durer, la conjonctivite peut envahir le cul-de-sac et la conjonctive tarsienne inférieure, mais en ces points, la lésion nodulaire n'est jamais aussi nette que sur la conjonctive tarsienne supérieure.

L'affection met plusieurs mois à atteindre son apogée ; c'est dire qu'elle évolue avec une grande lenteur. Elle est susceptible de retrocéder complètement ; elle est sujette à des poussées récidivantes, qui se répètent avec une fréquence variable. Il n'est pas rare que sa durée se chiffre par dix années et plus. D'autre part, les granulations trachomateuses laissent à leur suite, des cicatrices qui ont quelque chose de "sui generis" ; sur la conjonctive des culs-de-sac, elles forment

des lignes grisâtres, au niveau desquelles la conjonctive tarsienne présente une surface lisse et une teinte opaline. Sur la cornée, elles constituent des opacités variables comme degré.



“Quelle est la nature de l'affection” dont nous venons d'esquisser la symptomatologie à traits rapides? Et d'abord, “s'agit-il d'une inflammation d'une conjonctivite?” L. de Wecker soutient que non. Il y a déjà un quart de siècle, dans son traité complet d'oculistique (t. I. p. 368), il avait fait remarquer que “l'absence de phénomènes inflammatoires, pendant un temps plus ou moins prolongé, parfois pendant toute la durée de la maladie, engage à supprimer même le nom de conjonctivite et à ne parler que de trachome conjonctival”. Plus récemment (“Annales d'oculistique, 1902, t. 128, p. 41”), il est revenu sur ce sujet, pour soutenir que la granulation, caractéristique du trachome, ne dérive d'une inflammation, qu'au contraire sa présence prédispose aux états inflammatoires et peut entraîner une purulence transitoire; que, d'autre part, la prédilection particulière de l'affection pour le sommet du cul-de-sac conjonctival, la tendance spéciale des granulations à détruire la matrice où elles ont pris naissance, et leur action déformatrice par production et rétraction de cicatrices, constituaient des éléments suffisants et sûrs, pour établir le diagnostic.

N'empêche que les auteurs français continuent d'englober le trachome dans les inflammations de la conjonctive et de la décrire sous l'étiquette de “conjonctivite granuleuse”. Tel Morax, dans l’“Encyclopédie française d'ophtalmologie” (1906, t. V, p. 731).

Incontestablement “le trachome est une affection contagieuse” et exclusivement transmissible par voie de contagion. La preuve expérimentale de sa contagiosité nous a été fournie par Sattler: chez un malade, atteint d'un trachome bilatéral presque guéri, Sattler excisa l'unique granulation qui subsistait encore, et déposa le contenu dans le cul-de-sac conjonctival d'un sujet sain; sept jours plus tard, celui-ci présentait les premiers signes d'une conjonctivite granuleuse naissante!

De ce que le trachome est exclusivement transmissible par voie de contagion, on a

cru pouvoir conclure, “à priori”, à sa “nature bactérienne”. Seulement jusqu'ici on n'a pas encore pu nous renseigner d'une façon exacte sur la nature du germe-contage. Il n'a pas manqué d'oculistes et de bactériologistes, pour s'attribuer la découverte du microbe spécifique du trachome. Morax (“Annales d'oculistique” 1902, t. 128, p. 331), s'est donné la peine de réfuter la plupart des assertions émises à cet égard. Ses propres recherches ne l'avaient pas conduit à des résultats très concluants. Depuis lors, Roehlmann (“Deutschmanns Beitrage zur Augenheilkunde”, 1905, fasc. 62, p. 38) a fait savoir qu'à l'aide du microscope perfectionné d'invention récente, connu sous le nom “d'ultramicroscope”, il avait réussi à découvrir dans un pus provenant d'un œil trachomateux et dans des follicules de même provenance, des bactéries de formes diverses, mais en essaims tellement petits qu'ils échappaient aux investigations d'un observateur armé d'un microscope ordinaire. Or presque aussi récemment Kuhne et Pfeifer (“Zeitschrift fur Augenheilkunde”, t. XIII, p. 321) ont publié les résultats de recherches qui autorisent à conclure que la sécrétion morbide, provenant d'un œil trachomateux, ne renferme pas de microbe-organismes aussi minuscules que ceux entrevus par Roehlmann. Les deux expérimentateurs susdits ont préparé des émulsions avec des particules de tissu trachomateux, préalablement réduits en particules très fines, par voie de trituration. Ils ont filtré ces émulsions sur des filtres bougies en terre d'infusoire Berkefeld, imperméables aux bactéries de dimensions ordinaires. Ce produit de filtration, ils l'ont instillé dans les culs-de-sac conjonctivaux d'yeux sains. Le résultat a toujours été absolument négatif, preuve que le trachome n'est pas engendré par des micro-organismes minuscules au point de pouvoir traverser des filtres imperméables aux bactéries de dimensions ordinaires.

Il appert de ce qui précède, qu'à l'heure présente notre ignorance est encore complète sur ce qui concerne la nature du contagé contenu dans le mucopus qui est le propagateur de l'infection trachomateuse.

En résumé, la trachome évolue souvent avec des allures telles qu'on peut se demander s'il est d'ordre inflammatoire, s'il rentre réellement dans la classe des conjonctivites. La trachome est essentiellement contagieux et exclusivement transmissible par voie de contagion, mais nous ne sommes pas encore fixés sur la nature de son contagion. Dans ces conditions, on est amené à se demander si ce contagion est représenté par un micro-organisme spécifique et si le trachome constitue réellement une "entité bactérienne", s'il n'équivaut pas simplement à une modalité clinique de quelque autre infection bactérienne déjà classée. Ceci nous ramène à la question des rapports du trachome et de l'infection blennorrhagique, question vieille de près d'un siècle et toujours en suspens.

A vrai dire, la plupart des auteurs contemporains d'oculistique la considèrent comme réglée, et dans le sens d'une indépendance complète des deux infections, trachomateuse et blennorrhagique. Voir que, dans le chapitre le plus récent, consacré à ce sujet, Morax, (loc. cit.), considère comme superflu "de discuter encore le rôle supposé du gonocoque dans l'étiologie des granulations de l'unicité de la conjonctivite blennorrhagique et du trachome." Que si, au décours de la conjonctivite blennorrhagique, la conjonctive des culs-de-sac présente assez souvent un aspect granuleux qui a été identifié avec les granulations trachomateuses, en raison d'une certaine analogie de caractères histologiques, "aucun observateur, tant soit peu versé dans les questions de pathologie générale, n'osera soutenir actuellement que l'identité des lésions histologiques suffit à autoriser l'assimilation de deux affections", conclut Morax.

Oui, sans doute, ce serait là un criterium insuffisant pour soutenir la communauté d'origine de la conjonctivite blennorrhagique et du trachome. N'empêche que la doctrine de cette communauté d'origine compte encore des adeptes parmi les oculistes contemporains. Le prof. Goldzieher, de Budapesth, a rompu une lance en sa faveur, dans une occasion récente ("Berliner Klin. Wochenschrift", 1905, No 41, p. 1298). Après avoir fait ressortir que dans l'état actuel de nos connaissances, la bactériologie ne nous est d'aucun secours pour élucider l'étiologie du trachome, et que nous en sommes réduits à faire appel aux don-

nées de la clinique et de l'histoire, si nous voulons nous édifier sur les rapports éventuels de cette affection de la conjonctive et de la blennorrhagie, Goldzieher a passé en revue les arguments des deux ordres, qui plaident en faveur de sa manière de voir.

Et tout d'abord, l'histoire du trachome démontre que les premières grandes épidémies de ce mal, qui ont sévi au cours des trente premières années du précédent siècle, ont évolué sous les traits cliniques de l'ophtalmie blennorrhagique aiguë. A l'appui de cette assertion, Goldzieher invoque les témoignages de Ferdinand von Graefe, qui fut médecin en chef de l'armée prussienne pendant les guerres du premier empire, et de Burkard. Eble, un médecin militaire autrichien qui eut des occasions nombreuses d'étudier le trachome dans un de ses écrits déclarait textuellement que la dégénérescence morbide de la conjonctive, qui est le propre du trachome, s'était révélée, non comme le produit posthume d'une blennorrhée antécédente, mais qu'elle avait été observée à la suite de beaucoup d'autres formes d'ophtalmies, et que notamment elle se développait chez la plupart des malades affectés d'une maladie d'yeux, qui traités dans un hôpital, avaient fait chambre commune avec d'autres malades en puissance d'une blennorrhée.

En 1841, Piringer, dans un ouvrage qui fit sensation à l'époque, soutenait également que l'ophtalmie blennorrhagique et l'affection qu'on désigne aujourd'hui du nom de trachome avaient une seule et même origine.

Arle ("Klinische Darstellung der Krankheiten des Auges." Wien, 1881) admettait une conjonctivite blennorrhagique chronique, dérivant de la forme aiguë, et il y rattachait les diverses formes cliniques du trachome, même la forme exclusivement folliculaire, qu'il avait, précédemment, opposée comme une maladie "sui generis" à la blennorrhée chronique de l'œil.

Stellwag, dans son traité d'oculistique pratique, paru en 1870, mentionne le trachome comme "une terminaison très habituelle de la blennorrhée, dans l'acception propre des mots."

Au surplus, maints auteurs d'oculistique nient l'existence d'une ophtalmie blennorrhagique chronique, ou rattachent au trachome ce qu'on a considéré comme tel.

Ainsi d'après Greeff (Berlin 1902), "il n'existe point de conjonctivite blennorrhagique chronique; dans les cas prétendus tels, il y a eu le plus souvent confusion avec le trachome... Quelle qu'ait été la violence du cas, que l'œil ait été conservé ou qu'il se soit trouvé perdu, toujours la conjonctive revient à l'état normal et se dépouille de toute réaction irritative. Autre fait de grande importance: le gonocoque de Neisser ne fait point apparaître des cicatrices sur la conjonctive, même dans les cas d'ophtalmie blennorrhagique les plus violents... Enfin, dans les cas d'affections blennorrhagiques de l'œil, il n'y a pas formation de follicules dans la conjonctive."

Axenfeld, dans sa "Bactériologie de l'œil" (Iéna, 1903), soutient "qu'on n'observe pas de blennorrhagie chronique de la conjonctive, comparable à la blennorrhagie chronique, si extraordinairement fréquente, de l'urètre". Il nie catégoriquement que le trachome avec sa formation si caractéristique de cicatrices et sa vascularisation de la conjonctive, puisse dériver d'une infection exclusivement blennorrhagique. Dans les cas où pareil enchaînement pathologique semble être en cause, il s'agit, selon Axenfeld, d'infection mixte.

D'autre part, Saemisch, dans une monographie de publication récente, ne nie pas l'existence d'une conjonctivite blennorrhagique chronique; voire qu'elle pourrait, selon lui, se développer d'emblée, en dehors de toute conjonctivite blennorrhagique aiguë antécédente. Il ne nie pas non plus que ces follicules puissent se développer dans la conjonctive, quand celle-ci est le siège d'une blennorrhagie chronique; toutefois cette éventualité serait des plus rares, et en pareils cas, les follicules ne se développent que dans la profondeur du tissu conjonctival.

Il n'est pas rare que la conjonctivite blennorrhagique chronique entraîne des épaissements considérables de la muqueuse, avec rétraction consécutive, principalement dans les cas où aucun traitement n'a été institué au cours du stade aigu de la blennorrhagie oculaire.

En définitive Goldzieher s'en tient provisoirement à cette affirmation, "qu'il existe sans nul doute des formes d'ophtalmie infectieuse chronique, qui procèdent de la blennorrhée aiguë, et qui sont impossibles à distinguer des cas de trachome à tuméfaction papillaire un peu tranchée. Il concède que certaines formes de trachome caractérisées "par une infiltration colloïde très notable de la conjonctive et du tarse, par des granulations pâles et très saillantes, qui se groupent parfois en bourrelets, par l'absence de tuméfaction papillaire et par la rareté de la sécrétion morbide" sont entièrement dissemblables de la blennorrhée chronique vulgaire, et que, pour qui n'a pas connaissance des formes intermédiaires, il peut paraître légitime de considérer ces formes extrêmes comme des affections "sui generis". Mais inversement, il y aurait lieu d'admettre que parmi les nombreuses variétés cliniques de trachome, engendrées par le germe microbien de cette affection, germe non encore connu, il s'en trouve qui ont une ressemblance très grande avec les formes chroniques de la blennorrhagie de l'œil.

Tout compte fait le trachome serait la conséquence d'une infection de la conjonctive par un virus blennorrhagique atténué ou dégénéré. L'histoire des épidémies de trachome nous apprend qu'à sa première apparition dans une contrée déterminée, cette maladie de l'œil manifeste parfois une remarquable malignité. De la syphilis nous savons, d'autre part, qu'elle exerce des sévices particulièrement graves, lorsqu'elle s'abat sur une population qui jusqu'alors en avait été indemne. Il serait donc possible, — c'est Goldzieher qui en fait la remarque, — qu'à sa première apparition en Europe, le trachome également ait revêtu le caractère d'une affection blennorrhagique maligne; pour dégénérer, dans la suite des temps, en une affection infectieuse de la conjonctive, de caractère indéterminé.



Nous concluons: Le point de doctrine que soulève la question des rapports du trachome et de l'infection blennorrhagique n'est pas encore tranché, pas plus que nous ne sommes encore fixés sur la nature du germe infectieux qui engendre le trachome. Un fait est définitivement acquis, et dans la pratique, son importance est capitale. Il est relatif à la contagiosité du trachome. Cette affection est engendrée par un cortège que véhicule le produit de sécrétion morbide dont la conjonctive est le siège, chez les trachomateux. "Sans sécrétion morbide, provenant de l'œil d'un malade en puissance du tra-

chome, pas d'infection ;" plus est abondante la sécrétion morbide, à la surface de l'œil malade, plus sont grands les dangers de contagion ; ils deviennent nuls, une fois cette sécrétion tarie.

Au surplus, le contagion trachomateux est peu résistant ; dire que sa propagation se trouve facilitée par l'encombrement, par la promiscuité, par les mauvaises conditions d'hygiène et la malpropreté, c'est émettre des vérités banales.

De ces notions découlent les mesures de prophylaxie à prescrire pour enrayer la propagation du trachome ; considérées dans leur ensemble, elles ne diffèrent pas de celles qu'il y a lieu d'édicter contre n'importe quelle affection contagieuse. En l'espèce, leur mise en vigueur acquiert d'autant plus d'importance que l'affection contre laquelle on les dirige est de celles que nous avons beaucoup de peine à guérir et qui laissent des traces irréparables.

Nous croyons devoir signaler en terminant une étude récente d'un médecin roumain, le Dr Urdateanu ("Spitalub", 1905, No 2), sur l'hygiène des trachomateux, et un article du Dr E. Jacoby ("Deutsche medizin Wochenschrift", 1806, No 2, p. 61), dans lequel ce médecin rend compte des résultats, assez médiocres, obtenus dans le traitement du trachome avec le radium.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR
LE SERUM DE MARMOREK

(Par le Dr Adelstan de Martigny)

(Suite)

OBSERVATION XVII

M. FRED BR....., 25 ans.

Ce malade vint me consulter pour la première fois le 2 janvier 1905.

Il me dit qu'il s'était toujours bien porté jusqu'au mois d'août de l'année précédente, et qu'il avait eu alors une hémorragie "à propos de rien". Qu'il s'était fait examiner à ce moment, par un spécialiste qui l'avait envoyé dans les montagnes, où il avait passé quatre mois et demi.

Dans la famille aucune trace me dit-il de tuberculose.

Cependant, en interrogeant le malade de plus près, j'appris qu'il avait fait deux pleurésies, à

la suite de froïds, pris après des exercices violents. Le malade est en effet un joueur de base-ball, et, deux années de suite, il lui arriva de faire une pleurésie, à la suite de parties trop chaudement contestées. L'une fut une pleurésie sèche, l'autre nécessita une ponction qui donna "beaucoup de liquide."

La dernière pleurésie remontait à deux ans. Depuis lors, il ne s'était pas senti malade, mais avait tout de même abandonné le jeu de base-ball.

J'appris de plus qu'il avait reçu sur le nez un coup violent, qui avait déterminé une hémorragie des plus grave, par laquelle il avait dû garder le lit pendant plusieurs semaines, et qui avait donné de grandes inquiétudes à son médecin. Cela remontait à trois ou quatre ans, et depuis cette époque, il avait souvent des hémorragies plus ou moins sérieuses à la suite de fatigue, ou seulement de chaud et froid. Cependant il avait pris les plus grandes précautions, et avait fait traiter son nez par un spécialiste, qui avait pratiqué des cautérisations répétées.

Lorsque l'hémorragie pulmonaire survint au mois d'août, il toussait déjà depuis quelque temps.

Quand je vis ce malade, son apparence générale n'était pas très rassurante. Son séjour dans les montagnes de Ste-Agathe ne lui avait pas profité. Pendant les premières semaines, il avait un peu engraisé, étant au repos complet. Mais le deuxième mois, il était resté stationnaire, comme poids, et l'appétit n'avait pas continué. De plus continuant à garder le repos, il avait perdu des forces. Il en était arrivé à ne pouvoir presque marcher. Le moindre exercice le mettait à bout de forces. Pâle, et d'une maigreur extrême, il toussait beaucoup, parlait avec précaution, pour ne pas se fatiguer.

Le malade me raconte qu'il est marié depuis 5 mois, que ses hémorragies ont eu lieu à son retour de son voyage de noces. Il en a eu 5, en tout, en une semaine, et la première a été moins abondante que les autres.

A l'auscultation je ne découvris pas de craquements, ni de râles, mais seulement une respiration très faible dans tout le poumon gauche, surtout dans la moitié inférieure, où la respiration ne s'entend pas, bien que la voix y résonne parfaitement. Au sommet, il y a exagération de

ces vibrations vocales, sans diminution nette de la sonorité.

A droite, peu de chose, bien que ce soit de ce côté que la ponction ait été pratiquée.

Les crachats ont été examinés quelques jours auparavant, et l'on n'a pas trouvé de bacilles.

Malgré l'absence de bacilles, je n'hésiterais pas aujourd'hui à donner le sérum, mais alors j'avais moins d'expérience et j'étais dominé par la volonté impérieuse de démontrer l'efficacité de la méthode, et ne voulais pas m'exposer à rapporter les résultats qu'on aurait pu discuter. J'étais aussi moins convaincu qu'aujourd'hui de l'importance d'instituer le traitement tout à fait au début, ou, pour le moins, aussi près que possible du début de l'affection.

Je refusai donc de commencer les injections que le malade me demandait, et, en cela, je commis une faute qui n'eut heureusement pas de conséquences trop graves, mais contre laquelle je ne saurais manquer de mettre en garde ceux de mes confrères qui voudront essayer les injections. Je n'insisterai jamais assez sur l'importance capitale qu'il y a de commencer le traitement à une date aussi rapprochée que possible du début de la maladie.

Je renvoyai donc le malade avec une ordonnance ordinaire, lui recommandant de continuer à pratiquer l'hygiène à laquelle il s'était habitué dans les montagnes. Je conseillai les mouches noires au sommet, des cachets de levurine parce que les crachats contenaient beaucoup de staphylocoques, et du sirop de Coromilas, au sulfure de carbone térébenthiné.

Le 20 janvier, je revis le malade qui se portait assez bien, et mangeait bien, de bon appétit, et semblait tousser un peu moins. Cependant, il avait maigri de cinq livres durant ces trois semaines.

Les signes d'auscultation étaient sensiblement les mêmes que la première fois, et les crachats, examinés le lendemain, ne contenaient toujours pas de bacilles. Je continuai donc le même traitement, en y ajoutant 5 gouttes d'une solution de cacodylate de soude à 3 p.c.

Le 25 février, le malade se sent malade. Depuis deux jours il a pris "un rhume", et tousse beaucoup. La toux est sèche. Il n'y a pas d'expectoration. Le malade se sent fiévreux, mais n'a pas de température.

Le même traitement est continué.

Le 11 mars, le malade tousse beaucoup, et expectore de gros crachats, dans lesquels on trouve des quantités de bacilles. Depuis 3 ou 4 jours, la température monte chaque jour à 100.2, 101.

A l'auscultation, on entend des petits râles sous-crépitants et des craquements humides au sommet gauche, avec de l'exagération des vibrations, et il y a de la submatité. A la base la respiration est toujours très faible.

A droite, il y a quelques râles sonores.

Je commence donc immédiatement les injections de sérum, à 5. c.c. Le malade en prend six qu'il supporte très bien, malgré un urticaire assez abondant.

Le 25 mars, l'amélioration est considérable. Le malade est en traitement depuis 15 jours, et depuis une semaine, il a pu se rendre à son bureau tous les jours. La toux est beaucoup diminuée, et l'appétit est excellent.

Je laisse reposer le malade pendant quelques jours.

Du 6 avril au premier mai, deuxième série de dix injections, très bien supportées, et amélioration constante pendant le traitement. A la fin de cette deuxième série, les signes d'auscultation se bornent à de la faiblesse respiratoire, et la toux est presque nulle. L'état général est excellent. Le malade a recommencé de suivre son bureau depuis un certain temps, et sans aucune fatigue.

Le 15 mai, le malade, qui est courtier en douane, et qui depuis la dernière visite a beaucoup travaillé, s'est exposé au froid, - à la pluie, tousse un peu depuis deux ou trois jours. Mais il ne veut pas entendre parler de repos, se sentant très bien. Il préfère prendre simplement quelques injections de sérum, à faibles doses. Je les commence donc le soir même, à 3. c.c., j'insiste pour que le malade se repose tout de même le plus possible.

Le 22 mai seulement le malade revient prendre une injection, parce que la précédente a causé des douleurs articulaires qui ont duré deux jours, mais n'ont pas été violentes. Nouvelle injection de 3 c.c.

SOCIETES SAVANTES

Société Internationale de la Tuberculose

Séance du 6 Novembre 1906

Président : M. le Prof. Lancereaux.

“La déclaration obligatoire de la tuberculose. — Drs Samuel Bernheim et Louis Dieupart. — Les auteurs après avoir rappelé les conclusions de la récente conférence internationale de la tuberculose (La Haye, Octobre 1906) et le rapport favorable de la commission de l'Académie de Médecine (Juin 1906) déclarent qu'aucune prophylaxie ne deviendra efficace et réelle si on n'adopte pas légalement la déclaration obligatoire de la tuberculose. Dans une lutte avec un aussi redoutable ennemi, il ne faut pas de demi-mesures.

On peut sans bouleverser l'humanité déclarer obligatoirement la tuberculose. Certains pays le font et s'en trouvent bien. Il faut espérer qu'un jour l'éducation publique sera suffisamment développée pour qu'on accepte sans résistance dans tous les pays cette mesure de bonne sauve-garde.

Bien entendu la déclaration obligatoire entraîne “ipso facto” la désinfection obligatoire.

D'après MM. Bernheim et Dieupart, la déclaration obligatoire pendant la vie des malades ne doit viser que la tuberculose ouverte, celle où le patient expectore des bacilles. Il leur semble inutile de compliquer la question en englobant toutes les formes de tuberculose osseuses, ganglionnaires, cutanées, etc., formes présentant rarement du danger.

La modification phospho-créosotée en tuberculose. — Dr Samuel Bernheim. — Le terrain tuberculeux se caractérise par une déminéralisation. C'est un sol pauvre en phosphates, en chlorures. Le tuberculeux est un hypoacide et un hypercomburent. La meilleure médication consiste à transformer ce terrain et à le rapprocher autant que possible de la formule arthritique. C'est ce que réalise admirablement la cure hygiéno-diététique.

Mais cette cure est singulièrement facilitée et sa durée peut même être raccourcie si on lui associe certaines médications et particulièrement la thérapeutique phospho-créosotée. Il existe un polyéther de la créosote qui peut activer cette transformation du sol tuberculeux hypoacide en terrain arthritique hyperacide : c'est le phosphite de créosote ou phosphotal.

Ce sel agit à la fois par son acide phosphoreux pour relever l'acidité humorale, par son élément phosphore pour combattre la déphosphoration du terrain tuberculeux et leur substituer un sol arthritique, par sa créosote enfin, médicament

acidifiant, qui fluidifie l'expectoration et exerce surtout son action sur les bactéries associées du bacille, associées qui diminuent et souvent disparaissent.

L'auteur a traité avec le phosphotal un grand nombre de tuberculeux et il cite particulièrement 97 malades qui ont la plupart tiré des bénéfices de cette médication. Le phosphotal, très bien toléré, est administré per os, en injection sous cutanées ou par la voie rectale à la dose quotidienne de 0.50 centigr. à 2 gr. Ce traitement peut être poursuivi fort longtemps sans le moindre inconvénient : toutes les 3 semaines on supprime le phosphotal pendant 8 jours.

Société Médicale de Montreal.

Séance du 4 Décembre 1906

Membres présents : Elie Asselin, T. Bruneau, S. Boucher, A. Bernier, L. J. V. Cleroux, E.P. Chagnon, R. de Cotret, Bourguoin, B. Bourgeois, Desloges, Desmarais, W.J. Dérôme, J. Decarie, Deslauciers, A. Ethier, A.A. Foucher, N. Fournier, J. Handfield, H. Hervieux, A. Joyal, A. Jeannotte, A. Lesage, H. Lasnier, Larocque, J. Leduc, A. de Martigny, F. de Martigny, F. Monod, R. Masson, D. Masson, Alfred Marcil, K. Malouf, A. Mercier, Plamondon, T. Parizeau, J. N. Roy, E. St-Jacques, J.A. St-Denis, J. Rousseau, Racicot, Tellier, Valin.

M. Rod. Boulet occupe le fauteuil présidentiel. M. Art. Laramée, secrétaire, donne lecture du rapport de la dernière assemblée. Adopté à l'unanimité.

M. le secrétaire fait part aux membres d'une lettre de M. L.P. Normand, des Trois-Rivières, remerciant les membres de la Société Médicale de l'avoir nommé membre-correspondant.

M. L. Triboulet, dans une lettre adressée aux membres de la Société — où il présente ses remerciements des plus sincères, pour le titre de membre honoraire, que la Société lui a décerné, fait part d'un projet, dont le but serait d'amener à nos Congrès un plus grand nombre de médecins français.

Le Dr Boucher donne à la Société quelques renseignements sur le résultat de son entrevue avec M. Triboulet lors de son dernier voyage à Paris. MM. Triboulet, Proust et Loir, si nous avons bien compris doivent faire partie d'un Comité d'Organisation du prochain Congrès de Québec, destiné à nous amener le plus de médecins français possible, qui sont assurés d'avance de l'accueil le plus charmant. Un certain nombre de personnalités du monde médical français viendraient peut-être, mais leur nom ne sont pas donné par le Dr Boucher, de peur de divulgation anticipée de la presse médical de Montréal. Cette

réserve fait honneur à la discrétion de notre collègue.

La société approuve l'idée de soumettre à Québec les bonnes intentions de MM. Triboulet, Loir et Proust, avec encouragement.

M. E. St-Jacques croit que ce projet devrait être accepté dans toute son étendue; la profession médicale canadienne-française, la seule représentant, pour ainsi dire l'idée française scientifique en Amérique, y puiserait une nouvelle ardeur dans son avancement vers la science et, grâce à ce concours précieux, aiderait à mieux la répandre. Et il demande s'il ne serait pas opportun, de faire coïncider cette visite des médecins français avec la venue ici à Montréal, de la Clinical American Association, dont la réunion aura lieu dans le cours de l'été prochain.

M. A. A. Foucher, secondé par M. J. Décarie propose que la Société approuve le projet de MM. Triboulet et S. Boucher. Cette proposition est adoptée à l'unanimité. M. E. St-Jacques donne avis de motion qu'à la prochaine séance, il proposera la formation d'un sous-comité chargé de jeter les bases d'un Code d'éthique médical.

Les membres suivants après avoir subi l'épreuve du scrutin, sont admis à l'unanimité: M. A. Ricard, M. Laurier, M. Lautermann, M. Aubry, M. Marin.

Sur proposition de M. Bourgoïn, secondé par B. Bourgeois, M. Rousseau est nommé scrutateur; M. A. Marcell est appelé à remplir la même fonction sur motion de M. F. de Martigny, secondé par M. Handfield. Et l'on passe au deuxième ordre du jour.

Le Dr Marien, vice-président sortant est élu Président. Le Dr Lesage est élu Vice-Président. Notre sympathique Secrétaire M. Laramée est réélu à l'unanimité. Le Dr Bourgeois est élu Assistant-Secrétaire, le Dr Ethier réélu Trésorier.

M. Monod propose secondé par M. Ethier qu'un Comité composé de MM. Marien, Harwood, Archibald, Marin, le proposeur et le secondé, avec pouvoir de s'adjoindre d'autres membres, soit chargé d'étudier la question du lait, de prendre les mesures nécessaires pour procurer au public un lait pur et que ce Comité fasse rapport dans un délai de 15 jours au plus. Adopté à l'unanimité.

La séance est levée.

NOUVELLES

Un appareil de stérilisation à la formaline est à la disposition de nos confrères de Montréal chez le Dr F. Monod, 49 McGill Collège Ave. Pour tous renseignements s'adresser au Dr F. Monod, Up 2603, qui se fera un plaisir de mettre son appareil à la disposition de ses confrères qui pour une raison quelconque voudraient veiller eux mêmes à la désinfection de domiciles privés.

N. D. L. R.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES SUEURS

Pour les sueurs nocturnes on donnera le sulfate d'atropine à la dose d'un demi à un demi milligramme sous forme de pilules d'un demi-milligramme chacune, ou bien:

Sulfate d'atropine..... 0 gr. 20 centigr.
Eau de laurier-cerise 20 grammes.

X gouttes le soir au coucher (un demi-milligramme d'atropine).

Ou :

Poudre d'agaric blanc.... 0 gr. 20 centigr.

pour un cachet à prendre au moment de se coucher.

Ou :

Agaric blanc pulvérisé.... 0 gr. 15 centigr.
Extrait d'opium..... 0 gr. 02 centigr.

pour une pilule, deux pilules le soir.

Prescrire l'ergot à la dose de 1 gramme le soir avant le sommeil ou, mieux encore, une demi-heure avant l'apparition des sueurs. Ou bien:

Tellurate de soude..... 0 gr. 05 centigr.
Excipient..... Q. s.

pour une pilule à prendre dans la soirée.

On peut encore prescrire: la phénacétine à 0 gr. 50 trois fois par jour, l'acide camphorique, 8 grammes, etc.

Faire soupoudrer en même temps les parties où se montre la sueur avec un mélange composé d'une partie de "tannoforme" et deux parties de "talc de Venise".

Recourir enfin aux badigeonnages à l'alcool formaliné pratiqués successivement sur les régions où la transpiration est plus particulièrement accentuée.

A nos Lecteurs

Le Journal de Médecine et de Chirurgie rappelle discrètement à ses abonnés arriérés dans leurs paiements, que la modique somme de un dollar (prix d'abonnement pour un an) sera reçue avec reconnaissance.

Nous rappelons, en même temps, à nos lecteurs de 1907, que l'abonnement au journal est payable d'avance et nous les prions respectueusement de se mettre en règle avec l'administration du journal qui — tout le monde le comprendra — a besoin de ces faibles recettes.

Notre journal a maintenant fait ses preuves ; il a rendu incontestablement des services signalés à la double cause de la médecine et de la chirurgie dans notre pays et il a droit aux encouragements de tous les intéressés.

L'ADMINISTRATION.

Travaux Originaux

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

De la Fièvre pendant les suites de couches

(Par E.-A. René de Cotret, professeur d'obstétrique, accoucheur de la maternité.)

(Suite)

Ces assertions et ces statistiques des deux premiers nommés sont de beaucoup exagérées, mais il n'est point rare, de voir chez les nouvelles accouchées des élévations de température temporaires qui tiennent à la rétention des matières fécales. Cette fièvre est due en partie à une action réflexe par suite de la distension de l'intestin et du malaise subséquent, et en partie à une auto-intoxication, à de la stercorémie, comme on le voit par la céphalgie et le malaise général qui l'accompagnent. Cette auto-intoxication est le résultat de la résorption des produits nocifs dus aux fermentations du contenu intestinal.

Parfois, comme je l'ai vu en consultation, cette constipation s'accompagne de douleurs abdominales variables. L'abdomen est doulou-

reux spontanément ou à la palpation. Il existe une sensation de tension abdominale, de ballonnement du ventre qui peut aller jusqu'à un véritable météorisme.

Il y a une prédisposition spéciale, à la constipation pendant les suites de couches à cause de l'affaiblissement de la paroi abdominale et de la couche musculaire de l'intestin, et à cause du séjour prolongé au lit.

Pour prévenir cette complication pendant les suites de couches nous ne devons plus attendre comme on le faisait autrefois, le quatrième ou le cinquième jour pour agir sur les intestins de l'accouchée. C'est une mauvaise pratique. J'ai l'habitude de prescrire dès le soir du premier jour une bonne dose de Cascara (kasagra) que je renouvelle tous les soirs. N'importe quel laxatif léger fera aussi bien. L'essentiel est d'évacuer l'intestin de bonne heure. Les lavements seront aussi employés au besoin.

Le choix est indifférent et est indiqué par l'habitude, le goût de la femme ; il faut s'abstenir de purgatifs violents qui pourraient congestionner les organes pelviens, amener des hémorragies ou des selles trop nombreuses, débiliteraient la femme et feraient disparaître la sécrétion lactée.

Quand on se trouvera en présence d'un cas de fièvre ou de céphalalgie probablement dues à la constipation, on se hâtera d'administrer un purgatif, et il sera prudent de ne pas attendre l'effet, mais de donner un bon lavement sans tarder.

IV.—Irritation réflexe. — L'irritation physique de même que l'irritation psychique, peut avoir un effet marqué sur la température du corps pendant les suites de couches. Tous les accoucheurs ont certainement fait cette observation. Tous savent que les particularités qui accompagnent la grossesse, le travail et les suites de couches tendent, surtout chez la prédisposée par son tempérament nerveux, à exagérer l'excitabilité nerveuse réflexe. La fièvre d'origine réflexe est causée par une douleur ou un malaise de source purement physique et non infectieuse. D'après les auteurs américains, la cause la plus fréquente des troubles de la température dans cet ordre d'idée serait la surdistension du sein par le lait. Ces auteurs, pas plus que les Français, les Allemands et les Anglais, ne veulent de la fièvre de lait. Pour

eux aussi ce nom, cette chose sont surannés et appartiennent à l'antiquité. Cependant, ils prétendent que la surdistension douloureuse qui accompagne quelquefois la montée du lait peut produire, et même produit fréquemment une élévation considérable de la température, qui s'abaisse promptement quand la cause disparaît.

Les Américains sont plus larges dans leurs conceptions et leurs idées, et leur manière d'interpréter les choses. Les Français le sont beaucoup moins. Les premiers osent dire que "fréquemment" une élévation "considérable" de la température est la conséquence de la surdistension du sein. Les seconds, (ont-ils fait de meilleurs diagnostics ? ont-ils mieux saisi la véritable cause de l'élévation de la température ?) sont d'un avis bien opposé. Budin et Demelin nous disent : "C'est à peine si, très "exceptionnellement", les seins étant réellement énormes et très douloureux par suite de la distension qu'ils subissent, la température s'élève de "quelques dixièmes" de degré ; mais ces faits sont "absolument rares" et toutes les fois qu'il surviendra des symptômes fébriles, que la température se rapprochera de 38°, le médecin devra chercher attentivement s'il n'existe pas d'accidents d'infection ou une affection pathologique."

Ribemont-Dessaignes et Lepage sont dans la même note : "il n'est pas moins vrai, disent-ils, que chez certaines femmes la fluxion mammaire s'accompagne de céphalée, d'accélération du pouls et même "exceptionnellement" d'une "légère élévation" de température."

J'ai souligné dans chaque citation certains mots pour en montrer davantage les contrastes. Je prends encore les statistiques d'Edgar. Sur 2,200 accouchements, il y a 405 cas de fièvre à 38° ou plus et sur ce nombre je remarque 42 cas d'irritation réflexe (10.37 p.c.). La proportion est belle ! Dans la statistique de la "Clinique d'Accouchement" Tarnier, année 1904, sur 1,650 accouchements ou avortements, je trouve une morbidité totale de 356, et, dans ce dernier nombre je ne découvre pas un seul cas de fièvre causée par irritation réflexe.

D'où vient cette différence énorme ? La porte est ouverte à toutes les suppositions.

Combien de fois j'ai vu des températures plus ou moins élevées, coïncidant avec un gonflement

énorme et douloureux des seins faire croire à de la fièvre par irritation réflexe, et moi-même être tout prêt à établir ce dernier diagnostic, quand un examen attentif des parties génitales me faisait découvrir une petite plaie à la vulve, au vagin, plaie recouverte d'une couenne blanchâtre. Il faut si peu pour infecter ce vagin qui a été tiraillé, éraillé ou déchiré. La moindre fissure est une porte ouverte à l'absorption. Et que dire de l'utérus. Rappelons-nous encore ce que disent deux auteurs déjà cités : "il faut, en outre, signaler ces cas d'infection très légère de la muqueuse utérine, qui ne provoquent après l'accouchement qu'un léger frissonnement avec une faible élévation de la température. Cette fièvre modérée a été souvent appelée "fièvre de lait", parce qu'elle survient au moment où la sécrétion lactée s'établit." Ces auteurs auraient dû dire : "Cette fièvre modérée a été souvent appelée "fièvre de lait", et est aujourd'hui trop souvent appelée "fièvre par irritation réflexe". Oui, trop souvent, on fait, de cette élévation de température, de la fièvre par irritation réflexe causée par la montée du lait ; c'est à peu près comme on établit le diagnostic de grippe quand on est plus ou moins embarrassé au début de certaines maladies, ou d'infection intestinale chez l'enfant, dans presque tous ses malaises, ses indispositions, ou ses maladies.

Quoi qu'il en soit de toute cette dissertation, si la fièvre, dont on a "bien" cherché la cause, dépendait uniquement d'une irritation réflexe, produite par une trop grande sécrétion lactée, il faudrait administrer à la femme des purgatifs salins, l'empêcher de prendre trop de liquides, surtout, et peut-être même ce dernier traitement serait le meilleur, lui appliquer des compresses chaudes sur les seins. Si l'enfant est mis de bonne heure au sein, il est rare qu'on observe une montée de lait trop forte ou trop brusque le troisième ou le quatrième jour.

En tous cas, il ne faut pas pour s'excuser, ou cacher une légère infection, accuser les seins d'être la cause d'un mal, ou au moins d'un symptôme qui nous avertit d'être sur nos gardes. Recherchons minutieusement : la chose en vaut la peine.

La douleur que la femme éprouve quand elle allaite son enfant au sein dont le mamelon est fissuré, excoïré, peut élever la température, sans qu'il y ait infection.

La rétention d'urine chez une patiente nerveuse peut aussi produire une fièvre passagère. Une autre cause, que j'ai déjà fait remarquer trois ou quatre fois, ces années passées, agit puissamment sur la chaleur du corps. Je veux parler des "vers intestinaux", "taenia" ou "lombric". Je pourrais citer plusieurs observations à l'appui de cette assertion. Dans ces cas là température élevée, qu'on ne pouvait expliquer par aucune cause se maintenait ainsi pendant plusieurs jours, s'abaissait subitement après la sortie du ver.

"V.—Fièvre due à une maladie intercurrente ou à une complication." — Il n'est pas impossible que la femme soit atteinte d'une maladie quelconque pendant ses suites de couches, telle que scarlatine, rougeole, diphtérie, grippe, pneumonie, fièvre typhoïde, etc. Quand à cette dernière maladie, il faudra y regarder à deux fois avant de se prononcer; car l'infection puerpérale a certaine forme qui ressemble à s'y méprendre à la fièvre typhoïde.— Si l'accouchée était déjà affectée par une maladie avant la parturition, les symptômes de sa maladie continueront ou s'aggraveront peut-être après.

"VI.—Les hémorrhoides." On n'a qu'à lire les cliniques de Budin pour s'assurer que les hémorrhoides peuvent quelquefois élever la température de l'accouchée.

"Le surlendemain de l'accouchement", dit Budin à l'article "Hémorrhoides", nous avons été frappé de l'état d'agitation dans lequel se trouvait la malade. Son faciès était inquiet, souffreteux, elle se plaignait de douleurs vives qui dureraient sans s'atténuer depuis la veille et avaient empêché tout sommeil." Un peu plus loin Budin ajoute: "La malade a souffert autant que la veille, l'état d'agitation et d'inquiétude persiste, elle n'a pas dormi depuis son accouchement; le "pouls est fréquent, la température axillaire est de 38o7"... "N'était la localisation précise de la souffrance au voisinage de l'anus, n'était aussi l'indolence des organes génitaux internes et l'absence de toute manifestation inflammatoire au niveau ou à côté de l'utérus, on pourrait songer à l'invasion d'accidents puerpéraux, tant l'affaïssement de l'état général peut être marqué de par le seul fait de la douleur."

CONCLUSIONS. — Suis-je bien compris de vous tous, messieurs. Ai-je expliqué suffisam-

ment les deux côtés de la question: "fièvre d'origine non-septique" et "fièvre d'origine septique". De cette longue clinique on peut se rappeler en un mot toutes les phrases: "Tout cas de fièvre pendant les suites de couches doit être regardé comme suspect, ou plutôt comme septique jusqu'à ce que, par un examen attentif, minutieux, on ait prouvé le contraire."

On aura recours à l'examen du pouls, des lochies, de l'utérus, de l'orifice vulvaire, du vagin, des seins, du mamelon. Si les seins et les mamelons étaient malades, on devra encore examiner les organes génitaux, parce qu'assez souvent il y a coexistence des deux localisations génitale et mammaire. On verra si l'intestin fonctionne bien; si la malade est tranquille, si son moral n'est pas troublé par quelque cause fatigante.

Il ne faut pas oublier que l'accouchée est susceptible de contracter une foule d'affections qu'on pourra confondre avec l'infection puerpérale. On évitera de faire un faux diagnostic dans certains cas, ainsi, on ne devra pas confondre l'érythème scarlatiniforme puerpéral avec la scarlatine; la fièvre paludéenne ou la fièvre typhoïde avec certaines formes d'infection puerpérale.

Quand la malade présente de l'hyperthermie dans les suites de couches, il faut s'assurer que la femme ne présentait pas de fièvre avant l'accouchement. Il vaut mieux dans les cas douteux, penser à tort à une infection puerpérale que de diagnostiquer une affection aiguë dont les symptômes ne sont pas nets.

Voici le mot de la fin: "à l'heure actuelle disent Budin et Demelin, où la doctrine de l'hétéro-infection a toute l'importance que l'on sait, le principal écueil dans le diagnostic de l'infection puerpérale est peut-être d'oser la reconnaître et se l'avouer à soi-même. Un scrupule, si honorable qu'il soit, ne doit pas être poussé à l'extrême, et le sentiment de la responsabilité médicale ne devrait être exagéré. L'accoucheur n'est pas seul en cause parmi les sources d'infection. Il y a d'autres personnes auprès de l'accouchée."

ERRATA

Dans la première partie de cet article, page 379, 2e colonne, 29e ligne, au lieu de "L'autopsie," lire "L'antiseptie."
Page 380, 1ère colonne, 4e et 21e lignes, au lieu de "Garnier", lire "Tarnier";
Page 381, 2e colonne, 38e ligne, au lieu de "Henri Tarnier", lire "Henri Varnier."
Page 383, 2e colonne, 43e ligne, au lieu de "dans 29 cas", lire "dans 259 cas."

Tarif des Compagnies d'Assurances, imposé aux médecins examinateurs

ET

"THE MONTREAL MEDICAL JOURNAL"

(Par le Dr A. Laurendeau)

Dans le cours de novembre dernier, j'avais fait à l'intention du "Montreal Medical Journal", un petit article, au sujet du nouveau tarif adopté par les compagnies d'assurances, vis-à-vis leurs médecins examinateurs; j'essayais à démontrer l'injustice, la parcimonie de ces puissantes organisations et je rendais compte des démarches faites à ce sujet par la presque totalité des sociétés médicales de la province, ainsi que des vœux émis par le Congrès des médecins de langue française, en juin dernier, et plus récemment, par le Bureau des gouverneurs.

Au lieu de publier ma correspondance, le "Montreal Medical Journal" fit paraître dans son numéro de novembre, une véritable critique de mon travail, de l'œuvre de nos associations médicales et des principes que celles-ci invoquent pour étayer leurs réclamations; — c'était son droit — de même que c'est le mien, de dire son fait au journal anglais... si le "Journal de médecine et de chirurgie" veut me donner le couvert.

Afin qu'il n'y ait pas d'équivoque, je tiens à dire dès maintenant, que cette œuvre de revendication contre les compagnies d'assurances, n'est pas mienne. L'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, dont j'ai l'honneur d'être le secrétaire, est peut-être l'une des premières qui ait formulé ses griefs à ce sujet, mais j'ai beaucoup hésité à laisser entrer notre syndicat dans la voie que nous poursuivons maintenant. Je ne me suis jamais fait illusion, quant aux difficultés que nous aurions à vaincre; mais en face de l'unanimité de sentiment de mes confrères, j'ai cru devoir me rendre à leurs désirs. — Si donc, le Montreal Medical me fait l'honneur de me mettre en évidence, cela doit être dû à... mon tempérament? ou à... je l'ignore.

— ❖ —

"It has always been the custom of Medical Societies to establish a tariff of fees for the guidance of their members, and the information of the public, but such a scale has never been

"mandatory. It has always left the practitioner free to accept the remuneration named, to demand more, to accept less, or to render his services gratuitously, if he desires.

"We say at once, that this is the proper position for members of a profession to adopt — to demand as much they can get, to accept as little as they like. To establish a rate below which they will not work, is to abandon all professional decorum, and enter into ranks of the trades-unions with carpenters, plumbers and house-smiths."

Voilà qui renverse toutes les idées que j'avais sur les droits et devoirs de chaque membre de la communauté professionnelle. L'auteur de l'extrait que je rapporte est sans doute un particulariste qui prêche la médecine individuelle. D'un seul coup il sape au moins la moitié de notre code de déontologie. Mais ce membre de la profession qui adoptera comme credo: "de demander le plus possible, et de n'accepter le moins qu'à corps défendant", n'aura-t-il pas quelques obligations vis-à-vis de ses confrères. Si un bon jour, ce disciple d'Esculape, ayant perdu foi dans la doctrine ci-dessus, prenait fantaisie d'essayer, d'un système opposé, c'est-à-dire d'exercer au rabais, à moitié du prix des autres, par exemple, — pourrait-on bien affirmer, "qu'il n'a pas cessé de pratiquer le décorum professionnel."

Non, dans notre état de société, ou en d'autres termes, aussi longtemps qu'il nous faudra du pain pour vivre, et que ce pain sera onéreux, je n'ai pas le droit de tout garder la pâtée pour moi, de couper les vivres à ceux qui exploitent le même champ que moi. Sans doute que j'ai le droit, mieux que cela, l'obligation de faire la charité, mais là n'est pas la question.

— ❖ —

"Economy is now the formula of insurance companies" — et un peu plus loin l'auteur ajoute: "in our judgement a fee of three dollars is not sufficient for an examination for life insurance."

Personne n'ignore que les enquêtes faites sous l'œil des autorités, tant aux Etats-Unis qu'au Canada, ont révélé des abus révoltants dans l'administration, de même que dans la régie interne d'un grand nombre de compagnies d'assurances. Les unes ont servi des dividendes scandaleux à

leurs actionnaires; d'autres, empêchées d'en agir ainsi par leur charte, employaient leurs fonds dans des spéculations louches et douteuses au bénéfice de quelques privilégiés; des compagnies mutuelles ont même été jusqu'à distraire une partie des fonds de la mutualité, pour l'usage d'un parti politique; les salaires de tous ceux qui avaient la main à la roue, de plusieurs même qui se contentaient d'y jeter l'œil, étaient exorbitants, à tel point que l'opinion publique s'est emparée de cette question, et a forcé ces puissantes institutions à adopter "une politique d'économie" comme dit le confrère; — mais où, et quand les enquêteurs, la voix publique, ont-ils déclaré que les honoraires des médecins étaient trop élevés? — Cette décision est imputable aux seules compagnies, à leurs seuls administrateurs, et me semble prise, non pas dans un mouvement de justice, d'équité, mais plutôt pour apaiser l'opinion publique révoltée des excès, des dilapidations de certaines d'entr'elles; — et nous allons souffrir des péchés des pharisiens qui veulent nous expliquer.

Il y a une étrange chose en cette affaire: Tout dernièrement je recevais de l'une de ces grosses corporations, l'offre suivante: "Nous vous accorderons \$3.00 pour un examen de \$1000.00 à \$5,000.00, et \$5.00 pour une assurance d'au delà de \$5,000.00..." Je réplique: "Mais quelle différence y a-t-il dans mon travail, en ces deux cas? L'on me répond: "C'est à prendre ou à laisser."

Un solliciteur d'assurance me faisait remarquer que la prime sur un risque de \$1000,00 ne permettait pas aux compagnies d'accorder un honoraire de \$5.00 aux médecins. Alors, qu'elles augmentent le prix de cette prime.

Beaucoup de marchands font cette distinction, vendent plus cher au "petit" qu'au "gros" plus cher à l'once qu'au quintal.

Au reste, un examen bien fait, consciencieusement fait, vaut plus que \$3.00 — l'opinion publique, ainsi que l'autorité judiciaire par la voix des commissions qui ont fait enquête sur l'administration des sus-dites compagnies, n'ont jamais, que je sache, conseillé de réduire le salaire des médecins examinateurs; — donc, l'application de cette politique d'économie, dans notre cas est injuste, tyrannique, et non avenue.

Mais là où l'argumentation de mon confrère du Montreal Medical m'étonne, c'est lorsqu'après avoir affirmé "qu'un honoraire de \$3.00 ne suffit pas pour un examen", il conclut son article comme suit: "Even if the combination of Medical Societies be more close tant it is likely to be, we do not believe that any results will be accomplished, and the Medical Societies will have put themselves in the wrong by the attempt." Ce qui équivaldrait à dire, si l'on généralisait ce principe, que "la justice sera vaincue, écrasée par la force." La chose est possible, je l'admets: soit que les compagnies prennent à leur service exclusif quelques médecins attitrés, commis-voyageurs en examens d'assurance, — soit qu'elles réussissent à trouver dans nos rangs assez de médecins officieux et complaisants, pour faire faire leur besogne à des prix "moins que suffisants", comme l'admet l'éditorial du Montreal Medical.

Dans ce dernier cas, il est à craindre que le service médical ne manque d'efficacité; car j'ai lieu de croire, — plus que cela, j'ai les preuves qu'en certains endroits, seules quelques infériorités, des médecins de disette, des confrères à responsabilité limitée (I think that trade-unions call them "scabs"), ont offert leurs services au rabais. Mais ceci ne regarde que les compagnies, — et peut-être aussi un peu les porteurs de police d'assurances.

Je viens de relire l'article de mon confrère du journal anglais, et l'impression qui me reste, est quelque chose de décevant, de décourageant. Je me demande, s'il appartient à un journal de médecine, à un organe de la profession, de jeter ainsi le doute, le malaise, la suspicion, le désarroi dans l'esprit des militants, des convaincus, qui dirigent un mouvement de légitime défense, dans l'intérêt de la communauté. — Le Montreal Medical n'a seulement pas le prétexte "d'offrir des conseils", car la lutte est engagée depuis plus d'un an, — et est par le fait inévitable. Mieux eut valu alors garder le silence, plutôt que de semer l'anarchie dans nos rangs.

En tout cas, je compte que les faiblesses isolées seront rares, que les désirs seront clairement exprimés; — et j'espère qu'avant de faire des concessions humiliantes, des compromis équivoques,

tous les médecins, toutes les sociétés médicales se concerteront, et agiront d'un commun accord.

L'unanimité des compagnies d'assurances est l'exemple qui doit nous pousser à unanimer nos réclamations, à unifier notre action.

ALBERT LAURENDEAU.

St-Gabriel de Brandon.

1er Décembre 1906.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR
LE SERUM DE MARMOREK

(Par le Dr Adelstan deMartigny)

(Suite)

OBSERVATION XVIII

Le malade revient seulement le 5 juin. L'injection n'a pas causé de douleur, mais de l'érythème du bas ventre, et du scrotum. De plus le malade a eu beaucoup d'ennuis, et de chagrin, causés par la mort de sa mère. Depuis quelques jours il se gratte la gorge le matin, et a remarqué aujourd'hui des crachats striés de sang. Troisième injection de 3 c.c.

Le malade continue de la sorte à prendre une injection par semaine, et à travailler très fort, car c'est la saison et l'ouvrage presse.

Le 24 juin, le Dr Hervieux voit le malade et ne trouve que de la respiration faible, en avant et à gauche.

L'état général est bon, mais le malade se sent fatigué le soir, et il est de fait qu'il travaille avec excès, rentrant souvent dîner après huit heures du soir. Cependant, depuis les premiers jours de juin, il n'a plus craché de sang, et ne tousse un peu que le matin. Cette quatrième série se compose de 5 injections seulement.

Je ne revois plus le malade jusqu'au 18 octobre, pour une forte grippe qui dure depuis quelques jours avec douleurs dans les membres, fièvre élevée, etc., et, pour laquelle je me borne à prescrire un peu de quinine.

Je conseille cependant au malade de reprendre les injections, ce qu'il fait dès que l'attaque est passée. Du 23 octobre au 14 novembre, il prend injections, qui toutes causent une réaction assez marquée. C'est là un contre-temps qui me force à suspendre le traitement.

Le malade continue à travailler, à manger comme un ogre, et ne pas se sentir fatigué. Cependant le 26 janvier 1906, bien que le malade croit sa santé parfaite, je trouve quelques râles au sommet gauche. Mais le malade refuse de se mettre au repos, ne se reconnaissant pas malade, et ne consent qu'à prendre une injection de sérum tous les 9 ou 10 jours, à cause des érythèmes qu'il occasionne. Il prend ainsi une dizaine d'injections, en l'espace de deux mois.

Malgré l'insuffisance du traitement, l'état général continue à être très bon et l'état local du poumon plus que satisfaisant. Pendant des semaines, il n'y a rien comme signes d'auscultation, puis on trouve des râles pendant un certain temps. C'est ainsi que pendant le mois de mars, le malade s'étant beaucoup fatigué, et ayant soulevé des objets trop lourds a éprouvé une forte gêne dans le côté gauche, même de la douleur, et que des râles sonores très forts se sont produits qu'on entendait parfaitement à distance, comme des râles asthmatiques, mais qui ne fatiguaient pas le malade, et qui ont duré une semaine environ, puis ont graduellement disparu. A la suite de cet incident, il semble que la respiration soit devenue profonde, comme si de vieilles adhérences s'étaient rompues entre les deux plèvres, et que la respiration s'entende beaucoup mieux.

J'ai revu le malade le 6 juin. Son état général est toujours le même. Il tousse un peu, et crache le matin, mange mieux que bien, dort parfaitement, et travaille beaucoup et régulièrement. Comme les injections hypodermiques de sérum causent trop d'ennuis, je lui ai conseillé de prendre une série d'injections rectales, ce à quoi il n'a consenti qu'après de nombreuses objections.

J'ai oublié de dire que depuis la première série d'injections, la température de ce malade qui était auparavant de plus de 100, est restée normale, sauf, bien entendu pendant son attaque de grippe.

Ce malade n'est donc pas guéri par le sérum. Mais il a bénéficié des injections dans une proportion considérable. D'invalides qu'il était lorsqu'il suivait la cure d'air et de repos dans les montagnes, toussant constamment, incapable presque de marcher, il est transformé en homme actif, accomplissant une tâche très dure sans plus de fatigue que les autres, sa toux s'est considérablement

améliorée, et les lésions pulmonaires se sont améliorées aussi, malgré l'insuffisance du traitement, et toutes sortes de circonstances défavorables.

C'est donc en somme un beau résultat.

OBSERVATION XIX

DANIEL LONG... 12 ans.

Je vis ce malade pour la première fois le 3 juin 1905, en consultation avec le docteur Carrel, de Lyon, et le docteur Piché, de Montréal.

L'hérédité du malade était excellente, le père et la mère se portaient bien, et il n'y avait dans toute la famille qu'un cas de tuberculose, chez une cousine germaine morte l'année précédente.

L'histoire du malade est intéressante.

Il commença de tousser dans les premiers jours de janvier, et son état s'aggrava régulièrement jusque vers le 25 février, alors que le docteur Piché vit le malade en consultation, fit le diagnostic de pleurésie, ponctionna le malade et retira de 900 à mille grammes de liquide citrin, bien que la ponction fut volontairement incomplète.

Au moment où le docteur Piché examina le malade pour la première fois, la matité était complète dans tout le poumon droit, et la respiration était si rapide, si gênée, que le malade menaçait d'étouffer, et que la syncope était imminente.

Le malade fut grandement soulagé par cette ponction, et son état s'améliora pendant quelque temps, bien qu'il continua de tousser.

Vers le mois d'avril, la toux sembla redevenir plus fréquente, et le malade se mit à maigrir beaucoup. Bientôt il ne mangea plus, se mit à transpirer la nuit, et prit l'apparence cachectique, qu'il avait très prononcée, lorsque je le vis. Il était alors d'une maigreur extraordinaire, avait les pommettes saillantes et rouges, la taille courbée, la voix cassée, la respiration à 42, le pouls à 128, et la température sautant plusieurs fois par jour de 99 à 102, et même 103.

L'auscultation fit découvrir du côté gauche des râles sonores, et à droite, des craquements humides au sommet, avec submatité, et matité à la base avec absence complète des bruits respiratoires, et des vibrations de la voix. Il y avait donc des tubercules ramollis au sommet, et en-

core un peu d'épanchement à la base ainsi que le démontra la ponction, pratiquée quelques jours plus tard, et qui donna environ 250 grammes de liquide assez épais, mais transparent.

Le malade fut mis à l'Hôtel-Dieu, où les crachats furent examinés. Ils contenaient beaucoup de bacilles et des streptocoques.

La première injection de sérum fut pratiquée le 7 juin.

Cette première injection, de 2 c.c. fut bien supportée, mais il n'en fut pas de même de la plupart des autres, qui causèrent de l'érythème douloureux, accompagné d'élévation de température, et durent être à cause de cela espacées de trois ou quatre jours.

Le malade reçut en tout six injections.

La température ne redevint normale qu'après la dernière injection, c'est-à-dire le 2 juillet, et resta sensiblement normale par la suite.

A ce moment l'état général du malade était sensiblement amélioré. Il mangeait avec appétit, et avait engraisé de plusieurs livres. Il se sentait assez bien pour jouer, mais il était encore bien pâle, toussait assez souvent, et l'auscultation faisait encore percevoir des râles sous-crépittants au sommet droit, et une respiration très faible à la base, avec matité presque complète, mais avec résonnance de la voix.

Le malade partit alors à la campagne, où le grand air, les bons soins, une alimentation reconstituante achevèrent la guérison.

J'ai revu ce malade les premiers jours de ce présent mois de juin. Il existe une forte dépression au sommet droit. Mais la respiration est douce, régulière, ample dans tout le poumon quoique un peu plus faible que du côté gauche, et la sonorité est parfaite.

Ce malade n'a pas toussé depuis les premiers jours de juillet de l'an dernier. Il s'est développé, il est fort, joue et court aussi bien que ses camarades de son âge, il est parfaitement guéri. Je ne dis pas qu'il soit immunisé, vacciné pour toujours.

Ce cas, je crois est assez démonstratif. Ce malade qui n'avait fait qu'empirer malgré les meilleurs soins, le traitement le plus attentif, étant à la campagne, par conséquent dans d'ex-

cellentes conditions, vient à la ville, d'abord dans un hôpital, puis dans une maison de pension, dans une chambre petite et mal éclairée, où la nourriture était inférieure de beaucoup à celle qu'il avait chez lui, où il s'ennuyait terriblement, et manquait d'air, pendant un mois très chaud, et, malgré tous ces contraires, ces conditions désavantageuses, avec le seul sérum, son état s'améliora rapidement et régulièrement.

Lorsqu'il partit pour la ville, son état était si grave que le confrère qui le traitait avant le docteur Piché pronostiqua une fin prochaine, et fit part de son pronostic à la famille.

OBSERVATION XX

HENRI F..... 18 ans.

Le jeune Henri F. vint me consulter pour la première fois le 2 septembre 1905, pour une toux qui durait depuis quatre ou cinq semaines, et qui s'était beaucoup aggravée depuis une semaine environ.

Ce jeune homme travaillait dans une manufacture de cigares, où l'air est rare, et avait beaucoup souffert de la chaleur pendant le mois d'août, qui avait été très chaud. Depuis une quinzaine, il se sentait si fatigué, si faible, ne dormant pas la nuit, à cause de la fréquence de la toux, qu'il avait abandonné tout travail.

En l'interrogeant avec un peu de soin, j'appris qu'il se sentait fatigué depuis trois ou quatre mois. D'abord, il avait remarqué une plus grande fatigue le soir. Il se sentait trop fatigué pour revenir à pied. Cependant, il n'avait fait aucune attention à ce symptôme. Puis, dans le mois de juin, l'appétit avait considérablement diminué. Le matin il éprouvait de la répugnance à se lever. En même temps il avait commencé à maigrir. Mais ce n'est que vers la dernière moitié de juillet, qu'il commença de tousser, et c'est à ce moment qu'il reportait le début de sa maladie. Mais il est clair qu'il faut tenir compte des sept ou huit semaines pendant lesquelles il n'a pas toussé, mais a commencé à s'affaiblir et à maigrir.

Au moment de la consultation, il avait maigri de plus de 15 livres, toussait constamment, transpirait la nuit, et sa faiblesse était très grande. L'appétit était absolument nul.

Chez ce malade, l'hérédité était excellente. Au

cas de tuberculose dans sa famille, qui m'est connue.

L'auscultation révéla peu de chose, mais l'apparence du malade et celle d'un tuberculeux avancé. La taille est voûtée, le visage très pâle, les yeux agrandis, les sclérotiques bleuâtres, les lèvres presque blanches, les ongles hippocratiques.

Au sommet droit, il y a de l'exagération des vibrations, expiration prolongée, et légère submatité, ainsi que dans la fosse sus-épineuse. Dans le reste du poumon, la respiration est très faible, ainsi que dans la partie antérieure du poumon gauche.

À trois heures de l'après-midi, le pouls est de 86, la respiration de 16, et la température de 99.4.

Le malade faisait donc un commencement de tuberculisation du sommet droit. Ce n'était déjà plus la période pré-tuberculeuse, celle où les tubercules se développent insidieusement, sans modifier le parenchyme pulmonaire, cette période ne se révélant que par une inspiration rude, localisée, fixe, constante, et ne disparaissant pas par la toux.

J'adressai le malade à mon excellent confrère le docteur Cléroux, qui examina le malade attentivement, et partagea mon avis.

L'expectoration se composait de petits crachats blancs, dans lesquels on ne trouva pas de bacilles.

Je n'en maintins pas moins mon diagnostic, car la toux si fréquente, ne pouvait être le résultat d'une bronchite, qui aurait donné lieu à bien d'autres signes stéthoscopiques. Le père du malade et le malade lui-même acceptèrent mon diagnostic, et le traitement fut commencé dès le surlendemain.

Les examens de crachats furent répétés toutes les semaines, et au quatrième examen, on trouva des bacilles. Mais le malade était au traitement depuis un mois, et son état était considérablement amélioré. On eût perdu un temps précieux si l'on eût attendu de trouver les bacilles pour commencer les injections, qui furent très bien supportées. Une fois ou deux seulement, elles provoquèrent de l'érythème douloureux, qui disparut rapidement.

Le malade reçut en tout 12 injections, du quatre septembre au cinq octobre.

L'amélioration fut très rapide.

Le quatorze septembre, il toussé moins, surtout la nuit, et l'appétit est meilleure, ainsi que le sommeil. La température ne dépasse pas 99.

Le vingt-deux septembre, la température ne dépasse pas la normale, le malade toussé très peu, et mange beaucoup.

Le quatre novembre, le malade ne toussé plus. Les injections sont cessées depuis un mois. Le malade devient imprudent. Malgré tous les avis, il sort le soir, fréquente les salles de billard, où il respire pendant des heures un air enfumé, dans une atmosphère surchauffée.

Le quatre novembre, le malade ne toussé plus. jours pas, il a engraisé de cinq livres durant le mois, ce qui porte à dix-huit livres son augmentation de poids. Il pèse 120 livres. Il mange comme un ogre, mais il est toujours très pâle. Cependant il se sent fort, et pour un peu parlerait de reprendre le travail. Je me borne à prescrire 5 gouttes d'une solution de casodylate de soude, à 3 p.c., après les repas.

Le quatre janvier, le malade ne toussé pas, se porte tout à fait bien et veut absolument reprendre le travail. Mais comme il y a encore de l'inspiration rude et de l'augmentation des vibrations au sommet droit, je m'oppose.

Le 25 janvier, le malade vient me dire qu'il a repris le travail le cinq. Il est pâle, mais ne se plaint de rien, se disant bien portant. Cependant les signes d'auscultations n'ont pas changé. J'essaie de lui faire comprendre que l'atmosphère d'une manufacture de cigares est très mauvaise pour lui, et qu'il devrait se reposer, vivre dans un meilleur milieu, le malade me répond "qu'il faut bien qu'il gagne sa vie." Il ajoute qu'il mange très bien, qu'il ne s'est jamais mieux porté, et que d'ailleurs il a toujours été pâle. Il a encore engraisé de quatre livres.

J'ai revu le malade le 9 juin. Il pèse 132 livres, c'est-à-dire 7 ou 8 livres de plus qu'il n'a jamais pesé. Il a toujours travaillé régulièrement depuis le mois de janvier et n'a pas toussé de l'hiver ni du printemps, ce qui ne lui est pas arrivé depuis des années, car il a toujours eu de gros rhumes tous les hivers.

A l'auscultation, la respiration est douce, mais l'expiration est un peu prolongée au som-

met droit. Les vibrations y sont un peu plus fortes qu'à gauche, mais ne sont pas exagérées.

Peut-on déclarer ce malade guéri qui n'a pas toussé depuis sept ou huit mois, et ne s'est jamais si bien porté? La légère anomalie de la respiration au sommet droit ne doit-elle pas nous être suspecte, et nous faire redouter un retour offensif de la maladie à la première occasion?

Je n'en sais rien. En tout cas, le sérum lui a permis de se débarrasser rapidement d'un commencement de tuberculisation déjà redoutable. C'est un résultat qui me paraît assez démonstratif.

OBSERVATION XXXI

Demoiselle LUCRÈCE L...

Cette malade vint me consulter pour la première fois le 2 septembre 1905.

Le père et la mère se portaient bien, mais un oncle maternel, et deux tantes de la mère sont morts de phthisie. Du côté paternel, une cousine germaine est morte de tuberculose, un an auparavant.

La malade elle-même, depuis trois ans a eu des rhumes tous les hivers, rhumes qui durent assez longtemps.

Au mois de mars 1904, étant pensionnaire au couvent, elle eut une hémorrhagie la nuit. A la suite de cet accident, elle fut ramenée dans sa famille, et traitée avec le plus grand soin. La toux ne persista pas moins jusqu'au mois de mai. Elle durait depuis le mois de février.

La malade se porta très bien pendant l'été, et pendant l'hiver qui suivirent, jusqu'au mois d'avril. Elle eut alors un gros rhume qui ne dura pas longtemps, mais dont elle ne se débarrassa pas complètement. Pendant tout l'été, elle toussa un peu le matin. En même temps, elle ne se sentait pas très bien, et maigrissait. Au moment de la consultation elle était encore grasse, mais avait perdu 17 livres. Depuis un mois, la toux était devenue plus fréquente.

A l'auscultation, peu de chose. Au sommet droit, dans les creux sus et sous claviculaire, dans les fosses sus et sous-épineuses, de l'augmentation des vibrations et de l'expiration prolongée. A gauche, respiration faible dans la partie supérieure du poumon.

Du 2 au 5, la température, prise toutes les deux heures se maintient entre 99. et 100.

La première injection faite le 5 septembre, causa un érythème douloureux, avec rougeur et gonflement considérables, et beaucoup d'élévation de température, (105 le lendemain). Les jours suivants, la température descendit à 97, 98.

Les injections suivantes, au nombre de 12, furent très bien tolérées. Deux seulement causèrent de l'urticaire, et une de la douleur au niveau des vertèbres cervicales.

Les effets du sérum furent très marqués et très rapides. Le soir de la première injection, et toute la journée le lendemain, la malade toussa presque sans arrêt. Mais, le quatrième jour, la toux cessa presque complètement.

Le 21 septembre, la malade croyait ne plus tousser du tout.

La malade retourne alors dans sa famille, à la campagne, et vient tous les quatre ou cinq jours prendre son injection.

Les règles, disparues depuis trois mois, reparaissent le 29 septembre.

Le 16 octobre, la malade ne toussa plus depuis près d'un mois, et a beaucoup engraisé. La température reste un peu inférieure à la normale, 97,3, 98.

La dernière auscultation remonte au 31 octobre. La respiration était normale et douce dans tout le poumon.

Le 17 novembre, la santé était toujours parfaite. Je n'ai plus eu de ses nouvelles depuis, ce qui me porte à croire que tout va bien.

(A suivre)

Thérapeutique

SCOPOLAMINE

Voici les conclusions d'un travail communiqué au Congrès des Médecins de Langue Française, tenu en juin dernier à Trois-Rivières, sur "La scopolamine, son emploi en chirurgie et en obstétrique" par M. le Dr Albert Laurendeau :

1o Le bromhydrate de scopolamine s'administre chez les adultes en injections hypodermiques, dans le membre inférieur, à la dose de 1.50 de grain, associé à 1.5 de grain de morphine ; et cette injection peut être donnée trois fois en tout s'il y a lieu, à une heure et demie d'intervalle.

2. Actuellement, nous conseillons à chaque opérateur de se procurer la scopolamine Merck, de faire soi-même la préparation de cet alcaloïde dans de l'eau pure et stérile, et de ne pas employer une solution de plus d'un mois d'âge.

3o Nous associons la morphine à la scopolamine, parce que ces deux principes actifs s'aident dans leurs effets anesthésiques et hypnotiques, et se contraignent dans leurs effets toxiques, sur l'économie animale.

4o La scopolamine-morphine n'est pas destinée à remplacer absolument les chloroforme, mais ces deux anesthésiques administrés conjointement, dans des conditions déterminées, diminuent les dangers, les inconvénients de chacun d'eux— Ne pas oublier que le coefficient toxique de la scopolamine-morphine sur la cellule animale est moins élevée que celui du chloroforme ; que la manipulation en est plus facile ; que le mode d'administration plus précis, mieux ordonné, laisse moins à l'appréciation individuelle ; qu'elle peut être employée chez les tuberculeux, les cardiopathes, les cachectiques, chez la plupart de ceux en un mot qui présentent quelques contre-indications au chloroforme.

5o Nous traçons les indications formelles de la scopolamine dans ses grandes lignes comme suit :

- a. Chez les personnes nerveuses, si affectées, si angoissées à la vue des préparatifs opératoires ;
- b. Chez les personnes sujettes aux vomissements ;
- c. Pour toutes les interventions de longue durée ;
- d. Dans toutes les opérations qui laissent à leur suite des douleurs un peu sévères ;
- e. Dans la pratique de la chirurgie urgente, surtout à la campagne ;
- f. En obstétrique, dans les accouchements longs et laborieux et aussi contre l'éclampsie.

6o Sous l'influence de la scopolamine, la pupille se dilate, le pouls monte, la pression sanguine se dilate, le pouls monte, la pression s'élève et se ralentit.

Une seule dose suffit et cela invariablement, à abolir toute conscience et toute mémoire pendant plusieurs heures.

7o L'emploi systématique de la scopolamine en chirurgie diminue les vomissements chloroformiques, enraye la période d'excitation, de même que ces syncopes foudroyantes attribuables à l'agent volatil, de plus, bon nombre d'affections du poulmon, du foie, des bronches, des reins, dont l'origine remonte à l'irritation des épithéliums de ces organes sous l'influence prolongée de la molécule gazeuse, seront évitées.

8o Les vomissements post-opératoires, lorsqu'ils existent, sont proportionnels à la dose de chloroforme utilisée, et non à celle de la scopolamine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médicale de Montréal.

Séance du 18 Décembre 1906

M. Rod. Boulet, occupe le fauteuil présidentiel.

Membres présents : MM. Archibald, R. Boulet, S. Boucher, B. Bourgeois, Bourgeois, Brisset, Bousquet, J. Décarie, Dagenais (conseiller municipal), F. de Martigny, Desloges, Dion, Ethier, Grenier, Gadois, (conseiller municipal), Harwood, Handfield, Lesage, J. Leduc, Lamontagne, Lebel, Marien, Masson, Marcell, Nault (pharmacien), Rousseau, Racicot, Ricard, St-Jacques, Verner.

M. A. Laramée donne lecture du procès verbal de la dernière séance ; rapport adopté. Puis on passe à l'ordre du jour.

1o Motion par M. E. St-Jacques, M. St-Jacques, propose secondé par M. Harwood : Qu'il soit agréable à la société médicale de Montréal, d'accepter un code d'éthique médical, comme les autres sociétés, et qu'un Comité, composé des membres du Bureau de l'année 1906 et ceux nommés pour l'année 1907, soit chargé d'en jeter les bases et de faire rapport.

Adoptée à l'unanimité.

On procède à l'élection de membres titulaires. MM. C. Larocque, Geo. Dupont, Eug. Gagnon, sont élus par un vote unanime.

Le lait à Montréal, par M. J. E. Laberge, bactériologiste de la Cité de Montréal. Nous regrettons de ne pouvoir offrir à nos lecteurs l'intéres-

sante communication présentée par M. Laberge. Cette question est à l'ordre du jour et, c'est certes par une discussion suivie que nous parviendrons à pouvoir mettre à exécution les nombreuses résolutions qui sont adoptées. Les conclusions du travail de M. Laberge couvrent un vaste champ, et sont d'une grande valeur. Leur exécution certes rencontrera quelques difficultés, mais, une lutte ardue et continue, donnera, nous en sommes assurés les meilleurs résultats.

M. J. Décarie suggère l'établissement de crèmerie, où le peuple pourrait s'approvisionner de lait plus propre et mieux surveillé, empêchant ainsi les petites épiceries de vendre ce produit dans des conditions tout-à-fait défectueuses et malsaines pour la vie des petits :

M. Harwood, croit que le meilleur moyen de pouvoir arriver à un résultat quelconque, c'est de faire l'éducation du consommateur.

M. Marien, rejette la persuasion et il croit que la loi devrait être appliquée dans toute sa rigueur.

Les membres de la Commission, nommée sur proposition de M. F. Monod, doivent avoir leur première séance, mercredi le 19 décembre.

M. Ethier, fait le rapport de l'état des finances de la Société Médicale.

DEPENSES DURANT L'ANNEE 1905 DU 3 OCT 1905 AU 1er DEC. 06

Timbres.....	\$22.00
Impressions :—	&
M. Carmel.....	31.00
F. Sourds-Muets.....	17.40
Union Médicale.....	13.00
Enveloppes-Papeterie.....	1.15
A. M. Firon.....	20.00
Argent remis dû à M. Asselin.....	2.50
A. M. Boulet pour cartes géographiques offertes à M. Triboulet.....	6.00
	<hr/>
	\$113.55

RECETTES

Argent en caisse.....	\$40.65
Inscriptions du 3-Oct. 1905 à juin 1906.....	85.00
Inscriptions pour l'année 1907, dû le 1er Octobre 1907.....	120.00
	<hr/>
Recettes.....	\$245.65
Dépenses.....	113.55
	<hr/>
Montant en caisse.....	\$132.10

Et M. A. Laramée fait aussi lecture du bilan littéraire pour l'année qui s'écoule. Nous sommes heureux d'y constater le progrès sensible fait par notre Société dans la voie scientifique.

M. Boulet, président sortant de charge remercie les membres de la Société Médicale, de lui avoir rendu son travail plus agréable, par leur assiduité aux séances, et souhaite la bienvenue à son successeur M. Marien.

M. Décarie propose un vote de remerciement à M. Boulet pour son travail efficace durant l'année qui vient de s'écouler, et, au nombre des membres présents il offre ses plus sincères félicitations à M. Boulet, récemment promu au grade d'Officier de l'Instruction Publique par le Gouvernement Français.

Nous nous unissons de tout cœur à M. Décarie, dans les remerciements et les félicitations adressés à M. Boulet, mais, nous comptons, aussi deux membres de notre société, promus à la même distinction, nos excellents amis, MM. Dubé et F. de Martigny, et bien que les journaux aient félicités nos deux confrères, nous croyions que puisque l'occasion se faisait si propice, pour féliciter, on aurait dû s'en souvenir.

NOUVELLES

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que nos confrères François de Martigny, Grondin, (de Québec), Boulet et Normand, (de Trois-Rivières) ont été promus au grade d'officier de l'Instruction publique.

Nos confrères Bourgeois, (de Trois-Rivières), de Blois, (de Trois-Rivières), Simard et Rousseau, (de Québec), Dubé (de Montréal) ont été nommés officier d'Académie.

Nos sincères félicitations.

C'est par erreur que nous avons donné le titre de gouverneur du Collège des Médecins de la Province de Québec au Dr Damour dans notre avant-dernier numéro.

VIENT DE PARAÎTRE

TRAITEMENT DU MAL DE POTT à l'usage des praticiens, par le Dr F. Calot, chirurgien en chef de l'hôpital Rotschild, de l'hôpital Casin-Parrochaud et de l'Institut Orthopédique de Berck. — 1 volume in 8o de 120 pages avec 122 figures ou photographies dans le texte :

3 francs.—Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

On sait les passionnantes discussions dont le traitement du mal de Pott a été le sujet dans ces dix dernières années.

Le public médical en attendait la conclusion pratique, c'est à dire la formule d'un traitement qui serait à la fois efficace et bénin et d'application facile pour tous les médecins.

Personne n'était plus désigné que M. Calot pour écrire ce livre.

Il vient de nous le donner tel que nous l'attendions, c'est à dire clair et pratique, ni trop long ni trop court, sans aucun développement inutile, mais avec tous les détails nécessaires pour le médecin spécialiste.

Il suffit de lire la table des matières pour se rendre compte de l'esprit pratique dans lequel ce livre a été conçu.

I.—Le traitement de la gibbosité.

a) Pourquoi l'on peut et l'on doit redresser les gibbosités petites ou moyennes.

b) Technique efficace, simple et bénigne du redressement. — Photographies d'enfants redressés (avant et après).

c) Comment faire, lorsqu'on n'est pas spécialiste, un bon plâtre de mal de Pott.

d) Durée du traitement.

e) La convalescence.

f) Manière facile de faire un moulage du tronc. — Les corsets orthopédiques en celluloid.

II. Le traitement de l'abcès par congestion du mal de Pott.

a) Le traitement de l'abcès fermé.

b) Le traitement des fistules.

III. Le traitement de la paralysie du mal de Pott.

IV.—Appendice.—Un mot sur le diagnostic ; comment reconnaître un mal de Pott au début.

Avec ce livre, tous les médecins vont pouvoir, désormais, dépister le mal de Pott à son apparition, et lui appliquer, eux-mêmes, le traitement efficace.

Ajoutons que l'ouvrage a été édité avec le plus grand soin par M. Doin et que 120 figures originales, très nettes, signées du Dr Touchou, viennent ajouter encore à la clarté du texte et rendre aisément saisissables tous les détails de la technique et du diagnostic.

On peut dire, sans aucune exagération, que lorsque, cet ouvrage, d'un prix très modique, se trouvera dans les mains de tous les praticiens, le sort des malades atteints de mal de Pott sera changé.