

L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

LA PLUS ANCIENNE REVUE MEDICALE FRANÇAISE
AU CANADA

FONDEE EN 1872

TOME 56ième

Ont collaboré à ce volume :

Achpise, Amyot, Archambault, Badeaux (G.), Badeaux (F.), Bédard, Bellerose, Bertrand, Blondel, Boisvert, Boucher, Bourgeois, Choquette, Comtois, Coutière, De Blois, De Cotret, Delcourt, Del Vecchio, Derome (A.), Derome (W.), Desloges, Dubé (J. E.), Dufresne, Gagnier, Gendreau, Heineck, Knopff, Labbé, Lapierre, Lassalle, Laurier, Lefort, Léger, LeSage, Letondal, Lian, Longpré, Marin, Masson (P.), Masson (R.), Mercier (Oscar), Mercier (O.F.), Mignault, Milot, Paré, Pariseau, Phaneuf, Ranger, Regaud, Rhéaume, Roy, Sergent, Vidal.

1927



Publiée par un Comité de Directeurs

composé de

Messieurs les Docteurs Archambault, Benoît, Boulet, Bourgeois, Bruneau, DeCotret, Derome, Desloges, Dubé, Harwood, Lassalle, Latreille, Leduc, LeSage, Marien, Masson (D.), Masson (R.), Mercier, Parizeau (L.), Parizeau (T.), Rhéaume, Roy, Saint-Jacques.

Secrétaires: Roméo R. Boucher
et Oscar Mercier

PRIX DE L'ABONNEMENT

Pour le Canada et les Etats-Unis	\$3.00
Pour les pays faisant partie de l' "Union Postale", (Etranger)	4.00
Etudiants	1.50
Payable d'avance par Mandat-Poste ou autrement. Lè fascicule	0.25 cts

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé **franco** à M. le Docteur LeSage, 46, Place Saint-Louis, Montréal, ou au Secrétaire, 5130 Avenue du Parc, Montréal.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé **franco** à M. T. Valiquette, Comptable, 3705 rue Saint-André, à Montréal, ou Boîte Postale No 3026.

LIBRARY
OF THE
MONTREAL
MUSEUM

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

Vol. LVI

JANVIER 1927

No 1

BULLETIN

DROITS ET DEVOIRS DE LA MÉDECINE ET DES MÉDECINS CANADIENS-FRANÇAIS (1)

Je m'empresse de signaler à l'attention de tous les médecins ce beau et bon livre, signé par un confrère très estimé, le Dr Leglius Gagnier, de Montréal.

Tous les médecins ont reçu cet opuscule. L'auteur s'est imposé la noble tâche de le distribuer parmi ses confrères, après avoir assumé spontanément le devoir périlleux de l'écrire. Nous publions dans ce numéro un commentaire important de cet essai.

On nous informe que le public a fait bon accueil à cette publication, mais que les médecins de la ville de Québec, au nombre de 60, ont unanimement retourné à son auteur ce livre qui mérite d'être lu et médité.

Si chacun d'eux avait eu la curiosité de lire les premières pages, l'intérêt de ces pages les eût séduits à cause des problèmes locaux et généraux qu'il soulève et de l'urgence qui s'impose de les résoudre à *bref délai*.

Quels sont ces problèmes ?

1° "La carrière médicale est-elle avantageuse, pour le jeune homme laborieux et sobre, au point de vue financier, intellectuel et moral ?"

Le point de vue financier découle de la pratique de l'économie et de l'intelligence déployée dans l'exercice de la médecine: amour de l'étude, examen méthodique et attentif de tous les malades, les traiter à domicile plutôt que de les confier aux hôpitaux pour la moindre complication; étudier et pratiquer la physiothérapie, science utile et

(1) Opuscule de 120 pages — Imprimerie du "Devoir" à Montréal, août 1926 — par le Docteur Leglius A. Gagnier.

profitable pour les malades qu'elle éloigne des charlatans si le médecin en comprend l'importance et la nécessité.

Il met le médecin en garde contre l'abus des oeuvres, dites philanthropiques, qui abusent trop souvent de la bonne foi des médecins dont ils détournent la clientèle sous de faux prétextes.

Il attire l'attention sur l'abus des médecines brevetées qui font une clientèle au pharmacien plutôt qu'au médecin.

A propos des maladies vénériennes, il soutient justement que tous les médecins doivent les connaître à fond afin de les traiter avec compétence, car tous les malades ne sont pas disposés à étaler leur misère dans les dispensaires publics ou ailleurs. D'autre part, c'est une clientèle lucrative qui aide à vivre un médecin consciencieux possédant la confiance de son client.

On peut dire la même chose de la *tuberculose*. Tout médecin digne de ce nom doit pouvoir dépister cette maladie à n'importe quelle période de son évolution, et donner les conseils appropriés; on évitera ainsi le drainage excessif dans les dispensaires où la pauvreté est une enseigne dangereuse.

Une compétence ne craint pas le charlatanisme, et un client ne quitte pas souvent un médecin instruit pour se confier au vulgaire charlatan.

L'auteur termine ce premier chapitre en résumant les principes qui doivent guider le médecin qui veut réussir. Lisez-les accompagnés des réflexions qu'ils comportent et vous aurez entendu de sages conseils enseignés par l'expérience d'un honnête homme.

Enfin il touche, en passant, du rôle d'une "*Association des anciens élèves*" pour grouper autour de l'Université tous ceux qui constituent une force pour elle à cause de l'unité de pensée qui les dirige.

Les Universités de Montréal, et de Laval, doivent fonder et maintenir une association d'anciens élèves qui répandent l'influence de leur Alma Mater.

Nous savons que les Anciens de l'Université de Montréal ont fondé leur Association durant le IXe Congrès de Montréal. L'Honorable Dr Béland en est le Président. Nous avons confiance que son Comité exécutif élaborera un programme d'activités dont tous bénéficieront.

Dans un dernier chapitre l'auteur a réuni un grand nombre de documents signés de noms connus dans la médecine et les lettres où tous les sujets qui touchent à la médecine sociale sont traités avec

maîtrise. L'exercice de la médecine y est envisagé sous tous les aspects et le rôle du médecin apparaît comme l'un des plus grands et des plus utiles s'il s'inspire des principes énoncés dans cet opuscule.

Le Docteur Gagnier mérite mieux que de banales félicitations, il convient de le louer de son courage et de sa générosité.

L'arrivisme est le virus des générations qui veulent monter trop rapidement. C'est une maladie qui conduit aux pires abus. Or, "quiconque vous dit que vous pouvez arriver à un progrès quelconque autrement que par le travail et l'économie, — a écrit Franklin — ne l'écoutez pas, c'est un empoisonneur".

C'est la conclusion qui s'impose après la lecture de ce beau et bon livre.

Souhaitons, au début de cette année, que les médecins l'adoptent comme leur bréviaire.

LESAGE.

DROITS ET DEVOIRS DE LA MÉDECINE ET DES MÉDECINS CANADIENS FRANÇAIS

Par le Docteur LEGLIUS-A. GAGNIER.

L'an dernier, le Rédacteur de la *Médecine Pratique*, après avoir adressé ses vœux du nouvel an à ses lecteurs, ajoutait ceci: "Nous sommes entraînés dans un courant auquel il nous est, pour ainsi dire, impossible de résister. Les progrès de la science, d'une part, l'évolution sociale de l'autre, nous contraignent à admettre que la Médecine ne s'exerce pas, en l'an 1925, comme elle se pratiquait il y a trente ans. Que nous le voulions ou non, que cela nous plaise ou nous soit désagréable, surtout à nous les anciens qui demeurons imprégnés précisément d'esprit traditionaliste, c'est un fait. Il faut l'accepter et chercher à s'adapter. Adaptons-nous, mais en essayant toutefois de sauver le plus que nous pourrons de notre prestige, par une opposition irréductible à tout ce qui pourrait ressembler à une domestication, à un asservissement."

La situation actuelle dans notre pays n'est peut-être pas aussi alarmante qu'en France; elle ne laisse pas que d'être assez grave. L'exercice de la Médecine évolue et se transforme avec rapidité dans tous les pays. Le médecin de famille, l'ami et le confident de ses patients, le médecin qui autrefois soignait ses clients de père en fils, et même en petit-fils, tend de jour en jour à disparaître.

On doit donc s'opposer à ce mouvement si préjudiciable aux intérêts matériels des médecins. La lutte doit être pondérée, mais active et générale. Toutes les différentes classes de la profession médicale doivent contribuer à redresser de si funestes tendances. En écrivant mon opuscule, j'ai voulu tout simplement apporter ma faible contribution à cette défense de nos droits.

Pour me rendre au désir du Président du Comité des Intérêts Professionnels, je me fais un devoir d'en commenter certaines parties.

Les Membres du Congrès ont peut-être raison d'attendre certaines conclusions pratiques de ma brochure.

J'ai cru sage d'expédier cette brochure à tous les membres de la profession médicale, afin qu'elle fût lue avant l'ouverture du Congrès.

Je n'ai pas la prétention de croire que ce travail peut solutionner le problème difficile qui nous intéresse tous.

Je serais heureux s'il est de nature à soulever une franche discussion, à réveiller les esprits et à faire surgir certains moyens de protection médicale.

J'espère qu'on tiendra compte de mon profond désintéressement, et du bien que je veux au corps médical.

Ma causerie, écrite sous la dictée du cœur et avec les données d'une assez longue pratique, aura au moins le mérite de rendre l'hommage le plus sincère aux confrères qui ont entrepris depuis plusieurs années, au prix de mille sacrifices, l'organisation de nos congrès médicaux canadiens-français.

Je me suis efforcé de signaler certains abus qui pullulent autour de nous et qui nuisent à la situation matérielle des membres de notre profession.

La discussion de ces divers problèmes est très délicate et comporte quelquefois beaucoup de réticences. Certaines choses peuvent se dire plus facilement que s'écrire. Plusieurs m'ont dissuadé de publier mes observations, craignant de déplaire à la Faculté de Médecine ou à l'Assistance Publique. D'autres, moins pessimistes, m'ont encouragé, et je me suis rendu à leur avis.

J'accorde une entière confiance à ceux qui font de l'enseignement, comme à ceux qui s'occupent de la chose publique. Ces hommes de valeur sont en état d'entendre de justes récriminations, parce qu'ils sont intéressés au bien-être général sans distinction de parti et de caste. Ceux qui ont la responsabilité de travailler au maintien de l'équilibre social, ceux qui ont le lourd fardeau de former les hommes de demain ont tous à cœur d'entendre nos plaintes, et d'aplanir les difficultés pour la sécurité et la paix de tous.

D'ailleurs, dans la vie ordinaire, chacun n'est-il pas heureux d'entendre une parole amie dans une heure critique, une remarque judicieuse qui peut avoir pour conséquence de prévenir une bétise imminente, d'écartier un danger ou d'empêcher une erreur regrettable? Ceci me remet en mémoire le trait suivant. "Un jour, on me prévient qu'un ami d'enfance, très intime, s'oubliait parfois en quelques libations, et que cet écart de vie pouvait influencer assez sérieusement sur sa situation financière. Je me rends auprès de lui, je lui reproche amèrement sa faiblesse impardonnable. Indigné, il me répond avec dureté: "Si jamais je suis ruiné, dit-il, j'aurai toujours assez de fierté pour ne pas aller tendre la main à mes anciens amis." — Malheureux ! lui dis-je, est-ce la seule réponse que tu puisses donner à ton vieil ami ? — Et je me prépare à le quitter sans adieu.

Il me prend alors la main affectueusement et me dit avec une pénétrante finesse: "Tu sais, quand on est coupable, on dit à tort et à travers tout ce qu'on peut pour tâcher de s'excuser; tu as raison de me dire des vérités; je prends ma pilule de bon cœur et sois assuré que c'est fini." — Mon ami a été fidèle à sa parole !

Eh bien, dans les présentes conjonctures, il me semble qu'on doit traiter de même les discussions qui suivront, touchant nos Intérêts Professionnels. Il nous arrivera sans doute de nous dire de grosses vérités pour arriver à une solution équitable.

Examinons donc certaines questions qui se rattachent aux idées émises dans mon opuscule.

Cause de tout le mal

Selon mon humble opinion, la cause du mal réside dans le corps médical lui-même, qui fait cession de ses prérogatives, se soustrait graduellement à ses obligations, se désintéresse de plus en plus des diverses branches de la médecine, oublie ses devoirs de confraternité, facilite inconsciemment les empiètements des pouvoirs publics et des associations pseudo-philosophiques dans le domaine médical.

Le professorat

J'ai écrit que, pour réprimer les abus, il faut que le mouvement parte des membres les plus en vue de notre corporation. En effet, si nous voulons que le corps médical ne fasse pas litière de ses droits, il est du devoir de ceux qui sont à la tête de la profession de prendre les initiatives nécessaires pour réclamer leurs dûs; et si, par désintéressement personnel, ils ne veulent pas le faire pour eux-mêmes, ils doivent le faire pour l'avenir matériel de leurs successeurs. C'est une obligation morale qui s'impose à l'heure actuelle, chez le professeur de la Faculté de Médecine. Les temps sont changés. Présentement, les exigences sociales sont trop considérables pour que le jeune médecin qui veut devenir professeur de carrière végète dans une situation matérielle médiocre, avec la perspective d'un avancement lointain et problématique.

Ainsi donc, l'heure est venue où les Professeurs de notre Faculté doivent réclamer la limite d'âge pour l'enseignement, tant à l'Université qu'à l'hôpital, et de plus la création d'un fonds de pension raisonnable, comme aussi la mise en vigueur d'un traitement moins

injuste. Ces diverses questions devraient être réglées avant la construction de la nouvelle Université. Le corps médical a sous les yeux le passé de tous nos anciens professeurs. En règle générale, après une vie de labeur et de sacrifices, les uns et les autres ont laissé à leur famille un nom vénéré, mais une maigre pitance.

Depuis quelques années, un mouvement se dessine pour former des professeurs de carrière; on sollicite des bourses à cette fin, auprès du Gouvernement Provincial, et l'on recrute de jeunes médecins qui vont à l'étranger compléter leurs études au prix de sacrifices, d'argent et de santé. Il faut donc être généreux à leur égard, leur donner les moyens de vivre convenablement, de se créer un foyer; il faut leur assurer une retraite heureuse et en rapport avec une vie de labeur et de désintéressement.

Il me semble que le public devrait être mis au courant des pénibles conditions du professorat. Ceci est ignoré. On s'imagine que cette carrière honorable comporte bien peu de responsabilité et de travail. Peu de gens songent aux conditions difficiles dans lesquelles se trouve chaque jour le Professeur de la Faculté de Médecine. Il n'y a pas d'alternative, il est obligé de négliger ses intérêts personnels et ceux de sa famille, afin de se consacrer à l'œuvre universitaire. Est-ce raisonnable? Non! N'est-ce pas? Alors développons autour d'eux plus de sympathie, de confiance et de reconnaissance. La charité chrétienne devrait combler de ses bienfaits cette classe de la société, si méconnue et si peu appréciée de tout temps. La gratitude publique me semble mieux placée durant l'existence des bons serviteurs qu'après leur mort.

Services hospitaliers

J'ai pris sur moi de le dire: que les médecins attachés aux hôpitaux sachent au besoin commander et exiger leur place dans l'administration médicale; que cette place soit active, prépondérante et non seulement honorifique.

Partant de ce principe, nos chefs de service seront en état de réclamer un peu de justice pour leurs assistants et leurs internes. Sous prétexte de formation médicale ou chirurgicale, un grand nombre de jeunes médecins se dépensent à l'hôpital sans aucune rémunération. On voit de jeunes internes, après un stage de 1 à 3 ans, dans une position tellement précaire qu'ils ne peuvent s'ouvrir un bureau, et encore moins poursuivre leurs études à l'étranger.

Il est encore regrettable de le dire: plusieurs jeunes médecins, au sortir de l'Université, sont obligés de se diriger vers les Etats-Unis pour prendre du service dans des Hôpitaux d'aliénés, afin d'économiser quelque argent. Pourquoi cette anomalie? Pourquoi le jeune interne ne reçoit-il pas un salaire? En vertu de quels principes doit-il toujours payer de sa personne, sans aucune gratification? Je comprends que cette lacune n'est pas imputable au médecin en chef du Service. Ce dernier a passé par un dur chemin avant d'arriver à son poste; il a lui-même peiné rudement; il a donné les meilleures années de sa vie à l'œuvre hospitalière sans en rien recevoir. Mais précisément en raison de tous ces sacrifices qu'il s'est imposés, sans bruit et sans éclat, il ne doit pas laisser subir cette brimade par ses successeurs, sans réclamer pour eux un traitement équitable.

N'oublions pas que la gratuité des services de ces assistants ou internes peut être de nature à paralyser leurs efforts; certains jeunes gens bien doués, mais pauvres, ne peuvent se faire des économies pour terminer leurs études.

Favorisons tous les talents. Que l'avancement dans la profession ne soit pas permis seulement aux fils des familles aisées. Le jeune médecin pauvre mais laborieux doit avoir une chance égale à celle de son jeune confrère plus favorisé de la fortune.

Devoirs à remplir. Abus à corriger. Le rôle du vrai praticien.

Si les professeurs ont des droits à revendiquer et des devoirs à remplir, n'oublions pas que nous, praticiens, avons de notre côté des obligations qui ne sont pas moins graves.

Notre rôle ne doit pas se borner à nous croiser les bras, à critiquer les actes des autres, et à nous dérober à nos responsabilités.

Il me semble que, jusqu'ici, nous avons compris à demi notre mission. Nous avons, je crois, mal secondé les efforts de ceux qui s'occupent de la direction médicale dans cette province, tant à l'Université que dans le bureau du Collège des Médecins.

Si nous voulons supprimer les abus, améliorer notre situation, conserver l'estime et le respect du public, nous devons nous ressaisir et orienter notre vie vers la simplicité, la droiture, sans aucune friction avec les personnalités voisines.

Comment conduire cette lutte si importante? C'est surtout en corrigeant nos propres défauts, en nous inspirant du passé et en augmentant nos sentiments de confraternité.

Ces dispositions peuvent se résumer comme suit :

1° Former une Association de tous les anciens gradués de chaque Université, afin d'établir entre eux un lien moral. Le syndicalisme est la forme la plus efficace pour développer la solidarité entre les membres de notre profession. C'est la mise en vigueur de la sage doctrine préconisée par un confrère de France, à savoir: "Sacrifier une parcelle de ses intérêts particuliers au bénéfice de l'intérêt général pour retrouver ensuite, à la faveur des conquêtes de cet ordre, ce qu'on avait tout d'abord cru perdu."

Il est nécessaire de développer davantage les sentiments d'amitié et de concorde entre les membres de notre profession. Les médecins, malheureusement, ne se connaissent pas assez. L'évolution de la médecine a contribué à éloigner le jeune étudiant des bureaux des vieux praticiens, ce qui constituait autrefois un précieux moyen de rapprochement. De plus, à l'Université, les élèves, de nos jours, n'ont pas entre eux un contact aussi intime qu'au temps des anciennes Ecoles du Victoria et de Laval; quelques rencontres ne suffisent pas à mettre en action les grands principes de solidarité qui doivent se fortifier plus tard, dans l'exercice de la médecine. Il est donc à désirer, pour le bien général, que nos professeurs s'efforcent de faciliter des rapprochements de ce genre entre les élèves, favorisant par là les salutaires sentiments de fraternité médicale.

D'un autre côté, en formant une association sérieuse, les praticiens seront en mesure de s'intéresser à la classe étudiante, et ils mettront en œuvre certains moyens d'émulation, tels que des récompenses et des secours de tout ordre. L'intérêt manifesté par les aînés aux plus jeunes stimulera cette confraternité dans nos rapports de chaque jour.

2° Conformer sa vie aux principes de la vraie déontologie; ne jamais se permettre aucun acte dérogatoire à la profession, et protéger les amis faibles dont la volonté est sujette à certaines défaillances; tendons-leur une main secourable, au lieu de jeter leurs défauts en pâture à la malignité publique. En tout et partout que notre solidarité soit un sujet d'édification. Le vrai médecin doit être guidé par ces deux préceptes évangéliques :

"Faites à autrui ce que vous voudriez que l'on vous fit."

"Ne faites pas à autrui ce que vous ne voudriez pas que l'on vous fit."

3° Nous devons nous grouper autour des professeurs de notre Faculté de médecine. Ils occupent une position qui commande le respect et la considération. Au lieu d'abaisser leur dignité, nous

devons exalter leurs qualités et leur science. Plus le rôle qu'ils jouent dans la société sera honorable, plus la corporation des médecins sera considérée en raison de la valeur et du savoir de ces maîtres.

N'oublions pas que ces confrères sont nos amis, et qu'ils remplissent dans la société un double apostolat. Soyons heureux nous-mêmes de ne pas avoir sur nos épaules un si lourd fardeau. Soyons généreux à leur égard. Ils ont besoin, je n'en doute pas, de notre sympathie et de notre concours. L'appréciation de leurs bons services par les praticiens est pour eux un soutien, une force et une récompense.

4° Si nous voulons conserver notre prestige médical au sein des familles, nous devons être modérés dans le taux de nos honoraires. Il ne faut pas exagérer la valeur de nos services. Il est de mauvaise politique de dire à un client: "Ce sont les riches qui paient pour les pauvres". C'est faire une bien mauvaise éducation du public. Les clients qui peuvent raisonnablement payer deviennent de plus en plus méfiants à l'égard des médecins, en raison de certains tarifs exagérés. Plusieurs clients craignent l'exploitation médicale. Le système de la spécialité a considérablement augmenté les charges des services médicaux dans les foyers. Il arrive encore malheureusement que plusieurs spécialistes, croyant s'imposer davantage au public, établissent des notes onéreuses pour certains clients et mettent le médecin de famille dans une pénible situation. Après les frais des hôpitaux et des services de certains spécialistes, il ne reste plus une obole pour le simple praticien.

Ce point est souvent oublié et suscite parfois beaucoup de récriminations de la part du patient et du médecin de famille.

Nous devons dire cependant qu'en règle générale, ceux qui font de la spécialité savent y mettre de la discrétion et même de la charité. A l'instar du médecin anglais, le médecin canadien-français n'a rien d'exorbitant dans ses honoraires.

Dans l'intérêt de la profession, il est à désirer que les tarifs soient de nouveau modifiés selon les besoins et les exigences du moment.

5° Une cause de malentendus entre les médecins, c'est d'écouter les racontars et les commérages. On ne devrait jamais prêter l'oreille à ce que colporte un patient, sans s'expliquer avec le confrère mis en cause. Beaucoup de difficultés seraient aplanies, nombre de froissements seraient évités si les confrères avaient le bon esprit de vider à l'amiable ces petits différends. C'est l'unique méthode pour s'entendre et s'estimer.

6° Garder une part de nos largesses et de nos souscriptions pour les œuvres médicales qui vont nécessairement s'imposer en face des nouvelles conditions sociales.

7° Ne pas être dupes de certaines œuvres philanthropiques qui mettent constamment à contribution les services médicaux gratuits. Pourquoi le médecin n'est-il pas payé ? Le marchand donne-t-il sa marchandise gratuitement ? Le pharmacien n'exige-t-il pas un paiement en échange de ses produits ? Enfin, trouvons-nous au sein d'une institution philanthropique un fournisseur quelconque donnant ses denrées sans remboursement ? Non ! Alors le médecin doit être mis sur le même pied que les autres. Si on veut faire de la philanthropie, qu'on ne la fasse pas au détriment d'une seule classe. Ce n'est plus de la philanthropie, c'est de l'exploitation. Et les médecins devraient le comprendre !

Dans la profession médicale, personne n'a le droit de sacrifier les intérêts généraux à son intérêt personnel.

Personne n'a le droit, pour arriver à la gloire et aux honneurs, de fouler aux pieds les droits d'autrui. On ne doit pas recourir à de bas procédés dans l'espoir d'obtenir une position quelle qu'elle soit.

Le médecin pratique la charité à chaque instant du jour. Ceux qui veulent s'occuper d'œuvres philanthropiques doivent faire entrer dans leur budget les honoraires de médecins, au même titre que les frais de drogues, de denrées, d'aliments. C'est la seule conception plausible. Que le médecin fasse un prix de faveur, j'en suis encore ; mais ne rien exiger, c'est dérisoire. C'est consentir à déchoir.

8° Combattre dans le public les contrefaçons de la médecine, telles que l'intervention des esprits, la venue du septième enfant, les passes magiques sous forme de signes de la Croix avec salive, les emplâtres miraculeux pour le cancer, etc.

9° Convaincre les hommes publics de la protection qu'ils doivent accorder à une médecine basée sur les principes fondamentaux de la science et de l'honnêteté. Cette campagne aurait pour effet d'ouvrir les yeux de nos législateurs sur l'inconséquence de certaines lois ou décrets, accordant des subsides pour l'avancement des sciences, pour la fondation de laboratoires comme celui par exemple du radium, etc., et en même temps accordant une protection officielle à des établissements où la crédulité publique est exploitée par de vils charlatans.

10° Prêcher et vulgariser les idées d'association parmi les classes intellectuelles. Maurice Weill, avocat à la Cour d'Appel de Paris, écrit ce qui suit dans le *Lien Médical* de janvier dernier : "L'associa-

tion constitue à l'époque actuelle une nécessité, et cette nécessité est au moins aussi grande pour les travailleurs intellectuels que pour les travailleurs manuels. Le syndicalisme est une forme moderne qu'il convient que les travailleurs intellectuels adoptent, s'ils ne veulent pas rester en arrière du mouvement de leur époque. Il faut vivre suivant son temps, suivant le progrès des idées. Nier ce progrès, c'est montrer ce "scepticisme dénigrant et stérile" que réprovait Pasteur."

La vulgarisation de ces principes d'association aurait pour effet d'établir plus de sympathie et de solidarité entre les membres des trois principales professions que nous avons au pays, c'est-à-dire celles des notaires, des avocats et des médecins. Autrefois, au temps où j'étais étudiant, les futurs membres de ces diverses professions avaient l'occasion de se fréquenter et de se connaître au sein de l'ancien Cercle Ville-Marie, dirigé à cette époque par les Messieurs de Saint-Sulpice. Mais les temps sont changés. La disparition de cette belle institution a modifié bien des choses. Depuis cette date, nos jeunes professionnels ne se connaissent plus, et n'ont guère l'occasion de développer ces reconfortantes amitiés qui constituent une si grande force dans la vie.

En ces jours heureux, les diverses classes intellectuelles se groupaient et s'entraidaient. On voyait à ces réunions les jeunes gens du commerce, de la finance, du journalisme et des professions libérales. Et ces jeunes gens, plus tard, ont bénéficié de cette bonne camaraderie. L'intellectuel doit compter sur ses propres forces. Le public est bien peu reconnaissant: a-t-il jamais eu un bon mot pour le professionnel? Que ne dit-on du Notaire? Pour quelques défections, on oublie les services immenses rendus par ce serviteur dévoué. On oublie que nombre de fortunes canadiennes-françaises ont été édifiées ou sauvegardées grâce à la sage direction du Notaire! On n'est pas moins sévère pour les membres du Barreau, en leur prêtant sans raison l'amour de la chicane, du gain ou de l'injustice; on perd de vue qu'un grand nombre de nos Avocats ont sauvé de la ruine et du déshonneur des milliers de familles.

L'ingratitude humaine ne respecte même pas notre Magistrature. Pourtant, n'avons-nous pas raison d'être orgueilleux de la science légale et de la probité de nos Magistrats qui ont été de tout temps les gardiens vigilants et les défenseurs sacrés de la morale et de la justice?

En conséquence, il est de notre intérêt de prêcher les principes de l'association parmi les classes intellectuelles afin que nous puissions nous comprendre et nous entr'aider dans les difficultés de la vie.

11° Entreprendre une lutte intelligente et raisonnée contre les Chiropracticiens ou Masseurs. De quelle manière ? En préparant davantage nos jeunes médecins à l'usage des agents physiques. C'est la cure moderne. Elle est efficace, et le public la demande. Soumettons-nous aux exigences de nos patients. L'Université donne un cours théorique parfait, mais néglige le côté pratique. Cependant il est facile de combler cette lacune. Nous avons, dans nos hôpitaux, des médecins qualifiés sous tous rapports pour donner l'enseignement pratique. En effet, mes confrères qui ont charge des départements d'électricité médicale et de Radiologie, à Notre-Dame, à l'Hôtel-Dieu et à Sainte-Justine, ont l'expérience, la valeur scientifique, la largeur de vue et le dévouement voulus pour se consacrer à cette belle œuvre. On devrait donc leur confier plus complètement nos futurs médecins afin de mieux les outiller pour la lutte. La mise à point de la Physiothérapie selon l'École française a été quelque peu négligée jusqu'ici au Canada.

Le marché américain, grâce à son instrumentation, ses journaux de médecine et ses nombreux livres, a rejeté dans l'ombre les beaux travaux de l'École française sur les données de l'électricité médicale et de la radiologie.

Nous devons donc réagir et rendre justice à la valeur scientifique du savant français, notre réel inspirateur dans tous nos travaux de chaque jour.

Pour arriver à un résultat, il faut de toute nécessité encourager, parmi les élèves gradués de l'École Technique, la fabrication de nos appareils physio-électriques. Il y a là une lacune sérieuse, pour ne pas dire une faiblesse nationale. C'est une des raisons qui poussent nos jeunes médecins à délaisser l'école française pour l'école américaine.

Pourquoi ne pas fabriquer ici des appareils si simples, comme batteries faradiques, galvaniques ou appareils de Haute Fréquence, et cesser de les acheter aux Etats-Unis ? Espérons que, sous la bonne inspiration de notre professeur de physique de l'Université de Montréal, nos jeunes médecins, dans un avenir peu éloigné, pourront se servir avec satisfaction et d'une manière pratique d'appareils électriques de fabrication canadienne.

12° Renouer les anciennes amitiés avec les confrères qui sont à l'étranger, surtout aux Etats-Unis. Malgré le temps et la distance, ces confrères sont demeurés attachés à l'Université et aux amis du Canada. Le "*Procul fato sed prope corde*" s'adresse bien à eux. Ces médecins qui occupent aujourd'hui des postes importants dans les principales villes américaines, qui ont connu souvent la misère et les difficultés du jeune médecin ou du pauvre étudiant, seront heureux, je n'en doute pas, d'être utiles aux nôtres pendant les vacances universitaires ou au début de la pratique médicale.

Il faut donc trouver un moyen de communiquer avec eux, et le moyen le plus sûr est l'Association des anciens élèves.

13° Nos Hôpitaux. C'est un problème bien délicat à traiter. Il a été étudié de tout temps sans être solutionné d'une manière définitive.

Thiers disait, il y a déjà un siècle: "Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'homme aime l'homme; ce n'est pas d'aujourd'hui qu'il y a des cœurs pour lesquels le soulagement des pauvres est une noble occupation, une consolation touchante, une prière à Dieu." Les économistes ont envisagé la question de l'hôpital sur toutes ses faces dans tous les pays. Ils ont toujours eu une grande appréhension sur ses résultats. Le fantôme qui les effrayait est celui de développer davantage le paupérisme en mettant dans l'esprit du pauvre, l'idée qu'il doit tout attendre de l'Etat, qu'il n'a pas besoin de pratiquer l'économie, et que l'Etat doit pourvoir à ses besoins au jour de la maladie ou de la vieillesse.

Dans les circonstances qui nous occupent, je veux considérer cette question sous certains aspects.

L'Hôpital doit être nécessairement maintenu.

Cependant, nous, médecins, devons être très circonspects sur certains abus que nous provoquons nous-mêmes inconsidérément.

En effet, aujourd'hui, pour la moindre indisposition, nous dirigeons nos malades à l'hôpital. En face d'un diagnostic un peu obscur ou quelque peu difficile, on abandonne la partie et on confie son patient aux confrères des hôpitaux.

Le jeune médecin, surtout de nos jours, n'a pas raison d'agir ainsi; il peut se tailler une bonne besogne à domicile; il est mieux préparé que nous l'étions autrefois; il est en état de faire d'heureuses interventions et peut facilement se renseigner au laboratoire sans avoir à déplacer son malade. Le traitement à domicile implique plus de responsabilité pour le praticien et lui demande aussi beaucoup

plus de travail et de courses. Mais l'amour du devoir et l'intérêt personnel doivent être au-dessus du confort.

Les chirurgiens sont, presque à leur insu, responsables du drainage des malades à l'hôpital. Il me semble que plusieurs interventions peuvent être faites facilement et sans danger au domicile du patient. Sous prétexte de préparation aux fins d'opération, le malade est trop souvent hospitalisé. Le chirurgien souffre lui aussi du même mal que le praticien. L'hôpital l'attire, le magnétise. C'est plus commode, plus expéditif d'opérer à l'hôpital, et cela sans trop de déplacement. Sans y penser, le chirurgien, le compagnon inséparable du vrai praticien, travaille au détriment de son confrère qui pourrait, dans bien des cas, se charger du patient. Même au sortir de l'hôpital, certains malades sont confiés à des garde-malades pour la continuation de tels ou tels traitements. Ces méthodes irrationnelles doivent être corrigées pour le bien de tous.

La question doit donc être sérieusement étudiée par les médecins intéressés au bon fonctionnement et à la bonne administration des hôpitaux.

La responsabilité des médecins dans les divers hôpitaux devient grande. Ils sont mandataires auprès des Pouvoirs Publics pour l'obtention de subsides énormes au profit de l'assistance publique. Comme il se développe dans les familles une fausse conception sur les soins à donner aux malades, on veut passer la charge à l'Etat. Au sein des familles la tendance à se désintéresser de leurs propres malades s'accroît de plus en plus. Il n'y a rien de surprenant que les hôpitaux soient insuffisants à recevoir les patients, de quelque situation financière qu'ils soient. Il est donc à désirer que les praticiens mènent une campagne active auprès des familles, afin de les convaincre de leurs devoirs et de l'importance de garder leurs malades à domicile.

N'oublions pas aussi que l'hôpital est surtout avantageux pour deux classes de la société, c'est-à-dire le riche et le vrai pauvre. Il ne l'est pas autant pour la classe intermédiaire, celle qui prend place entre les deux catégories plus haut mentionnées, et qui se recrute parmi les gens à revenus assez limités tels que : commis, comptables, petits industriels ou commerçants, journalistes, etc. Ces gens peu fortunés sont incapables très souvent de couvrir les frais d'hospitalisation et les honoraires médicaux quelque peu élevés; aussi font-ils l'impossible pour garder leurs malades à domicile afin de ne pas s'endetter et de ne pas subir l'humiliation d'être à la charge de la charité publique.

D'autre part, le riche est aujourd'hui enchanté de l'œuvre hospitalière, non pas précisément par intérêt philanthropique, mais bien par intérêt personnel. "Charité bien ordonnée commence par soi-même." Le riche, en effet, simplifie de plus en plus son train de vie; il vend sa maison luxueuse et spacieuse; il renvoie ses nombreux domestiques; il se loge dans une conciergerie; au jour de la maladie et même de l'affection la moins grave, il prend le chemin de l'hôpital. Cette mode moderne se généralise de plus en plus dans les villes. Cette affluence de malades exige nécessairement la construction de nouveaux bâtiments au prix de grosses dépenses. Ainsi, l'espace réservé pour chambres privées et pour le personnel du service représente un pourcentage très élevé du coût de la construction. Alors le riche paye-t-il en proportion même du capital investi? On dit toujours que ce sont les riches hospitalisés qui payent pour les pauvres. Est-ce bien la vérité? N'est-il pas vrai que le riche peut se faire traiter à meilleur marché à l'hôpital que chez lui? Enfin, cette hospitalisation du riche n'est-elle pas une des causes des déficits des hôpitaux?

Nos médecins attachés aux divers établissements pourront peut-être éclaircir la question et faire bénéficier le public de leur expérience.

Comme l'œuvre hospitalière tend de plus en plus à sortir des mains des philanthropes pour tomber dans celles des membres des "Utilités Publiques", il n'est que juste d'entendre les intéressés eux-mêmes.

En face des demandes de subsides, tant au Gouvernement provincial qu'aux Municipalités, on doit prévoir qu'une évolution est sur le point de se faire dans le domaine de l'hospitalisation.

Nous devons nous attendre et nous préparer à cette nouvelle situation. Il n'y a aucun doute qu'avant longtemps, l'Etat prendra charge de l'hôpital, avec toutes ses responsabilités; l'Etat, grâce à son contrôle et en vertu des subsides accordés, présidera peut-être lui-même aux nominations et aux conditions de Service des médecins et des chirurgiens. Le problème doit être envisagé immédiatement sous ce jour.

Il est donc important pour les médecins de favoriser de plus en plus l'établissement de maisons de santé, comme nous en rencontrons en France, où les riches pourront s'hospitaliser aisément, et par là donner aux pauvres plus d'espace et plus de confort dans les hôpitaux actuels.

14° Nous devons encourager nos sociétés médicales. Si nous ne pouvons contribuer à leur maintien par des travaux scientifiques, au moins aidons-les par notre présence et notre appui financier. Il est malheureux que nous perdions l'habitude d'écrire; pourquoi ne pas consigner de temps en temps nos observations personnelles, qui ont leur originalité et aussi leur valeur scientifique ?

15° Nous devons favoriser de plus en plus les garde-malades non diplômées, au sein des foyers que nous fréquentons. Leur disparition de la vie publique est une vraie calamité pour les familles peu à l'aise. En effet, les jeunes foyers peu fortunés ont beaucoup à souffrir de l'absence de ces personnes qui autrefois remplissaient l'office de domestiques et de garde-malades. Le service domestique est difficile, onéreux et même impossible dans un grand nombre de familles. La classe intermédiaire que j'ai décrite plus haut, et qui prend place entre le vrai pauvre et le riche, est beaucoup à plaindre de ce côté-là; cette classe pleine de cœur et de légitime fierté ne veut pas de charité; elle peut difficilement se payer le luxe d'une chambre privée à l'hôpital ou se payer les services d'une garde-malade diplômée au prix de cinq ou six dollars par jours.

Efforçons-nous de faire revenir cette ancienne bonne garde-malade, peu savante, si vous le voulez, mais intelligente, active et dévouée; ce sera pour le bien-être de cette classe qui est restée attachée à son médecin de famille, et qui mérite notre estime et notre confiance.

16° Le Collège des Médecins et Chirurgiens.

Il me semble que, dans certains milieux, on veut faire supporter par les Gouverneurs de notre Collège toute la responsabilité du mal qui existe dans la profession. Pour rester dans le cadre de mon opuscule, je ne puis suivre mes amis dans l'appréciation des faits tels qu'ils les conçoivent. La source du malaise général ne vient pas de ce Bureau qui reste dans ses attributions à mon humble point de vue. Nous devons donc aller à la racine du mal, et tâcher d'y remédier par une cure rationnelle et effective. Est-ce bien la faute des Gouverneurs si certains médecins manquent à leurs devoirs ? Est-ce bien la faute des Gouverneurs si certains médecins se livrent à l'exploitation du public ? Est-ce la faute des Gouverneurs si nos représentants provinciaux édictent des lois pour protéger les herboristes, les charlatans et les rebouteurs ? Est-ce la faute des Gouverneurs si des médecins croient arriver à leur but en se prêtant à la domestication ou à l'asservissement ? Enfin, est-ce la faute des

Gouverneurs si nous n'avons pas trouvé jusqu'ici le moyen de nous unir et de nous grouper dans un même idéal professionnel ?

Non ! Alors soyons justes pour eux et aidons-les plutôt à poursuivre d'une manière efficace leur mission.

Tout d'abord, tâchons de nous entendre et de former la corporation. Avec le secours d'une association générale de tous les médecins, nos Gouverneurs seront plus en état d'être écoutés au jour des revendications auprès des pouvoirs publics.

L'entente et la concorde doivent régner dans nos rangs. Le mouvement de l'*Action Médicale* est digne d'éloges. Il a su déclancher une offensive sérieuse qui aura une influence sur le redressement des abus. Mais la devise doit rester constamment celle-ci : "Toujours édifier et jamais détruire". Sans cela les énergies se paralyseront de nouveau et les bonnes volontés disparaîtront. Pour que l'œuvre persiste, il faut continuer le bon combat sans violence et sans heurt, sans compromission, mais aussi en excluant tout intérêt personnel.

Les jeunes doivent développer de plus en plus le culte du souvenir et de la reconnaissance; ils doivent compter avec les membres âgés de la profession qui sont heureux de les faire bénéficier de leur expérience et de leur désintéressement.

Pour ma part, j'ai reçu, au cours de mon existence, certaines leçons qui sont à l'avantage de notre Collège des Médecins. Les circonstances m'ont forcé malheureusement à me pourvoir en justice et à subir trois ou quatre procès fort dispendieux. Une de mes causes a même l'honneur, s'il vous plaît, de servir de "Test Case". J'avais comme aviseurs deux des plus grands avocats du Barreau, qui sont devenus depuis Juges de la plus haute cour du Canada; et, en dépit de leur savoir et de leur érudition, j'ai perdu mon procès. Depuis cette date, je ne m'étonne pas de l'insuccès judiciaire que peut avoir quelquefois notre Registraire avec ces causes concernant des charlatans ou des rebouteurs.

Malgré ces déconvenues, je n'ai jamais manqué de confiance en mes avocats et je suis encore prêt à m'inspirer de leurs conseils.

Grâce à cette expérience acquise à mon propre détriment, je suis pour ma part moins sévère dans mes jugements au sujet de ceux qui ont la lourde mission de plaider en faveur de notre profession.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS INFANTILE

Par le Professeur GUSTAVE ARCHAMBAULT
et le Docteur ALBERIC MARIN.

(Suite)

I

Médicaments employés dans le traitement de la syphilis infantile

Les principaux médicaments employés dans le traitement de la syphilis infantile sont les suivants :

1. Le mercure.
2. Les sels de Bismuth.
3. Les arsenicaux.
4. Les iodures.
5. Opothérapie.

Avant d'étudier ces divers médicaments, leur posologie, leurs indications, leurs avantages et leurs inconvénients, il est important de connaître de quelle façon on peut les administrer, quelles sont leurs voies d'introduction dans l'organisme.

Voies d'introduction

- 1o. La peau.
- 2o. La bouche.
- 3o. Le rectum.
- 4o. Injections sous-cutanées, intra-musculaires, intra-veineuses.

1o. *Par la peau.*

La peau n'est guère un organe d'absorption. La couche cornée de l'épiderme est un obstacle à la pénétration médicamenteuse. Cependant le mercure en frictions réussit assez bien à franchir cette barrière. C'est le seul médicament administré de cette manière.

2o. *Par la bouche.*

L'allaitement maternel peut constituer un mode d'introduction médicamenteux, mais il est bien infidèle et d'autre part la quantité du médicament qu'absorberait ainsi le nourrisson est trop minime pour qu'on s'y arrête exclusivement.

Le mercure donné par la bouche est souvent très mal supporté par le tube digestif.

Les arsenicaux, sous forme de Stovarsol ou de Tréparsol, sont moins irritants et agissent plus rapidement. Mais cette voie est inconstante et soumise à de grandes variations.

Les vomissements et diarrhées préexistants en sont une contre-indication, ainsi que ceux qui peuvent survenir à la suite de l'introduction "per os" du médicament, quel qu'il soit.

3o. *Par le rectum.*

Les composés mercuriels et arsenicaux peuvent être administrés en suppositoires ou en lavements avec néanmoins les mêmes désavantages que la voie "per os". Ils exposent l'enfant à de la rectite. De plus l'absorption y est encore plus infidèle. C'est un mode à déconseiller, car il fera perdre un temps précieux et est d'une technique assez compliquée.

4o. *Par injection.*

C'est le mode d'introduction le plus fidèle, le plus constant dans ses résultats thérapeutiques et le plus actif.

L'arsenic, le bismuth et le mercure sont injectables.

L'injection peut être sous-cutanée. Elle est en général douloureuse. Le tissu adipeux qui reçoit alors la charge absorbe moins bien que le muscle sous-jacent, parce que moins bien irrigué. On préférera donc l'injection intra-musculaire donnant des garanties d'absorption plus complète et plus rapide.

L'injection peut être aussi intra-veineuse en ce qui concerne les arsénicaux. Mais la technique est très difficile, souvent impossible, à cause de la petitesse des veines du nourrisson.

On peut piquer soit la veine du pli du coude quand elle est perceptible, ce qui est rare, soit la jugulaire externe, selon la méthode de Blechman, soit les veines épicroâniennes souvent en télangiectasie, soit le sinus supérieur. La ponction du sinus supérieur est toutefois dangereuse car un hématome peut se produire après la ponction qui exposera l'enfant à des troubles de compression ou à de la méningite, si l'asepsie a été défectueuse.

Nous croyons avec la majorité des syphiligraphes que le mode d'administration le meilleur à tous les points de vue (efficacité, contrôle) est la voie par injections et que l'injection intra-musculaire

doit être préférée à l'endo-veineuse d'une technique ardue et pouvant occasionner des péri-phlébites et des phlegmons très ennuyeux.

MEDICAMENTS

Mercure

Il a été préconisé depuis des siècles mais il est maintenant de plus en plus relégué dans l'ombre depuis l'avènement des arsenicaux. Ceux-ci constituent une médication beaucoup plus active, n'exposant pas aux accidents d'anémie du mercure. Nous nous demandons comment il se fait que d'aucuns emploient encore rien que le mercure chez l'enfant alors qu'ils donneront l'arsenic aux adultes. La syphilis de l'enfant n'est pas tellement différente de la syphilis de l'adulte pour employer le mercure d'action très lente chez l'un et l'arsenic à effet immédiat chez l'autre. Nous comprendrions plutôt le contraire puisque chez l'adulte la syphilis ne constitue pas un danger immédiat de mort comme chez le nourrisson, que d'autre part l'adulte dont souvent les émonctoires sont viciés est plus intolérant aux arsénicaux que ne l'est l'enfant.

Ces réserves faites, indiquons la posologie de quelques préparations mercurielles.

En frictions, le mercure se donne sous forme d'onguent napolitain :

Mercure	parties égales
Axonge	

Cette formule est irritante pour le tégument et pourra être dédoublée ainsi :

Mercure	0.25 ctg.
Axonge	0.75 ctg.

On fait une friction quotidienne durant quinze jours, on arrête quinze jours, et l'on recommence.

On frictionne cinq minutes du bout du doigt, avec gros comme un pois de la pommade mercurielle. On savonne à l'eau tiède le lendemain matin. On a soin de changer d'endroit chaque jour: aisselle, flanc, creux poplité, pli du coude, plante du pied, alternativement à gauche puis à droite.

La liqueur de Van Swieten, solution de Bichlorure au 1000e, est donnée dans du lait à la dose de dix gouttes par kilo du poids de l'enfant.

Elle est très irritante pour le tube digestif et provoque des diarrhées et des vomissements.

Le lactate de mercure, au 1000e, est moins irritant et se donne aux mêmes doses.

La poudre grise ($\frac{1}{3}$ mercure, $\frac{2}{3}$ craie) se donne à la dose de $\frac{1}{2}$ ctg. dans le premier mois, 2 à 3 ctg. jusqu'à 6 mois, 5 à 6 ctg. jusqu'à un an.

Le benzoate de mercure et le *biiodure de mercure* en solution au 200e peuvent être donnés à la dose de un demi-milligramme par kilo en injections intra-musculaires. Ces injections ne sont pas données à un nourrisson, mais réservées aux enfants d'un certain âge.

Bismuth

C'est un nouveau venu dans l'arsenal syphilitique. Il a donné jusqu'ici de meilleurs résultats que le mercure, mais son action est sûrement plus lente que celle de l'arsenic. De plus plusieurs accidents ont été signalés à la suite de son administration: stomatites, gingivites, diarrhées, vomissements et surtout abcès profonds, avec larges décollements comparables à ceux que peut donner l'huile grise. Le muscle injecté subit une imprégnation bismuthique qui peut être néfaste chez l'enfant. Dernièrement, à la Société française de Dermatologie, plusieurs accidents de ce genre ont été rapportés par l'injection de préparations d'hydroxyde de bismuth. Le bismuth colloïdal n'a pas semblé jusqu'ici provoquer de ces abcès.

Le bismuth, quoique assez actif, demande d'être administré en deux injections par semaine en des séries allant à 15 et même 20 injections avec un mois de repos entre 2 séries. Chez un nouveau-né, c'est déjà un sérieux inconvénient que d'être obligé de le piquer 2 fois par semaine. Même s'il ne survient aucun des graves accidents signalés plus haut, ce métal parfois assez long à se résorber cause des noyaux d'induration qui sont autant de points douloureux chez le bébé.

Les préparations bismuthiques sont très nombreuses et très diverses quant à leur véhicule, à la forme sous laquelle est présenté le bismuth métal.

Les préparations huileuses se résorbent lentement, parfois incomplètement.

Les composés d'hydroxyde de bismuth donnent lieu souvent à des abcès.

Les préparations colloïdales en solution aqueuse semblent les moins dangereuses.

La quantité d'une préparation, quelle qu'elle soit, doit être calculée selon sa teneur en bismuth-métal, corps actif.

Le bismuth-métal sera donné à la dose de 1 à 2 ctg. chez le nourrisson. On peut augmenter de 1 ctg. par année d'âge.

Arsenic

Les arsenicaux les plus couramment employés sont les arsenicaux type 606 et 914, le stovarsol et tréparsol, le sulfarsenol et sulpharsphénamine.

L'arsenobenzol en injections intra-veineuses est très efficace mais d'une technique très difficile à cause de la ténuité des veines du nourrisson, de la grande quantité de liquide à injecter, de la délicatesse de sa préparation. Il est peu employé.

Le novarsenobenzol peut être donné en suppositoires, en injections intra-musculaires et en injections intra-veineuses.

En suppositoires, c'est un pis-aller — efficacité infidèle, rectite, manipulation compliquée.

En injections intra-musculaires, il faut le mettre en solution glucosée, phéniquée ou additionnée de novocaïne, à cause de la douleur considérable qu'il occasionne.

En injections intra-veineuses, pratiquement la seule façon de l'administrer, le novar agit fort bien mais sa technique encore une fois est très difficile et expose aux inconvénients déjà énumérés.

Doses progressives jusqu'à 1½ ctg. par kilo en débutant par des doses faibles.

Le tréparsol et le stovarsol s'administrent par la bouche. Leur efficacité est assez grande. Ils sont simples et commodes d'administration, mais comme ce sont des médicaments toxiques, ils demandent à être surveillés de très près et ne peuvent être laissés à des mains inexpérimentées. D'autre part, ils sont de date trop récente pour que l'on puisse formuler une opinion bien ferme sur leur valeur.

Surfalsenol et sulpharsphenamine.

Le sulfarsenol, à cause de son indolence en injections sous-cutanées et son activité égale au 914 (à doses égales), est incontestablement le meilleur agent thérapeutique contre la syphilis infantile.

Il est indolore, aussi actif que les autres préparations arsenicales, se donne en solution aqueuse concentrée, ce qui évite les douleurs provoquées par la distension d'une grosse masse de liquide, qui tiraille les tissus.

Sur plusieurs milliers d'injections que nous avons faites soit en ville, soit à Notre-Dame, soit à la Crèche d'Youville, nous n'avons jamais eu à constater d'accidents sérieux. Tout au plus certains enfants présentent-ils, le jour de l'injection, un peu d'agitation, de l'insomnie, de l'inappétence. Pinard, sur 12,000 injections, fait les mêmes remarques.

La quantité de 2 cmc d'eau stérilisée et distillée deux fois est suffisante pour faire la dilution de la dose de sulfarsenol employée, quelle qu'elle soit, pour chaque injection sous-cutanée.

Ce médicament se donne à dose de 1½ ctg. par kilo. Ceci est la dose maxima à laquelle on arrivera le plus vite possible après avoir administré quelques doses rapidement croissantes.

La dose totale de la série doit être aussi réglé sur le poids de l'enfant. Elle doit atteindre, mais ne pas dépasser, un décigramme par kilo. Le nombre d'injections données dans une série est d'environ dix. Les premières à 3 ou 4 jours d'intervalle, puis les autres à 6, 7 et 8 jours au fur et à mesure que la dose augmente.

Les séries seront espacées de trois semaines, elles seront toujours de plus en plus fortes suivant la courbe du poids de l'enfant. La balance sera un guide que l'on devra toujours suivre de près.

Ainsi donc pour un enfant de 3 kilos, la dose maxima sera de 0.45 ctg. (1½ ctg. par kilo) et la dose totale d'environ 0.30 ctg. (un décigramme par kilo). La dose totale peut excéder quelque peu la proportion d'une décigramme du poids que l'enfant avait au début de la série, car en 2 mois il aura gagné du poids et pèsera souvent près d'un kilo de plus que ce qu'il pesait au début.

Voici un schéma pour un enfant de 3 kilos :

1ère	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	Total
0.005	0.01	0.015	0.02	0.03	0.04	0.045	0.045	0.045	0.045	0.30 ctg.

Enfant de 8 kilos :

1ère	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	Total
0.01	0.03	0.05	0.07	0.09	0.10	0.12	0.12	0.12	0.12	0.83 ctg.

Cette dose de 0.83 ctg. au lieu de 0.80 est autorisée parce que si l'enfant pesait 8 kilos au commencement de la série il en pesait près de 9 kilos à la fin. Ce sont des schémas que l'on pourra suivre dans l'administration d'un traitement par le sulfarsénol.

L'action de ce novarsénobenzène est rapide et manifeste. Dans la pseudo-paralysie de Parrot les douleurs disparaissent en moins d'une semaine et la motilité est retrouvée en moins de trois semaines. La tuméfaction ostéo-épiphysaire est plus lente mais est résorbée tout à fait au bout de 2 ou 3 séries.

Dans les cas de lésions cutanéomuqueuses — syphilis érythémateuses ou papuleuses, pemphigus palmo-plantaire, plaques muqueuses — celles-ci disparaissent d'habitude en une quinzaine. La mégalosplénie obéit plus lentement. Elle met parfois près d'une année à rétrocéder complètement. L'hydrocéphalie résiste également pendant assez longtemps à la médication. Les lésions nerveuses sont plus résistantes. Néanmoins chez une petite hérédo âgée de 4 mois qui depuis une dizaine de jours avait 7, 8 et 10 crises de convulsions quotidiennes, nous avons réussi à la suite de 4 piqûres de sulfarsénol en 9 jours (0.01 ctg., 0.02, 0.03, 0.03) à les faire disparaître complètement. Le fait nous a paru d'autant plus intéressant que la jumelle de cette petite était morte de convulsions à l'âge de 3 mois. Les convulsions ont immédiatement diminué.

Le sulfarsénol a la même heureuse influence sur l'état général. Des enfants qui criaient et pleuraient continuellement, atteints d'insomnie, d'inappétence, de diarrhée, de vomissements, en athrepsie marquée, changent rapidement à la suite de ce traitement. Ils dorment, boivent, reprennent du poids. Diarrhée et vomissements cessent.

La formule sanguine revient rapidement à la normale.

Iodures

Les iodures ne sont pas employés chez le nourrisson parce que leur action spiricillide est très faible, qu'ils sont mal supportés, amenant rapidement du coryza qui gêne l'allaitement.

Cependant, chez les enfants de 3 ou 4 ans, ils seront indiqués quelquefois pour des lésions de type tertiaire.

Ils sont donnés dans du lait à la dose de 0.05 ctg. par jour et par année d'âge (Duroeux).

Opothérapie

La syphilis touche souvent les glandes endocrines. Il est évident que la meilleure opothérapie réside dans le traitement spécifique précoce. Si ce traitement a été tardif ou insuffisant, l'enfant plus tard pourra présenter des signes d'insuffisance glandulaire que seul le traitement anti-luétique pourra améliorer notablement. Après une légère amélioration de début, l'état du petit malade devient stationnaire, et nous arrivons "au seuil infranchissable" de Hutinél. C'est que le traitement n'a fait qu'enrayer la tréponémie mais n'a pu en aucune façon réparer la partie de l'endocrine détruite.

C'est alors que l'opothérapie substitutive peut être d'un très grand secours.

Nous laisserons de côté la posologie et les indications particulières à chacun des endocrinides car ceci nous entraînerait trop loin.

II

Conduite à tenir — Méthode de choix

La nécessité d'une intervention thérapeutique *précoce, rapide, énergique, prolongée*, ici comme ailleurs, peut-être plus qu'ailleurs s'impose de la façon la plus impérieuse.

1. *L'intervention doit être précoce*: Le médecin ne doit pas perdre un temps précieux, en présence d'un enfant soupçonné de syphilis, à d'illusoires médications symptomatiques. Il n'a pas le droit d'attendre que se précisent certains signes bizarres, car l'enfant peut être emporté rapidement. La mortalité infantile due à la syphilis est d'un chiffre effroyable dans les premiers mois de l'existence. Le nombre des morts serait considérablement abaissé si le traitement était plus précoce.

2. *L'intervention doit être rapide*: Le médecin devra immédiatement s'adresser au médicament le plus actif et l'administrer sous sa forme la plus active.

Nous relèverons donc au deuxième plan, dans le traitement d'attaque tout au moins, Mercure et Bismuth, pour ne nous adresser qu'à l'Arsenic. L'administration par la bouche, par frictions, par lavement, cèdera le pas aux injections.

Les injections intraveineuses, si leur technique le permettait, devraient toujours être employées de préférence. Mais leur admi-

nistration est très délicate et très compliquée, et en pratique l'on aura recours chez le nourrisson aux sous-cutanées et intramusculaires (sulfarsénol et sulpharsphénamine).

3. *L'intervention doit être énergique* : Le médicament choisi devra, après quelques doses préalables, être donné à doses fortes et la dose totale d'une série devra être poussée le plus possible tout en tenant compte de la résistance et de la tolérance individuelle basée sur le poids, les réactions, etc.

4. *L'intervention doit être prolongée* : Il est essentiel de poursuivre le traitement pendant au moins quatre ans. Il serait illusoire de croire à la guérison de la syphilis infantile après un traitement de quelques mois.

PRECOCITE — RAPIDITE — ENERGIE — PROLONGATION du traitement sont les conditions essentielles de son efficacité.

Dans le traitement d'attaque, en présence d'accidents cutanéomuqueux ou de syphilis viscérale précoce, s'il n'y a pas de signes manifestes d'insuffisance organique, hépatique, rénale, nous donnons la préférence aux arsenicaux, et particulièrement au SULFARSENOL en injections sous-cutanées ou intramusculaires. Son activité spirillicide est au moins égale sinon supérieure à tous les autres médicaments et il peut être administré facilement, comme l'a souvent répété Marcel Pinard, par tous les médecins, dans tous les milieux, à l'hôpital, au dispensaire, à la ville comme à la campagne.

Il faudra cependant ne jamais oublier de débiter par des doses très faibles, un milligramme par kilog. de poids, afin d'éviter les accidents dus à la réaction de Herxheimer et qui peuvent être très graves chez l'enfant comme chez l'adulte.

Plusieurs syphiligraphes préfèrent commencer le traitement avec les frictions mercurielles. Nous ne sommes pas de cet avis, sauf chez les débiles, dont les viscères, particulièrement le foie, sont profondément touchés, et encore ne faudra-t-il pas s'attarder au mercure, et après une dizaine de frictions au maximum, revenir le plus tôt possible aux arsenicaux qui sont beaucoup plus actifs et efficaces.

Les séries arsenicales, à doses progressivement croissantes jusqu'à un centigramme et demi par kilog. de poids, d'une durée chacune d'environ 6 à 8 semaines et séparées par un repos maximum de 21 jours — au cours duquel on fera des frictions mercurielles — seront données presque sans interruption au cours de la première année,

tant que les signes cliniques existeront et que la séro-réaction sera positive.

Lorsque celle-ci sera devenue négative et que les manifestations cliniques auront disparu, le traitement devra être moins rigoureux, moins intensif, et l'on substituera au sulfarsénol quelques séries de mercure et de bismuth (*traitement de fond*).

Il est très difficile de formuler des règles générales pour ce traitement d'entretien, trop de facteurs entrant en cause, l'âge, la nature des lésions, la virulence de l'infection, la tolérance individuelle, le milieu, etc. On pourra alors utiliser les solutions mercurielles, liqueur de Van Swieten, lactate de mercure, et chez les enfants plus âgés, les injections de biiodure, de benzoate, d'huile grise ou de salicylate de mercure. On alternera les séries mercurielles avec les séries bismuthiques, et on leur adjoindra l'iode dans les dystrophies osseuses et les lésions scléreuses tertiaires. On associera l'opothérapie à ces médicaments spécifiques pour suppléer aux insuffisances endocriniennes qui sont de plus en plus fréquentes dans la syphilis infantile depuis qu'on a appris à les mieux reconnaître.

Le traitement de fond devra être ainsi poursuivi jusqu'au seuil de la quatrième année, en espaçant de plus en plus les séries médicamenteuses, et en n'oubliant pas de revenir exclusivement aux arsenicaux à la moindre récurrence d'accidents cliniques, ou dès que la séro-réaction fera mine de redevenir positive. Celle-ci nous est des plus précieuses pour nous guider dans le choix de la médication, mais on ne doit jamais se baser sur elle, pas plus chez l'enfant que chez l'adulte, pour décider de la durée du traitement qui, nous le répétons, *devra durer quatre ans*.

Voici comment Marfan, dont l'autorité est indiscutable sur cette question, a présenté schématiquement de la traitement de la syphilis infantile :

Première année	1 mois de traitement sur 2
Deuxième année	1 mois de traitement sur 3
Troisième année	1 mois de traitement sur 4
Quatrième année	1 mois de traitement sur 6

La plupart des petits malades, s'ils ont suivi régulièrement ce traitement, seront guéris à la fin de la quatrième année. Il sera prudent cependant de les surveiller encore pendant quelques années, en examinant leur sang tous les six mois, en même temps qu'on leur

fera subir un examen général tant au point de vue physique qu'intellectuel.

Il ne faut pas oublier enfin que ces petits hérédos ont besoin plus que tout autre de soins minutieux, qu'une hygiène des plus rigoureuses leur est indispensable, et qu'un régime alimentaire bien réglé constitue un des facteurs de la plus haute importance dans leur traitement. L'allaitement artificiel leur est néfaste et on devra le proscrire de façon absolue.

Mesures sociales

En vue de lutter le plus efficacement possible contre la syphilis infantile

Après avoir fait un bref exposé de la conception moderne de la syphilis infantile, nous avons passé en revue les différentes médications et indiqué quelle est, à notre avis, la méthode de choix dans le traitement des petits hérédos.

Il est certain que nous sommes puissamment armés pour la lutte et il semblerait, au premier abord, que nous devrions obtenir des résultats rapides et concluants. Malheureusement, nous ne pouvons pas toujours employer librement les armes qui sont à notre disposition. La syphilis est encore considérée en certains milieux comme une maladie honteuse et une juste punition pour ceux qui ont péché; bien peu savent que la syphilis imméritée, celle qui frappe les pauvres petits dès leur naissance, celle de ceux qui n'en sont pas plus responsables en somme qu'on est coupable d'avoir pris la tuberculose, la scarlatine ou la rougeole, est plus nombreuse que les autres, tellement nombreuse qu'elle représente plus de la moitié de tous les cas de cette terrible affection.

Dans la lutte que nous avons entreprise contre la vérole, il est donc indispensable de mettre au premier plan de notre programme "*l'éducation du grand public*". Il faut parler ouvertement de la syphilis comme de toute autre maladie, comme on parlerait de la tuberculose, par exemple. Il faut que toutes les classes de la société connaissent le danger qui les menace de tous côtés, il faut qu'elles sachent que nous possédons aujourd'hui les moyens de nous débarrasser de cette maladie, il faut qu'elles réalisent que pour atteindre ce but la coopération et l'aide de toutes les énergies, de toutes les bonnes volontés, est urgente et nécessaire.

Notre Gouvernement a d'ailleurs très bien compris cette vérité et le docteur Desloges, l'éminent directeur de la campagne anti-vénérienne entreprise dans notre province, ne s'est pas contenté seulement d'organiser des dispensaires et des centres de traitement. Admirablement secondé par notre clergé que nous ne saurions trop louer pour les encouragements qu'il n'a cessé de lui prodiguer en toutes circonstances, il est allé porté la bonne parole dans tous les milieux, et par des centaines de conférences faites aux jeunes gens, aux ouvriers, aux mères de famille, par des milliers de brochures distribuées par toute la province, il s'est efforcé d'instruire le public et de lui indiquer les moyens d'aider à la lutte. Les résultats ne se sont pas fait attendre. Ils sont déjà remarquables et tous ceux qui ont l'habitude de traiter ces malades peuvent affirmer que la vérole est en baisse dans Québec, et qu'elle a commencé à diminuer peu de temps après l'ouverture de la campagne du gouvernement. Il ne faut pas cependant s'arrêter en si beau chemin. Au contraire il est nécessaire de continuer inlassablement la campagne poursuivie déjà avec tant de succès, de l'intensifier même au besoin, et de ne rien épargner en vue de sa réussite. Si notre volonté est à la hauteur de nos devoirs, la lutte engagée se poursuivra avec les plus grandes chances de succès, et nous pourrons espérer, dans un avenir plus ou moins rapproché, voir disparaître complètement de notre beau pays la vérole et toutes ses conséquences désastreuses.

En plus du grand public, *la coopération du médecin praticien* est de toute première importance. La prophylaxie de la syphilis infantile ne se borne pas au traitement des malades dans les dispensaires. Il faut s'occuper aussi de la famille et le médecin praticien est tout désigné pour remplir ce rôle social. C'est lui qui peut le plus facilement pénétrer dans le milieu familial et dépister une syphilis ignorée, c'est lui qui peut le mieux faire accepter le traitement et le continuer, sans éveiller les soupçons.

Pour que son rôle soit réellement efficace, il faut cependant qu'il ait reçu l'éducation scientifique nécessaire. C'est à nos universités qu'incombe le devoir de bien préparer les étudiants à jouer ce rôle important. La syphilis est un maladie trop grave et que l'on rencontre trop fréquemment aujourd'hui pour que le jeune médecin n'apprenne pas comment la reconnaître sous ses multiples aspects, et comment employer les méthodes thérapeutiques que la science a mises à notre disposition.

Dans nos hôpitaux, les services vénériens et les laboratoires, dotés d'une installation scientifique des plus modernes et composés d'un personnel dévoué et compétent, sont tout indiqués pour donner cet enseignement. Tous les étudiants devraient y faire *un stage obligatoire de quelques mois*, au cours de leurs études médicales. Au contact des malades, ils acquerraient ainsi des connaissances suffisantes pour leur permettre plus tard, de coopérer plus efficacement dans la lutte contre la vérole.

Nous irons plus loin. Ayant quitté l'université, les jeunes médecins ne devraient pas oublier le chemin des hôpitaux et revenir souvent aux dispensaires vénériens qui sont largement ouverts à tous les médecins praticiens.

Ces dispensaires ont été l'objet de beaucoup de critiques en ces derniers temps. Nous ne croyons pas cependant que personne n'ait mis en doute leur utilité et leur efficacité; c'est plutôt leur fonctionnement qui a soulevé des objections. Il est certain que trop souvent les plaintes étaient fondées et que parfois il y a eu des abus commis au détriment surtout de nos médecins praticiens.

Sans vouloir discuter le bien-fondé de ces critiques, ce qui nous entraînerait trop loin et dépasserait le cadre de ce travail, nous nous permettrons cependant de résumer de quelle façon nous comprenons *le rôle des dispensaires vénériens* :

Tous les malades qui s'y présentent devraient avoir le droit d'être examinés, nous ne disons pas traités, afin d'être renseignés sur la nature de leur maladie. Il est très important en effet, au point de vue prophylaxie, qu'ils soient mis au courant le plus tôt possible de la gravité de leur infection et du danger qu'ils présentent pour leur entourage et la société.

Seuls cependant devraient être traités les vrais indigents, pourvu que l'on comprenne dans cette catégorie non seulement les mendiants et les vagabonds, mais également les petits salariés, voire les ouvriers, dont le budget ne suffirait pas à assumer les frais d'un traitement long et coûteux. Il va sans dire que pour arriver à cette fin un contrôle rigoureux des malades s'impose (service social), contrôle qui malheureusement n'existe pas partout.

Les médecins praticiens devraient tous fréquenter ces dispensaires et y amener ceux de leurs clients qui ne sont pas en mesure de payer les frais d'examen de laboratoires répétés, de consultations de spécialistes, de petites interventions telles que ponction lombaire,

etc. Ces centres de traitement, il ne faut pas l'oublier, ont été créés également pour faciliter aux praticiens le traitement de leurs clients peu fortunés, et leur permettre de se tenir eux-mêmes au courant des nouvelles méthodes de diagnostic et de thérapeutique.

Ainsi compris les dispensaires vénériens, loin d'enlever des malades aux praticiens et de soulever des critiques de leur part, devraient contribuer au contraire à augmenter le nombre de leurs clients et à parfaire leur éducation scientifique. De cette collaboration intime entre eux et les médecins des cliniques, collaboration nécessaire, résulteraient une union féconde entre tous les médecins ainsi qu'une plus grande efficacité dans la lutte contre la syphilis.

Enfin, il faut une liaison constante, large et confiante, entre tous les dispensaires des hôpitaux. La syphilis se rencontre dans tous les services. Comme le disait récemment un éminent syphiligraphe de Paris : *Combien de temps perdu, de recherches stériles, de diagnostics hésitants, du fait de leur réciproque indépendance, et inversement combien de traitements institués à temps, d'existences sauvées si le praticien, le syphiligraphe, l'obstétricien, le pédiatre, trouvaient un terrain de collaboration méthodique et pouvaient établir entre eux une liaison de documentation scientifique.*

C'est lors d'un de nos derniers voyages en France, en visitant le service que notre distingué collègue et ami, Marcel Pinard, a organisé à Beaudelocque en relation intime avec la consultation des femmes enceintes, conception nouvelle et qu'il a été, je crois, le premier à mettre à exécution, que nous avons compris tous les résultats que l'on pourrait obtenir de la collaboration des accoucheurs, des syphiligraphes et des pédiatres.

De retour au Canada, nous avons réussi, grâce à l'appui du directeur de l'Assistance Publique, le docteur Lessard, à organiser à l'hôpital Notre-Dame un *centre de Puériculture*, comprenant les services de pédiatrie, de syphiligraphie et d'obstétrique, dirigé par le professeur Leduc, qui est secondé dans son travail par une infirmière visiteuse. Ce nouveau service qui ne fonctionne que depuis à peine un an, a déjà rendu des services incalculables, et nous a permis de sauver la vie à un nombre considérable d'enfants.

A la consultation des femmes enceintes, toutes les femmes sont examinées cliniquement et sérologiquement, au point de vue syphilis, et dirigées, si elles sont contaminées, au service de syphiligraphie où l'on complète leur observation et où l'on institue immédiatement le

traitement. Lorsque le temps de l'accouchement arrive, elles sont hospitalisées à la petite maternité de l'hôpital si leur condition est grave, ou elles sont confiées à l'Assistance maternelle qui veut bien prendre soin de ces pauvres malades. L'enfant, aussitôt né, est vu et examiné par le pédiatre qui en prend charge, tout en restant en contact intime avec le service de syphiligraphie où le traitement antiluétique est administré. Le travail de l'infirmière-visiteuse nous est d'un précieux secours. C'est elle qui visite les familles, qui explique à la mère l'importance du traitement, qui la décide à nous amener ses autres enfants, qui fait les démarches nécessaires auprès de l'Assistance maternelle, qui s'occupe de l'accouchée, qui ramène le nouveau-né au service de pédiatrie et le suit après sa sortie de l'hôpital. Elle sert de liaison constante entre les différents services et la famille où malgré les prévisions contraires elle a toujours été très bien acceptée, et où avec un peu de tact et de doigté elle a presque toujours réussi à les convaincre de continuer leur traitement à l'hôpital.

Ces centres de puériculture sont appelés à jouer un rôle de toute première importance dans le dépistage de la syphilis, sa prophylaxie et son traitement. Il serait à souhaiter qu'ils se multiplient rapidement dans les grandes villes où il est facile de les organiser.

Comme nous nous sommes efforcés de le démontrer, à côté des moyens thérapeutiques existe une série de mesures sociales auxquelles il faut penser dans la lutte contre la syphilis, qui n'est pas seulement une œuvre médicale pure, mais qui doit être également une œuvre de vulgarisation scientifique et d'éducation populaire demandant la coopération non seulement des spécialistes et des médecins praticiens, mais aussi de toutes les classes de la société. C'est en comprenant la lutte de cette façon, et de cette façon seulement, que nous réussirons à vaincre, et à protéger notre population contre ce terrible fléau.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.—APERT, E. — Le monde médical, 1925. — La recherche de l'hérédosyphilis.
- 2.—ALMKWIST, J. — Acta dermato-venereologica, vol. V, fasc. 1, 2. — Prophylaxie de la syphilis congénitale.
- 3.—BOAS, H. — Urology & cutaneous Review, 1925, p. 10. — Results of treatment of 48 children with congenital syphilis.

- 4.—CARLE. — Annales Dermat. Syphil., 1911, p. 72. — Influence comparée des générateurs dans l'hérédo syphilis.
- 5.—CARLE. — Annales Dermat. Syphil., 1912, p. 230. — Interprétation des lois de Colles et Propheta.
- 6.—CARLE.—Annales Dermat. Syphil. 1913, p. 450. — 2e note sur l'interprétation des lois de Colles et Propheta.
- 7.—CARLE. — Presse médicale, 1920, p. 244. — Les nouvelles lois de l'hérédo-syphilis.
- 8.—CARLE. — Journal médical de Lyon, 1923. — Quelques données nouvelles sur la syphilis héréditaire.
- 9.—CARLE. — Journal médical de Lyon, 1923. — Sur la syphilis héréditaire: essai de délimination clinique.
- 10.—CONGRES de syphilis infantile — Paris — octobre 1925. — Rapports et procès-verbaux des séances.
- 11.—COOKE & JEANS. — American Journal of Syphilis, 1922, p. 569. — Transmission of syphilis to 2nd generation.
- 12.—CARTER, F. R. N.—Urologic & cutaneous review, 1925, p. 204. — Congenital Syphilis.
- 13.—CRONQUIST, C. — Urologic & cutaneous review, 1925, p. 86.—Results in treatment of congenital Syphilis.
- 14.—DUNHAM, E. C. — American journal of Syphilis, 1925, p. 463. — Sulfarsenamine in congenital Syphilis.
- 15.—DUROEUX. — Journées médicales de Bruxelles, 1925. — Syphilis héréditaire du nouveau-né: comment la traiter.
- 16.—FORDYCE & ROSEN. — Archives of Dermat. & Syp., 1922, p. 1. — Results of treatment of antenatal & congenital syphilis.
- 17.—FORDYCE & ROSEN. — Archives of Dermat. & Syp., 1924, p. 355. — Results in the treatment of congenital syphilis.
- 18.—HAZEN. — American journal of Syphilis, 1923, p. 94. — Congenital Syphilis.
- 19.—HIGOUMENAKIS. — Annales mal. vénériennes, 1924, p. 234. — Syphilis héréditaire de 2e génération et son trait.
- 20.—HEAGERTY. — Notes personnelles, 1926. — Traitement syphilis héréditaire dans les dispensaires du Canada et des Etats-Unis.
- 21.—JEANS, P. C. — American Journal of Syphilis, 1919, p. 114.—Syphilis and its relation to infant mortality.
- 22.—LEREDDE.—Bulletin Soc. Dermatologie, 1923, p. 473. — Syphilis ignorée de la 1ère enfance.
- 23.—MARIN, A.—Congrès de Québec, 1924. — Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire.
- 24.—MORGAN, E. A. — Canadian Medical Journal, 1921, p. 849. — Relation of Syphilis to infant mortality.
- 25.—MORGAN, E. A. — Canadian Medical Journal, 1923, p. 171. — Congenital Syphilis.
- 26.—MORGAN, E. A. — Canadian Medical Journal, 1923, p. 887. — Hereditary Syphilis.
- 27.—PEHU. — Journal de Médecine de Paris, 1923. — La syphilis infantile: revue analytique.

- 28.—PINARD & GIRAUD. — Fascicule, 1921. — Traitement de la syphilis chez le nourrisson.
- 29.—PINARD, MARCEL. — Brochure, 1922. — La lutte contre la syphilis héréditaire par le traitement des procréateurs et du nouveau-né.
- 30.—PAUTRIER. — In Cours de Perfectionnement, 1923, Montréal. — La syphilis héréditaire.
- 31.—ROSENHECK, C. — American Journal of Syphilis, 1925, p. 96. — Juvenile paresis.
- 32.—RAVAUT. — Presse médicale, 1923, p. 473. — Hérédo-Syphilis et sensibilisation.
- 33.—SCHREIBER, G. — La Clinique, 1925, janvier. — Traitement actuel de la syphilis héréditaire du nourrisson.
- 34.—STOKES. — Archives of Dermat. & Syp., 1921, p. 778. — Treatment of syphilis in mother and child.
- 35.—TIXIER. — IVe Congrès Pédiatres, langue française, 1925, Paris. — Rapport sur la prophylaxie et le trait. syphilis infantile.
- 36.—TIXIER. — Bulletin médical, 1925. — Le rôle du bismuth dans la syphilis héréditaire.
- 37.—WHITE. — American Journal of syphilis, 1922, p. 353-371. — A study of 443 case of heredo-syphilis with special reference to results of treatment.
- 38.—WELSH, S. H.—Archives of pediatrics, 1924, February. — Congenital syphilis, prevention and treatment.
- 39.—UNITED STATES Public Health Service. — Venereal diseases, bulletin No. 77, 1925, February. — Transactions of the conference of venereal diseases control officers of the States Health departments and the United States Public Health Service.
- 40.—MEDICAL COMMITTEE of the Canadian Social Hygiene Council. — Department of Health, Ottawa, Canada, 1923, (Publication No. 28). Final report of medical committee on the diagnostic and treatment of syphilis.

----- () -----

NOUVELLES

LE DR A. MARIN, CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Le gouvernement français a décoré, au titre militaire, le Dr Albéric Marin, de l'Université de Montréal, décoration dont le dossier était d'ailleurs depuis longtemps constitué.

Le Dr A. Marin assistait, comme médecin des troupes canadiennes, à la bataille de Chérizy. Les officiers de son unité avaient été tués ou blessés au delà des tranchées. Se rendant compte qu'il demeurait le seul gradé, le Dr Marin arracha ses insignes de médecin et prit le commandement de ses hommes. Sur 800 soldats qui constituaient l'unité, il n'y en avait plus que 40. Par son esprit de décision et son courage, le Dr A. Marin avait reçu la "military cross" et la France vient de lui donner le ruban de la Légion d'honneur.

Nous félicitons le Dr Marin. Il reçoit publiquement la consécration d'un acte digne d'éloges.

INFECTIONS FOCALES ET TROUBLES GASTRIQUES

Par le Docteur J. E. DUBE,
Professeur de Clinique médicale,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

et

Le Docteur PAUL CHOQUETTE,
Assistant bénévole à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il y a une quinzaine d'années, l'Américain Rosenow souleva un intérêt général par sa théorie des Infections Focales et des troubles qu'elles pouvaient engendrer dans tout l'organisme: on publia depuis, sur ce sujet, une littérature énorme et on sacrifia un nombre incalculable de dents et d'amygdales, surtout aux Etats-Unis. Devant cet engouement, l'école française s'est tenue sur la réserve. Cette période qu'on pourrait appeler "Crise des Infections Focales" se rapproche de celle d'il y a vingt-cinq ans, la "crise" des reins mobiles, alors qu'une néphropexie était supposée faire disparaître les troubles les plus variés, y compris la nervosité et l'entérite muco-membraneuse. Plus tard, il y eut la "crise" des ovaires, qu'on sacrifia en grand nombre. Hier, c'était la "crise" des infections focales; je dis, hier, car aux Etats-Unis même on revient des excès où on était tombé: un article publié dans la *Therapeutic Gazette* du 15 octobre dernier, par le Professeur Perry Pepper, de l'Université Pennsylvania de Philadelphie, est une bonne mise au point dans ce sens: la réserve où est toujours demeurée l'école française nous semble bien justifiée en lisant cet article. Nous sommes loin de l'époque où on attribuait à l'infection des sinus, de la prostate, de la vésicule biliaire, du côlon ou du col de l'utérus des syndromes divers, tels les néphrites hémorragiques, l'eczéma, l'anémie secondaire, jusqu'aux psychoses. Systématiquement on enlevait amygdales et dents même saines pour une infection de nature ignorée; pour traiter une neurasthénie ou la maladie de Basedow, on pratiquait une colectomie entraînant la mort dans 30% des cas. De tout ceci ne survit à peu près que le rôle, important comme foyer d'infection, des amygdales infectées et des dents cariées; ici encore ne faut-il pas tomber dans les excès et sous prétexte de prophylaxie faire sauter des amygdales saines chez un sujet sain ou des dents saines chez un sujet malade: est-on absolument certain de l'inutilité des amygdales comme de celle de l'appendice? C'est vers une autre prophylaxie que nous orientent les stomatologistes. Le rôle des dents comme foyer d'infection avec métastases

cardiaques et gastriques est celui qui a attiré le plus d'attention en France, mais bien rares sont les observations où les germes trouvés au niveau d'une dent malade aient été identifiés aux germes trouvés sur les valvules dans l'endocardite ou sur les parois des ulcères gastro-duodénaux: deux observations sont rapportées par Lesbre et Grand Claude dans la *Presse Médicale* du 11 septembre dernier pour l'endocardite maligne, quelques-unes par François Montier dans les cas d'ulcères gastriques. Mais le plus souvent, quel est le rôle exact joué par les dents cariées? Nous concédons qu'un sinus infecté puisse jouer le rôle de foyer d'infection et causer des névrites, mais quand il s'agit de dents cariées, n'avons-nous pas à les considérer plutôt comme portes d'entrée, ce qui est différent, les germes infectants trouvant dans les débris organiques des interstices dentaires un milieu favorable à leur pullulation et à l'exaltation de leur virulence. Surtout il ne faut pas oublier ce fait assez embarrassant que presque toujours il y a plus d'un foyer d'infection, au moins en ce qui a trait au tube digestif, et ceci rend plus problématique le rôle exact joué par l'infection focale dans ces cas. Trois observations de notre service nous en donnent la preuve.

Dans une première observation, il s'agit d'une femme de 28 ans qui accoucha le 9 mai dernier: accouchement laborieux, déchirures, infection puerpérale consécutive, aussi érysipèle généralisé à toute la région hypogastrique et à la face interne des cuisses. Elle dut alors absorber beaucoup de médicaments et de toniques alcoolisés, si bien qu'à son entrée à l'hôpital, le 27 août, elle présentait une gastrite aiguë: vomissements, brûlures, douloureux au creux épigastrique. Régime et alcalins sans effet, pyrosis, troubles sensitivo-moteurs, aussi constipation opiniâtre. A son entrée la malade est très faible et dit avoir maigri d'une vingtaine de livres. Dans les antécédents héréditaires, nous relevons de la bacillose pulmonaire dont mourut le père à 35 ans. L'examen objectif nous révèle une infection gingivale très prononcée dont n'avait pas souffert la malade sinon pour lui rattacher une sensation de bouche épaisse et de mauvais goût; cette infection gingivale remontait aussi à son infection puerpérale; du pus et du sang giclaient à la simple pression sur les gencives. L'estomac dilaté présentait du clapotage à jeun et longtemps après l'absorption des aliments, surtout liquides. En même temps qu'un traitement général reconstituant, on administra toute une série d'auto-vaccins à prédominance coli-bacillaire faits avec le pus gingival: l'infection dentaire disparut alors. Deux mois après son entrée, la

malade s'est grandement améliorée, a repris des forces et s'alimente d'un régime très substantiel. Cependant, une radiographie faite le 15 octobre nous démontre une atonie et une ptose gastrique extrêmes, jusqu'au pubis; rétention gastrique d'environ 10% due à l'atonie et non à une sténose du pylore; dilatation et stase dans le petit intestin. Ceci est plus que suffisant pour expliquer les pituites matinales, les gaz insipides, l'aérophagie marquée, les bouffées de chaleur, les palpitations, les fringales dont se plaint la malade, aussi la sensibilité du plexus solaire et la constipation.

Pour tenter de remédier à cette atonie gastrique si accentuée, nous avons eu recours à l'association belladone et valériane, au cacodylate de soude intra-veineux, aux alcalins, au traitement diététique de la constipation; le port d'une ceinture abdominale, la diète sèche, le régime des petits repas souvent répétés et suivis de repos dans la position horizontale, la cure d'engraissement par le fromage et le sucre nous ont donné des résultats encourageants.

Dans l'étiologie de cette atonie gastrique, quelle part faut-il faire à l'infection dentaire, à côté de l'infection puerpérale, des médicaments et de la constipation? L'auto-vaccin n'a-t-il été qu'un adjuvant thérapeutique? Nous tirerons des conclusions plus tard.

Deuxième observation.—Ici encore il s'agit d'une malade de 37 ans qui accoucha le 30 juillet dernier. Elle se présenta dans notre service le août en plein état d'infection puerpérale et présentant une faiblesse extrême. L'état aigu passé, la malade fut alors atteinte d'une phlébite à gauche et commença à ressentir des troubles dyspeptiques: douleurs continues dans la région épigastrique, accentuées par la prise d'aliments, palpitations, sensation de gonflement et de boule œsophagienne, aérophagie, météorisme, constipation opiniâtre. A l'examen objectif on note plusieurs dents cariées et une haleine fétide. Cœur, poumons, tension artérielle normaux; déficience rénale donnant une constante de 0 gr. 22. Il y a deux semaines, le bon état de la malade permit l'extraction de toutes ses dents en même temps qu'on commençait la mobilisation de la jambe thrombosée d'où avait disparu l'œdème. La belladone et l'atropine, les alcalins, les gouttes amères de Baumé, le cacodylate de soude intra-veineux ont-ils eu un effet équivalent à celui de l'exérèse des dents pour faire disparaître ou améliorer la céphalée, les douleurs lombaires, les palpitations, etc., dont se plaignait la malade?

Encore ici, à côté de l'infection puerpérale, de l'amaigrissement, du psychisme affaibli, de l'immobilisation au lit, de la constipation,

faisons une part aux toxines lancées dans tout l'organisme par l'infection focale.

Troisième observation.—Malade âgée de 51 ans, mariée, entrée le 4 octobre dernier, se présente pour une sensation constante de pesanteur au creux épigastrique. C'est son deuxième séjour ici, le premier ayant eu lieu du 22 août au 26 septembre: elle s'en était allée alors avec le diagnostic de néphrite chronique azotémique améliorée par un traitement exclusivement rénal. Actuellement les mêmes troubles sont revenus: sensation de gonflement, boule œsophagienne, palpitations, bouffées de chaleur surtout après les repas, mais plus souvent à la moindre émotion ou bruit un peu violent: elle a alors une crise aiguë où elle se sent mourir et n'est soulagée que par l'application de chaleur au creux épigastrique. C'est une grande constipée. Surtout, elle a beaucoup de tracas et de peine de nature non révélée, depuis dix ans, au point qu'elle fit un séjour de trois semaines au Sanatorium Prévost le printemps dernier. Ménopausée il y a dix ans. L'examen objectif nous fait découvrir que toutes ses dents sont gâtées; le cœur, les pœumons, la tension artérielle sont normaux; réflexes normaux, plexus solaire irritable. Constante à 0 gr 21.

Une semaine après l'extraction de ses dents, la malade s'en va sans avoir eu de crise depuis. Le repos au lit, la diète hypoazotée, la théobromine, la belladone et valériane avaient été à peu près sans effet; l'extraction des dents, une série de piqûres d cacodylate de soude intraveineux, la jusquiame préconisée dans les états anxieux ont été les plus efficaces. La radiographie nous a fait voir de la stase du duodénum et de l'aérocolie. Chez cette malade qui avoue en partant qu'elle ne guérira jamais parce qu'elle est trop nerveuse, peut-on considérer la carie dentaire comme foyer d'infection? La néphrite, l'état anxieux, l'état vagotonique l'emporte de beaucoup comme cause efficiente.

Ces quelques observations, bien que peu favorables, nous apportent, semble-t-il, la confirmation de ce que nous disions au début, à savoir, que les infections focales sont le plus souvent multiples ou renforcées par d'autres causes plus importantes ou surajoutées. On a surtout étudié le rôle de la carie dentaire dans les cas d'ulcère gastro-duodéal, mais il nous semble rencontrer bien plus souvent des foyers dentaires infectants chez des atoniques de l'estomac ou de l'intestin, et si nous nous basons sur les trois

observations que nous rapportons, nous ne pouvons nier le rôle nocif joué par ces foyers d'infection tout en ne leur faisant pas supporter toute responsabilité. Etant dans l'incertitude sur leur vrai mode d'action nocive aussi bien que sur la réalité d'améliorer ou de guérir un état gastrique déficient en les enlevant, il faut envisager l'exérèse des foyers d'infection au point de vue prophylactique plus que thérapeutique. Pour ce qui a trait aux dents, il faut aussi attribuer un rôle nocif à la mauvaise mastication qui accompagne nécessairement leur carie, aussi à l'épine irritative qu'elles deviennent pour le sympathique, et nous savons l'importance de la mastication et du sympathique en gastro-entérologie.

En somme, enlever des amygdales infectées, extraire des dents cariées, drainer un sinus purulent, voilà des moyens de plus à notre disposition, sinon pour guérir, du moins pour améliorer; la défense de l'organisme par un auto ou un stock-vaccin n'est pas non plus à négliger, associée aux autres médications appropriées. Sans attribuer un rôle excessif aux Infections Focales, n'allons pas tout de même les négliger. Nous croyons qu'il faut apporter dans l'examen de nos malades une attention toute particulière aux dents. Nous ne voudrions pas disserter ici sur les causes de la carie dentaire, extrêmement marquée de nos jours. S'agit-il d'une rançon due à une civilisation trop raffinée ou d'une alimentation mal équilibrée et insuffisante en sels calcaires, et le reste? nous ne saurions dire. Nous savons que les peuplades sauvages et les noirs d'Afrique possèdent des dents solides et bien blanches. Un médecin ne devrait jamais traiter un dyspeptique sans faire ou faire faire l'examen de ses dents et en exiger les réparations jugées nécessaires par le dentiste. Nous aurions pu rapporter deux observations d'ulcères gastriques chez qui l'extraction d'une dent molaire infectée, dans le premier cas, fit cesser les hématemèses abondantes qui, à deux reprises, avaient mis la vie du malade en danger, alors que chez l'autre malade les troubles gastriques: crises de pyrosis avec vomissements s'amendèrent considérablement après l'extraction de ses mauvaises dents.

Comme nous l'avons dit plus haut, il ne faut pas accuser une infection focale de tous les troubles qu'un malade peut présenter, mais il y a avantage tout de même à rechercher avec les plus grand soin les infections focales afin de les traiter et les faire disparaître. Nous conseillons toujours à nos élèves de les rechercher systématiquement et de procéder dans leur dépistage en passant le malade en revue de la tête aux pieds. C'est d'ailleurs la méthode que nous conseillons

pour l'examen subjectif et objectif d'un malade. Dans la tête, il peut exister de l'infection des sinus frontaux et maxillaires. L'infection des amygdales et de la pyorrhée alvéolo-dentaire, de l'otite chronique et de l'infection de la mastoïde. Dans la poitrine les abcès pulmonaires, des bronchectasies, les cavernes tuberculeuses et les pleurésies fistulisées. Dans l'abdomen la cholécistite chronique purulente, les pyélo-néphrites, les cystites et les prostatites, l'appendicite chronique et même la constipation opiniâtre. Les arthrites chroniques purulentes, tuberculeuses ou autres. Toutes ces infections focales constituent des maladies par elles-mêmes, et il faut les traiter, qu'elles soient la cause ou non de troubles gastriques, de rhumatismes ou de névralgies.

Les Américains auront eu le mérite, en exagérant sans doute au début l'importance des infections focales quant à leur retentissement sur l'organisme, d'attirer notre attention sur chacune d'elles, de nous habituer à les rechercher et à les traiter comme maladies propres à chacun des organes où elles sont localisées.

LES PERI-VISCÉRITES DU CARREFOUR SUPÉRIEUR

LEÇON DE CLINIQUE CHIRURGICALE À L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL

Par le Professeur PIERRE RHEAUME.

Au cours de nos leçons cliniques sur la chirurgie abdominale, vous nous entendrez si souvent parler des péri-viscérites, dans le diagnostic différentiel, que je crois essentiel d'attirer votre attention, dès maintenant, sur ce chapitre. D'autant plus que ces lésions n'ont été vraiment étudiées que depuis quelques années et que les auteurs classiques les passent absolument sous silence.

Les *péri-viscérites* peuvent siéger dans tous les recoins de l'abdomen, mais je ne veux parler aujourd'hui que des plus intéressantes, de celles du *carrefour supérieur*, qui simulent toutes les maladies de cette région, et de celles du flanc droit, qui accompagnent presque toujours l'appendicite chronique ou qui y font croire.

Ces lésions se rencontrent si souvent au cours de l'appendicite chronique ou chez des malades appendicectomisés que, dans certains milieux, on en est arrivé à nier l'authenticité de cette affection pathologique. L'appendicite chronique d'emblée existe, sans aucun doute, — nous en avons trop souvent la preuve au cours de nos interventions sur l'appendice ou incidemment sur d'autres organes de l'abdomen — mais rarement sans réaction péritonéale, qui cause des troubles plus graves que l'appendicite elle-même.

La raison qui a fait croire que l'appendicite chronique n'existait pas, c'est que l'on a constaté fréquemment que des malades appendicectomisés manifestaient, au bout d'un certain temps, les mêmes troubles que précédemment. Mais il faut savoir comment ces malades étaient opérés, à une époque où l'on ne connaissait pas très bien encore les péri-viscérites. Alors, le diagnostic posé par élimination, sans précision, l'appendice était excisé par une laparotomie minuscule et esthétique, sans exploration des organes adjacents. Sous l'influence du repos et du régime post-opératoire le malade s'améliorait, mais, dans la plupart des cas, tous les troubles faisaient bientôt leur réapparition. Dans une nouvelle laparotomie, large et minutieuse, on découvrait des *réactions péritonéales*, au niveau du cæcum, des colons, de la vésicule biliaire ou du duodénum, se mani-

festant par des adhérences au niveau de ces organes, causant de la douleur et des troubles fonctionnels variés. C'est alors qu'on a commencé à parler de pseudo-appendicite, de membrane de Jackson, etc.; puis, depuis quelques années, radiologistes, médecins et chirurgiens ont étudié à fond ces *réactions péritonéales chroniques* que l'on a convenu d'étiqueter sous le nom de *péri-viscérites*. Ces lésions sont si fréquemment associées à l'appendicite chronique, qu'on ne peut parler de celle-ci sans l'associer à celles-là. Mais les péri-viscérites peuvent être aussi la résultante, à distance, d'une nombre varié d'infections.

Définition: Ces péri-viscérites sont des *péritonites chroniques fibro-adhésives*.

Elles manifestent leur existence par de la douleur, et entravent le fonctionnement de l'organe qu'elles touchent.

Avant de parler de l'étiologie des péri-viscérites du carrefour supérieur, permettez-moi de vous faire un petit schéma qui nous aidera à bien nous entendre sur l'étendue, les limites et les rapports de cette région.

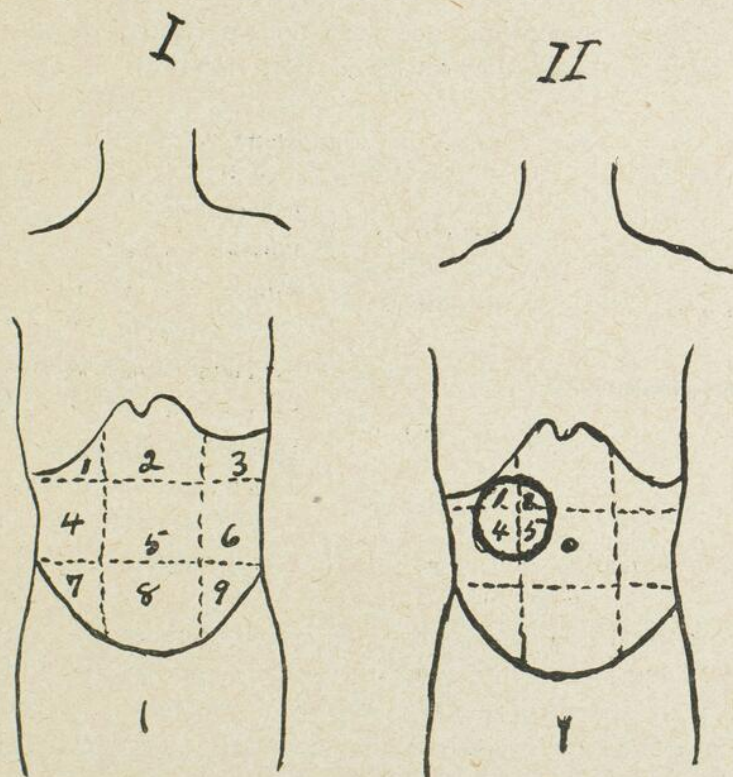


Figure I.—Division classique de l'abdomen en trois étages et en neuf régions.

Figure II.—Le cercle correspond aux limites du CARREFOUR SUPÉRIEUR. Par conséquent cette région est composée de l'hypochondre droit (1), d'une partie de l'épigastre (2), du flanc droit (4), et de l'ombilicale (5).

Si nous voulons bien rafraîchir nos souvenirs anatomiques, nous nous rappellerons que dans cette région, composée des points 1, 2, 4 et 5, il y a affluence d'organes plus ou moins mobiles qui peuvent être pris les uns pour les autres et qui se confondent.

Ces organes sont: la vésicule biliaire, les canaux biliaires, le bulbe duodéal, les trois premières portions du duodénum, le pylore, la portion pré-pylorique de l'estomac, la tête du pancréas, l'angle colique hépatique et le colon transverse.

Aucune autre région anatomique ne présente une telle confusion apparente, et elle mérite bien, comme vous le voyez, le nom de *carrefour*.

Etiologie

Les péri-viscérites peuvent être *primitives* et causées par une infection chronique générale, ou bien *secondaires* à une lésion d'un organe adjacent.

Le tableau synoptique que voici nous permettra de saisir d'un même coup d'œil toutes les causes des péri-viscérites.

Tableau synoptique

Péri-viscérites	{	Primitives	{	Tuberculose
				Syphilis
				Grippe
				Fièvre typhoïde
				Infections (par voie sanguine ou lymphatique)
		Secondaires	{	Appendicite chronique
				Ulcère gastrique et duodéal
				Péri-cholécystite
				Typhlo-colite

Chez certains opérés, nous n'avons pu retracer, dans les antécédents, qu'une péritonite tuberculeuse de l'enfance. Chez d'autres, opérés pour appendicite chronique et non améliorés, un traitement spécifique pour une hérédo-syphilis amenait la guérison des troubles digestifs.

La grippe, la fièvre typhoïde et toutes les infections du tube gastro-intestinal peuvent produire des réactions péritonéales qui se

présentent sous la forme de péritonite chronique fibro-adhésive. L'infection se fait alors, de proche en proche, de la muqueuse vers le péritoine.

Pourrions-nous douter de ce mécanisme, quand nous savons que la fièvre typhoïde et les ulcus peuvent même produire des perforations aiguës.

Dans l'appendicite et la typhlo-colite, la propagation au carrefour supérieur peut se faire par l'épiploon et les lymphatiques.

Anatomie pathologique

Macroscopiquement, au cours de l'opération, aucune lésion spécifique ne peut être appréciée à l'examen des adhérences.

L'*estomac* peut se présenter, ses orifices rapprochés par un voile fibreux, comme s'il en avait subi une gastrectomie médiane. Le segment pylorique peut être attiré et fixé vers le foie. Dans certains cas il existe une symphise pyloro-duodéno-vésiculaire.

Le *duodénum* est souvent recouvert par un voile membraneux qui déforme ses différentes portions et les immobilise. Parfois un ligament forme une bride fibreuse qui suspend le bulbe et le gêne dans ses fonctions physiologiques.

Le *colon droit* peut présenter la forme polypoïde, qui est caractérisée par une rougeur anormale du caecum et du colon ascendant avec fines arborisations vasculaires. La surface de ces organes saigne facilement et est parsemée de petites franges graisseuses de la grosseur d'un pois, nettement pédiculisées, tantôt jaunes, tantôt rosées, suivant leur degré d'inflammation. Un certain nombre de ces formations sont de consistance mollesse; les autres à un stade déjà plus avancé de leur évolution, ont une consistance plus ferme et sont fibro-graisseuses.

Des membranes de Jackson, des brides de Lane voilent souvent le colon ascendant, le caecum et la terminaison iléale et amènent des troubles du transit intestinal, tandis que le colon transverse ou la partie supérieure du colon proximal est attirée vers le caecum et donne l'image d'un fusil à deux canons, favorisant ainsi une stase cœcale tenace.

Le *colon transverse*, quelquefois fixé au niveau du pubis, donne l'image d'une large balançoire, fixée en haut aux angles hépatique et splénique.

L'épiploon, teinté en rose au début, présente des plaques granuleuses, des noyaux d'épiloïte, des bandes fibreuses, ou des anneaux autour de l'intestin.

Symptomatologie

Les symptômes des péri-viscérites diffèrent selon la localisation des adhérences.

Nombreux et variés, ils se manifestent sous l'aspect de la simple douleur d'appendicite chronique; ils simuleront aussi le tableau clinique des lésions organiques les plus diverses, jusqu'au degré ultime de l'occlusion intestinale.

La péri-viscérite peut se présenter sous différentes formes :

- A Forme gastrique ou gastro-duodénale,
- B Forme typhlo-colitique,
- C Forme biliaire,
- D Forme occlusive.

L'observation qui suit est un type de la forme gastrique ou gastro-duodénale.

Observation I.—M., 50 ans. Digestion pénible depuis trois ans. Ballonnement épigastrique, bruits hydro-aériens. Se plaint de douleurs, crampes, brûlures, quatre ou cinq heures après repas; durée d'une heure et demie. Irradiation transfixante vers la colonne dorsale. Abdomen ballonné. Douleur diffuse dans les régions de l'épigastre et du carrefour, sans point précis. A l'examen radiologique l'évacuation gastrique est lente; vagues douleurs dans la profondeur, fausse biloculation, fixation sous le foie de la région pyloro-duodénale. Opéré en 1923. Appendicectomie. Caecum adhérent, appendice enfoui dans des adhérences, péritonite fibro-adhésive remontant avec l'appendice jusque sous le foie. Libération des adhérences pyloro-duodénales constatées à la radiographie.

Observation II.—Mme..., 27 ans. Douleurs épigastriques presque continues. Si ces douleurs disparaissent à l'estomac, c'est pour apparaître à la région lombaire.

Nausées fréquentes, pas de vomissements. Constipation. Gaz, céphalée. Pas de douleur à la vésicule, ni au point appendiculaire.

La radiographie montre une dilatation du pylore, du bulbe et de la 2ième duodénale. Compression au niveau de la 3ième duodénale. Appendice latéro-caecal interne très haut. Stase proximale 37 heures après repas opaque.

Opérée le 24 avril 1926. Appendicectomie. Adhérences de l'épiploon au duodénum et de la 3ième portion au genu supérieur.

Dans cette même catégorie nous pourrions citer un nombre considérable d'observations de malades opérés par nous depuis 4 à 5 ans, mais nous ne voulons pas abuser de votre patience.

La forme *typhlo-colitique* présente des dilatations douloureuses de caecum. On la rencontre souvent chez des anciens appendicectomisés. Elle se manifeste par des douleurs dans la fosse iliaque droite, par de la constipation, suivie de débâcles diarrhéiques.

Apparaissent aussi des troubles de l'état général et des insuffisances glandulaires liées à l'intoxication chronique. La stase intestinale provoque alors un nervosisme exagéré.

Observation III.—Mme..., 40 ans. Fièvre typhoïde à 20 ans. Constipation tenace, puis débâcles diarrhéiques. Coliques douloureuses après les repas, dans le flanc gauche.

Appendicectomie, il y a 5 ans. N'a donné aucun soulagement. L'examen radiologique révèle des adhérences péri-caecales douloureuses.

Ptose du transverse, irréductible, par adhérences au pubis. Stase au transverse et au colon ascendant à la 32ième heure.

Opération: libération d'adhérences.

Dans la forme *biliaire* ou *pseudo-lithiasique* les accidents biliaires sont fréquents. Dans ces cas apparaît un syndrome douloureux au niveau de la vésicule et un ictère léger et passager.

C'est la véritable péri-vésiculite qui peut évoluer jusqu'à l'obstruction du canal cholédoque, par compression ou étranglement.

Observation IV.—Ancienne pleurésie et tuberculose fibreuse des sommets. Douleurs constantes dans l'hypochondre droit, poussées paroxystiques. Sub-ictère et point douloureux vésiculaire à la palpation.

L'opération révèle l'absence de lithiasse biliaire, mais de nombreuses adhérences membraneuses dans la région sous-hépatique, vers l'angle droit du colon, le pylore et le duodénum.

Observation V.—Mme..., 42 ans. Douleurs à l'hypochondre droit et dans la fosse iliaque. Irradiation à la colonne lombaire. Appendicectomisée il y a 6 ans. Aucune amélioration. Ictère depuis.

Opérée le 17 février 1926. Adhérences coliques du transverse à l'ascendant, à l'angle hépatique. Epiploite remplissant le carrefour supérieur, comme si on y avait fait volontairement un paquetage. Libération des adhérences, résection de l'épiploon.

Formes *occlusives*. Toutes les formes de péri-viscérite, décrites précédemment, si elles sont longtemps latentes, peuvent se révéler subitement par des accidents graves d'occlusion intestinale.

C'est au cours de l'intervention chirurgicale alors qu'on cherche l'obstacle, qu'on trouve une bride, une adhérence serrée qui sténose, coude ou étrangle l'intestin, ou un volvulus provoqué par la péricolite.

D'un autre côté les stases coliques peuvent évoluer vers une phase ultime, où l'on constate des intoxications profondes, qui cachectisent les malades. Dans ces cas, après avoir essayé tous les autres traitements, on peut être obligé d'avoir recours au traitement radical par l'hémisection colique.

Diagnostic

Comme vous avez pu le constater, la symptomatologie des péri-viscérites du carrefour supérieur et du colon droit est bien confuse; elle simule les lésions des organes adjacents, et il n'y a pas toujours homologie entre le siège des adhérences et les symptômes viscéraux qui décèlent leur existence.

Ainsi nous pouvons observer le tableau clinique de l'ulcus du duodénum ou bien celui des obstructions pylorique et duodénale tandis que la lithiase biliaire et l'appendicite chronique sont simulées d'une façon parfaite.

Ces syndromes cliniques deviendraient troublants pour le clinicien, qui y perdrait la tête, s'il n'avait d'autres ressources de diagnostic à sa disposition.

Comment alors faire le diagnostic de ces adhérences péri-viscérales, de ces péritonites chroniques fibro-adhésives?

Ces lésions coïncident si souvent avec une appendicite chronique que, chaque fois que nous serons en présence de ce diagnostic, il faudra penser à la possibilité d'une péri-viscérite, recourir à la radiographie, ou bien faire systématiquement une exploration minutieuse par une *large laparatomie*.

L'absence d'amélioration, par le régime et le traitement médical des entéro colites, fait supposer que celles-ci sont compliquées de péri-viscérite.

Radiologie. Enfin l'examen radiologique est le moyen capital du diagnostic des péri-viscérites; il révèle leur existence et, seul, permet de localiser les lésions.

Les adhérences se traduisent à l'écran par quatre grands symptômes ;

- 1 Modification du transit: stases, retards d'évacuation, spasmes.
- 2 Déformations du tube digestif: coudures, étranglements, dilatations.
- 3 Fixation en position anormale, au niveau des adhérences, de l'organe intéressé, qui a perdu sa mobilité habituelle et ne peut être séparé d'un ou des organes voisins dont il est normalement indépendant.
- 4 Douleur à la pression au niveau des adhérences.

Avec ce faisceau de symptômes radiologiques, ajoutés au tableau clinique, nous serons en mesure de faire un diagnostic, à peu près précis, qui nous permettra d'instituer un traitement rationnel.

Traitement

Le traitement sera médical ou chirurgical.

Médical.—On cherchera à obvier à la stase, à l'intoxication par la putréfaction des albuminoïdes.

La douleur sera soulagée par des médicaments qui ne constipent pas.

La *diathermie* calme la douleur, modifie les tissus adhérentiels grâce à la circulation intense qu'elle provoque. Mais souvent les adhérences sont trop nombreuses ou trop anciennes et déterminent des sténoses trop étroites pour que le traitement médical soit efficace.

C'est alors à la chirurgie que l'on a recours.

Chirurgical.—Le traitement chirurgical consistera en une large laparotomie, qui permettra l'exploration minutieuse de tout l'abdomen et la constatation de la topographie pathologique des organes, sans tractions manuelles ou instrumentales; de cette façon nous pouvons véritablement nous rendre compte de l'étendue en surface des adhérences et de leur action déformante sur les organes qu'elles touchent.

Cette laparotomie est souvent comparable à celle que l'on pratique chez Morgagni (comme technique, évidemment, et non comme résultat).

Les adhérences seront libérées; les brides seront sectionnées. Les surfaces cruentées seront péritonisées, si possible; autrement, des greffes épiploïques viendront remplir avantageusement ces pertes de substance, qui favoriseraient de nouvelles adhérences.

Les foyers infectieux, tels que appendice, vésicule, épiploon, seront enlevés.

Une inondation péritonéale, à l'huile d'olive ou à la vaseline liquide, pourra venir compléter ces différentes techniques et lubrifier les surfaces péritonéales pendant la période de leur cicatrisation, prévenant ainsi un nouveau processus adhérentiel.

Mais ces malades ne devront pas être abandonnés à eux-mêmes immédiatement, car la diathermie et le traitement médical pourront encore les aider à guérir. Malgré toutes ces précautions, un fort pourcentage de cas trop anciens récidiveront et viendront causer le désespoir dans les différents services de chirurgie, qui les accueilleront tour à tour.

Résumé

Nous devons retenir de cette leçon que les péri-viscérites, primitives ou secondaires, sont des péritonite chroniques fibro-adhésives.

Que ces lésions sont très fréquentes et se présentent sous les aspects les plus différents, simulant les maladies les plus diverses.

Que l'appendicite chronique existe, évidemment, mais pas aussi souvent qu'on ne se l'imaginait, et presque toujours associée à des réactions péritonéales locales ou à distance.

Il n'existe pas de pseudo-appendicite.

En présence d'une affection abdominale difficile à diagnostiquer, pensons toujours à la possibilité d'une péri-viscérite primitive ou secondaire.

Ayons recours, alors, à la radiologie, qui, au point de vue de l'exploration abdominale, est aussi importante que l'auscultation pour les maladies des poumons et du cœur.

Mais la radiologie, seule, n'est pas suffisante, il faut y associer la clinique.

Rappelons-nous aussi que, quand des symptômes digestifs auront résisté à un régime et à une médication soutenue, il sera encore temps d'avoir recours à une chirurgie bienfaitrice, mais parfois impuissante.

NOUVELLES

LE DR JEAN A. AMYOT

**Député Ministre de la Santé à Ottawa
Chevalier de la Légion d'Honneur**

Le docteur Jean A. Amyot, député ministre de la Santé du Gouvernement à Ottawa, vient d'être créé Chevalier de la Légion d'Honneur par le Président de la République Française. Monsieur le Baron de Vitrolles, consul général de France au Canada, lui remettait, le 10 décembre, la Croix de la Légion d'Honneur en lui donnant l'accolade. Toute la profession médicale du Canada sera assurément heureuse d'apprendre que cette marque de distinction vient d'être conférée à notre distingué ami.

Nous ajouterons, en plus, qu'à différentes reprises il fut appelé en Europe pour représenter le Canada à l'Office International d'Hygiène Publique. Le docteur Amyot créa une impression des plus favorables lors de ces assemblées où furent réunis des délégués de toutes les parties du monde.

Animé du désir de rendre le plus grands services à l'humanité, le docteur Amyot se fit l'apôtre de la lutte contre l'opium. Il contribua, grâce à son énergie et à sa ténacité, à faire comprendre aux différents Gouvernements que les immigrés qui avaient l'intention de venir au Canada devaient être du tout premier ordre.

Bien qu'ayant fait une partie de ses études dans la province d'Ontario, diplômé de la Faculté de Médecine de l'Université de Toronto, le docteur Amyot est demeuré un Canadien-français que l'on n'a jamais réussi à phagocyter. Son travail et sa valeur scientifique furent connus de l'Université de Toronto qui l'appela à différentes chaires d'enseignement.

Parti dès le début de la guerre il se fit remarquer au point qu'il fut nommé officier sanitaire de la Deuxième Armée Anglaise en France, et, à son retour au pays, en 1919, le Gouvernement Fédéral le pria d'accepter la situation de député ministre de la Santé du Gouvernement du Canada. En plusieurs occasions il fut cité à l'ordre du jour et il reçut une décoration du Roi d'Angleterre en 1918.

Nos plus sincères félicitations au nouveau décoré.

1. Etudes au Collège de l'Assomption, Qué., et au Collège Sandwich et St-Michel de Toronto, Ont.1882-87

2. Etudes médicales à l'Université de Toronto, Ont.....1887-91
3. Gradué à l'Université de Toronto, Ont. (N.B.)1891
4. Interne à l'Hôpital Général de Toronto, Ont.1891-92
5. Pratique générale de la médecine à Toronto, Ont.1892-1900
6. Démonstrateur en Pathologie à l'Université de Toronto, Ont...1889-96
7. Conférencier en Pathologie, (professeur).....1896-1900
8. Chirurgien à l'Hôpital St-Michel de Toronto, Ont.1896-1902
9. Professeur de physiologie comparée au Collège Vétérinaire d'Ontario, Toronto, Ont.1898-1914
10. Professeur-associé de pathologie à l'Université de Toronto...1900-1910
11. Directeur des Laboratoires du Service de Santé de la province de l'Ontario1900-1919
12. Professeur d'Hygiène à l'Université de Toronto1910-1919
13. Officier sanitaire, Division militaire No 2.....1912-1915
14. Officier sanitaire, Deuxième Division Militaire Canadienne en Angleterre, de mai à septembre.....1915
15. O. S. Section sanitaire, Première Division Canadienne, France, septembre 1915 — mars 1916 dans le district de la Deuxième Armée anglaise1915-16
16. Officier du Corps Sanitaire Canadien, mai 1916 — août 1916, dans le district de la Deuxième Armée anglaise1916
17. Officier sanitaire D. A. C. M. N., Deuxième Armée anglaise, août 1916 — janvier 1917 en France1916-17
18. Consultant sanitaire des troupes canadiennes en Angleterre, janvier 1917 — juin 19191917-19
19. Député Ministre de la Santé du Gouvernement du Canada, Ottawa, juillet 1919 jusqu'à présentement1919
20. A conduit pour le Canada l'enquête de la Haute Commission du Canada et des Etats-Unis sur l'état de pollution des eaux des Grands Lacs et des rivières avoisinantes et collabore dans le rapport final de cette Commission en 1912-13.

Il fut cité à l'ordre du jour par dépêche deux fois en France et trois fois en Angleterre. Il eut la décoration militaire O.M.O. du Roi d'Angleterre en 1918.

PROGRAMME DES FETES COMMÉMORATI- VES DU CENTENAIRE DE LAENNEC

Allocution de M. le Recteur.

Lundi 13 décembre :

- 15 heures $\frac{1}{2}$ —Réception des Délégués à l'Académie de Médecine.
17 heures —Réception à l'Hôtel de Ville.
21 heures —Cérémonie au grand Amphithéâtre de la Sorbonne
en présence de M. le Président de la République.
La découverte de l'auscultation par M. le Professeur
Ménétrier.
Laënnec au Collège de France, par M. le Professeur
d'Arsonvel.
Laënnec à la Faculté de Médecine, par M. le Profes-
seur Roger, Doyen de la Faculté.
La tuberculose depuis Laënnec, par M. le Professeur
Léon Bernard.
Adresses de MM. les délégués officiels des gouver-
nements étrangers.

Mardi 14 décembre :

- 10 heures $\frac{1}{2}$ —Visite au Musée Carnavalet.
15 heures —Séance solennelle à l'Académie de Médecine.
Allocution de M. le Professeur Bar, Président de
l'Académie.
Les origines médicales de Laënnec, par M. le Pro-
fesseur Mirailhé.
Laënnec anatomo-pathologiste, par M. le Professeur
Letulle.
Laënnec clinicien, par M. le Professeur Sergent.
Le rôle de Laënnec dans l'évolution de la médecine
par M. le Professeur Achard.
Exposition des souvenirs de Laënnec.

Mercredi 15 décembre :

- 10 heures —Réception à l'Hôpital Laënnec (Dispensaire Léon
Bourgeois).
Allocution de M. Rist.
11 heures $\frac{1}{2}$ —Visite à l'Hôpital Necker et à l'amphithéâtre de
l'Hôpital de la Charité.
15 heures —Visite à l'Institut Pasteur.
Allocution de M. Calmette sur la prévention de la
tuberculose depuis Laënnec.
20 heures —Banquet au Palais d'Orsay.

REVUE GÉNÉRALE

Analyses de quelques travaux récents

Complication insolite de l'ulcère peptique de l'estomac (Maciag et Olbrycht, "Bull. de l'Acad. de Médecine", 9 nov. 1926).—C'est l'histoire d'un malade souffrant d'un ulcère de l'estomac où vint se greffer le colibacille pour donner une septicémie généralisée mortelle. L'hémoculture révéla du colibacille et l'évolution de la maladie présenta les symptômes classiques de la septicémie colibacillaire telle que décrite par les classiques: herpès, céphalalgie, insomnie, bronchite, splénomégalie, syndrome abdominal, température, apathie, etc. Du reste, les colibacilles peuvent facilement se développer dans l'estomac en présence de l'hypoacidité et de l'anacidité et les ulcus gastriques, contrairement à ce qu'on pense, peuvent fort bien exister sans hyperchlorhydrie.

ROMEO BOUCHER.

L'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses (Pissavy et Lejard, *Presse Médicale*, 17 nov. 1926).—D'importation allemande et très en vogue chez les tuberculeuses, les auteurs étudient consciencieusement cette nouvelle arme thérapeutique. Laisant de côté les statistiques françaises qui, pour eux, ne sont pas exemptes de critique, ils passent au crible celles, plus sérieuses, de Forssner. Dans un rapport fait à la *Conférence internationale contre la tuberculose*, tenue à Lausanne, en 1924, ce dernier, après avoir observé des tuberculeuses à antécédents gravidiques et des tuberculeuses sans antécédents gravidiques, en vient à conclure qu'après une année "la proportion des cas défavorables chez l'ensemble des tuberculeuses gravides ne dépasse que de 4% la proportion des cas défavorables chez l'ensemble des tuberculeuses unigravides "mais qu'après deux ans la proportion est la même dans les deux groupes." Restent à éclairer les formes de tuberculose susceptibles d'être améliorées par l'avortement. Les statistiques et les renseignements à ce sujet sont tellement peu précises, les résultats tellement incertains et peu probants que les auteurs disent formellement qu'ayant "à choisir entre un mal certain et un bénéfice problématique "ils estiment que l'hésitation "n'est pas possible et que l'abstention s'impose dans tous les cas."

ROMEO BOUCHER.

Considération sur l'exploration du système nerveux végétatif par la méthode de Daniélopou au cours des divers états morbides (Alex. Krause, *Arch. des Mal. du Cœur*, nov. 1926).—Sur 100 malades prises au hasard dans un service de médecine générale et chez qui on a fait l'épreuve de l'orthostatisme et l'épreuve à l'atropine, cinq avaient un amphotisme normal, 44 étaient en hypertonie (16 amphoties, 5 vagotonies et 23 sympathicoties) et 51 cas en hypotonie (27 hypoamphoties, 4 hyposympathicoties, 20 hypovagotonies). Des chiffres relevés, il résulte qu'on ne peut établir aucune relation entre eux et l'état

pathologique du sujet examiné, excepté dans l'hystérie et la tuberculose. Même remarque au sujet de la tuméfaction de la thyroïde, de la pression artérielle, de l'acidité du suc gastrique, des phénomènes intestinaux et de la morphologie du sang. D'un autre côté, il y a parallélisme entre l'âge des malades et le retard de la réaction photochimique de Koltman. Conclusion: l'épreuve de l'atropine et de l'orthostatisme peut fournir des renseignements précieux, mais uniquement sur le tonus des nerfs végétatifs du cœur. Il est à souhaiter que les recherches de Daniélopou arrivent à mettre au point une technique qui nous permettra de nous servir de ces épreuves pour l'examen du tonus nerveux d'autres organes.

ROMEO BOUCHER.

Des relations pouvant exister entre la guanidine et l'hypertension (Ralph H. Major, Assoc. of Amer. Phys., mai 1925).—La guanidine est hypertensive et les hypertendus en passent moins que normalement dans leurs urines. Injectée dans les veines, elle produit de l'hypertension mais disparaît rapidement du torrent circulatoire, même après ablation des reins, et de tout tissu. La chlorure de calcium, l'extrait thyroïdien et hépatique font baisser la pression.

ROMEO BOUCHER.

Insuffisance ventriculaire gauche déclanchée par des accidents coliques. Souffle fonctionnel transitoire (Jean Meyer, Arch. des Mal. du Cœur, nov. 1926).—L'auteur rapporte l'observation d'un malade qui, à la suite d'accès d'angine de poitrine, resta porteur d'une insuffisance mitrale fonctionnelle. Les signes cardiaques s'exacerbaient au moment d'accidents coliques consécutifs à de la constipation. Le souffle dura deux ans, mais sa disparition, confirmée depuis un an, n'est due qu'à un repos absolu (au lit), à l'ouabaine, au kaolin et à la belladone.

ROMEO BOUCHER.

A propos de la microbiologie du choléra infantile (A. Lesage, Bull. de l'Acad. de Médecine, 23 nov. 1926).—Pour l'auteur, il existe dans le sang une certaine variété de parasites filtrants ou non, variant suivant les locaux et les étés. Dans beaucoup de cas, il a vu un parasite mobile de 1 à 4 formé d'un corp oblong, brillant et cilié. Pour trouver ce parasite il faut le chercher dans le sang de gros enfants bien portants, terrassés en un ou deux jours. Aucune conclusion ne peut être tirée tant que la maladie ne pourra être isolée, cultivée ou reproduite à volonté.

ROMEO BOUCHER.

L'insuline est-elle un agent curateur du diabète (Desgrez, Rothery et Froment, Bull. de l'Acad. de Médecine, 23 nov. 1926).—Seules la transformation d'un diabète consomptif en diabète simple et la guérison d'un diabète consomptif, même après cessation de l'insuline, permettent d'affirmer que l'insuline est vraiment un agent curateur. Les auteurs pré-

sentent trois groupes de constatations. Dans le premier, l'effet thérapeutique, quoique remarquable et malgré la longueur du traitement, est temporaire. Dans le deuxième l'insuline n'a aucun effet. Dans le troisième, c'est la guérison. La glycosurie, les corps acétoniques diminuent malgré l'espacement des piqûres, ou bien le diabète grave devient simple malgré la cessation de l'insuline. Conclusions: l'insuline est une hormone d'un puissance incontestée, mais elle agit aussi en excitant certaines autres glandes, le pancréas, par exemple. Tout de même, certaines formes de diabète y sont réfractaires, ce qui prouve le mécanisme complexe de la maladie. Au point de vue thérapeutique, malade et médecin doivent avoir une longue patience, les effets pouvant être très tardifs. Si le pancréas est peu touché l'insuline peut faire récupérer à la glande ses fonctions et guérir vraiment le diabète. Il faut cependant se méfier des rechutes. Mais si le pancréas est très touché, l'insuline n'agit que comme agent substitutif. La guérison, quand elle doit venir, s'annonce toujours par des signes d'intolérance et par manqué de glucose dans l'un des échantillons des urines fractionnées.

ROMEO BOUCHER.

— O —

L'ANTITOXINE DIPHTÉRIQUE AUTREFOIS ET MAINTENANT

Quelques-uns de nos lecteurs pourront se rappeler l'apparition du sérum antidiphtérique aux premiers jours de l'antitoxine et le volume de la dose. Ils seront aimablement impressionnés par l'antitoxine (étiquette bleue) que Parke, Davis & Co. fournissent maintenant. C'est un liquide pratiquement incolore dans une seringue à modèle nouveau, et dont l'aiguille est emballée dans un tube de verre de telle manière qu'elle ne peut venir en contact avec les mains de l'opérateur quand on la rattache à la seringue.

Et une dose de 10,000 unités n'est pas plus considérable que celle de 3000 de maintenant et d'alors.

Les enfants meurent encore de diphtérie; ce qui est une pitié, car nous avons maintenant un remède spécifique. Ils meurent parce que l'antitoxine n'est pas donnée assez tôt ou en quantité trop petite. L'antitoxine n'est pas un objet de magie, noire ou blanche, mais un agent biologique facilement mesurable. Une dose de 10,000 unités neutralisera une quantité définie de toxine diphtérique par sa combinaison avec elle et c'est là tout le secret de l'affaire. Elle ne peut faire plus. De plus, il faut nécessairement une dose adéquate avant que le malade ne soit fatalement atteint.

Parke, Davis & Co. ont récemment publié une monographie sur la prophylaxie et le traitement de la diphtérie, et nous sommes autorisés à en offrir un exemplaire à tout médecin qui en fera la demande.—PARKE, DAVIS & CO., Walkerville, Ont.

BIBLIOGRAPHIE

LA GRIPPE (*Clinique, Prophylaxie, Traitement*). 1926, 1 vol. in-16, de 144 pages, avec figures, 8 fr. (Librairie J.-B. Baillièrre et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

La grippe de 1918-1919 a ravagé l'humanité et a provoqué des millions

de morts. Si le mal a disparu, chaque année, quelques cas nouveaux font craindre une nouvelle et brusque extension; ils sont d'ailleurs difficiles à distinguer de certaines infections saisonnières banales, et notamment de la rhinopharyngite aiguë trop volontiers qualifiée de grippale.

S'appuyant sur les nombreux faits recueillis au cours de l'épidémie de 1918-1919, M. Lereboullet a voulu, dans un exposé bref et précis, mettre en lumière les principales données qui se dégagent de l'étude biologique et clinique de la grippe et surtout insister sur son traitement. Il n'a pas cherché à faire une analyse documentée des innombrables travaux parus. Il a écrit une étude vécue et sincère de la maladie telle qu'elle lui est apparue en 1918 et 1919 et telle qu'il l'a revue dans ces dernières années, non par foyers épidémiques, mais par cas isolés. Il y a toujours utilité à la bien connaître et à observer dans son examen et son traitement une série de règles qu'il met en relief.

Après avoir rappelé les notions épidémiologiques et bactériologiques établies actuellement sur le grippe et notamment les recherches récentes et suggestives sur le virus grippal et le *Bacillus pneumosintes*, il analyse les formes cliniques de la grippe, les modifications que lui imprime le terrain, les complications multiples qui peuvent survenir. Il consacre un court mais intéressant chapitre à l'étude anatomique et biologique de la maladie et à l'anergie grippale. Il donne toutes les précisions nécessaires sur la manière d'assurer la prophylaxie et le traitement de la grippe contre laquelle un médecin averti peut lutter d'une manière vraiment efficace, obtenant parfois de véritables résurrections.

LES SOUVENIRS D'UN MEDECIN SUR LA PLUS GRANDE GUERRE,
par le Docteur Louis Barras. In-8 pages. Prix 7 fr. 50. — Grande
Librairie Médicale A. Maloine, Norbert Maloine, éditeur, 27, rue de
l'Ecole-de-Médecine, Paris, VIe.

Les *Souvenirs d'un médecin sur la plus grande guerre* du Docteur Louis Barras — déjà remarquablement connu pour ses articles scientifiques et ses ouvrages de critique — constituent une étude psychologique du plus haut intérêt sur ceux qui vécurent le drame, en même temps qu'une peinture vivante de tableaux de guerre, tantôt aimables et souriants, tantôt horribles. Ils apportent une contribution importante à la connaissance du "moral" de nos mobilisés méridionaux.

Ce livre — écrit dans une langue impeccable et classique, à une époque où si peu d'écrivains ont le culte de la forme — est une évocation

multiple de la guerre par un témoin dont l'œil saisit les silhouettes et les événements avec beaucoup de relief et de couleur, et dont l'esprit sait tirer d'abondantes réflexions du grand drame. De nombreuses et justes critiques émaillent le récit, principalement dans la deuxième partie.

Par toutes ses qualités de forme et de fond, par son réalisme de bonne trempe, le scepticisme et la gouaille dont il s'accompagne par pudeur, par l'allant du récit, dans ces pages où tout est vu d'un œil clair, jaugé par un cerveau lucide sans pédantisme, exprimé dans une langue nette et vive, enfin par la franchise courageuse avec quoi est traité un sujet qui tient — quoi qu'on en dise — au cœur du public, ce livre est appelé au plus éclatant succès.

LE REVE ET LA PSYCHANALYSE, par Laforgue. Etude psychanalytique française sur les Rêves. Documents d'un intérêt passionnant pour tous, indispensables au médecin et au psychologue. 250 pages, 12 fr. Grande Librairie Médicale A. Maloine, Norbert Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, VIe.

Les brillants résultats thérapeutiques de la Psychanalyse ont porté cette méthode nouvelle au premier plan de l'actualité.

C'est par l'exploration du tréfonds de l'esprit que cette méthode arrive à la connaissance et au traitement de la Névrose. Elle utilise pour cela souvent l'interprétation des rêves et de leurs symboles.

L'interprétation des rêves est exposée dans cet ouvrage à l'aide de documents originaux. Elle y est présentée par les commentateurs et élèves français de Freud: par Hesnard qui, dans l'Introduction, en énonce les principes fondamentaux en mettant en garde contre les incertitudes inévitables et les interprétations trop hâtives, par Laforgue qui avec Pichon étudie en détail ses applications au diagnostic et au traitement des Névroses, par Allendy qui explique la Psychologie du Symbolisme, et par R. de Saussure qui résume les idées que Freud a énoncées dans son livre génial sur l'interprétation des Rêves.

TECHNIQUES DE LABORATOIRE POUR LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE, par Ed. Moreau, chef de laboratoire à l'hôpital de St-Germain-en-Laye. Préface de A. Besredka, professeur à l'Institut Pasteur. Volume in-8, 23 figures, prix 12 fr. Grande Librairie Médicale A. Maloine, Norbert Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, VIe.

“De nos jours, un diagnostic de tuberculose doit être étayé sur des éléments puisés à des sources variées. Aucun produit d'excrétion, ni de sécrétion ne saurait être négligé dans un cas douteux.” C'est pourquoi l'auteur “qui a acquis la réputation d'un technicien consommé par les perfectionnements apportés à des procédés déjà existants et surtout par le procédé aujourd'hui bien connu de recherche des bacilles dans les

matières et dont il est l'auteur a eu l'heureuse idée d'enfermer dans un seul recueil des documents jusque-là épars." (Besredka—Voir préface.)

Ce livre divisé en 2 parties comprend les méthodes directes et les méthodes indirectes de recherche du bacille tuberculeux.

Dans la première partie (Méthodes directes), 3 chapitres sont consacrés à l'*examen microscopique* (technique de coloration, homogénéisation, etc.) aux *inoculations* (inoculations de produits septiques ou rendus septiques, résultats rapides, etc.), aux *cultures*, et dans chacun de ces chapitres sont minutieusement indiquées la façon de procéder et les techniques de choix à utiliser avec les crachats, le pus, l'urine, les sérosités, les matières fécales, le sang, etc.).

Dans la seconde partie (Méthodes indirectes), 3 chapitres ont trait aux moyens tirés de la *sérologie*, de la *cytologie* et de la *chimie*. Le chapitre I de cette seconde partie comprend tout le détail de technique opératoire que comporte la recherche des anticorps tuberculeux dans le sang, le liquide-céph. rachidien, les sérosités, par la Réaction de Besredka et les méthodes simples qui en dérivent ainsi que les recherches de l'antigène, de l'agglutination, de floculation, etc. Les deux derniers chapitres montrent d'une façon simple tout le parti qu'on peut tirer d'un examen cytologique et chimique appliqué aux crachats, urines, sérosités, liq. céph. rachidien, matières fécales, en utilisant les techniques pratiques lorsque la preuve de l'infection bacillaire n'a pu encore être faite par les moyens indiqués dans la première partie.

Enfin des renseignements sur l'élevage et l'entretien des cobayes complètent cet ouvrage qui sera utile à tous ceux appelés à effectuer des recherches de cet ordre :

Aux laboratoires modestes ou bien outillés dont les travailleurs trouveront réuni en un seul volume tout ce qui concerne les techniques essentielles pour effectuer une recherche sur les échantillons soumis ou trouver rapidement le renseignement dont ils ont besoin, grâce à une table de matières détaillée et à un index alphabétique;

Aux dispensaires anti-tuberculeux, aux sanatoriums qui auront à leur portée des méthodes simples pour les examens à effectuer en série;

Aux cliniciens ne faisant pas de laboratoire qui trouveront des renseignements précieux sur la façon de prélever correctement les échantillons et de donner aux résultats obtenus l'interprétation qu'il convient;

Aux étudiants qui verront condensé dans un seul ouvrage tout ce qui a trait au diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire.

En faisant ce recueil "avec cette compétence qui lui est propre, l'auteur a bien mérité des travailleurs de laboratoire", selon l'expression de M. le Professeur Besredka.

CAUSERIES D'UROLOGIE, par R. Uteau. In-8 de 312 pages, 24 figures.

Prix 16 fr. Grande Librairie Médicale A. Maloine, Norbert Maloine, éditeur, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris, VIe.

Les *Causeries Urologiques* du Docteur Uteau n'ont rien du gros Traité, ni même du Manuel. Elles n'ont pas la prétention de contenir toute la

science de la spécialité. L'auteur regarde le paysage qui se déroule et semble le voir en relief. Il s'attache aux sommets et à certains coins qui lui semblent plus familiers et pleins de souvenirs personnels. La description en est par suite plus vivante. Elle est alerte, imagée, presque audacieuse parfois. Peu encombrée d'historique, elle débroussaille les voies, pose des indications, signale des embûches. Elle sème la route de repères utiles au praticien, lui indique les trucs et les coups de main. Elle fourmille d'axiomes, d'expressions qui frappent. On y trouve en abondance les menus détails pratiques négligés dans bien des livres de science et cependant fort utiles.

Tout y est serré, tassé, sans délayage, l'ensemble restant à la fois didactique et méthodique sous son désordre apparent.

Les "*Causeries Urologiques*" sont de lecture facile, amusante souvent. Elles seront recherchées par les praticiens qui auront en elles un conseiller agréable et bien souvent précieux.

LES MALADIES DE LA BOUCHE EN CLIENTELE, par F. Nidergang. Ancien Interne de l'hôpital Saint-Joseph de Paris, Stomatologiste de l'Asile nationale des Convalescents. Bibliothèque des Praticiens "Comment guérir?". In-8, 1926, 27 figures, 12 fr. Grande Librairie Médicale A. Maloine, Norbert Maloine, éditeur, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris, VIe.

Cet ouvrage, réunissant les lésions médicales et chirurgicales de la bouche et de ses annexes, constitue une nouveauté qui intéresse non seulement l'étudiant mais aussi le praticien. Rédigé d'une façon claire et précise, indiquant l'intervention ou la thérapeutique à appliquer, il constitue une sorte de Vade Mecum indispensable au spécialiste.

Il s'agit d'ouvrage destiné à être consulté journellement, aussi, l'auteur désirant avant tout simplifier le texte, a-t-il fait abstraction de tous détails non pratiqués. C'est ainsi que l'anatomie pathologique a été totalement exclue, la thérapeutique est par contre très développée et réduite à des formules simples.

Le plan adopté dans ce livre a été conçu de façon à éviter des répétitions, aussi l'auteur procède-t-il à une étude par régions, après avoir consacré un chapitre au retentissement des affections bucco-dentaires sur l'état général et un autre à la description des grands syndromes pathologiques. Cette étude régionale comprend les maladies des lèvres, des gencives, des maxillaires, de la langue, des joues, du palais et des annexes de la bouche. Chaque chapitre comprend l'énumération des affections congénitales, chirurgicales, spécifiques et dermatologiques de sorte que se trouvent réunies des lésions souvent séparées arbitrairement dans des volumes de pathologie interne ou externe.

LA SURDITE ET SON TRAITEMENT. Manuel de Rééducation auditive à l'usage du sourd et de son entourage, par le Docteur G. de Parrel. Un volume de 285 pages avec 46 figures dans le texte, broché: 15 fr. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris (14e).

C'est par centaines de mille qu'on compte les personnes atteintes de surdité. Jusqu'à ce jour, aucun livre, à la fois scientifique et pratique, n'avait été écrit à leur usage. Le Dr de Parrel qui, depuis plus de 15 ans, a consacré au traitement des maladies de l'audition le meilleur de son activité, vient de combler cette lacune. Il apporte en quelques chapitres très clairs, le fruit de sa longue expérience et de ses multiples recherches. L'ouvrage qu'il publie aujourd'hui est, à vraiment parler, *le bréviaire du sourd*, ce qui ne veut pas dire que les médecins n'aient point avantage à le consulter. Ils y trouveront des renseignements de première actualité sur les causes, la prophylaxie et la classification des troubles de la fonction auditive et sur les progrès les plus récents réalisés dans la thérapeutique à leur appliquer.

Dans la première partie de ce livre, le Dr de Parrel donne une description de la *psychologie des sourds et des sourds-muets*, fondée sur d'innombrables documents vécus et qui témoigne un sens d'observation très pénétrant et une haute culture philosophique. Après avoir lu ces pages d'une impeccable tenue littéraire, ce qui les rend particulièrement attrayantes, on peut se faire une idée précise de l'état d'âme des infirmes de l'ouïe et de la capacité intellectuelle des sourds-muets.

L'auteur a pris soin de fournir au lecteur quelques notions essentielles d'*anatomie*, de *physiologie* et de *pathologie*, qui lui permettent de comprendre ce qu'est la surdité et les différentes formes qu'elle revêt selon le siège et la nature des lésions. Des figures schématiques, fort bien dessinées, illustrent ces chapitres et contribuent, de façon très heureuse, à éclairer le texte.

Ainsi documenté, le sourd se rend compte de l'utilité des exercices acoustiques, de leur mode d'action, de leurs indications; il puise dans cet exposé si limpide un grand réconfort moral et un puissant encouragement à entreprendre avec ténacité et énergie un *effort méthodique de rééducation auditive* pour sauver son oreille de la déchéance fonctionnelle qui la menace.

Le Dr de Parrel a créé une méthode de rééducation de l'ouïe applicable par le sourd lui-même, avec l'assistance d'une personne de son entourage; elle est destinée à compléter et, en cas de force majeure, à remplacer le traitement de même ordre appliqué par le médecin spécialisé, à l'aide de procédés plus rapides et plus efficaces.

La technique de cette *Méthode de rééducation à domicile* est décrite en détail dans la seconde partie du livre sous le titre: *Manuel de rééducation à l'usage du sourd et de son entourage*. Un tableau synoptique, placé à la fin du volume, sert de plan directeur au cours des séances quotidiennes de rééducation. L'ordre des exercices, le schéma de leur technique et leur durée respective y sont précisés. C'est un véritable programme de travail que le sourd devra suivre à la lettre en se reportant,

pour l'exécution, aux chapitres correspondants et en s'inspirant des images démonstratives qui y sont annexées.

Somme toute, le livre du Dr de Parrel est indispensable aux personnes dures d'oreille qui ont le légitime désir de récupérer une partie de leur capital auditif et de lutter contre leur triste destin. C'est plus qu'un livre, c'est une bonne action.

TABLE RESUMÉE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE.—Les sourds et les sourds-muets, leur psychologie.

— La surdité, ses causes, son traitement, sa prophylaxie. — Soins à donner aux enfants sourds-muets.

- 1° — *La psychologie du sourd.* La phobie de la surdité; la neurasthénie des sourds; la surdité des musiciens.
- 2° — *L'anatomie de l'oreille par l'image.*
- 3° — *Les surdités et leur classification.*
- 4° — *Les causes de la surdité chronique:* surdités héréditaires ou acquises; la surdité sénile.
- 5° — *La prophylaxie de la surdité et de la surdi-mutité.*
- 6° — *Les traitements de la surdité:* rééducation auditive, traitements médicaux, chirurgicaux et psychiques. Cures hydrominérales.
- 7° — *Les sourds-muets:* leurs caractéristiques, leur capacité intellectuelle. L'art et les sourds-muets. Professions exercées par les sourds-muets.
- 8° — *Conseils aux parents d'un enfant sourd-muet.*
- 9° — *Initiation mentale du sourd-muet.*
- 10° — *Les écoles françaises de sourds-muets.*

DEUXIÈME PARTIE.—Manuel de rééducation à l'usage du sourd et de son entourage.

- 1° — *Notions indispensables.*
 - 2° — *Technique de la rééducation auditive par le tube acoustique.*
 - 3° — *Technique des exercices oraux à la voix nue.*
 - 4° — *Développement méthodique du pouvoir d'orientation auditive.*
 - 5° — *Massage externe de l'oreille et gymnastique auriculaire.*
 - 6° — *La rééducation de l'oreille par les appareils microphoniques amplificateurs.*
 - 8° — *Conseils aux sourds en cours de traitement rééducateur.*
 - 9° — *Technique d'une séance de rééducation et tableau synoptique d'une séance.*
-