

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

Vol. LV

AOÛT 1926

No 8

NÉCROLOGIE

ALBERT PRÉVOST

Court, trapu, vigoureux comme un athlète, les traits fins, la figure expressive, les gestes prompts et précis, tel était, au physique, Albert Prévost. On retrouvait chez ce Canadien, affiné par un long séjour à Paris, les traits les plus caractéristiques de la race latine: la spontanéité, l'enthousiasme, la mesure. Albert Prévost se signalait à vous, dès que vous l'aperceviez, comme un homme de marque. Il y avait, dans son allure, dans ses manières, une élégance vraie qui n'était gâtée par aucune attitude, car le mérite de Prévost ne l'avait pas rendu prétentieux; ce Canadien nous était revenu de France aussi simple, aussi sincère qu'avant son départ, plus complet, évidemment, plus racé, mais toujours et quand même de chez nous. Il vous abordait à la bonne franquette, il causait avec vous comme on cause sur les bords du Saint-Laurent et, ce trait est tout à son éloge, il pouvait, dans une discussion scientifique, et promptement, vous montrer qu'il était de Paris sans renier pour cela son pays natal. Ce fut là l'un des beaux côtés de son caractère, l'un de ceux qui contribuèrent le plus à le rendre populaire.

Mais il y avait aussi autre chose. Prévost avait acquis de Déjerine, après sept ans d'étude à la Salpêtrière, une maîtrise incomparable. Il fallait le voir et l'entendre présenter un malade à l'amphithéâtre pour comprendre la perfection de son entraînement scientifique. Chargé de l'enseignement de la neurologie à l'Hôpital Notre-Dame, Prévost se révélait comme l'un des plus brillants professeurs de la Faculté de Médecine. Sa technique était irréprochable, son érudition jamais en défaut. Ses collègues pouvaient goûter une leçon de Prévost tout autant que ses élèves eux-mêmes; dans une réunion médicale, il attirait à lui tous les praticiens. C'était un savant comme on les aime, un savant sympathique et charmeur.

Ces qualités de premier ordre, Prévost les conservait avec sa clientèle. Il possédait au plus haut degré la confiance de ses malades;

il savait conserver cette confiance, la cultiver même, avec une psychologie sûre qui lui donnait sur eux une grande autorité. Pour ses malades également — en neurologie, ils ne sont pas toujours faciles — Prévost était un maître; ce n'est pas l'âge qui lui donnait son autorité, c'était sa maîtrise.

Son activité était sans borne. Personne ne s'est plus dépensé à fond, pour ses clients, pour ses affaires, pour ses amis, que ce jeune médecin de retour d'Europe, qu'on retrouve, à quarante-cinq ans, avec une réputation faite, un prestige établi, une personnalité qui s'impose. Il était sûr de lui; il avait confiance en lui; c'est ce qui lui fit entreprendre une chose devant laquelle bien des praticiens, et des meilleurs, ont reculé: l'établissement d'un hôpital privé, d'un sanatorium. Mais sa confiance était justifiée; le sanatorium Prévost, grâce à sa persévérance, à son énergie, à son savoir, était une institution classée, qui réussissait au delà de toute espérance, qui constituait chez nous une institution de thérapeutique neurologique privée de premier ordre. Prévost a créé là une œuvre qui devra demeurer.

Enfin, Prévost était un expert reconnu, dont la parole faisait autorité devant les tribunaux, auprès de presque tous nos juges (quelques-uns semblent réfractaires à la science médicale). Bien peu ont mis en doute la science de Prévost. Là comme ailleurs, il avait su s'imposer avec maîtrise.

Puis tout à coup, c'est l'accident stupide, c'est la catastrophe, c'est la mort brutale. Quelle ironie ! Etre merveilleusement doué, avoir devant soi un avenir brillant, en pleine maturité, au milieu de l'estime des siens, disparaître brusquement. La destinée a quelquefois de ces revirements; elle vous distingue, vous favorise, vous porte au sommet, puis, brusquement, sans qu'on sache pourquoi, vous casse la tête sur un obstacle. Est-ce la nature qui se venge parce que nos mœurs modernes veulent la violenter ? Est-ce la rançon de notre témérité ? Ces revirements subits sont difficiles à comprendre et bien durs à supporter. Tous ceux qui ont connu Albert Prévost seront de mon avis.

E. P. BENOIT.

LE PROFESSEUR ALBERT PREVOST

1881-1926

Le soir du 4 juillet 1926, nous parvenait la triste nouvelle du décès du Docteur Albert Prévost, survenu vers 1 heure p.m., dans un hôpital de Montréal à la suite d'un malheureux accident d'automobile. Un instant avait suffi à la mort pour terrasser ce travailleur acharné, pour avoir raison de sa robustesse, pour éteindre à jamais cette belle intelligence, pour jeter enfin sa famille et ses nombreux amis dans un deuil particulièrement douloureux.

Il est en effet des absences que l'on n'accepte pas sans résistance et même sans révolte, pour la raison qu'elles désespèrent les esprits à la fois par leur soudaineté et par leur imprévu. Celle du Docteur Albert Prévost est de ce nombre.

"Un seul être vous manque et tout est dépeuplé !"

Lamartine.

Il était le type du *self-made man* selon la formule américaine. Aussi, l'énumération des étapes de sa trop courte carrière nous paraît-elle la meilleure façon de condenser les preuves de ses éminentes qualités et de rendre à sa mémoire le plus sincère hommage.

Né à Montréal le 6 août 1881, le défunt était donc âgé de 45 ans à peine. Il fit ses études classiques au Collège Ste-Marie où sous la direction de ces excellents éducateurs que sont les Pères Jésuites, il sut acquérir à bon heure, en plus des connaissances positives, cet esprit d'ordre, cette ardeur au travail, enfin ces hautes qualités morales si nécessaires à la noble mission du praticien accompli qu'il devait être plus tard.

L'année 1903 marque son début dans la vie médicale. Son stage de quatre années à l'Université Laval (aujourd'hui Université de Montréal) fut marqué par un réel succès non seulement dans ses études, mais encore dans les divers exercices sportifs auxquels d'ailleurs, il s'adonna toujours avec ardeur, réalisant ainsi chez lui-même, en attendant de la faire accepter aux autres, cette maxime du poète latin juvénal: *Mens sana in corpore sano*.

Mais l'obtention, même avec distinction, du titre de docteur en médecine, ne limitait pas son ambition. Jouissant de revenus pécuniaires importants, il comprit qu'il se devait à lui-même, qu'il devait à sa famille, à sa race, de monter plus haut, d'atteindre si

possible les sommets. Il s'embarqua donc pour la Ville-Lumière où il demeura six années consécutives, puisant abondamment à la source même, les données scientifiques les plus pures. Avec quelle ardeur, quelle tenacité, il se lança à la conquête de tout ce qui lui semblait devoir orner son esprit ! nous en savons quelque chose, pour l'avoir vu nous-même à l'œuvre.

Indécis à son arrivée sur le choix de la spécialité médicale qu'il devait embrasser, il se borna d'abord à revoir et à compléter les données générales d'anatomie, de physiologie, de biologie, etc., qu'il avait acquises durant ses années universitaires au Canada, son intention étant alors de se préparer au concours qui, en cas de succès, l'aurait conduit au poste très réputé d'Interne des hôpitaux. Or, c'est au cours de cette préparation poursuivie durant plus d'une année qu'il trouva dans l'étude des fonctions nerveuses, la voie rêvée, complexe à souhait, vaste comme son ambition. Il abandonna donc son premier projet pour se livrer exclusivement à l'étude de la neurologie sous la direction des Maîtres de la Salpêtrière: Déjérine, Raymond, Babinski, Pierre Marie, etc., dignes successeurs de l'illustre Charcot.

A l'exemple de ses maîtres, il voulut, dès le début, asseoir les théories médicales sur des bases de faits inébranlables et, à cette fin, il mena de front et l'observation des malades et la recherche de laboratoire, sectionnant patiemment de nombreux cerveaux et moëlles épinières, afin de faire ressortir, à l'aide de colorants appropriés, les aspects variés des lésions anatomiques, causes des troubles nerveux. Avec quel plaisir scientifique il les revoyait encore, dans ses moments de loisir, ces belles pièces histologiques, témoins indiscutables d'un travail préparatoire des plus sérieux. Il faut dire aussi que les coupes de cerveau en particulier, faites tout d'une pièce, grandes comme l'organe lui-même, constituaient de véritables chefs-d'œuvre de patience. Elles permettaient, avec l'aide du microscope, d'embrasser d'un seul coup d'œil à la fois les cellules pyramidales, siège principal de la pensée humaine, et les fibres nerveuses par où cette pensée s'extériorise en action bonne ou mauvaise.

A cette longue et solide préparation de sa spécialité, il voulut toutefois apporter un couronnement: il subit avec succès l'examen lui donnant droit au titre de "Médecin légiste de l'Université de Paris", honneur dont il était particulièrement fier.

Pour être complet, il nous faut rappeler que ce fut à Paris qu'il rencontra, pour la première fois, cette jeune Canadienne distinguée

(Mlle Thérèse Leduc), issue elle-même d'une belle famille médicale, qui devait peu après partager sa destinée dans une union des plus affectueuses. Que Mme Prévost, sa veuve, que ses chers enfants veulent bien trouver ici la respectueuse expression de nos sentiments de condoléances les plus vives.

En 1913, le Dr Albert Prévost rentrait au Canada pour s'y installer définitivement et y exercer sa spécialité. Sa haute valeur scientifique ne tarda pas à être appréciée et, partant, à se répandre dans tous les milieux, au point que sa nombreuse clientèle ne lui laissait plus, depuis longtemps, aucun répit. C'est qu'il avait la véritable vocation et la formation qu'elle demande. A côté du "flair" du clinicien qui tient de l'art, il possédait cette grande âme qui lui permettait d'être, non seulement le guérisseur, mais encore le confident et le consolateur de ceux qui souffrent.

Il ne fut pas lent à se rendre compte que les grands hôpitaux déjà établis ne répondaient pas parfaitement au besoin particulier d'hospitalisation de cette classe de malades que sont les nerveux, les asthéniques de toutes catégories, dont une partie importante du traitement consiste dans le calme, l'air pur et les vastes horizons. Il songea donc à combler cette lacune pour le bénéfice de ses propres malades et, dès 1919, il réussissait à fonder à Cartierville, dans un endroit idéal, le Sanatorium qui porte son nom et qui est aujourd'hui connu de tous.

Cette fondation, qu'il rêvait sans cesse d'améliorer et d'agrandir, est l'œuvre capitale de sa vie, œuvre gigantesque si l'on songe qu'il était pratiquement le seul à l'alimenter, mais surtout œuvre noble qui lui survivra, nous l'espérons. Elle montre à la fois la grandeur de son activité, la puissance de son action, enfin la haute conception qu'il avait de sa mission. On aura quelque idée de son importance en rappelant que le nombre de lits disponibles aux malades est de trente-cinq, que les soins médicaux requièrent un effectif de douze gardes et de trois médecins assistants, dont un Interne.

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal avait depuis longtemps reconnu sa compétence en le nommant professeur de neurologie à l'Université et de clinique des malades nerveuses à l'Hôpital Notre-Dame. C'était un professeur écouté, dont la parole chaude, abondante et nette, faisait passer la conviction dans l'esprit des auditeurs.

Il était l'un des directeurs du journal *l'Union Médicale du Canada* auquel il apportait une collaboration assidue. Il était enfin

membre des Clubs Saint-Denis et Laval-sur-le-Lac ainsi que du Cercle Universitaire. Bref, on le trouvait partout où il y avait une œuvre canadienne à encourager, où il y avait quelque bien à accomplir.

Il n'y a qu'une façon d'honorer de tels disparus, c'est de penser à eux avec une recueillement sombre, en marchant sur la voie qu'ils nous ont tracée.

Wilfrid DEROME.

POISONS ALIMENTAIRES

PTOMAINES -- LEUCOMAINES -- TOXINES

Par WILFRID DEROME,

Professeur de Médecine légale et de Toxicologie

à l'Université de Montréal,

*Directeur du Laboratoire provincial de Médecine légale
et de Police technique.*

Dans le langage médical, les poisons alimentaires désignent des principes toxiques variés nés dans les aliments sous diverses influences, mais principalement sous celle des agents animés inférieurs. Les accidents plus ou moins graves auxquels ils donnent lieu atteignent d'ordinaire simultanément un grand nombre de personnes; mais, si la mort vient à frapper une personne isolément, il n'est pas rare que l'ignorance ou la malveillance attribuée à un empoisonnement criminel une intoxication de cette nature.

Ces principes toxiques, jusqu'ici imparfaitement connus, forment trois groupes plus ou moins distincts :

1° **Les Ptomaïnes** (ptoma: cadavre) qui, entrevues par Panum, Bergmaun, Dupré et Bence Jones, ont été pour la première fois isolées et caractérisées par Selmi, de Bologne, et par A. Gauthier, de Paris. Ce sont des substances azotées, basiques et jouissant de propriétés physiques, chimiques et physiologiques, analogues à celles des alcaloïdes végétaux. Elles prennent naissance au cours du processus de décomposition des matières animales et même végétales, et résultent surtout des dédoublements ou transformations qu'y subissent les matières protéiques ou albuminoïdes, sous l'action des organismes inférieurs: agents microbiens divers (aérobies et anaérobies), champignons, moisissures, enzymes, etc. Elles peuvent varier dans leur constitution, leur quantité et la rapidité de leur formation, suivant la nature de la matière qui se désagrège et les conditions extérieures: air, chaleur, lumière, humidité, etc. Elles sont soit liquides et volatiles ou stables, soit solides et cristallisées. Leur saveur est âcre mais rarement amère. Enfin, si quelques-unes ne sont pas toxiques, d'autres, au contraire, possèdent une action toxique très énergique à des doses souvent inférieures au milligramme.

Au point de vue de leur action sur l'organisme, les ptomaïnes entrent, pour la grande majorité, dans la classe des poisons nerveux.

Ainsi on en a isolé une mydalotoxine, de Brieger, 1886, ayant les propriétés du groupe des mydriatiques (atropine, hyoscyamine, etc.); d'autres sont convulsivantes, comme la strychnine, ou stupéfiantes, comme la morphine et la narcéine; d'autres enfin déterminent de la paralysie motrice, des phénomènes asphyxiques, du collapsus, etc. On connaît actuellement un certain nombre de ces bases cadavériques dont quelques-unes bien définies chimiquement: méthylamine, triméthylamine, éthylamine, triéthylamine, amylamine, cadavérine, putrescine, neurine, neuridine, gadinine, choline, saprine, muscarine, mydalotoxine, tyrotoxine, etc.

2° **Les Leucomaïnes** (leuxoma: blanc d'œuf), ainsi appelées par A. Gauthier qui, le premier, les a étudiées et classées. Ce sont des composés alcaloïdiques élaborés par les cellules animales au cours de la vie, soit normale, soit pathologique, se rapprochant par leurs propriétés des alcaloïdes végétaux et des ptomaïnes. Ils ont cependant une composition un peu plus complexe que ces dernières et peuvent se rattacher aux groupes urique et créatinique, alors que les ptomaïnes rentrent dans les séries pyridique et hydroxyridique. On a extrait des leucomaïnes extrêmement vénéneuses de l'urine, de la sueur, de la salive, des venins de serpents et de batraciens, enfin de la chair fraîche des animaux surmenés.

3° **Les Toxines** (toxon: arc, parce que l'arc servait à lancer les flèches empoisonnées) désignent des substances toxiques d'origine microbienne. On admet, en effet, aujourd'hui, que les microbes nuisent à l'organisme par les matières solubles qu'ils renferment ou qu'ils secrètent. Ces toxines se développent dans l'organisme vivant, notamment au cours des états pathologiques, mais elles sont aussi produites dans les chairs mortes et dans une infinité d'autres milieux propres au développement des agents microbiens. L'étude de leur constitution chimique est rendue difficile par le fait que celle-ci varie suivant un grand nombre de circonstances dont quelques-unes seulement peuvent être précisées. Très peu de toxines ont été obtenues à l'état de pureté, les autres ont été identifiées par leurs propriétés physiologiques seulement. Nous savons toutefois que ce sont des produits albuminoïdes, appelés souvent toxalbumines, se rapprochant des ferments par leurs propriétés chimiques et toxicologiques. Comme les ferments, en effet, les toxines sont précipitées par l'alcool, détruites par la chaleur; comme eux, elles ne dialysent pas et elles agissent à de très faibles doses. Les toxines en effet possèdent le plus grand pouvoir toxique connu.

Suivant leur nature, elles agissent sur l'organisme tantôt immédiatement, à la façon des alcaloïdes; tantôt après une période d'incubation, telles, par exemple, les toxines diphtérique et tétanique. Un autre fait intéressant consiste dans la variabilité de leur action suivant le point où elles se forment; d'où les trois groupes: endotoxines (protéines et nucléo-albumines), pértoxines (lipoides) et exotoxines. Enfin leurs manifestations sont les unes locales, à l'endroit où les toxines pénètrent dans l'organisme, les autres générales, traduisant son imprégnation entière, enfin d'autres peuvent indiquer une action élective sur un organe ou appareil en particulier.

Nous ne croyons pas devoir insister même sur les principales toxines connues qui sont celles de la diphtérie, du choléra, du tétanos, de la gangrène gazeuse, de la colibacillose (dont l'endotoxine notamment est capable de tuer le cobaye dans la proportion de 1 gramme pour 40,000 grammes (C. H. Roger), de la fièvre typhoïde, du streptocoque, du staphylocoque, de la tuberculose, enfin celles sécrétées par les agents des toxi-infections alimentaires, à savoir: les salmonelloses, le coli-bacille, l'entérocoque, le protéus, le bacillus botulinus, etc.

Pour résumer ce qui précède, nous dirons que les trois termes: ptomaïnes, leucomaïnes et toxines, s'adressent à des substances nées des métamorphoses de la matière albuminoïde sous l'influence de bactéries ou de ferments, qu'ils caractérisent assez nettement l'origine plus spéciale de chaque groupe, mais qu'il est impossible, si ce n'est par les commémoratifs, de faire la part qui incombe à l'un ou plusieurs de ces groupes toxiques dans un trouble observé. Il y a plus, c'est à peine si un chimiste habile pourra distinguer, dans une recherche toxicologique, ces alcaloïdes d'origine animale des alcaloïdes végétaux. Il n'existe pas, en effet, de réaction chimique spéciale permettant de différencier nettement ces deux ordres d'alcaloïdes. Ce fait cependant ne doit pas nous surprendre puisque nombre d'alcaloïdes animaux ont été trouvés également dans les végétaux. C'est seulement par l'ensemble des réactions de coloration et de précipitation, par l'action de l'oxygène de l'air, par celle du ferrocyanure de potassium en présence de chlorure ferrique (réaction de Brouardel et Boutmy), enfin par l'expérimentation physiologique bien conduite que, dans la majorité des cas, l'on arrivera à une solution précise. En tout cas, l'expert n'a le droit de conclure fermement que si ses constatations d'ordre technique sont corroborées

à la fois par les symptômes et les commémoratifs. Pour notre part, cette ligne de conduite ne nous a jamais causé aucun remords.

Les aliments les plus aptes à provoquer des phénomènes d'intoxication sont les viandes, les œufs, le fromage, le lait, la crème glacée, le poisson, etc.

Malgré les efforts constants et louables des pouvoirs publics pour les prévenir, les accidents toxiques causés par les viandes sont de beaucoup les plus nombreux. Ils concernent les viandes fraîches et les viandes conservées, et parmi les espèces animales représentées dans la consommation courante, le porc tiendrait, comme fréquence, la première place, puis le veau, la vache, le bœuf, le mouton, etc., sans compter le gibier de toutes sortes. Les viandes fraîches toxiques sont le plus souvent des "viandes malades", c'est-à-dire provenant d'animaux atteints d'affections diverses et, pour cette raison, souvent sacrifiés d'urgence: veaux atteints d'entérite; vaches souffrant de mammites, d'entérite, de métrite puerpérale; porcs porteurs d'abcès ou souffrant de choléra, etc. En dehors de la maladie de l'animal, la toxicité de la viande fraîche provient soit de l'infection accidentelle au cours des manipulations faites à la boucherie ou à la cuisine, soit, du fait plutôt rare, que la viande est consommée trop tôt après l'abattage, surtout, ainsi que nous l'avons dit déjà, si l'animal était très fatigué. Il n'est peut-être pas inutile d'ajouter que dans la grande majorité de ces cas, aucun signe extérieur ne révèle aux consommateurs la composition anormale de la viande, comme, par exemple, un changement de couleur, une moindre fermeté, une odeur ou une saveur désagréables, etc.

Aux dangers qui viennent d'être signalés pour les viandes fraîches s'ajoute celui de la mauvaise conservation pour les viandes conservées de diverses manières: dans le sel, en jambon, en pâtés, en saucisses, en galantine, enfin en boîtes (conserves). Enfin tout ce qui vient d'être dit au sujet des viandes s'applique également aux autres aliments: gâteaux à la crème, œufs, huîtres, poissons, lait, légumes, etc.

Si maintenant nous étudions les germes auxquels on attribue un rôle de plus en plus important dans la genèse des accidents toxico-alimentaires, on voit que les divers auteurs, à la suite de nombreuses recherches, sont aujourd'hui unanimes à incriminer surtout le bacillus entériditis ou bacille de Gaertner, principal représentant du groupe nombreux des Salmonelloses qui comprend en outre l'agent de la pneumoentérite du porc (Salmon, 1886), le paratyphique B, les

bacilles du typhus des souris, de la peste des rats, de la diarrhée des veaux, etc.

Tous les représentants de ce groupe ont la même morphologie, les mêmes caractères de culture, les mêmes réactions colorantes. Nous les résumons d'après E. Sacquépée (Les empoisonnements alimentaires):

"Bacilles courts, mobiles, ciliés, se colorant plus vivement aux extrémités (coloration bipolaire), ne prenant pas le Gram. — Les cultures sont aéro-anaérobies; la température optima est 37°, mais le développement se fait bien à la température ambiante. — Sur gélatine, colonies transparentes, non liquéfiantes. — Sur gélose, enduit blanc grisâtre abondant. — Sur bouillon, trouble uniforme, intense; souvent il se forme un léger voile à la surface. — Sur lait, pas de coagulation; le milieu s'éclaircit et devient brunâtre dans la deuxième semaine. — Sur lait tournesolé, réaction d'abord acide, rouge, puis, en un à trois jours, réaction alcaline, bleue (caméléonage du lait). Mêmes caractères sur petit-lait tournesolé. — Pas de formation d'indol. — Fermentation gazeuse du glucose, du lévulose, etc.; pas de fermentation du lactose. — Fluorescence et décoloration rapide des milieux au rouge neutre. — Réduction des milieux renfermant des sels de fer ou de plomb (coloration noire)."

Les diverses salmonelloses possèdent plusieurs propriétés fort importantes. Elles sont pathogènes pour les animaux de laboratoire, même par ingestion; elles sont détruites elles-mêmes par chauffage à 65°-70°, mais leurs toxines résistent à un chauffage d'une heure à 120°, et ce fait explique que les aliments se soient montrés souvent toxiques même après la cuisson. Un dernier point intéressant est l'existence de propriétés agglutinantes dans le sérum des malades infectés. Leur sérum agglutine l'espèce microbienne qui a contaminé l'aliment toxique, de même que, dans tous les cas, le paratyphique B et le bacille typhique, malgré que ce dernier n'ait rien à faire avec la maladie.

Les symptômes observés dans les empoisonnements alimentaires par les salmonelloses consistent dans des troubles gastro-intestinaux. nausées, vomissements, diarrhée constante, toujours fétide, mais plus ou moins profuse, sécheresse de la bouche, etc., puis dans des phénomènes généraux: courbature, lassitude, céphalée, insomnie, fièvre assez élevée à la période d'état, herpès labial, érythème, quelquefois albuminurie.

Tantôt ces troubles apparaissent très peu de temps (lou 2 heures) après l'ingestion de l'aliment toxique, plus souvent il existe une priode d'incubation de 12 à 24 heures. Ils sont d'ordinaire légers et passagers, mais chez les personnes souffrant d'insuffisance rénale et, en général, chez les enfants et les gens âgés, ils peuvent entraîner la mort.

L'autopsie ne laisse voir que des lésions très limitées et le plus souvent insuffisantes à établir, d'une façon ferme, la cause de la mort. Ce sont surtout des signes de gastro-entérite: congestion des muqueuses stomacale et intestinale, tuméfaction des plaques de Peyer, plus rarement de petites escarres. Il faudra donc remonter à la cause réelle en se basant surtout sur les circonstances qui ont entouré cette mort et particulièrement sur le fait que d'autres personnes ont aussi souffert de troubles analogues après avoir fait usage du même aliment. De plus un examen bactériologique minutieux fait si possible sur ce qui reste d'aliment suspect, sur les selles, les vomissements, les organes de la victime, permettra le plus souvent d'isoler l'agent pathogène en cause.

A côté des accidents à forme gastro-intestinale que nous venons d'étudier et où le rôle principal paraît être joué par les agents microbiens du groupe des salmonelloses, associés ou non à l'entérocoque, au colibacille, au protéus vulgaris, etc., il en est d'autres plus graves, à forme nerveuse. Ils sont provoqués par l'ingestion d'aliments divers, conservés à l'abri de l'air: jambon, saucissons, conserves en boîtes de viande, de légumes ou de fruits, poissons (saumon, sardines, esturgeon, etc.) salés ou fumés, enfin boudin à base de sang de porc, d'où le nom de bacillus botulinus donné en 1896 par Van Ermengen à l'agent causal. C'est un bacille volumineux, strictement anaérobie, prenant le Gram. Il vit d'ordinaire dans le fumier, se développe bien à une température de 20° à 30°, forme des spores, enfin sécrète une toxine très active: la botuline. Expérimentalement, le microbe et sa toxine reproduisent chez l'animal (chat, pigeon, etc.) les symptômes du botulisme humain. Un point important à retenir est que l'ébullition, la cuisson, détruisent sûrement le microbe, ses spores et sa toxine.

Les troubles les plus caractéristiques du botulisme consistent dans quelques signes d'irritation gastro-intestinale: pesanteur gastrique, nausées, vomissements et surtout constipation opiniâtre qui souvent se montre d'emblée. Puis, après un laps de temps variable de quelques heures à quelques jours, surviennent des signes marquant

l'atteinte profonde du système nerveux sans que, chose curieuse, ni l'intelligence, ni la sensibilité générale ne soient aucunement affectées. Ces signes consistent dans des paralysies qui atteignent surtout les IIIe, IVe et Ve paires de nerfs craniens mais qui peuvent s'étendre à tout le système moteur: mydriase, pupilles immobiles, diplopie, amblyopie au amaurose, obscurcissement de la vue, ptosis, strabisme interne, troubles des sécrétions, dysphagie, respiration irrégulière, dyspnéique, troubles de la parole par sécheresse de la gorge mais surtout par paralysie du voile du palais, acuité auditive diminuée, oligurie, etc.

Il est remarquable de constater que tous ces troubles évoluent d'ordinaire en l'absence de fièvre. La mort, qui est une issue fréquente, survient soit rapidement, après quelques heures, par paralysie respiratoire d'origine bulbaire mais sans convulsions, soit après plusieurs jours de maladie dans l'épuisement général ou le coma.

L'autopsie ne révèle aucune lésion bien spéciale. On a noté une dégénérescence des corpuscules de Nissl dans les cellules des cornes antérieures de la moëlle.

Le diagnostic de la cause réelle de la mort sera cependant facile grâce aux commémoratifs et surtout grâce à cet ensemble symptomatique si particulier.

— o —

Sanatorium à Ste-Agathe-des-Monts

Sous la direction de Mme Vallotton, garde-malade.

Grande maison ensoleillée, eau chaude, électricité, salons solarium.
Pension: \$14.00 à \$20.00 par semaine.

La Compagnie de chemin de fer C. P. R. vient d'inaugurer un système d'ambulance très moderne sur ses trains des Laurentides, à un prix modéré.

Pour prospectus et renseignements: Dr E. Grignon, Ste-Agathe-des-Monts.

— o —

CAUSERIE

**DONNEE A L'HOTEL PENNSYLVANIE, NEW-YORK,
LE 16 JANVIER 1926**

**LORS DE L'ASSEMBLEE GENERALE DE L'AMERICAN SOCIAL
HYGIENE CORPORATION**

Par le Docteur A. H. DESLOGES,

Chevalier de la Légion d'Honneur (France),

*Directeur médical général des hôpitaux d'aliénés, écoles de réforme et
d'industrie et de la campagne antivénérienne de la prov. de Québec.*

Laissez-moi d'abord vous dire que j'apprécie hautement le privilège qui m'est donné d'adresser la parole devant cette assemblée distinguée. N'étais-je assuré de votre indulgence, j'hésiterais à assumer la responsabilité de parler la langue anglaise dont je regrette de n'avoir qu'une connaissance limitée.

Je suis heureux d'avoir cette occasion d'offrir mes sincères remerciements à votre association. Il me fait aussi grand plaisir d'avouer publiquement que si, dans la province de Québec, la campagne contre les maladies vénériennes a obtenu quelque succès, ce succès est en grande partie dû au conseils expérimentés du docteur Snow et de ses savants confrères. C'est encore grâce à l'étude des principes de la "American Social Hygiene Association" et en marchant sur ses traces, que notre organisation contre le péril vénérien produit de bons résultats. Mais je m'empresse d'ajouter que tous ces bons résultats ont leur point de départ dans la coopération et l'active collaboration de l'Honorable M. L.-A. Taschereau, premier ministre de la province de Québec, et de son brillant collègue, l'Honorable L.-A. David, secrétaire de la province. Monsieur David, un avocat très habile, de qui relèvent les questions d'hygiène dans le gouvernement provincial, s'est renseigné aussi complètement que possible sur la question du mal vénérien. Il fit un voyage à New-York afin de se rendre compte de ce qui s'y faisait sur ce sujet. C'est donc un devoir pour moi de remercier mon Gouvernement et l'Honorable monsieur David.

Je puis maintenant dire qu'après cinq ans de travail ardu, les ravages causés par les maladies vénériennes ont diminué très notablement et que l'avenir nous réserve de plus grands succès. Puis-je exprimer le souhait que vous de l'"American Social Hygiene Asso-

ciation" continuiez de nous faire profiter de votre expérience sur cette question.

Votre association n'a pas de frontières. Vos initiatives se sont étendues à l'Europe comme au Canada. Vous êtes les aviseurs de la Ligue des Nations. Sans flatterie, je puis dire que vous êtes réellement des bienfaiteurs de l'humanité.

Il me souvient, messieurs, de vous avoir déjà été présenté, et c'est ce qui m'encourage à venir devant vous. Vous vous souvenez peut-être, il y a de cela à peu près deux ans, que les journaux du Canada et ceux de New-York me représentèrent aux Etats-Unis et à l'Univers comme l'aliéniste de la province de Québec qui croyait que le monde entier s'acheminait vers la folie.

Je suis heureux de vous déclarer que je suis plus optimiste au sujet du mal vénérien. Je crois fermement que nous faisons des progrès dans ce travail et qu'avant longtemps l'infection vénérienne se fera rare si même elle est encore possible.

Cependant, au sujet de l'équilibre mental du monde, je ne vois rien durant ces deux dernières années qui soit de nature à changer mon opinion.

Il vous intéressera d'apprendre que, dans ma province de Québec, nous avons eu à faire face aux mêmes problèmes qu'ailleurs, excepté que ces problèmes étaient plus difficiles à résoudre. Je veux parler de ces questions médicales, intimement liées à la morale, qui doivent être soumises à la population et acceptées par elle. Dès le début, notre effort s'est porté à convaincre ceux qui ont mission d'enseigner et de protéger la morale, que ce problème du mal social n'est pas seulement une question médicale, mais aussi et surtout une question morale.

A la louange et à l'honneur de notre clergé, je dois dire que ce fut un travail facile pour nous et que nos prêtres et nos pasteurs nous donnèrent largement leur concours. Sans exception, les autorités ecclésiastiques, notre cardinal, les archevêques, les évêques et les prêtres nous ont prêté une aide puissante. Vous pouvez donc facilement comprendre la force de l'influence morale dont nous avons pu disposer. Il en est résulté que, sans organisation locale dans les différents centres de la province, nous pouvions compter sur un comité permanent de 4000 à 5000 prêtres et professeurs religieux toujours prêts à nous aider efficacement dans notre propagande éducative.

Sur l'invitation des prêtres et des pasteurs, dans presque tous les centres et les paroisses de la province, des conférences furent données dans les salles paroissiales et les écoles. Messieurs les Curés, qui

présidaient ces conférences, rappelaient aux auditeurs qu'ils leur avaient souvent expliqué l'aspect moral de la question qui serait traitée devant eux, mais que des médecins autorisés leur en parleraient maintenant au point de vue médical. Les films de l'"American Social Hygiene Association" contribuèrent à rendre ces conférences intéressantes. Ces films, préparés pour les médecins et les étudiants, ont bénéficié à notre population. Nous nous faisons cependant un devoir de les expliquer et de les commenter largement. De la sorte, nos auditoires ont vite réalisé l'importance d'un traitement prompt et prolongé, pour ne pas subir les conséquences immédiates et tardives des maladies vénériennes. Ces conférences ont été données séparément aux hommes, aux femmes, aux filles et aux garçons.

Le tableau suivant démontre la progression annuelle des traitements donnés dans nos dispensaires:

	1921	1922	1923	1924	1925	Grand total
Nouveaux malades admis						
dans les dispensaires .	4970	7513	7773	8809	9448	38513
Traitements donnés dans						
les dispensaires	50503	67742	99286	105401	119259	442191

Les chiffres suivants indiquent ce qui a été accompli dans les différents centres de traitement et dans les laboratoires de la Division des maladies vénériennes de la prov. de Québec, durant l'année 1925.

31,577 malades se sont présentés aux différents centres de traitement, dont 9,448 nouveaux malades. 119,259 traitements ont été donnés, dont 61,555 injections d'arsénicaux, etc...

Le nombre des nouveaux cas de syphilis fut de 2,974: 659 cas de syphilis primaire et 996 cas de syphilis secondaire; pour la balance, les cas se répartissent comme suit: tertiaire, 542; latente, 444; nerveuse, 196; congénitale, 137. Les nouveaux cas de syphilis primaire et secondaire (659 et 996) forment un total de 1655 ou 59% de tous les nouveaux cas de syphilis. Ce pourcentage considérable démontre plus que jamais la nécessité de poursuivre la campagne contre les maladies vénériennes.

Le nombre des nouveaux cas de blennorrhagie fut de 3,482. Ce chiffre, comparé au total des nouveaux cas de syphilis, indiquerait que la blennorrhagie est beaucoup plus répandue que la syphilis. C'est, en effet, mon opinion et ce total, 3,482, devrait être encore plus considérable. Mais beaucoup de malades souffrant de blennorrhagie se traitent eux-mêmes au lieu de se présenter aux centres de

traitement. Après quelques semaines, se croyant guéris, ces malades continuent à propager leur infection parmi la population. D'autres, consultent leur médecin de famille et ne se présentent aux dispensaires que lorsque surviennent des complications.

La balance des nouveaux, 2992, en omettant les cas de syphilis et de blennorrhagie, représente les cas de chancre mou, les non vénériens et aussi ceux qui voulant contracter mariage viennent aux centres de traitement se faire examiner pour savoir s'ils sont ou non guéris.

Le total des réactions Bordet-Wassermann faites à nos deux laboratoires pour l'examen du sang, durant 1925, a été de 21,499: réactions positives, 8,560, environ 25%.

9966 réactions Bordet-Wassermann pour l'examen du sang furent faites pour les praticiens, soit environ 46% du nombre total des réactions. Il est donc facile de concevoir que le praticien en général se prévaut des avantages que lui offre la Division des maladies vénériennes en lui donnant, par ses laboratoires où tous les examens sérologiques et microscopiques sont faits gratuitement, les facilités de faire un diagnostic précis.

Beaucoup d'hôpitaux généraux ont leur propre laboratoirée et y font leurs réactions.

La plupart des hôpitaux généraux, maternités, hôpitaux pour enfants, pour aliénés, sanatoria pour tuberculeux, écoles de réforme, etc., ont adopté la routine de faire faire une réaction Bordet-Wassermann pour tous les malades, comme étant le moyen le plus sûr de dépister les infections insoupçonnées.

7123 examens microscopiques pour la recherche du gonocoque ont été faits à nos deux laboratoires; le nombre de résultats positifs a été de 1293. Ce nombre de positifs devrait être plus considérable, mais nous n'avons présentement à notre disposition que le Gram, qui échoue dans bien des cas. Le résultat négatif ne veut pas toujours dire que le malade n'est pas infecté: dans beaucoup de cas le prélèvement du pus ne se fait pas toujours d'une manière scientifique.

Le nombre des autres examens microscopiques pour la recherche du spirochète de la syphilis, du tréponème, etc., a été de 38 et le nombre des examens chimiques et cytologiques, 85.

Nous avons présentement plus de 52 centres de traitement des maladies vénériennes dans la province de Québec.

J'espère ne pas vous avoir ennuyé en vous citant tous ces chiffres, mais je crois qu'ils intéresseront particulièrement le spécialiste, l'officier de santé et même le praticien.

Je ne veux pas vous laisser sous l'impression que la province de Québec est plus infectée que n'importe quel autre pays du monde. Je suis d'avis contraire. Mais notre population, renseignée par une éducation intense, se présente aux dispensaires pour recevoir le traitement approprié.

Si de tels résultats ont été possibles, cela est dû à la coopération de la profession médicale et tout particulièrement aux médecins attachés à nos grands dispensaires dont la direction scientifique relève de nos Universités.

La population ne fut pas la seule à bénéficier d'une propagande éducative intense, la profession médicale elle-même, par nos laboratoires et de la littérature scientifique, reçut toute notre attention. Je ne veux pas oublier ici de remercier le docteur John H. Stokes, dont l'opuscule, traduit en français, fut distribué aux médecins de la province. Mais dans le but d'être plus pratique et d'obtenir de meilleurs résultats, nous avons organisé un cours de perfectionnement en dermato-vénéréologie et urologie. Monsieur le docteur Pautrier, professeur de syphiligraphie à l'Université de Strasbourg, et autrefois de l'Hôpital St-Louis à Paris, donna ce cours à l'Université de Montréal et à l'Université Laval, Québec, en septembre 1923. Un grand nombre de médecins suivirent les leçons du docteur Pautrier.

Permettez-moi de signaler un des résultats de notre propagande éducative et scientifique. Un bon nombre de médecins praticiens remarquent une diminution dans le nombre de leurs patients vénériens, tandis que les médecins spécialistes constatent une augmentation. La raison de cet état de choses est la suivante. Les malades, comprenant mieux la gravité de leur état et comptant sur une cure plus prompte préfèrent se mettre sous les soins des spécialistes. L'on remarque aussi que les malades consultent le médecin au début de leur maladie. Il en résulte que les lésions secondaires et classiques de la syphilis sont d'une occurrence tellement rare que les professeurs de clinique à l'Université ne peuvent qu'avec difficulté en faire la démonstration aux étudiants.

La syphilis infantile sera le sujet de notre prochaine initiative. Au Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, qui aura lieu en septembre prochain, l'on s'occupera tout spécialement de cette question. Il me fait plaisir, messieurs, de vous transmettre l'invitation du Président du Congrès à assister à ce congrès. Nous comptons sur la présence de plusieurs délégués des pays d'Europe et de l'Amérique du Sud. Pourquoi les médecins des Etats-Unis ne se joindraient-ils pas à nous dans cette circonstance? Au dernier congrès

tenu à Montréal, il y a quatre ans, 600 médecins étaient présents. Nous espérons bien avoir une assistance de 1000 médecins cette année. Tout médecin qui désirerait assister au congrès, ou y présenter un travail, devra communiquer avec le docteur Albert LeSage, 46 Carré St-Louis, Montréal. Tous les travaux présentés au Congrès seront imprimés et distribués aux membres, ils seront aussi inclus dans le rapport du Congrès, et ce rapport, imprimé et relié, sera distribué.

Nous concourons dans les vues de l'Union Internationale contre le péril Vénérien, à Paris, telles que ci-après énoncées:

Les formes typiques de l'hérédo-syphilis sont loin de représenter la majorité des cas. Bien plus souvent la syphilis héréditaire prend le masque d'une autre maladie.

Chaque fois que le praticien aura le soupçon que l'hérédo-syphilis de première ou de deuxième génération est en cause, il devra confirmer ses présomptions en faisant une enquête clinique, étiologique et biologique touchant le sujet de sa famille, mais toutes les recherches peuvent être négatives alors que cependant il s'agit d'hérédo-syphilis.

Les observations faites pendant la gestation et au moment de l'accouchement (avortements multiples, naissances prématurées, hydramnios, rapport du poids de l'enfant et du placenta) fournissent des données de haute valeur.

Dans bien des cas un traitement d'épreuve doit être institué.

La syphilis héréditaire doit être traitée aussitôt reconnue et pendant de longues années. Le but à atteindre n'est pas seulement d'obtenir la disparition d'accidents syphilitiques, mais de v. . . obtenir la guérison du malade.

En cas de manifestations actives, un traitement intensif arsénical s'impose. Il doit être fait à doses progressives tout en tenant compte des contre-indications médicales absolues.

Quand toutes les manifestations cliniques et sérologiques ont disparu ou lorsque la syphilis est restée constamment latente, un traitement de fond, mercuriel ou bismuthique, doit être institué.

En cas de fonctionnement défectueux des glandes endocrines, le traitement opothérapique doit être associé au traitement spécifique.

C'est un devoir impérieux pour la mère qui a du lait de nourrir son enfant, et en aucun cas cet enfant ne sera confié au sein d'une nourrice mercenaire.

Tout hérédo-syphilitique après cessation du traitement doit rester sous la surveillance médicale longtemps prolongée.

Quant au traitement préventif des hérédo-syphilitiques, le mariage des syphilitiques devrait être explicitement défendu pendant

l'état infectieux. Les conditions requises pour le mariage de l'un ou l'autre des conjoints souffrant de syphilis sont les suivantes :

1° Un traitement prolongé dont la durée est variable, plus brève s'il est institué en période préhumorale, s'il a été intensif et bien suivi, plus longue si le sujet était déjà en période sérologique positive, si le traitement a été insuffisant et mal suivi.

2° Une période de surveillance clinique et sérologique d'une année environ pendant laquelle aucun signe d'activité syphilitique n'aura été constaté. La réactivation et la ponction lombaire en seront les compléments nécessaires.

3° Il est toujours prudent de conseiller au candidat au mariage qui réalise les conditions ci-dessus une cure dans les mois qui précèdent le mariage.

Le conjoint du syphilitique autorisé à contracter mariage doit être soumis à une surveillance clinique et sérologique. Si un homme marié contracte la syphilis, il doit être traité immédiatement d'une manière intensive non seulement dans son propre intérêt, mais aussi pour prévenir la contamination de la femme. Celle-ci doit être soumise à une étroite surveillance clinique et sérologique, la conception doit être différée, et s'il survient une grossesse, la femme sera traitée durant toute sa gestation alors même qu'elle n'aurait présenté aucun signe de syphilis.

L'enfant, dès sa naissance, même s'il ne présente à un examen complet aucun signe de syphilis, sera soumis au traitement, conformément aux conclusions des rapports sur le traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson.

A une conférence récente de l'Union Internationale contre le Péril Vénérien, sur la syphilis héréditaire, les vœux suivants furent émis :

1° Que les moyens de lutte antisiphilitique actuellement en vigueur continuent à être soutenus, soient amplifiés et dotés de crédits plus importants.

2° Que l'enseignement technique des praticiens aux cours de perfectionnement et l'instruction des étudiants au cours d'un stage obligatoire et prolongé soient dirigés dans le sens de la prophylaxie de la syphilis acquise et de l'hérédo-syphilis, traitement actif des futurs géniteurs, de la femme en état de gestation, traitement ou surveillance prolongée de descendance de syphilitique.

3° Les maternités et les organismes de puériculture (consultations prénatales, consultations de mères nourrices et de nourrissons, maisons maternelles, etc.) doivent être organisées en vue de la lutte

contre la syphilis héréditaire soit par une liaison étroite avec les dispensaires antisiphilitiques pourvus d'un laboratoire de sérologie, soit par l'adjonction d'un dispensaire spécial. Ce dispensaire de maternité fonctionnant avec la collaboration de l'accoucheur, du syphiligraphe et du pédiatre, doit assurer la continuité de la surveillance et du traitement chez la mère et les enfants.

4° Que l'éducation prophylactique du public en matière de syphilis soit poursuivie énergiquement dans tous les milieux sociaux.

5° Que l'éducation sexuelle et antivénérienne soit réalisée dans les établissements d'instruction secondaire et supérieure dans les formes susceptibles de ne pas porter ombrage aux familles et aux jeunes auditeurs.

6° Que les familles soient prévenues au moment du mariage de leurs enfants de l'intérêt qu'il y a à faire examiner les futurs époux par un médecin de façon à s'assurer qu'il n'existe pas d'infection virulente susceptible de réagir sur la descendance.

De plus, l'Exécutif de l'Union Internationale contre le Péril Vénérien recommande :

1° que, dans le contrôle sanitaire fait avant le départ des émigrants, les affections vénériennes soient dépistées, au même titre que toutes les autres maladies contagieuses;

2° que l'on n'autorise à l'embarquement les malades atteints de maladies vénériennes contagieuses, qu'autant qu'il y a à bord un service médical capable d'assurer la continuité du traitement;

3° que des arrangements soient faits avec les organisations chargées de recevoir les émigrants, pour que ces derniers reçoivent à leur arrivée tous les soins prophylactiques sanitaires et moraux.

4° que les gouvernements des différents pays suivent l'exemple donné par les Etats-Unis qui refusent l'entrée des émigrants atteints d'affections vénériennes contagieuses.

La mention de quelques autres résultats de notre travail vous intéresserait peut-être. C'est ainsi que maintenant bon nombre de jeunes gens viennent à nos bureaux pour avoir un certificat de santé avant de se présenter au mariage. J'espère que cette démarche se généralisera et qu'avant longtemps, jeunes gens et jeunes filles devront produire un certificat de santé avant de se marier.

Je mentionnerai aussi le fait que dans Montréal et autres cités de la province de Québec l'on a fait disparaître les quartiers "red light". Ceci ne signifie pas que la prostitution est complètement abolie, mais l'on peut dire qu'elle est grandement diminuée.

Avec le Professeur Bayet, je dirai que les maladies vénériennes, la syphilis comme la blennorrhagie, sont des infections contagieuses qui doivent disparaître progressivement de la liste des maux dont souffre l'humanité. Par tous les moyens que possède la science: la thérapeutique, l'éducation, la vulgarisation des notions hygiéniques et prophylactiques, l'endémie vénérienne doit être vaincue, et on a le droit, sinon le devoir, d'affirmer aujourd'hui que la réussite d'un pareil programme dépend en grande partie, non seulement de l'effort soutenu que chaque nation voudra bien accomplir dans cette nouvelle voie du progrès, mais aussi de la discipline que chaque individu responsable voudra bien s'imposer dans son propre intérêt comme dans l'intérêt des êtres humains au milieu desquels il est appelé à vivre.

Les maladies vénériennes doivent être mieux connues de tous ceux et de toutes celles qui en sont les victimes trop souvent innocentes. Si la liberté individuelle doit rester sans conteste l'idéal le plus beau comme le plus noble pour tout être pensant, il ne faut pas que cette liberté non éduquée, et par suite mal utilisée puisse être pour nos semblables la cause déterminante de leur déchéance physique ou morale. Nous possédons maintenant les moyens thérapeutiques certains de diminuer, par la stérilisation des porteurs de germes, la contagiosité d'une affection qui atteint, directement ou indirectement, mais toujours profondément, le foyer familial, et c'est au nom de la conservation de la famille, qui représente pour tous les peuples l'élément indispensable du bonheur et de la prospérité, que nous devons chercher, en groupant toutes les énergies, à supprimer l'endémie vénérienne.

En somme, je crois pouvoir dire, après plusieurs années d'observation, que je suis de plus en plus convaincu que la campagne contre les maladies vénériennes ne continuera à donner d'excellents résultats que si le public est de plus en plus renseigné sur les terribles conséquences de ce fléau mondial. C'est par une campagne d'éducation intensive que l'on tiendra l'esprit public en éveil. Par esprit public, j'entends la population entière, ceux qui sont infectés et ceux qui doivent se garantir de l'infection. Il faut, sans doute, pourvoir au traitement et à la guérison des infectés. Quant aux non infectés, qui sont le plus nombreux, il faut les convaincre de la nécessité d'unir leurs efforts pour combattre d'une manière pratique et efficace les maladies vénériennes. Ils peuvent le faire ! Ils le peuvent soit par des dons ou soit en facilitant la pénétration dans leur milieu des moyens dont dispose la science pour combattre ces maladies. Mais dans le premier comme dans le second cas, le tout se résume à une question d'éducation. Voilà ce que nous essayons d'accomplir dans la province de Québec. Aujourd'hui, je puis dire que nous avons réussi d'une manière encourageante, comme vous avez pu le noter vous-mêmes.

SEMIOLOGIE ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA SCLEROSE EN PLAQUES

Par ANTONIO BARBEAU et JEAN SAUCIER.

Boursiers du Gouvernement Provincial.

L'élargissement constant du cadre symptomatique de la polysclérose depuis la description classique de Charcot, et le silence relatif des traités de médecine plus ou moins récents sur les conceptions actuelles de cette maladie nous ont amenés à résumer ses éléments primordiaux de sémiologie et de diagnostic. Le praticien, à qui les exigences de la clientèle ne laissent pas le loisir de méditer sur des mémoires et des observations détaillés, et pour qui d'ailleurs ces lignes furent écrites, bénéficiera peut-être de notre rapide exposé.

Pour plus de simplicité, nous avons volontairement éliminé les côtés théoriques et souvent hypothétiques de l'étiologie, de la pathogénie et du traitement. Ces données de sémiologie et de diagnose représentent les éléments essentiels de la question jusqu'à maintenant.

Symptomatologie

Afin d'éviter les subdivisions à l'infini, nous décrirons d'abord brièvement la forme classique de Charcot, puis nous aborderons ensuite aussi rapidement que possible les autres formes cliniques, par ordre de fréquence.

Forme dite classique.—Quelque paradoxal que cela puisse sembler, la forme classique de Charcot représente à peine 10 à 12% de la totalité des cas. Nous la résumons ainsi avec Guillain: démarche cérébello-spasmodique ou cérébelleuse; tremblement intentionnel s'étendant au membre supérieur et au tronc avec parfois quelques oscillations de la tête, se localisant de préférence à la racine du membre, augmentant à mesure que le mouvement s'accroît, d'un rythme moyen de 5 à 7 oscillations par seconde et nul au repos; parole lente, scandée, monotone; exagération de tous les réflexes tendineux; abolition des réflexes cutanés abdominaux et du réflexe du voile du palais; nystagmus spécialement visible dans le regard latéral, souvent rotatoire; atrophie papillaire et quelquefois signes pseudo-bulbaires.

Disons néanmoins avant de passer à la description des autres modalités d'aspect, que le génie de Charcot avait entrevu le polymorphisme éventuel de sa sémiologie et que déjà dans ses "formes frustes", il ouvrit la voie aux cliniciens et traça ses cadres actuels.

Autres formes

Forme commune.—Le plus souvent, c'est un sujet de 20 à 30 ans, qui vient consulter au cours de sa seconde poussée évolutive, les premières manifestations ayant, dans l'immense majorité des cas, passé totalement inaperçues. Ces signes initiaux se révèlent d'ailleurs à l'observateur sous la forme de paresthésies diverses, de vertiges banals, ou de vagues troubles oculaires.

Avant de préciser davantage la symptomatologie de la forme commune, permettez-nous d'ouvrir une parenthèse qui nous semble pratique: les éléments en sont empruntés à une leçon toute récente du Pr. Guillain (6 janvier 1926). En se basant sur l'hypothèse vraisemblablement infectieuse de la sclérose en plaques, il a traité comme une infection ordinaire (urotropine, salicylate de soude, collargol, etc.) quelques malades qui l'avaient consulté pour des paresthésies, des vertiges, de la fatigabilité ou des troubles de la vue. Bref, pour des manifestations de tout début. Or, ces malades, suivis depuis plusieurs mois, ont d'abord guéri de leurs malaises, et n'ont pas présenté d'accidents ultérieurs. Nous nous garderons bien de conclure à leur guérison définitive, ce qui est cependant possible, mais nous insisterons avec le Pr. Guillain sur le fait que même s'il s'agissait d'une rémission prolongée, cette notion d'une éventualité thérapeutique curative précoce ne doit jamais être négligée devant un malade suspect de prépolysclérose.

Quelques mois après ces premiers accidents, surtout s'ils n'ont pas été traités, la fatigabilité et les vertiges s'accroîtront, les fourmillements et les engourdissements seront plus fréquents, des raideurs seront perçues aux membres inférieurs, l'équilibre deviendra incertain, et sous forme de diplopie ou de diminution de l'acuité visuelle (phénomènes oculaires les plus fréquemment accusés), le nerf optique traduira son atteinte. Pour étayer le diagnostic encore hésitant, viendront s'ajouter, d'emblée, ou lors des poussées évolutives subséquentes: la dysmétrie, l'hyperexcitabilité labyrinthique (presque constante), les symptômes pyramidaux (exagération des réflexes tendineux, signe de Babinski, clonus du pied, etc.), l'abolition des réflexes cutanés abdominaux, et du réflexe du voile du palais, le nystagmus, parfois l'hippus, et enfin la réaction positive au benjoin colloïdal du liquide céphalo-rachidien (étudiée sur 16 tubes) alors que le B.-Wassermann, la lymphocytose et l'albuminose seront normaux. Très rarement la parole scandée, les troubles mentaux

(démence polysclérotique de Lhermitte) et le tremblement intentionnel seront observés.

Forme à début oculaire.—Elle commence par une diminution de l'acuité visuelle ou par une amaurose subite. Il s'agit alors d'une névrite rétro-bulbaire, qui s'extériorisera par une décoloration temporale de la papille atteignant la périphérie, un scotome central, un rétrécissement concentrique du champ visuel, et des accès soudains d'amblyopie passagère.

Forme paraplégique pure.—C'est le tableau clinique de la paraplégie spastique d'Erb à généralisation plus ou moins hâtive. Nous reparlerons de ces deux dernières formes plus en détail au chapitre du diagnostic différentiel.

Formes rares.—A côté des quatre descriptions cliniques déjà brièvement énumérées, il faut constamment avoir à l'esprit que la sclérose en plaques peut revêtir les aspects les plus variés, voire les plus invraisemblables. La seule notion d'une multitude d'îlots de sclérose disséminés sur tout l'étendue de l'axe nerveux nous dispensera de commentaires. En pratique, devant une symptomatologie obscure, bizarre et inexplicable, surtout en présence de symptômes qui ne régressent pas devant leurs agents thérapeutiques habituels, il faudra toujours penser à la polysclérose, d'autant plus souvent que l'affection est en réalité très fréquente.

Les formes rares finissent toujours par présenter, après plusieurs poussées évolutives, un tableau plus ou moins complet de la maladie. Elles sont cependant intéressantes à connaître à cause de leur mode de début. Ce polymorphisme excessif des entrées en scène de l'affection ne nous permet pas de les énumérer toutes. Il faudrait passer en revue l'entière pathologie nerveuse. Aussi ne mentionnerons-nous que les plus importantes.

Lhermitte a rapporté l'année dernière à la Société de Neurologie un cas de sclérose en plaques à forme sensitive. Il s'agissait de douleurs à type de décharges électriques, survenant à chaque flexion céphalique du malade. Ces douleurs avaient pour caractéristiques d'être brèves, d'une extrême acuité, et de cesser aussitôt que le sujet donnait à sa tête la position de rectitude. Ces phénomènes douloureux coexistaient avec les autres manifestations parasthésiques déjà mentionnées et contrastaient avec la pénurie des réactions motrices.

Sous le nom d'ataxie aiguë, Guillain a décrit un syndrome pyramido-cérébelleux qui régresse rapidement sans laisser de traces, et

qu'il considère comme une forme abortive possible de la sclérose en plaques.

Parfois, le premier symptôme sera une hémiplégie brusque chez un individu jeune, et qui en imposera longtemps pour une artérite spécifique.

Enfin, pour terminer, mentionnons des syndromes polysclérotiques ressemblant à la sclérose latérale amyotrophique, à l'épilepsie, au tabès, aux paralysies oculaires, etc.

Pour ne pas charger un exposé déjà long, nous avons passé sous silence certains symptômes accessoires tels que la dissociation du réflexe médio-pubien, les troubles urinaires, l'adiadoconésie, etc. Notre description forcément très concentrée s'est proposée comme double but de préciser plusieurs détails de sémiologie et de détruire le préjugé de l'ancienne conception évidemment trop restreinte de la sclérose en plaques. Pussions-nous y avoir réussi !

Avant d'aborder le problème diagnostique de la question, nous insistons encore une fois sur l'importance de pratiquer la ponction lombaire toutes les fois que la polysclérose sera soupçonnée. La réaction au benjoin demeure en définitive le symptôme le plus constant de la maladie.

Diagnostic différentiel

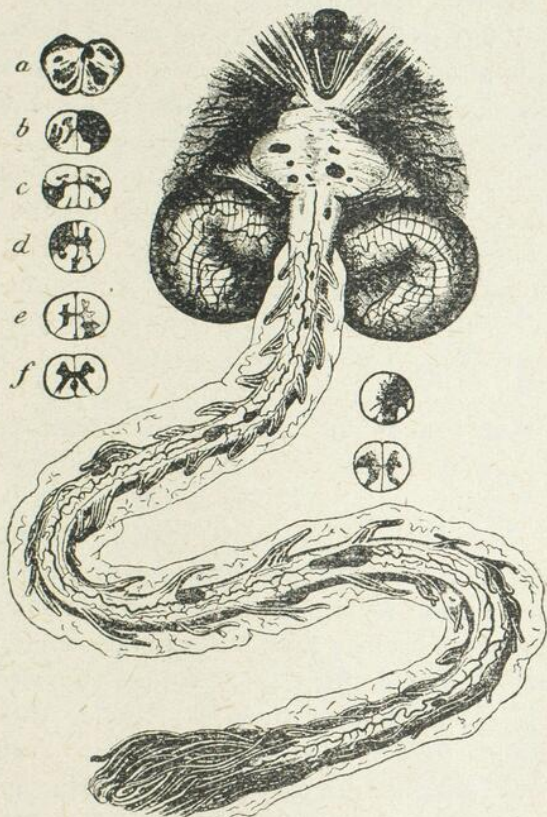
On a dit de l'hystérie qu'elle pouvait simuler tous les syndromes de la neurologie. La sclérose en plaques fait plus: cliniquement, elle les crée. C'est avec la pluralité de ses localisations anatomo-pathologiques la raison de sa difficulté diagnostique. Toutefois, la teinte bien caractéristique de chacun de ses symptômes tels que nous les avons décrits déjà, leur mode d'agencement dans chacune de ses formes cliniques permettent en général d'isoler assez rapidement la sclérose en plaques des autres entités nosographiques de la pathologie nerveuse.

A.—*Forme classique de Charcot.*—Quand s'ajoutent au trépied symptomatique (parole scandée, nystagmus, tremblement intentionnel) les troubles oculaires et paréto-spasmodiques, le diagnostic différentiel n'est pas à faire. Cette forme est rare; nous ne voulons pas nous y arrêter. Il nous tarde d'étudier les formes atypiques, qui nous intéressent particulièrement aujourd'hui.

B.—*Autres formes.*—Celles-ci sont essentiellement constituées par des troubles oculaires, cérébello-vestibulaires et paréto-spasmodiques, tantôt isolés, tantôt pris en bloc. Quels sont donc les maladies ou les syndromes qui peuvent présenter un tel tableau ?

1.—Maladies à symptomatologie paréto-spasmodique :

a. *Origine cérébrale*: Tout le monde sait que les lésions cérébrales, localisées dans la sphère motrice, (hémorragies par artérite ou hyperpression; ramollissement par thrombose ou post-embolique) réalisent des paraplégies "secondairement" spasmodiques. Il s'agit habituellement d'hémiplégie, à moins de lésions bi-latérales, ce qui est exceptionnel. L'anamnèse, la constatation de signes de spécificité, de cardiopathie, de Bright, de vascularite, de troubles objectifs



Moelle et partie inférieure du cerveau dans un cas de sclérose en plaques (d'après Leyden). Les îlots de sclérose sont indiqués par la teinte plus foncée.

a — f, Coupes de la moelle à diverses hauteurs.

intenses des sensibilités sont des plus suggestifs. L'hémorragie méningée abondante, les inondations ventriculaires réalisent des contractures précocement généralisées, coïncidant avec des signes d'hypertension crânienne, (v.g. pupille en mydriase demesurée d'un

côté), voire même de localisations. Le début est brutal. La sclérose en plaques à commencement apoplectiforme est rare. On ne saurait, vu la richesse de leurs manifestations symptomatiques, la confondre avec les maladies ci-dessus.

b. *Origine médullaire*: La sclérose en plaques se révèle souvent comme une myélite au début (Dana). La claudication intermittente de la moëlle se retrouve dans quasi toute la pathologie médullaire. Elle ouvre souvent la scène dans la sclérose multiloculaire (Guillain). Par la suite, le complexe symptomatique de cette dernière peut évoquer l'idée d'une foule de maladies ou de syndromes de la moëlle épinière. Nous allons sommairement en récapituler les principaux.

Éliminons immédiatement les paraplégies d'origine périphérique (alcool, diphtérie, diabète, plomb, arsénic). La paralysie y est flasque; les réflexes abolis comme dans les polynévrites... De côté aussi, les maladies de la moëlle à paraplégie généralement flasque, que leur évolution soit aiguë ou chronique. Telles sont la poliomyélite antérieure aiguë, la poliomyélite antérieure chronique, la paralysie ascendante de Landry. Elles n'entrent pas dans le cadre de notre travail. Leurs localisations lésionnelles ne sont pas celles qu'ont l'habitude d'affecter les plaques de sclérose. Nous ne nous arrêterons qu'un instant aux *traumatismes médullaires*, que les travaux de Déjerine et Thomas, ceux de Lhermitte et Roussy, ceux de Guillain et Barré ont mis en lumière. La variabilité des symptômes y est très grande suivant les régions atteintes. Les lésions siègent surtout dans la substance grise, contrairement à ce qu'on remarque dans la sclérose en plaques qui aime la substance blanche. Telle est la commotion médullaire où la paralysie est flasque, où les symptômes ont tôt fait de régresser; telle est l'*hématomyélie*, où les troubles sensitifs sont marqués, où la phase de choc est nette, la paralysie flasque et l'évolution cheminant vers l'aggravation. Le "*railway-spine*" (Page, Charcot) est une paraplégie hystérique, d'origine traumatique. Nous y reviendrons plus tard, ainsi qu'aux syndromes réalisés par les compressions osseuses, par les hémato-rachis, consécutifs à un trauma.

Le *tabès* est une maladie fréquente malgré notre arsenal anti-syphilitique moderne. Les racines et les cordons postérieurs y sont touchés. La voie du réflexe étant plus ou moins coupée, apparaissent les divers troubles ataxiques et hypotoniques. Les réflexes tendineux sont partiellement abolis ou faibles (achilléens et rotuliens). La sensibilité profonde est très adultérée (Grasset). Des douleurs fulgurantes font leur apparition. Les autres signes de la spécificité

nerveuse sont constatables : Argyll-Robertson, anamnèse, hyperlymphocytose, hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, B.-Wassermann positif. Le diagnostic dans les cas de tabès types n'est guère à poser avec la sclérose en plaques. Reste le *tabès combiné de Brissaud*, dont on est allé jusqu'à nier l'existence. Il semble néanmoins qu'il constitue une entité clinique (Déjerine, Grasset), que la sclérose en plaques paraît parfois réaliser. On observe alors (Charcot, Raymond) : "un tableau morbide qui simule jusqu'à un certain point l'ataxie locomotrice, signe de Romberg, incoordination motrice, douleurs fulgurantes, hypoesthésie et jusqu'à des troubles urinaires." Cependant, l'absence des signes de laboratoire au point de vue spécifique, l'Argyll inexistant, l'évolution, la réapparition des réflexes tendineux, la complétion de la symptomatologie propre à la sclérose multiloculaire impose à la fin le diagnostic, qu'on aura rarement à faire.

La *myélite transverse*, d'origine spécifique, réalise une paraplégie flasque d'abord et qui se raidit par la suite. Les sphincters sont touchés et les troubles objectifs de la sensibilité manifestes. Les réflexes tendineux sont abolis; les cutanés supérieurs en général exagérés. C'est le contraire de ce qu'on voit dans la sclérose en plaques. La durée de la myélite transverse est d'ailleurs variable: elle évolue en quelques jours ou quelques semaines.

La *méningite spinale spécifique*. Elle se présente par des douleurs rachidiennes, variables comme siège, avec irradiations; la colonne verdâtre est rigide; il n'y a pas de fièvre. La rachialgie revient quasi toutes les nuits (Charcot). Elle a une haute valeur diagnostique.

Dans la *syphilis médullaire* peut encore s'installer une paraplégie à début brusque. On y retrouve cependant à un examen attentif des prodromes dont le plus saillant est la claudication intermittente de la moëlle (Déjerine). Après la fatigue, les réflexes tendineux s'exaltent. On note des cloni et parfois un Babinski passager. Des crampes, des fourmillements, des troubles de localisation dans les membres inférieurs, quelques troubles génito-urinaires. Puis, consécutive à quelques ictus médullaires successifs, la paraplégie s'installe. Là encore il faut rechercher les signes de spécificité nerveuse.

De tous les syndromes médullaires dus à la syphilis, celui qui rappelle plus la sclérose multiloculaire est indubitablement la *paraplégie spasmodique décrite par Erb*. Le système pyramidal y est bi-latéralement atteint. Elle débute par une claudication intermittente de la moëlle. La force musculaire est peu touchée, la sensibilité

ne se révèle prise que par de vagues fourmillements. On note des troubles vésico-rectaux précoces. La contracture est d'intensité variable et progressive (simple hypertonie, marche sautillante, marche en gallinacées de Charcot, état grabataire). Le Babinski est toujours présent, les réflexes de défense sont vifs, moins cependant que dans la paraplégie en flexion. Les réflexes cutanés supérieurs, et ceci est important, sont eux aussi exagérés. Tous les autres signes de spasticité existent. Il n'y a pas d'amyotrophie. Ces malades sont en plus des hyperémotifs (Pierre Marie). Cependant, on ne retrouve pas les phénomènes cérébello-vestibulaires de la sclérose en plaques, ni les troubles oculaires, à moins que la syphilis ne s'étende à tout l'axe nerveux. L'évolution est lente et progressive, sans rémission, si le traitement n'intervient point. La preuve d'une syphilis du névraxe sera faite d'autre part par la ponction lombaire.

Avant de laisser les manifestations médullaires de la syphilis, notons leur étonnant polymorphisme, qui les apparente à la sclérose en plaques, et qui imposait ce long diagnostic différentiel. En présence de cas douteux, il faut toujours l'éliminer et rechercher ses stigmates, enfin, avoir recours à la ponction lombaire ainsi qu'à l'épreuve thérapeutique. Chose assez étonnante et que nous tenons à signaler, cette dernière épreuve pourra parfois donner dans la sclérose en plaques possiblement par coïncidence avec ses rémissions spontanées si fréquentes. Le Dr André Thomas a rapporté des faits de ce genre.

Les *compressions de la moëlle* par lésions vertébrales (mal de Pott, cancer vertébral, trauma, exostoses diverses), par méningite spinale hypertrophique, par tumeurs extra ou intra-méningées, par tumeurs malignes ou bénignes des méninges, par hématorachis, par tumeurs de la moëlle proprement dite (tubercules, gommes, tumeurs épithéliales à cellules en palissade: Madame Déjerine et Jument), peuvent peut-être à la période de contractures faire penser à la sclérose en plaques. Elles se révèlent par des radiculites, s'accompagnant d'exagération des réflexes tendineux et de cloni. Plus tard, le tableau se modifie. Les membres inférieurs sont engourdis, pesants; la paraplégie se constitue plus ou moins selon la hauteur de la compression. La flaccidité est transitoire dans la plupart des cas. En général, la contracture est précoce, la paraplégie spasmodique. Elle revêt souvent la forme de paraplégie en flexion, décrite par Babinski en 1911. Les sphincters sont d'autant plus touchés que la lésion siège plus près de la région lombo-sacrée. Les troubles de la sensibilité sont très importants. Une ponction lombaire étagée fournira des

renseignements intéressants (hypertension au-dessus, hypotension au-dessous de l'obstacle). Dans le liquide céphalo-rachidien, on notera une dissociation albumino-cytologique; parfois se réalisera le syndrome de Froin (xanthochromie et coagulation massive avec éventuellement hypercystose) dont Monsieur A. Léger rapportait un exemple intéressant dans l'*Union Médicale du Canada* il y a déjà quelques années. Enfin, la radiographie aidera grandement au diagnostic, surtout après l'épreuve au lipiodol de Sicard.

Toute une série de maladies familiales peuvent faire penser à la sclérose en plaques, n'était le fait que plusieurs membres d'une même famille sont ordinairement atteints, — seulement quelques cas de polysclérose ont été signalés ayant ce caractère, — et la date d'apparition plus précoce. Nous ne faisons que mentionner la *maladie de Little*. La *paraplégie spasmodique familiale* (Strumpell, Lorrain) présente deux formes cliniques: forme paraplégique pure, forme de sclérose en plaques. Cestan et Guillain ont insisté particulièrement sur cette dernière. On y remarque du tremblement intentionnel des membres supérieurs, du nystagmus, de la dysarthrie, certains phénomènes cérébelleux, auxquels s'ajoutent des syndromes extra-pyramidaux (Marinesco). Rappelons seulement que la notion d'hérédité domine cette maladie et que le caractère familial est nécessaire et essentiel pour l'affirmer. En plus, elle apparaît ordinairement entre 8 et 15 ans. Se rapprochant de cette affection, les deux cas présentés par Guillain dans une de ses leçons récentes (27 novembre 1925) et qui se caractérisaient par de la paraplégie en flexion, des signes pyramidaux, extra-pyramidaux, une attitude parkinsonienne de la main, petit tremblement et myoclonies des muscles de la face, réflexes de postures, xypho-scoliose, altérations du pied genre Friedreich. On ne risque de rencontrer de tels cas que dans les services très spécialisés. Ils n'intéressent le praticien qu'à titre de curiosité scientifique.

La *syringomyélie*. Dans sa forme spasmodique (Guillain), elle peut parfois faire croire à une sclérose en plaques. Le diagnostic sera cependant rapidement fait si le tableau se complète de la dissociation des sensibilités, de xypho-scoliose, d'atrophie Aran-Duchenne.

La *sclérose latérale amyotrophique* présente elle aussi une paraplégie spasmodique. Mais l'atteinte de la corne antérieure se révèle par des amyotrophies caractéristiques. Et rarissimes sont les cas rapportés de sclérose en plaques se compliquant d'amyotrophie marquée. L'évolution de la maladie de Charcot est d'ailleurs plus

rapide, et dans la majeure partie des cas, la mort par troubles bulbaires attend ces malheureux malades.

Avant d'aborder les maladies à symptomatologie vestibulo-cérébelleuse, nous voulons dire un mot de la maladie de *Freidreich*, qui tient à la fois au syndrome cérébelleux et à la paréto-spasmodicité. Il y a atteinte de la motilité, de l'ataxie (démarche, tabéto-cérébelleuse de Charcot), de l'instabilité choréiforme, des déformations (pied-bot, main-botte), des troubles de la mastication, de la déglutition, de la parole (lente, traînante, gênée, embrouillée dans certains mots). Les contractures y sont rares. La sensibilité est aussi touchée, surtout diminuée objectivement dans toutes ses formes. On a du nystagmus. Les épreuves vestibulaires révèlent une hypo-excitabilité. Les réflexes tendineux sont absents; les cutanés supérieurs vifs. C'est en opposition flagrante avec ce que l'on retrouve dans la sclérose en plaques. D'autre part, la maladie de *Friedreich* a un caractère familial et débute dès l'enfance.

2.—Maladies à symptomatologie vestibulo-cérébelleuse :

Dans la sclérose en plaques, les symptômes cérébello-vestibulaires ont une très grande importance. Ce sont les divers troubles ataxiques, dysmétriques, tremblement intentionnel, troubles de coordination, de la parole, nystagmus, etc. Le diagnostic s'impose donc avec les maladies qui peuvent créer une telle symptomatologie. Il en est dont les lésions ne sont pas situées au niveau des voies cérébello-vestibulaires; nous devons les insérer quand même dans ce cadre par ailleurs très artificiel. Telles sont la chorée, l'encéphalite épidémique, la maladie de Wilson, la P. G., l'épilepsie, etc.

Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse de Thomas et Déjerine. Cliniquement, elle réalise le syndrome cérébelleux pur. Il existe du tremblement intentionnel. La démarche est franchement cérébelleuse. Aucune modification de la force musculaire ou de la sensibilité. La parole est un peu scandée, hésitante; la prononciation des mots d'épreuve est difficile. Les mouvements réflexes sont normaux ou peu exagérés. Le début apparent de l'affection est lent et se produit vers la quarantième année. L'évolution est progressive. Le syndrome, jusqu'à maintenant assez différenciable de la sclérose en plaques, sera plus ardu à isoler si cette atrophie se complique de phénomènes médullaires.

Les tumeurs cérébelleuses présentent à peu près la même symptomatologie. S'y ajoutent cependant des signes d'hypertension cra-

nienne (manifestations oculaires, liquide céphalo-rachidien hypertendu, céphalée, vomissements) et parfois des signes de localisation plus ou moins nets.

L'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie se développe dans le jeune âge et se manifeste par de l'ataxie, du nystagmus, du pseudo-tremblement à l'occasion des mouvements intentionnels. Les réflexes rotuliens sont renforcés; les cutanés supérieurs peuvent être abolis. La sensibilité est parfois perturbée. Des troubles oculaires rappelant la sclérose en plaques ont été notés. La parole est lente, gutturale, hésitante, explosive, moins scandée toutefois que dans la sclérose multiloculaire. L'évolution est progressive. D'autre part, il s'agit d'une maladie rare, à note héréditaire, apparaissant à un âge qui n'est pas celui de la sclérose en plaques.

"Etant donné la spasmodicité", écrit le Pr. Guillain au sujet de l'ataxie aiguë, "l'asynergie, la dysmétrie, les troubles des membres inférieurs, les modifications éventuelles de la parole, on pourrait penser à une sclérose en plaques, mais le mode d'évolution, l'intensité du début, peuvent orienter le diagnostic." Ajoutons que l'ataxie aiguë disparaît bientôt (quelques semaines à quelques mois) sans laisser ordinairement de séquelles.

A cause du tremblement, la sclérose en plaques peut éveiller l'idée de la maladie de Parkinson ou d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique ainsi que d'intoxications diverses, notamment mercurielles, et dans certaines circonstances bien déterminées de chorée et d'épilepsie. En ce qui a trait à cette dernière, nous savons que parfois on constate, mais c'est encore une rareté, des crises épileptiformes au début d'une sclérose en plaques. Elles s'associent d'ailleurs à d'autres signes polysclérotiques. En somme ce n'est certainement pas là un diagnostic bien difficile. Celui de la chorée ne l'est guère davantage. Le mouvement choréique désordonné, dysharmonique, sans rythme, irrégulier, ne ressemble pas au tremblement; l'âge de son apparition, précoce dans la chorée de Sydenham, tardif dans celle d'Huntingdon, ne cadre pas avec la date de début de la sclérose multiloculaire. Inutile de signaler l'athétose, dont les mouvements lents, de reptation, d'amplitude faible, se localisent à l'extrémité distale des membres et n'ont absolument rien du tremblement.

Les parkinsoniens sont des figés et des trembleurs. Ils ont une intense sialorrhée. Leur tremblement atteint la tête et les membres supérieurs dont ils affectionnent l'extrémité distale. Dans une communication récente à la Société de Neurologie, soit dit entre

parenthèses, M. Froment prétend que le tremblement parkinsonien n'est pas un tremblement de repos, ce qui pourrait peut-être l'apparenter à celui de la sclérose en plaques, mais les syndrome parkinsoniens ont par ailleurs une symptomatologie assez riche pour que nous soyons dispensés d'y insister davantage.

Parmi les tremblements toxiques, le seul qui puisse rappeler d'assez près celui de la sclérose en plaques est le tremblement mercuriel. Il en a la forme, le mouvement; il siège aussi à la racine du membre. Seulement, il existe au repos, et son amplitude est moindre. Il faudra compter aussi sur le reste de la symptomatologie avant de se prononcer (signes de néphrite, d'entérite, de stomatite). Le tremblement *hystérique* a, dit Lévy-Valensi "pour caractère de n'en pas avoir, c'est-à-dire de les avoir tous". Ce polymorphisme devra mettre en garde et faire immédiatement soupçonner le pithiatisme.

La *paralysie générale* fut parfois cause d'erreurs de diagnostic. Elle possède un tremblement (de faible amplitude), des troubles de la parole, (empâtement, achoppement dans les mots d'épreuve), et des troubles intellectuels (démence globale progressive; perte de l'auto-critique, euphorie, etc.). Le grand apport diagnostique sera fourni par la ponction lombaire et par l'évolution.

Le *vertige* est parfois le premier symptôme en date de la sclérose en plaques. Il se retrouve toutefois dans quantités d'affections. Les maladies du labyrinthe le créent; dans ces cas, il est rare qu'en plus du nerf vestibulaire, le cochléaire ne soit pas également pris. La non-perméabilité tubaire est encore une cause de vertige. La syphilis, secondaire ou tertiaire, ou au début de son traitement arsénical, produit parfois des troubles vertigineux et auditifs. Les affections de l'œil suffisent à le provoquer dans certains cas. La plongée du regard dans le vide proche, certains troubles généraux le possèdent dans leur cortège symptomatique.

Le *nystagmus* est encore très fréquent dans la sclérose en plaques. Nous en avons donné les caractéristiques dans notre symptomatologie et vu dans notre diagnostic les maladies dans lesquelles on le rencontre. Vertige et nystagmus constituent l'apport vestibulaire au syndrome de la polysclérose. Ils sont des plus fréquemment précoces, et selon l'opinion de Barré, ils constituent peut-être la dominante de la sclérose en plaques.

3.—Maladies à symptomatologie oculaires:

La sclérose en plaques crée deux ordres de symptômes. Elle atteint la musculature de l'œil et l'œil lui-même. Les paralysies oculaires isolées se rencontrent parfois (III, IV et VIe paires), plus fréquemment ce sont les mouvements associés de latéralité qui sont pris. Pour certains auteurs (Sauvineau), le nystagmus n'en serait que le résultat. Coppez et avec lui la plupart des neurologistes en font cependant un symptôme labyrinthique. L'ophtalmoplégie extrinsèque totale, déterminant le faciès d'Hutchinson, est rare. L'appareil sensoriel est habituellement le plus touché. L'atrophie optique est incomplète; un segment de la papille (le temporal dans la règle) est décoloré jusqu'à la périphérie. Ce dernier caractère différencie la sclérose en plaques d'une excavation physiologique large de la papille. Les troubles subjectifs: dyschromatopsie, baisse de l'acuité visuelle, ont été signalés au cours de notre symptomatologie, et finissent par déterminer le "regard vague" déjà décrit par Charcot. A noter enfin, (de Lapersonne et Cantonnet) que ces troubles sont habituellement unilatéraux (une fois sur deux), ou au moins inégaux d'un côté à l'autre.

La *syphilis* peut créer de toute pièce la symptomatologie oculaire de la sclérose en plaques... il faudra donc commencer par l'éliminer. La présence d'un Argyll, d'une déformation pupillaire en dehors de tout trauma, l'existence d'autres stigmates spécifiques, la ponction lombaire orienteront le médecin.

L'*encéphalite épidémique* détermine souvent des troubles dans les mouvements associés des yeux, notamment dans ceux de la convergence. Elle s'accompagne aussi de diplopie. Ces malades sont souvent des figés; l'anamnèse révélera une somnolence ou une insomnie accompagnant une pseudo-grippe; on retrouvera fréquemment de l'hyperglycorachie.

En ce qui a trait à ce diagnostic différentiel des maladies de l'œil, le médecin praticien fera bien d'avoir recours au confrère spécialisé. D'autant plus que ce dernier tranchera souvent le diagnostic encore hésitant, les symptômes oculaires pouvant procéder de 6 à 12 ans l'apparition des autres signes de la polysclérose.

4.—Addendum :

Au cours de ce très long diagnostic différentiel, nous avons peu insisté sur l'*hystérie*. Elle est ici comme partout la grande simula-

trice. Les plus grands maîtres s'y sont laissé prendre. Nous avons vu tous deux à la consultation de M. Babinski un jeune pithiatique, totalement paraplégique, étiquetté sclérose en plaques par certains des meilleurs neurologistes parisiens, que M. Babinski guérit quasi complètement en moins d'une semaine par la simple suggestion. Le diagnostic est d'autant plus difficile, — Clovis Vincent qui connaît très bien l'hystérie affirme que dans certains cas il est presque impossible — que l'hystérie peut se greffer sur une polysclérose. Les deux maladies se retrouvent chez des personnes jeunes, la sclérose en plaques cependant plus fréquente chez l'homme, l'hystérie chez la femme. Les deux peuvent être consécutives à un trauma, à un choc émotionnel, à une maladie infectieuse. Les deux présentent des symptômes bizarres, susceptibles de profondes modifications dans leur caractère et leur durée. On a noté dans l'hystérie des signes cérébelleux, de la parole scandée et du tremblement intentionnel. L'hystérie peut aussi (Parinaud) déterminer des troubles limités à l'un des nerfs de l'œil: Les mouvements associés n'y sont jamais affectés. Malgré cette communauté apparente de symptômes, on peut étayer un diagnostic en se basant sur les données suivantes. Jamais l'hystérie ne réalise le nystagmus, l'atrophie optique, les oscillations de la tête et du tronc, les troubles des sphincters, une véritable excitabilité des réflexes tendineux, de l'authentique clonus à oscillations égales et rythmées du pied ou de la rotule, une exagération des réflexes de défense, un véritable réflexe plantaire de Babinski, une abolition des réflexes abdominaux et crémastériens. Les épreuves classiques pourront chez l'hystérique faire croire à de véritables symptômes cérébelleux. Changeons les épreuves et nous ne révélerons plus ni de véritable hypermétrie, ni de véritable asynergie, ni de véritable adiadococinésie, et disparaîtra alors aussi le pseudo-tremblement intentionnel, lequel, dans la sclérose en plaques, est lié en grande partie à une hypermétrie et à une asynergie orthodoxes. La parole de l'hystérique peut être haletante, entrecoupée; elle ne ressemble pas en général à la parole scandée de la sclérose multiloculaire. Ces signes négatifs constatés, il y aura parfois intérêt à étudier la mentalité du sujet, à repérer sa suggestibilité, à considérer son hérédité et le comportement de son entourage.

Westphal a décrit une maladie, la *pseudo-sclérose* qui porte son nom, s'apparentant beaucoup à la sclérose en plaques. D'aucuns lui ont donné une étiologie hérédo-spécifique ou post-encéphalitique; d'autres l'ont voulue pithiatique. Aucune lésion bien caractéristique n'y fut décrite. En toute occurrence, elle s'accompagne de troubles

mentaux évoluant vers une démence d'intensité moyenne, beaucoup plus précoce que dans la polysclérose. Le tremblement y est lent (2 ou 3 oscillations par seconde). Jamais de troubles de la parole, de nystagmus, d'atrophie optique. Le diagnostic, en médecine courante, ne se pose presque pas.

Conclusions:

A retenir de cet article plus long que nous l'aurions voulu, les quelques conclusions suivantes :

1. La forme classique de la sclérose en plaques décrite par Charcot est rare; les formes atypiques sont celles qu'il s'agit de connaître et de diagnostiquer.

2. La polysclérose est une des rares maladies organiques du système nerveux apparaissant à cette période de la vie: 20 à 30 ans (Dana), et avec la syphilis une des plus fréquentes (Guillain, Long).

3. Une maladie caractérisée par de véritables phénomènes cérébello-vestibulaires, des troubles paréto-spasmodiques et oculaires a grande chance d'être de la sclérose en plaques.

4. Devant un tableau clinique de sclérose en plaques à peu près complet, surtout en présence d'un malade en cours de poussée évolutive, on évitera la ponction lombaire qui a parfois donné à la maladie une marche suraiguë. On la réservera plutôt aux cas douteux. Le liquide céphalo-rachidien sera alors normal dans toutes ses réactions sauf pour celle au benjoin colloïdal.

5. En présence d'une maladie nerveuse à manifestations bizarres et ne cadrant pas avec la neurologie classique, adopter à l'égard de la polysclérose la ligne de conduite tracée pour l'hystérie et la syphilis: y penser toujours.

BIBLIOGRAPHIE

Bing.—Les maladies nerveuses en 30 leçons.

Charcot.—Leçons sur les maladies du système nerveux.

Claude.—Les maladies du système nerveux.

Collins et Noguchi.—An experimental study of multiple sclerosis, in J. A. M. A. 22-12-23.

Crouzon.—Les maladies nerveuses familiales in Coll. Sergent.

Dana.—Diseases of the nervous system.

Déjerine et Thomas.—Les maladies de moëlle.

De Lapersonne et Cantonnet.—Neurologie oculaire.

LES RAYONS X EN DERMATOLOGIE (1)

*Par le Docteur ALBERIC MARIN,
Assistant à la Clinique de Dermato-syphiligraphie de
l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.*

Nous abordons dans ce chapitre le traitement radiothérapique de certaines formes de la tuberculose cutanée.

Nul ne prétend que les radiations soient le traitement spécifique des affections bacillaires. Il n'en existe pas.

Mais les Rayons X, associés aux Ultra-Violets, rendent d'immenses services là où les autres médications sont inefficaces, insuffisantes ou même dangereuses.

Ces deux rayonnements se complètent fort heureusement: les X agissent par leur pouvoir sclérosant et les U. V. en tonifiant l'état général par un mécanisme encore mal élucidé. C'est à ce titre que l'emploi de ces derniers est d'ores et déjà universellement recommandé en phthisiothérapie et spécialement dans les affections dermatologiques causées par le Koch.

Lupus de Willan

C'est une forme atténuée de la bacilliose cutanée, principalement lorsqu'il s'agit des variétés "non tumidus" et "non exedens".

Son traitement est un sujet inépuisable, comme du reste tout ce qui a trait à la tuberculose. La meilleure preuve qu'il n'en existe aucun de merveilleux, aucun de bien satisfaisant même, c'est la multitude de ceux qui sont préconisés. Dernièrement Darier présentait un malade apparemment guéri par le trichlorure d'antimoine.

Plus récemment encore, Aurégan, de Lannion, donnait à la Société française de Dermatologie une très intéressante communication où il relatait plusieurs cas de guérison de Lupus vulgaire par curettage profond suivi de colmatage à la poudre de permanganate de potasse.

La Finsenthérapie et les Ultra-Violets comptent de bons résultats.

Le thermocautère, la cryothérapie, la douche filiforme, l'électrocoagulation ont chacun de leur côté remporté des succès mais ont aussi subi de nombreux échecs.

(1) Voir la première partie dans le numéro de juillet 1926.

L'exérèse serait conseillée dans le cas d'un petit lupus des membres ou du tronc. Si la lésion siège à la face, l'ablation chirurgicale peut être faite à condition que le placard lupique soit de peu d'étendue, bien circonscrit, esthétique. Néanmoins, même si l'opération possible est faite selon tous les desiderata, il est de toute nécessité de surveiller attentivement, durant longtemps, la cicatrice ainsi que son voisinage pour y détruire tout de suite les lupomes qui y renaîtront.

Dans le cas d'une vaste lésion tuberculeuse, ulcéreuse, spongieuse et bourgeonnante la Radiothérapie aide puissamment. Il est bien entendu que les Rayons X seuls ne sauraient en aucune façon guérir le lupus. Ils ne sont pas microbicides et leur action sur le bacille de Koch est nulle. Il n'en est plus qui croient à leur vertu antiseptique "in vitro" ou "in vivo".

On ne doit donc espérer stériliser un placard tuberculeux par leur emploi, si prolongé et si intense soit-il. Ce serait une lourde erreur.

Mais ces radiations constituent un admirable moyen, non brutal, non sanglant, non douloureux, pour en quelque sorte débayer le terrain, le préparer à d'autres méthodes, en activer la sclérogénèse.

Il ne faut pas se faire d'illusions: le meilleur agent thérapeutique, le seul, devrions-nous dire, c'est la défense que fournit l'individu lui-même contre l'infection. Tous les moyens que nous employons n'ont d'autre but et d'autre résultat que de stimuler cette défense.

Les caustiques chimiques, les divers agents physiques, les scarifications provoquent ou favorisent ce processus de sclérose, "qui est celui que la nature emploie dans les cas de guérison spontanée", ainsi que le faisait très justement remarquer Darier. Il serait bon d'ajouter que ces cas sont toutefois d'une excessive rareté.

Des centres de cicatrisation sont créés qui s'opposent à l'essaimage des lupomes, qui les étoufferont en quelque sorte et la nature fera le reste, accomplira son œuvre bactéricide soit par ses anticorps soit par un autre mécanisme que nous ignorons.

Les scarifications linéaires quadrillées et l'igni-puncture constituent la meilleure médication de fond. Le galvanocautère détruira les lupomes visibles; puis les scarifications en hacheront le territoire.

Cependant en présence d'un lupus vorax, dont la rapidité d'envahissement est parfois très grande, d'un lupus ulcéreux avec masses bourgeonnantes, la radiothérapie s'impose.

Après son entrée en jeu, les lésions s'affaissent, l'extension est enrayée; les autres méthodes peuvent alors entrer en scène.

L'ère des doses massives a vécu. Il ne faut plus — sous peine de désastres dont nous connaissons personnellement certaines victimes — se servir de doses brutales. Cette méthode était autrefois utilisée, alors que l'on avait l'espoir de guérir un lupus en le sidérant d'emblée. On croyait encore à la vertu bacillicide des radiations. C'était une "therapia sterilisans magna".

On doit irradier par doses modérées, espacées d'au moins deux ou trois semaines. Trois ou quatre séances suffiront d'ordinaire à obtenir le résultat désiré. Il serait imprudent d'en faire davantage. Des radiodermites de ce tégument particulièrement fragile sont à redouter.

L'évolution arrêtée, le placard affaissé et déjà en voie de cicatrisation, l'ignipuncture et les scarifications achèveront la cure si le malade se soumet au nombre considérable de séances que cette affection exige.

En somme, la Roentgenthérapie est un adjuvant précieux, dans ces conditions bien déterminées.

Ulcère tuberculeux

Dans sa forme typique cette ulcération siège à la langue, à la muqueuse jugale, aux commissures labiales ou à la région anale.

Il faut dire tout de suite que les irradiations locales et générales par les Rayons Ultra-Violets sont une excellente médication à laquelle presque toujours on s'adresse, puisqu'il s'agit ici de phtisiques profondément atteints. Mais la Roentgenthérapie apporte un précieux concours, à raison de deux ou trois applications faites à faibles doses, peu filtrées. Comme dans le Lupus de Willan, son mode d'action est de favoriser ou de provoquer la sclérose, action d'autant plus importante que l'ulcère tuberculeux ne présente que rarement une tendance à la cicatrisation spontanée. Les Rayons X atténueront aussi les douleurs qu'ils provoquent. On sait que l'ulcère bacillaire en cause parfois d'atroces qu'aucun topique ne peut calmer. La polyradiothérapie — Rayons X et Ultra-Violets — est nettement supérieure au raclage ou à toute autre intervention sanglante. Bien plus, ajoutons que l'opération est à écarter de la façon la plus absolue.

"La gravité des interventions chirurgicales imposées aux tuberculeux avérés et évolutifs est généralement admise et fait que, à

“moins d'y être forcé impérieusement par un cas d'urgence, tel un “étranglement herniaire, on leur évite tout choc opératoire grave.” (Bezançon.)

L'intervention est un danger chez un tuberculeux même si elle est faite pour une maladie non tuberculeuse. Elle est d'autant plus dangereuse, à fortiori, lorsqu'elle porte sur un foyer bacillaire. L'aggravation qui lui est consécutive, presque toujours, est bien connue. La pathogénie en est simple. L'acte chirurgical tramautise les lésions bacillifères et ouvre largement les voies vasculaires, sanguines et lymphatiques, aux bacilles de Koch. De plus le choc opératoire lui-même aggrave l'état de ces débilités.

Une septicémie, d'allure aiguë et mettant en danger les jours du malade, a souvent été signalée comme étant la conséquence de ces méthodes brutales.

Or, ne l'oublions pas, le porteur d'un ulcère tuberculeux est aussi porteur d'autres foyers très florides, pulmonaires ou intestinaux. Ces localisations buccales ou anales sont secondaires. Ce sont desensemencements faits par les expectorations ou les matières fécales éminemment septiques. Ces lésions externes ne sont que la signature apparente d'une phtisie dont la terminaison est souvent mortelle. L'intervention sanglante risquerait d'avoir des suites fâcheuses, d'en hâter la fin. Les Rayons X ne présentent pas ces inconvénients dus au traumatisme. Cependant, même si l'ulcère guérit par les radiations, le pronostic doit toujours être réservé. A cause des autres endroits très nombreux où pullulent les bacilles de Koch, l'infection pourra continuer ses dégâts.

La guérison de l'ulcère indique sans nul doute que le malade aidé par ces moyens physiques a réussi à reprendre le dessus, du moins localement, que sa défense s'est accrue, mais il doit pendant longtemps être l'objet d'une surveillance attentive et éclairée.

C'est ici que les Ultra-Violets auront un grand rôle à remplir. Leur action tonifiante et fixatrice des sels de chaux est des plus nettes. Nous avons eu l'occasion de suivre pendant quelques mois un de ces malades qui à la suite d'un traitement prolongé par ces divers rayonnements a guéri d'un ulcère lingual, a repris des forces, dont le poids a augmenté et dont les signes pulmonaires ont diminué. Il n'était évidemment pas débarrassé de sa tuberculose lorsque nous l'avons perdu de vue, mais son état s'était sensiblement amélioré.

Les Rayons X et Ultra-Violets, associés à un régime et une diététique spéciale à la médication interne, accompliront une action

bienfaisante. Ils seront systématiquement prescrits. Ils sont une arme de plus que nous ne pouvons négliger, car nous n'en possédons pas tellement pour avoir le droit d'en dédaigner une, si minime semble-t-elle.

Or ce n'est pas le cas de la Radiothérapie car elle a vraiment amélioré la thérapeutique classique de la tuberculose.

Ce qui a été dit au sujet des dangers que fait courir aux malades le traumatisme opératoire s'applique, à peu de choses près, à toutes les autres affections tuberculeuses cutanées.

Dans le cas du Lupus de Willan, nous avons affaire à une bacilliose atténuée, il est vrai, mais craignons tout de même des complications à la suite du raclage d'un vaste placard bourgeonnant.

Si les scarifications n'en présentent pas, c'est qu'elles sont très superficielles. L'exérèse d'un tout petit placard ne semble pas donner suite à ces complications, parce que la virulence est atténuée. Mais plus prudente, la Radiothérapie, sans aucun traumatisme, aura activé la sclérogenèse, sans ouvrir la voie vasculaire à la bacillémie. Elle est incontestablement le meilleur traitement d'attaque.

Gommes tuberculeuses

Ces nouures traînent de façon désespérante. Au bout de plusieurs semaines alors que les signes s'amendaient, surviennent des poussées nouvelles qui en prolongent la durée. Certains auteurs conseillent de les enlever chirurgicalement quand on peut le faire précocement, si toutefois l'esthétique l'autorise. Quand la gomme est encore crue l'extirpation peut être tentée, prétend-on.

Mais outre le fait que ces incisions ne guérissent presque jamais par première intention, ont plutôt une tendance marquée à la fistulisation, cette intervention sanglante est en butte aux inconvénients déjà signalés. C'est un foyer tuberculeux sur un terrain tuberculeux: il est des plus sage d'éviter tout traumatisme, quel qu'il soit.

Les Rayons X ont ici une action nettement favorable. A la période de formation et de crudité, ils arrêtent l'évolution de la nodosité. Le ramollissement est prévenu et la résorption s'effectue rapidement.

Quand les Rayons X interviennent à la période de ramollissement, il faut songer à la ponction aspiratrice. Le pus est évacué et les radiations agissent comme dans le cas précédent. Elles ont le grand avantage sur la méthode des ponctions suivies seulement.

d'injections modificatrices qu'elles évitent et fistulisations et cicatrices chéloïdiennes. Du reste, si le traitement est appliqué tardivement les trajets fistuleux et les chéloïdes cèdent à la radiothérapie. Nous aurons l'occasion d'en parler plus loin.

Les Rayons ont encore un effet marqué sur les gommés ulcérées. Ce sont des plaies atones, à sécrétion variable, sans tendance à la réparation en modifiant l'allure. Le fond se nettoie, les bords se recollent; il reste une cicatrice souple, étalée, non rétractile.

A la période de réparation, la Roentgenthérapie est encore de mise. Le processus de sclérose est activé et l'occlusion de la plaie se fait plus rapidement. C'est de plus un bon moyen d'obtenir une belle cicatrice, chose importante lorsque la lésion est siége aux parties découvertes.

Les Ultra-Violet en bains généraux sont toujours à recommander fortement puisqu'il s'agit de lésions bacillaires chez un bacillaire.

Les doses de Rayons X seront légères. Elles seront répétées de quinzaine en quinzaine. L'épaisseur du filtre variera selon la lésion.

Adénite et Lymphangite gommeuse tuberculeuse

L'adénite tuberculeuse est des plus fréquentes, qu'elle soit secondaire à une lésion cutanée, ou qu'elle survienne apparemment d'emblée.

A la région cervicale, les ganglions tuméfiés, généralement indurés, forment des masses parfois considérables. Ils s'abcèdent et se fistulisent. La marche en est indéfinie.

Parfois échelonnée sur un trajet lymphatique existe une série de gommés à différents stades; crues, ramollies, ouvertes.

Dans cette lymphangite gommeuse la conduite à tenir est analogue à celle que nous suivrons lorsqu'il s'agit de gommés authentiques. Doses et filtres seront sensiblement les mêmes. Si l'on sentait un cordon lymphatique reliant ces différents foyers, il serait sage de l'irradier sur tout le parcours perceptible. Cette éventualité sera plutôt rare car d'ordinaire, on ne constate aucun lien entre ces diverses lésions qui semblent évoluer chacune pour leur propre compte.

Quant aux masses adénopathiques, elles devront être soumises à des applications nombreuses. Ces engorgements ganglionnaires, qui au cou, par exemple, deviennent souvent très volumineux, demandent d'être traités longtemps pour fondre complètement.

Si ce paquet de ganglions est d'épaisseur grande, il est prudent d'utiliser un filtre allant dans certains cas jusqu'à un centimètre d'Aluminium, afin de l'irradier totalement et d'éliminer les rayons trop mous qui lèseraient le tégument après de multiples séances.

Les Ultra-Violets, en irradiations générales, sont des plus louables.

Tuberculose verruqueuse

Se présente sous forme d'un placard plus ou moins arrondi, surélevé, papillomateux, hyperkératosique. La suppuration qui l'accompagne y laisse des croûtes. L'extension centrifuge ou serpiginieuse y produit un tissu scléreux.

Comme dans le cas de l'épithélioma baso-cellulaire, la Radiothérapie ne saurait être employée de prime abord. Un premier temps: faire disparaître par un raclage soigneux croûtes, papillomes, verrucosités et brides cicatricielles, couche épaisse sous laquelle évolue le mal, obstacle à la bonne pénétration du rayonnement. Ces détritits enlevés, la lésion devient superficielle, plus accessible. Nous avons dit précédemment que tout acte chirurgical était à déconseiller chez un porteur de foyers tuberculeux lorsqu'on pouvait raisonnablement l'éviter, mais ici il est fait en tissu mort et non en foyer actif.

Dans cette dermatose hyperkératosique qu'est la tuberculose verruqueuse, si on laissait à la surface du placard ces saillies cornées, croûteuses et fibreuses, on serait forcé de recourir à un rayonnement très dur pour traverser ce filtre organique et atteindre le plan dermique de l'infection. Ce serait risquer de léser les régions profondes, de provoquer même de l'ostéo-radionécrose quand la lésion siège à la main ou aux doigts, localisation peut-être la plus fréquente.

Après le raclage, deux ou trois séances de Radiothérapie seront faites durant la réparation de la plaie. On obtient ainsi une cicatrice souple, blanche, non-adhérente.

L'union actino-roentgienne donne les plus belles améliorations.

Le tuberculose anatomique est un aspect particulier de la tuberculose verruqueuse. C'est une tuberculose d'inoculation dont la marche est infiniment plus vive parce qu'il y a association pyococcique. Les pyogènes favorisent le développement bacillaire.

Faire en un premier temps le raclage, puis faire suivre la Radiothérapie, tout comme dans une tuberculose verruqueuse authentique.

Le tubercule anatomique est d'ailleurs considéré comme une tuberculose verruqueuse de dimensions restreintes mais d'évolution plus rapide. La coexistence d'autres microbes en rend les manifestations plus tumultueuses.

Tuberculose fongueuse et végétante

S'offre sous la forme d'une tumeur irrégulière, mollasse, saillante, mamelonnée. La surface en est parsemée d'ulcérations qui suppurent plus ou moins abondamment. Il y a des croûtes, parfois des zones cicatricielles.

Comme dans la tuberculose verruqueuse et le tubercule anatomique, le traitement consistera dans la rugination des détritits, puis de Roentgenthérapie.

Accessoirement, les Ultra-Violets donneront de réels résultats.

Erythème induré de Bazin

Cette tuberculide répond bien au traitement radiothérapique. Nous en avons vu plusieurs s'en aller rapidement dans le service de Belot. A la suite de quelques irradiations l'induration bien circonscrite et nettement perçue devient plus molle et ses confins plus flous. La limitation précise qui la circonscrivait est de moins en moins perceptible. La rougeur s'atténue et le tégument revient à la consistance et à la coloration normales.

Dans le cas de placards ulcéreux, la conduite à tenir ne diffère pas sensiblement.

La réparation se fait assez rapidement et laisse une cicatrice parfaite.

Les Ultra-Violets feront ici encore un bel ouvrage.

Nous avons eu récemment l'occasion à Saint-Louis d'expérimenter l'action des différentes radiations sur cette tuberculide, chez une jeune femme porteuse de nombreuses nodosités d'Erythème induré.

Certains furent traités par les Ultra-Violets seuls, d'autres par les Rayons X et Ultra-Violets combinés; un troisième groupe fut traité par les Rayons X seuls.

Les nouures qui reçurent Ultra-Violets et Rayons X furent celles qui guérèrent le plus rapidement.

Celles qui n'eurent que des Rayons X disparurent plus lentement.

Les autres, exposées à la seule influence des Ultra-Violets, mirent beaucoup plus de temps encore à rétrocéder.

De cette intéressante expérience découlent des conclusions pratiques assez importantes :

La Roentgenthérapie possède un pouvoir bien marqué.

L'Actinothérapie a une action plus lente.

La Polyradiothérapie obtient les effets thérapeutiques les meilleurs.

Ceci peut être également appliqué à toutes les formes de la tuberculose cutanée.

Ces deux radiations sont ensemble la médication de choix, agissant prudemment et ne présentant pas les graves inconvénients des méthodes sanglantes.

— o —

Traitement de l'agitation dans les maladies mentales: Le Somnifène chez les grands agités

Par M. le Dr H. RONE (Thèse de Lyon, 1925)

Les résultats extrêmement intéressants obtenus par M. Rone, à la Clinique psychiatrique de la Faculté de Lyon et dans les services de MM. Lépine, Condomine, Carrier, Dodero et Courjon, viennent confirmer les conclusions des nombreuses expérimentations publiées sur le Somnifène en thérapeutique neuro-psychiatrique (Crouzon, Laignel-Lavastine, Claude, Baudouin, Camus, Anglade, Perrens, Robin, Pavlovitch, Quercy, etc.); citons en particulier la thèse de M. Dodard-des-Loges, donnant les résultats de la pratique de MM. Cestan, Riser et Laborde, qui ont utilisé le Somnifène dans plus de 2,000 cas.

Le Somnifène est un médicament excessivement maniable, on a même pu dire que c'était le plus maniable des hypnotiques; il peut être administré par voie buccale, sous forme de gouttes (qui permettent de donner à chacun la dose optima), par voie intramusculaire et par voie endoveineuse. — Dans les cas d'insomnie ou d'excitation nerveuse légère, la voie buccale est la voie de choix; mais dans les milieux spécialisés ((maisons de santé, asiles publics et privés), les voies intramusculaire et endoveineuse se trouvent fréquemment indiquées, soit pour combattre des accès d'excitation épisodiques chez des dégénérés, des alcooliques, des confus, soit pour prévenir le développement d'un délire aigu chez des maniaques très agités; soit pour permettre un gavage par la sonde nasale, effectuer une ponction lombaire, une opération de petite chirurgie, pratiquer un examen biologique complet; soit encore à l'occasion d'un transfert du service hospitalier à l'asile. M. Rone préfère, dans des cas, utiliser la voie endoveineuse à la dose variable de 2 à 5 centimètres cubes. Il a toujours ainsi obtenu des résultats très satisfaisants et il a pu constater que le Somnifène présentait un effet régulier et rapide et un minimum de toxicité. — C'est un sédatif puissant et parfaitement bien toléré qui peut d'ailleurs rendre les plus grands services même dans le *delirium tremens* (Quénée) et dans l'état de mal épileptique (Rimbaud).

REVUE HISTORIQUE

HISTOIRE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

SUITE

*Par le Professeur L.-D. MIGNAULT,
Secrétaire de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.*

Chapitre III

La période de transition

En mai 1846, il n'y avait dans le Conseil de l'Ecole que deux Canadiens-français, si encore, l'on peut compter le Dr Munro comme tel. Malgré l'enseignement bilingue, les procès-verbaux étaient rédigés en anglais, et sous le rapport religieux, Badgeley et Sutherland étaient certainement des protestants, Munro, Nelson et Bibaud, des catholiques; quant au Dr Arnoldi, j'ai lieu de croire que lui aussi était protestant. (1)

En tous cas, l'Ecole telle que constituée était certainement une institution mixte, pour me servir de l'expression consacrée.

Puis, l'incorporation prochaine du Collège des Médecins, que les professeurs ont dû prévoir, allait enlever toute valeur au certificat que l'Ecole accordait à ses diplômés, de sorte que les membres de la Corporation ont vu qu'il était d'abord nécessaire d'augmenter le corps enseignant, et de s'adjoindre des hommes dont la valeur personnelle s'ajouterait au prestige de l'Institution. Il serait ensuite plus facile d'arriver à une entente avec la seule Université existante du Bas-Canada.

Nous voyons donc dans la *Minerve* du 1er septembre 1846 qu'un concours aura lieu le 28 novembre suivant pour les chaires d'Instituts de Médecine, de Médecine Légale, et de Botanique.

Le Conseil voyait aussi la nécessité de dédoubler la chaire d'Anatomie et de Physiologie, ce qui n'était que raisonnable.

Puis, comme à cette époque il n'y avait pas de médecins légistes il fallait que les gradués de l'Ecole eussent une connaissance assez

(1) Une de ses tantes, la soeur du Dr Daniel Arnoldi, s'est convertie aux Trois-Rivières, où elle est morte Ursuline.)

étendue de la médecine légale, et par conséquent cette chaire a dû être fondée.

Enfin, en 1846 la plupart des médecins fournirent eux-mêmes les médicaments à leurs clients; quelques-uns même, surtout dans les campagnes, étaient presque des "herboristes" et la botanique faisait partie du "curriculum" ordinaire.

C'est précisément ce concours qui a eu un effet prépondérant sur la composition du Conseil, puisque avec l'entrée des Docteurs Pelletier, Boyer et Coderre les Canadiens-français se trouvaient en majorité.

L'entente avec l'Université McGill est venue ensuite. Nous n'avons aucun document officiel pour nous mettre au courant des négociations qui ont dû avoir lieu pendant le cours de l'hiver de 1846-47, mais la *Minerve* du 17 mai 1847 reproduit un article de la *Lancette Canadienne* au sujet de cette question.

La *Lancette Canadienne* avait été fondée par le Docteur Jean L. Leprohon, et n'a eu qu'une existence éphémère.

Nous reproduisons la citation au long :

"L'Ecole de médecine de cette ville vient d'être définitivement agrégée à l'Université du Collège McGill. Ce rapprochement qui vient de s'effectuer entre ces deux institutions qui se partagent l'enseignement médical aura l'effet, nous l'espérons, d'élever de plus en plus le caractère et la dignité de la profession en bannissant à tout jamais les rivalités. Nous souhaitons que cette coalition tourne à bien."

Le même journal annonce la retraite du Docteur Horace Nelson pour des raisons de santé.

Comme le Collège des Médecins a été incorporé cette même année, les membres de l'Ecole ont certainement déployé de la prévoyance.

Enfin, le 18 octobre 1847, la *Minerve* publie l'avis suivant du Dr Sutherland :

ECOLE DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Les lectures (sic) de cette Ecole incorporée commenceront le 1er novembre prochain, et finiront le dernier d'avril. Les lectures à l'avenir ne seront données qu'en français comme suit :

L'Anatomie.....	Par le Dr Bibaud
Les accouchements.....	Dr Arnoldi
La pratique de la médecine.....	Dr Badgely

La matière médicale.....	Dr Coderre
La Chirurgie.....	Dr Munro
L'institut de la Médecine ou Physiologie.....	Dr Pelletier
La médecine légale.....	Dr Boyer
La clinique médicale.....	Dr Badgely
La clinique chirurgicale.....	Dr Arnoldi

N.B.—Les élèves qui auront complété leur cours à cette école **pourront** avoir le degré de l'Université McGill d'après un arrangement fait **entre** ces deux institutions en prenant un "annus medicus" (année scolaire) à ce Collège.

William Sutherland, M.D.

Il est clair par cet avis que le docteur Bibaud a remplacé le docteur Nelson à l'anatomie et que le docteur Coderre est passé de la botanique à la matière médicale.

L'entente avec McGill a évidemment ouvert les salles du Montreal General Hospital aux élèves de l'Ecole.

La situation n'était pas très satisfaisante, surtout pour les membres canadiens-français de l'Ecole. Pour les Anglais la position était moins difficile. Ils avaient sans doute entamé les négociations avec leurs compatriotes et co-religionnaires, pour sauver leur institution, et ils avaient philosophiquement accepté le marché, comme la meilleure solution de la difficulté.

Les choses en sont restées ainsi jusqu'à l'été de 1849. Qu'est-il advenu, nous n'en savons rien; du moins, officiellement, mais MM. Arnoldi, Badgely et Sutherland se sont retirés, car leurs noms manquent au procès-verbal de l'assemblée du 20 septembre.

Nous trouvons aussi copie d'une lettre adressée au Gouverneur en Conseil annonçant leur démission.

La cause de leur départ a dû être la décision de la majorité de l'Ecole de faire application à la Législature pour l'autorisation d'émettre un certificat *ad practicandam*, ou bien pour le droit de conférer le degré de docteur en médecine.

Il est facile de comprendre qu'une telle décision menaçait l'entente survenue avec McGill, et aux yeux des auteurs de cette entente, c'était risquer l'avenir de l'Institution et peut-être manquer d'égards envers leurs compatriotes.

Le docteur Coderre me parlait souvent du projet de loi introduit l'année suivante, et des causes de sa défaite, et il s'est écrié une fois lorsque nous avions des difficultés avec des agrégés soutenus par quelques membres de l'Ecole: "Qu'ils démissionnent! nous avons

dans le passé perdu trois de nos professeurs dans la même journée, et j'ai dit alors comme je dis maintenant, *nous les remplacerons.*"

Il faisait sans doute allusion au départ des trois professeurs précités, mais je n'ai pas cru devoir lui demander une explication de ses paroles.

En tous cas à cette assemblée du 20 septembre 1849, le docteur Munro est élu président de l'Ecole et le docteur Boyer, secrétaire.

Le trois novembre de la même année, par concours, M. le docteur Beaubien remplace le docteur Badgely, le docteur Trestler le docteur Arnoldi, et le docteur Trudel le docteur Sutherland.

L'horaire des cours publié vers ce temps se lit ainsi :

8 à 9 a.m.—Dr Trestler	Obstétrique
9 à 10 a.m.—Dr Boyer	Médecine légale
10 à 11 a.m. —Dr Coderre	Matière médicale
11 à 12 a.m.—Dr Beaubien	Pathologie interne
2 à 3 p.m.—Dr Bibaud	Anatomie
3 à 4 p.m.—Dr Munro	Chirurgie
4 à 5 p.m.—Dr Pelletier	Physiologie
7 à 8 p.m.—Dr Trudel	Chimie

Il est probable que la dissection se faisait le soir de 8 à 10. Cette coutume a continué pendant bien des années, et ne prit fin que lorsque nous étions rue Saint-Denis.

L'Ecole ainsi constituée est devenue franchement canadienne-française, et je crois que jusqu'au printemps de 1850 l'entente avec McGill a subsisté.

(à suivre)

Travaux de la Société de Biologie de Montréal

Sous la présidence du Pr Elie G. Asselin

LA TUBERCULOSE AVIAIRE DANS LE DISTRICT DE MONTRÉAL

Par LOUIS PARE et WILLIAM WOOD.

La tuberculose aviaire a suscité de nombreux travaux que nous ne pouvons résumer ici mais dont Calmette a condensé les résultats dans son ouvrage "*L'Infection bacillaire et la tuberculose*". Nous ne voulons envisager ici que les faits qui intéressent la phtisiologie dans le district de Montréal où jusqu'ici elle n'a guère attiré l'attention; l'excellent *Rapport de la Commission royale de la tuberculose* de la Province de Québec, publié en 1909-1910 n'en fait pas mention. Toutefois, une brève citation de la maladie se trouve dans le *Bulletin* 305, *Diseases of Poultry*, Ontario, Department of Agriculture, 1924. (1)

Nous ne nous occuperons dans cette note que de la tuberculose provoquée par le Bacille de Koch, à l'exclusion de la pseudo-tuberculose. Notons, tout d'abord, que la tuberculose aviaire est loin d'être rare chez les poules et coqs (2) qui alimentent le marché de Montréal. Nous avons relevé un total de 5.41 pour cent de sujets tuberculeux.

Pendant la vie, la tuberculose de la volaille ne peut pas être diagnostiquée de façon certaine. Divers symptômes (amaigrissement, claudication, affaissement et pâlissement de la crête, diarrhée, etc.) peuvent faire soupçonner cette infection. Aussi, nous proposons-nous d'étudier spécialement la question de la réaction à la tuberculine.

Après la mort, le corps, dépouillé de ses plumes, frappe par son décharnement; les muscles pectoraux sont atrophiés, le bréchet fait saillir la peau; on peut observer des lésions externes, mais nous ne les avons pas encore constatées à Montréal.

Au cours des nécropsies que nous avons pratiquées, nous n'avons constaté que des lésions viscérales et osseuses; comme il est de règle,

(1) Le Bulletin No 18, publié en 1920 par le Ministère Fédéral de l'Agriculture, Canada, est cependant consacré à la tuberculose aviaire. D'après l'auteur A. B. Wickare, cette maladie n'a été signalée au Canada (sans autre précision géographique) que depuis une dizaine d'années. Il est d'ailleurs impossible de se rendre compte, même de façon approximative, des ravages causés par cette maladie, et l'auteur estime qu'il est essentiel que l'on entreprenne des recherches complètes afin d'établir sa nature exacte et de voir si elle peut se propager aux autres animaux et à l'homme.

(2) Nous ne pouvons encore préciser l'origine de ces animaux.

celles-ci siègent de préférence dans le foie, dans la rate, dans le tube digestif et, parfois aussi, dans les sacs aériens; elles se distinguent par l'extension considérable du processus de caséification.

Sur un des spécimens, que nous avons examinés et que nous vous présentons, le foie était littéralement bourré de globes de caséum dont le diamètre mesurait en moyenne 7 millimètres. Quant à l'intestin son méso était boursoufflé de nombreux nodules, atteignant le volume d'une merise et presque complètement caséifiés.

Au point de vue microscopique, notons que les lésions tissulaires sont caractérisées par leur gravité; c'est ainsi que, du foie de l'un des oiseaux examinés ne subsistent que quelques rares cellules hépatiques nécrosées; le tube digestif est ulcéré et les villosités à peu près méconnaissables.

Le Bacille s'est présenté sur les coupes sous forme de bâtonnets acido-résistants, grêles, à peu près rectilignes, fréquemment granuleux; il siège de préférence dans les cellules épithéloïdes, groupées en nodules.

Tels sont les résultats préliminaires obtenus; ils auraient gagné à être complétés à tous les points de vue, notamment en ce qui concerne la morphologie, la virulence pour l'Homme et les divers Mammifères, l'emploi diagnostic de la tuberculine, etc... nous nous décidons à les communiquer dès maintenant parce que l'œuvre du Centre de recherches pastoriennes ne peut être réalisée qu'avec la collaboration de tous les chercheurs de la Province; nous espérons que cette première note attirera l'attention sur la question et nous vaudra les renseignements et pièces recueillis sur place qui nous sont indispensables.

C'est en effet une étude qui s'impose aux microbiologistes en raison de l'importance qu'elle peut avoir au point de vue alimentaire et au point de vue science pure, car il s'agit d'une tuberculose évoluant chez un hôte (cas des Gallinacés) dépourvu de ganglions lymphatiques; or, chez les Mammifères, il existe des rapports intimes entre l'appareil hémolympatique et l'infection tuberculeuse.

Enfin, la constatation de cas de tuberculose aviaire dans le district de Montréal ne doit pas inquiéter l'opinion: cette infection y sévit depuis fort longtemps et les mesures prophylactiques nécessaires seront appliquées par l'Administration.

SUR LA DÉGÉNÉRATION VACUOLAIRE DES NOYAUX (1)

En montrant aux étudiants des coupes histologiques de cancer, mon attention a été attirée par des altérations nucléaires énigmatiques. Les pièces qui ont fourni ces images se rapportent à l'épithélioma du sein.

L'altération des noyaux consiste essentiellement en la formation d'une sphérule au sein du noyau. Au début, cette structure m'a vivement intrigué. Au cours d'un voyage en Europe, j'ai communiqué mes préparations à plusieurs histologistes et histopathologistes français et anglais, qui n'ont pu résoudre la question qui m'embarassait. Aussi, à mon retour à Montréal, ai-je repris l'étude de cette question.

Voici comment les faits se présentent: les noyaux altérés sont ovoïdes ou sphériques; ils mesurent de 8 à 12 et 14 micra.

La chromatine s'y présente tantôt sous forme de caryosomes très petits et innombrables, serrés les uns contre les autres, tantôt sous forme de caryomitomes produisant un reticulum à peu près homogène; sur une zone plus ou moins étendue, cette structure a disparu. Les colorants basiques cessent de mordre et on constate l'existence d'une sphérule incolore. En sériant les noyaux, le phénomène paraît évoluer de la façon suivante: en un point très limité, quelques caryomitomes ou caryosomes se détruisent, la coloration nucléaire ne se fixe plus; de cette façon se forme une sphérule (environ 2.5 m.) vraisemblablement liquide. La sphérule s'accroît progressivement, son diamètre peut atteindre 6 à 8 m. au maximum. Finalement l'ensemble est constitué par une sphérule incolore plus ou moins volumineuse recouverte d'une carapace périphérique de chromatine.

En coupe optique cette structure se traduit par une plage claire, discoïdale, incolore, bordée par un anneau de chromatine.

Au moment où nous poursuivions nos recherches, le Professeur Pettit nous a communiqué des préparations d'exsudats intra-pleuraux, consécutifs à l'injection de diverses substances. Dans ces conditions, à l'état frais, sans autre réactif qu'une trace de vert de méthyle, dans nombre de noyaux de cellules endothéliales, on constate l'existence

(1) Travail de l'Institut du Radium de l'Université de Montréal et de la Province de Québec, dirigé par le Professeur J. E. Gendreau.

de petites sphérules ne renfermant plus de chromatine; bien qu'il demeure toujours peu accusé, le processus n'en est pas moins de même nature que celui réalisé dans notre tumeur. Dans les conditions d'observation où nous nous sommes placés, on constate que le phénomène est vital et non un artefact; de plus, la vésicule, si elle est privée de chromatine basophile, renferme une substance liquide ou semi-liquide homogène.

Dans ces conditions, une interprétation des phénomènes semble possible. Les altérations nucléaires qui existent dans le cancer du sein se rattachent aux phénomènes de dégénérescence vasculaire dont les cellules néoplasiques proprement dites offrent d'innombrables exemples. Elles ont été étudiées par de nombreux auteurs. Faute de documentations bibliographiques nécessaires, nous renverrons aux mises au point qu'en ont données jadis Fabre Domergue, *Cancers épithéliaux*, page 424, fig. 50 à 54, fig. 51, et Chantemesse et Podwysotsky, *Les processus généraux*, page 371, fig. 155.

Un point reste encore à discuter. A quelle espèce cellulaire correspondent les noyaux étudiés ici. Tout d'abord on peut répondre qu'il ne s'agit pas de noyaux appartenant aux cellules néoplasiques proprement dites; en effet, ils siègent dans des portions du stroma conjonctif où abondent les cellules adipeuses. Le plus vraisemblable est qu'il s'agit de cellules adipeuses irritées dont le noyau ne serait plus qu'iscent, peut-être quelques autres noyaux ayant subi la dégénérescence vasculaire. Appartiennent-ils à des éléments conjonctifs non adipeux?

En somme, en dehors des éléments néoplasiques propres, d'autres cellules peuvent présenter des phénomènes de dégénérescence vasculaire du noyau, l'expérience permet de produire cette lésion.

Bien que l'hypothèse de la nature coccidienne du cancer soit définitivement réfutée, la connaissance des altérations rappelant plus ou moins vaguement la structure de certains parasites est encore utile puisqu'actuellement nombre d'auteurs recherchent encore le parasite du cancer.

RÉSULTATS DE QUELQUES RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

SUR LA TUBERCULOSE DES INDIENS DU CANADA AVANT LA PÉNÉTRATION EUROPÉENNE

Par GEORGES BARIL et ROMEO BOUCHER

Afin de commencer l'exécution du programme de recherches sur la tuberculose établi par le professeur Pettit, d'accord avec le Comité constitué par la Faculté de Médecine, nous avons entrepris quelques recherches bibliographiques sur la tuberculose des populations indigènes, avant la pénétration européenne. Certains auteurs, comme Ayres Hrdlicka, soutiennent que les sauvages de l'Amérique du Nord étaient, dans leur vie primitive, indemnes de tuberculose. Pour appuyer cette affirmation, les uns se basent sur l'absence presque absolue de textes établissant d'une façon indiscutable l'existence de la maladie; les autres sur le fait que les Indiens deviennent très facilement tuberculeux, comme si le bacille trouvait chez eux un terrain vierge de toute infection ou non immunisé par une longue hérédité.

Quoi qu'il en soit, nous avons fait table rase de toutes ces opinions. Mais nous ne pourrions définitivement conclure avant que de lire certains documents que nous avons demandés au Conseil National des Recherches Scientifiques. En attendant nous avons poursuivi localement une petite enquête dont nous vous soumettons les résultats.

Consultée, l'archiviste de l'Hôtel-Dieu (1) d'éclare que, dans toutes les archives de la communauté, il n'est fait mention d'aucune autre maladie que le scorbut et la variole.

D'autre part, la vie de Jeanne Mance, par Faillon, ne nous a fourni aucun renseignement valable.

Par contre, les "Relations des Jésuites", dont nous avons parcouru environ 25 volumes sur les 73 de la collection, nous fournissent quelques textes intéressants, ayant attiré notre attention.

Une remarque tout d'abord. La mortalité infantile nous paraît très élevée. Un peu partout, nous retrouvons des phrases dans le

(1) On sait que l'Hôtel-Dieu est le plus ancien hôpital d'Amérique, ayant été fondé en 1643.

genre de celles-ci: "Je baptise des petits squelettes" (vol. XLI, p. 96); "Je baptise trois petits moribonds" (page 105, vol. XLI); "n'y eussent-ils que les enfants à baptiser qui meurent tous les jours sans baptême" (vol. XII, p. 132), etc., etc.

Les écrouelles sont fréquemment signalées au cours de ces "Relations".

Voici quelques passages qui en parlent: "Celuy là (il a onze ans !) avait un collier d'écrouelles fort horribles qui lui mangeaient toute la gorge et la petite (quatre ans) avait un flux de sang qui la desséchait jusques aux os". (Vol. XLI, p. 195);

"il est souvent importuné des petits enfants de leurs crys, de leurs pleurs, et quelque fois il est incommodé de la puanteur de ceux et de celles qui ont les écrouelles" (vol. XLI, p. 46);

"Tous à l'exception d'une jeune enfant atteint des écrouelles se portaient à merveille". (Vol. LXVIII, p. 62).

"nous avons trois écrouelés en notre notre cabane, le fils du Sorcier qui les avait à l'oreille d'une façon fort sale et pleine d'horreur; son neveu qui les avait au col, une fille qui les avait sous un bras; je ne sais si ce sont vraies écrouelles. Quoiqu'il en soit le mal est plein de pus, couvert d'une croûte fort horrible à voir: ils en sont quasi tous frappés dans leur jeunesse, tant pour leur saleté, que pour ce que l'on ne fait point de difficulté de boire et de manger avec des malades." (Vol. VI, p. 262); "Il dit un jour au Père qui l'instruisait et le répétait par après fort souvent: "je suis bien mal, outre les écrouelles qui me desseichent, j'ai beaucoup d'autres incommodités qui me travaillent". (Vol. XXV, p. 128).

Enfin nous citons des textes où les suppositions les plus diverses peuvent être faites, y compris celle de la tuberculose :

"Je vis cette fille de huit à neuf ans toute transie et n'ayant plus que la peau et les os" (Vol. II, p. 14).

"ce bon jeune homme était d'une *complexion* fort valétudinaire". (Vol. VIII, p. 140).

"une femme chrétienne avait une de ses filles extrêmement malade après avoir languy long-temps, enfin elle tombe dans des symptômes et convulsions de mort." (Vol. XXV, p. 170.)

"maladie de trois mois, causée par la mort de son mari... Elle brûlait d'un feu qui luy consumait la langue et le gosier et toute la poitrine, elle desseicha comme un squelet...." (vol. XXV, p. 206).

"Une jeune fille Attikamegne avait trois grandes playes mor-

telles et une violente fièvre qui l'oppressait de temps en temps" (vol. XXV, p. 208).

"elle souffrait d'une maladie longue et fort douloureuse" (vol. XLI, p. 142).

Il existe aussi à la page 160 de ce même volume une description de la mort d'un homme de trente-quatre ans qui nous paraît bien être causée par une méningite, sans que nous puissions en déterminer la cause exacte.

Voici où nous en sommes dans nos recherches bibliographiques. Avant de tirer une conclusion, il convient de lire en entier cet ouvrage — travail que nous poursuivrons à temps perdu.

Il convient aussi de signaler que le début de ces relations date de la fondation de Québec (1608), ou à peu près, et que c'est dans la première moitié du siècle précédent que Cartier fit au Canada des voyages qui mirent en contact pour la première fois Français et Indiens.

Il est donc indispensable de rechercher des documents antérieurs. C'est ce que nous nous proposons de faire, si possible.

O

AVIS

Nous apprenons qu'un Monsieur M. Marchand a collecté des abonnements échus de certains médecins habitant la ville d'Ottawa. Nous informons le public médical et les abonnés de "L'Union Médicale du Canada" qu'aucune personne autre que Monsieur Théophile Valiquette, l'administrateur, ou le Secrétaire-trésorier n'est autorisée à collecter les abonnements ou autres sommes dues à notre journal.

Par ordre,

Dr GUSTAVE ARCHAMBAULT,
Secrétaire-Trésorier.

Condoléances

Le Comité des Cours de Perfectionnement de la Province de Québec a voté des condoléances à la famille du regretté Professeur Albert Prévost, un de ses membres les plus distingués.

STATISTIQUES CONCERNANT LA TUBERCULOSE DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC

Par le Docteur JOSEPH BAUDOUIN.

La tuberculose est une cause importante de nos décès. D'après les rapports statistiques du Service Provincial d'Hygiène, elle causerait 9.6 pour cent de tous nos décès. Elle nous enlèverait autant de vies que toutes les autres maladies contagieuses ensemble.

Notre mortalité tuberculeuse diminue depuis 1899. A ce point de vue nous pouvons nous comparer favorablement avec beaucoup d'autres pays où l'on constate le même phénomène, notamment avec l'Espagne, l'Angleterre, l'Ecosse, les Etats-Unis, la province d'Ontario, l'Empire Allemand, les Pays Bas, l'Autriche, l'Australie, la Belgique, le Danemark, la Nouvelle-Zélande.

Pour établir notre situation tuberculeuse, on a coutume de comparer nos taux à ceux des autres provinces du Canada. Or le taux des provinces de l'Ouest ainsi que de la province d'Ontario sont très favorables. De fait, ils figurent parmi les plus bas que l'on constate. Ces provinces jouissent donc d'une situation particulièrement privilégiée. Par conséquent il paraît bien que nous ne devons pas nous alarmer outre mesure parce que notre taux est plus élevé que le leur. De plus, écrit le Dr John Brownlee dans "The use of Death-rates as a measure of Hygienic Conditions" (1922) "it must be definitely posted that the lumping together of the whole phthisis deaths independently of their age grouping is in the present state of knowledge unjustifiable".

Continuons donc notre enquête et voyons comment se répartissent nos décès par tuberculose suivant l'âge, le sexe, les nationalités, les unités de comtés et les divers organes affectés par la maladie.

a) Répartition par groupes d'âge des décès par tuberculose

Il est ici clairement démontré que la plus grande proportion des décès par tuberculose se trouve de 15 à 45 ans et que c'est aussi à cette période de la vie, de même qu'au cours de la première année, que la tuberculose est la plus dangereuse. Notons avec une légitime satisfaction que de 1911 à 1921 notre situation s'est sensiblement améliorée et cela à tous les âges de la vie.

D'un autre côté, on constate que les groupes d'âge de 15 à 24 ans et de 25 à 44, qui nous donnent les taux les plus élevés de

mortalité par tuberculose, présentent au contraire des taux très bas (respectivement 4.9 et 5.9) ... de mortalité générale.

Ce fait nous justifie de tirer la conclusion que la tuberculose n'influe pas considérablement sur notre mortalité générale. Une diminution même notable de notre mortalité tuberculeuse ne produirait donc pas une réduction sensible de notre taux de mortalité générale. A noter cependant que la lutte contre la tuberculose se justifie pleinement parce que les décès que nous cause cette maladie surviennent surtout à la période la plus productive de la vie. La tuberculose nous fait donc, de ce fait, un tort assez considérable.

b) Répartition par sexe des décès par tuberculose

Au cours de la décade 1912-1921, on relève une moyenne annuelle de 1391 décès par tuberculose chez le sexe masculin contre 1863 chez le sexe féminin. Le sexe masculin a donc donné 43 pour cent des décès par cette maladie tandis que le sexe féminin en a fourni 57 pour cent. De plus, le taux spécifique de mortalité tuberculeuse, en 1911, a été de 146 chez les hommes et de 197 chez les femmes. En 1921, les mêmes taux spécifiques ont été de 102 chez les premiers et de 144 chez les secondes. Nous constatons encore ici une amélioration chez les deux sexes. Mais il faut ajouter que, dans la province de Québec, la femme paie à la tuberculose un plus fort tribut que l'homme. Cependant, malgré ce désavantage, le taux de mortalité générale de la femme, ainsi que nous l'avons constaté, est plus faible que celui de l'homme. C'est là une nouvelle preuve que chez nous la tuberculose n'exerce sur la mortalité générale qu'une influence assez limitée.

Ajoutons que la répartition par sexe des décès par tuberculose donne le même résultat dans les provinces de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de la Saskatchewan et de l'Alberta. Dans l'Ontario et au Manitoba, les taux sont les mêmes dans les deux sexes. Dans la Colombie Britannique, le taux spécifique est plus élevé chez l'homme que chez la femme.

c) Répartition par nationalité des décès par tuberculose

Le groupe de langue française est plus touché par la tuberculose que les autres groupes ethniques. Il convient d'ajouter, cependant, que la situation s'est sensiblement améliorée. En effet, la comparaison des taux de mortalité de chaque groupe pour les deux années

Employez l'Emulsion Angier
dans le Traitement
de la
Tuberculose Pulmonaire
(surtout à son début)

C'est un médicament très utile, ayant une influence heureuse très sensible sur la toux. Il adoucit l'irritation, fait cesser l'expectoration, facilite la respiration et surtout aide la nutrition générale.

L'Emulsion Angier calme l'estomac irrité, tient les intestins réguliers et de plus empêche l'auto-intoxication, qui est une des plus ennuyeuses complications de la maladie.

Ecrivez pour des échantillons gratuits

Distributeurs canadiens :

Wingate Chemical Company Limited
Montréal, Canada.

Angier Chemical Company
Boston 34, Massachusetts

Sal Hepatica
Laxatif et
Eliminateur

Efficace dans toutes circonstances de paresse intestinale provenant d'un facteur fonctionnel du foie, et de la circulation.

Sal Hepatica nettoie entièrement le canal alimentaire.

*Echantillons à l'usage
des médecins*

Bristol-Myers Co.
NEW YORK

1911 et 1921 permet de constater leur diminution de 28 pour cent en faveur du groupe franco-canadien, de 21 pour cent chez les Anglo-saxons et de 9 pour cent dans le groupe des autres nationalités. Voilà bien un résultat consolant qu'il nous fait plaisir de signaler.

d) Répartition par unités de comtés des décès par tuberculose

Il est démontré qu'il existe de notables écarts dans la mortalité tuberculeuse des différentes régions de la province. Alors que quelques-unes de nos unités de comtés ont des taux très favorables, d'autres, au contraire, sont fortement chargées.

Pourquoi ces différences ?

On a l'habitude d'accuser l'urbanisation. De fait, la plupart de nos centres urbains les plus importants se trouvent à la fin de la liste. Ce sont eux qui alourdissent les taux de la province. On peut donc continuer à affirmer l'axiome: la tuberculose est une maladie des villes.

Cependant il faut avouer que cette explication ne rend pas compte de la mortalité tuberculeuse élevée de Lotbinière dont la population est aux 4/5 rurale, de Nicolet qui n'a que 18.5 pour cent de sa population groupée dans les centres urbains, de Kamouraska, de l'Islet, comtés presque totalement ruraux. Doivent exister, dans ces cas, d'autres causes qu'une étude faite sur place pourrait faire connaître.

e) Répartition des décès par tuberculose suivant les organes affectés

La forme de beaucoup la plus dangereuse de la tuberculose, c'est celle qui se localise aux poumons. Elle cause plus des quatre-cinquièmes de tous les décès par tuberculose. En regard de la localisation pulmonaire, toutes les autres formes paraissent donc bénignes.

La même conclusion se dégage de la comparaison de leurs taux spécifiques qui sont les suivants pour la même période: Tuberculose pulmonaire 124.0, tuberculose des centres nerveux 8.6, tuberculose abdominale 6.9, tuberculose osseuse 1.2, autres formes 7.6.

Voilà bien une notion importante à retenir pour l'ordonnance de la lutte à entreprendre contre la tuberculose. Mais elle doit être complétée par la distribution par groupes d'âge des décès attribués aux différentes formes de tuberculose.

Plus rare dans les premières années de la vie de même que dans les âges avancés, la tuberculose pulmonaire sévit surtout de 15 à 45 ans, période qui réclame près des trois quarts de ses décès. C'est aussi l'époque de la vie qui donne les taux les plus élevés.

Une autre constatation qu'il nous fait plaisir de consigner, c'est que notre mortalité par tuberculose pulmonaire est à la baisse et cela à tous les groupes d'âge.

La tuberculose des centres nerveux est décidément une maladie des premières années puisque plus des quatre cinquièmes des décès dont elle est tenue responsable se produisent avant l'âge de 15 ans. Les taux de mortalité de cette localisation de la tuberculose sont aussi plus élevés chez les enfants.

Comme la tuberculose pulmonaire, la tuberculose des centres nerveux diminué à tous les groupes d'âge.

Comme la localisation pulmonaire, la tuberculose abdominale cause le plus grand nombre de ses décès de 15 à 45 ans. Mais les taux réduits à tous les groupes d'âge de cette forme de tuberculose montre assez sa bénignité.

Les tuberculoses osseuse et articulaire causent les trois quarts de leurs décès avant l'âge de 25 ans. Cependant le nombre des décès qui leur sont attribués est si restreint que cette forme de tuberculose n'a presque aucune influence sur l'ensemble de notre mortalité tuberculeuse.

Cette analyse, bien qu'incomplète, de notre situation au point de vue tuberculose, soulève cependant plusieurs points d'interrogation.

Pourquoi la tuberculose décroît-elle ici comme dans un grand nombre d'autres pays ?

Pourquoi la tuberculose exerce-t-elle ses ravages surtout de 15 à 45 ans ?

Pourquoi, ici comme dans la plupart des autres provinces, la femme meurt-elle plus de tuberculose que l'homme ?

Pourquoi, dans la province de Québec, le groupe canadien-français est-il plus enclin à la tuberculose que les autres groupes ethniques ? Pourquoi le groupe de langue française donne-t-il le taux le plus favorable ?

Pourquoi la tuberculose sévit-elle différemment dans les divers comtés de la province ? Quelle est l'influence de l'urbanisation et des autres facteurs (l'habitation, surmenage, pauvreté, etc.) que l'on peut invoquer ?

Voilà autant de questions qui surgissent naturellement. Et il y en a d'autres que l'on pourrait ajouter. C'est là un des buts que se propose le Comité de Recherches en Tuberculose formé à l'Université de Montréal sous la direction de l'éminent délégué de l'Institut Pasteur, monsieur le docteur A. Pettit. Grande sera notre satisfaction si les travaux que l'on inaugure présentement peuvent concourir à la solution chez nous du problème que pose la tuberculose.

— o —

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG
Association Alsacienne et Lorraine contre la Tuberculose

Cours de Perfectionnement sur la Tuberculose pulmonaire et les maladies des Voies respiratoires

Organisé par les Docteurs:

G. CANUYT

et

E. VAUCHER

Professeur

Chargé de cours

à la Faculté de Médecine, avec la collaboration de

MM. CADE, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, PASTEUR-VALLERY-RADOT, Médecin des Hôpitaux de Paris; WEIL-HALLE, Médecin des Hôpitaux de Paris; LEON BLUM, LERICHE, MERKLEN, ROHMER, Professeurs à la Faculté de Médecine de Strasbourg; BOEZ, GERY, GUNSETT, Chargés de Cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg; BELIN, Directeur de l'Office Municipal d'Hygiène et du Dispensaire de Strasbourg; BRION, Médecin-Chef de l'Hôpital-sanatorium St-François à la Robertsau; FATH, Médecin-Chef du Sanatorium de l'Altenberg; WORINGER, Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Strasbourg; OHLMANN, SCHAAF, Chefs de laboratoires de radiologie; FROELICH, KAUFMANN, ZILLHARDT, anciens chefs de clinique et assistants dans les cliniques universitaires de Strasbourg.

Ce cours aura lieu du vendredi 8 au samedi 23 octobre 1926.

Les leçons seront accompagnées de présentations de malades, de projections de radiographies, de démonstrations bactériologiques.

Les auditeurs seront exercés individuellement aux examens radiologiques, laryngologiques, rhinologiques, bactériologiques et aux examens de crachats. Ils auront l'occasion d'examiner de nombreux malades porteurs de pneumothorax et de pratiquer eux-mêmes des réinsufflations.

En outre, des démonstrations spéciales sur les injections intratrachéales de lipiodol, des exercices de thorascopie auront lieu à l'occasion des examens de malades.

En dehors des heures de Cours ils auront libre accès dans les cliniques et hôpitaux spécialisés de Strasbourg.

NOUVELLES

CONGRÈS DE MONTRÉAL

21, 22, 23, 24 Septembre 1926

Monsieur et très honoré Confrère, (1)

Le Comité Exécutif de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord a l'honneur de vous annoncer que le IXème Congrès se réunira à Montréal, les 21, 22, 23 et 24 septembre 1926.

Le Congrès siégera quatre jours, au lieu de trois, à cause du nombre important des délégués étrangers et de l'importance des rapports et des travaux qui y seront présentés et discutés.

Toutes les séances auront lieu à l'hôtel Windsor, à l'exception de celles du matin qui seront consacrées à la clinique, chaque service d'hôpital organisant à son gré un programme, distribué, la veille, aux congressistes.

Les séances plénières, où se feront l'exposé et la discussion des rapports, auront lieu l'après-midi dans l'ordre suivant :

- 1.—Médecine;
- 2.—Chirurgie et Spécialités de la Tête;
- 3.—Intérêts professionnels;
- 4.—Tuberculose.

Seule, la séance plénière de la Syphiligraphie se tiendra le matin du quatrième jour, à 9 heures.

Pour assurer le bon fonctionnement du congrès et pour permettre aux membres inscrits de présenter des travaux, le Comité Exécutif, de concert avec les Présidents, a résolu de faire des séances particulières pour chacune des sections qui ne siégera pas en séance plénière. Des salles seront spécialement affectées à cette fin.

Nous sommes heureux d'annoncer qu'un très grand nombre de sommités médicales étrangères participeront au Congrès. Ainsi de la Belgique nous viendront M. le Docteur Tricot-Royer, Président de la Fédération des Sociétés Médicales et M. le Professeur Appelmans, chargé de cours à l'Université de Louvain. Les Etats-Unis sont représentés à date par M. le Professeur Emmanuel Libman, de l'Université de Columbia, M. le Professeur Leroy Long, doyen de la Faculté d'Oklahoma, et M. le Professeur Louis Faugères Bishop, de l'Université de Fordham, et l'Angleterre par Sir Henry Gauvain. Nous avons aussi l'assurance que la plupart des pays de racine latine de l'Amérique Centrale et de l'Amérique du Sud enverront des représentants, et déjà la Faculté de Buenos-Ayres en a été autorisée par son Gouvernement.

La France fera sa très grande part, comme par le passé. Près de quinze médecins français viendront à Montréal, en septembre prochain.

(1) Lettre circulaire qui sera adressée bientôt à tous les médecins.

M. le Professeur Léon Bernard, professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de Médecine;

M. le Professeur Auguste Pettit, délégué de l'Académie de Médecine, membre de l'Institut Pasteur de Paris;

M. Antonin Clerc, professeur agrégé de la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux, rapporteur au Congrès, hôte du Gouvernement de Québec;

M. Edouard Rist, médecin des hôpitaux de Paris;

M. Marcel Pinard, médecin des hôpitaux de Paris, hôte de la Section d'Hygiène Sociale;

M. Ameuille, médecin des hôpitaux de Paris, hôte de l'Institut Bruchesi;

M. André Moulonguet, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, hôte des spécialistes de Montréal;

M. Jacquerod, de Leysin (Suisse);

Le Général Sabatier, médecin hygiéniste, hôte de l'Hôtel-Dieu de Montréal;

M. Francis Bordet, chef de clinique de M. le Professeur Emile Sergent, qui présentera un rapport au nom de son Maître, hôte de l'Institut Bruchési;

M. J.-B. Logre, ancien chef de clinique psychiatrique, médecin de l'Infirmerie sociale de la Préfecture de Police, hôte de "La Presse", de Montréal.

Voici maintenant quel sera le programme général du congrès :

SECTION DE MEDECINE: **Insuffisance ventriculaire.**

Rapporteurs: **M. Antonin Clerc**, (Paris).—Du rôle de l'électrocardiogramme dans le pronostic et dans le diagnostic de l'insuffisance ventriculaire.

MM. J.-E. Dubé et R. Pépin, (Montréal).—Prophylaxie et traitement de l'insuffisance ventriculaire.

SECTION DE CHIRURGIE: **Traitement chirurgical de l'ulcus gastrique et de l'ulcus duodénal et de leurs complications.**

Rapporteurs: **M. R. Grégoire**, (Paris).—Indications chirurgicales dans les ulcères gastro-duodénaux.

M. Chs Vézina, (Québec).—Du rôle de l'infection dans les ulcères gastro-duodénaux.

SECTION D'HYGIENE SOCIALE: 1.—**La prévention sociale de la tuberculose.**

Rapporteurs: **M. Ameuille**, (Paris).— Le rôle du médecin dans la prévention sociale de la tuberculose.

MM. A. Rousseau et L. Guérard, (Québec).—Les conditions actuelles de la lutte anti-tuberculeuse dans la Province de Québec.

M. Emile Sergent, (Paris), représenté par son chef de clinique M. Francis Bordet.—Des modes d'infection de la tuberculose et particulièrement du rôle de l'intestin.

M. Laberge, (Montréal).—Rapport sur les logements et la tuberculose dans la ville de Montréal.

pour y présenter des travaux scientifiques du plus haut intérêt. Voici les noms et les titres de ceux qui se sont inscrits à date :

M. le Professeur Marcel Labbé, chef de la délégation française, professeur de Clinique Médicale, membre de l'Académie de Médecine;

2.—Prophylaxie de la syphilis infantile.

Rapporteurs: **M. Marcel Pinard**, (Paris):—Le diagnostic de la syphilis chez la femme en état de gestation et chez le nouveau-né.
MM. Gustave Archambault et Albérie Marin, (Montréal):
 Le traitement de la syphilis infantile.

M. S. Langevin, (Montréal):—Syphilis et grossesse.

SECTION DES SPECIALITES DE LA TETE: Interprétation des états vertigineux.

Rapporteurs: **M. A. Moulouguet**, (Paris):—Les vertiges d'origine labyrinthique.

M. P. E. Bousquet, (Montréal):—Les états para-vertigineux d'origine oculaire.

M. A. Brousseau, (Québec):—Interprétation des vertiges au point de vue neurologique.

SECTION DES INTERETS PROFESSIONNELS: L'hôpital et le praticien.

Rapporteurs: **M. A. Vallée**, (Québec):—L'hôpital et la praticien.

M. P. A. Robichaud, (Montréal):—Les médecins et les dispensaires.

M. N. Fournier, (Montréal):—Evolution de la lutte anti-vénérienne à Montréal.

Afin de permettre aux congressistes de connaître plus intimement tous ces maîtres étrangers, il y aura tous les jours des déjeuners d'honneur où l'on pourra retenir sa place à l'avance moyennant la somme de UN DOLLAR. Ces déjeuners seront donnés sous les auspices de la Société Médicale de Montréal, des Hôpitaux et de la Ville de Montréal.

Les soirées seront employées à rendre aussi attrayante qu'instructive la neuvième réunion des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Successivement, le programme comprendra: une séance avec projection de films scientifiques, à laquelle sera invité tout le public montréalais pour y entendre un maître français et M. le Docteur Léo Pariseau, de Montréal; un banquet auquel les dames sont invitées; enfin, une réception offerte aux congressistes par le Président et le Comité Exécutif du Congrès.

Un Comité de Dames sera spécialement chargé de recevoir celles qui viendront au congrès et de leur faire parcourir un programme de distractions et de promenades dont les détails seront connus plus tard.

A l'occasion du congrès, les compagnies de transport ont consenti un rabais sur le prix des billets. Pour bénéficier de cette réduction, vous êtes prié de vous reporter à la feuille ci-incluse qui vous donnera des détails complets sur l'organisation du Comité des Transports et sur les avantages concédés aux congressistes.

Le prix du Congrès est fixé à **six dollars**.

De plus, nous comptons que les médecins canadiens saisiront avec empressement l'occasion qui leur est offerte de faire partie de l'Association des Médecins de Langue Française de France (Section Canadienne) en versant un dollar de plus, soit **sept dollars**. Ils deviennent ainsi **membres** actifs de cette Association et reçoivent tous les deux ans les rapports officiels de ses congrès. Ce surplus n'est pas obligatoire pour l'inscription au prochain Congrès de Montréal.

Nous tenons aussi à vous faire savoir que le texte des rapports sera distribué avant le Congrès aux médecins inscrits à l'époque de sa publication pour leur permettre d'en prendre connaissance et de les discuter aux assemblées plénières. Un deuxième rapport général sera ensuite envoyé contenant la discussion des rapports généraux, toutes les communications particulières et les discussions de chaque section.

Il y a donc intérêt pour tous les membres de la profession médicale à **s'inscrire dès maintenant**. Nous prenons la liberté de vous inclure un bulletin d'adhésion et un bulletin d'inscription pour le travail que vous voudrez bien lire au prochain congrès.

Avant ou après le souper, auront lieu à Montréal et à Québec des cours de perfectionnement donnés par deux des principaux rapporteurs du congrès: les professeurs Antonin Clerc et R. Grégoire. Le professeur Clerc donnera la leçon suivante: Oblitération coronarienne et angine de poitrine — Dextrocardio — Pronostic et traitement de l'Arythmie — Evolution et pronostic du pouls lent permanent — Accidents gravidocardiaques. Le professeur Grégoire fera une série de leçons de chirurgie pratique.

Ces cours de perfectionnement sont, comme par le passé, offerts à la profession médicale par le Gouvernement Provincial.

Pour tout renseignement supplémentaire, vous êtes prié de vous adresser au secrétaire du Congrès le **Dr Roméo Boucher, casier postal 183, Station Outremont, Montréal**, qui se mettra volontiers et le plus rapidement possible à votre disposition.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Collègue, avec nos remerciements, l'expression de nos meilleures salutations.

Pr ALBERT LeSAGE,

Président.

Pr GUSTAVE ARCHAMBAULT,

Secrétaire-Général.

P.S.—Nous demandons aux médecins qui désirent présenter des travaux de s'adresser au Secrétaire, le Dr Boucher. Nous espérons que tous ceux qui travaillent dans les hôpitaux ou ailleurs se feront un devoir de publier une note d'observation qui paraîtra au rapport général.

INCERTITUDE

C'est si bon d'aller mieux qu'aussitôt on oublie
Tout ce qu'on a souffert pendant la maladie.
Même si l'on y pense, on n'y croit presque plus,
Comme aux drames d'un livre une fois qu'ils sont lus...
Ce n'était qu'une histoire, un cauchemar tragique;
La vérité ne peut être aussi dramatique !
On serait mort cent fois si bien réellement
On avait éprouvé l'effroyable tourment
Dont rêvent le délire et la soif des malades.
Ah ! comment croire à ces macabres mascarades
De spectres, de démons, ces ministres de la peur,
Qui vous font éclater la cervelle et le cœur !
Puisqu'on est là, qu'on vit, que la lumière est blonde,
Puisqu'on se sent heureux ainsi que tout le monde...

L'ami qui vient vous voir ne vous dit que des choses
Exquises, il plaisante et vous porte des roses;
Les hommes ont pour vous des soins tout féminins;
Et les femmes ont l'air, en vous donnant leurs mains,
D'écouter votre songe et d'oublier leurs bagues...
Dans tout ce qu'on entend les succès restent vagues,
Lointains; tout n'est que jeu, plaisir, facilité...
Quelquefois cependant vous vient d'en aparté
Trop voisin un mot mal étouffé qui déchire
Brusquement à vos yeux le voile des sourires...
Un autre jour, comme il vous croyait endormi,
Vous surprenez en train de calculer, l'ami
Qui tantôt se moquait si gentiment des comptes;
Son visage, durci, vous fait rougir de honte...
Et plus tard, quand soi-même, on retourne dehors
Se mêler aux passants, aux étrangers, alors
Que l'on reprend sa vie ordinaire, on s'étonne
De voir combien la rue est monotone,
Combien les gens sont laids, soucieux et crottés...
Et le soir, quand la chère aimée, à vos côtés,
S'ingénie à tromper sa propre inquiétude
En même temps que votre inerte lassitude,
Tandis que sa gaieté, trop vite, crève en l'air,
L'esprit qui s'interroge avec une doute amer,
Se dit, perdu dans les brumes de la mémoire:
"Le bonheur ne serait-il aussi qu'une histoire ?..."

Georges Louis GARNIER.

"La Grève du Sang".