

L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

LA PLUS ANCIENNE REVUE MEDICALE FRANÇAISE
AU CANADA

FONDEE EN 1872

TOME 54ième

Ont collaboré à ce volume:

Archambault, Barrieu, Bellerose, Benoit, Bertrand, Blanc, Boucher, Boulet, Bourgeois, Bruneau, Chabot, Chagnon, Charron, Cholette, de Bellefeuille, de Cotret, de Lorgeril, Derome, Dubé (Edm.), Dubé (J. E.), Dubé (L. F.), Fontaine, Gariépy, Gauthier, Gérin-Lajoie, Harwood, Hautefeuille, Heineck, Journet, Knopf, Laberge, Lapierre, Lassalle, Lecomte du Nouy, Léger, LeSage, Lespérance, Letondal, Lian, Longpré, Marin, Masson, Mercier (O.F.), Mercier (Osc.), Panneton, Paré, Pariseau (L.), Pariseau (T.), Pépin, Prud'homme, Raymond, Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Saint-Pierre, Sénécal, Sergent, Simard, Terrien, Trudeau, Viau, Vidal.

BIBLIOTHÈQUE
1925
SANTALINI

Publiée par

MM. LES DOCTEURS,

- A. LeSage**, Officier d'Académie (France). Docteur en Médecine de l'Université de Paris. Professeur de pathologie interne à l'Université de Montréal et de Clinique Médicale à l'Hôpital Notre-Dame. Membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.
- L. de L. Harwood**, Doyen de la Faculté de Médecine de Montréal. Professeur de gynécologie. Président du bureau d'administration de l'Hôpital Notre-Dame. Docteur en droit de l'Université Queen's, Président du Bureau Médical de l'Hôpital Notre-Dame. Chevalier de la Légion d'Honneur.
- R. Boulet**, Officier de l'Instruction Publique (France). Professeur suppléant à la clinique d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie. Médecin en chef de l'Institut Ophtalmique.
- J. E. Dubé**, Chevalier de la Légion d'Honneur. Docteur en Médecine de l'Université de Paris. Professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu. Membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Président du Bureau Médical de l'Hôtel-Dieu.
- A. Marien**, Professeur de clinique chirurgicale. Membre de la Société Anatomique de Paris. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Secrétaire: **Roméo R. Boucher**.

Secrétaire-Trésorier: **Gust. Archambault**.

PRIX DE L'ABONNEMENT

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

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

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé **franco** à M. T. Valiquette, Comptable, 2734 rue Christophe Colomb, à Montréal, ou Boite Postale No 3626.

1913

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

Vol. LIX

JANVIER 1925

No 1

1925

BULLETIN

UNE EVOLUTION -- UN PROGRAMME

Depuis le premier janvier 1925, l'*Union Médicale* appartient à un groupe important de professeurs et de médecins des hôpitaux qui s'en sont portés acquéreurs. La liste complète des nouveaux directeurs et de leurs collaborateurs paraît plus loin.

Les anciens directeurs-proprétaires de cette Revue ont jugé opportun de grouper le plus grand nombre possible de médecins qui dirigent des cliniques, qui observent et qui publient, afin de donner plus de force et d'expansion à notre pensée médicale.

Jusqu'ici nous avons progressé sans doute, mais depuis longtemps nous avons négligé les meilleures occasions de publier les faits intéressants observés dans nos hôpitaux.

Malgré la très large hospitalité que cette Revue accordait à tous les travaux de quelque mérite, nous déplorions que le nombre des collaborateurs anciens devînt de moins en moins nombreux. Nos sociétés médicales en souffraient, de même que nos congrès et notre réputation chez nous et à l'étranger.

Nous n. nous rendions pas justice.

La nouvelle organisation aura le double avantage d'intéresser pécuniairement et scientifiquement les membres qui en forment partie.

Chaque mois, nous publierons des observations de faits, dans de courtes notes, faciles à comprendre et illustrées si possible. Nous ne nous attarderons pas dans de longs développements. Un fait concret, un point saillant, suivis de quelques réflexions avec notes bibliographiques, telle est l'évolution actuelle du journalisme médical.

Le lecteur pourra, s'il le désire, compléter la question par des lectures appropriées.

Nous publierons des revues de thérapeutique appliquée. En médecine surtout, ce chapitre a beaucoup évolué. Les acquisitions

91784

nouvelles l'ont raccourci et simplifié. Les formules compliquées ont disparu, le malade en a bénéficié. Nous reprendrons une à une les questions qui intéressent le praticien.

Nous nous occuperons aussi des "Intérêts professionnels". Le charlatanisme, que nous avons toujours combattu, souvent victorieusement, sera mis à jour et exécuté. Il en sera ainsi de la toxicomanie. Un médecin qui s'expose ne mérite plus la confiance et doit sortir définitivement des rangs.

Nous donnerons notre ferme appui à toutes nos sociétés savantes, sans en excepter nos grands Congrès périodiques qui nous ont fait connaître et apprécier en Europe.

Les médecins trouveront chez nous tous les renseignements et les conseils qu'ils désirent s'ils veulent bien nous écrire.

Enfin, un des articles de notre programme concerne l'Université de Montréal.

Nous appuierons fermement le programme d'établissement et d'organisation scientifique dont il est question depuis quelque temps.

En ce moment nous n'avancons guère à cause de l'*exiguité des lieux* et de la *pénurie d'argent*. Ces deux mots sont tout un programme. Ils sont inséparables. Nous avons besoin d'une subvention annuelle qui nous permette de construire, de meubler, de choisir et de payer des professeurs de carrière dignes d'un enseignement tel que nous le concevons. L'heure est décisive.

Nous serons toujours inférieurs par le nombre et l'influence commerciale, soyons supérieurs par le haut enseignement.

Une race monte et survit si elle possède une élite qui transmette de génération en génération ses programmes, ses méthodes, ses goûts, ses aspirations, un idéal.

Sacrifions un peu de *notre patrimoine reconquis* pour sauver notre culture et la race.

Soyons donc au moins une élite si nous ne sommes pas le nombre.

L'Université seule peut nous en fournir les moyens.

Sauvons notre Université. N'allons pas prêter l'oreille aux propos mesquins et déloyaux des feuilles quotidiennes qui cherchent toutes les occasions de nous diviser et de nous trahir, anticipant avec crainte l'influence d'une race qu'elle abhorre, quoi qu'elles disent.

Nous voulons la première place chez nous.

Nous l'aurons, quoi qu'on fasse.

Que les aînés s'éveillent, que les jeunes se resserrent.

Nous passerons. C'est le mot d'ordre.

Albert LeSAGE.

LA MORTALITÉ INFANTILE DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC (1)

Par le Docteur RAOUL MASSON

*Professeur de Pédiatrie et de Clinique infantile à l'Université
de Montréal*

Médecin de l'Hôpital Sainte-Justine

Médecin Consultant de l'Assistance Maternelle

La mortalité infantile est une question sociale, dont les peuples civilisés s'occupent aujourd'hui avec toute l'énergie possible; aussi croirions-nous perdre un temps précieux en cherchant à démontrer l'importance du sujet que nous avons l'honneur d'exposer devant ce huitième Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Le fait de constater que le Comité a jugé opportun de faire de cette question l'objet d'un rapport et, d'un autre côté, le fait que notre gouvernement provincial, dans la campagne énergique d'hygiène préventive entreprise il a bientôt deux ans, a inclus avec les maladies vénériennes et la tuberculose la mortalité infantile comme une des questions les plus urgentes à solutionner, prouvent que nous réalisons dans notre province française d'Amérique l'importance vitale de ce sérieux problème. Au cours de ce bref exposé, nous n'avons nullement la prétention de vous apporter des solutions radicales, ni même de vous soumettre des idées nouvelles; du reste, l'intention du Comité Exécutif a été plutôt, nous croyons, de saisir cette occasion de placer d'une façon plus palpable et précise cette question devant le public médical en particulier, et aussi et peut-être d'attirer l'attention du grand public sur ce sujet qui est pour notre Province d'une importance capitale.

La mortalité infantile, à proprement parler, n'est pas une question purement d'ordre médical, mais plutôt une question d'ordre social et national; aussi, pour être exposée dans toute son ampleur et traitée avec compétence, il aurait fallu qu'elle vous fût soumise par un sociologue ou un économiste doublé d'un médecin.

Avec nos moyens très limités, nous nous bornerons donc à exposer brièvement les faits qui nous intéressent particulière-

(1) Rapport présenté au Huitième Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

ment, à les analyser succinctement et, avec votre concours, à essayer de trouver des palliatifs à la position malheureuse dans laquelle nous sommes placés en rapport avec la mortalité infantile.

Notre situation, à nous Canadiens-français, que l'on se plaît à nommer "**les Français d'Amérique**", est assez complexe au point de vue national.

Eloignés de la France, notre mère-patrie, par des conditions politiques et géographiques; encerclés par un puissant voisin, sympathique nous le voulons bien, mais n'ayant ni notre idéal, ni notre mentalité, ni notre langue; faisant partie intégrante d'un Dominion composé de neuf provinces dont huit sont presque en totalité peuplées de compatriotes ne possédant ni notre langue ni notre religion; dominés par une puissance qui n'a pas d'intérêt marqué à nous voir prospérer comme race ethnique; privés du secours que nous apporterait une immigration française sur laquelle il nous est impossible de compter pour plusieurs années encore, nous sommes réduits, pour assurer notre avenir national, à nos propres ressources, devrions-nous dire à notre natalité et à la survivance de nos enfants.

L'hiver dernier, nous avons eu l'avantage d'assister à une conférence prononcée à Montréal par Monsieur le Professeur Edouard Montpetit. Le titre de conférence était : "Notre capital humain".

Avec le talent et la compétence que chacun lui reconnaît, M. Montpetit fit un exposé saisissant de cette question et un plaidoyer vibrant de foi et d'espérance pour l'avenir de notre race, si nous réussissons toutefois à sauver nos petits enfants.

Avec quel empressement nous nous effacerions pour entendre redire ici ce magistral résumé de notre situation, pour bien vous imprégner de cette pensée que seule la survivance de nos enfants peut assurer la survivance de notre entité.

Grâce uniquement à la fécondité proverbiale de nos mères canadiennes-françaises, grâce aussi à leur foi et à la pratique des saines lois de la nature et à la conservation des vieilles traditions, nous avons réussi jusqu'à aujourd'hui à maintenir notre progression numérique.

Un grand économiste français, Leroy-Beaulieu, cité par Variot dans son traité de puériculture pratique, déclare : "La civilisation démocrate sans le secours des vieilles traditions et des vieilles pratiques, dépeuple, il faut avoir le courage de le dire".

Les vieilles traditions, les vieilles croyances sont dans nos foyers précieusement gardées. Aussi notre natalité ne subit pas de flé-

chissement marqué, malgré l'augmentation de nos centres industriels et l'expansion de nos villes, malgré le besoin de luxe et de confort qui ici comme ailleurs se fait sentir dans toutes les classes de notre population.

La pratique des vertus familiales, soutenue par la pratique des principes fondamentaux de la religion chrétienne et catholique, qui est la nôtre, a réussi jusqu'à présent à lutter avantageusement contre la tendance vers une aisance présumée plus grande et un confort plus marqué par la limitation volontaire de la famille.

De Foville, au sujet de la diminution de la natalité en France, nous dit : "Le christianisme a toujours sévèrement condamné toutes les fraudes qui tarissent les sources mêmes de la vie, c'est pourquoi celles de nos provinces où le sentiment religieux se défend le mieux sont aussi celles qui ont le plus d'enfants. Exemple : la pieuse Bretagne."

Espérons ne jamais voir faiblir dans notre population ce sentiment religieux qui fut notre sauvegarde.

Nous nous sommes donc vigoureusement défendus et nous avons administré en bons pères de famille le capital humain qui nous avait été confié, puisque les soixante mille Français qui, au début de notre histoire politique actuelle, habitaient le Canada, sont aujourd'hui 2,520.24 dans la seule province de Québec.

Si nous comptons en plus ceux des nôtres qui habitent les autres provinces du Dominion, et ceux également des nôtres qui demeurent aux Etats-Unis, (nous pouvons d'après les uns évaluer leur nombre à un million, d'après les autres, à deux millions) nous serions aujourd'hui plus de quatre millions d'individus directement issus des premiers colons français.

Au cours de cet exposé, il va falloir citer des chiffres; or, nous avons horreur des chiffres, et pour manipuler ou expliquer des statistiques il faut des aptitudes et un entraînement particuliers. Nous nous limiterons donc aussi strictement que possible.

Notre natalité, avons-nous dit, se maintient à peu près. Si en effet nous jetons un coup d'œil sur les statistiques de la Province, telles que publiées dans le rapport de 1922-23 de la statistique démographique de la province de Québec, et si nous y examinons les deux dernières décades 1901 à 1911—1911 à 1921, nous constatons que sont nés dans la province de Québec :

pas de faire une révision des statistiques générales ou particulières, ce qui nous entraînerait trop loin et ce dont nous ne nous reconnaissons aucunement la compétence, mais de prendre des points de repère nous permettant d'établir notre situation en ce qui concerne la mortalité infantile.

D'après le rapport de 1922-23 de la statistique démographique de la province de Québec, rédigé par le Docteur Wilfrid Bonnier, chef du département, nous faisons les constatations suivantes :

Il y a eu dans la province de Québec :

	<i>Naissances</i>		<i>Taux par 1000 naissances</i>
	<i>Vivantes</i>	<i>Décès</i>	
En 1910	73,824	21,883	173
" 1911	74,495	13,780	185
" 1912	76,647	12,353	161
" 1913	79,089	13,295	168
" 1914	80,361	12,969	161
" 1915	83,275	12,775	153
" 1916	80,327	13,275	165
" 1917	80,331	10,946	136
" 1918	84,669	11,800	138
" 1919	80,081	11,410	142
" 1920	86,328	14,134	163
" 1921	88,749	11,387	128
" 1922	88,377	11,297	128
" 1923	83,579	11,011	131

Ce qui nous donne comme taux moyen pour ces 14 dernières années le chiffre par trop élevé de 152.4 de décès par 1000 naissances, et nous constatons que nous avons perdu en ces 14 dernières années entre 11,000 à 14,000 enfants annuellement.

Pour les fins de comparaison, prenons seulement les 3 années 1921-22-23 qui sont seules mentionnées dans le rapport du Dominion Bureau of Statistics pour les huit autres provinces du Dominion, et comparant les proportions de la population, de la natalité et de la mortalité infantile entre les différentes provinces du Dominion, nous constatons :

<i>Ile du Prince Edouard</i>	<i>Années</i>	<i>Taux par</i>		
		<i>Naissances</i>	<i>Décès</i>	<i>1000 naissances</i>
Pop. en 1000.88 . .	1921	2,156	180	85.5
	1922	2,161	153	70.8
	1923	1,957	174	88.9

Nouvelle-Ecosse					
Pop. en 1000.533	1921	13,021	1,311	100.7	
	1922	12,693	1,239	97.6	
	1923	11,607	1,135	97.8	
Nouveau-Brunswick					
Pop. en 1000.397	1921	11,465	1,299	113.3	
	1922	11,564	1,194	103.3	
	1923	10,672	1,135	106.4	
Ontario					
Pop. en 1000.3029	1921	74,152	6,763	91.2	
	1922	71,430	5,921	82.9	
	1923	70,056	5,950	84.9	
Manitoba					
Pop. en 1000.642	1921	16,478	1,533	83.0	
	1922	17,679	1,669	94.4	
	1923	16,472	1,410	85.6	
Saskatchewan					
Pop. en 1000.814	1921	22,493	1,816	80.6	
	1922	22,339	1,913	85.6	
	1923	20,530	1,918	93.4	
Alberta					
Pop. en 1000.634	1921	16,561	1,391	84.0	
	1922	16,163	1,475	91.3	
	1923	14,972	1,415	94.5	
Colombie-Anglaise					
Pop. en 1000.554	1921	10,653	602	56.5	
	1922	10,166	692	68.1	
	1923	9,352	658	66.8	

Pour ces trois dernières années, une moyenne de décès de 87.5 pour les huit provinces réunies, contre :

		<i>Années</i>	<i>Naissances</i>	<i>Décès</i>	<i>Taux par 1000 naissances</i>
Québec					
Pop. en 1000.634	1921	38,749	11,387	128	
	1922	88,377	11,297	128	
	1923	83,579	11,011	131	

La supériorité dont nous étions glorieux en examinant nos statistiques de natalité se change en dépit en constatant notre infériorité en ce qui concerne notre mortalité infantile.

Un coup d'œil sur les statistiques de mortalité infantile dans les 4/ pays, les plus importants, nous permet de juger que notre position pourrait s'améliorer considérablement. Citons rapidement par 1000 naissances :

	<i>Date</i>	<i>Taux</i>
Alsace-Lorraine	1922	91.3
Argentine	1914	103.8
Austria	1921	205.8
Belgique	1922	107.0
Chili	1922	240.2
Colombie	1920	80.0
Costa-Rica	1923	222.1
Danemark	1921	21.0
Egypt	1922	140.0
Estonia	1922	129.11
Finlande	1921	94.6
France	1923	96.0
Allemagne	1923	131.9
Hongrie	1923	185.7
Iceland	1915	66.2
Italie	1917	158.0
Japon	1921	168.3
Latvia	1922	90.7
Netherlands	1923	60.4
Norvège	1921	76.0
Roumanie	1922	207.2
Sao Paulo	1922	179.7
Espagnè	1921	147.4
Suède	1918	64.6
Switzerland	1921	74.0
Uruguay	1920	110.7
Australie	1923	60.54
Bahamas	1917	32.33
Barbados	—	—
Bermudes	1922	127.0
B. Guiana	1922	186.0
Ceylon	1922	188.0
Angleterre & Wales	1923	69.0
Fidji	1922	21.19
Grenades	1923	86.79
Etats Libres d'Irlande	1923	85.9
Jamaïque	1922	177.0
Leeward, Is.	1920	239.7
Mauritius and dep.,	1922	148.3
Newfoundland	1920	128.73
Nouvelle-Zélande	1923	43.76
Northern Ireland	1923	75.6
S. Lucie	1922	129.02
St-Vincent	1923	128.2
Ecosse	1923	79.0
Seuchelles	1922	69.1
Union de l'Afrique du Sud	1923	81.78
Zanzibar	1922	—
Etats-Unis (à l'exception de Mass., R.I., et Mich.)		

Le Chili avec un taux de 240 tient la dernière place, suivi de près par Costa Rica, avec 222.1. La Roumanie avec 207.2 et l'Autriche avec un taux de 205.8 en 1921. Ces chiffres viennent du Département Fédéral de Statistiques et nous ont été gracieusement fournis par le Docteur Elzéar Pelletier, Secrétaire du Bureau Provincial d'Hygiène.

En examinant de plus près nos statistiques, nous constatons que notre mortalité est plus grande dans les centres que dans les campagnes. C'est, du reste, la règle.

A la page 70 du rapport officiel de la Statistique démographique détaillée pour les 13 dernières années, nous constatons que de 1920 à 1922, le taux de mortalité pour les villes de plus de 5000 de population est approximativement de 221.7 par 1000 naissances et de 123 pour les campagnes.

Pour plus de précision, faisons la comparaison pour les trois années de 1920-21-22, entre la mortalité infantile urbaine et la mortalité infantile rurale.

<i>Ville de 5000 et plus Campagne</i>			
En 1920	.....	196	..... 140
"	1921	.....	151
"	1922	.....	162
		-----	-----
Moyenne pour les villes	.....	169.1	
Moyenne pour les campagnes	.....	119	

Donnant une supériorité de 50% à la statistique rurale.

Si maintenant nous examinons les chiffres d'un de nos grands centres, Montréal par exemple, nous constatons que la mortalité infantile y est extraordinairement élevée en proportion même du taux élevé de celle de la province en général.

Prenons encore les 3 années 1920-21-22, et nous constatons :

		<i>Année</i>	<i>Taux</i>			<i>Taux</i>
Province de Québec en général	1920	.....	163	Montréal	.....	192.2
"	"	1921	.....	"	.....	155.6
"	"	1922	.....	"	.....	159.4

donnant une moyenne de 139.2 pour la province et de 169.2 pour Montréal.

Notre situation est encore mieux réalisée si nous faisons la comparaison entre les villes des Etats-Unis, ayant une population de

plus de 250,000 âmes, et Montréal. D'après le rapport annuel de la statistique aux Etats-Unis en 1921, nous constatons que le taux de mortalité infantile pour les grandes villes varie entre 48 à 96 o/oo et que le taux moyen est de 75 o/oo.

Dans le rapport du Service de Santé de la Ville de Montréal, 1922, publié par le Docteur S. Boucher, directeur du service, nous voyons qu'en 1922 le taux pour Montréal est de 159.4, dépassant de 84.4 le taux moyen des grandes villes américaines en 1921, excédant de 111.4 le taux le plus bas et de 63.4 celui qui est le plus élevé.

*
* *

Pourquoi nos petits enfants meurent-ils en aussi grand nombre et comment meurent-ils ?

C'est une loi démographique, dit Variot, qu'à une natalité forte correspond aussi une mortalité forte; et à la page 370 de son traité de puériculture pratique, il ajoute : "Il est aisé de comprendre que la mortalité infantile variera suivant les diverses nations, en rapport avec les mœurs, avec la prospérité relative des classes de la population, avec l'organisation et le perfectionnement des diverses institutions de protection de l'enfance, avec l'application plus ou moins judicieuse des découvertes scientifiques pour l'élevage artificiel quand il devient nécessaire avec l'instruction générale des mères et la vulgarisation de l'hygiène infantile, etc."

Plus loin, il ajoute : "Il paraît bien certain que plus le niveau social s'élève, plus le confort se répand, aussi bien pour les habitations que pour le reste, moins les mères perdent d'enfants."

Dans notre Province, nos compatriotes se marient jeunes et généralement ils ne sont pas fortunés.

N'ayant reçu aucune formation pour remplir les nouvelles obligations que pour elle va créer la naissance d'un enfant, et possédant des ressources très limitées, la jeune mère, laissée à elle-même, commet fatalement des erreurs.

De bonne foi, suivant les conseils de voisins charitables ou de vieux parents aux idées un peu surannées, elle fait des fautes multiples dont la plus sérieuse est de ne pas allaiter son enfant ou de le sevrer trop tôt, pour des raisons non justifiables.

La diminution de l'allaitement maternel est un des facteurs les plus importants qui puisse faire osciller le taux de la mortalité infantile.

naissance prématurée et aux enfants morts-nés est trop considérable pour ne pas en faire mention.

En effet il y a eu sous la rubrique :

<i>Prématurés:</i>	En 1920	1,179	décès
	“ 1921	1,237	“
	“ 1922	1,220	“

Et sous la rubrique :

<i>Mort-nés:</i>	En 1920	2,290	décès
	“ 1921	2,565	“
	“ 1922	2,610	“

Combien de ces petits enfants auraient pu être sauvés si, au cours de sa grossesse, la mère avait reçu les secours nécessités par son état.

Mais cependant, malgré l'éloquence de ces derniers chiffres, *la vitalité de nos enfants est satisfaisante*, car si nous la comparons à celle des enfants des autres provinces, nous constatons qu'avec une natalité moins forte que la nôtre, ce qui est une considération très importante, il y a eu chez nous moins de prématurés et moins de morts-nés.

Dans les huit provinces dont les statistiques vitales sont compilées dans le "Preliminary Report Vital Statistics 1923" :

	<i>Naissances</i>	<i>Morts-nés</i>
Il y a eu en 1921	168,979	6,387
“ “ “ 1922	164,194	5,804

Pour la même période dans Québec :

	<i>Naissances</i>	<i>Morts-nés</i>
Il y a eu en 1921	88,749	2,565
“ “ “ 1922	88,377	2,610

nous donnant un avantage marqué.

Dans le rapport du service de Santé de la ville de Montréal, 1922, nous trouvons, en parallèle, les causes de décès chez les enfants de 0 à 1 an pour les Etats-Unis 1920, et Montréal en 1923.

Nous constatons par ce rapprochement que, sous la rubrique "naissance prématurée", le pourcentage de décès aux Etats-Unis est de 21.9 et à Montréal de 8.6.

En retour, sous la dénomination "Décès par diarrhée et entérite", les Etats-Unis accusent un pourcentage de 18.7, mais Montréal en reconnaît un de 41.7.

Pour les autres causes de décès, les proportions sont pratiquement les mêmes.

Dans ce même rapport, à la page 25, il est démontré que la proportion de la mortalité à Montréal est considérablement plus basse de 0 à 1 mois, et considérablement supérieure de 2 mois à 1 an, que celle des Etats-Unis.

Le Docteur Boucher, dans son rapport, ajoute :

"On peut conclure de ce qui précède que c'est après avoir dépassé "la période la plus critique de leur vie, le premier mois, que les "enfants meurent en plus grand nombre (à Montréal), contrairement à ce qui devrait exister. Ces faits nous amènent à présumer "que les enfants naissent en général viables, et que s'ils succombent "après être nés suffisamment vigoureux, c'est parce que les conditions "dans lesquelles ils vivent leur sont défavorables et que leur régime "alimentaire est mauvais."

Et plus loin il ajoute :

"La réduction de la mortalité par diarrhée et entérite à un taux "convenable, rapprocherait sensiblement du chiffre normal le taux "de la mortalité infantile à Montréal."

Nous partageons cette opinion, et ce qui est vrai pour Montréal l'est également pour la Province en général. Si nous examinons encore de plus près les causes des décès, nous constatons que chaque fois que des nourrissons sont réunis en grand nombre, le seul fait de leur agglomération fait augmenter le taux de la mortalité, aussi dans nos crèches et hospices, où sont recueillis les enfants, la mortalité est-elle tellement élevée que, d'après des renseignements de source officieuse, elle grèverait de près de 3% la mortalité totale de la ville de Montréal.

Cette dernière question vient d'être exposée d'une façon assez magistrale pour que je sois excusé d'avance de n'y pas insister.

Nous ne pouvons indéfiniment prolonger cette énumération fastidieuse pour démontrer un fait établi : que la mortalité infantile dans la province de Québec est élevée, que cette mortalité est trop élevée et que cet état de choses nous est préjudiciable, ce qu'il s'agissait de démontrer.

Il est donc nécessaire de chercher à améliorer une situation défavorable, et de voir s'il est en notre pouvoir d'y remédier.

Nous savions que depuis bien longtemps la question de la mortalité infantile avait attiré l'attention de ceux qui s'intéressent aux questions sociales, mais nous avons été surpris d'apprendre que même au 2^{ème} siècle de l'ère chrétienne, on s'était déjà préoccupé de cette question.

Dans le 10^{ème} rapport de l' "American Child Hygiene Association, le Docteur John M. Foot, de Washington, publie un article très intéressant intitulé "An Infant Hygiene Campaign of the Second Century".

D'après le Dr Foot, en l'honneur de sa femme Faustina, l'empereur Antonin, surnommé le pieux, aurait fondé une maison de refuge pour prendre soin des fillettes orphelines qui jusqu'à cette époque étaient abandonnées sans scrupule. Une médaille ancienne nous fait voir d'un côté Faustina et de l'autre Antonin entourés d'enfants, avec, en exergue, "Puellae Faustianiae". Sous Marc-Aurèle, toujours d'après le Dr Foot, une campagne d'éducation fut entreprise, non seulement pour enrayer la destruction volontaire des enfants, mais pour enseigner au peuple les principes des soins à donner aux nouveaux-nés et expliquer l'importance qu'il y avait pour la nation d'élever des enfants forts et vigoureux.

On se servait alors même de publicité pour répandre autant que possible les moyens préconisés.

D'après cette étude très documentée, nous constatons qu'il n'y a jamais rien de nouveau et que les problèmes actuels se présentaient à cette époque comme à la nôtre.

On se préoccupait de l'avortement, de l'allaitement maternel et mercenaire, on condamnait l'allaitement artificiel, on s'intéressait à l'hygiène de la nourrice, aux enfants abandonnés, etc., et il y a 1800 ans que ces problèmes sont discutés et nous les discutons encore.

D'après Henry L. K. Shaw, nous voyons dans le rapport de l'année 1921 de l' "American Child Hygiene Association" que c'est la France qui a toujours tracé le route dans l'organisation des activités publiques ou privées destinées à réduire la mortalité infantile.

Marfan, le distingué maître français, dont nous conservons toujours le souvenir reconnaissant, rappelle que, en 1784 fut fondée à Paris, par Madame de Fougeret, la Société de Charité Maternelle dont le but était de prévenir l'abandon des enfants, d'assister les mères en couches, de les aider à prendre soin de leurs enfants et les protéger contre les dangers qui les menaçaient.

Il est intéressant de noter que cette Société existe encore. La Société protectrice de l'Enfance fut fondée en 1876, pour encourager l'allaitement maternel, surveiller les enfants placés en nourrice et enseigner aux mères à prendre soin des nouveaux-nés.

La même année fut fondé "L'Allaitement maternel", ayant pour but d'assister les mères qui allaitent leurs enfants. Et depuis, les œuvres se sont multipliées, tellement nombreuses que leur seule énumération, telle que publiée dans la "Presse Médicale" au cours de l'hiver dernier, prendrait un temps trop considérable.

Ce n'est guère qu'en 1908 que nos voisins les Américains se sont occupés d'une manière sérieuse du problème de la mortalité infantile. Avec rapidité, une campagne de protection de l'enfance s'est systématisée et aujourd'hui chaque état, chaque ville quelque peu importante possèdent des organisations multiples, presque toujours reliées les unes aux autres par des rapports communs, et évoluant sous une direction scientifique.

En Belgique, l'Etat a assuré la plus grande partie de l'organisation préventive pour lutter contre la mortalité des enfants. Pendant l'occupation allemande, un des problèmes les plus pénibles pour pallier aux horreurs de la guerre, fut d'assurer l'alimentation des citoyens et particulièrement des enfants.

C'est pour cette raison que fut fondé le "Comité national de secours"; et en janvier 1915, on y ajouta une section particulière pour aider et protéger les organisations s'intéressant aux œuvres infantiles. Après la guerre se posait la question de savoir si ce travail de prévention devrait être continué et, le 5 septembre 1919, le gouvernement répondait aux vœux de tous en fondant "L'Œuvre nationale de l'Enfance".

Cette œuvre nationale a un statut légal. C'est un corps public formé sous le contrôle du gouvernement, mais avec un statut spécial, qui malgré ce contrôle lui assure une indépendance complète.

Le travail est dirigé par un conseil supérieur composé de 40 membres appointés par le Roi.

Le but de ce conseil est :

1° De prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires en tout ce qui concerne le bien-être de l'enfance.

2° De conseiller le gouvernement sur toutes les questions qui lui seront soumises traitant le bien-être et la protection de l'enfance.

Les détails de cette organisation sont exposés par M. J. Maquet, Directeur Général de l'Œuvre Nationale de l'Enfance de Belgique,

dans le rapport annuel publié en 1923 de l'American Child Health Association.

La Belgique en 1923 comptait parmi ses différentes organisations :

- 898 Centres de Bien-Etre des enfants (Consultations pour enfants malades).
- 685 Gouttes de Lait.
- 509 Cantines Maternelles.
- 42 Stations alimentaires pour enfants débiles.
- 19 Stations alimentaires pour enfants d'école.

Il y a pour nous à peu près 25 ans que fut commencé le premier mouvement à Montréal, pour enrayer notre mortalité infantile excessive, et c'est, croyons-nous, vers 1900 que fut fondée la première Goutte de Lait.

Depuis, peu à peu, se sont créées des œuvres et des associations particulières et locales, nées du dévouement et de la charité individuelle à la tête desquelles nous trouvons toujours des femmes de bien, des membres du clergé et des médecins, hommes de bien.

Quelques grandes municipalités ont commencé à s'organiser sérieusement, mais nous n'avons encore aucune direction officielle qui puisse diriger d'une façon pratique et méthodique une campagne nationale pour sauvegarder la vie de nos enfants et s'intéresser non seulement à ceux des villes, mais aussi à ceux de nos villages et même de nos campagnes.

Il est généralement admis que ce sont surtout les troubles du système digestif qui font le plus de victimes chez les enfants qui meurent de 0 à 1 an et que ces troubles sont le plus souvent imputables à l'ignorance des mères en matière d'hygiène infantile. Il semble admis également que la médecine préventive, par la vulgarisation des notions d'hygiène, la direction convenable donnée aux mères de famille, et la surveillance des femmes enceintes aient apporté jusqu'à présent les résultats les plus satisfaisants.

Nous devons donc admettre que nos efforts doivent être dirigés vers des moyens plutôt préventifs que curatifs.

La possibilité d'obtenir des résultats par ces moyens préventifs est démontrée d'une manière frappante, par ce qui s'est passé en Nouvelle-Zélande, qui a aujourd'hui la mortalité infantile la plus faible du monde entier.

Voici ce que nous dit sur ce sujet Robert M. Woodbury, dans le rapport de l' "American Child Hygiene Association" de 1920.

En 1872 la mortalité infantile de la Nouvelle-Zélande était à peu près celle des Etats-Unis aujourd'hui, et les statistiques démontrent que par périodes de 5 années de 1872 à 1918, le taux de la mortalité infantile a diminué systématiquement, passant par les chiffres suivants :

<i>Années</i>	<i>Taux</i>	<i>Années</i>	<i>Taux</i>
1872-1874	105.7	1895-1899	82.7
1875-1879	102.3	1900-1904	76.3
1880-1884	91.4	1905-1909	69.6
1885-1888	86.2	1910-1914	57.2
1890-1894	85.7	1915-1918	43.3

(d'après Woodbury)

Parmi les différentes mesures qui furent employées pour obtenir ce remarquable résultat, trois méritent une considération spéciale :

1° Les lois qui ont régularisé les sages-femmes et les gardes-malades, et la fondation des maternités d'Etat, "State Maternity Hospitals".

2° La protection accordée aux enfants mis en pension et élevés loin de leurs mères (enfants illégitimes, généralement), protection assurée par le "Infant Protection Act".

3° Le travail accompli par la Société Royale de la Nouvelle-Zélande, pour la protection des femmes et des enfants, "The Royal New Zealand Society for Health of Women and Children".

Ces trois facteurs sont analysés en détail par Woodbury dans son rapport, mais les deux premiers ont pour nous moins d'intérêt, à cause de nos conditions satisfaisantes au sujet des gardes-malades, sages-femmes et maternités et *la difficulté de traiter trop brièvement la question des enfants illégitimes*; aussi nous arrêtons-nous seulement sur le troisième facteur, considéré du reste comme le plus important des trois.

La Société Royale de la Nouvelle-Zélande pour la protection des femmes et des enfants fut fondée en 1907 à Dunedin, par le Dr Truby King, qui en 1917 ou 18 fut appelé en Angleterre pour y organiser une société analogue.

Cette Société est formée de différentes branches indépendantes qui se réunissent en conférence à des époques déterminées et forment le Conseil Central.

Ce Conseil rédige des rapports, s'intéresse aux statistiques et dirige les activités de la Société en général et s'occupe surtout du

travail de coopération avec le département de la santé publique dont il reçoit des subsides qui sont distribués aux différentes branches locales.

A part le Secrétaire du Conseil Central et des gardes-malades, tout le travail est fait gratuitement.

Un des facteurs les plus importants du succès de cette Société est la formation de ses gardes-malades.

Ces gardes-malades connues sous le nom "Plunkett Nurses", et ainsi nommées en l'honneur de Lady Plunkett, femme d'un des gouverneurs de la Nouvelle-Zélande, sont des gardes-malades diplômées, ayant en plus suivi un cours supplémentaire de perfectionnement dans un hôpital d'enfants, où ne sont admis que des nourrissons souffrant de troubles de l'alimentation.

La durée de ce cours de perfectionnement est de 6 mois pour les gardes diplômées en obstétrique seulement, et de 3 mois pour celles qui ont un brevet d'entraînement général.

Ce sont ces gardes-malades qui sont chargées de faire l'éducation des mères et se tiennent à la disposition des familles pour tout ce qui concerne le bien-être des enfants. Comme des missionnaires, elles vont partout, encourageant l'allaitement maternel, enseignant les principes de l'alimentation artificielle lorsqu'elle est nécessaire, ne prescrivent jamais pour un enfant malade, mais avertissent le médecin et le mettent au courant de ce qu'elles ont constaté.

Nous avons vu précédemment les résultats obtenus par ce système qui a fait tomber la mortalité de 105.7 à 43.3.

Une démonstration encore plus frappante peut-être de la rapidité avec laquelle on peut obtenir des résultats excellents par l'application de ces mêmes moyens nous est fournie par ce qui s'est passé tout près de nous, dans une de nos petites villes de la province de Québec même, à Thetford Mines.

Nous empruntons les lignes qui suivent à l'article publié par le Docteur Edgar Couillard, Inspecteur sanitaire et Professeur agrégé en hygiène dans un article paru dans le "Bulletin de Québec" en août 1922, nous faisant l'historique de cette tentative locale :

"Depuis le 1er mai 1921, une œuvre d'hygiène sociale désignée "sous le nom d' "Ecole maternelle" exerce son activité dans la ville "de Thetford Mines, comté de Mégantic. Fondée par la Metropolitan "Life Insurance Co. of New York, qui en a le contrôle et la direction, "elle est aussi subventionnée par le Conseil municipal de cette ville... "Le but de la Compagnie est de démontrer par du travail pratique

“fait sur place (*activity on the field*, comme disent les Américains) “comment et dans quelle mesure il est possible de réduire la mortalité “infantile. En d'autres termes, mettre en opération une œuvre “d'hygiène sociale pratique qui, par son action lente et progressive, “réduit au bout d'un certain temps le taux de la mortalité infantile “à un minimum normal, et par cela même prouver que le taux “antérieur de la mortalité infantile était trop élevé dans un milieu “donné. Aucune démonstration n'a de force probante comparable “à celle-là qui ne procède plus par l'exposé des théories ou des “hypothèses, mais par le fonctionnement d'un organisme plein de “vie dont les activités vont droit aux résultats, sauvent des vies.”

L'auteur explique en détail le travail accompli et les moyens employés pour arriver aux résultats remarquables que nous pouvons apprécier par les statistiques que nous tenons du Dr Alexandre Sirois, Directeur médical de cette Ecole Maternelle de Thetford Mines.

		<i>Décès de</i>		
		<i>Naissances</i>	<i>0 à 1 an</i>	<i>Taux 0/00 naiss.</i>
En	1919	470	103	219
“	1920	400	120	300
“	1921	475	93	196
“	1922	392	55	140
“	1923	415	40	96

Nous sommes donc passés en 5 ans du taux effroyable de 300 à celui de 96. C'est, nous le croyons, probant.

Transportons par toute la Province une organisation et des activités identiques et voyons quel bénéfice nous aurions fait en vies humaines *pour la même période*.

Si la province de Québec avait eu en 1923 le même taux que Thetford Mines, la diminution de la mortalité aurait été comme suit :

$$\frac{83,579 \times 31}{1000} = \text{Gain } 2591$$

En 1923 il y a eu une amélioration de 31 par 1000 naissances à Thetford.

Depuis 1920 la diminution de la mortalité infantile a été de 69 pour 1000 à Thetford, et de 32 seulement dans la province de Québec.

Si Québec avait eu une diminution de 69 au lieu de 32, on aurait une réduction sur le total des naissances de :

$$\frac{83,579 \times 69}{1000} = 5,767$$

$$\frac{83,572 \times 32}{1000} = 2,675 \quad \text{— soit un gain de 3,092 vies pour la seule année de 1923.}$$

Supposons un gain identique pendant chaque année d'une décade et constatons combien est large la blessure par laquelle s'écoule la sève qui doit alimenter notre vie nationale.

Il n'est pas possible de rester indifférents devant des résultats aussi frappant, *et les résultats sont partout les mêmes*, avec des variantes proportionnées aux ressources disponibles, et à la perfection du travail accompli. A Montréal, même avec des organisations incomplètes, on a cependant obtenu une amélioration remarquable. Nous voyons en effet dans le rapport du service de santé pour 1923 qui si nous comparons les taux de mortalité infantile des années 1906, 1915 et 1922, nous avons une amélioration remarquable. En effet,

En 1906 le taux était de 271	par 1000 naissances
“ 1915	“ “ 182.6 par 1000 naissances
“ 1922	“ “ 159.4 par 1000 naissances
Ce qui fait un gain de 23.2 par mille sur 1915,	
et de 111.6 par mille sur 1906.	

Cette décroissance constante dans le taux de la mortalité infantile à Montréal est sûrement attribuable aux activités déployées depuis quelques années pour combattre ce fléau qui nous fait tant de mal.

Voyons ce qui vient d'être publié au sujet de la mortalité infantile en Angleterre, et les résultats absolument convaincants en sont attribués par les autorités compétentes à la vulgarisation des notions hygiéniques parmi toutes les classes de la population.

Nous pourrions multiplier ces preuves de succès qui démontrent clairement qu'il est facile de combattre ce fléau, que les résultats ont été rapides et consolants partout où l'on a voulu s'occuper activement de la question.

Nous avons à notre portée les moyens requis pour obtenir chez nous les mêmes succès. Il n'y a qu'un geste à faire pour organiser en matière infantile, ce qui s'est fait pour les deux autres articles du programme d'hygiène entrepris notre notre gouvernement provincial.

Nous serait-il permis, avant de terminer, de faire trois suggestions que nous croyons avoir quelque importance pour assurer le succès d'une campagne quelconque, qui pourrait être entreprise dans le but de combattre la mortalité infantile dans notre Province.

1° Nous suggérerions que le Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec autorise ou avise nos universités à attacher une plus grande importance à l'enseignement de la pédiatrie en général et de la puériculture en particulier, pour pouvoir donner à nos élèves une compétence raisonnable dans une spécialité où presque tous auront à déployer leur activité professionnelle.

Nous sommes d'opinion que malgré tous les progrès accomplis dans tous les domaines de la formation médicale, dans nos universités, l'enseignement de cette partie de la pathologie pourrait être plus complet.

2° Nous croyons qu'il faille incessamment aviser à la création d'une "Ligue Nationale" pour prendre en mains la direction générale d'une campagne défensive contre la mortalité infantile dans la province de Québec.

Cette ligue, généreusement subventionnée et possédant l'autorité requise, s'occuperait de l'organisation d'après les principes reconnus les plus effectifs.

Les activités que cette ligue ou association aurait à déployer sont trop nombreuses pour être détaillées ici.

Son but principal serait d'aviser aux moyens de vulgariser par des *personnes compétentes* les notions d'hygiène infantile dans tous les milieux, surtout dans les milieux éducationnels, écoles primaires, écoles normales, collèges, couvents, pensionnats et même séminaires.

La ligue verrait à diriger et à concentrer l'action des différentes organisations déjà existantes, à en créer de nouvelles partout où le besoin s'en ferait sentir, à compiler et contrôler les différentes statistiques, à *assurer un travail de service social* par des personnes qualifiées, possédant l'entraînement et les connaissances nécessaires, à encourager l'allaitement maternel, à étudier les possibilités d'améliorer la production du lait, à considérer les avantages de la pasteurisation du lait destiné aux enfants des villes, à s'intéresser aux enfants illégitimes, enfin à examiner chaque question spéciale et adopter les moyens jugés propres à améliorer notre situation.

Peu à peu le travail de la ligue pourrait prendre de l'extension et embrasser un plus vaste champ d'action et s'occuper non seulement

des enfants du premier âge exclusivement, mais de tous les enfants en général.

Ainsi : l'opportunité de l'*examen médical obligatoire* pour tous les enfants fréquentant les classes, la création d'écoles en plein air en coopération avec la ligue Anti-tuberculeuse, l'importance de la culture physique dans les maisons d'éducation, la surveillance au point de vue hygiénique des enfants et des adolescents travaillant dans les magasins, manufactures ou usines, la protection et le secours devant être donnés aux femmes enceintes; et que d'autres questions encore pourraient être prises en considération, par cette organisation qui serait appelée à rendre des services précieux à la cause qui nous intéresse.

Le but de cette ligue serait identique à celui de l'"American Child Hygiene Association", qui est :

- 1° L'étude de l'hygiène infantile sous les aspects.
- 2° La vulgarisation des connaissances d'hygiène maternelle et infantile, et des moyens de prévenir la mortalité et la morbidité parmi les enfants.

Ce but est très étendu et permet à toutes les bonnes volontés de déployer leur activité, sous le contrôle et avec l'appui d'une organisation responsable qui mettrait à leur disposition des fonds suffisants et un personnel entraîné et compétent.

Jusqu'à présent, dans la majorité des associations qui sont chargées de la question infantile, tout en louant hautement l'initiative, le zèle et le dévouement de ceux qui en ont assumé les charges et obligations, nous croyons qu'une formation plus complète tant chez les médecins chargés des consultations que des gardes-malades chargées du service social, aurait donné un meilleur rendement.

Le service social ne devrait être confié qu'à des personnes hautement qualifiées, ayant reçu une formation spéciale pour accomplir leur mission dans les familles avec le tact, la discrétion, la compétence et l'autorité nécessaires.

Ces questions, laissées à l'initiative de personnes manquant de connaissances requises, peuvent causer des conflits regrettables qui souvent indisposent les médecins dont les intérêts sont parfois injustement lésés, et qui verront d'un mauvais œil la multiplication incessante de ces organisations de bienfaisance si souvent exploitées par de faux nécessiteux, au détriment de ceux qui généralement et surtout gratuitement y donnent leurs services. Une dernière suggestion :

3° C'est par l'éducation que nous croyons pouvoir obtenir les meilleurs résultats, et, pour faire de l'éducation, il faut des éducateurs qualifiés, et pour former des éducateurs il faut un milieu éducationnel.

Nous croyons donc à l'opportunité de créer une école de puériculture, dans laquelle les médecins et les gardes-malades qui seraient appelés à exercer leur ministère dans les diverses sections de l'organisation projetée recevraient un entraînement spécial et acquerraient une qualification officiellement sanctionnée.

Contrôlée si possible par nos universités, tout en conservant son autonomie, cette école de perfectionnement en sus de l'enseignement théorique devrait prévoir aux applications pratiques et à l'entraînement technique des médecins et des gardes-malades.

Pour créer ces deux organismes, la ligue contre la mortalité infantile et l'école de puériculture, il faut pour la première des bonnes volontés, pour la seconde des maîtres, mais pour les deux il faut des fonds.

Des maîtres, nous savons où les prendre, et c'est à vous, Messieurs de la Mission française, c'est à votre sympathique bienveillance que nous nous adressons.

D'année en année, venez de plus en plus nombreux apporter votre encouragement et votre concours si apprécié aux efforts que nous faisons pour maintenir bien haut dans la Nouvelle-France l'esprit de la culture française.

C'est à la France que nous demanderons une collaboration qu'elle ne saurait nous refuser pour une question qui doit nécessairement lui tenir au cœur, puisqu'il s'agit de sauver la vie sinon à ses propres enfants, du moins à ses petits-enfants.

Des bonnes volontés il n'en manque jamais pour accomplir le bien; ce qui manque souvent, c'est une orientation définie pour que ces bonnes volontés ne s'épuisent pas en vains efforts, faute de compétence ou de direction.

Monsieur le Ministre, jusqu'à présent, au cours de ce long exposé, vous ne pouvez pas nous taxer d'indiscrétion envers vous ni envers votre gouvernement; cela ne pouvait durer.

Vous avez, Monsieur, avec une complaisance remarquable, assumé pour le plus grand bien de notre province, "et la province toute entière saura le reconnaître", des charges lourdes et onéreuses.

Passant de l'éducation aux beaux-arts, des beaux-arts à l'hygiène, vos activités pour améliorer dans tous les domaines, notre province, ne se comptent plus.

Votre gouvernement, en plaçant en tête de son programme d'hygiène éducationnelle cette question de la mortalité infantile, savait sûrement à quoi il s'engageait, et nous croyons fermement qu'il est toujours dans les mêmes dispositions.

Aussi nous adressons en toute confiance à vous Monsieur le Secrétaire Provincial, nous avons failli dire Monsieur le Ministre de l'Hygiène, pour que vous preniez en mains la cause de nos petits enfants.

Monsieur le Président, nous vous soumettons humblement ce rapport, malheureusement trop peu élaboré; nous vous le soumettons, Messieurs les Membres du Congrès avec toute la sincérité possible. Peut-être pourra-t-on trouver matière à critique, peut-être pourra-t-on chicaner sur les chiffres et statistiques, nous concédons volontiers, mais gardons la conviction que nous avons fait ce travail avec la bonne foi et la sincérité les plus grandes, guidé seulement par l'intérêt que nous portons aux petits enfants de notre Province, qui sont le critérium de notre vie nationale.

— o —

"La Presse Médicale"

Un abonné de "La Presse Médicale", ne tenant pas à la collection de son journal, pourrait-il en céder le No 64, Année 1924, au soussigné, qui lui serait très reconnaissant de ce service.

Docteur L.-HENRI GARIEPY,

256 est, rue Sherbrooke, Montréal.

LA TUBERCULOSE HUMAINE ET LA TUBERCULOSE DES BOVIDES (1)

Par le Docteur JOSEPH-EDOUARD LABERGE

Depuis quelque temps nous avons tellement entendu parler de tuberculose que je voudrais étudier avec vous un aspect particulier de cette question paraissant avoir une importance primordiale dans l'étiologie de la tuberculose. Je veux parler de la tuberculose des bovidés comme agent de transmission de la tuberculose aux hommes.

Il me faudra faire des incursions quelques fois, au cours de cette étude, dans le domaine vétérinaire; j'espère que la faculté de médecine comparée me pardonnera d'entrer ainsi en pays étranger.

On ne peut nier que la tuberculose chez les bovidés ne constitue un danger de contamination pour les êtres humains. Il est admis aujourd'hui que le type humain et le type bovin ont une seule et même origine, présentant certaines particularités dues sans doute au fait que le bacille tuberculeux traversant l'organisme de la vache s'acclimata à ce milieu dont la température normale est de 102°, température beaucoup plus élevée que la température de l'homme. N'est-ce pas dû à cette particularité s'il y a deux types de bacilles tuberculeux différents et présentant quelques variétés morphologiques? Il est reconnu que le type bovin, s'il est moins virulent que le type humain pour les hommes, a, cependant, une certaine virulence, atténuée, si vous le voulez bien; mais, quand même, il faut admettre qu'il est virulent pour l'homme, surtout pour les petits enfants.

L'étude bactériologique, poursuivie en ces dernières années, établit que la tuberculose humaine et la tuberculose bovine procèdent d'une espèce bacillaire unique, le bacille de Koch, susceptible à l'exemple de divers types microbiens connus de s'adapter aux organismes qu'elle infecte et d'acquérir par chacune de ces adaptations des qualités propres. Il n'est pas nécessaire de vous rappeler ici les nombreuses et si intéressantes observations sur l'atténuation des microbes; ces faits vous sont tous connus. Tout en admettant que la grande majorité des cas de tuberculose humaine procède de la contagion entre hommes, il est nécessaire d'étendre les mesures de prévention prises à l'égard de la tuberculose bovine, puisque la

(1) Travail présenté à la Société Médicale de Montréal, séance du 4 novembre 1924.

tuberculose bovine est transmissible à l'homme, à l'enfant principalement.

Il nous est bien permis de croire encore aujourd'hui que le bacille tuberculeux, type bovin, chez l'enfant nourri avec du lait de vache, peut bien passer de l'intestin si perméable de l'enfant dans le système lymphatique et le microbe englobé par un leucocyte mobile peut bien être transporté dans un ganglion ou dans un organe quelconque de l'économie; déposé là, il pourra y rester inoffensif un temps plus ou moins long, pendant lequel il s'acclimate au nouvel habitat. Qu'une cause débilitante survienne, alors le microbe évolue et la tuberculose apparaît.

La tuberculose des bovidés n'est pas aussi répandue ici qu'elle l'est en Europe. Cependant le mal existe et si on n'y porte pas remède, le mal ira en s'aggravant de plus en plus. On peut dire d'une façon très approximative que dix à quinze pour cent des animaux dans la province de Québec sont tuberculeux et que la maladie sévit tout particulièrement sur les animaux de race pure. Les animaux acclimatés au pays semblent plus réfractaires. En Allemagne, au Danemark, en France, en Italie, aux Etats-Unis, en Angleterre, les statistiques publiées nous donnent une proportion de 20 à 40 pour cent des bovidés comme étant tuberculeux.

En France, une statistique de 1905 à 1916 établit que 30 à 40 pour cent des animaux ayant subi l'épreuve de la tuberculine ont été reconnus tuberculeux. En Belgique 48 pour cent des animaux soumis à l'épreuve de la tuberculine étaient tuberculeux. Dans l'état de New-York, une enquête fait de 1904 à 1906 établit que 61 pour cent des étables renfermaient des animaux tuberculeux.

Ici, dans la province de Québec, je ne citerai que deux cas. 1° A Marieville on a constaté que 15 étables étaient infectées et 167 vaches ont été abattues depuis 2 ou 3 ans. Ces vaches étaient toutes tuberculeuses. 2° Un riche industriel de Lachine vend son troupeau — 60 têtes. Le nouvel acquéreur ayant reconnu la présence de la tuberculose fait abattre tout le troupeau. Toutes les bêtes étaient tuberculeuses. De plus je vous soumettrai que les inspecteurs du Gouvernement Fédéral ont fait subir l'épreuve de la tuberculine en 1923 dans tout le Canada à 30,688 têtes de bétail. Ont réagi 2,162 animaux, et 269 étaient tellement contaminés qu'ils ont été jugés impropres à la consommation.

Maintenant, si vous me le permettez, j'ajouterai à ces faits un certain nombre d'observations qui n'ont pas, il est vrai, un caractère

absolument scientifique, mais qui, prises dans l'ensemble, me paraissent avoir une valeur assez probante pour nous porter à croire que la tuberculose des bovidés n'est pas une question négligeable; et ces faits doivent nous engager, au moins, à étudier sérieusement ce côté de la question de la prophylaxie de la tuberculose.

A Richelieu, un cultivateur a un troupeau infecté. Sa jeune fille qui soignait et trayait les vaches est morte de tuberculose. Il y a actuellement une autre enfant malade de la tuberculose dans la même maison.

A South Stuckly, près de Waterloo, un cultivateur a un troupeau de 10 vaches. Un médecin vétérinaire visite la ferme et il a des doutes sur la santé d'une vache; il fait part de ses doutes au propriétaire; la vache est abattue; à l'autopsie, elle est reconnue farcie de tuberculose. Ce cultivateur fait éprouver tout son troupeau. Toutes les vaches réagissent. Deux ans plus tard le fils de ce cultivateur meurt de tuberculose péritonéale à l'hôpital Général. Deux ans après la mort de son enfant, sa femme meurt de tuberculose pulmonaire.

A Granby, un troupeau de 20 têtes, toutes affectées de tuberculose. Les cochons de cette ferme sont tous malades. Les volailles sont toutes farcies de tuberculose. Le père et la mère sont morts de phtisie ainsi que deux filles.

A Vaudreuil un cultivateur avait une vache tuberculeuse, il y a cinq ans; il refuse de l'abattre ou de s'en débarrasser. A cette époque la famille paraissait en excellente santé. Deux ans plus tard son fils meurt de tuberculose, puis sa femme et sa fille. Un autre de ses enfants est actuellement malade de tuberculose. Tout son troupeau est reconnu à l'épreuve de la tuberculine comme infecté. 24 têtes sont abattues et trouvées farcies de tuberculose.

A St-Vincent-de-Paul, un cultivateur achète une vache Jersey pour son fils, âgé de 19 ans, qui ne prenait pas d'autre liquide que du lait. Un an plus tard, le fils était tuberculeux. La vache Jersey, en outre, a contaminé tout le troupeau et le fils a contaminé toute la famille. Lorsque cette vache a été abattue, à l'autopsie on l'a trouvée farcie de tuberculose. Le pis était envahi.

A St-Césaire, sur un troupeau composé de 28 vaches, 28 ont réagi et ont été abattues. La femme du fermier est morte de tuberculose quelques mois plus tard.

Aux Trois-Rivières, un propriétaire de vaches laitières refuse de se rendre au conseil qui lui est donné de faire subir l'épreuve de

la tuberculine à son troupeau. Ce conseil lui était donné par un vétérinaire bien au courant des ravages de la tuberculose chez les bovidés. Plusieurs membres de sa famille sont morts de tuberculose. Finalement, il a dû faire abattre tous les animaux de son troupeau, et ils étaient tellement malades que les carcasses ont été jugées impropres à la consommation.

A St-Janvier, un cultivateur fait éprouver son troupeau. Tout le troupeau est condamné. Quelques mois plus tard quatre de ses enfants sont morts de de tuberculose.

A Rosemont un citoyen avait une vache Jersey dont il était très orgueilleux. Un médecin vétérinaire très avisé qui visitait cette famille lui exprima des doutes sur la santé de sa vache. Le propriétaire ne voulut rien entendre et conserva cet animal qui fournissait de lait sa famille. Finalement au bout d'un an, la vache fut abattue et à l'autopsie, elle était tellement farcie de tuberculose que la carcasse même fut condamnée. Depuis, deux des filles de ce monsieur ont été victimes de la tuberculose; l'une est morte et un an et demi plus tard le mari de cette femme mourait aussi de tuberculose. L'autre fille a fait un séjour prolongé à Ste-Agathe et on la croit guérie maintenant.

Ces exemples et bien d'autres que je pourrais citer démontrent, il me semble, que la tuberculose est une maladie qui se communique à l'homme par les animaux. Le gouvernement devrait connaître ces faits dans son organisation de lutte antituberculeuse, s'efforcer de faire l'éducation des cultivateurs; les engager à faire éprouver leurs troupeaux par la tuberculine; à désinfecter leurs étables lorsqu'ils auront eu un sujet tuberculeux parmi leurs troupeaux; leur démontrer comment transformer des étables malsaines en étables hygiéniques, leur prouver que cette transformation peut se faire à relativement peu de frais. Car ne l'oublions pas, Messieurs, la tuberculose est une maladie de l'habitation pour les animaux comme pour les êtres humains. Il faudrait aussi démontrer aux cultivateurs que la contamination surtout se fait par les excréments des vaches. C'est là le mode de contamination le plus fréquent. Il faudrait apprendre aussi aux fermiers que les résidus de laiterie sont particulièrement dangereux pour les veaux et les porcs.

Ostertag estime à 60 ou 70% la proportion des porcs nourris avec des résidus de laiterie et devenus tuberculeux.

Muller et Koeningsberg estiment que cette statistique devrait être de 90 à 100%.

Dans certains pays on a établi un système de mutualité pour couvrir les dépenses encourues par les cultivateurs en se défaisant des animaux tuberculeux. Ces organisations sont subventionnées par le gouvernement; elles organisent la lutte dans leurs districts respectifs et prennent les mesures nécessaires pour prévenir la dissémination de l'infection. On pourrait peut-être tenter la chose dans ce pays-ci. Il serait intéressant et peut-être très à propos d'amener le cultivateur à collaborer dans cette lutte.

Le diagnostic de la tuberculose chez les bovidés n'est pas facile à être établi d'une façon positive par les moyens ordinaires, même pour un vétérinaire expérimenté. Chez le bœuf, on rencontre la tuberculose dans les poumons, dans les ganglions, dans la plèvre, dans la mamelle, dans le foie, dans la rate, dans les reins, dans les intestins, même dans les ganglions intramusculaires. Enfin tout l'organisme peut être affecté. La tuberculose de la mamelle débute par l'un des quartiers postérieurs. Ce sont de petits nodules non-douloureux. Cinq pour cent des vaches tuberculeuses présentent cette forme de tuberculose. La tuberculose ganglionnaire se voit au niveau du pharynx, de la trachée, de la région de la parotide, ou du flanc, ou de l'épaule : ce sont là les régions les plus communément infectées. La tuberculose ganglionnaire peut présenter des foyers de dimensions variables. Ils sont quelquefois scléreux, gris-jaunâtre, ils crient sous le scalpel qui les sépare; d'autres fois ils sont ramollis, purulents.

Le système nerveux central est quelquefois affecté et l'animal présentera des symptômes de méningite.

Une statistique nous apprend que sur onze cents bovidés adultes présentant des lésions graves et étendues, l'existence de la maladie n'avait été reconnue sur les animaux vivants que dans une proportion de 41%. Le diagnostic clinique est donc extrêmement difficile, et l'épreuve par la tuberculine est le moyen le plus sûr de déceler la tuberculose. Permettez-moi de décrire la technique de cette inoculation. La tuberculine est un extrait stérile des cultures du bacille tuberculeux, en bouillon glycérimé. La tuberculine possède une particularité très intéressante : c'est son inocuité pour les animaux non tuberculeux tandis qu'elle produit une élévation de température aux animaux atteints par la tuberculose. La réaction qui se produit est en rapport inverse de la gravité de la lésion; c'est-à-dire moins la lésion est étendue, plus la réaction est vive. Il n'y a pas à proprement parler d'accoutumance à la tuberculinisation. L'expérience a

prouvé que les défaillances se sont présentées dans 2 à 4% des cas; même dans ces cas on peut supposer que les cadavres de ces animaux récelaient des lésions minimales qui ont pu échapper à l'observateur. D'après S. Arloing, la tuberculine est le révélateur le plus délicat et le plus sûr de la tuberculose. Il y a trois procédés employés pour faire cette épreuve :

1° *La méthode sous-cutanée.* Il faut prendre la température avant de pratiquer l'injection qui se fait généralement près de l'épaule, après avoir bien rasé les poils et lavé avec un antiseptique l'endroit où l'on va faire la piqûre. Dix heures après l'injection, on prend la température. (Il faut bien se rappeler que la température normale de la vache est de 101 à 102°.) On prend la température à toutes les deux heures qui suivent l'injection pendant douze heures. Si la température s'élève de 1°, c'est-à-dire qu'elle marque 103, on aura un doute; si elle s'élève de 1½° il faut conclure à l'existence de la tuberculose chez l'animal.

L'injection se fait avec une dilution de tuberculine brute dans une solution de phénol à 5 pour 1000; on injecte pour les adultes 30 à 50 centigrammes de cette dilution. Pour les veaux de moins d'une année, 20 centigrammes de la dilution doivent être employés.

Douze heures avant l'épreuve, les animaux sont mis à l'étable et abreuvés une heure avant l'épreuve, parce que la grande quantité d'eau que boit la vache peut faire baisser la température temporairement et donner lieu à des erreurs d'interprétation.

2e *méthode. L'oculo-réaction.* On conseille d'employer des tuberculines concentrées pour cette méthode. On laisse tomber une goutte de tuberculine brute sur le globe oculaire. On pratique un léger massage de l'œil et des paupières, et 8 heures après, si on a affaire à un sujet tuberculeux, on constate de l'hyperhémie de la conjonctive et l'apparition de muco-pus à l'angle interne de l'œil, du larmolement, une rhino-réaction et un jetage muqueux par le nez. On conseille de faire cette épreuve en deux temps. La première instillation peut être faite par n'importe qui, mais on n'en tient pas compte. Cette première épreuve ne fait que sensibiliser l'animal. Le deuxième temps se pratique quelques jours plus tard par l'inspecteur, et c'est après cette épreuve qu'il faut observer les symptômes qui se présenteront. C'est-à-dire conjonctivite, larmolement, jetage, etc., etc.

Cette seconde réaction est probante si elle est positive, même chez les sujets préalablement injectés, elle donne des indications

certaines. Quand il y a doute que le sujet a déjà subi l'épreuve de la tuberculine, cette façon d'opérer est très importante, comme vous le pensez.

La troisième méthode est la dermo-réaction. C'est la plus simple et la plus employée. On la pratique à l'un des plis cutanés de la base de la queue. On emploie 1/10 d'une solution de tuberculine brute diluée au dixième. Il se produit dans les 24 heures une plaque œdémateuse sous-cutanée qui va en augmentant jusqu'au quatrième jour, c'est-à-dire 96 heures après l'injection.

Ce procédé est très simple. Il faut éviter de faire l'injection sous le derme, cette injection doit être faite intra-dermique. Le choix du réactif est aussi très important. Il faut employer une tuberculine très active, très fraîche. Les tuberculines du commerce n'offrent pas toujours cette garantie. Il ne faut pas pratiquer cette dermo-réaction chez les animaux qui depuis moins d'un mois auraient pu recevoir une injection sous-cutanée de tuberculine. Dans un cas de doute, il vaudrait mieux employer concurremment l'oculo-réaction.

Le diagnostic bactériologique est très difficile. Lorsqu'on désire employer cette méthode on conseille d'avoir recours à l'inoculation au cobaye. Cette méthode est lente, 6 semaines environ. Lorsqu'un animal tuberculeux a été découvert dans un troupeau, il faut nécessairement désinfecter, et bien désinfecter, l'étable. Les cultivateurs devraient savoir comment procéder pour désinfecter leurs étables, car on sait que le bacille tuberculeux est très résistant. Des cultures à l'abri de la dessiccation se conservent vivantes et virulentes pendant plusieurs mois. Griffith a constaté la virulence du bacille après 597 jours. L'obscurité aide aussi à la conservation du bacille. Soparkar a conservé des bacilles pendant 381 jours. Dans le beurre, le fromage, les laits fermentés, le bacille peut se conserver aussi pendant longtemps.

Les matières excrémentielles sont souvent virulentes. Sur 47 animaux tuberculeux, 25 ont donné des excréments contenant du bacille. Lorsque la mamelle est malade, le lait peut être infecté. Il peut être aussi contaminé par les microbes qui avec les poussières, les corps étrangers tombent dans le lait pendant la mixtion ou pendant les différentes manipulations qu'il doit subir. L'alimentation par le lait des résidus de laiterie est l'occasion habituelle de la contamination chez les veaux ou chez les porcs. Le jetage peut contaminer l'eau des abreuvoirs et ainsi tout un troupeau peut être

devraient être connues du cultivateur afin qu'il prenne les mesures efficaces pour éviter la transmission de cette terrible maladie. Pour la même raison, le cultivateur devrait connaître l'importance de l'épreuve par la tuberculine pour conserver ses animaux sains. Il devrait faire subir au troupeau l'épreuve de la tuberculine pour déceler les sujets infectieux et les séparer des animaux sains. C'est la méthode dite de Bang : isolement des animaux tuberculeux et abattage immédiat des animaux ayant une tuberculose ouverte. La méthode Ostertag, qui est une demi-mesure, n'offre pas la même sécurité; elle consiste en l'abattage seulement des animaux ayant une tuberculose ouverte. Après chaque épreuve de tuberculinisation, il faut désinfecter et bien désinfecter les étables, si on y a découvert des sujets tuberculeux. Cette opération ne peut se faire que si les étables sont bien aménagées.

Cette lutte contre la tuberculose est surtout une question d'éducation. Il faut instruire les cultivateurs sur les dangers auxquels ils s'exposent eux-mêmes en conservant dans leurs étables des animaux tuberculeux : dangers réels pour leur famille, leur femme, leurs enfants, leurs employés ; leur faire comprendre le danger probable de la contamination de tout leur troupeau par les quelques sujets infectés qui s'y seraient introduits. Cette campagne devrait faire partie de la lutte entreprise par le gouvernement de la province contre la tuberculose. Je crois qu'il est important que la Société Médicale de Montréal exprime une opinion sur ce sujet. C'est là la considération qui m'a engagé à vous soumettre cette étude sur la tuberculose des bovidés.

Statistique mortuaire Re Tuberculose

	1919	1920	1921	1922	1923	Population en 1921
Pour Marieville et Ste-Marie du						
Monnoir	8	2	4	4	1	2,519
Total pour le comté de Rouville	21	19	18	21	11	11,733
Taux par 100,000 de pop. pour						
Ste-Marie du Monnoir . . .	317	79	158	79	39	
Taux pour le comté de Rouville	178	16	153	178	93	

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES CAVERNES DU POUMON (1)

Par L. HENRI GARIEPY

Le traitement de la tuberculose pulmonaire, quand on le considère à côté des traitements de la syphilis et du cancer qui ont fait depuis vingt ans des pas de géant, à une allure assez modeste et fait plutôt figure de parent pauvre. Nous ne connaissons pas encore l'antiseptique qui pourrait stériliser l'organisme infecté par le bacille de Koch, ni le rayon possédant une affinité pour la cellule géante.

Notre seule ressource est encore le traitement des symptômes et je crois qu'on peut dire, sans être taxé de scepticisme scientifique, qu'il est sage de faire converger tous nos efforts vers le perfectionnement de cette thérapeutique de pis-aller mais qui rend encore des services, dans l'attente qui pourrait être longue, d'un traitement spécifique.

L'observation des processus naturels de guérison, ici peut-être plus qu'ailleurs, nous est d'un grand secours, et nous devons nous efforcer de toujours en comprendre le sens, pour ne pas les contrarier par une intervention intempestive et pour pouvoir à l'occasion en favoriser les tendances. Voici à ce sujet quelques principes qu'il est utile de se rappeler en formulant le traitement d'un tuberculeux :

Les plaies du parenchyme pulmonaire comme toutes les autres plaies ne pourront subir de réparation satisfaisante que si le territoire lésé est au repos;

les toxines issues d'un foyer en activité iront perturber les centres thermo-régulateurs avec une intensité proportionnelle à l'activité de la circulation, d'où indication de diminuer le nombre des systoles cardiaques et des mouvements respiratoires;

l'hématose s'accomplissant sur une surface réduite il faudra que le malade soit placé dans une atmosphère aussi riche que possible en oxygène si l'on veut éviter l'accélération compensatrice de la respiration.

On luttera contre la déperdition excessive de calorique et la fonte des tissus par la suralimentation qualitative et on mettra à profit l'action sclérogène du régime hyperazoté, à redouter dans

(1) Travail de la Clinique médicale de l'Hôpital Notre-Dame; Service du Professeur Benoît.

d'autres états, mais providentielle ici, puisqu'elle ne fait que se superposer à celle de la nature dans la guérison de ces lésions. Toutes ces choses sont connues et exploitées depuis longtemps au profit du tuberculeux, mais il est un point de la pathogénie de l'infection bacillaire qui semble avoir soulevé moins d'intérêt que les autres : le rôle joué par le facteur mécanique dans l'extension des lésions et les conclusions thérapeutiques auxquelles nous amène cette étude.

La question du terrain, celle de l'origine et de la virulence du germe, l'état d'allergie des sujets ayant reçu une première atteinte, le rôle des anticorps dans les essais de thérapeutique spécifique ne sont pas les seules données du problème de l'infection tuberculeuse. Le développement du bacille de Koch dans le poumon n'est pas assujéti à ces seules lois biologiques, mais aussi à l'influence de phénomènes physiques, qui ne lui sont pas particuliers mais qui, pour ce qui est du poumon, jouent un grand rôle dans la distribution des lésions. Parmi ces facteurs je mentionnerai seulement, en passant, la disposition différente de la grosse bronche par rapport au sommet, chez l'enfant à l'âge de la primo-infection, et chez l'adulte. Chez le premier en effet, la bifurcation de la trachée étant beaucoup plus haute, il s'ensuit que la portion de poumon supérieure à la bronche n'excède pas un cinquième ou un quart de la totalité du parenchyme d'un côté. Le rapport de ces deux points : bronche, sommet, change avec les années de telle façon que les bronches devenant plus horizontales, une portion de poumon qui leur était inférieure auparavant, se trouve alors située sur un plan plus élevé qu'elles.

Ceci fait bien comprendre la possibilité d'une primo-infection par voie aérienne dont les vestiges apparaissent au sommet longtemps après.

Autre facteur mécanique à considérer : la pression alternative positive et négative à laquelle sont soumis tous les points de l'arbre respiratoire pendant les deux temps de la respiration. Ces forces, évidemment, s'exerceront avec le plus d'intensité là où l'amplitude des mouvements est plus considérable : régions latéro-inférieures et diaphragmatique, et elles seront poussées à leur maximum pendant et immédiatement après l'acte de la toux. On comprend facilement l'influence, à l'intérieur de cet espace clos, constitué par l'arbre respiratoire pris dans son ensemble, de ces différences de pressions sur la circulation sanguine et lymphatique de l'organe. Ces liquides — sang et lymphe — véhiculeront les bacilles dont ils se sont chargés au passage d'un territoire infecté,

avec une vitesse proportionnelle à l'intensité de la respiration, même en ne tenant pas compte de l'action du cœur.

A part son action sur la circulation alvéolaire, cette pression alternativement + et — crée à l'intérieur des bronches un courant aérien dont la vitesse croît à mesure que le calibre de celles-ci diminue, et qui est capable de faire progresser — dans une direction comme dans l'autre — les matières plus ou moins abondantes, mais toujours septiques, qu'il rencontre sur son passage. Qu'on se représente ce qui se passe à l'intérieur de bronches avoisinant un foyer en voie de ramollissement. Les particules de matière caseuse désagrégée peuvent évidemment être transportées vers les voies supérieures et expectorées, mais elles peuvent aussi, sous l'action des inspirations profondes qui suivent la toux, être poussées vers l'intérieur et aller ensemer un territoire sain. La preuve de ceci a été faite, et Nicol, cité par Gekler, a vu sur des préparations, des alvéoles à parois intactes, farcis de matière caseuse et de germes évidemment transportés là par aspiration.

Le volume du foyer nécrosé et la quantité de matière septique mise en circulation sont encore d'autres facteurs favorisant la dissémination de l'infection de cette manière, car si les bronches peuvent suffire à assurer l'évacuation vers l'extérieur d'une quantité modérée d'expectoration, il arrive un moment où, la quantité à éliminer devenant trop considérable, la voie reste encombrée. Que survienne alors une brusque aspiration comme en font les malades après avoir toussé, le contenu des bronches de ce territoire sera refoulé dans une autre direction, habituellement vers les lobes inférieurs.

La chose est assez claire, puisque en vertu du phénomène de Koch, les lésions de réinfection tendent naturellement à la nécrose et à l'élimination. Il semble donc logique de favoriser par des moyens artificiels la sortie de l'appareil respiratoire de ces tissus nécrosés quand les moyens naturels se montrent insuffisants, ne faisant en cela qu'aider la nature. C'est ici que le pneumothorax artificiel comme agent de compression et d'expression de ces foyers rend des services inestimables. Son emploi est malheureusement restreint et rendu difficile par la présence d'adhérences pleurales, surtout chez les anciens malades, et c'est la fréquence de cette contre-indication qui a suggéré aux médecins du sanatorium d'Albuquerque, travaillant sous la direction de Gekler, la recherche d'un autre moyen d'agir sur ces cavernes, quand pneumothorax et thoracoplastie sont impossibles. La gravité de cette dernière opération en a malheureusement restreint

l'emploi à un très petit nombre de cas. Les conclusions de leurs travaux, vérifiées plus tard par l'expérience, indiquent qu'il est relativement facile, étant donné la présence d'adhérences entre les deux feuillettes de la séreuse, d'aborder une caverne tuberculeuse du poumon par la voie transthoracique, puis de créer une fistule pour assurer l'évacuation du contenu et la désinfection de la paroi jusqu'à l'assèchement parfait de celle-ci. Cette condition une fois réalisée, la caverne, laissée à elle-même, subirait la rétraction dont sont le siège les cavernes bien drainées quand la maladie a la moindre tendance vers l'évolution fibreuse, laquelle rétraction peut même aller jusqu'à l'oblitération complète de la cavité comme la chose a été constatée de façon irréfutable.

Ceux qui ont l'expérience de la méthode de Forlanini savent combien sa mise en pratique est parfois décevante pour les raisons déjà données. Aussi lorsque l'indication se rencontrera d'exprimer le contenu d'une caverne mal drainée pour l'empêcher d'aller répandre ailleurs l'infection et que le Forlanini sera impossible à réaliser, il y aurait intérêt, je crois, à recourir sans crainte à la méthode de Gekler dont voici, résumée en quelques mots, la technique :

1.—Anesthésie locale et injection sous-cutanée d'héroïne ou de morphine.

2.—Résection de la côte avec son périoste sur une longueur d'environ un pouce et demi.

3.—Localisation de la caverne par ponction.

4.—Ouverture d'un trajet d'un pouce de diamètre au thermocautère.

5.—Pansement sec. (Fig. 1)

Voici pour l'opération. Les traitements subséquents sont pratiqués une ou plusieurs fois par jour suivant les indications de chaque cas et consistent en :

1.—Aspiration au moyen d'une seringue et d'un tube de caoutchouc.

2.—Lavage des parois par vaporisations de sérum physiologique suivi d'une nouvelle aspiration.

3.—Vaporisations d'une solution saturée de violet de gentiane dans de l'eau distillée contenant 10% d'alcool, pour que la paroi de la cavité en soit couverte sur toute sa surface.

4.—Application de la même solution sur le pourtour de l'orifice.

Comme on le voit la méthode est nouvelle. Nous n'avons pas encore eu l'occasion de l'employer dans la tuberculose cavitaire à



Fig. I

lésion étendue suivant l'indication originale mais nous en avons fait l'expérience dans un cas de gangrène du poumon chez un tuberculeux qui en a nettement bénéficié. Nous en rapportons plus bas l'observation.

Une hirondelle ne fait pas le printemps et une observation isolée ne prouve rien. Nous espérons seulement que la nôtre intéressera d'autres phtisiothérapeutes qui nous feront à leur tour connaître le résultat de leur expérience sur le même sujet pour que nous puissions bientôt réunir assez de faits pour pouvoir nous prononcer sur la valeur de ce traitement.

Observation

A. D., vingt-cinq ans, est admis dans le service du Professeur Benoît le 30 janvier 1924, pour un syndrome pulmonaire chronique dont le début remontait à quatre ans, avec état général profondément altéré.

Dans l'histoire de sa famille on ne relève rien de particulier : père vivant, cinquante ans, jouissant d'une bonne santé apparente. Mère morte à soixante ans d'une affection aiguë du poumon. Trois frères et trois sœurs morts en bas âge. Trois sœurs vivantes se portent bien.

Les antécédents personnels ne fournissent pas plus de renseignements. Le malade grandit à la campagne, pauvrement, et travailla de bonne heure, à la journée, à des travaux pénibles. Il semble avoir tout connu de la misère physiologique, mais ne se rappelle pas avoir été malade avant le début des troubles actuels.

A vingt-et-un ans, pendant qu'il gâchait du mortier, dehors, en hiver, il fut pris soudainement d'un violent point de côté à gauche. Il éprouva des frissons répétés le premier jour, et de la céphalée. Une dyspnée intense s'installa, rendue plus pénible par une toux improductive. Un diagnostic de pneumonie fut d'abord posé puis changé quelques jours plus tard en celui de pleurésie et une ponction évacuatrice fut pratiquée, qui donna issue à une chopine (?) de pus. Le malade fut soulagé, se crut guéri, et se leva quelques jours plus tard attendant le retour de ses forces, lesquelles se firent attendre. La toux persista, puis, graduellement, tous les autres symptômes revinrent et, six mois plus tard le patient se sentant dans un état identique à celui du début, réclama de son médecin le même traitement qui l'avait soulagé une fois mais pour quelque raison cela lui

fut refusé. L'état continua à s'aggraver, tous les symptômes atteignirent bientôt une grande intensité; du délire vint s'y ajouter. L'état fut déclaré désespéré, tout traitement inutile, et la fin semblait imminente quand le malade rendit dans une vomique une grande quantité de pus verdâtre, puis chocolat, d'odeur fétide. Le lendemain reprise de la connaissance, amélioration graduelle, et, quelques jours plus tard, lever. La toux et l'expectoration persistent cependant. Depuis cette époque et pendant les trois années qui suivirent, A. D. ne reçut aucun soin et regarda passer les jours, comme il le dit lui-même "assis au bout de la table, évitant de remuer, ce qui me faisait cracher et dégoûtait tout le monde".

Ayant demandé assistance à son médecin, celui-ci ne put le placer dans un sanatorium canadien-français, et pour cause. On réussit à le faire admettre au sanatorium juif de Préfontaine, près de Sainte-Agathe où, tenu sous observation pendant six semaines, il reçut les meilleurs soins hygiéno-diététiques, mais aucun traitement local, semble-t-il. Des analyses répétées n'ayant pu établir la nature tuberculeuse de la maladie, il lui fallut abandonner cette institution affectée au traitement des seuls états tuberculeux. C'est alors qu'il entra à l'hôpital Notre-Dame.

Examen à l'admission : Facies amaigri; langue légèrement saburrale; pouls rapide (120) et irrégulier; trente respirations à la minute. Tousse beaucoup. Expectoration muco-purulente et d'odeur infecte. Température modérée; P. A. 130/170 (Tycos).

Poumons : A gauche, matité; respiration soufflante, caverneuse, accompagnée de râles sous-crépitants de diverses grosseurs prenant vers le haut le caractère consonnant. Vibrations effacées. A droite, sub-matité, respiration rude avec expiration prolongée. Vibrations vocales augmentées. A l'écran, les deux tiers du poumon gauche sont voilés; le tiers inférieur est très noir avec niveau supérieur linéaire et mobile. Sous la clavicule, une zone très claire. Conclusion : hydropneumothorax. (A la suite de ce rapport l'interne tenta plusieurs ponctions qui ne ramenèrent jamais de liquide. Nous verrons pourquoi.)

De cette date à la fin de mai l'examen bactériologique des chats fut fait cinq fois et une seule fois le bacille de Koch put être décelé.

La courbe de la température pour cette période, dont les oscillations ne dépassaient pas 100° le soir, accuse, toutes les trois ou quatre semaines, une ascension à 102°-103° durant environ sept jours, et

descendant en lysis après une recrudescence de l'expectoration ou une vomique de matière fétide. Les notes de l'infirmière mentionnent également les points suivants : le malade tousse beaucoup; expectoration abondante et malodorante.

La médication consista dans l'administration successive de créosote, d'hypophosphites, sirop de codéine, sulfate de strychnine puis, de teinture d'iode par la bouche.

C'est à ce point de son histoire que nous vîmes le malade pour la première fois à notre arrivée dans le service, vers le milieu de mai. La condition à ce moment, est, à peu de chose près, celle décrite lors de son admission sauf qu'il présente depuis quelques jours, sur la paroi thoracique antérieure entre la première et la deuxième côte à cinq centimètres du sternum, une zone tuméfiée, rouge, chaude, douloureuse, de la grandeur d'une pièce de vingt-cinq sous qui, au bout de quinze jours, donnait l'impression d'un petit abcès du tissu cellulaire, à la veille d'aboutir. Le centre était ramolli et, à chaque effort de toux la peau bombait en avant, ce qui nous fit penser à la communication du tissu cellulaire avec une cavité sous-jacente dont nous avions à l'auscultation tous les signes. A partir de ce moment, l'état général s'aggrava progressivement, la fièvre augmenta et, le 22 juin les téguments cédèrent, créant une petite ouverture d'un demi-centimètre par laquelle s'écoule un pus fétide dont l'abondance indique clairement l'origine intrathoracique. Le lendemain, nous explorons la plaie avec un stylet dont l'extrémité, après avoir cheminé sous la peau dans la direction de l'espace intercostal sur une distance d'environ un pouce, donna la sensation de se mouvoir dans le vide. Le stylet retiré, nous faisons suivre le même chemin à une sonde molle à l'extrémité de laquelle nous adaptons une seringue de 20 c.c., puis nous retirons 380 c.c. de pus assez fluide, verdâtre, dont l'odeur abominablement infecte soulève les protestations des malades de l'entourage.

Cette première intervention procure un soulagement instantané et la température commence à descendre. Le pus analysé au laboratoire montre la présence d'anaérobies variés, de streptocoques, de spirilles en plus des germes banaux des voies respiratoires. Nous avons manifestement affaire à de la gangrène et nous proposons le traitement suivant qui est commencé immédiatement : Sérum anti-gangreneux polyvalent de l'Institut Pasteur; sulfarsénol intraveineux tous les quatre jours à doses croissantes. Localement nous conseillons le traitement préconisé par Gekler pour les cavernes tuberculeuses,

lequel fut appliqué de la manière déjà décrite. La partie opératoire fut exécutée par le Professeur Bourgeois dont la collaboration nous fut précieuse et à qui nous désirons exprimer nos remerciements. Le malade bien qu'éveillé ne ressentit au cours de l'intervention aucune douleur. Au retour de la salle d'opération nous retirons de la caverne 150 c.c. de pus et nous faisons commencer sans tarder les vaporisations de sérum physiologique et de violet de gentiane au moyen d'un petit appareil De Vilbiss ordinaire, lequel se prête merveilleusement à ce travail. Le traitement fut répété une fois par jour.

Résultats. La quantité de liquide retirée diminua tous les jours pour rester stationnaire entre 30 et 40 c.c. venant probablement, en partie, de la trachée et du poumon de l'autre côté par la grosse bronche encore ouverte en haut. Le pus perdit rapidement son odeur de gangrène. Amélioration parallèle des autres symptômes et de l'état général. L'augmentation du poids — dix livres dans quatre mois — qui pourrait sembler de peu d'importance dans un autre cas, est ici très encourageante. (Fig. 2)

Pronostic. Réserve. Lié à l'évolution d'une tuberculose fibreuse étendue, de l'autre côté, dont la marche silencieuse n'inspire pas de craintes immédiates.

La mince couche de parenchyme qui a échappé à la fonte gangréneuse, appliquée partout à la paroi thoracique et limitée du côté interne par une membrane fibreuse résistante ne pourra jamais, croyons-nous, avoir la moindre influence sur l'évolution ultérieure de la maladie.

*

* *

L'affection primitive, autant que nous pouvons nous en rendre compte par les renseignements incomplets fournis par le malade, semble avoir été une pleurésie suppurée de l'interlobe gauche, à laquelle vint de bonne heure se surajouter un processus de nécrose gangréneuse dont l'envahissement graduel réalisa l'excavation de tout le poumon. L'accumulation de ces tissus nécrosés, septiques, dans une cavité dont le fond s'éloignait chaque jour de la bronche de drainage, causait les poussées périodiques de température qu'une vomique faisait disparaître.

Le rapport de l'examen à l'écran (voir plus haut) mentionnait une ombre avec limite supérieure linéaire mobile et le diagnostic

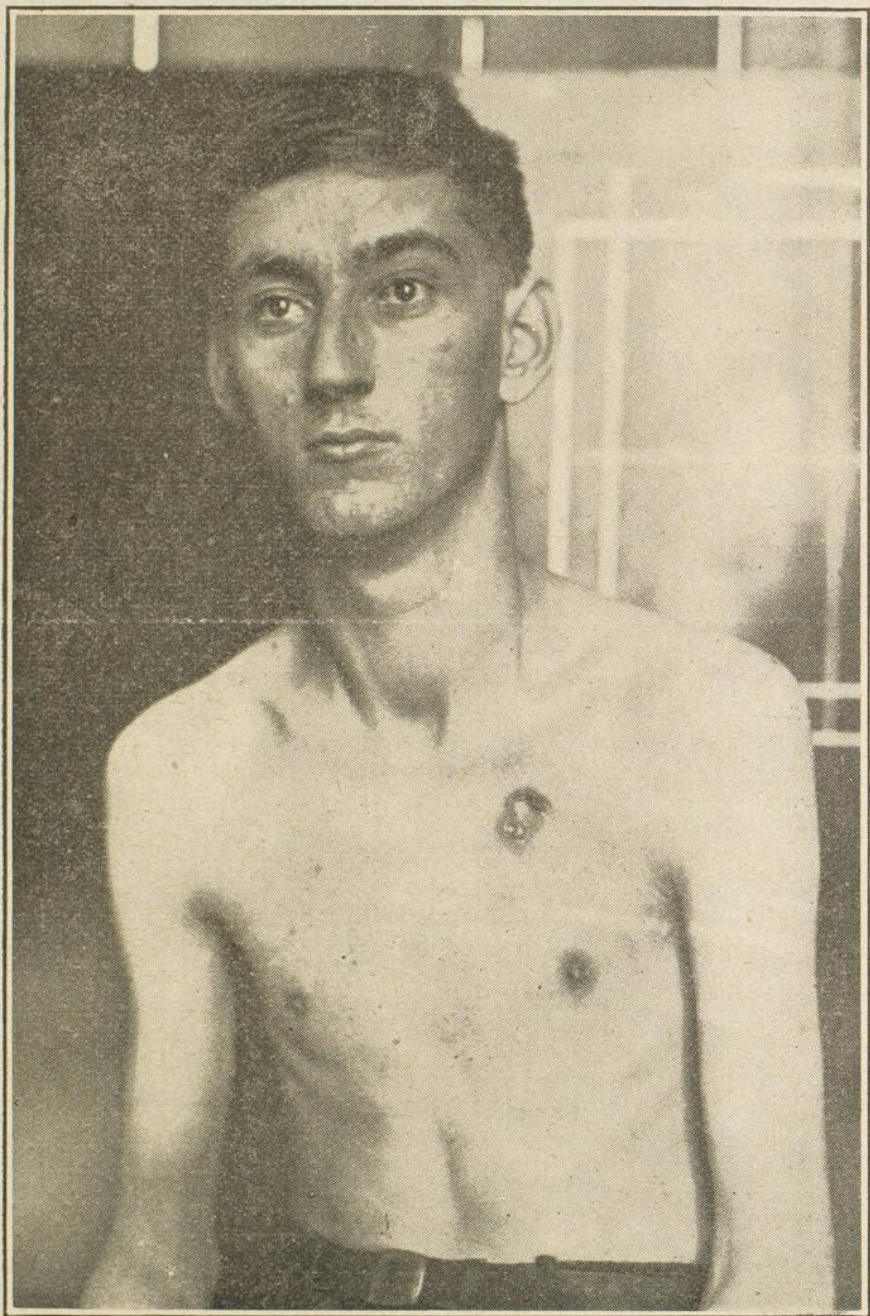


Fig. 2

d'hydropneumothorax. L'échec des ponctions répétées pratiquées ensuite s'explique facilement quand on se rend compte que le liquide siégeait dans le poumon et non dans la plèvre et que l'aiguille enfoncée à la partie inférieure du thorax, où la couche de parenchyme indemne a la plus grande épaisseur, ne pouvait atteindre la collection liquide.

La présence de cette large fistule communiquant avec la cavité nous permit de faire les constatations suivantes : Une tige stérilisée introduite perpendiculairement au plan antérieur du thorax rencontre la paroi opposée à trois pouces et demi. Si nous déduisons un pouce pour l'épaisseur des différentes couches de la paroi, il reste deux pouces et demi comme diamètre antéro-postérieur à ce niveau. La tige dirigée obliquement en haut et en arrière donne les mêmes chiffres.

Le malade étant placé devant l'écran radioscopique, une sonde irrole fut introduite par la fistule et nous pouvions en voir l'extrémité descendre en contournant l'ombre cardiaque pour s'arrêter au niveau de la pointe de cet organe où semblait finir la cavité.

Il semblerait au premier abord qu'une aussi large perte de substance eusse dû être très perméable aux rayons et donner sur la plaque une zone claire, mais on constate au contraire à l'examen du cliché que sur une surface correspondant à la caverne les rayons ont été arrêtés, ce qui montre bien la nature fibreuse, dense, de ses parois.

Nous songions depuis l'ouverture de cette fistule à trouver un moyen qui pût nous permettre de suivre *de visu* les modifications des lésions sous l'effet du traitement, mais ce n'est que dernièrement, grâce à l'obligeance du docteur Philippe Panneton, que nous pûmes réaliser l'endoscopie de cette immense spelonque. Au moyen d'une source d'éclairage intense, et d'un miroir laryngé introduit par la fistule nous pûmes facilement constater, dans toutes les directions, l'existence d'une paroi luisante et lisse, non suintante, rose pâle, avec, de place en place, des placards blanchâtres de sclérose. Ici et là, de petites zones de vascularisation plus intense entre lesquelles des points violets qui ont fixé la teinte des pulvérisations. Nulle part la paroi ne présentait cet aspect décrit dans les traités d'une "membrane molasse, fongueuse, putrilagineuse, s'effritant sous l'action du grattage et suintant un liquide trouble d'odeur infecte".

En dirigeant le miroir vers le bas, nous pouvions nous rendre compte, bien que l'éclairage fût moins favorable, que les parois se

rapprochaient par épaissement graduel du parenchyme resté sain pour se rejoindre au niveau de la pointe du cœur. Ce qui cadre bien avec les renseignements fournis par les autres moyens d'exploration sur la situation de la caverne, sur sa forme et ses dimensions.

Conclusions

La création d'une fistule mettant une caverne pulmonaire en communication avec l'extérieur, dans les conditions mentionnées plus haut, est une opération bénigne et praticable sous anesthésie locale.

Les indications en sont fournies par la nécessité d'assurer l'évacuation d'une cavité du poumon reconnue comme principal foyer de dissémination de l'infection, le pneumothorax et la thoracoplastie étant impossibles à réaliser.

Préconisé pour les cavernes tuberculeuses, le procédé peut rendre les mêmes services dans d'autres états : gangrène circonscrite, abcès post-pneumonique, infarctus suppurés, etc.

BIBLIOGRAPHIE

W. A. Gekler, Lovelace, Rankin, Weigel: Tuberculous cavitation of the lung. *Journal of the American Medical Association*, 9 fév. 1924, vol. 82, pp. 457-463.

J. Burns Amberson, Jr.: The roentgraphic pathology of pulmonary tuberculosis. *American Review of Tuberculosis*. Vol. V, No 1, March 1921.

P. Harvier: Gangrène pulmonaire, in "Nouveau traité de Médecine".

— O —

La Bétoine

Quant à l'herbe que les François appellent Vettonica, à cause des Byernois dits des Latins Vettones qui en furent les premiers inventeurs, nos Italiens la nomment Serratula... et les modernes François Bétoyne. Les feuilles de cette herbe, qui est une des premières du monde, séchées et pulvérisées, s'emploient en plusieurs endroits en médecine. On en fait aussi du vin aigre, qui est singulier à l'estomac et pour éclaircir la veüe. Ceste herbe a ceste prérogative que la maison où elle se trouve placée sera toujours en la protection des dieux, encore qu'on ne leur fasse point de sacrifice pour les apaiser... Fort propres à digérer les humeurs crües et indigestes qui font soulever le coeur... elle sert à la digestion et résout les fumées du vin qui sont montées au cerveau... La racine de bétoyne, prise au pois de quatre dragmes, en vin cuit ou en vin miellé, provoque à vomir sans aucune fascherie.

Dr CASTIAUX,

Aesculape 1923.

(Trad. de "Pline l'Ancien")

CONSIDÉRATIONS SUR L'HYPOTENSION ARTÉRIELLE DU TUBERCULEUX PULMONAIRE ET SON TRAITEMENT (1)

Par le Docteur J. A. VIDAL
Médecin de l'Institut Bruchési

En repassant brièvement dans notre mémoire les notions élémentaires du phénomène physique de la tension artérielle, nous concluons qu'il y a deux éléments essentiels qui interviennent pour constituer la pression artérielle : *l'énergie de la contraction ventriculaire et la résistance périphérique des vaisseaux*. Par conséquent, tout facteur, soit toxique ou mécanique, agissant sur l'un ou l'autre de ces éléments peut modifier considérablement cette pression vasculaire.

Nous avons tous constaté, par maintes observations, que nombreux sont les tuberculeux pulmonaires qui sont atteints d'hypotension artérielle. Et nous incriminons comme facteur de cette hypotension la toxine du bacille de Koch, qui par son imprégnation sur le myocarde et le système nerveux affaiblit le tonus vasculaire. Cependant si nous voulons côtoyer de plus près l'âpreté des considérations scientifiques, nous pouvons admettre que la toxémie bacillaire n'est peut-être pas toujours le seul et unique facteur de l'hypotension, et qu'en certains cas le facteur initial pourrait être trouvé dans une infériorité préexistante du tonus circulatoire. Voilà qui ferait l'objet de belles discussions scientifiques d'ordre théorique, mais qui serait de peu d'importance du côté pratique.

Préciser mathématiquement la cause initiale de l'hypotension ne serait pas toujours très facile en clinique. Cependant il nous faut admettre quand même l'existence du syndrome avec ses deux éléments : *tuberculose pulmonaire* et *hypotension artérielle* qui réagissent l'un sur l'autre; et de cette action mutuelle et réciproque naît un pronostic plutôt sombre. L'observation nous a appris que la tuberculose pulmonaire, par l'imprégnation de sa toxine, causait l'hypotension artérielle, et, d'autre part, l'expérience nous démontre que cette même hypotension donne à la lésion bacillaire une orientation plutôt maligne qui l'achemine plus ou moins rapidement vers un dénouement fatal. De là gardons bien en mémoire cette loi clinique de la phtysiologie qui veut que le pronostic de la tuber-

(1) Communication lue au "Comité d'études" de l'Institut Bruchési.

culose soit d'autant plus sombre que la pression artérielle du malade est plus basse et d'autant plus rassurant que la pression est plus élevée.

L'étude de la circulation intrapulmonaire chez le tuberculeux est donc d'un intérêt primordial si nous voulons reconnaître l'hypotension et en combattre les méfaits.

A quels moyens devons-nous recourir pour reconnaître l'hypotension artérielle ? D'abord la mensuration par le sphymomètre est tout à fait indiquée. Cependant pour ceux qui observent souvent des tuberculeux, outre l'instrument il y a *le facies et l'apparence générale* du malade qui peuvent d'emblée faire reconnaître l'insuffisance d'activité circulatoire.

Le tuberculeux pulmonaire hypotendu a un aspect assez caractéristique. Il s'agit presque toujours d'un sujet maigre, facies pâle, thorax plat, à respiration courte et aux extrémités refroidies et légèrement cyanosées. *A l'auscultation* de ces malades, nous sommes frappés par la grande variabilité des bruits adventices. Craquements, sibilances, râles crépitants et sous-crépitanants s'entremêlent et se généralisent, et de là surgit la difficulté d'établir le caractère et la dimension vrais de la lésion.

Examinons le cœur. Les bruits sont lointains et voilés, le pouls est rapide et petit, battant de 100 à 120 et plus à la minute même chez un malade quelquefois apyrétique. A la palpation en décubitus dorsal on sent très mal le choc de la pointe. Au Tycos, nous noterons à peine 75 à 90 de pression maxima avec 50 à 55 comme pression minima. C'est un malade affaîssé, fatigué au moindre effort et qui devient dyspnéique qu'à parler.

L'hypotendu étant reconnu, signalons quelques-uns des méfaits pouvant être rapportés à l'abaissement de la tonicité vasculaire. Nous avons tous observé de ces malades qui, à une phase plus ou moins avancée de leur tuberculose, ont des transpirations plus ou moins abondantes avec frissons, qui se sentent très affaîssés et déprimés à leur réveil. Cette dépression dure toute la matinée jusqu'au moment où le soir s'annonçant, on observe un regain d'entrain et d'activité. Nous avons tous constaté ce fait; quelle en serait l'explication plausible ? Les transpirations nocturnes, résultant d'une toxémie très marquée qui a pour effet l'hyperexcitation du nerf *vagus*, s'accompagnent d'une chute de température avec vasodilatation et *hypotension vasculaire consécutive*. De là naît cet état d'affaîssement qui fatigue énormément ces malades. Par contre

l'hyperthermie vespérale, par un phénomène d'excitabilité du *sympathique* (d'après Pottenberg) provoquant une vaso-constriction, relève passagèrement l'activité circulatoire et fournit au malade un regain de vigueur. Constatation importante à noter : à l'hypotension démontrée par ce fait clinique correspond un état d'affaissement et de lassitude; au relèvement du tonus circulatoire on observe un regain d'entrain et de vitalité.

La lecture du graphique thermique de ces malades hypotendus nous montre très souvent l'influence néfaste de l'hypotension artérielle. Ce tracé à oscillations à peu près régulières nous montre tout à coup une ascension fébrile d'un caractère plutôt passager qui peut varier de une à trois semaines. Cette augmentation de température soudaine correspond à une aggravation des symptômes stéthoscopiques et fait porter l'étiquette clinique de *poussée congestive*, sans trop chercher le facteur initial qui très souvent relèvera plutôt de l'hypotension artérielle que de l'infection tuberculeuse elle-même. Si à ce moment nous cherchons à dépister le facteur immédiat de ce fait clinique, très souvent nous y trouverons une fatigue ou un exercice mal dosé. En pareil cas, il est logique de croire que la *baisse de la tension artérielle* dans les capillaires pulmonaires provoquant une exsudation intraalvéolaire, favorise la congestion périphérique des foyers tuberculeux et aggrave ainsi leur extension subite.

La poussée fébrile des époques menstruelles avec l'aggravation fréquente des bruits stétacoustiques chez la femme tuberculeuse n'est-elle pas un autre phénomène d'hypotension circulatoire, soumis à une autre cause, mais aboutissant à un même effet? Certaines formes d'hémoptysie à répétition qui sans être très abondantes sont tenaces et difficiles à contrôler. Très souvent l'hypotension artérielle est le seul facteur responsable de la longue durée du symptôme hémoptoïque et si nous nous appliquons à relever le tonus vasculaire nous aurons souvent par ce moyen plus de succès qu'avec toute autre médication.

Ce qui démontre donc que l'influence aggravante de l'hypotension vasculaire sur la tuberculose pulmonaire, n'est pas seulement due à la diminution de résistance du sujet, mais qu'elle exerce en plus une action immédiate et défavorable sur le terrain pulmonaire, affectant ainsi, non seulement le foyer tuberculeux, mais même le parenchyme sain. Auscultons ces malades hypotendus dans un territoire non lésé : on y observera surtout une diminution du mur-

mure vésiculaire, des râles congestifs qui, comme nous l'avons dit antérieurement, sont le produit d'une stase avec exsudation consécutive à travers les capillaires, gênant ainsi l'hématose avec d'autant plus de gravité que le parenchyme pulmonaire est plus ou moins lésé par l'imprégnation tuberculeuse.

Voici des faits cliniques que nous observons couramment chez des sujets tuberculeux atteints de faiblesse cardiaque, et nous avons constaté que cette stase capillaire consécutive associée à la congestion périfocale est toujours grave et souvent à bref délai.

Si l'influence nocive de l'hypotension vasculaire chez le sujet tuberculeux est reconnue de toute évidence, et si, d'après les statistiques de Boschi, confirmées par Sellig, 80% des malades tuberculeux sont hypotendus à différents degrés, il importe donc de bien observer le phénomène de la pression artérielle afin de prévenir d'abord et de remédier si possible à ses méfaits par un traitement approprié.

Il y a plusieurs médicaments qui jouissent d'une valeur thérapeutique chez l'hypotendu, v.g., l'adrénaline, l'huile camphrée, la strychnine. Reconnus pour leur action bienfaisante sur la tonicité vasculaire, ils lutteront avec avantage contre la stase capillaire. Cependant, il serait important d'appliquer à ce syndrome d'hypotension une thérapeutique puissante et dosable. La digitaline, je crois, répondrait bien à cette indication. Antérieurement la digitaline n'était généralement prescrite chez le tuberculeux que dans les cas d'insuffisance cardiaque très avancée, v.g., chez les tuberculeux avec lésions valvulaires mal compensées, chez les tuberculeux en état d'asystolie ou dans les crises d'affolement cardiaque du tuberculeux au seuil de la mort. Cependant, dans ces cas *in extremis*, même des doses massives étaient très souvent sans effet, parce que, redoutant l'effet cumulatif du médicament, on n'osait pas en prolonger l'administration. On administrait bien dans certains épisodes aigus la digitaline lorsque le syndrome de stase sanguine périphérique généralisée et de faiblesse cardiaque existait. Cependant il faut bien remarquer que le tuberculeux hypotendu n'offre pas la même symptomatologie que l'asystolique classique avec hypertrophie cardiaque, bruits de souffle et anasarque. Chez le tuberculeux pulmonaire il y a exceptionnellement peu ou pas d'œdème. Alors les praticiens, avec les notions de cardiologie du temps, ne songeaient pas à l'emploi de la digitaline parce qu'ils n'en trouvaient pas l'indication classique.

Vinrent alors Huchard et Merklen qui nous ont enseigné qu'il était possible d'administrer la digitaline à dose *périodique* et *soutenue* pendant des semaines, des mois et même des années. Ils nous ont même appris que l'effet de la digitaline était d'autant plus marqué qu'on l'administrait à bonne heure, c'est-à-dire avant la dégénérescence trop accentuée des fibres cardiaques. Ces notions ont ouvert une orientation nouvelle à la thérapeutique pulmonaire qui ne reconnaissait alors que le repos ou l'exercice modéré pour relever le tonus vasculaire du tuberculeux.

Même à cette époque où l'on ne connaissait pas toutes les indications du traitement digitalique, on le prescrivait toujours pour prévenir la fatigue cardiaque et remonter ainsi la tension intrapulmonaire dans la pneumonie. Nous avons appris, et depuis longtemps, ce qui est encore d'ordonnance classique, l'indication et les avantages de la digitaline chez le pneumonique. Redoutant toutes ces causes de gêne circulatoire, réflexes et toxiques on voulait prévenir le mal et alors dès le début du traitement on prescrivait des stimulants cardiaques. N'est-il pas rationnel d'avoir les mêmes craintes, peut-être à moins brève échéance, en tuberculose pulmonaire ? Parce que la tuberculose pulmonaire tout comme la pneumonie est une alvéolite inflammatoire, produisant des causes identiques qui peuvent être mécaniques, toxiques et réflexes et qui sont de nature à influencer considérablement la tension intrapulmonaire et fatiguer ainsi considérablement le *cœur droit*. Ici donc la digitaline a son indication très motivée, et souvent par ce moyen thérapeutique nous verrons des poumons se dégorgés de leur exsudation intralvéolaire et péricentrique, la cyanose disparaître, le pouls se raffermir, l'équilibre organique se rétablir, les forces se remonter et ainsi nous pourrions quelquefois assister à une transformation anatomo-pathologique, qui, de caséuse et extensive qu'elle s'annonçait, s'orienta vers la fibrose et donner ainsi à nos malades sinon une guérison du moins une amélioration très appréciable. Cependant nous rencontrerons des tuberculeux qui, bien que soumis au traitement digitalique, ne manifestent aucune amélioration, la tension artérielle reste toujours en hypotension; je crois alors qu'il faut tenir ce pronostic comme sombre.

Cependant, il ne faut pas tomber dans un optimisme exagéré. La digitaline n'est pas un remède spécifique de la tuberculose pulmonaire, pas plus que la tuberculine, la sérothérapie, les pelospanines et le pneumothorax. Il ne faut jamais perdre de vue qu'en phtisiothérapie la tuberculose n'est pas une maladie réalisant un syndrome

uniforme pouvant être traité par une médication spécifique qu'on appellerait *antituberculeuse*. Le polymorphisme de la tuberculose pulmonaire est considérable et parfois déconcertant. Chaque tuberculeux revêt sa forme morbide différente, ce qui demande au praticien un effort constant d'observation pour individualiser son traitement qui sera basé sur l'analyse minutieuse de chaque malade en particulier.

Le but que j'ai cherché à atteindre par cette courte communication, c'est de démontrer *d'abord* la très grande fréquence de l'hypotension artérielle chez le tuberculeux pulmonaire et son action néfaste sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Je crois que nous n'avons pas par le passé donné toute l'attention méritée à l'étude de la tension artérielle chez le phtisique. Fascinés par la virulence du bacille de Koch et par le polymorphisme de son action sur l'être humain, nous notions toute aggravation des symptômes au compte de l'infection tuberculeuse elle-même, sans avoir considéré à leur juste valeur certaines causes secondaires qui pouvaient produire des lésions d'une gravité irréfutable. Par conséquent, je crois que le symptôme *hypotension artérielle*, soumis au traitement digitalique à petites doses et judicieusement employé, pourra, quelquefois assez rapidement, s'améliorer, surtout dans ces cas de *fatigue du cœur droit* produite par gêne mécanique de la circulation intrapulmonaire plutôt que dans cette forme d'hypotension résultant d'une toxémie suraiguë avec dégénérescence de la fibre cardiaque.

Pour illustrer davantage l'opinion que je viens d'énoncer, je rapporterai brièvement deux cas qu'il m'a été donné d'observer et dont les résultats m'ont paru très intéressants.

J'ai examiné en mars dernier une malade âgée de 55 ans, atteinte de tuberculose à forme fibreuse généralisée avec petite caverne au sommet droit; pas de fièvre, respiration haletante, très dyspnéique avec légère cyanose des extrémités. La pression artérielle, qui n'était alors que 80/50 avec tachycardie, me faisait entrevoir une menace constante d'une dilatation du *cœur droit*. Il est à noter que cette malade pratiquait la cure du repos depuis plusieurs semaines. Soumise au traitement digitalique associé à l'huile camphrée 20%, la pression après cinq semaines remontait à 98/55 avec amélioration notable du syndrome respiratoire. Voilà ce que le repos seul n'avait pu donner. Dans ce premier cas j'ai administré la solution au millième Mialhe Petit de la manière suivante :

Premier jour : 10 gouttes matin et soir.

Deuxième, troisième et quatrième jour : 5 gouttes matin et soir.

Sixième jour : 5 c.c. d'huile camphrée à 20% en injection hypodermique.

Huitième jour : 5 c.c. d'huile camphrée à 20% en injection hypodermique.

Dixième jour : 5 c.c. d'huile camphrée à 20% en injection hypodermique.

Cinq jours de repos et j'ai continué le traitement digitalique à 5 gouttes matin et soir pendant les trois premiers jours de la semaine, toujours associé à l'huile camphrée.

Le dosage pourrait être augmenté et l'emploi prolongé ou diminué selon la réaction et le résultat obtenus.

Autre observation. Le 2 juillet 1924, après les examens du scholasticat, j'ai examiné un religieux âgé de 32 ans. En plus des signes objectifs je note une pluie de râles entendus dans les 2/3 supérieurs de l'hémithorax gauche, avec signes cavitaires au niveau de la fosse sous-claviculaire. Bacille de Koch positif. P. A. 90/55. Pouls 114. Température 100 3/5. Le malade fut mis au repos avec digitaline pour lutter contre l'hypotension vasculaire. Le 28 juillet, l'auscultation ne révélait que quelques petits râles après toux à la région claviculaire au pourtour de la caverne et dans le ceux de l'aisselle. P. A. 110/60. Pouls 88. Température 99°. Pour expliquer une amélioration si prononcée dans un si bref délai ne serait-il pas logique d'admettre que ce malade, indubitablement tuberculeux mais surmené et très fatigué par ses études, était dans un état d'insuffisance circulatoire avec stase périfocale qui au premier abord aurait pu nous faire croire à un envahissement presque complet de l'hémithorax gauche, quand après l'action de la digitaline adjointe au repos on ne décèle que quelques petits râles au sommet, ce qui est confirmé alors par une radiographie indiquant l'envahissement de la moitié seulement du lobe supérieur. Dans ce cas nous pouvons admettre que le facteur principal de ce tableau clinique relevait plutôt de l'hypotension artérielle que de l'infection tuberculeuse elle-même.

Je conclus que les malades qui seront aidés et soutenus par ce traitement *judicieusement employé*, s'ils n'en tirent pas toujours un avantage immédiat, seront mis en meilleure posture pour assimiler avec avantage les autres médications dont dispose notre arsenal thérapeutique pour combattre le terrible fléau de la phtisie pulmonaire.

SOCIÉTÉ

Médicale de Montréal

Séance du 18 novembre 1924

Président: M. Gustave Archambault

M. le Président fait remarquer que le Comité nommé pour l'étude d'un projet de réglementation pour l'inspection des troupeaux est composé des docteurs Joseph-Edouard Laberge, Anselme Léger et Georges Mignault.

Présentation de malades et de pièces anatomiques:

Monsieur Albéric Marin présente trois malades souffrant de maladies parasitaires de la peau.

Le premier est atteint de *Pityriasis Versicolor*, causé par le *Microsporon furfur*. Epidermycose caractérisée par des taches dont la couleur varie du jaune sale au brun foncé, d'où l'épithète de versicolore. Une légère desquamation furfuracée, due à la diminution d'adhérence de l'épiderme corné permet d'en détacher un lambeau desquamatif sans faire saigner. C'est le signe du coup de l'ongle ou signe du copeau, signe caractéristique du pityriasis versicolore. Le traitement par frictions au savon noir de potasse — visant à décaper l'épiderme qui contient le parasite — est très efficace et guérit le malade très rapidement.

Le deuxième malade présenté est un cas de *Kerion de Celse*, ou *Tricophytie suppurée* du cuir chevelu. Cette affection est due à un trichophyton pyogène, d'origine animale. Elle se présente sous forme d'un placard tubéreux, grand comme une paume, à surface cruentée et purulente. De nombreux puits purulents s'ouvrent à sa surface. Ce sont des pustules péri-pilaires. Chose paradoxale, c'est la suppuration qui guérira le malade, en éliminant les poils et leurs follicules où est contenu le tricophyton. Les formes très suppuratives de kérion ont donc un pronostic assez bénin. Elles laissent cependant derrière elles une alopecie définitive.

Le troisième malade est aussi porteur d'un kérion mais en voie de guérison. Il laisse voir un grand placard érythémateux, légèrement saillant, alopecique, où subsistent encore quelques petites pustules.

Le traitement dans ces cas de tricophyties cutanées, consiste dans l'application de pansements humides pour nettoyer ces plaies et favoriser la sortie du pus. Les cheveux doivent être coupés ras et une large bande du cuir chevelu sain entourant le kérion doit être badigeonnée à la teinture d'iode pour empêcher la marche extensive du parasite.

DISCUSSION: M. Del Vecchio: Les enfants présentés dont des infectés locaux, il est vrai, mais comme leurs facies l'indique, ils souffrent dans leur état général, et le traitement doit aussi porter sur celui-ci car ce sont des prédisposés à l'infection.

M. Archambault félicite le docteur Marin et rappelle les différentes variétés de pityriasis et le diagnostic de ceux-ci. Il indique comment les teignes sont difficilement guéries dans la plupart des cas.

Travaux originaux et techniques:

a) Pathogénie et symptomatologie des troubles organo-végétatifs, M. Roméo Boucher.

Le docteur Boucher fait un schéma rapide et simple de l'anatomie du système sympathique, en délimite d'une manière concise les propriétés physiologiques et met en antagonisme les fonctions du vague et du sympathique. Cet antagonisme produit des symptômes tout à faits différents qui forment une diathèse spéciale plutôt qu'une maladie, diathèse qui peut cependant venir se greffer sur toute autre maladie et la compliquer. Il promet en terminant de donner une autre communication sur les sympathèses.

DISCUSSION: M. Bousquet souligne l'intérêt qu'offre quelques centres sympathiques provenant de la chaîne cervicale: les ganglions ophthalmique ou ciliaire, de Meckel et otique. Il rappelle l'intérêt qu'offre l'interprétation des différentes formes de céphalées, dont l'une peut être rattachée au système du ganglion ciliaire; qu'à la suite de troubles toxiques de ce ganglion, nous avons de l'asthénopie rétinienne et de l'asthénopie musculaire, le "eye strain" des Anglais qui peut produire des nausées, des vomissements, de l'hyperchlorhydrie, de la constipation spasmodique, de la stase intestinale. Troubles réflexes se transmettant très probablement par les fibres afférentes sensibles de la cinquième paire qui crée la connection avec les fibres motrices du vague ou du sympathique. Récemment les professeurs Hunter et Royle de l'Université de Sydney, Australie, à la suite d'expériences sur des animaux et en appliquant ensuite leurs conclusions à des cas de paralysie spasmodique, ont établi le rôle du sympathique dans le tonus musculaire, rôle tonique antagoniste à l'action motrice proprement dite produite par les nerfs provenant des racines antérieures. M. Bousquet rappelle le rôle du sympathique dans les troubles de la trophicité se manifestant dans le territoire innervé par les branches efférentes du ganglion de Meckel. Il émet l'hypothèse que les modifications trophiques des fosses nasales à la suite de l'ozène pourraient être mises sur le compte d'une imprégnation toxique ou d'une inflammation quelconque du ganglion ou de ses branches efférentes. Enfin, la pathogénie de l'otosclérose, trouble essentiellement trophique de l'oreille moyenne pourrait être interprété dans une maladie du ganglion otique.

M. Léger: Les notions du vague et du sympathique sont indispensables pour le praticien. La connaissance de ces troubles est utile dans les cas d'infection. L'auteur rappelle l'importance et la nécessité de vulgariser ces notions.

M. Archambault félicite le docteur Boucher et demande aux spécialistes d'aider à mettre cette question au point.

b) Le Goundou. M. J. N. Roy.

Le Goundou est une maladie tropicale caractérisée par la formation de tumeurs osseuses localisées à la région paranasale. Dans certaines circonstances cette affection se généralise, et l'on peut observer alors des exostoses sur presque tous les os du squelette. Le goundou se rencontre presque uniquement en Afrique, et notamment à la Côte d'Ivoire

et à la Côte d'Or. Il est l'apanage de la première enfance, mais peut aussi se manifester chez l'adulte. Il est aussi beaucoup plus fréquent chez le sexe masculin que chez le sexe féminin, et peut également se rencontrer chez les singes. L'examen anatomopathologique révèle que la néoformation est inflammatoire, et qu'il s'agit d'une ostéite chronique spongieuse vraie exubérante. Quant à la cause, elle est encore inconnue.

DISCUSSION: M. Bousquet se demande si au point de vue pathogénique, le goundou ne serait pas causé par un trouble de la sécrétion des glandes endocrines et si la puberté n'aurait pas une influence sur la maladie. Il parle ensuite des travaux d'Escat sur l'otospongiose de l'oreille moyenne et puisque des résultats ont été obtenus dans cette affection par le traitement aux extraits d'hypophyse, il serait intéressant de tenter une thérapeutique de rééquilibration glandulaire par une médication opothérapique.

M. Louis Paré demande si la Bordet-Wassermann a été fait chez ces malades, et s'il y a eu reproduction de la maladie expérimentalement.

M. Boucher désire savoir si la léontiasis osséa n'aurait pas une analogie quelconque avec le goundou.

M. Roy: En réponse au docteur Bousquet, toutes les hypothèses émises n'ont aucun rapport avec le sujet traité dans la communication.

Au docteur Paré, le Bordet-Wassermann n'a pas été fait. Sur ses 34 noirs atteints de goundou, un seul avait la syphilis. Cette maladie, chez tous ses cas, a été recherchée avec beaucoup de soin étant donné surtout l'opinion de Friedrichsen que le goundou est causé par la vérole. Contrairement à cette théorie, l'iodure de potassium, le mercure et le novarsénobenzol n'ont jamais guéri ou même amélioré cette affection. M. Roy rappelle que dans deux travaux antérieurs, il a fait l'histoire de la syphilis et de sa propagation en Afrique, au double point de vue ethnique et chronologique, et que les tribus atteintes de goundou souffraient actuellement peu de la vérole. On n'a pas encore tenté de faire des inoculations de goundou, et monsieur Roy croit que cette expérience de laboratoire ne donnerait pas grand chose puisqu'on n'est pas sûr que cette affection soit microbienne.

Au docteur Boucher, il fait remarquer que la léontiasis osséa est une affection caractérisée par une hyperostose bilatérale localisée uniquement à la face tandis que le goundou peut se rencontrer seulement sur un côté de la figure, ou être généralisé. Dans ce dernier cas, la maladie peut envahir tous les os du squelette.

M. Archambault remercie M. Roy et le félicite pour son intéressante communication.

LE PRESIDENT.

LE SECRETAIRE.

Séance tenue le mardi, 2 décembre 1924

Président: Monsieur le professeur J.-E. Dubé

Présence: 47.

1. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière assemblée.
2. Correspondance: Le secrétaire rapporte la substance d'une lettre

reque par Monsieur le Président, venant du Vice-Recteur de l'Université, demandant aux membres de suivre les règlements de l'Université interdisant de fumer dans l'immeuble et de jeter bouts de cigarettes, cigares ou allumettes dans les corridors ou escaliers.

3. Election de membres : Mise en nomination du Bureau pour 1925. Le ticket suivant est proposé par Monsieur Bousquet et secondé par Monsieur Saint-Jacques :

Président: M. W. G. Derome; Vice-Président: M. Léo Pariseau; Secrétaire: M. Léon Gérin-Lajoie; Trésorier: M. Albert Bertrand.

4. Présentation de malades et de pièces anatomiques: nil.

5. Travaux originaux et techniques:

a) œdème papillaire double: tumeur incluse du cervelet. Observation. M. Albert Lassalle.

Le docteur Lassalle rapporte l'observation extrêmement détaillée d'un enfant de 6 ans, conduit à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu, pour troubles visuels. Il note les résultats de l'examen du fond de l'oeil, du coeur, des poumons, des reins, du sang et du liquide céphalo-rachidien. Il insiste sur la ponction lombaire qui fut pratiquée avec beaucoup de réserve afin d'éviter une trop brusque décompression. Un examen de la mobilité, de la sensibilité, des réflexes tendineux et des paires crâniennes, conclut au diagnostic suivant: néoplasme vraisemblablement intra-cérébelleux. Le malade souffre d'antéropulsion; l'équilibre est donc compromis d'une façon globale. Une radiographie prise par monsieur le docteur Léo Pariseau ne laisse voir que l'apophyse clinéoïde antérieure, tandis que le plancher de la selle turcique paraît détruit. Les deux points capitaux à signaler sont:

1. Les symptômes objectifs: œdème papillaire et macrocéphalie;

2. Les symptômes subjectifs: signes cérébelleux, et en dernier lieu, les crises de céphalée intense, suivies de vomissements et de raideur de la nuque, qui se sont produites si fréquentes jusqu'à la mort du malade survenue le 3 octobre 1923, à la suite de phénomènes de compression et de congestion bulbaires.

Le docteur Lassalle nous montre des photographies dont l'une fait voir la dilatation énorme des ventricules, l'autre la tumeur du cervelet, et une troisième qui est une micro-photographie. Une description sommaire de la pièce peut se résumer ainsi: un cervelet pesant 270 grammes, laissant voir une large tumeur molle, de consistance gliomateuse, grosse comme une mandarine, occupant le centre du cervelet, tout en empiétant sur l'hémisphère gauche. La structure histologique est celle d'un gliome à petites cellules polymorphes. Le docteur Lassalle termine en offrant ses remerciements au docteur Lassalle-Archambault, professeur au Collège Médical d'Albany, pour son examen neurologique, et au docteur Latreille, pour son rapport macroscopique et microscopique.

DISCUSSION: M. le professeur Saint-Jacques: en quelques mots signale l'intérêt particulier de la communication du docteur Lassalle en son analyse clinique si précise et détaillée — où le diagnostic différentiel est si clairement établi. Ce côté analytique des aspects cliniques de la question ajoute à l'intérêt de l'observation. Le docteur Saint-Jacques

souligne l'importance de la fonction lombaire dans les états cérébraux pathologiques et à la suite du docteur Lassalle il insiste sur la lenteur à apporter dans l'évacuation du liquide céphalo-rachidien au cas de néoplasme intra-crânien, car ceux qui en ont l'expérience savent le danger de mort subite dans ces cas particuliers, tandis qu'au contraire la ponction lombaire non seulement est toute indiquée et toute désirable dans les états pathologiques inflammatoires et les hémorragies cérébrales, dans ces dernières surtout où elles sont fréquemment curatives, tout particulièrement les cas de fractures de la base du crâne.

M. Bousquet: La malade de monsieur Lassalle ne présentait pas de troubles de la sensibilité cornéenne. Ce signe de l'hyperflexie ou de l'aréflexie cornéenne peut parfois rendre un service précieux dans la recherche de la localisation des tumeurs de la région postérieure de la cavité crânienne, s'agit-il surtout d'établir un diagnostic entre une tumeur de l'acoustique ou de son voisinage immédiat. Evidemment il y a toute une série de signes importants qui doivent venir s'ajouter pour établir un diagnostic plus précis. Cushing a observé ce signe d'Oppenheim 26 fois sur 30 cas de tumeurs de l'acoustique. Deux de ces cas étaient précisément des sujets chez qui le nerf acoustique était seul pris. Ce signe d'Oppenheim est incontestablement le signe objectif le plus sensible de l'atteinte du trijumeau. On ne saurait être trop circonspect ni trop prudent en présence d'un malade porteur d'une tumeur cérébrale surtout à localisation postérieure, lorsqu'il s'agit de pratiquer une ponction lombaire. Ne jamais perdre de vue le rôle protecteur que joue le liquide du canal rachidien dans ces cas. L'iter étant obstrué par le néoplasme, les symptômes de l'hydrocéphalie ne sauraient être supprimés d'une façon avantageuse pour le malade par la ponction lombaire. En effet, les conditions de physiologie pathologique où se trouve le bulbe, réalisées par la pression intra-crânienne antérieure réagissant sur la résistance du segment postérieur du canal céphalo-rachidien, ne sauraient être modifiées par la suppression du coussin liquide et légèrement compressible qui protège le bulbe en remplissant le canal rachidien, sans qu'il en résulte des inconvénients graves à cause de l'obstruction de l'iter empêchant le liquide soutiré d'être remplacé par celui des espaces ventriculaires antérieurs pour reconstituer ce coussin protecteur. Soutirer imprudemment le liquide du canal rachidien serait substituer à ce coussin liquide un mur osseux sur lequel la pression hydrocéphalique viendrait pousser le bulbe et provoquer la mort par asphyxie bulbaire. Il est donc très important dans les cas de tumeur cérébrale de chercher d'abord à établir leur localisation avant de décider de faire des ponctions décompressives. Dans le doute procéder prudemment car si la poussée du jet permet de constater la tension intra-crânienne elle ne fournit pas de garantie de communication entre les espaces antérieurs et postérieurs. Ce danger est particulièrement à redouter dans les tumeurs à localisation en dessous de la tente cérébelleuse. C'est précisément pour la même raison, que l'oedème papillaire se rencontre surtout dans les tumeurs à localisation infratentoriale. La recherche de celui-ci est très importante dans la syphilis secondaire, même s'il n'est pas très considérable.

M. Lassalle n'a pas remarqué, comme l'a demandé le docteur Bousquet d'hypoesthésie de la cornée; il ne doute pas que cette insensibilité cornéenne a dû se manifester dans les dernières semaines de la maladie, conséquence nécessaire de la pression intra-crânienne. Le docteur Lassalle demande à ses confrères d'accorder une attention toute spéciale aux malades qui se plaignent de vertige, en procédant toujours par un examen minutieux et méthodique. Il indique les cinq causes principales qui peuvent produire une rupture du sens de l'équilibre; ce sont: 1o Intoxications et infections; 2o Lésions de l'appareil cardio-vasculaire; 3o Lésions de l'appareil oculaire; 4o Lésions de l'oreille et du labyrinthe; 5o Lésions des fibres vestibulaires dans leur trajet intra-crânien. Il est facile de se rendre compte qu'un tel examen ne peut être fait par le médecin praticien seul; il exige les connaissances du neurologue, de l'ophtalmologiste et de l'auriste, ce qui démontre une fois de plus, la nécessité d'une coopération plus intime et presque journalière entre le praticien et le spécialiste.

M. Dubé félicite le docteur Lassalle sur son travail et sa façon de le présenter grâce à la collaboration qu'il s'est associée.

b) Pourquoi faut-il opérer sans tarder les cas d'appendicite aiguë.
M. Ernest Trottier.

Peu de questions ont soulevé autant de controverses que le traitement de l'appendicite aiguë. Depuis Dieulafoy, il y eut deux écoles: les interventionnistes d'emblée et les abstentionnistes convaincus. Aujourd'hui si l'accord n'est pas encore parfait entre ces deux camps, il semble cependant devoir se réaliser peu à peu. Il y a 20 ans, on refroidissait systématiquement; aujourd'hui la méthode est plutôt renversée. Il est toujours difficile de faire un diagnostic d'appendicite au début, mais une fois celui-ci bien établi, il faut opérer.

Il faut se rappeler que l'appendice n'est pas toujours au point de MacBurney; on peut le rencontrer à gauche, en arrière, ou très haut, vers l'ombilic, le point douloureux sera à différents endroits suivant le type auquel nous aurons à faire. Il est aussi des formes d'appendicites toxiques à symptomatologie spéciale. Nous sommes interventionniste et opérons à n'importe quel moment de la crise, le plus près du début si possible. Le traitement médical doit être condamné car il procure une fausse sécurité. Les statistiques tant personnelles qu'étrangères, nous ont démontré que la meilleure pratique c'est d'intervenir le plus tôt possible après le début de la crise; plus on s'en éloigne plus la mortalité augmente.

CONCLUSIONS:

- 1o Pas de traitement médical;
- 2o Toujours opérer le plus près possible du début;
- 3o Employer la sérothérapie;
- 4o S'appliquer à faire un diagnostic précoce et précis;
- 5o Ne jamais purger;
- 6o Dans le doute ne jamais s'abstenir.

c) De l'appendicite hypertoxique évoluant sous le masque d'entérite infectieuse. M. le professeur Eugène Saint-Jacques.

Le docteur Saint-Jacques traite de certains aspects cliniques de l'appendicite hypertoxique, qui évolue sous le couvert d'entérite infectieuse et rapporte des observations cliniques à l'appui. Il termine par les conclusions suivantes:

1o L'appendicite aiguë est parfois hypertoxique et devient alors rapidement gangréneuse;

2o La toxicité est cause d'entérite infectieuse dès le début;

3o La diarrhée apparaît comme le symptôme dominant;

4o Il y a douleur, au tout début, au MacBurney, mais si légère qu'elle passe presque inaperçue, à cause de l'entérite d'emblée;

5o D'abord localisée au MacBurney mais fugace, la douleur se généralise rapidement à tout l'abdomen;

6o Défense musculaire: rare au début, et n'apparaissant que tardivement alors que la péritonite est généralisée;

7o Le pouls habituellement très rapide dès le début, à cause de l'intoxication;

8o La température peut n'être que légère et parfois en-dessous de la normale;

9o On rencontre cette variété d'appendicite hypertoxique assez souvent chez les enfants;

10o Son allure est rapidement mortelle à moins d'intervention chirurgicale hâtive;

11o Son facteur étiologique est toujours microbien et hypervirulent. Le colibacille assez souvent, parfois une variété de streptocoque et dans les variétés hypertoxiques, un bacille anaérobie, celui de Welsch ou un autre;

12o Il convient de ne pas oublier que la péritonite pneumococcique, fréquente chez l'enfant, se présente sous le tableau d'entérite infectieuse; qu'elle est généralement primaire chez eux et comme chez l'adulte rapidement mortelle si l'on n'intervient pas.

DISCUSSION: M. Bourgeois: depuis Dieulafoy, il y a eu une période d'engouement puis une période de temporisation. Il se rallie à l'intervention précoce immédiate dans tous les cas d'appendicites aiguës, chaque fois que la chose est possible. Ceci comprend naturellement la résection de l'appendice. Plus on retarde plus les difficultés sont considérables. La vaccinothérapie est toujours employée dans les cas de l'auteur. M. François de Martigny: il y a peu de cas d'appendicites qui ne sont pas envoyés aux chirurgiens par les médecins qui font les diagnostics plus précocement qu'autrefois. Dans le temps de Dieulafoy, il n'y avait pas d'asepsie ni d'antisepsie. Les résultats obtenus à l'Hôpital Français sont à peu près les mêmes que ceux rapportés par les docteurs Saint-Jacques et Trottier. Il adhère aux propositions du docteur Saint-Jacques pour la suppression des purgatifs et seconde sa motion.

M. Armand Paré: Les statistiques de l'Hôtel-Dieu ne semblent pas aussi considérables qu'on semblerait le dire. Elles ont fait le sujet d'un vif débat à une assemblée du Bureau Médical de l'Hôpital. Il n'y a pas

que le public à instruire, mais surtout les médecins et les élèves. La conviction n'est pas encore ferme dans le monde médical de la nécessité de l'intervention précoce.

M. François de Martigny ne peut pas accepter les compliments que vient de lui faire monsieur Paré. Les statistiques de l'hôpital qu'il représente sont à peu près les mêmes que celles fournies par les autres hôpitaux.

M. Trottier: Les deux cas de morts mentionnés sont de la statistique personnelle. On a mal interprété la statistique globale de l'Hôtel-Dieu, car elle comprend tous les cas opérés qui sont passés par l'hôpital. Il faut savoir différencier.

M. Bourgeois: On reçoit tous les malades dans les hôpitaux; il faut savoir interpréter une statistique.

M. Saint-Jacques: Dans les statistiques globales il faut savoir analyser et enlever les cas désespérés. Opérés près du début, on sauve tous ou presque tous les malades. Les dégâts sont plus considérables quand on opère trop tard.

M. Dubé félicite les conférenciers et les chirurgiens qui ont pris part aux discussions. Il propose pour concilier les deux camps de faire l'enseignement aux maisons d'éducation et aux médecins.

6. Mouvement médical: nil.

Lecture du rapport re Tuberculose Bovine; Monsieur le Président suggère qu'on adhère au mouvement suggéré.

La séance est levée à 11 heures 10.

LE PRESIDENT.

LE SECRETAIRE.

— o —

Rapport annuel du Secrétaire de la Société Médicale de Montréal pour l'année 1924

Monsieur le Président,
Messieurs,

i

Les activités du Secrétariat de la Société pour l'année courante, n'ont pas dépassé la routine habituelle. Toutefois, le fouillis dans lequel les archives avaient été laissées par mes prédécesseurs, exception faite pour celles de 1923, m'a fourni l'occasion de passer des heures agréables à feuilleter des documents intéressants, que sans doute plusieurs ignorent, mais qui pourront être consultés à loisir, car je les ai classifiés dans un ordre chronologique quant aux années et alphabétique quant aux sujets. Deux filières ont suffi à mettre à l'abri de la poussière, l'ensemble de ces paperasses vieilles déjà d'un quart de siècle. J'ai recherché en vain des documents antérieurs à 1900, mais je ne désespère pas trouver un jour dans quelques fond de tiroir de bibliothèque, des dossiers remontant à 1872, date de la fondation de la Société. Malheureusement à cette époque, et jusqu'à ces dernières années, les procès-verbaux s'ils étaient écrits à la main et dans un cahier, avaient le désavantage d'être unique. Aujourd'hui nous en faisons trois exemplaires, dont un est recueilli par

l'appariteur et gardé avec les fiches individuelles des membres, un autre est donné au secrétaire de la rédaction de l'Union Médicale, le troisième enfin, conservé par le Secrétaire de la Société. L'on pourra aisément, à l'avenir, vérifier des avancés, consulter des dossiers, grâce à ces triples comptes-rendus.

Je viens de mentionner le terme "fiche individuelle". Innovation du secrétariat et de la trésorerie. Chaque membre possède deux cartes qui constituent la fiche sur laquelle sont inscrits la date d'entrée de celui-ci et ses états de compte annuel, sur l'une et sur l'autre, les titres et les dates de la présentation de travaux. L'on peut ainsi facilement se rendre compte, d'un coup d'oeil, du travail de chaque membre, également comme référence lorsqu'on veut rechercher une note d'un procès-verbal dont on ignore la date, mais dont on connaîtrait le nom d'un conférencier et celui du travail présenté. Grâce à l'intelligente collaboration de notre appariteur M. Gervais, cette fiche est rétro-active depuis 1921, et nous ne saurions trop louer le zèle et l'ardeur qu'il a déployés dans l'élaboration de ce système.

Je vous dispense de la lecture fastidieuse des titres de travaux avec leur nom d'auteur pour l'année. Je joins à ce rapport une annexe qui comprend cette énumération. Vous me permettrez cependant de noter qu'en outre de treize séances régulières que nous avons eues, l'une d'elle nous a permis d'entendre Monsieur le Docteur Brousseau de Paris, maintenant chef d'un service médical à l'Hôpital Saint-Michel-Archange à Beauport, traiter en main de maître de la psychanalyse, la méthode de Freud. De plus nous avons eu l'avantage de réunir une salle comble, lors de la séance extraordinaire du 19 septembre, alors que Messieurs les docteurs Ernest Desmarests et Edouard Joltrain, tous deux délégués aux VIIIème Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, sont venus nous entretenir, le premier de la nécessité d'une Collaboration Médico-Chirurgicale, le second de l'Anaphylaxie. C'est d'ailleurs ce soir-là même que les deux conférenciers ont été élus unanimement, membres honoraires de notre Société.

La présence aux séances, a été de 61. A part la séance extraordinaire où il y avait 250 personnes environ, le plus haut chiffre atteint a été 86, et le plus bas 27. 7 nouveaux membres ont été élus: Messieurs les docteurs, Albert de Guise, Léo Tassé, D. Chouinard, J.-A. Labelle, L.-P. Sénécal, J.-E. Goudreault et A. Ricard. La Société a en plus, été appelé à faire partie de la Société pour l'Avancement de Sciences.

En dehors des réunions, j'ai tâché de recueillir les impressions de quelques membres. Les uns étaient satisfaits, les autres trouvaient les travaux trop spécialisés, enfin on a trouvé que les séances étaient trop longues, et l'on en a même attribué la cause à la longueur des procès-verbaux. J'ai toujours écouté d'une oreille attentive ces remarques plus ou moins agréables et j'ai tâché, avec l'aide précieuse et les conseils des membres du Bureau auxquels j'en faisais part, d'améliorer la situation pour la satisfaction générale. C'est pourquoi, nous avons demandé aux conférenciers de ne parler que vingt minutes, de traiter les sujets de spécialité, en visant le côté pratique pour le médecin général, que nous

avons réduit les travaux originaux de trois à deux, afin de permettre des discussions plus élaborées, et qu'enfin, j'ai essayé de faire comprendre à ceux qui présentaient des travaux, que je voulais un résumé de dix lignes pour insérer dans mes procès-verbaux. Je n'ai pas encore réussi, sur ce dernier point, avec tous ceux qui sont passés cette année, mais j'espère que mon successeur recevra une collaboration plus adéquate de la part de ceux qui montent à la tribune. Le poste de secrétaire de la Société Médicale n'est pas une sinécure; toutefois, en partageant la tâche, le travail en est allégé. Monsieur le Président me faisait remarquer et avec raison, que dans les discussions, toujours improvisées, il se dit des choses extrêmement intéressantes et instructives qui méritent d'être soulignées, et je me suis attaché à rapporter aussi minutieusement que possible, les questions et les réponses des interpellateurs. Si l'on veut bien consulter les procès-verbaux, l'on pourra constater que la longueur en est due au reportage des discussions. J'ai essayé d'améliorer les comptes-rendus, je ne sais pas si j'y suis parvenu.

Avant de déposer ce rapport et l'annexe ci-jointe, je tiens à remercier: Monsieur le Secrétaire de 1923 pour la façon courtoise avec laquelle il m'a initié aux offices de ma position, Monsieur le Vice-Président et Monsieur le Trésorier pour les conseils qu'ils m'ont donnés, Monsieur le Président, enfin, pour l'aide précieuse qu'il m'a fournie en toutes circonstances, pour la collaboration soutenue qu'il m'a prodiguée à la préparation des séances, et pour la confiance qu'il m'a témoignée en me déléguant à deux reprises, pour représenter la Société, en mai, au banquet de la Medico-Chirurgical Society of Montreal, en septembre, à la Journée Médicale des Trois-Rivières.

LEON GERIN-LAJOIE, M.D.

Secrétaire.

**Annexe au rapport annuel du Secrétaire de la Société Médicale de
Montréal pour l'année 1924**

LISTE DES TRAVAUX PRESENTES DURANT L'ANNEE

1ère Séance tenue le mardi 15 janvier 1924.

Discours du Président. M. le professeur Archambault.

Les symptômes oculaires dans l'encéphalite léthargique. M. Philippe Panneton.

Durée de la vie chez les hypertendus. M. le professeur J.-E. Dubé.

2ème Séance tenue le mardi 5 février 1924.

Un cas de grossesse extra-utérine. M. le professeur Z. Rhéaume.

Quelques aspects cliniques de pathologie œsophagienne (avec projections). M. le prof. Eugène Saint-Jacques et M. Mercier-Fauteux.

De l'œsophagoscopie. M. Georges Badeaux.

Examen radiologique de l'œsophage (avec radiographies). M. Léo Pariseau.

3ème Séance tenue le jeudi 6 mars 1924.

Electrocardiographie. M. Albert de Guise.

Quelques aspects de l'étiologie du rachitisme. M. Gaston Lapierre.

4ème Séance tenue le mardi 18 mars 1924.

Un cas d'insuffisance fonctionnelle du diaphragme. M. L.-H. Gariépy.

Lymphadénie du médiastin chez l'adulte tuberculeux. M. A.-M. Cholette.

Etude clinique de deux malades soumis au traitement par le pneumothorax artificiel. M. Georges Mignault.

5ème Séance tenue le mardi 1er avril 1924.

Un cas de prostatectomie. M. A. Bellerose.

Asthme et autohémothérapie. M. F.-O. Noiseux.

L'acriflavine et ses applications en urologie. M. N. Fournier.

6ème Séance tenue le mardi 15 avril 1924.

Recherches sur la conduction mastoïdienne. M. Philippe Panneton.

Raccordement gingival dans le bec-de-lièvre: procédé personnel.
M. Aphonse Ferron.

La Faculté de Paris: son personnel enseignant, ses méthodes, les maîtres d'hier et d'aujourd'hui (avec projections). M. le prof. E. Saint-Jacques.

7ème Séance tenue le mardi 29 avril 1924.

Un cas d'érythrodermie post-arsénobenzolique. M. Albéric Marin.

L'automutilation chez l'aliéné (avec présentations de malades).
M. Gaston de Bellefeuille.

La psychanalyse, étude critique. M. le professeur A. Brousseau.

Séance extraordinaire tenue le vendredi 19 septembre 1924.

M. le docteur Ernest Desmarests: Nécessité d'une collaboration médico-chirurgicale.

M. le docteur Edouard Joltrain: L'anaphylaxie.

8ème Séance tenue le mardi 7 octobre 1924.

La culture du bacille tuberculeux au point de vue clinique. MM. Louis Paré et Albert Bertrand.

Le traitement de l'hypertendu. M. le prof. J.-E. Dubé.

9ème Séance tenue le mardi 21 octobre 1924.

Un cas étrange de grossesse ectopique. M. Georges-E. Milette.

Quelques aspects cliniques des abcès urinaires. M. le prof. Eugène Saint-Jacques et M. Ernest Prud'homme.

10ème Séance tenue le mardi 4 novembre 1924.

Polymorphisme de la tuberculose. M. le prof. Albert LeSage et M. Roméo Boucher.

La tuberculose humaine et la tuberculose des bovidés. M. Jos.-Edouard Laberge.

11ème Séance tenue le mardi 18 novembre 1924.

Pathogénie et symptomatologie des troubles organo-végétatifs. M. Roméo Boucher.

Le Goundou. M. J.-N. Roy.

12ème Séance tenue le mardi 2 décembre 1924.

œdème papillaire double: tumeur incluse du cervelet. Observation. M. Albert Lassalle.

Pourquoi faut-il opérer sans tarder les cas d'appendicites aiguës?

M. le prof. Eugène Saint-Jacques et M. Ernest Trottier.

De l'appendicite hypertoxique évoluant sous le masque d'entérite infectieuse. M. le prof. Eugène Saint-Jacques.

13ème Séance tenue le mardi 16 décembre 1924.

Reins polykystiques. M. le prof. Albert LeSage et M. Roméo Boucher.

Contribution à l'étude du traitement des appendicites aiguës.

M. Armand Paré.

o

Eruption prématurée de dents

Vers 1198 naquit Geoffroy II, de la maison de Lusignan, redoutable seigneur devenu légendaire dans le Poitou et surnommé avec terreur Geoffroy la Grand'dent. "Il apporta sur terre sa grand'dent qui lui passait hors de la bouche, plus d'un pouce."

"Avec ses dents et les pieds en avant", double prédestination, est né selon le témoignage de Shakespeare le scélérat Gloucester, plus tard Richard III.

Pour Louis XIV, le docteur Cabanès dans son "Cabinet secret de l'Histoire", nous donne des renseignements très précis. On cria au miracle quand Anne d'Autriche après vingt années de stérilité mit au monde un superbe Dauphin. Le miracle, c'est que l'enfant avait deux dents en naissant. Dionis pour qui le bec de lièvre vient "d'avoir regardé un lièvre pendant la grossesse" voyait dans la dentition précoce du grand roi l'explication de son grand appétit.

Il n'est pas signalé que l'enfant royal ait souffert de cette anomalie "mais une documentation sérieuse nous prouve qu'on dut changer plusieurs fois de nourrice parce que l'enfant royal leur déchirait le sein à belles dents".

C'est surtout Pierrette Dufour qui eut à se plaindre des coups de dents du jeune lionceau.

"A la suite de morsures répétées, il lui survint des duretés dans les mamelles qui l'obligèrent à interrompre, du moins pendant quelques jours, l'allaitement." Mais Sa Majesté, la Reine-Mère, toucha avec une reliques les parties incommodées, "ce qui ne fust pas plus tost faist que par miracle les douleurs estant cessées ces duretés se dissipèrent et l'intempérie de chaleur qui causait des douleurs au bout et environ du teston se modérant, la consolée nourrice continua de donner le lait à S. A. R."

Docteur GABRIEL HUMBERT.

Aesculape 1923.

Sur un nouveau mode d'anesthésie par voie intra-veineuse en obstétrique et en chirurgie : indications, technique, résultats

("Presse Médicale", Paris 1924, No 65, p. 675)

Poursuivant les recherches excessivement intéressantes, commencées par D. Bardet (Bull. génér. Thérap., avril 1921), continuées par Cerné (thèse de Paris, 1923) et surtout en collaboration avec L. Cleisz (Bull. Soc. Obstét. et Gynécol., 10 déc. 1923), en se servant du Somnifène par voie endiveineuse pour obtenir l'accouchement indolore, recherches dont les résultats d'ailleurs ont été confirmés par les communications de P. Delmas, de Rouville, Riss, Dujol, Madon, Roume, Clément, etc. (Bull. Soc. Obstét. et Gynéc., Nos 4 et 5, 1924), R. Perlis, dans le service de P. Fredet, à l'Hôpital de la Pitié, a cherché à utiliser ce même procédé pour obtenir l'anesthésie générale et il semble bien que son but ait été atteint (Bull. de la Société Nationale de Chirurgie, Paris, 25 juin 1924) Le travail actuel est une parfaite mise au point de la question.

On peut, en effet, avec le somnifène, en obstétrique, obtenir l'anesthésie, mais conserver les réflexes, afin de permettre à un acte physiologique de s'accomplir normalement en supprimant seulement la douleur; et en chirurgie, ce médicament permet également d'obtenir l'anesthésie générale chirurgicale complète, en supprimant complètement les réflexes et la défense musculaire.

En obstétrique, aussi bien qu'en chirurgie, il ne paraît pas exister de contre-indications à l'emploi du somnifène; d'après les recherches faites très minutieusement dans le service de P. Fredet, ce produit semble dépourvu de toxicité. Il peut être utilisé aussi bien chez les primipares que chez les multipares: il s'agit d'attendre que le travail soit nettement commencé; celui-ci se poursuit normalement; le temps de dilatation est nettement diminué, la période d'expulsion est le plus souvent accélérée; et on n'a jamais constaté d'effet nocif, ni sur la mère, ni pour l'enfant. Les femmes qui ont accouché au somnifène se décarent absolument enchantées et résolues à ne jamais accoucher autrement.

La technique est simple: il s'agit d'injecter lentement (2 ou 3 minutes), dans une veine du pli-du-coude, une dose variant de 6 à 9 c.c. (selon le poids et l'état général de la parturiente), jusqu'à ce que le sommeil soit obtenu: ce sommeil dure de 3 à 5 heures. Parfois au moment de l'expulsion et de la déivrance, la femme reprend une demi-conscience, mais elle se rendort tranquillement dès que tout est terminé; il est facile de la tirer de ce sommeil, ou plutôt de cette somnolence, qui dure de 12 à 24 heures, période pendant laquelle il est nécessaire de l'inciter à boire, à manger, à uriner, ce qu'elle fait alors très volontiers.

Pour obtenir l'anesthésie chirurgicale, la technique est la même; toutefois il importe de pratiquer une demi-heure avant environ une injection de scopolamine-morphine, de morphine seule ou de pantopon. L'injection endoveineuse de somnifène est toujours pratiquée identiquement, c'est-à-dire très lentement jusqu'à l'obtention du sommeil (2 à 3

minutes); les doses varient de 5 à 10 centimètres cubes selon le poids, l'âge et l'état général du sujet; l'anesthésie dure 3 heures au minimum, ce qui permet de faire sans se hâter les interventions les plus longues; l'opération terminée, les malades dorment également de 12 à 24 heures d'un sommeil tranquille dont on doit les tirer pour les faire boire, manger, uriner, etc.

Quelques remarques s'imposent tout de suite: c'est que l'injection endoveineuse de Somnifène "Roche" permet au chirurgien d'opérer sans aide, le cas échéant; d'autre part, toute vapeur toxique ou inflammable est, de cette manière, supprimée; comme le malade ne vomit jamais, on peut, en lui donnant, lorsque c'est possible, à boire et à manger, obvier aux inconvénients de la soif ou de l'acidose du jeûne; de plus, il semble bien, d'après toutes ces recherches, qu'il n'y ait point à craindre de syncope, ni d'action nocive sur les poumons, le foie et les reins; bref il apparaît que ce nouveau mode d'anesthésie, inoffensif, de technique facile, d'efficacité certaine, très bien accepté et même réclamé par les malades, aussi bien que par les parturientes, marque un progrès sensible sur les procédés d'anesthésie utilisés jusqu'ici et mérite d'être encore plus largement expérimenté.

R. PERLIS

— 0 —

Analyses de quelques travaux récents

Les troubles vésicaux dans les fibromes utérins. (1000 observations consécutives de fibromes) (Hartmann et Bonnet, "Gynécologie et Obstétrique", tome IX, fév. 1924, No 2).—H. et B. font remarquer que les auteurs des traités de gynécologie ont tous observé que les fibromes utérins sont fréquemment accompagnés de troubles vésicaux, et que ceux-ci sont généralement plus intenses lorsque les tumeurs siègent à la face antérieure de l'utérus. H. et B. ne sont pas du même avis et se mettent en demeure de le prouver. Les principaux symptômes observés chez les malades qui vont servir d'exemple, sont la pollakiurie, la systite, l'hématurie, la rétention d'urine. Les auteurs résument en quelques mots trente-trois observations sur ces 1000, et rapportent les constatations faites cliniquement et opératoirement chez leurs malades. Dans 22 de ces cas rapportés, le siège du fibrome se trouve être à la face postérieure de l'utérus; 2 fois, il existait un fibrome antérieur et une tumeur enclavée dans l'excavation sacrée; 9 fois seulement, il s'agissait de fibromes antérieurs. Les auteurs ayant surtout remarqué que le symptôme prédominant était la rétention d'urine, concluent que "contrairement à l'opinion émise dans les traités classiques de gynécologie, ce ne sont en général pas les fibromes de la face antérieure du col, ceux directement en rapport avec la vessie qui déterminent la production d'une rétention d'urine, ce sont ceux de la face postérieure de l'organe, que 1 fibrome soit développé au niveau du col ou qu'il soit développé au niveau d'un corps utérin rétrofléchi."

LEON GERIN-LAJOIE.