

**PAGES**

**MANQUANTES**

Le

# Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE UNE PIASTRE PAR ANNEE

MEDECINE

CHIRURGIE

SANTÉ

THERAPEUTIQUE

## Sommaire

La Méningite tuberculeuse en plaques. par M. le Professeur RAYMOND ..... 367

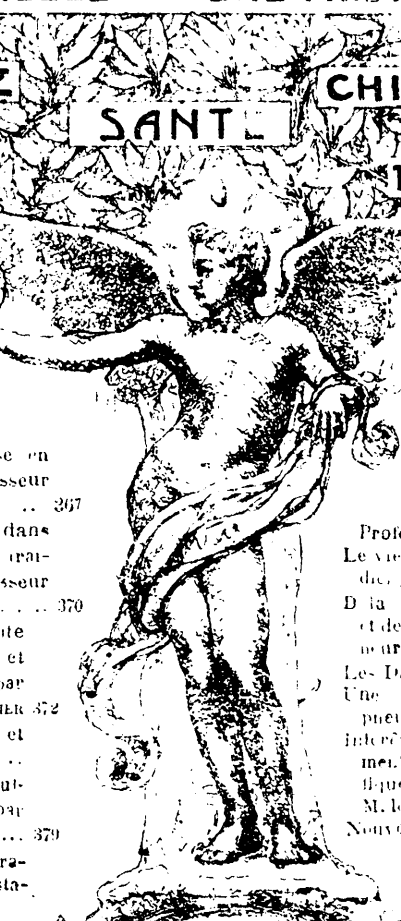
Les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde et leur traitement, par M. le Professeur CHANTEMENSEL ..... 370

Le traitement de la gastrite chronique hypopeptique et de l'hyperchlorhydrie. par M. le Dr D. E. LE CAVELIER ..... 372

Qu'est-ce que les lipoides et quels sont leur rôle. ....

Dans quelles conditions faut-il hâter l'avortement, par M. le Professeur BAR ..... 379

Les indications opératoires chez les prosta-



tiques, par M. le Professeur AUBRIAN ..... 382

Quelle est la pathogénie des séborrhées et le traitement, par M. le Professeur HALLOPEAU ..... 386

La vieillesse est-elle une maladie, par M. le Professeur N... 396

De la nécessité de suspendre et de varier le traitement des neurasthéniques ..... 408

Les dangers de l'oubliage ..... 402

Une affection nouvelle du pneumogastrique ..... 402

Intérêts professionnels. Étant donné former l'esprit scientifique des autres médecins, par M. le Docteur LAURENDEAU ..... 405

Nouvelles ..... 415

LA PUBLICITÉ GÉNÉRALE

COSMOS LEE

440, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



## HÉMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE

La seule contenant les oxydases du sang.

ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ, TUBERCULOSE.

DEPOTS

SIROP : une cuillère à soupe à chaque repas  
 pour le Canada Rougier Frères, 63, Notre-Dame Est, Montréal.  
 pour les Etats-Unis Fongora & Cie, 40, Beckmann Street, N. Y.

---

---

# LE MONTREAL-MÉDICAL

Vol. 8

25 Octobre 1908

N° 8

---

---

## La Méningite tuberculeuse en plaques

---

La méningite tuberculeuse en plaques présente un intérêt des plus pressants, puisque le diagnostic exact du mal peut conduire à une intervention thérapeutique efficace de la part du chirurgien. Seulement il ne s'agit pas de confondre cette affection avec les hémiplésies vulgaires, bien qu'elle puisse s'accompagner de troubles paralytiques similaires.

Voici, par exemple un homme de 54 ans. Atteint dans sa jeunesse, qu'il passa au Brésil, d'une polynévrite, suite d'une fièvre jaune, et plus tard d'accidents paralytiques, causés par des coliques de plomb, il est pris, plus tard, de lourdeurs de tête, céphalées, fourmillement dans les doigts et les pieds. En avril 1907, alors qu'il était employé de commerce, il perd subitement l'usage de la parole. Cela dure une heure et demie, puis disparaît; en mai, une légère faiblesse se fait sentir dans le bras et la jambe du côté droit; quelques séances d'électrisation, et cela guérit encore une fois. En septembre, les choses ne s'arrangèrent plus aussi aisément; un ictus soudain renversa le malade; pendant six heures, il resta sans connaissance; quand il s'éveilla, il était paralysé du côté droit et avait perdu l'usage de la parole. Aujourd'hui, il présente à la fois les signes de la polynévrite ancienne et de l'hémiplégie cérébrale récente. C'est l'atrophie des mains et des pieds d'origine polynévritique,

c'est l'hémiplégie droite, atteignant en même temps le facial inférieur, des paralysies cérébrales vulgaires. Les réflexes rotuliens sont exagérés, en raison de la dégénérescence du faisceau pyramidal ; par contre, les réflexes achilléens sont abolis (polynévrite). Il existe des troubles du langage ; le malade ne comprend que les questions très simples et il n'y répond qu'avec un bagage de mots très restreint ; aussitôt qu'on complique quelque peu la conversation, il n'y est plus. Tous ces accidents sont chez lui le fait d'un ramollissement cérébral qui s'est fait dans la zone de Wernicke et la région de l'insula, à la suite d'une thrombose dans les branches des artères lenticulo-striées et lenticulo-optiques. On observe en effet, chez ce sujet, des signes d'artério-sclérose ; il existe de l'hypertension artérielle, un pouls régulier et dur, des artères sinueuses. Le second bruit du cœur est claquant ; les urines renferment de l'albumine ; des taches blanchâtres, reliquat d'hémorragies anciennes, couvrent le champ de la rétine ; on note en plus de l'œdème papillaire.

Chez ce malade, il n'y a nullement lieu de songer à une intervention chirurgicale. Le traitement médical suffit. Régime lacto-végétarien, purgalifs, faibles doses d'iode.

Il n'en va pas de même du second malade. Agé de 43 ans, il entre à l'hôpital le 30 janvier ; dans son passé, on relève la mort de sa première femme, qui était tuberculeuse, et lui-même semble avoir commis des excès alcooliques. Il avait, en effet, des cauchemars et des pituites matinales. Le 29 décembre, alors qu'il était en bonne santé apparente, il tombe frappé d'une crise épileptiforme. Les yeux se convulsent, une écume sanglante coule de la bouche, les bras se tordent, les membres inférieurs se contractent ensuite ; la perte de connaissance dure vingt-cinq minutes, ne laissant après elle qu'un peu de fatigue. Mais voici que les attaques se répètent les jours suivants, jusqu'au 15 janvier. A cette date, la jambe droite reste traînante, suite d'une crise, puis le bras faiblit, puis la parole se prend. En trois jours, la paralysie est à peu près complète. Le malade entre à la Salpêtrière. C'est un aphasique total, n'entendant rien, ne parlant pas.

Sa mimique toutefois est conservée, et il sait fort bien faire le geste de demander une cigarette à un camarade. Outre une paralysie du facial inférieur droit, on constate une hémiplégié du même côté ; le bras est plus parésié que la jambe, et un certain degré de contracture occupe les coudes et les genoux. La sensibilité est conservée, les réflexes sont légèrement augmentés. Les pupilles sont paresseuses ; la ponction lombaire dénote l'absence de lymphocytose rachidienne. A noter un autre fait curieux : la percussion crânienne du côté gauche est douloureuse. Ce malade est un tuberculeux, bien qu'il ne s'en soit jamais douté ; une respiration soufflée est perçue au sommet du poumon gauche ; le sujet réagit à la tuberculine.

Tous ces signes débutant par des crises épileptiformes indiquent une lésion irritative de la corticalité ; l'hémiplégié droite et l'aphasie dépendent d'une inhibition des voies motrices. Ni l'hémorragie ni le ramollissement cérébral ne procèdent ainsi. Faut-il admettre l'existence d'une tumeur ? Un homme de 28 ans, atteint de crises épileptiques d'abord généralisées, puis localisées au bras, puis à la face, puis à la jambe droite, fut trouvé porteur d'un gliome, qui fut extirpé par un chirurgien. La tumeur, de la grosseur d'une noix, couvrait la circonvolution frontale ascendante, et la guérison s'ensuivit.

Dans le cas présent, il s'agit sans doute d'une méningite tuberculeuse en plaques, couvrant la corticalité. On distingue deux variétés de ces méningites en plaques, suivant qu'elles s'accompagnent ou non de granulations tuberculeuses disséminées. L'infection, dans la méningite en plaques sans granulations, semble s'opérer par le liquide céphalo-rachidien, tandis que l'apport infectieux s'effectue par la voie sanguine dans l'autre variété. L'intervention chirurgicale peut, en pareille occurrence, amener la guérison par l'ablation du foyer malade. Parfois même, comme chez un malade ancien du service, le chirurgien ne tombe pas sur la plaque de méningite, mais l'ouverture crânienne qu'il pratique fait cesser les crises. Le sujet auquel le chirurgien n'enleva pas sa plaque tuberculeuse, n'eut plus de crises, et il ne succomba que six mois plus tard aux progrès de l'in-

fection tuberculeuse. On opérera donc le malade présent; l'absence de lymphocytose rachidienne laisse espérer l'absence de réaction inflammatoire méningée, et une amélioration probable suivra l'excision de sa plaque tuberculeuse.

---

## Les perforations intestinales de la fièvre typhoïde et sur leur Traitement

---

M. Chantemesse, sur environ 2.000 cas de fièvre typhoïde, a observé 35 cas de perforation de l'intestin, soit dans la proportion de 1,7 pour 100. En compulsant les statistiques étrangères, on trouve un pourcentage plus élevé : 2,7 pour 100 (199 perforations sur 7.363 cas). La vraie cause de la perforation ne réside ni dans un traumatisme de l'intestin, ni dans un écart de régime, mais dans la thrombose des vaisseaux sanguins des follicules par des globules blancs.

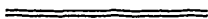
Il n'existe aucun symptôme vraiment pathognomonique et précoce de la perforation intestinale typhique : tous les signes sont empruntés à la péritonite et on peut les voir réunis, au cours de la fièvre typhoïde, chez des malades qui n'ont pas de perforation de l'intestin. Cependant certains symptômes, quand ils sont réunis et suffisamment accusés, ont une importance très considérable et souvent décisive; c'est la douleur brusque et localisée, c'est la rétraction du ventre et la rénitence limitée à la pression. Un signe assez précoce, qui traduit la secousse subie par le système nerveux central, c'est l'épilepsie spinale provoquée du côté de la lésion par le redressement brusque du pied sur la jambe.

Il est des perforations intestinales typhiques qui guérissent toutes seules sans que ni le malade ni le médecin ne se doutent

de leur existence ; la perforation se bouche par accolement du grand épiploon. Quelques-uns se terminent par un anus artificiel, réparable spontanément ou chirurgicalement.

La mort est la règle quand la fréquence du pouls s'élève régulièrement malgré l'état stationnaire apparent des autres symptômes. La mort est due exclusivement à la péritonite causée par l'irruption dans le péritoine des matières septiques de l'intestin.

Faut-il donc, dès que l'existence d'une perforation est soupçonnée, ouvrir le ventre des malades pour aller à sa recherche et la fermer ? Lorsqu'on est absolument certain que la perforation existe et surtout qu'elle est volumineuse, il ne faut pas perdre une seconde pour intervenir, mais, dans les cas douteux, ou lorsque l'inondation septique intestino-péritonéale n'est ni trop copieuse, ni trop violente, il faut savoir attendre, se contenter de soutenir, d'augmenter la résistance du péritoine et l'on obtiendra ainsi, sinon toujours la guérison spontanée, du moins une prolongation du délai qui permettra une intervention chirurgicale encore efficace. Les deux traitements qui permettent d'accroître la leucocytose et la phagocytose péritonéales sont : les injections sous-cutanées de nucléinate de soude (Mikulicz) et le surchauffage intermittent de l'abdomen (Chantemesse). Sous l'influence de ces deux méthodes de traitement, M. Chantemesse a vu les symptômes de péritonite par perforation se modifier suffisamment pour qu'en huit jours une guérison sans opération fût assurée.



*Un savant n'est pas un homme qui SAIT mais bien celui dont l'esprit toujours en éveil cherche à savoir et à s'éclairer de toutes les lumières scientifiques pour trouver la vérité.*

## *La Gastrite chronique hypopeptique*

### L'Hypochlorhydrie

---

Paris, le 4 octobre 1908.

La gastrite chronique est une altération du tissu parenchymateux ou conjonctif de la muqueuse de l'estomac, produisant, selon le degré et l'étendue de l'inflammation, des modifications diverses de qualités et de quantités de suc gastrique. D'une simple irritation superficielle, la muqueuse peut passer par les processus pathologiques d'hyperplasie mamelonnée à la cirrhose atrophique faisant ainsi disparaître toutes couches glandulaires. Les symptômes varient selon la marche de la maladie et l'on ne parvient à faire une appréciation exacte des lésions et des modifications chimiques qu'après des interrogations et des examens multiples du malade et de fréquentes analyses des sucs de l'estomac. Dans la gastrite chronique, l'acidité diminuée est généralement de 0.30 à 1 pour 1.000 au lieu de 3 à 4 pour 1.000 que l'on trouve à l'état normal. : les lois de la pathologie générale s'appliquent à l'estomac comme aux autres organes de l'économie et, lorsque la muqueuse est enflammée, les fibres musculaires sous-jacentes sont parésiées, de là l'asthénie chronique, la dilatation possible par fermentations lactiques, acétiques, butyriques, par les acides gras volatils, etc.

Souvent l'hypochlorhydrie est secondaire à une affection chronique : brightisme, tuberculose, chlorose, cardiopathie, gastroplose, scrofulose, etc. ; l'on ne doit admettre l'existence d'une gastrite chronique qu'après avoir éliminé toutes les autres causes de dyspepsie et constaté la *production anormale du mucus* et la *diminution de l'acidité du suc gastrique*.



L'hygiène à suivre est la même que dans l'hyperchlorhydrie, excepté que le séjour au bord de la mer, les eaux chlorurées sodiques, l'hydrothérapie froide et les frictions aromatiques à l'eau de Cologne, etc., sur toute la surface du corps sont généralement favorables à ces malades, le repos ne doit pas être prolongé plus d'une demi-heure après les repas.

Le grand principe du régime diététique est de donner des *substances succagogues et peptogènes* pouvant amener une digestion facile des aliments nécessaires à la ration d'entretien ou de travail, la suralimentation est absolument contre-indiquée, ces malades se portent bien lorsque leur *poids est au-dessous de la normale*; le dyspeptique doit se contenter de 35 à 40 calories par kilogramme de poids (environ 20 calories par livre). Il faut éviter les aliments indifférents ou inhibitifs des sécrétions gastriques, tels que ceux que nous avons recommandés dans l'hyperchlorhydrie, les principaux succagogues ne sont ni les protéiques, ni les hydrocarbures, ni les graisses, ce sont les substances extractives, l'extrait de viande Liebig, la dextrine, le képhir, l'alcool, l'inuline, le glycogène, etc. Ces deux derniers sont des peptogènes purs.

*Sept menus pouvant convenir aux dyspeptiques, hypopeptiques et aux hypochlorhydriques :*

Premier :

Lait avec suc du figuier, 2 litres (2 pintes).....	1340 calories
2 œufs à la coque bouillis 3 minutes.....	164 —
Pain grillé, 200 grammes (6 1/2 onces)....	529 —
Huitres fraîches, petites et chlorurées, 200 gr. (6 1/2 onces) .....	100 —
Compote de pommes, 200 gr. (6 1/2 onces)....	82 —
	<hr/>
	2215 calories

Deuxième :

Pur jus de viande, 500 grammes (1 livre).....	450 calories
---	--------------

*Avec sel et céleri.*

Poisson frais grillé (perche, carpe ou brochet), 200 grammes (6 1/2 onces).....	120	--
2 œufs (crème renversée).....	164	--
Purée de pois ou de lentilles, 100 grammes (3 1/4 onces) .....	345	--
Compote de poires, 200 gr. (6 1/2 onces).....	121	--
Sucre, 50 grammes (1 1/2 once).....	205	--
Biscuits secs, 100 grammes (3 1/4 onces).....	313	--
	<hr/>	
	2246	calories

## Troisième :

Lait avec suc du figuier, 1 litre (1 pinte).....	670	--
Soupe pot-au-feu, 200 grammes (6 1/2 onces).	160	--
Poisson grillé, 200 grammes (6 1/2 onces).....	120	--
Pommes de terre, 100 grammes (3 1/4 onces).	65	--
2 œufs (crème renversée aromatisée à l'extrait de citron) .....	164	--
Pain grillé, 200 grammes (6 1/2 onces).....	529	--
Petits pois, 100 grammes (3 1/4 onces).....	345	--
Compote de poires, 200 grammes (6 1/2 onces)	121	--
Biscuits secs, 100 grammes (3 1/4 onces).....	313	--
	<hr/>	
	2487	calories

## Quatrième :

Soupe pot-au-feu, 200 grammes (6 1/2 onces).	160	--
Pain grillé, 200 grammes (6 1/2 onces).....	529	--
Pulpe de viande crue (aloyau de bœuf), 100 grammes (3 1/4 onces).....	275	--
Pommes de terre, 100 grammes (3 1/4 onces).	65	--
2 œufs à la coque.....	164	--
Haricots bien cuits, 100 grammes (3 1/4 onces)	335	--
Tapioca, 100 grammes (3 1/4 onces).....	363	--
Sucre, 40 grammes (1 1/4 once).....	164	--
Café et lait de chaque, 100 gr. (3 1/4 onces)	144	--
Biscuits secs, 100 grammes (3 1/4 onces).....	313	--
	<hr/>	
	2512	calories

Cinquième :

Lait avec suc du figuier, 500 gr. (1 chopine).	335	calories
Jus de viande 250 grammes (1/2 livre).....	225	—
Pain grillé ou rassis, 200 gr. (6 1/2 onces).	529	—
Saumon en conserve, chaud, 100 grammes (3 1/4 onces) .....	201	—
Purée de pois, 100 grammes (3 1/4 onces).....	345	—
Riz, 100 grammes (3 1/4 onces).....	357	—
Sucre, 30 grammes (1 once).....	123	—
Biscuits secs, 100 grammes (3 1/4 onces).....	313	—
Raisins bien mûrs, 200 grammes (6 1/2 onces)	130	—

---

2558 calories

Sixième :

Huitres fraîches, petites et chlorurées, 200 gr. (6 1/2 onces) .....	100	calories
Pain grillé ou rassis, 300 gr. (9 3/4 onces).	793	—
Volailles fraîches, 100 grammes (3 1/4 onces).	168	—
Pommes de terre, 100 grammes (3 1/4 onces)	65	—
2 œufs à la coque.....	164	—
Céleri, 200 grammes (6 1/2 onces).....	28	—
Fraises, 200 grammes (6 1/2 onces).....	66	—
Crème, 100 grammes (3 1/4 onces).....	315	—
Sucre, 50 grammes (1 1/2 once).....	205	—
Café et lait, de chaque 100 gr. (3 1/4 onces).	144	—

---

2598 calories

Septième :

Soupe, pot-au-feu, 200 grammes (6 1/2 onces)	160	calories
Pain grillé ou rassis, 200 gr. (6 1/2 onces).	529	—
Pulpe de bœuf crue ou grillée, 200 grammes (6 1/2 onces) .....	551	—
Pommes de terre, 100 grammes (3 1/4 onces).	65	—
Purée de lentilles, 100 grammes (3 1/4 onces)	345	—
Riz, 100 grammes (3 1/4 onces).....	357	—
Ou lait, 200 grammes (6 1/2 onces).....	136	—
Sucre, 50 grammes (1 1/2 once).....	205	—
Compote aux pommes, 100 gr. (3 1/4 onces)...	41	—
Biscuits secs, 100 grammes (3 1/4 onces).....	313	—

---

2712 calories

Nous recommandons le lait homogénéisé ou bouilli qui est plus digestible parce que la caséine est partiellement transformée en hémialbumose et certaines substances végétales possèdent la propriété de coaguler ou plutôt de caséifier le lait comme la présure ; tels sont les sucres du figuier, les fleurs d'artichaut, les feuilles de grassette, etc. Ainsi, en ajoutant une faible quantité de ces sucres, l'on facilite le travail d'un estomac insuffisant.

Pour faire accepter le lait, on peut l'aromatiser au goût du patient avec le thé, le café, les extraits de vanille, de cacao, de muscade, etc., et quelquefois avec quelques gouttes de cognac.

Dans certains cas, l'on donne le lait écrémé qui est d'une digestion plus facile et ne séjourne que cinq heures dans l'estomac au lieu de sept heures pour le lait entier.

Lorsque *l'hypopepsie est intense*, il y a lieu de recommander une cure au képhir durant trois ou quatre jours. Nous avons vu que ce médicament-aliment est un succagogue et la petite quantité d'alcool et d'acide carbonique qu'il renferme en fait un excitant de la motricité de l'estomac.

Le *képhir* est le produit de fermentation du lait obtenu sous l'action d'un champignon-levure et d'une bactérie *Dispora Caucasica* que contient le grain de képhir. Ce produit varie selon la durée de la fermentation. Ainsi, nous obtenons :

Le képhir n° 1 après 24 heures de fermentation.

Le képhir n° 2 après 48 heures de fermentation.

Le képhir n° 3 après 3 jours de fermentation.

Voici la composition comparative du lait de vache et d'un képhir âgé de deux jours, d'après Tuschiwsky :

	Lait de vaches $d=1.023$	Képhir de 2 jours $a=1.026$
Albuminoïdes pour 1000.....	48	38
Graisse .....	38	20
Sucre de lait.....	41	20.025
Alcool .....	0	8
Acide lactique .....	0	9
Eau et sels .....	873	904.09
		acide carbonique

L'on peut commencer à donner le képhir n° 1, puis les n° 2 et 3, selon les indications ; le premier est légèrement laxatif ; le n° 3 amène habituellement de la constipation. Le képhir préparé avec le lait écrémé se digère plus facilement et ne séjourne dans l'estomac que trois heures et demie à quatre heures (Gilbert et Chassevant) et doit être préféré dans certaines dyspepsies hypopeptiques douloureuses ; le koumiss serait bien préférable, mais il est plus difficile de se procurer du lait de jument que du lait de vache.

Aux bouillons recommandés aux hypochlorhydriques, l'on peut ajouter les extraits de viande qui sont de puissants sucragogues. L'alimentation doit être mixte si la gastrite est mixte, toutes les parties de la muqueuse ne sont pas altérées au même degré ; souvent au début d'un repas il existe de l'hypochlorhydrie et une sécrétion normale ou une hyperchlorhydrie à la fin. C'est, dans ce cas, où il ne faut faire le choix d'un régime approprié qu'après plusieurs examens et une série d'essais alimentaires.

Le but de la diététique est de prévenir la stase, la fermentation et la dilatation de l'estomac. Pour maintenir l'équilibre osmotique des sécrétions de l'économie et combattre l'état irritatif de la muqueuse gastrique, l'on prescrira le chlorure et les alcalins à petites doses souvent répétées sous forme de solution phospho-chlorurée suivante :

Phosphate de soude.....	3 grammes (45 grains).
Chlorure de sodium.....	5 grammes (75 grains).
Eau bouillie .....	1 litre (1 pinte).

Dose : 120 grammes (4 onces), 3 fois par jour, 10 minutes avant les repas, durant 4 à 6 semaines.

Chez les sujets constipés, l'on peut recommander l'eau de Châtel-Guyon. Le jus de fruits : ananas, poires, oranges, pommes, etc., pris après les repas à la dose de 60 à 90 grammes (2 à 3 onces) a souvent pour effet de mettre en marche la sécrétion hésitante et paresseuse du début de la digestion. Dans certains cas, l'acide chlorhydrique, 5 à 15 gouttes diluées dans un demi-verre d'eau, agira mieux ou l'acide phosphorique.

Acide phosphorique .....	5 grammes (50 gouttes).
Phosphate acide de soude...	30 grammes (1 once).
Eau distillée .....	180 grammes (6 onces).

1 à 4 cuillerées à thé dans un verre d'eau après le repas du midi et du soir.

Si le malade est au régime des végétaux azotés, l'on peut prescrire un verre de bière de malt à prendre par petites quantités durant le repas ou des tablettes de maltine, de pancréatine à dose de 10 à 12 centigrammes (1 1/2 à 2 grains) après chaque repas. Lorsque l'alimentation est albuminoïde, l'on donnera 12 à 24 centigrammes (2 à 4 grains) de *pepsine* ou de *papaïne* qui a la propriété de digérer 200 fois son poids d'albumine et d'agir en milieu neutre et même alcalin. Ce traitement qui donne les meilleurs résultats dans l'hypopepsie sans dilatation de l'estomac ne sera pas suffisant s'il existe de la fermentation et un retard dans l'évacuation.

Paris, 4 octobre 1908.

D<sup>r</sup> D. E. LE CAVELIER.

(A suivre.)

---

*Une doctrine est comme un phare lumineux qui éclaire de vastes horizons ; le système est un bandeau qui nous aveugle.*

## Dans quelles conditions faut-il hâter l'avortement

PAR M. LE PROFESSEUR BAR

---

Une femme enceinte de trois mois et demi a mené trois premières grossesses à terme. Elle entre à l'hôpital le 20 mars pour des métrorrhagies abondantes. Celles-ci avaient déjà duré du 15 janvier au 19 février, s'étaient arrêtées et avaient repris du 8 au 20 mars. La femme est extrêmement anémiée et très faible. Séance tenante on dilate le col avec des tiges de laminaire et des bougies d'Hégar ; deux doigts sont introduits dans l'utérus. Comme il n'est point possible de décoller l'œuf, on brise les membranes ; on sort l'embryon ; le curage digital assure la sortie des membranes.

Cette malade où l'avortement a été hâté soulève la question de savoir dans quelles conditions cette conduite peut être suivie. On sait en effet que le médecin doit en général opter pour la conduite opposée ; dans tous les cas où la femme enceinte perd du sang, il doit faire son possible pour empêcher l'expulsion du fœtus. Ici c'est l'inverse qui a été tenté et la sortie de l'œuf a été activée. On doit imiter cette dernière pratique dans trois conditions : 1° Quand la femme, perdant beaucoup de sang, a décollé son œuf ; 2° quand des pertes de sang abondantes ont mis la femme en danger ; 3° quand, sans être abondantes, les pertes de sang sont continues et amènent la femme à un état d'anémie extrême.

Il n'est point toujours aisé de savoir si un œuf est décollé. Quand le col est largement ouvert et que l'œuf est descendu dans le vagin, il n'y a aucun doute. Le décollement est achevé. Dans maintes circonstances, une certaine hésitation s'oppose à la certitude. Les hémorragies n'impliquent point le décollement total ; une partie latérale du placenta peut seule être décollée, le reste demeurant adhérent. Seulement

quand le décollement s'est opéré sur une large surface, deux signes cliniques permettent de s'en rendre compte : une quantité énorme de sang est retenue entre le placenta et la paroi utérine ; il en résulte un grossissement, une déformation de l'utérus visibles à l'examen. De plus, et c'est là le second signe, on peut observer un petit utérus dominant une grosse masse développée au-dessous de lui ; cette dernière est constituée par l'œuf qui a passé dans le segment inférieur. Au-dessus de l'orifice externe, on sent une grosse tumeur. S'il existe en même temps de la fièvre, si les tégu-ments sont anémiés, si le pouls dépasse cent pulsations, il faut intervenir sans tarder. Ces dernières conditions d'intervention se retrouvent dans les cas d'hémorragie abondante ou continue. Lorsque l'hémorragie est abondante, il convient de hâter la terminaison de l'avortement, sauf dans les cas où la malade très affaiblie ne semble pas pouvoir supporter la fatigue de l'intervention et la perte de sang qui l'accompagne. En pareille occurrence, le médecin se contente de tamponner et de pratiquer une injection de plusieurs centaines de grammes de sérum artificiel (eau salée 7/1000). Au bout de quelques heures, quand la malade va mieux, on se remet alors à la besogne.

Une hémorragie continue peut parfois durer jusqu'au cinquième mois sans grand dommage pour l'enfant. A partir du cinquième mois, la grossesse est perdue : la femme de plus tombe dans un état anémique grave qui offre aisément prise à l'infection. Les masses fibrineuses des caillots sanguins servent de milieu de culture ; des phlébites dans la région para-utérine, voire des embolies pulmonaires se montrent. On est tout étonné de voir une femme accuser un point de côté, expulser des crachats sanguinolents. Il s'agit d'une embolie pulmonaire consécutive à une phlébite des veines utérines. Pareille forme se rencontre surtout chez les femmes albuminuriques qui ont des endométrites par intoxication. Il faut provoquer l'avortement.

Seulement, pour y parvenir, on n'usera jamais des remèdes internes : quinine, ergot, etc. Les injections intra-utérines au sublimé ne valent pas mieux et des intoxications



ont fait suite. Quant aux perforations de l'œuf, elles exposent à l'infection, à la gangrène de la paroi utérine.

La seule méthode est la dilatation du col. Celle-ci est rapide ou lente. Rapide, elle est obtenue moyennant les bougies d'Hégar. Le col saisi avec une pince est abaissé, si l'utérus est en rétroflexion, l'abaissement doit être plus marqué crainte que la bougie d'Hégar ne perfore les parois utérines. Les n<sup>os</sup> 10 et 11 des bougies seront introduits chez une primipare, les n<sup>os</sup> 14 et 15 chez une multipare. Au-dessus de ce diamètre, l'orifice interne oppose de la résistance ; on appuie légèrement et l'on passe ; mais on risque de déchirer l'organe ; aussi n'use-t-on de ces bougies plus grosses que s'il s'agit d'aller très vite. Quand on a du temps, et vingt-quatre heures devant soi, on a recours aux tiges de laminaire. L'éponge préparée est complètement abandonnée.

La tige de laminaire, rendue aseptique par le séjour dans l'éther iodoformé, est livrée en tubes fermés. La tige doit avoir 10 centim. de longueur (grossesse de deux mois), à 12 ou 13 centim. (grossesse de trois mois et demi). Le col fixé par une pince, une petite pince tient la laminaire et la fait glisser dans le col. Souvent, nous l'avons dit, une première dilatation avait été obtenue par les bougies d'Hégar. Au bout de quatorze à quinze heures, la tige de laminaire introduite dans l'utérus, procure une dilatation suffisante. Seulement des accidents douloureux peuvent se produire contre lesquels le médecin emploiera des applications chaudes sur l'abdomen, l'usage de l'antipyrine ou même d'une injection de morphine.

La dilatation étant obtenue, on procède à un nettoyage soigneux du vagin, on retire la laminaire et on tâche d'introduire un ou deux doigts dans l'utérus. Si la chose est impossible, nouvelle dilatation par les bougies d'Hégar. Puis on procède à l'évacuation de l'utérus. Celui-ci est fixé par une pince, une autre main pressant sur l'utérus à travers les parois abdominales. On décolle l'œuf à l'aide du doigt ou si ce décollement est impossible, on rompt l'œuf. Le fœtus est ramené et un curage digital détache les membranes. On ne peut se servir de la curette que dans les gros-

sesses récentes et quand le placenta est friable. L'œuf étant décollé, lorsque ce décollement a pu s'opérer, est tiré au dehors par une pince de Bonnaire, un nettoyage à l'écouvillon, un doigt en crochet, ou le jet d'eau d'une injection intra-utérine. Si le placenta est adhérent, on ramène ce qu'on peut, un coup prudent de curette fera le reste. Un écouvillonnage de sûreté apprendra qu'il ne reste rien. Un tamponnement de la cavité utérine à la gaze au peroxyde de zinc ou stérilisée terminera l'opération. Le médecin ne s'en ira pas avant que la femme ait un pouls bien frappé. Une injection hypodermique d'eau salée à 7/1000 (600 à 800 gr.), terminera l'intervention.

---

## Les Indications opératoires *chez les prostatiques*

PAR M. LE PROFESSEUR ALBARRAN

---

Au point de vue des indications opératoires, on peut distinguer deux classes de prostatiques. Ceux qui vident leur vessie et ceux qui ne la vident pas. Ceux qui vident leur vessie sont en général peu gravement atteints ; il suffit de leur prescrire un régime diététique approprié, de combattre la constipation, d'ordonner des exercices de marche pour déjà obtenir une grande amélioration. En plus on combattra les phénomènes congestifs par l'emploi des lavements chauds, des ablutions tièdes du périnée, la prescription à l'intérieur de l'extrait fluide d'hamamélis : 3, 4, 5 gr. par jour. Chez nombre de ces malades, certaines précautions suffisent pour éviter l'aggravation. Les poussées congestives,

chez un homme de soixante à soixante-deux ans, alors même qu'elles sont accompagnées d'une infection légère, guérissent par le sondage suivi de lavages de la vessie au nitrate d'argent à 1/1000. On n'opérera pas. L'intervention ne sera pas davantage justifiée chez les sujets obèses, dont le cœur fonctionne mal, dont les bases des poumons se congestionnent. Tout au plus, aura-t-on droit de faire œuvre chirurgicale chez les sujets à état général bon, atteints d'une série de rétentions aiguës et d'infections récidivantes. Encore pour se risquer à pareille entreprise, convient-il que le malade ne soit pas trop âgé. S'il a plus de soixante-huit à soixante-dix ans, mieux vaut se contenter de traitement médical.

Un malade qui vide mal sa vessie offre moins prise à hésitation. Tôt ou tard, des complications locales (prostatites, orchites, épидидymites, infection rénale ascendante (et générales) cachexie urinaire) surviendront; la rétention deviendra en outre de plus en plus complète. Au début, on pourra se contenter de pratiquer le cathétérisme: une fois par jour si le résidu liquide contenu dans la vessie ne dépasse pas 100 gr.; deux fois par jour si ce chiffre est dépassé. En outre, chaque sondage sera suivi d'un lavage de la vessie au nitrate d'argent à 1/1000. Malheureusement la rétention devient de plus en plus complète, surtout si la prostate est dure et de consistance fibreuse; une rétention complète se dessine et nécessite plusieurs sondages quotidiens; quatre au minimum et davantage en cas d'infection. Or, c'est là un grand danger, avec un si grand nombre de sondages, un malade est obligé d'opérer par soi. L'infection se produit, alors même que toutes les précautions d'asepsie seraient prises. Au lieu de provenir d'une infection locale, l'infection de la vessie peut suivre une infection générale, des troubles digestifs, un accès fébrile quelconque. Le malade est en état de danger permanent.

Le péril atteint son apogée quand la rétention complète s'accompagne d'une vessie distendue. En pareille occurrence, les reins fonctionnent mal, les uretères sont dilatés, le malade est en état d'opportunité morbide. Des accidents formidables succèdent au cathétérisme entrepris avec toutes

les précautions d'asepsie désirables. En sorte qu'il y a quinze ans encore, aucun chirurgien n'osait sonder de semblables malades. Le fait est que de grosses précautions sont indispensables ; outre l'asepsie, la règle est de ne pas vider la vessie d'un coup, mais progressivement, de manière à éviter les accidents congestifs et les saignements qui pourraient suivre une évacuation trop rapide. En outre, en même temps, on injectera dans la vessie une solution aseptique de nitrate d'argent à 1/1000 et 50 à 60 gr. de la solution sont abandonnés dans la vessie. Cette conduite prudente ne suffit point pour garer des risques ; les accidents éclatent quand même. C'est pourquoi avant même de recourir au cathétérisme, nombre de chirurgiens préfèrent pratiquer immédiatement la prostatectomie qui devient de ce fait une opération d'urgence.

Pour d'autres malades, atteints de rétention sans distension vésicale, alors que leur vessie s'infecte, une sonde à demeure peut guérir l'infection, quand les lavages ne suffisent pas. Il est du reste à remarquer que cette sonde à demeure draine tout aussi bien que la cystotomie sus-pubienne qui avait été recommandée, il y a une dizaine d'années. Si le sujet est cachectique, on ne pourra pas même faire autre chose ; pas d'opération non plus chez les vieillards âgés de plus de 70 ans, qui arrivent à se sonder sans complication grave ou qui, au contraire, sont atteints d'infections rénales doubles.

On ne conseillera l'intervention, et pour éviter un avenir plus noir, qu'à des malades à bon état général et dont la rétention vésicale est complète.

Quant à la conduite à tenir, en général le choix en est commandé avant tout par les particularités spéciales et inhérentes au sujet. Un malade du service, âgé de 72 ans, a une rétention incomplète (résidu vésical de 100 c.c.) ; il se sonde facilement, sa prostate est moyenne et l'infection vésicale légère. Les artères sont dures, athéromateuses ; il existe de l'arythmie cardiaque. Ce vieillard n'a point été opéré. Un autre, âgé de 73 ans, est en rétention complète depuis cinq ans. Il se sonde toutes les heures ; l'état général

est mauvais. On constate des artères dures, une congestion de la base des poumons ; mais il existe des calculs dans la vessie. On se contentera de pratiquer une lithotritie simple.

Un troisième malade a 63 ans. Il est peu infecté, mais en rétention complète ; la prostate est lisse, moyenne, les reins sont sains. Comme l'état général est bon, on pratiquera une prostatectomie hypogastrique, qui permet de conserver la génitalité du sujet.

Pour un quatrième vieillard, âgé de 69 ans, on attendra. C'est un obèse qui, depuis deux ans, éprouve des difficultés de la miction ; il y a quelque temps, il a été atteint d'une rétention durant quatre heures ; la prostate est moyenne, mais entourée d'une zone de périprostatite. L'état général est précaire. On se contentera du traitement habituel par les sondages et les lavages au nitrate d'argent.

Un autre est âgé de 62 ans. Des crises de rétention successives ont été suivies d'hématuries et d'infection vésicale. L'hypertrophie de la prostate est moyenne. On a pratiqué la prostatectomie périnéale qui opère un drainage parfait, et bien pratiquée n'expose à aucun accident.

Le sixième malade du service a des difficultés d'uriner depuis 1902. Il se sonde cinq à six fois par jour et deux à trois fois par nuit. La prostate et la vessie sont infectées ; des râles humides encombrant les bronches. C'est également une prostatectomie périnéale qui a été pratiquée. Tous ces malades sont améliorés et ceux qui ont été opérés sont guéris.

---

*La délicatesse de conscience est une monnaie d'un cours peu répandu ; elle doit être la nôtre.*

## La Vieillesse est-elle une maladie ?

### *Quelques Conseils aux Vieillards*

PAR M. LE PROFESSEUR NAUNYN

---

La vieillesse n'est pas une maladie. Il y a une vieillesse valide, et si on la possède, on n'a aucune raison de se plaindre. Il est indispensable que l'homme âgé renonce à un genre de vie qui ne lui convient plus. Beaucoup de choses ne sont plus de son âge et sont grosses de dangers pour sa constitution affaiblie.

Maintes maladies insignifiantes, maints accidents légers sont pour la jeunesse de simples obstacles par-dessus lesquels elle saute en riant ; la vieillesse en fera raisonnablement le tour.

Bien des vieillards sont souffrants ; ils ont tout au moins un point faible. Toutes les indispositions qu'ils ont eues dans le passé ont laissé des traces plus ou moins légères ; d'autre part, tous les abus, tous les excès peuvent engendrer plus tard des maladies.

Mais, même quand nul organe n'est atteint, l'homme valide a toujours dans sa vieillesse des « points faibles », et c'est de ces points faibles que je veux parler.

Si nous pouvons en dire quelque chose de précis, c'est grâce aux dernières découvertes de la science. Les recherches récentes sur les échanges organiques, recherches que l'on poursuit assidûment partout aujourd'hui, nous ont appris à reconnaître les signes principaux de cette dégénérescence sénile.

L'homme a besoin d'une certaine quantité de nourriture qui doit être appropriée à sa taille et à son poids. Il est évident que, s'il exécute un travail physique, son organisme réclame une plus grande quantité de nourriture, en rapport avec la quantité de travail effectué.

Le vieillard a besoin de moins de nourriture; il lui en faut pour la conservation de la vie environ un cinquième de moins qu'à un adulte. Même quand il travaille, sa ration doit être moindre. S'il dépasse la quantité nécessaire, cela ne lui sert à rien; son cœur brûle trop peu. Chez lui, l'énergie des échanges est diminuée.

De tous les organes, le cœur est celui qu'il faut surveiller le plus attentivement: un cœur solide est rare dans la vieillesse. Cette fatigue du cœur n'a rien qui puisse nous étonner. Il doit, sans interruption, travailler pour lancer le sang dans toutes les parties du corps, et la force qu'il peut déployer n'est plus en rapport avec l'effort qui lui est demandé.

Le travail journalier du cœur peut être estimé à 17.000 kilogrammes-mètres, c'est-à-dire à la force nécessaire pour élever un kilogramme (2 livres) à la hauteur de 17.000 mètres (51.000 pieds), ou encore (34.000 livres) 17.000 kilogrammes à la hauteur d'un mètre (de 3 pieds).

Cet immense travail ne peut être exécuté par le cœur que si cet organe est en bon état, c'est-à-dire tant que les échanges sont intacts.

Chez les hommes vigoureux, le muscle cardiaque devient plus résistant si on lui demande des efforts. Mais quand, dans la vieillesse, les échanges organiques sont moins actifs, le cœur, moins bien alimenté, éprouve vite une grande fatigue.

La circulation du sang est assurée par le cœur, mais aussi par les vaisseaux sanguins qui le secondent. L'élasticité des vaisseaux est le critérium de leur aptitude à collaborer ainsi avec le cœur, et comme cette élasticité diminue dans la vieillesse, tout le travail repose de plus en plus sur le muscle cardiaque seul, ce qui est une condition défavorable pour lui.

On dit communément que le bien que l'homme apprécie le plus, c'est celui qu'il ne possède pas. Je ne suis pas de cet avis. J'ai toujours trouvé que personne n'apprécie plus l'argent que celui qui l'a en surabondance, que la noblesse est surtout estimée par les nobles, que la science est considérée comme un trésor par les savants, et l'art par les artistes.

Pour la santé, il n'en est pas de même. La santé, en effet, n'est pas une réalité positive, mais simplement une absence de maladie. La vieillesse, au contraire, est quelque chose de très positif. Il nous faut le comprendre et y conformer notre vie.

Que faire pour cela ?

J'ai dit que, chez les personnes âgées, l'organisme était affaibli. Par conséquent, elles ne doivent rien entreprendre qui exige l'intégrité des organes. Quand un adulte a dû fournir un excès de travail, il retrouve aisément son équilibre et si l'énergie suffisante fait défaut, il y remédie en se suralimentant.

Chez le vieillard, il n'en est pas ainsi. Il ressemble à une machine fatiguée dont le pouvoir de combustion diminue. Les matières combustibles accumulées ne fournissent que plus de fumée et de déchets, mais non plus de vapeur.

Ceci est très important. L'homme qui vieillit ne doit pas s'imaginer qu'en se nourrissant surabondamment, il augmentera ses forces. Ici, comme en toutes choses, la modération est nécessaire. Ce qu'il prend en plus de sa ration journalière devient une surcharge et ne se traduit nullement par une augmentation d'énergie. Sa nourriture lui fournit bien les éléments des produits qui seraient précieux s'il pouvait les utiliser ; mais comme il ne le peut pas, il a seulement la fatigue de les fabriquer sans pouvoir les éliminer. De là résulte un excès de graisse qui constitue une gêne pour l'organisme. La tendance des personnes âgées à devenir obèses est connue de tout le monde ; elles feront donc bien d'user modérément des aliments et de la boisson.

Un vieillard ne doit pas être gras ; quand il l'est, c'est qu'il mange et boit trop. Cette mesure peut lui sembler sé-



rière. Néanmoins il est obligé, s'il veut bien se porter, de maintenir un contrôle rigoureux sur son alimentation.

Il ne faut pas perdre de vue que les produits de la nourriture doivent être introduits dans l'organisme et leurs résidus expulsés par le cœur qui joue ainsi le rôle d'une pompe. Le cœur devra donc travailler davantage quand ces éléments de la nutrition seront plus abondants, et nous savons déjà que cet organe constitue un point faible chez les sujets âgés.

Il faut tenir compte surtout de la quantité des boissons. Tous les liquides que nous ingérons doivent être éliminés par les reins à l'aide de la « pompe cardiaque ». Et chez les vieillards le travail du cœur sera d'autant plus considérable que le filtre rénal est moins parfait. Un homme âgé, en règle générale, ne doit pas boire plus qu'il ne faut pour éliminer, chaque jour, un litre et demi d'urine.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé que la quantité de la boisson ; que faut-il dire de sa qualité ? Il sera sage de conserver ses habitudes si elles sont raisonnables et tant que l'on n'en éprouvera aucun dommage.

Ainsi le lait est une excellente boisson pour les vieillards. Il s'absorbe facilement, n'engendre que peu de déchets et sous-produits nuisibles, et il s'élimine aisément. Mais la plupart des vieillards ont perdu l'habitude de prendre du lait ; ils le digèrent mal et se plaignent qu'il leur charge l'estomac.

Le café, le vin, les boissons alcooliques en grande quantité ne sont utiles à personne. Mais ce serait peut-être aller un peu loin que d'interdire à un vieillard son café du matin et de vouloir le lui faire remplacer par du thé ou une soupe.

Tous les alcools (whisky, cognac, eau de-vie, etc.), sont inutiles. La bière, elle-même, est rarement indiquée et cependant je ne me risque pas souvent à défendre, à un vieillard qui en a l'habitude, son verre de bière.

Je ne veux pas nier l'action stimulante du vin, et cependant je ne le conseille pas aux vieillards. Rien de plus faux que le dicton : *Vinum lac sentium*. Le vin leur est rarement

favorable. Il est de digestion difficile. L'alcool et les autres produits excitants qu'il contient sont difficilement éliminables. Pour cette raison il incommodé davantage les vieillards et bien des gens qui, dans leur jeunesse, trouvaient plaisir à boire du vin, sont obligés de s'en priver quand ils avancent en âge.

Néanmoins certains vieillards supportent encore très volontiers un verre de vin et il serait cruel de le leur interdire. Notons d'ailleurs que le vin exerce souvent une influence favorable sur la digestion en restreignant la fermentation et en stimulant les mouvements péristaltiques et les sécrétions intestinales.

Cette stimulation, malheureusement, s'érousse assez vite, tandis que l'excitation du cerveau et du cœur finit, après un long usage, par prendre une place prépondérante. Pour cette raison, il vaut mieux ne pas prendre du vin régulièrement tous les jours, mais seulement de temps à autre, une fois par semaine, par exemple, et même alors deux petits verres au plus, de préférence avant le repas.

L'usage du tabac est très critiquable. Il n'est certainement d'aucune utilité à personne. Et cependant les vieilles gens éprouvent souvent un singulier plaisir à fumer un cigare ou une pipe. Ce plaisir est fréquemment acheté par de l'excitation cardiaque et une sensation de chaleur, surtout la nuit.

Comment doit-on manger? Que doit-on manger? Quand doit-on manger?

Une personne âgée doit prendre un repas assez substantiel le matin. Pendant la nuit, des déchets se sont accumulés qu'il convient d'éliminer promptement. Pour cette raison, il est bon de donner un coup de fouet aux échanges nutritifs. Aussi suis-je tout à fait partisan du « breakfast » anglais.

Par contre, le repas du soir sera léger. Si l'on mange trop le soir, les échanges et la circulation du sang sont trop activés pendant la nuit et il en résulte des insomnies et des agitations nocturnes.

Toutefois, il est des vieillards qui prennent leur principal

repas tard dans la soirée et qui ne s'en trouvent pas mal. L'homme d'affaires ne peut guère modifier ses habitudes ; mais l'homme qui avance en âge et qui désire ménager son cœur fera cependant mieux de prendre le principal repas au milieu de la journée, environ cinq ou six heures après le petit déjeuner. Un repos d'une heure doit suivre ce repas, mais non pas un long sommeil.

Que doit-on manger ?

Il y a des gens qui vivent presque exclusivement d'aliments carnés et d'autres qui mangent à peine de viande. Ce serait certainement une erreur de vouloir faire un végétarien d'un mangeur de viande quand il vieillit et *vice versa*. Sur ce point, il faut tenir grand compte des habitudes.

La viande donne lieu à beaucoup de déchets dans l'intérieur des tissus et nous savons que ces produits deviennent vite une gêne pour les personnes âgées. Parmi ces produits de désintégration, il y en a que nous connaissons parfaitement : ce sont des produits acides qui doivent être oxydés promptement pour être rendus inoffensifs. Pour cela, il faut que les échanges organiques soient très actifs.

Les vieillards peuvent consommer, sans inconvénient, une certaine quantité d'aliments animaux 8 onces (1/4 de kilogramme, par exemple). Les acides provenant de cette alimentation seront neutralisés par une certaine quantité de légumes et de fruits, qui contiennent beaucoup de substances alcalines. On donnera donc aux vieillards des légumes et des fruits : on aura soin toutefois de ne pas trop forcer la dose et de les leur fournir convenablement préparés pour que leur digestion n'en soit pas troublée.

Les hydrocarbures (le sucre, les féculents, les aliments amidonnés) sont aussi tout à fait de circonstance. Ils sont très facilement brûlés, si facilement qu'ils servent à activer les phénomènes de combustion dans les tissus, comme une poignée de copeaux secs ravive un feu lent. Mais ici encore l'exagération se paie. Chez les personnes âgées il y a des limites à l'assimilation des hydrocarbures ; quand elles sont dépassées, le sucre fait son apparition dans l'urine.

On ne peut guère se passer de graisse : la nourriture mai-

gre fournit peu d'énergie. Malheureusement les graisses produisent ces résidus acides dont nous avons parlé. Nous arrivons donc à cette conclusion banale que la meilleure des nourritures est la nourriture mixte : tout parti pris est fâcheux.

Mais il est une chose que je conseille et qui n'est point une banalité. Les vieillards ne doivent pas toujours suivre la même ornière. Le corps humain a besoin de changement, car le changement est stimulant. Cela est vrai spécialement pour la nourriture. Aussi le vieillard fera-t-il bien de modifier — prudemment — ses habitudes et de chercher quelques diversions diététiques.

Tout le monde doit manger lentement et sans préoccupations. Pour bien mastiquer, les seize mouvements de mâchoire réclamés par un certain lord anglais pour chaque bouchée ne sont pas de trop. Pour l'homme qui avance en âge, cette précaution est très importante. Il doit être pourvu d'organes de mastication sur lesquels il puisse compter. Avant de se mettre à table, il doit rester tranquille pendant quelque temps, éviter la discussion de sujets sérieux et surtout les disputes. Il mangera sans trop de hâte et avec soin.

Le vieillard est privé de beaucoup de distractions extérieures. Occupons-nous seulement du côté matériel : Combien de menus incidents occupent dans une journée le travailleur actif ; chacun d'eux développe ses forces. Le vieillard évite ces obstacles : ce n'est pas entièrement à son avantage. Les exercices physiques modérés, sans excès, lui sont utiles. Ils favorisent le bon fonctionnement des vaisseaux sanguins et fortifient le cœur. Dès qu'un sujet âgé doit se livrer à de tels exercices, il lui est indispensable de s'assurer, auparavant, que son cœur n'y faillira pas.

Comme exercice, la marche est le plus recommandable ; non pas une flânerie lente sur une route unie et commode qui n'exige aucun effort et constitue tout au plus un exercice pour les jambes, mais une légère ascension, une montée sur des collines ou des escaliers. La gymnastique, des mouvements combinés peuvent remplacer la marche, comme aussi l'entraînement avec des appareils convenables.

Ces mouvements et l'emploi de tels appareils exigent des règles très strictes et une surveillance expérimentée ; autrement le sujet s'habitue à les exécuter avec la moindre dépense possible et, par conséquent, sans avantage. Il faut que ces exercices nécessitent toujours un effort pour être vraiment salutaires.

C'est le matin qu'on pratiquera avec le plus de profit — spécialement avant le petit déjeuner — les exercices de marche ou de légères ascensions. De même, les mouvements gymnastiques seront exécutés au réveil, avant le bain habituel, en costume du matin. Exécutés avec méthode, ils n'en demandent pas plus de vingt minutes.

Mais si ces exercices ne peuvent être supportés à jeun ou si, pour une raison quelconque, cette heure ne semble pas commode, on s'y adonnera environ une heure après le petit déjeuner et alors on peut y consacrer un peu plus de temps.

Outre cette gymnastique quotidienne, on doit faire une promenade de deux heures au moins, deux fois par semaine, dans l'après-midi. S'il n'y a pas de montagne dans le voisinage, on obtiendra l'effort désiré par une marche quelque peu accélérée sur une route qui présente des différences de niveau.

En ce qui concerne les bains froids, les douches et tout autre procédé hydrothérapique qui visent à aguerrir le corps, le vieillard ne doit s'y livrer qu'avec prudence et modération, surtout s'il n'en a pas l'habitude et n'est pas absolument sûr de pouvoir les supporter. Car il ne faut pas oublier que chez lui les échanges sont diminués, la chaleur organique amoindrie et que de telles pratiques pourraient parfaitement causer une perte de chaleur nuisible. Ce n'est pas sans raison que les personnes âgées recherchent le soleil et la chaleur.

---

*De la nécessité de suspendre et de varier  
les médicaments  
dans le traitement des états neurasthéniques*

---

Tout le monde sait que les malades atteints d'une variété quelconque d'asthénie sont des sujets essentiellement instables et qu'ils aiment à changer de remèdes aussi souvent que de médecin. Cette tendance instinctive au changement est-elle une simple conséquence de leur imagination, ou repose-t-elle sur un besoin réel et méconnu de leurs dispositions organiques? En un mot :

1° Pourquoi les asthéniques sont-ils instables ; 2° quel rôle joué l'instabilité, c'est-à-dire la faiblesse irritable, dans leur aptitude médicamenteuse ; 3° à quel moment faut-il cesser une médication ou un médicament ; 4° l'instabilité est-elle la même chez tous les asthéniques?

1° Les asthéniques sont instables parce que le pouvoir accumulateur de leur système nerveux est toujours diminué. On sait que les centres nerveux ont pour fonction de transformer, d'accumuler et de distribuer les énergies efficaces fournies par les opérations métaboliques. Pour des raisons que je n'ai pas à exposer ici, les centres asthéniques accumulent peu et mal ; comme un pendule trop délicat, ils oscillent sous la moindre influence d'énergie consommée ou d'énergie libérée et accusent les plus minimes variations de tension. Le fait est bien connu, encore que les interprétations diffèrent.

Ce qu'on sait moins, c'est que chaque asthénique possède un point de tension donné, toujours le même pour l'état de forces dans lequel il se trouve. Ce point de tension dépend du capital énergétique du moment et donne toujours la même somme de revenu-travail, au delà duquel c'est la fail-

lite, la crise d'asthénie. Le malade traverse ainsi des états de force successifs, ayant chacun leur point de tension déterminé, point de tension qui s'élève ou s'abaisse, selon que l'état du sujet s'améliore ou s'aggrave.

En résumé, l'instabilité, ou faiblesse irritable de l'asthénique, est faite de la diminution de son pouvoir de tension ; ce pouvoir varie avec les états de force successifs ; à chaque point de tension correspond un certain pouvoir de réaction.

2° Cette instabilité joue un rôle essentiel dans l'aptitude médicamenteuse. Il est très probable que l'action des médicaments est due, le plus souvent, à une réaction, quelquefois à une spécificité qui, sans doute, n'est elle-même qu'un mode particulier de réaction. M. Lépine a montré que les moyens médicamenteux n'ont d'autre effet que de provoquer une réaction, d'imprimer « une secousse soit à certain appareil de défense, soit à l'économie tout entière » sans nier, toutefois, l'action spécifique de certains médicaments.

Or, la capacité de résistance à l'agent médicamenteux, c'est-à-dire le pouvoir de réaction, est en rapport avec le potentiel et le point de tension. Sans énergies, pas de réaction. Il est indispensables que les énergies potentielles du malade permettent la dépense réactionnelle. M. Lépine a cité l'exemple d'un malade atteint d'anémie pernicieuse qui mourut quelques jours après avoir reçu une injection de 5 centimètres cubes d'une solution de citrate de fer à 3 %. L'injection n'était pas toxique en soi, mais le pouvoir réactionnel du malade était insuffisant. Donnez à un asthénique grave le médicament qui lui convient : il ne supportera que les doses minimales ; et cependant ces doses-là le mettront au cran de vitalité possible pour l'instant. Plus tard, quand sa vitalité sera plus élevée, il supportera des doses plus fortes. En un mot, plus il est malade et plus les doses devront être faibles ; j'en excepte certains médicaments spécifiques. La réaction médicamenteuse d'un asthénique est en rapport avec sa résistance générale, sa tension énergétique, et non avec l'intensité de la maladie.

3° On doit suspendre une médication dès qu'elle a rétabli l'équilibre fonctionnel compatible avec l'état de forces actuel du sujet, c'est-à-dire la donner jusqu'à l'effet possible dans le moment actuel. Cet équilibre obtenu, on le détruit, et pour d'autres raisons, si l'on continue la médication. Lorsqu'un asthénique vient nous dire : « Votre traitement m'a remis daplomb », notre automatisme professionnel nous pousse à lui répondre : « Continuez ! » — La réponse est le plus souvent détestable. On ne doit jamais continuer une médication qui a remis un asthénique en équilibre. Au delà de cet équilibre, c'est le surmenage thérapeutique : le médicament inhibe le faible pouvoir réactionnel de l'asthénique et ramène les accidents qu'il avait fait disparaître.

La règle est constante. La plupart des insuccès thérapeutiques viennent de ce que l'on ne sait pas cesser à temps une médication ou un médicament. Ne dites jamais à un asthénique qui se trouve bien d'un médicament : « Continuez ». Au contraire. Dès que l'asthénique dit : « Je me trouve mieux », suspendez le médicament. L'effet possible actuellement est produit. Le verbe continuer ne devrait être employé qu'à bon escient, et très rarement. Mais « suspendre » n'est pas « changer ». Il est puéril — et maladroit — de changer au gré de sa fantaisie ou pour faire plaisir au malade.

4° Si l'asthénie avait toujours la même origine, le problème thérapeutique serait relativement simple. Mais rien n'est simple en pathologie. L'asthénie a les étiologies et les pathogénies les plus diverses : elle est, je pense, « un trouble de quantité dont le trouble de qualité varie ». Depuis longtemps, M. Huchard dit avec raison qu'il y a, non une neurasthénie, mais des états neurasthéniques.

Afin de faciliter autant que possible la classification, j'ai divisé les asthénies en trois catégories générales (sans préjudice des catégories spéciales).

a) Asthénies par épuisement : avec usure chimique : du glycogène, des réserves graisseuses, des minéraux, des subs-



lances azotées ; intoxication ; et désagrégation anatomique possible ;

b) Asthénies par *insuffisance* : état constitutionnel ou acquis, somatique, variant de l'état fonctionnel le plus léger à la destruction anatomique ;

c) Par *inhibition* (asthénies *secondaires*) : obstacle occasionnel apporté aux transformations qui libèrent l'énergie.

Les règles thérapeutiques que je viens d'énoncer s'appliquent surtout aux *insuffisants*, véritables asthéniques, « neurasthéniques héréditaires » de Charcot et de Raymond. Chez eux, le potentiel peut être si faible qu'il se ramène parfois à une quantité prodigieusement minime ; leur pouvoir de réaction est donc d'autant plus restreint que le potentiel est plus réduit, et toute médication doit être proportionnée à ce pouvoir de réaction. La thérapeutique de ces états asthéniques étant surtout une œuvre d'équilibre, on apprendra à suspendre les médications ou les médicaments, à les reprendre ou à les varier selon le pouvoir de réaction de chaque sujet. Plus l'asthénie est forte, plus les doses seront faibles (exception faite de rares médicaments spécifiques), et plus courtes, les périodes médicamenteuses. Ces malades sont incapables de subir un entraînement quelconque : ce sont des aphoriques (de *o et p*, entraînement) ; c'est là un stigmate de l'asthénie par insuffisance. Aux insuffisants, et par conséquent à leurs médecins, le verbe continuer est presque toujours néfaste.

Il n'en est pas tout à fait de même chez les *épuisés* et les *inhibés*. Quand l'épuisement frappe un être normal — sans aller jusqu'à la phase anatomique — les doses peuvent être plus volontiers prolongées, parce que le sujet possède un organisme apte à reproduire rapidement l'énergie perdue. Mais, si l'épuisé était préalable un insuffisant — et le cas est très fréquent — il est clair que c'est la thérapeutique de l'insuffisance qui doit être appliquée. Quand il y a inhibition ou asthénie secondaire, les doses peuvent être plus longtemps continuées, surtout si l'on sait, par de judicieux lavages, augmenter la réceptivité médicamenteuse, comme l'a recommandé M. Huchard.

En résumé, toute médication doit être proportionnée au pouvoir de réaction individuel, à la résistance actuelle du sujet; la résistance individuelle variant selon les états de force actuels par où passe un asthénique. Et il faut suspendre une médication dès qu'elle a ramené l'équilibre fonctionnel possible dans l'état de force actuel du sujet. Au delà, c'est le surmenage thérapeutique.

D<sup>r</sup> Albert DESCHAMPS.

---

## Les dangers de l'otorrhée

PAR M. LE DOCTEUR BROCA

---

Une fillette de quinze ans, atteinte d'otorrhée ancienne (depuis sept ans), a eu, en août dernier, un premier gonflement mastoïdien qui se dissipa peu à peu pour reparaitre bientôt en une masse fluctuante derrière l'oreille. Il y a de la fièvre (T. 39), des douleurs vives, du délire, une paralysie du facial. La simple pression de la masse fluctuante la fait éclater et le pus s'écoule par un pertuis étroit qui s'est créé spontanément.

Il n'y a pas d'hésitation sur la conduite. Il faut trépaner et tout de suite. Sinon des accidents très graves sont à redouter. Il y a quelques jours succombait dans le service un enfant atteint d'une vieille otorrhée. La thrombose des sinus avait fait suite et il était trop tard pour y porter remède.

Dans les otites aiguës, on peut attendre. Un gonflement de la mastoïde peut très bien céder après la paracentèse du

tympa et le drainage de la caisse. Il en va autrement dans les otites chroniques. Ici, les lésions sont plus graves, le conduit auditif s'est oblitéré plus ou moins sous des lésions d'ostéite éburnante et proliférante. L'écoulement du pus devient difficile par le conduit auditif externe. Il a tendance à fuser vers l'intérieur. En sorte que les mastoïdites une fois établies se prolongent indéfiniment.

Pour obtenir la guérison, il faut une double intervention : à la fois la trépanation de la mastoïde et aussi la réfection du conduit auditif dont il faut faire sauter les parois épaissies. Chez cette petite malade, il y avait paralysie faciale par compression, cette paralysie guérira. A supposer même que le nerf ait été touché au cours de l'intervention, un pareil accident importe peu. Chez les enfants, les paralysies faciales d'origine otique arrivent toujours à guérir à la longue et spontanément.

---

*Notre temps présent deviendra à son tour le passé ;  
et il arrivera une époque où toute notre science paraîtra  
petite. Ce que Sénèque a dit de son siècle, nous pou-  
vons le répéter du nôtre : la postérité s'étonnera que  
nous ayons ignoré tant de choses. Nos volumes, tout  
grossis par la science contemporaine, se réduiront à  
quelques lignes durables qui iront former le fond des  
livres nouveaux.*

---

## SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

- Société Médicale de Montréal**  
*Président* : M. A. Lesage. *Secrétaire* : M. B. G. Bourgeois, 797, St-Denis.  
 Séances régulières : le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup> mardi de chaque mois, d'octobre à juin.
- Société Médicale de Québec**  
*Président* : M. D. Brochu. *Secrétaire* : M. J. Dorion, Québec.
- Montreal Medico-Chirurgical Society**  
*Président* : M. Wesley Mills. *Secrétaire* : M. A. H. Gordon, 125, r. Hutchison  
 Séances régulières le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup> mardi de chaque mois, le vendredi soir.
- Société Médicale de Shefford**  
*Président* : M. J. A. E. Brun, *Secrétaire* : M. A. Lessard, Granby, Co. de  
 (de West Shefford. Séances régulières : deux fois par année. (Shefford P. Q)
- Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean.**  
*Président* : M. Poliquin. *Secrétaire* : M. A. Riverin, Chicoutimi.
- Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette.**  
*Président* : M. C. Bernard. *Secrétaire* : M. A. Laurendeau, St-Gabriel-de-  
 (Brandon.
- Société Médicale du District d'Ottawa.**  
*Président* : M. Aubry. *Secrétaire* : M. J. E. D'Amour, Rapineauville.
- Société Médicale du Comté de Wolfe.**  
*Président* : M. Thibault. *Secrétaire* : M. A. Pelletier, St-Camille.  
 Séances régulières : le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup> mardi de chaque mois, juin, septembre et décembre
- Société Médicale des Comtés de Seance et Dorchester.**  
*Président* : M. Fortier. *Secrétaire* : M. L. M. Duché, Seanceville.  
 Séances régulières : mars, juin, septembre, décembre.
- Société Médicale de Rimouski.**  
*Président* : M. Fisel. *Secrétaire* : J. Gauvreau, Rimouski.
- Société Médicale de St-Hyacinthe**  
*Président* : M. Turcot. *Secrétaire* : M. Beaudry, de St-Hyacinthe.
- Association Médicale du Comté de Portneuf.**  
*Président* : M. Roussseau. *Secrétaire* : M. G. Paquin, Portneuf.  
 Séances régulières : mars, juin, septembre, décembre.
- Société Médicale de Trois-Rivières.**  
*Président* : M. De Blois. *Secrétaire* : M. O. Tourigny, Trois-Rivières.
- Société Médicale de Valleyfield.**  
*Président* : M. Ostigny. *Secrétaire* :
- Association Médicale du District d'Arthabaska.**  
*Président* : M. Belleau. *Secrétaire* : M. O. E. Desjardins, de Lyster, Co,  
 Séances régulières : janvier, mars, septembre. (d'Arthabaska.)
- Société Médicale du Comté de Terrebonne.**  
*Président* : M. Grignon. *Secrétaire* : M. H. Prevost, St-Jérôme.
- Société Médicale de Montmagny.**  
*Président* : M. Gosselin. *Secrétaire* : M. Paradis, Montmagny.
- Société Médicale du Comté de Champlain.**  
*Président* : M. Trudel. *Secrétaire* : M. Bellemare, St-Narcisse.
- Société Médicale du District de St-François (Sherbrooke).**  
*Président* : *Secrétaire* :
- Société Médicale de St-Jean (Iberville).**  
*Président* : M. Moreau. *Secrétaire* : M. Duval (St-Jean-d'Iberville).
- Société Médicale du Comté de Maskinongé,**  
*Président* : M. L. A. Plante. *Secrétaire* : M. Dubamel.
- Association Médicale C. F. de Manitoba.**  
*Président* : M. J. M. O. Lambert. *Secrétaire* : M. G. A. Dubuc, St-Boniface, Man
- Association Médicale de l'Ouest de Montréal.**  
*Président* : M. E. G. Asselin. *Secrétaire* : M. Aumont, St-Henri.
- Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord**  
*Président* : M. Arthur Simard, Québec. *Secrétaire* : M. Pâquet.  
 Se réunit tous les deux ans. Prochaine réunion en août 1908. à Québec.
- Canadian Medical Association.**  
*Président* : Dr. Montizambert, d'Ottawa. *Secrétaire* : M. Elliott, Toronto  
 Réunion annuelle : en 1908, à awa.

# Les intérêts professionnels

---

## L'Esprit scientifique, l'Hygiène, la Médecine mentale et légale (1)

---

*" Le Montréal-Médical " est un organe libre où chacun peut exprimer son opinion sous sa responsabilité*

---

(Suite)

Messieurs et chers confrères,

Au cours de l'enseignement universitaire, l'on n'insiste pas assez pour démontrer aux étudiants que le diplôme ne décerne pas un certificat de connaissances complètes et universelles de notre art, mais bien plutôt une somme de connaissances suffisantes, pour comprendre les éléments de la science médicale, qu'il faudra ensuite sans cesse continuer à étudier. Le malheur est, qu'un bon nombre se croient armés pour la vie ; ceux-là deviennent des routiniers ; d'autres s'imaginent qu'ils en savent assez pour exercer à la campagne, tandis que c'est justement là, où la plus grande somme, la plus grande variété de connaissances sont nécessaires, car dans les cités où la profession se spécialise, le champ de chacun à explorer est plus limité, partant moins ardu. Combien de beaux talents j'ai vus ainsi en jachère, à cause de cette fausse sécurité, de ce manque d'ambition, ou étiolés par l'éloignement des contacts stimulants. Depuis

---

(1) Discours prononcé à Québec 21 juillet 1908 au 4<sup>e</sup> Congrès des Médecins de la langue française de l'Amérique du nord, par M. le docteur LAURENDEAU, président de la section.

quelques années cependant, sous l'impulsion d'intérêts matériels plutôt que scientifiques, je dois l'avouer, il s'est créé un bon nombre d'associations régionales. Ces syndicats ont déjà rendu des services appréciables à la profession ; mais je constate que l'apathie de la grande majorité de nos médecins, pour l'étude des questions scientifiques, est cause que ces sociétés médicales périssent dès que les principales questions d'ordre matériel sont réglées. Au reste, j'aurai plus loin l'occasion de parler de ces associations médicales.

A part ce défaut fondamental, ce vice rédhibitoire en quelque sorte de notre instruction universitaire, il y aurait encore place à plusieurs réformes. Sans doute que nous n'atteindrons jamais la perfection, pas même l'idéal en ces matières d'instruction, car comme le dit si bien Büchner : « La perfection serait le glas de l'humanité. » Mais nous devons viser vers ce but, car il en est du progrès intellectuel comme du progrès matériel : l'intelligence, toujours en mouvement, recule quand elle n'avance pas.

Autrefois, de mon temps même, les professeurs se rendaient à l'école de médecine, se succédaient dans la chaire théorique à la queue leu leu, et se contentaient de nous bramer des formules abstraites, des dissertations théoriques. Aujourd'hui encore, notre enseignement est quelque peu suranné, mais je n'insiste pas sur ce point, car d'autres voix plus autorisées peut-être que la mienne ont démontré ce vice, dont l'origine remonte très loin, comme je l'ai dit plus haut. J'avoue cependant qu'il faut faire la part du peu de ressources à la disposition de notre Faculté médicale, car l'on ne peut donner un enseignement pratique à moins d'avoir des laboratoires bien outillés, une instrumentation bien fournie.

D'autre part, le personnel enseignant n'est pas, en partie du moins, à la hauteur de sa mission ; cela tient à un vice constitutionnel de notre Université. Actuellement, ce ne sont pas toujours les plus beaux talents, les plus méritants, les plus instruits, les mieux doués, qui ont accès au cénacle de la corporation, à cause du contrôle exercé sur ces nominations par des autorités en dehors de la profession, de la

Faculté, de l'Université même. Nos facultés médicales catholiques ne jouissent pas de leur autonomie, et je crois que la tutelle qu'on leur impose est préjudiciable à leur organisation scientifique.

D'autre part, leur réglementation aurait aussi besoin de modifications en certains détails. Ainsi, il devrait y avoir une limite d'âge imposée aux professeurs : les plus belles intelligences s'atrophient dans la vieillesse.

Laissez-moi vous dire maintenant, Messieurs, que les critiques que je viens de faire ne sont pas le fait d'une hostilité systématique contre notre organisation universitaire, ce sont des avis plutôt bienveillants ; c'est, je crois, la direction que devront suivre nos universités dans leur évolution, si elles veulent atteindre à la hauteur de l'enseignement moderne ; et nul plus que moi ne désirerait voir nos facultés médicales briller dans la lutte mondiale pacifique de la science.

Ces lacunes et cette fausse direction de notre enseignement préparatoire et de notre enseignement stagiaire pèsent tout le long de notre vie sur notre carrière de médecin. N'ayant pas saisi l'importance, la prééminence en quelque sorte du côté pratique, positif de l'art médical, la plupart d'entre nous demeurent toujours des praticiens platoniques ; j'en connais même qui ont perdu la foi... dans la médecine. Tous, nous savons que le tétanos est le fait du microbe de Nicolaïer, que la dothiéntérie est causée par le bacille d'Eberth, la tuberculose par le bacille de Koch, la diphtérie par le bacille de Loeffler, la gonorrhée par le gonocoque, la pneumonie par le pneumocoque, etc., etc., que les trois quarts des maladies, des affections sont microbiennes, et cependant je parierais que, dans notre province, pas un médecin sur cinquante ne possède un microscope et les accessoires nécessaires pour rechercher ces bacilles, ces microbes. Aussi, hors un petit groupe d'élite composé de ceux qui ont eu l'énergie d'étudier, de rompre avec notre funeste tradition et surtout de ceux qui ont eu l'avantage d'aller à l'étranger, à Paris, à Berlin ou à Londres, parfaire leurs études, il est triste de constater combien le reste est

apathique, routinier, terre à terre et, permettez-moi de dire le mot, ignorant.

Depuis quelques années cependant, il s'est dessiné un mouvement de concentration intellectuelle, scientifique et matérielle, en plusieurs endroits. De nombreuses sociétés médicales ont surgi aux chefs-lieux de la plupart de nos districts ; mais pour quelques-unes, dès que les questions de tarif, de déontologie furent réglées, elles s'étiolèrent et moururent d'inanition : elles ne purent s'alimenter de science médicale. Et pourquoi ?

J'ai démontré plus haut que les causes de cette apathie résident dans la direction erronée que l'on donne à nos études préparatoires, puis à notre instruction universitaire. Habitué que nous sommes à donner la prépondérance aux études théoriques, nous passons les premières années de notre vie professionnelle à fouiller nos bouquins d'étudiants, à graver ces classiques dans nos cerveaux ; puis, comme ces études abstraites et souvent sans applications réelles finissent par fatiguer, nous nous confignons dans l'exercice routinier d'un petit bagage de connaissances pratiques très superficielles. Et comment voulez-vous que des médecins ayant une telle préparation, une telle formation intellectuelle, puissent faire des observations et des travaux scientifiques ? En fait, ils finissent par ne plus prendre aucun intérêt à ce qui dépasse leur horizon quotidien. Telle est, Messieurs, la cause de la décadence de nos sociétés médicales. Ce qui fait que dans Québec, et à Montréal surtout, les sociétés médicales prospèrent, c'est que, dans ces villes, la nouvelle génération compte un bon nombre d'unités qui sont allées à l'étranger, et y ont réformé leur mentalité. De Paris, de Berlin, de Londres, etc., ceux-là ont rapporté les véritables méthodes pratiques de travail, et l'enthousiasme de la science.

Une autre cause d'émulation dans les grands centres est la spécialisation. En fractionnant la science, l'on en provoque l'étude plus détaillée, plus approfondie. Mais quelquefois, le spécialiste s'absorbe trop dans les détails et finit par devenir scientifiquement myope. Il ne faudrait pas oublier ce bon conseil d'Albaran : « Les spécialistes devront



être assez médecins pour comprendre les questions de science pure, et assez chirurgiens pour exécuter habilement des indications opératoires. » Ne nous exposons point aux reproches qu'Anatole France décerne à ses érudits dans le « Jardin d'Epicure » : « Il ne faut jamais demander à un savant les secrets de l'univers qui ne sont point dans sa vitrine. »

Et maintenant, Messieurs, je ne puis clore cette première partie de mon discours sans vous parler d'intérêts beaucoup plus immédiats, mais moins contestés que ceux traités jusqu'à présent. Toute la profession reconnaît que notre acte médical est imparfait et a grandement besoin de modifications, de réformes. Nous voudrions contrôler l'entrée de notre Corporation, par la création d'un Bureau provincial d'examineurs ; nous désirerions la création d'un Conseil de discipline, à l'instar des autres professions libérales ; nous croyons que le curriculum des études devrait être porté à cinq années ; nous aimerions avoir des lois plus sévères au sujet de l'exercice illégal de la médecine, contre les charlatans, les rebouteurs, etc., etc., toutes choses que je ne ferai que mentionner sommairement, parce qu'elles sont connues et voulues par tous les membres du Collège des médecins. Le Comité de législation du Bureau des gouverneurs a pris les moyens, espérons-le, de forcer la députation à nous rendre justice, en faisant entrer ces questions vitales dans la politique active en quelque sorte.

Il me fait plaisir enfin de constater que les vœux exprimés par le dernier Congrès au sujet du tarif des Compagnies d'assurances, pour leurs examens médicaux, ont été entendus par la plupart d'entre elles, et que, actuellement, toutes les Compagnies qui ont quelque importance reconnaissent la valeur des services rendus par le médecin en lui accordant un tarif raisonnablement rémunérateur.

Messieurs, je crois que quand la médecine aura atteint ses derniers perfectionnements, elle ne consistera guère plus que dans la science de l'hygiène. Il n'y a aucun doute que les limites de la pathologie, de la chirurgie, iront se rétrécissant, à mesure que l'hygiène progressera. Quand nous

connaitrons bien toutes les maladies, dans leur étiologie, leur généalogie, il suffira d'observer des règles préventives ou hygiéniques, pour prémunir l'humanité contre les maux qui l'assaillent actuellement. Le passé, pourtant court de la science de l'hygiène, est le garant de ses progrès futurs ; et les efforts des savants doivent tendre vers le but que je viens de désigner, car je crois qu'un pas en avant de la part de l'hygiène fait plus pour l'intérêt des hommes qu'un saut de toutes les autres branches de l'art médical. En effet, quoique moins frappants, moins éblouissants que les succès de la pathologie ou de la chirurgie, ses bénéfices sont pourtant plus réels, plus immédiats. Il est beau de combattre des affections, de guérir des maladies, de triompher parfois même de la mort ; mais il est plus beau et surtout plus économique d'éviter ces maux, tel est le but que l'hygiène vise, sans relâche. Comment y parviendra-t-elle ? Pour atteindre cet idéal, elle doit agir sur deux objets : 1° sur l'individu ; 2° sur le milieu. En généralisant son premier objet : l'individu, elle se préoccupe de l'hygiène de la collectivité ; puis, dans l'un et l'autre cas, elle fortifie, aguerrit, immunise l'économie contre les maladies, la préserve contre la contagion, l'intoxication ; puis impose des mesures générales de quarantaine, d'isolement, de désinfection, etc. Pour ce qui concerne le milieu, elle régit l'alimentation, l'habitation, le vêtement, etc.

Dans toute bonne organisation sociale, elle dispose de deux leviers pour s'imposer au public : l'école et la loi. Eh bien ! Messieurs, dans notre province, malgré les efforts d'hommes dévoués, nous ne sommes pas à la hauteur des données scientifiques actuelles. A part l'entraînement technique qui manque à la plupart de ceux qui dirigent nos destinées hygiéniques, la division, le morcellement des pouvoirs, sont certainement des causes qui retardent le progrès de cette science, dans son application à notre peuple. Ce qui devrait être sous l'autorité d'un seul gouvernement est, de fait, sous le contrôle des gouvernements locaux et fédéraux.

Quelquefois même, il survient des incertitudes, des conflits d'autorité ; et s'il n'y avait pour nous l'intérêt supérieur

de la conservation de notre race, de notre langue, les intérêts de l'hygiène, comme tous nos intérêts professionnels du reste, seraient beaucoup mieux sauvegardés par la création d'un pouvoir central unique pour tout le Dominion. Ainsi, vous savez que l'organisation de nos bureaux d'hygiène locaux est régie par le gouvernement de Québec; d'autre part, toute la profession médicale du Canada, par son organe le plus autorisé, *L'Association Médicale Canadienne*, fait, depuis plusieurs années, des instances auprès du gouvernement fédéral pour que celui-ci crée un « département d'hygiène publique » indépendant, sous le contrôle du Ministre de l'Agriculture ou de l'un des autres ministres. Cette centralisation des choses d'hygiène d'ordre général est absolument nécessaire, indispensable, si l'on considère qu'actuellement les Ministères de l'Agriculture, de l'Intérieur, de la Marine, du Revenu, se partagent les attributions que détient le Gouvernement fédéral. Aussi, combien de plaintes motivées se font entendre quotidiennement au sujet des quarantaines, de l'hygiène vétérinaire, de l'immigration, de l'adultération des aliments, des drogues, etc., etc.

Si maintenant nous rétrécissons le champ sur lequel nous venons de jeter un coup d'œil, pour le porter sur notre province, nous éprouvons un sentiment de satisfaction, en constatant l'effort fait, le résultat obtenu, au sujet de l'organisation et de l'application des lois sanitaires. Permettez-moi, Messieurs, de payer, au nom de la profession, un tribut de reconnaissance à M. le Dr E. P. Lachapelle, à qui nous sommes redevables du meilleur de nos lois sanitaires. Et encore actuellement, avec un zèle inlassable, le digne président du Conseil d'hygiène emploie toute son énergie à mettre notre province au niveau des pays les plus avancés. Mais le travail d'un seul homme, quelles que soient sa compétence, sa volonté, ses aptitudes, ne suffit pas à imposer, à étendre des mesures de cette envergure; il faut que tous les corps médicaux concourent à cette œuvre utilitaire. C'est ce que nos Sociétés médicales, de même que nos Congrès, ont bien compris. A chacune de nos réunions, nous avons adopté des résolutions, des vœux, indiquant aux pouvoirs publics

la direction à suivre dans la prophylaxie de la tuberculose, de l'alcoolisme, des maladies contagieuses, etc. C'est là l'un des côtés pratiques de nos réunions biennales.

Si maintenant, Messieurs, nous jetons un coup d'œil sur l'avenir, et si nous cherchons à pénétrer l'œuvre future de cette branche supérieure de la médecine, nous serons étonnés du chemin qu'il lui reste à parcourir ; et peut-être éprouverons-nous un sentiment de lassitude en scrutant, en déroulant l'œuvre à accomplir.

En exposant les détails des réformes que l'hygiène accomplira, suivant mon opinion, il est possible que je me fasse la réputation de révolutionnaire ; au reste, j'ai déjà celle de radical. Mais, en tout cas, rappelez-vous que les révolutions ne sont que des évolutions subites et que l'évolution est la nécessité de l'univers.

Ainsi, si nous envisageons la terrible trinité dont souffrent tous les peuples : la tuberculose, l'alcoolisme et la syphilis, nous ne parviendrons à nous affranchir du joug de ces hydres, que le jour où : 1° les tuberculeux à lésions ouvertes seront isolés ; 2° lorsque la prohibition légale de la fabrication et du trafic des boissons alcooliques distillées sera imposée à tout le Dominion ; et enfin 3° lorsque la prostitution sera réglementée, la déclaration aux autorités, obligatoire, au même titre que les autres maladies contagieuses et le syphilitique marqué d'un signe indélébile, avec interdiction de procréer. Aux grands maux les grands remèdes ; et toutes autres mesures que celles que je viens de préconiser ne seront que palliatives : tel le combat actuel qui n'est qu'un éternel recommencement contre ces trois sombres divinités pathologiques.

Dans un autre ordre d'idées et de faits moins importants, tout dernièrement, j'ai été, à l'occasion de la construction d'une église nouvelle dans mon village, très étonné de constater que les lois sanitaires étaient muettes au sujet de l'hygiène des temples religieux. J'ai cherché à me renseigner auprès du Conseil provincial d'hygiène sur les causes de cette omission, et l'on m'a fait savoir que l'on n'avait pas osé légiférer sur ce sujet, par crainte de certaines influences

occultes et hostiles. Au reçu de cette réponse, je demeurai songeur ; je me rappelai que tout à fait à l'origine, l'hygiène fut d'abord sous le contrôle des religions et des prêtres, comme toute la médecine d'ailleurs : témoins les ordonnances des prêtres égyptiens, les prescriptions de Moïse, de Mahomet, etc. Est-ce que, par hasard, le fait d'avoir dominé l'hygiène pendant des siècles, empêcherait actuellement les églises de se soumettre à ses lois ? Il semblerait que, si l'hygiène a secoué le joug de la théocratie, elle n'a pu encore asservir la construction et l'entretien des édifices religieux sous ses lois. Dans ces circonstances, il ne vous reste, Messieurs et Confrères, vous qui êtes les représentants autorisés de cette branche de notre art, il ne vous reste, dis-je, qu'à vous faire nommer syndic par le peuple, lors de toute construction nouvelle, afin de pouvoir prendre le contrôle, la direction des plans et devis, dans l'intérêt du grand public qui fréquente nos temples religieux. Je connais des médecins qui, par esprit public, ont bien voulu accepter cette charge onéreuse, dans le seul but de convaincre nos concitoyens qui, du reste, ont l'esprit très ouvert à cet endroit, que les intérêts de la santé doivent primer ceux du luxe, de la prodigalité. Je ne crois pas exagérer en affirmant que les trois quarts de nos églises pèchent contre les données les plus élémentaires de l'hygiène, par le manque complet d'aération et par les défauts des parquets, véritables nids à culture microbienne, et dont la matière, du bois généralement, fournit une abondante moisson de poussière.

Je ne puis mentionner par le détail toutes les réformes sanitaires que cette science bien comprise exige, et que l'avenir nous réserve, car il serait oiseux, dans le discours d'ouverture de cette section, d'étudier ces réformes par le menu ; mais permettez-moi de faire un souhait et je voudrais que ce souhait ou plutôt ce vœu fût entendu de tous mes compatriotes : je désirerais que l'enseignement de l'hygiène fût partie du programme des études primaires et secondaires. A quoi peut servir de connaître toutes les sciences, si l'on ignore celle qui conserve la santé. Et c'est surtout dans le jeune âge, lorsque le cerveau est le plus impres-

sionnable, que les impressions se gravent le plus profondément, qu'il faut enseigner à nos enfants comment l'on doit boire, manger, se vêtir, se loger, travailler, s'amuser, pour bien vivre et vivre longuement. C'est là, l'une des nombreuses réformes qui s'imposent à notre système d'éducation.

(A suivre.)

---

*Ne dites jamais d'un client qu'il est perdu avant qu'il ne soit mort.*

---

*Méfiez-vous des clients qui vous comblent d'éloges ; ce sont les moins fidèles.*

---

# Nouvelles

---

**Congrès international de la tuberculose.** — L'inauguration de ce Congrès a eu lieu sous la présidence de M. Corfelyou, représentant le président Roosevelt, qui a souhaité la bienvenue aux savants du monde et aux diplomates présents. Les présidents honoraires du Congrès sont MM. Landouzy, Koch, Trudeau et Williams.

---

**XXI<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie** (du 5 au 10 Octobre 1908, à Paris). — Ordre des séances du Congrès : Lundi 5 Octobre, à 2 heures. — Séance d'inauguration dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Discours de M. le professeur ÉMILE FORCET, correspondant national de l'Académie de médecine, président du Congrès.

---

Mercredi, 30 Septembre, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, a eu lieu la séance d'inauguration du I<sup>er</sup> Congrès international d'Urologie, sous la présidence de M. le Ministre de l'Instruction publique.

M. le professeur GUYON, en quelques mots, ouverts d'applaudissements, montre l'utilité des Congrès et spécialement des Congrès internationaux.

M. le professeur ISRAEL, de Berlin, en termes élevés, rend hommage au professeur Guyon qui a créé, pour ainsi dire, l'Urologie. Tous les urologues du monde entier sont fiers de se proclamer les élèves d'un tel maître.

On sait que c'est aux États-Unis qu'a commencé le mouvement qui tend à affirmer que les huîtres sont dangereuses au point de vue de la contagion de la fièvre typhoïde. Le fait est qu'à San Francisco ces mollusques sont souvent cause d'empoisonnements par les ptomaines : mais ces huîtres viennent des bancs de la baie de San-Francisco.

---

Savez-vous comment on fait un œuf?

Pour faire le jaune on prend de la farine de maïs, de l'amidon et de l'huile ; on en fait une pâte à laquelle une machine particulière donne une forme ronde.

Dans un autre compartiment le jaune est entouré d'albumine végétale qui fait le blanc de l'œuf ; cette opération terminée on entoure l'œuf d'une pellicule, c'est-à-dire une peau ; enfin une dernière machine le recouvre d'une écaille de gypse et de plâtre qui lui forme une coque épaisse.

---

*Dans une œuvre d'éducation il n'est pas suffisant d'éclairer l'esprit ; ce qu'il faut aussi c'est former le caractère, le pétrir, l'incliner, le mouler et le fixer à des habitudes bonnes et sociables par un long, pénible et patient dressage.*