

L'UNION MEDICALE

DU CANADA

TOME XXXII

1903

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT.

L'Union Médicale du Canada paraît à la fin de chaque mois par fascicules de 64 pages formant, chaque année, un volume de 800 pages environ.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour le Canada et les Etats-Unis, - - -	\$2.00
Pour les pays faisant partie de l'Union Postale (Etranger) - - - - -	2.50
Etudiants - - - - -	1.00

Payable strictement d'avance par mandat-poste ou autrement.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco* à M. le docteur **LESAGE**, 266 St-Denis. Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé *franco* à M. le docteur **HERVIEUX**, 184 St-Denis, ou Boite Postale No 2189.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine, Chirurgie,
Obstétrique, Pédiatrie, Thérapeutique, Hygiène.

LA PLUS ANCIENNE REVUE MEDICALE FRANCAISE
AU CANADA.

FONDÉE EN 1871.

TOME XXXII.

Contenant les travaux de MM.

AUSSET, BENOIT, BANNAIRE, BOULET, BROCHU, CHAGNON, CORMIER, DÉCARIE,
DESROCHES, DOLORIS, DUBÉ, FOLET, FOUCHER, GAUDIER, LABERGE,
LESAGE, LESSARD, MARIEN, MARTIN, MERCIER, A., MERCIER, O. F.
MONOD, NADEAU, PANNETON, PRÉVOST (Ottawa), RICHER, ROTTOT, ST-JACQUES,
TROUSSEAU, VALIN, VAQUEZ, VILLENEUVE, VULPIUS.

1903

MONTREAL,

LIBRAIRIE BEAUCHEMIN (à responsabilité limitée.)

—
1903

DIRECTEURS :

MESSIEURS LES DOCTEURS

- Boulet**, Médecin en chef des services d'Ophtalmologie, de Rhinologie, d'Otologie et de Laryngologie de l'Institut Ophtalmique. Membre du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- Dubé**, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval.
- Hervieux**, Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- LeSage**, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université-Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame, Secrétaire de la rédaction.
- De Lotbinière-Harwood**, Professeur agrégé à l'Université Laval, Gynécologue à l'Hôpital Notre-Dame.
- Marien**, Professeur agrégé, chargé de cours, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATEURS :

MESSIEURS LES DOCTEURS

- Asselin**, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- Benoit**, suppléant à la chaire de Pathologie interne, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.
- Bernier**, Agrégé, chargé du cours de Bactériologie, Pathologiste à l'Hôpital Notre-Dame.
- Boucher**, Agrégé, Démonstrateur au Laboratoire d'Histologie.
- Chagnon**, Agrégé, Médecin aliéniste, chargé de la clinique des maladies nerveuses à l'Hôpital Notre-Dame.
- Cléroux**, Agrégé, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- Daigle**, Agrégé, Médecin Pathologiste à l'Hôtel-Dieu et à la Maternité.
- Décario**, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Secrétaire de la Société Médicale.
- De Cotret**, Professeur suppléant d'Obstétrique, Accoucheur de la Maternité.
- Duhamel**, Agrégé, Médecin à la Clinique d'Ophtalmologie, de Rhinologie d'Otologie et de Laryngologie de l'Hôtel-Dieu.
- Fournier**, Agrégé, Médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame.
- Foucher**, Professeur à l'Université Laval, Médecin en Chef de la Clinique d'Ophtalmologie, de Rhinologie, d'Otologie, et de Laryngologie de l'Hôpital Notre-Dame.
- Joyal**, ancien agrégé à l'Université-Laval.
- Laberge**, Médecin en Chef à l'Hôpital des maladies contagieuses de Montréal.
- Lachapelle (E. P.)**, chevalier de la Légion d'Honneur, Président du Conseil d'Hygiène provincial, Président du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, Professeur d'Hygiène et de Déontologie à l'Université Laval.
- Lachapelle (S.)**, Professeur de Pathologie générale et de Pédiatrie.
- Larin**, Agrégé, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- Legueu**, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux.
- Mercier (Oscar)**, Professeur de Clinique chirurgicale, Chirurgien en Chef de l'Hôpital Notre-Dame.
- Mercier (Alph.)**, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Assistant Pathologiste à l'Hôpital Notre-Dame.
- Monod**, Ancien interne lauréat des Hôpitaux de Paris, ancien prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, lauréat de la Société de Chirurgie de Paris.
- Parizeau**, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur de Chirurgie à l'Université Laval, Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.
- Saint-Jacques**, Agrégé, Chargé du cours d'Anatomie Pathologique, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- Trousseau**, Médecin à l'Hôpital des Quinze-Vingt, à Paris.
- Valin**, Professeur suppléant d'Hygiène, Chef de la Clinique de Dermatologie de l'Hôpital Notre-Dame.
- Villeneuve**, Professeur suppléant de Médecine légale et de Toxicologie, Médecin Aliéniste, Surintendant Médical de l'Asile St-Jean de Dieu.

Administrateur :

1902 = 1903

— —
DESIDERATA
— —

Au seuil de l'an nouveau l'*Union Médicale* adresse à tous l'expression de ses meilleurs souhaits.

Nous fondons l'espoir que l'influence grandissante du médecin dans les différentes couches sociales contribuera à relever de plus en plus le prestige de la profession médicale toute entière en donnant au public le spectacle éloquent d'une solidarité parfaite et constante: soit dans la diffusion des idées scientifiques contemporaines; soit dans les luttes incessantes contre les préjugés séculaires qui ont accompagné l'évolution de la médecine de tous les temps, et qui entravent singulièrement les progrès d'une science essentiellement perfectible.

Si nous jetons un coup d'œil rapide sur l'année qui vient de s'écouler, et si nous la comparons aux années précédentes, nous voyons que la médecine de cette province est entrée dans une ère nouvelle.

A la conception étroite d'intérêts scientifiques purement locaux, telle qu'énoncée au début de l'existence de nos sociétés médicales de tous lieux, a succédé, peu à peu, celle plus large et plus féconde d'intérêts généraux et d'efforts communs dont la synthèse apparaît, nette, précise et durable, dans l'œuvre de l'*Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord*.

L'idée d'une grande confédération laurentienne était à peine née que, déjà, elle recevait, de toute part, l'accueil le plus favorable. On eut dit que les esprits médicaux attendaient avec impatience le moment propice à l'éclosion de ce magnifique projet, alors que l'élan en fut tout de spontanéité. C'était un signe des temps! Nous recueillions, en un jour, le fruit du travail persévérant de nos sociétés médicales respectives dont l'effort généreux et sincère avait réussi à élargir les horizons en abattant, autour de chacun de nous, ces petites murailles de Chine qui cachaient aux plus avisés l'ex-

istence et le travail effectif d'alliés animés des plus nobles ambitions.

Depuis ce temps, l'union de tous les districts s'est concentrée dans une seule et même confédération dont le premier Congrès a valu à son digne président, à part les joies intimes d'un succès sans précédent, l'honneur d'une décoration académique enviée, qui atteste au plus haut point que l'œuvre est éminemment scientifique et humanitaire, et que le but en doit être poursuivi.

L'Union Médicale s'estime heureuse d'avoir contribué de son humble part dans cette édification nouvelle, car elle a, ainsi, rempli un article important du programme qu'elle s'était tracé au début de l'année dernière. (1)

* * *

Mais, comme partout ailleurs, l'année qui commence offre, à résoudre, de nouveaux problèmes dont la solution intéresse au plus haut degré les médecins de tout âge et de tout rang.

La mesure, passée par le Collège des Médecins et Chirurgiens de cette province, exigeant de tout candidat à l'étude de la médecine *un certificat d'études complètes dans un collège classique ou son équivalent*, recevra notre appui le plus ferme.

Si l'on a pu croire, à une époque de dissensions très vives que tout conduit à la médecine, il est juste d'ajouter que tout médecin n'est pas toujours suffisamment préparé à remplir dans la société les fonctions qui lui sont dévolues. En effet, il faut bien savoir que la médecine exige non seulement des connaissances scientifiques étendues mais aussi une finesse d'observation sans cesse en éveil. C'est de tradition médicale, car les Grecs ont toujours considéré la médecine comme dépendant à la fois des sciences naturelles et des sciences morales: *mens sana in corpore sano*.

De nos jours, la conception reste identique car la médecine tend à devenir, de plus en plus, une science d'encyclopédie; mais on veut, dans certains milieux, en changer la for-

(1) Voir *L'UNION MÉDICALE*, janvier 1902. — " Lettre aux lecteurs "

mule: la réduire à sa plus simple expression. On s'accorde généralement pour exiger un maximum de connaissances proportionnel aux responsabilités énormes dont nous assumons les charges. Mais on se divise sur la question de savoir quel est ce maximum désirable. Les uns veulent que le baccalauréat ès-sciences donne toutes les garanties d'un étudiant bien qualifié et d'un futur médecin compétent; les autres, au contraire, estiment que ces titres sont insuffisants, malgré les tendances purement scientifiques de la médecine, et que l'étude des lettres, basée sur la connaissance du latin, l'emporte sur toutes les autres par les efforts constants d'analyse et de synthèse qu'elle exige de l'élève et qui sont le propre de notre art si l'on songe aux difficultés si nombreuses du diagnostic chez chaque malade nouveau qui se présente à notre observation.

Où est la vérité dans cette controverse? Une étude comparative très sommaire nous aidera à nous former une opinion assez juste sur cette importante question.

— Dans les sciences, les vérités sont absolues. La solution d'un problème de mathématique, de géométrie, de physique, est juste ou fausse, elle ne peut pas être à peu près fausse, elle l'est ou ne l'est pas. L'élève fait l'effort intellectuel suffisant pour comprendre le procédé par lequel on arrive à la vérité, mais une fois la question résolue, il emmagasine le fait. (1)

— Dans les lettres, l'absolu n'existe pas, tout est relatif. L'interprétation des textes est plus ou moins fidèle, plus ou moins heureuse, la sensation que provoque un morceau de poésie ou de littérature varie avec l'art qu'y apporte le lecteur, avec la disposition personnelle de l'auditeur. La critique est toujours ouverte, elle porte sur les nuances, elle évoque les comparaisons empruntées aux autres auteurs ou à notre conscience intime. Le jugement émis est toujours révisable, rien n'est définitif. Si, au lieu d'être auteur, nous voulons faire comprendre les raisons de notre admiration ou de nos critiques à des auteurs différents par leur âge, par leur

(1) Brouardel, *loc. cit.*

éducation première, emploierons-nous les mêmes termes, les mêmes phrases? L'idée que nous voulons exposer sera la même, nos procédés pour l'exposer seront absolument différents. Que nous soyons auditeur ou professeur, nous serons obligés de faire appel à toute la finesse de notre observation pour pénétrer dans l'esprit du lecteur ou de l'élève. (1)

— Cette façon de penser pourra paraître subtile à plus d'un parmi nous; mais si l'on veut bien se rappeler à quels efforts d'esprit nous sommes astreints en face d'un malade qui présente des symptômes dont la dissemblance n'est pas toujours évidente et dont le groupement prête à des hypothèses aussi rationnelles dans leur application que contraires dans leurs résultats; si, à ces difficultés réelles et difficiles à surmonter, nous ajoutons l'importance primordiale qu'elles acquièrent pour le diagnostic; si nous réfléchissons que ce même diagnostic conduit tout naturellement à la thérapeutique bonne ou mauvaise et susceptible de changer pour une même maladie comme les individus auxquels elle s'applique; si, enfin, nous entendons que les règles de notre art ou les opinions extra-médicales que nous émettons s'imposent au malade et à son entourage dont nous devenons, par surcroît, dans mille situations délicates, le conseiller le mieux assorti, nous concevons sans peine que la société doive imposer à ses médecins " la meilleure éducation littéraire et philosophique pour garantir ses propres membres contre l'exploitation des charlatans et des morticoles," (Fouillé), et pour justifier la confiance dont on nous honore dans toute question étrangère soumise à notre appréciation.

Ces considérations sommaires nous font saisir les points de rapprochement qui existent entre l'étude des lettres basées sur la connaissance du latin et l'étude pratique de la médecine proprement dite, à tel point, que nous sommes tentés de croire que les méthodes classiques ont été instituées dans le même but alors que, seul, le sujet en a été changé. De là à soutenir que les études classiques contribuent à donner au futur médecin la meilleure formation intellectuelle, il n'y a qu'un pas et nous le franchissons.

(1) Bonardel, *loc. cit.*

A ceux qui soutiennent que l'étude des sciences, telles qu'elles sont enseignées dans certaines écoles normales supérieures ou High School au Canada et dans des institutions étrangères équivalentes, suffit à la formation intellectuelle du futur médecin, nous opposons l'expérience acquise d'éducateurs dont la compétence n'est pas discutable.

PROF. BROUARDEL.—" Au comité de l'enseignement médical du ministère, nous avons accordé la dispense du baccalauréat ès lettres aux licenciés ès sciences, c'est-à-dire à des jeunes gens qui avaient conquis un grade élevé par un travail qui avait eu une durée de trois ans en moyenne, et après avoir subi des examens difficiles. D'une façon générale, leurs études médicales ont été inférieures à celles de leurs camarades. L'inverse s'est produit pour les étudiants licenciés ès lettres dispensés du baccalauréat ès sciences. Presque tous ont été de brillants élèves."

PROF. DASTRE.—" Elève de l'École Normale, j'en suis sorti muni de tous les diplômes scientifiques. Lorsque j'ai voulu aborder les études médicales, je suis resté deux ans avant de comprendre ce que l'on voulait m'enseigner. Habitué à suivre une méthode dans laquelle les faits sont logiquement enchaînés les uns aux autres, je me trouvais désorienté par cette autre méthode qui s'impose aux médecins, d'étudier un malade en lui-même, de passer à un second malade qui n'a aucun rapport avec le précédent, et peut-être ne retrouver que quelques semaines, quelques mois après, un troisième malade comparable mais non semblable à l'un des précédents."

En Allemagne, où le niveau intellectuel du médecin est si relevé, on a fermé les écoles de médecine aux élèves des écoles réales supérieures (pas de latin) et on les ouvre aux élèves des gymnases (latin-grec, latin-sciences)...

Veut-on savoir la force respective de chacun de ces groupes, nous la connaissons par les témoignages qui suivent, empruntés à deux savants qui ne sont pas médecins, mais qui en ont bien saisi la différence.

Prof. LIENIG :—L'expérience m'a enseigné ceci : les élèves venant des écoles réales dans mon laboratoire sont, pendant la première année, supérieurs à ceux des gymnases, la deuxième ils leur sont égaux ; la troisième, ils leur deviennent inférieurs."

Prof. LIPPMAN :—Des jeunes gens sont arrivés brillamment au doctorat ès sciences sans avoir fait des études littéraires ; eh bien, une fois qu'ils sont reçus docteurs, ils ne travaillent plus, ne font pas de découvertes ; guidés, ils vont bien, mais pour marcher seuls, ils n'ont pas de gymnastique suffisante. Leur initiative est en défaut."

Même chez nos voisins, les États-Unis, on sent déjà que l'électricité ne suffit pas pour faire un bon médecin. On af-

firme que les études sont trop courtes, et que les élèves entrent sans avoir la culture que donne l'enseignement secondaire. Comme résultat, il y a de bons chirurgiens, mais la pathologie interne et la médecine sont très inférieures. Ils proposent de réformer ces méthodes surannées et d'exiger de l'élève qui entre aux universités *une culture littéraire dont le latin serait la base.*

Allons-nous tenter, ici, d'adopter des méthodes que des gens plus compétents que nous ont jugées insuffisantes? Ce serait de la présomption, et nous ne croyons pas que l'expérience en puisse être tentée.

Nos compatriotes d'origine anglaise se sont agités en nous laissant croire qu'ils étaient satisfaits de leurs méthodes et des élèves qui sortaient des *High School*, pour étudier la médecine à l'Université McGill; et ils ont insinué que cette mesure était toute de représailles. Sans nous attarder à réfuter cette dernière opinion qui est une simple vue d'esprit absolument sans fondement, nous opposons que leurs élèves ne sont pas ce qu'ils disent en nous appuyant sur le témoignage d'un de leurs professeurs les plus distingués, le prof. Adami, qui s'exprime comme suit, à la suite d'un rapport du Dr Jones, de Winnipeg, qui déplore, lui aussi, l'ignorance et le peu de préparation à l'étude de la médecine apportées par les étudiants de langue anglaise.

Prof. ADAMI :—Le docteur Jones a, nous croyons, reconnu et touché du doigt ce que nous considérons le point faible dans notre enseignement, c'est-à-dire une mauvaise préparation à l'étude de la médecine par des études préliminaires insuffisantes. Non-seulement au Canada, mais dans toute l'Amérique du Nord, si nous en jugeons par les élèves qui nous arrivent de toute part, l'enseignement reçu à l'école est si peu soigné que l'étudiant en médecine ordinaire n'est pas capable d'écrire un anglais convenable. Nous ne voulons pas dire qu'il ne soit pas capable d'épeler ses mots correctement, bien que la chose arrive assez souvent, mais que son éducation a été si peu soignée qu'il lui est impossible de s'exprimer en un style clair, ou, si l'on veut, il prouve par ses manuscrits que, s'il a pu apprendre des faits et des dates, il n'a pas appris à penser. Voilà la faiblesse de notre enseignement préliminaire, faiblesse qui se fera sentir durant l'existence entière d'un homme. Nous approuvons le docteur Jones lorsqu'il demande, non pas tant une éducation classique comme on l'entend d'habitude, mais une connaissance suffisante du latin, du grec et une connaissance parfaite de l'anglais. Nous croyons qu'un bon enseignement du latin est un excellent

moyen de formation, un moyen de faire surgir " *of drawing out* " les pensées et l'intelligence d'un jeune élève

Bien que ce soit une habitude de décrier l'éducation reçue par nos compatriotes de langue française, nous sommes forcés d'admettre que, sous ce rapport, *l'éducation reçue dans les grandes maisons d'éducation françaises de la province est supérieure à celle que reçoivent nos jeunes compatriotes de langue anglaise.*" (1)

Si l'on ajoute à ce précieux témoignage celui des autres professeurs de cette Université qui affirment que leurs plus brillants élèves ont été des canadiens-français, en droit comme en médecine, il est juste de dire que si quelques-uns, parmi ceux-là, sont sincères dans leurs revendications, ils sont mal informés des résultats obtenus.

Mais le mal n'existe pas seulement dans les universités anglaises; les universités françaises en souffrent elles aussi, quoi qu'à un degré moindre.

Depuis qu'on a aboli la mesure du certificat d'études complètes—condition exclusive de l'admission à l'étude des professions libérales il y a vingt-cinq ans et plus—on a ouvert la porte à des abus que l'on veut réprimer aujourd'hui. En effet, tout le monde sait, qu'avec de la persévérance, un élève quelconque peut passer brevet. Il suffit qu'il s'entraîne durant quelques mois chez un professeur particulier qui l'initie à tous les secrets des colles d'examen, et que le hasard le favorise un peu, pour qu'on le proclame un candidat de choix, *intrare dignus est* . . .

Mais ses nouveaux professeurs s'aperçoivent bientôt de l'insuffisance de son entraînement et de la faiblesse de son rendement intellectuel malgré des talents brillants, très-souvent; il est inférieur comme ensemble à un élève ordinaire. On s'étonne, on fait une enquête, on découvre que le premier a fait un cours tronqué tandis que le second s'est attardé quelques années de plus et a fait un cours complet. L'histoire se répète; le nombre augmente rapidement; on s'alarme, bref, on décide que tout candidat à la médecine devra faire un cours d'études complètes. A ceux qui se recrient, parmi nous, et qui doutent de la véracité de ces avancés, je

(1) *Montreal Medical Journal*, 1902.

leur demande de lire les témoignages qui suivent et qui s'appuient sur des centaines d'autres.

PROF. E. P. LACHAPELLE.—(1) “ Le cours d'études classiques est certainement la meilleure préparation pour les jeunes gens qui se destinent à l'étude de la médecine. L'expérience démontre que, toutes chances étant égales d'ailleurs, celui qui a fait un cours d'études classiques complet possède une formation intellectuelle meilleure et plus en rapport avec toutes les exigences de la science médicale. Sa mémoire, son imagination, son jugement, son esprit d'observation et d'analyse, toutes ses facultés, en un mot, sont mieux formées et lui assurent une supériorité marquée sur ceux qui n'ont pas eu le même avantage, soit pendant ses études médicales, soit plus tard, pendant sa carrière de médecin.

“ S'il en est ainsi, je ne vois pas pourquoi nous n'arriverions pas, sans commettre d'injustice envers qui que ce soit, à amender notre loi de manière à ne permettre l'admission à l'étude de la médecine qu'à ceux qui auront fait les études préliminaires que nous considérons nécessaires pour leur permettre de donner toute la mesure de leurs talents.”

Le professeur Vallée, de Québec, nous a souvent répété combien il attachait de l'importance aux études préparatoires à la médecine, et combien, suivant lui, les études classiques développent avec aisance et méthode les facultés d'une jeune intelligence. Il s'est plu à faire des comparaisons entre les différentes catégories d'élèves qu'il a rencontrés ou suivis plus tard, dans le monde et il est obligé d'avouer que, toutes choses égales d'ailleurs, l'élève qui a fait des études sérieuses et complètes s'est toujours montré supérieur à l'autre qui, souvent, a du talent, mais qui pêche par un manque d'initiative et de coordination regrettables. C'est l'observation de ces faits qui a convaincu le prof. Vallée de la nécessité des études classiques pour l'aspirant à l'étude et qui en a fait un des plus ardents promoteurs de la mesure passée, à cet effet, par les membres du Collège des médecins de cette province. (2)

(1) Président du collège des médecins.

Extrait du discours prononcé devant les membres gouverneurs du collège à la réunion de sept. 1902.

(2) Nous nous étions réservé le plaisir de communiquer le texte même du discours qu'a prononcé le prof. Vallée sur cette question, mais nous en sommes empêchés par une maladie récente qui l'empêche de vaquer à toute occupation. Néanmoins, nous exprimons ci-dessus l'idée maîtresse qu'il a développée.—NOTE DE LA RÉDACTION.

Le chanoine ARCHAMBAULT.⁽¹⁾ — " Le jeune homme qui embrasse une carrière libérale doit, s'il veut réussir, faire sa marque dans le monde, y exercer une salutaire influence, posséder, outre les connaissances propres à sa profession, la culture de l'esprit, la droiture et la sûreté du jugement, la tenacité de la mémoire, la fermeté du caractère.

Où puisera-t-on ces biens inappréciables de l'âme, sinon dans une éducation sérieuse et solide qui poursuit, avant tout et par-dessus tout, le développement des facultés intellectuelles de l'enfant, la possession du vrai, du bien et du beau ?

Tout le monde est d'accord sur ce point.

Là où les opinions divergent, c'est quand il s'agit de déterminer la méthode vraiment efficace pour atteindre le but désiré.

Les uns, fidèles aux grandes traditions du passé, se déclarent nettement en faveur de l'enseignement *classique*, c.-à-d. de la formation intellectuelle et morale par la connaissance du grec et du latin et par la philosophie.

D'autres, *les modernes*, veulent qu'on substitue à l'étude de la philosophie, celle des sciences ; aux langues mortes, les langues vivantes.

Laquelle de ces deux écoles a raison ?

Nous n'avons pas à hésiter.

Si la seconde de ces deux méthodes donne plus d'érudition, la première constitue pour l'intelligence et pour la volonté une gymnastique nécessaire. Elle en assure le développement et le parfait épanouissement. Elle procure à l'esprit humain une mesure, une clarté, une élégance incomparables, elle le rend singulièrement apte aux puissantes analyses et aux puissantes synthèses.

C'est grâce à cette méthode, selon l'aveu d'un ex-ministre de l'Instruction Publique, M. Leygues, que la philosophie, les lettres et les arts ont brillé en France d'un si vif éclat et que notre ancienne Mère patrie a toujours exercé sur le monde civilisé une influence souveraine.

Aussi, même aux États-Unis nous voyons se produire actuellement un mouvement vigoureux vers les études classiques.

Nous pourrions invoquer ici des témoignages nombreux : témoignages d'hommes d'État, de lettres, de science et de commerce.

La chose est inutile.

Nous ne résistons pas cependant à la tentation de résumer toute notre pensée en citant les paroles remarquables prononcées par M. Faure, membre du Sénat français :

" Je ne parle pas de la nécessité pour les médecins de connaître les étymologies de tels ou tels mots, ni du besoin qu'a le juriconsulte de savoir par cœur les vieilles formules juridiques. . . Sans doute, ces raisons valent, mais elles ne comptent pas, à côté des raisons d'intérêt moral qui, ici, dominent tout. Voulez-vous déconronner le génie de la France? . . . Voulez-vous l'amointrissement des âmes? . . . Voulez-vous l'extension du calcul, avec ses rigidités, dans ces hautes sphères où la spontanéité et l'intuition doivent dominer, et où l'esprit de finesse, avec ses délicatesses, doit se substituer aux lourdeurs de l'esprit géométrique? Oh! alors, favorisez, par une inique et fausse égalité des sanctions (c'est à dire le baccalauréat unifié), la déchéance des humanités ; mais sachez que vos médecins, uniquement frottés de sciences et de langues vivantes, n'auront plus ce tact pénétrant, cette puissance de

(1) Recteur de l'Université Laval, à Montréal

“ divination, ce souci de l'être moral, envisagé par delà l'être physique, qui
 “ élevait si haut leur vocation de sauveurs d'hommes ; sachez que vos avocats
 “ ne seront pas soutenus par ces grands préceptes, par ces visions de justice
 “ éternelle dont ils étaient redevables aux lettres, les grandes inspiratrices
 “ comme les grandes consolatrices.”

* * *

Donc, s'il est acquis, autant par le raisonnement que par l'expérience, que des études littéraires basées sur la connaissance du latin conviennent le mieux à la formation intellectuelle du candidat aux professions libérales, spécialement du futur médecin, il est désirable d'exiger telle préparation de tout élève aspirant au brevet de médecine. Nous mettons en œuvre ainsi un des meilleurs moyens dont nous puissions disposer pour résoudre le grave problème de l'encombrement professionnel, qui devient menaçant chaque année. En effet, suivant nous, deux moyens se présentent qui offrent les garanties du succès pour résoudre cette question d'une façon juste et équitable: 1° la qualification intellectuelle de l'élève par un cours d'études sérieux; 2° l'abolition des barrières interprovinciales qui limitent injustement notre champ d'action.

Le premier de ces deux moyens a été suffisamment étudié plus haut pour nous dispenser de nouveaux développements. Nous ajouterons, cependant, pour confirmer ce que nous avons dit, que c'est au début des études de carrière qu'il faut s'assurer des aptitudes de l'élève par une épreuve difficile, et non à la fin, alors qu'il est sur le point d'être diplômé et qu'il a passé quatre ou cinq longues années sur les bancs de l'école. Nous admettons que les épreuves du doctorat doivent être sérieuses, mais il ne faut pas croire qu'elles puissent être éliminatoires pour des élèves de cette catégorie. Il est trop tard, et la faute en est plus au professeur qu'à l'élève.

Le second moyen, qui apparaît comme le plus immédiatement applicable et qui passionne à l'heure actuelle les meil-

leurs esprits, dans les universités françaises et anglaises au Canada, soulève d'importantes questions d'autonomie provinciale et de suprématie universitaire qui retarde à l'infini la solution tant désirée de cet important problème.

Le professeur Roddick, du McGill, s'est fait le promoteur d'un bill qui pose nettement la question et qui tente de la résoudre. La mesure est passée loi à Ottawa, mais elle est temporairement échouée à Québec par l'action du *Collège des médecins* qui en a rejeté la forme, sur division.

Néanmoins, la question se pose, et il faudra la résoudre.

Est-ce à dire que le bill Roddick aplanit tous les obstacles et pare à toutes les éventualités?... Non: car s'il a le rare mérite de vouloir mettre tous les médecins sur un même pied d'égalité dans toute la Puissance du Canada, il a, contre lui, le démerite d'une rédaction ambiguë qui prête à toutes les interprétations. Or, si nous avons la satisfaction de croire à la droiture d'esprit et à la sincérité des promoteurs, nous n'avons pas le droit d'escompter celle de leurs successeurs: car l'histoire nous apprend qu'en ce genre il n'y a que déception et que la loi du plus fort est toujours la meilleure.

Est-ce à dire, d'autre part, que la majorité du collège des médecins soit justifiable d'avoir rejeté le bill, purement et simplement?... Pas davantage: car si la mesure était mauvaise dans sa forme, elle était bonne dans son principe de faire disparaître les barrières provinciales qui sont autant de douanes où l'intelligence et le savoir sont taxés de droits ontrés et presque ridicules.

Done, nous estimons que le devoir du collège était de refuser son adhésion au bill dans sa forme actuelle, et d'en empêcher la discussion devant les chambres parlementaires jusqu'à ce qu'un comité spécial en eût fait une étude sérieuse, révisée, augmentée ou diminuée, et soumise à l'approbation des gouverneurs qui se seraient alors prononcés en connaissance de cause sur son mérite et son opportunité. Quoique l'on dise, un grand nombre de médecins ne connaissent pas la teneur de ce bill, et le vote du Collège, à l'assemblée de septembre, n'est pas, pour nous, l'expression d'opinion vraie

et indépendante de chacun de ses membres; car il nous serait facile de nommer ici plusieurs membres actifs qui ont été appelés à se prononcer sur la mesure à Québec qui ne la connaissent que de nom, et qui ont adhéré à telle ou telle opinion par sympathies personnelles pour les orateurs de la circonstance.

Ce n'est pas ainsi que nous comprenons les devoirs de nos mandataires officiels. Nous insistons, au contraire, pour que chacun d'eux se forme, en tout, une opinion personnelle basée sur la raison et la connaissance parfaite du sujet, et qu'il l'exprime ouvertement; car la timidité ou l'ignorance de la question, dans certaines circonstances décisives, ne justifient ni l'abstention ni l'aliénation de la volonté...

Nous ne voulons pas dire que le résultat en eût été changé, dans le sens d'une approbation, ce qui n'était pas désirable; mais on eut certainement remis ce bill à l'étude, et il eut pu servir de base à un nouveau projet plus conforme à nos traditions et besoins, et tout aussi effectif dans ses résultats...

Nous soumettons donc, comme conclusions, que si, à des études préliminaires sérieuses *exigibles de tout aspirant à l'étude de la médecine*, nous adhérons à un *modus vivendi* équitable qui permette à tout médecin dûment qualifié d'exercer son art par tout le Canada, nous aurons assuré au médecin de l'avenir le plus haut niveau moral et intellectuel, et nous aurons résolu sans heurt *le difficile problème de l'encombrement professionnel*.

Tels sont les desiderata de l'année future que l'UNION MÉDICALE croit utiles de livrer aux méditations de ses lecteurs.

LA DIRECTION.

MEMOIRES

QUELQUES NOTES SUR LA MORTALITE EXCESSIVE DES ENFANTS DANS LA VILLE DE MONTREAL ET SUR L'ETUDE DE CERTAINS MOYENS A PRENDRE POUR Y REMEDIER (1)

Par le Docteur L. CORMIER

Agéogé à l'Université Laval, Médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame.

Vouloir donner les causes de la mortalité infantile serait passer en revue toute la pathologie de l'enfance, ce travail nécessiterait plus de temps que la Société Médicale m'a donné pour le préparer. Je vais donc me borner à indiquer certains points culminants.

Avons-nous une mortalité excessive à Montréal? Nous pouvons en trouver la réponse en comparant notre statistique à celles des villes des États-Unis et de l'Europe.

Le pourcentage de mortalité de 0 à 1 an reconnu comme étant le plus grand dans tous les pays, reconnu comme étant l'âge dans lequel nous avons le plus de problèmes à résoudre pour sauver l'enfant de la mort, nous le prendrons pour établir nos comparaisons et pour rechercher les défauts dans les moyens employés pour élever les enfants.

EXTRAIT du tableau comparatif international de mortalité infantile de 0 à 1 an pour l'année 1900.

	Population.	Naissances.	Décès.	Pour cent.
Londres.....	4,651,113	131,278	19,910	15.16
Glasgow.....	753,766	24,067	3,615	15.03
Liverpool.....	635,348	21,876	4,124	18.84
Edimbourg.....	309,472	7,338	1,172	15.97
Paris.....	2,511,629	56,673	6,303	11.11
St-Petersbourg.....	1,248,143	31,728	11,527	36.33
New-York.....	3,536,517	79,903	15,413	18.27
Baltimore.....	541,000	8,795	2,554	29.03

Pour New-York il semble y avoir une inexactitude, car en 1896, le rapport de la cité se lit comme suit:

De 0 à 1 an, mortalité.....	11.41 pour cent.
De 1 à 5 ans, ".....	7.18 "
De 5 à 10 ans, ".....	1.32 "
De 10 à 15 ans, ".....	0.55 "

1) Communication lue devant la Société Médicale de Montréal, séance du 16 décembre 1902.

La ville de Chicago avec une population de 1,650,000 a fait un progrès énorme depuis 1883, son pourcentage était alors de 33.32. et en 1896. il était arrivé graduellement à 23.96.

Montréal, extrait du Rapport du Conseil d'Hygiène de la province de Québec pour l'année 1900.

Population.	Naissance.	Décès.	Par cent.
267,514	2,722	3,796	49.16

D'un autre côté nous avons le rapport du médecin de la cité pour la même année.

Naissance.	Décès.	Par cent.
7,892	1,486	49.16

Monsieur le Dr Laberge, médecin de la Cité, déplore le fait que nous ne pouvons pas faire des statistiques exactes, la connaissance exacte des naissances et des mortalités nous manque absolument; cet état de choses est regrettable, car les statistiques d'un pays sont d'une nécessité primordiale.

Supposons que le pourcentage 15.01 soit le véritable, ce dont je doute fort, car en dehors des statistiques il suffit d'interroger les mères de famille et de leur poser les questions suivantes: Combien d'enfants avez-vous eus La plupart vous répondront 10, 12 et même plus. Combien, sur ce nombre qui vivent? Réponse, 5, 6. Ceci représente 50% de mortalité, et si la plus grande mortalité existe dans la première année, je n'ai pas l'ombre d'un doute que le chiffre 15.01% est trop petit.

Supposons encore que 15.01% soit le chiffre réel de notre mortalité de 0 à 1 an, nous aurions 4% de mortalité en plus de Paris, ville modèle, qui possède la meilleure statistique et qui emploie, j'oserais dire, les meilleurs moyens pour sauver les jeunes enfants, et vu qu'il mourait 1,486 enfants, 59. serait de trop. Mais, comme je vous l'ai dit, ce chiffre est pour moi loin de l'exactitude, la statistique provinciale de mortalité de 0 à 1 an donne pour Montréal le chiffre exorbitant de 49.16 % des naissances, ce qui est plus qu'aucune ville du monde civilisé, ce qui est réellement honteux avec le climat sain que

nous possédons, malheureusement ce nombre me paraît être celui qui se rapproche le plus de la vérité.

Si nous avons un excès de mortalité, à quoi pouvons-nous l'attribuer?

1° Au genre et au mode d'alimentation.

2° Au manque de connaissance de l'hygiène de l'enfance chez les parents et à leur insouciance à les faire soigner.

3° A l'apathie des autorités de la profession médicale à promouvoir les études des particularités de la pédiatrie.

Pour ce soir nous allons nous occuper des deux premières parties :

1° *Causes de mortalité dans l'alimentation :*

(a) Dans l'alimentation au sein; (b) dans l'alimentation au lait de vache; (c) et dans tout autre genre d'alimentation.

(a) L'alimentation au sein est de beaucoup la meilleure, vous savez comme moi, que rien ne peut remplacer avec avantage le lait maternel, c'est le seul aliment qui soit naturel au jeune bébé; s'il est un principe en hygiène infantile "qu'il faut suivre les leçons que la nature nous donne et qu'en s'en éloignant on risque par là même de développer de la maladie," c'est bien ici qu'il faut l'appliquer; la nature a voulu que la femme porte des mamelles pour nourrir son petit. — Combien d'enfants meurent parce qu'on leur a refusé intempestivement leur nourriture naturelle. Une mère qui ne nourrit pas n'est qu'une demie-mère.

Ce qui démontre bien l'efficacité de l'allaitement maternel c'est la statistique de Paris de 1901. De diarrhée sont morts:

Nourris au sein	535 enfants.
Nourris autrement	1629 "

Il est donc de notre devoir d'insister pour que les mères nourrissent leurs enfants, car bien peu de mères ne peuvent pas nourrir, en persistant et sous un traitement rationnelle, elles deviennent presque toutes de bonnes nourrices. Cette faculté de nourrir devient héréditaire ainsi que le contraire, nous observons très souvent, que les filles de mères qui ne nourrissaient pas se trouvent à leur tour dans une impossibilité presque absolue de donner le sein à leur enfant.

A Montréal il y a une forte tendance à l'allaitement artificiel, on met l'enfant à la bouteille sous le prétexte le plus futile. Je considère qu'il est criminel d'en agir ainsi, de refuser à cet être sans défense un droit acquis que la nature a mis à sa disposition. Malheureusement, on n'y fait pas assez attention, j'oserais dire que bon nombre de médecins contribuent à cet état de choses, en conseillant mal, en ne prenant pas assez de précautions pour donner un jugement sur ces cas graves qui se présentent à leur consultation. Je m'explique. Une femme se présente à la consultation, dit que son enfant ne fait que crier, qu'elle croit ne pas avoir assez de lait, qu'il n'est pas bon, etc.

Alors, souvent sans plus de préambule, il lui est répondu tout bonnement, sevrer-le et donnez-lui la bouteille. A-t-on fait l'analyse chimique du lait, quant à sa densité et à sa teneur en matière grasse? A-t-on recherché la quantité moyenne que chaque sein contient à chaque tétée? A-t-on fait espacer convenablement les tétées, etc., etc. Sans avoir fait de diagnostique, sans avoir trouvé la cause exacte des cris de l'enfant, on le recevra de la bouteille meurtrière, meurtrière surtout chez les enfants qui ont déjà souffert.

Vous me pardonnerez, messieurs, si je fais ce reproche à certains confrères, j'ai cru que cela m'était permis pour la raison que nous ne sommes pas ici en société d'admiration mutuelle et que malheureusement pour ces pauvres enfants ces abus sont trop considérables.

Une cause assez fréquente de mortalité se rencontre par le fait que certaines mères sont trop prodigues de leur sein, si l'enfant pleure, elles lui donnent à boire indifféremment, même après quelques minutes: suivant l'expression populaire, "l'enfant est continuellement pendu au sein." J'ai vu des enfants développer de rachitisme par ce manque d'hygiène. Voici la marche que suit ce développement. D'abord, à l'état physiologique le lait de femme prend deux heures pour sa digestion stomacale, c'est-à-dire, que l'estomac n'est libre de lait qu'après ce temps, c'est alors qu'il secrète de l'acide chlorhydrique en abondance, acide qui contribue à laver cet organe

et à le désinfecter. Si on ne laisse pas ce second temps de la digestion s'opérer, si toutes les heures ou demi-heures on ajoute une nouvelle prise de lait, infailliblement il s'établira de la surcharge, de la digestion incomplète, de la fermentation hétérogène, cette fermentation se continuera dans l'intestin, il y aura développement abondant de toxines acides, absorptions de ces dernières qui produiront un tel effet chimique sur les phosphates que ces derniers seront éliminés en pur perte pour les os, et à la longue le rachitisme se produira. Ces enfants ne développeront pas la somme de calorifique nécessaire, leur force phagocytaire sera diminuée, il y aura diarrhée, ils développeront des strumes, ils recueilleront pour ainsi dire toutes les maladies qui peuvent s'inoculer; en somme ils seront très-exposés à mourir. Telle est la cause de la mortalité par irrégularité de la lactation.

Dès qu'une femme ne peut pas nourrir, le moyen le plus efficace serait de donner à l'enfant une nourrice mercenaire. Je crois que, malgré les abus qui peuvent se glisser dans ce moyen, le principe est bon, et nous devrions chercher à faire rentrer cette habitude dans nos mœurs, les résultats seraient bien supérieurs à ceux de l'alimentation artificielle.

(b) *Causes de mortalité par alimentation artificielle.* — En Europe et aux États-Unis, malgré les grands progrès que des études sérieuses ont fait faire à l'alimentation artificielle, il n'est pas moins vrai qu'elle est restée comme la plus grande cause de mortalité; cependant par ces études on est arrivé à en diminuer de beaucoup les effets funestes.

Ici, à Montréal, il y a bien le commencement de l'application du résultat des études de nos voisins, mais nous sommes loin de mettre en pratique tous les moyens hygiéniques que la science nous procure au sujet de la lactation artificielle.

Il nous faudrait, par exemple, des lois prohibant la vente des biberons à long tube, car, comme l'a dit un savant clinicien, " le biberon à long tube a tué plus d'enfants que le canon a tué d'ennemis."

Il faudrait une bonne réglementation de la vente du lait.

Il faudrait du lait aseptique, c'est-à-dire du lait qui n'aurait pas fermenté et qui ne contiendrait pas ou presque pas de germes de fermentation.

Dans cette catégorie de lait je placerais en tête le lait traité d'une manière aseptique, suivant des procédés spéciaux; ce lait a la réputation de se conserver pendant plusieurs jours sans s'altérer et peut se donner à l'état crû, ce qui le rend d'une digestion plus facile.

Une autre manière pratique et peut-être la seule efficace de produire du lait aseptique, c'est la stérilisation sur la ferme même. Ce n'est pas après plusieurs heures et même plusieurs jours qu'un lait traité d'une manière ordinaire doit être stérilisé, il a alors fermenté et la stérilisation ne détruira pas les toxines déjà produites par la fermentation.

Le soin que l'on donne aux animaux entre beaucoup dans le bilan de la mortalité infantile; ainsi il devrait être strictement défendu de nourrir les vaches laitières avec de la drèche, les enfants nourris avec le lait de ces vaches meurent infailliblement d'atrespie et de gastro-entérite.

Comme les règlements que je désirerais voir établir rencontrent parfois de très grandes difficultés, il serait donc à propos d'installer dans tous les quartiers de la ville des distributions de lait, sous la surveillance de personnes compétentes, pour qu'elles puissent contrôler l'approvisionnement du lait dans ces dépôts et le distribuer convenablement. Ces dépôts ou *gouttes de lait* fonctionnent avec le plus grand succès en France et dans quelques villes des Etats-Unis.

L'an dernier nous avons établi une goutte de lait dans le quartier Ste-Marie, la statistique vitale a été superbe et a dépassé nos espérances; nous prenions beaucoup de précautions dans la préparation du lait, mais nous n'avions pas le temps de frapper l'argent, c'est pourquoi nous avons été forcés de fermer boutique.

A Chicago on a même des dispensaires de lait aseptique crû où les résultats sont encore plus favorables que ceux obtenus par les gouttes de lait ordinaires.

La ville de Montréal veut avec raison bâtir un nouvel hôpital civique, elle n'épargnera probablement rien pour en faire un hôpital moderne, tout cela pour sauver de la mort quelques enfants pris de maladies contagieuses, mais de combien serait plus grande l'entreprise philanthropique et combien seraient plus grands les résultats, si elle établissait aussi des grandes fermes civiques dirigées scientifiquement, fournissant du lait aseptique à différentes gouttes de lait; elle sauverait la vie à des milliers d'enfants; par son accroissement, en économie politique, la ville aurait tout à y gagner et rien à y perdre.

(c) Messieurs, je ne ferai que mentionner *la nourriture artificielle non lactée* (Food) pour la condamner et la déclarer presque complètement meurtrière. Les pharmaciens et les épiciers pourraient nous renseigner sur la quantité énorme qui se détaille. Avec cette nourriture on réussit quelquefois à réchapper quelques enfants, mais dans quel état? Presque toujours rachitiques, scrofuleux, anémiques, sans force, enfin, ce sont des candidats pour augmenter la mortalité des années suivantes.

II. MANQUE DE CONNAISSANCE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE CHEZ LES PARENTS, ET LEUR INSOUCIANCE A LES FAIRE SOIGNER.

L'hygiène est la science fondamentale qui contient les règles que nous avons à suivre pour élever les enfants; quiconque veut élever un enfant avec une hygiène défectueuse essaie d'ériger un édifice sur des fondations incertaines, cet édifice se déformera et quelquefois même il s'écroulera. Il arrive que des parents ont la chance de sauver de la mort un enfant mal soigné, ils réussissent à lui faire passer l'année la plus critique, mais dans qu'elle condition de santé en sort-il? Quelle est sa résistance? Pour ma part c'est un enfant manqué qui, la plupart du temps, souffrira toute sa vie du développement anormal de son commencement. Les éleveurs du bétail comprennent bien ce fait, quand ils disent qu'un animal manqué dans le jeune âge ne sera toujours que d'un vil prix, on pourra le soigner, l'engraisser même, mais on ne

pourra pas lui re-situer les qualités qu'il devait avoir. Ce rapprochement paraît grotesque, mais il ne faut pas oublier que le jeune enfant ne vit pour ainsi dire que de la vie animale. Il faut donc donner à l'enfant une hygiène parfaite et appropriée si on veut le développer beau, fort et vigoureux, si on veut en faire un homme suivant toute l'acception du mot.

Je pourrais vous prouver que cet énoncé est vrai par un très grand nombre d'exemples, mais ce serait peine perdue, car ces faits ne vous sont pas inconnus : qu'il me suffise de dire que l'hygiène est indispensable et que d'en ignorer les préceptes, c'est s'exposer à la maladie et à la mort. Telle est la condition funeste dans laquelle se trouve une très grande partie de notre population : certaines classes, surtout, appartenant à des nations exotiques, semblent ignorer les principes hygiéniques les plus rudimentaires : aussi il faut voir quel espèce d'enfants ils ont et la difficulté qu'ils éprouvent pour les élever. Pour remédier à cet état de chose, c'est-à-dire pour faire l'éducation du peuple en matière d'hygiène, il faut que le mouvement parte de haut lieu : ainsi, que dans les écoles, collèges et couvents, non seulement qu'on enseigne sérieusement l'hygiène, mais qu'on le mette en pratique, cela servira de démonstration, et ainsi la jeunesse grandira avec cette saine pratique pour ne plus s'en départir. Dans toutes les sociétés où la chose peut convenablement se faire, ne pas manquer l'occasion de faire des conférences sur la manière de conserver la santé. Je vois avec plaisir que l'Hôpital Notre-Dame vient d'ouvrir ses portes aux Dames et Demoiselles pour y recevoir des cours gratuits d'hygiène : c'est un bel exemple qui ne manquera pas d'être suivi, et qui, certainement, rendra de très grands services. Par ces conférences on ne peut atteindre directement toute la population, il y a certaines classes qui se trouvent dans des circonstances telles qu'elles ne peuvent pas bénéficier de ces précieux enseignements.

Alors, dans les gouttes de lait, dans les dispensaires, et surtout dans la clientèle privée, le médecin soucieux de son devoir glissera quelques mots d'hygiène et ainsi se développera petit à petit l'éducation du peuple, les préjugés populaires deviendront une chose du passé, on n'entendra plus dire :

l'enfant se mord les poings, il a faim; " il crie, il a soif," même après avoir bu et quelquefois après avoir vomé; " il a des vers, parce qu'il se frotte le nez," quand son irritation de la muqueuse nasale n'est due qu'à un effet réflexe d'irritation intestinale par mauvaise digestion. On ne prendra plus pour cause de toutes maladies la dentition qui, en vérité, n'indispose que les enfants qui sont malades au préalable, la dentition étant un acte physiologique. On ne verra plus l'emploi journalier de ces sirops calmants de M. un tel ou de Mme une telle. Un autre préjugé qui existe malheureusement chez un trop grand nombre, c'est que pour un jeune bébé l'art médical n'y peut rien et que la mère, ou la commère du coin, peuvent seules le guérir; c'est une erreur d'autant plus grave que nous voyons quelques médecins la confirmer. Loin de là, nous devons être d'opinion que, dans le jeune âge, l'hygiène et la thérapeutique peuvent sauver plus de vies que dans l'âge adulte. C'est à cet âge que le médecin peut exalter son patriotisme en conservant les bras dont la société a besoin. Aidés de la croyance que le jeune enfant ne se soigne pas et du fait qu'il a une petite assurance sur la vie, les parents ne nous rivent qu'au moment propice pour nous escamoter un certificat de décès, heureux de pouvoir s'en débarrasser sans frais, la famille est déjà assez grande, puis, celui-là n'aura plus de misère, *devenu petit ange, il priera pour son père et sa mère!* . . .

Le remède à apporter pour guérir cette plaie sociale serait que l'assurance ne deviendrait payable qu'à un certain âge s'il y avait suivie. La question de faire traiter les enfants touche à la morale publique: les pasteurs, du haut de la chair, devraient en prescrire l'obligation sous peine de faute grave; car si la théologie encourage la procréation, elle doit surtout la favoriser dans la conservation de son produit.

Pour inciter les parents à faire soigner leurs enfants comme clients privés ou dans les dispensaires et les hôpitaux, leur avons-nous, médecins de famille, par notre compétence, démontré que c'est bien là ce qu'ils doivent faire sans hésitation? avons-nous conquis cette autorité? C'est ce qui nous sera démontré dans la troisième partie.

LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE (1)

Par le Dr PANNETON, des Trois-Rivières.

L'affection que certains auteurs appellent encore fièvre cérébrale, et pour laquelle la phraséologie médicale moderne a définitivement adopté le nom de méningite tuberculeuse, est une inflammation de la pie mère accompagnée d'épanchement de lymphes et de pus, et causée par des dépôts de petits tubercules sur la surface et dans le corps des méninges. Les noms de méningite granulaire et de méningite basilaire viennent, le premier, des petites granulations tuberculeuses que je viens de mentionner et, le second, du fait que l'épanchement se fait toujours à la base du cerveau.

Maladie de tous les sexes, de tous les climats et de toutes les saisons, la méningite tuberculeuse attaque de préférence l'enfant de 1 à 10 ans; l'adolescent y est aussi quelquefois sujet, mais l'adulte est généralement hors de ses atteintes. La fréquence de la méningite tuberculeuse est considérable, certainement beaucoup plus considérable qu'on ne serait porté à le croire, en lisant les rapports de notre bureau provincial d'hygiène.

Voici quelques chiffres tirés de ce rapport pour l'année 1899 pour les trois villes de Montréal, Québec et Trois-Rivières. La mortalité, dans ces trois villes, a été cette année là de 9566 décès et, sur ce chiffre, la tuberculose générale a causé 1090 décès. Quant à la méningite tuberculeuse le chiffre donné n'est que de 137 décès; ce chiffre me paraît tout à fait inexact et voici pour quelle raison. Le nombre de décès causés par la méningite simple serait, d'après cette statistique, de 471 dont 393 c'est-à-dire près des trois-quarts chez des enfants âgés de 4 ans et au-dessous. Il suffit, je crois, de mentionner ces chiffres, pour s'apercevoir qu'il y a là une erreur considérable. Car tout praticien sait que la méningite simple est plutôt une maladie de l'âge adulte, reconnaissant généralement pour cause les traumatismes, l'exposition à un soleil trop ardent ou l'abus des alcooliques. Pour moi, il est évident que les chiffres du bureau d'hygiène portent à faux;

(1) Travail lu à l'assemblée de décembre de l'Association Médicale du district des Trois-Rivières.

quant à l'explication, je crois qu'elle est facile à trouver et la voici: la plupart des médecins se contentent, en remplissant un certificat de décès, de mettre le mot méningite, sans ajouter le mot tuberculeuse toutes les fois qu'il s'agit véritablement de cette maladie.

A propos d'erreurs dans les statistiques, vous avez tous, messieurs, présents à l'esprit que l'an dernier, notre président a soulevé la question de l'injustice et du tort causés à notre ville des Trois-Rivières par les chiffres erronés publiés par le bureau provincial d'hygiène.

I. CAUSES.

On divise les causes de la méningite tuberculeuse en causes excitantes et en causes prédisposantes; ces dernières sont la tuberculose et la diathèse scrofuleuse. L'hérédité de la tuberculose est aujourd'hui une question résolue à la lumière des découvertes modernes; on ne naît pas tuberculeux mais *tuberculisable*, c'est-à-dire avec une disposition à le devenir. L'enfance, beaucoup plus que l'adolescence, et surtout que l'âge adulte est bien la période de la vie pendant laquelle les germes de la tuberculose peuvent s'introduire le plus facilement et avec plus de danger dans l'organisme humain. Les chances d'infection sont multiples surtout durant la première enfance, alors que l'ignorance, et souvent la négligence coupable des principes les plus élémentaires de l'hygiène mettent en péril ces existences si frêles. La mortalité infantile est énorme parmi notre population canadienne française, cependant quand on se rend compte comment on traite ou plutôt on maltraite les enfants, hygiéniquement parlant bien entendu, il y a lieu de s'étonner que cette mortalité ne soit pas plus considérable. Il faut que la vitalité de notre race soit étonnante pour pouvoir résister à tous ces assauts que lui fait courir l'incurie coupable d'un grand nombre de nos bonnes mères de familles.

Quoique sortant quelque peu du cadre de mon sujet, je me permettrai de formuler quelques axiomes que tout médecin,

devrait, à mon avis, prôner et tâcher de faire accepter dans sa clientèle :

I. Allaitement maternel complet jusqu'à au moins douze mois :

II. Pas de grandes fatigues, physiques ou morales, chez la femme qui nourrit :

III. L'allaitement maternel étant impossible, le remplacer par du lait se rapprochant le plus possible du lait maternel, quant à la richesse, à la température, et à la quantité, (le lait stérilisé de préférence) :

IV. Régularité des repas, détail beaucoup plus important chez l'enfant que chez l'adulte :

V. Guerre aux sirops calmants, aux bouillies, et surtout aux biberons à tube.

L'enseignement de ces cinq vérités primordiales de l'hygiène infantile devrait, il me semble, toujours faire partie des instructions que tout médecin doit donner à une primipare. Vous savez comment la jeune mère qui, pour la première fois, verse les douces joies de la maternité, est sensible et pleine de reconnaissance envers le médecin qui a mis fin à ses souffrances, profitons de ces bonnes dispositions pour faire son éducation : et si vous me permettez d'entrer dans les détails, je vous dirai, que la première visite après l'accouchement me paraît l'instant tout choisi pour inculquer à la jeune mère, avide de se renseigner sur tout ce qui peut assurer le confort de son nouveau né, de lui inculquer, dis-je, les premières notions de l'hygiène et de l'initier à son rôle de mère de famille. En agissant ainsi, on aura, je crois, rarement à se plaindre du mauvais accueil fait aux conseils du médecin pour ce qui regarde le soin à donner aux jeunes enfants.

Pardon de cette digression et revenons aux causes excitantes de la méningite tuberculeuse, qui sont une mauvaise hygiène et tout ce qui peut diminuer les forces vitales de l'enfant : on mentionne encore les maladies de l'enfance telles que les fièvres éruptives, la coqueluche et aussi le surmenage chez les enfants qui fréquentent les écoles. Les candidats à

la méningite tuberculeuse sont souvent doués d'une précocité intellectuelle remarquable et c'est sans doute ce qui a donné lieu au dicton populaire " *il a trop d'esprit il ne vivra pas.*"

La méningite tuberculeuse est la seule maladie de l'enfance qui présente des prodromes bien définis et d'une manière constante. Le processus morbide de la formation de petits dépôts miliaires sur la pie mère s'accompagne toujours de certains symptômes qui ont, pour le médecin, une signification considérable et dont même les parents se rendent compte quelquefois. Il nous est tous arrivé d'être consulté par des parents, rendus inquiets par l'amaigrissement, le changement de caractère, l'allure taciturne ou irritable, le sommeil agité de leur progéniture. Cependant ce n'en est pas moins le propre de la méningite tuberculeuse tout comme de la fièvre typhoïde, avec laquelle elle est d'ailleurs quelquefois confonduë, de se présenter sous une multiplicité d'aspects symptomatiques, de nature à dérouter le médecin le plus expérimenté.

II. SYMPTOMES.

Pour l'avantage de la description, on divise la méningite tuberculeuse en trois périodes: une d'irritation: une de compression: et une de collapse. Certains cas de méningites tuberculeuses sont typiques, et il est alors assez facile de suivre la marche de la maladie, mais assez souvent il n'y a rien de tel. Il n'y a encore que quelques mois, j'étais appelé à traiter une petite fille de six ans qui, après avoir présenté un sommeil quasi comateux durant 56 heures, accompagné de constipation, de cris aigus et de tous les symptômes ordinaires de la méningite tuberculeuse, entra subitement en convalescence et se rétablit parfaitement.

Il est presque toujours très difficile de dire quand les symptômes font suite aux prodromes, ceux-ci s'accroissant graduellement: avec la perte d'appétit, l'amaigrissement augmente, le sommeil est de plus en plus agité et entre-coupé de moments d'éveil plus ou moins longs: ou encore soudainement au milieu de la nuit, l'enfant pousse un cri perçant,

tel que pourrait lui faire échapper une grande frayeur ou une douleur vive et subite; et la mère, accourue près de son enfant, constate que ce cri est sans cause et n'éveille pas son bébé. C'est le *cri hydrocéphalique* des auteurs, symptôme précoce et important de la maladie qui nous occupe.

Le mal de tête est un des premiers symptômes constatés; c'est un mal de tête aigu, qui n'offre ni la constance ni l'exaspération vespérale de la céphalalgie de la fièvre typhoïde mais qui se fait sentir par poussées et arrache au petit malade des cris aigus et perçants tout à fait caractéristiques. Les vomissements sont encore un des premiers symptômes à noter: ordinairement ces vomissements se produisent sans effort et sans cause apparente. Le pouls est toujours ralenti et souvent irrégulier ou intermittent; quant à la température, elle s'élève rarement au delà de 103 F. et ne suit pas la courbe régulière et caractéristique de celle de la fièvre typhoïde. L'appétit est nul et malgré la soif apparente dont paraît souffrir le petit malade, vous le voyez saisir avec avidité le liquide qu'on lui présente, y tremper les lèvres et le repousser aussitôt. La constipation est la règle et ne cède généralement qu'aux remèdes passablement énergiques. Les convulsions sont fréquentes et très souvent c'est par ce symptôme de plusieurs attaques convulsives, successivement répétées, que débute la maladie. Généralement les petits malades dorment les yeux entrouverts et la figure passe subitement du rouge pourpré à une pâleur cadavérique. Ce sont là, pour moi, deux symptômes précoces et constants auxquels l'expérience m'a appris à attacher beaucoup d'importance pour le diagnostic de la méningite tuberculeuse.

La *tache cérébrale* est un autre symptôme qui aide, souvent, beaucoup à reconnaître dès les premiers jours cette maladie dont les débuts sont si insidieux. L'immortel Trousseau, à qui revient le mérite de la découverte de cette particularité de la méningite tuberculeuse, la recherchait chez tous ceux qu'il soupçonnait d'être atteint de la fièvre cérébrale. Voici en quoi consiste ce signe que l'on peut constater à la face, aux cuisses et sur le ventre: si on fait avec l'ongle des rainures

sur la peau de ces parties, il se produit une teinte rouge, qui d'abord diffuse et vive s'éteint lentement pour laisser là où l'ongle a touché la peau des raies d'un rouge très vif et qui sont très lentes à disparaître, durant quelquefois de dix à quinze minutes. L'hypéresthésie est aussi un des premiers symptômes à noter et vous entendrez alors la mère se plaindre que son enfant est *sensible de partout*, que chaque fois qu'elle le prend dans ses bras, il paraît souffrir beaucoup. La méningite tuberculeuse ne se présente pas toujours avec tous ces symptômes et elle provoque quelquefois, dès le début, soit des convulsions ou, comme dans le cas que je mentionnais tout à l'heure, une somnolence, une torpeur dont on peut à peine faire sortir le petit malade.

III. ÉVOLUTION.

La fièvre cérébrale est, de toutes les maladies de la pathologie humaine, celle qui offre des rémissions les plus considérables et les plus prononcées. La disparition de tous les symptômes sont tellement accentuées dans certains cas, qu'elles déterminent une fausse joie chez les parents et sont cause que le médecin se met à douter de l'exactitude de son diagnostic.

Pour moi, je me suis toujours bien trouvé, dans ces cas, de demander un délai de 24 heures, avant de me prononcer; car en autant que ma faible expérience peut me servir, une rémission qui dure au-delà de 24 heures est presque toujours, une guérison. J'ai prononcé le mot guérison, mot hardi quand on parle de la méningite tuberculeuse, cependant qu'on me le permette pour le présent, j'y reviendrai plus loin.

Huit jours est la durée moyenne et de la seconde période de la fièvre cérébrale. Durant cette seconde période qui est celle de compression, les symptômes s'aggravent et le petit patient passe de l'irritabilité des premiers jours à un état d'apparente insensibilité, duquel les appels alarmés de la mère, ne réussissent pas toujours à le faire sortir. Les changements de coloration de la face notés dans la première période

s'accroissent et le malade repose, les yeux à demi clos, tenant une jambe en demi flexion et l'autre étendue, une main sur les organes génitaux et l'autre à la tête qu'il retourne constamment sur son oreiller. Les poings sont fermés, les doigts recouvrant le pouce fléchi dans la paume de la main; la tête se porte en arrière, les pupilles sont inégalement dilatées et presque insensibles à la lumière; les paupières, à demi entr'ouvertes, sont garnies d'un exudat gommeux produit par les glandes de Meibomius. A cette période de la maladie, se constate le symptôme que les auteurs français ont surnommé le *ventre en canot*; c'est-à-dire que les muscles de l'abdomen subissent une telle rétraction, que le ventre se creuse jusqu'au point de laisser quelquefois apparaître la forme de la colonne vertébrale. Ce symptôme est le résultat de l'amaigrissement profond dans lequel tombent ces malades et a certainement une grande valeur de diagnostic, malheureusement l'époque avancée à laquelle il se montre lui enlève beaucoup de son utilité. C'est aussi durant la seconde période qu'apparaît le symptôme que Trousseau considérait comme pathognomonique de la méningite tuberculeuse, symptôme connu aujourd'hui sous le nom de respiration Cheyne Stokes. Il en est de même des convulsions qui sont très fréquentes et sont souvent suivies de paralysie ou de raideur d'un ou de plusieurs membres; il y a aussi dans un grand nombre de cas de strabisme ordinairement convergent. Le pouls devient de plus en plus lent et irrégulier.

Au contraire dans la troisième période, le pouls devient très accéléré et monte jusqu'à 160 et plus par minute; de même la respiration s'accélère, quoi qu'à un moindre degré. Les paupières largement entr'ouvertes laissent voir un œil injecté et sans lustre et des pupilles dilatées que n'affecte plus même la lumière la plus vive. A part quelques mouvements convulsifs, le malade est dans un coma profond et peut vivre ainsi plusieurs jours inconscient de la douleur et de tout ce qui l'entoure.

Nous l'avons déjà dit, la méningite tuberculeuse est loin de présenter, toujours, la marche typique que nous venons de

décirer; très souvent les phénomènes de dépression précèdent ceux d'irritation, ou bien une série d'attaques convulsives survenant chez un enfant jusque là bien portant est suivie d'un coma de plusieurs jours de durée, et la mort termine le tout en quelques jours; dans d'autres cas ces signes d'irritation dominent tous les autres, et jusqu'aux derniers moments le petit malade retourne la tête dans le creux de son oreiller en déchirant l'air de ces fameux cris hydrocéphaliques qu'il suffit d'entendre une fois pour les reconnaître toujours. Malgré cette diversité, il n'en est pas moins vrai que, comme règle, le changement de caractère et les dérangements du sommeil sont toujours les premiers prodromes et le mal de tête et les vomissements les premiers symptômes de cette importante affection.

IV. DIAGNOSTIC.

Il est de première importance, mais en même temps très difficile, de faire le diagnostic de la méningite tuberculeuse dès le début; à la seconde ou à la troisième période c'est chose assez facile et, même dans certains cas, l'erreur est impossible pour tout médecin tant soit peu observateur. Quoiqu'il n'y ait pas à proprement parler de symptôme pathognomonique de la fièvre cérébrale, l'ensemble forme un tableau qui rend le diagnostic relativement facile; c'est vous dire que, dans cette maladie encore plus que dans toute autre, une seule visite, suffit rarement pour mettre le médecin en état d'établir un diagnostic certain. Les antécédents personnels et héréditaires surtout pourront aider beaucoup et on devra mettre un soin particulier à découvrir si, parmi les enfants proches ou éloignés, la tuberculose n'a réclamé aucune victime. Toutes les fois que l'histoire de famille sera entachée de tels cas, une forte présomption en faveur de la méningite tuberculeuse existera. Les maladies avec lesquelles on confond le plus souvent la méningite tuberculeuse sont surtout la fièvre typhoïde et la méningite simple.

Il est généralement très difficile de différencier au début la

fièvre cérébrale de la fièvre typhoïde. Je dis au début, car, plus tard, le symptôme du *ventre en canot*, l'irrégularité de la température, la constipation, le strabisme, le changement des pupilles et de coloration de la face et l'absence de gargouillement dans la fosse iliaque droite font facilement distinguer les deux affections l'une de l'autre. Dès le début, on pourra cependant faire le diagnostic, en notant les signes d'irritation par lesquels débute toujours la méningite tuberculeuse; la nature de la céphalalgie, ainsi que je le disais en parlant des symptômes, est bien différente dans l'une ou l'autre de ces affections. Les vomissements, les moments d'éveil et le sommeil agité se rencontrent plus rarement dans les prodromes de la dothiénentérie que dans ceux de la méningite tuberculeuse.

Outre les antécédents héréditaires, mentionnés plus haut, l'absence de prodromes, le délire, la violence et la continuité du mal de tête, le plus grande élévation de la température et surtout la durée plus courte (huit jours ordinairement) différencient la méningite simple de la méningite tuberculeuse. La méningite simple due à une maladie de l'oreille ressemble d'ordinaire, beaucoup plus que tout autre, à la fièvre cérébrale mais alors l'histoire du cas pourra toujours guider le médecin.

V. PROGNOSTIC

Quant au *prognostic*, la méningite tuberculeuse est une des maladies les plus fatales, et si un traitement énergique n'est pas institué dès le début, la mort est inévitable. La durée varie de 5 à 15 jours, et un des signes non équivoques d'une mort prochaine est la diminution du calibre du pouls coïncidant avec l'augmentation du nombre des pulsations.

La curabilité de la méningite tuberculeuse à la période initiale est admise par quelques auteurs, cependant le plus grand nombre considèrent cette maladie comme nécessairement fatale. Evidemment, comme dit un auteur, tant que l'on affirmera que la méningite tuberculeuse est incurable et que tous les cas de guérisons sont dus à une erreur de diagnostic, ja-

mais on ne pourra arriver à prouver que la tuberculose pulmonaire peut dans certains cas être arrêtée dans son développement. Cependant ce qui est vrai et admis pour la tuberculose pulmonaire, ne le serait-il pas pour la tuberculose du cerveau? Contentons-nous de dire que la science n'a pas dit son dernier mot, qu'il n'est pas impossible qu'il y ait quelquefois guérison et que dans tous les cas il y a place ici pour un grand point d'interrogation.

VI. TRAITEMENT.

Le traitement de la méningite tuberculeuse varie suivant les différentes périodes de la maladie. Le médecin devra tout d'abord faire respecter les lois de l'hygiène là où elles sont ignorées ou violées non seulement quant à la nourriture mais aussi quant à tous les petits soins délicats que requiert l'enfance. Le surmenage à l'école étant une des plus fréquentes causes de la maladie qui nous occupe, le médecin devra s'enquérir si l'intelligence de l'enfant n'est pas taxée outre mesure. On devra aussi faire disparaître tout ce qui peut être pour l'enfant une cause de fatigue ou d'excitation, tenir les intestins libres et surveiller la dentition. Les *bromures* aideront à procurer au malade un sommeil paisible et réparateur. La dérivation énergique sur l'intestin est, pour moi, le moyen le plus efficace et le plus sûr de combattre les débuts de la méningite tuberculeuse, et si, dans trois cas où je suis convaincu d'avoir eu affaire à de la fièvre cérébrale, j'ai pu réussir à sauver mes malades, c'est à ce moyen que je le dois. Le *calomel*, malgré les reproches que lui font certains auteurs de déprimer les forces du malade, est mon médicament de choix, dans ces cas; mais il faut le donner à doses suffisantes pour produire un relâchement considérable de l'intestin. Le traitement si en vogue, il y a quelques vingt ans, de la révulsion sur le cuir chevelu, est abandonné et avec raison, car, il me semble, que le fait de traiter l'irritation cérébrale par des moyens aussi irritants était un contre sens. On se contente aujourd'hui de faire des applications

froides sur la tête et un peu de contre irritation sur les apophyses mastoïdes ou sur la nuque : je préfère le vinaigre de cantharide à toute autre préparation pour cette fin.

Pour calmer le mal de tête on se trouvera bien de l'*anti-pyrine*; le *sulfonal* ou le *trional* procureront au petit malade le repos dont il a tant besoin. En combinaison avec les bromures on pourra prescrire l'*ergot de seigle* afin de diminuer l'hypérhémie des centres nerveux. Comme traitement des convulsions, si fréquentes dans cette maladie, on associera le *chloral* au bromure en injections rectales. Presque tous les auteurs prescrivent de donner l'*iodure de potassium*, comme altérant au début, à cette fin je me suis souvent servi avec avantage de la liqueur d'iodure de quinine iodurée mais je n'ai jamais osé donner l'iodure de potasse et voici pourquoi : il me semble que dans une maladie comme celle-ci où un des principaux devoirs du médecin est de faire disparaître toute cause d'irritation, l'usage prolongé de l'iodure, tel qu'il devrait être donné dans ces cas, est un médicament dangereux en ce qu'il peut causer une irritation considérable d'un des principaux organes de la digestion : de l'estomac.

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAITEMENT DE LA SCARLATINE

HYGIÈNE — SÉROTHÉRAPIE — LE SÉRUM DE MOSER

Le Congrès de Berlin, peu satisfaisant au point de vue des résultats immédiatement applicables au traitement curatif de la tuberculose pulmonaire, a eu un pendant heureux dans la découverte que vient de faire le docteur Moser, de Vienne, d'un sérum *curatif* de la scarlatine, dont nous donnons la teneur plus loin.

Jusqu'à ce jour on était d'accord pour attribuer au streptocoque la plupart des complications inhérentes à cette maladie, à cause de son excessive fréquence dans la gorge, dans le sang et dans les viscères des scarlatineux; mais on était peu convaincus sur le rôle primordial que certains auteurs ont voulu lui faire jouer dans l'étiologie de cette maladie dont la nature parasitaire était démontrée par sa contagiosité évidente.

Il semble aujourd'hui que le *streptocoque*, dont les variétés sont nombreuses, doive être considéré comme l'agent du contagé, le microbe de la scarlatine, si l'on s'en tient aux travaux du médecin de Vienne.

I. HYGIÈNE.

Le traitement contemporain de la scarlatine se réduit plutôt à l'hygiène du malade et de l'entourage.

Tout scarlatineux doit être soumis à un isolement rigoureux, surtout à la période de desquamation, où la peau, par ses squames peut faire éclore la maladie, non seulement dans l'entourage immédiat, mais aussi à distance, par le linge, les lettres, etc.

Le médecin et les personnes qui le soignent doivent se revêtir de blouses de toile avant de pénétrer dans la chambre du malade qu'ils quittent au moment d'en sortir, et se plonger les mains dans des solutions antiseptiques après chaque visite. Des linges seront passés à l'eau bouillante, et, après

guérison, la chambre sera désinfectée soigneusement. On évitera ainsi la contagion. La chambre sera large, aérée et le séjour du malade devra s'y prolonger tant que durera la desquamation (30 à 40 jours).

Mais il importe de prévenir certaines complications. Dans ce but, le nez sera antiseptisé par l'usage ininterrompu de pommades boriquées ou mentholées.

Menthol.....	op. 20 centig.
Acide borique.....	4 grammes.
Vaseline.....	30 "

Ou bien :

Résorcine.....	op. 30 centig.
Vaseline	30 grammes.

Nous conseillons également les injections d'huile mentholée à 1 p. 50 ou d'huile résorcinée :

Essence de menthe.....	11 gouttes.
Résorcine.....	1 gramme.
Huile d'olive stérilisée.....	20 "
Dix gouttes dans chaque narine, matin et soir.	

Ces soins évitent la rhinite purulente dont l'issue est souvent incertaine et plus rarement localisée à la seule muqueuse du nez.

La gorge doit être l'objet des mêmes attentions. L'antiseptie sera obtenue par les gargarismes à l'eau boriquée, naph-tolée ou salée. Si les amygdales sont malades, quelques at-touchements avec la résorcine ou une solution faible de ni-trate d'argent à 2 p. 100 rendront des services signalés.

Les organes digestifs seront ménagés par un régime spécial dont le lait formera la base. En réalité, le régime lacté ab-soiu est de rigueur dans ces maladies infectieuses, non seule-ment pour réduire au minimum les fermentations intestinales ou stomacales, mais pour assurer la diurèse si bienfaisante dans tous les cas et si utile au bon fonctionnement du rein qu'il faut surveiller avec un soin méticuleux en recueillant la quantité des urines dans les 24 heures et en faisant l'analyse tous les deux jours au moins.

Les boissons froides doivent être données en abondance dans le même but : les limonades, les tisanes, etc. C'est un préjugé malheureux que d'empêcher les malades de toute catégorie de boire largement. Toutes les maladies pyrétiques bénéficient de l'absorption de grandes quantités de liquides qui opèrent des lavages internes, augmentent la quantité des urines, facilitent l'asepsie des voies digestives et souvent abaissent la température, comme il est facile de l'observer, spécialement dans la fièvre typhoïde.

Si l'on ajoute, à ces soins d'urgence, l'usage interne de médicaments tels que le salol, le benzo-naphtol, le benzoate de soude, le calomel, on évitera les complications de ce côté, et on assurera à la maladie une issue favorable.

La peau mérite une attention toute spéciale. Si l'éruption tarde à sortir, un bain moutardé tiède en facilitera l'apparition. Au début, les bains amidonnés quotidiens, tièdes, soulageront le malade et faciliteront l'asepsie de la peau. Pendant la période de desquamation, les bains savonneux, suivis d'unctons antiseptiques, activeront la chute des squames. On peut se servir de vaseline boriquée, phéniquée ou au salol. Le docteur Seibert, de New-York, préconise la vaseline ichthyolée à 5 ou 10 p. 100. Suivant cet auteur, cette pommade diminuerait le gonflement épidermique, amenderait le prurit, la fièvre et l'agitation, empêcherait la production des crevasses et des infiltrations phlegmoneuses ou érysipélateuses et ainsi en abrègerait la durée et l'intensité.

Les yeux doivent être baignés dans une solution boriquée à 2 p. 100 avec de petits tampons de ouate hydrophile qui ne doivent servir qu'une seule fois. Les mêmes précautions sont applicables aux oreilles.

Telles sont les principales prescriptions hygiéniques que le médecin doit formuler rigoureusement auprès du scarlatineux.

II. SÉROTHÉRAPIE. — LE SÉRUM DE MOSER.

A l'heure actuelle, l'hygiène peut s'adjoindre avec profit les bons services de la sérothérapie, car les statistiques de l'auteur autrichien démontrent que nous avons un sérum curatif

de la fièvre scarlatine. Depuis le sérum de Roux, contre la diphtérie, de nombreux essais ont été tentés et annoncés avec grand bruit dans la coqueluche, la pneumonie, la fièvre typhoïde, le cancer, la fièvre puerpérale, mais le succès a trompé l'attente générale et cette succession de sérums rappelle un peu les marionnettes de la chanson qui . . .

".....font
Trois petits tours,
Puis s'en vont." (1)

Cependant, il semble que nous serons plus heureux avec le sérum de Moser.

1° *Préparation du sérum.* — Il semble étonnant de dire que nous possédons un sérum contre la scarlatine alors que nous n'en connaissons pas encore le microbe spécifique; mais l'auteur a procédé par déduction. Partant du principe que le *streptocoque* se rencontre 90 fois sur 100 dans le sang des scarlatineux, l'auteur a pensé que ce microbe était la cause de la maladie. D'autre part, des observations minutieuses et des expériences précises ayant démontré que le streptocoque d'un premier scarlatineux n'était pas agglutiné dans le sérum d'un autre enfant, second scarlatineux; et que le streptocoque d'un troisième scarlatineux, injecté à un lapin, n'est plus, après ce passage à travers l'organisme animal, agglutiné par le sérum du malade dont il provient; l'auteur arriva à la conclusion que, dans chaque cas de scarlatine, nous avons affaire à une variété spéciale de streptocoques et qu'il fallait obtenir un sérum qui puisse posséder les qualités réunies de chacune de ces variétés supposées pour obtenir des résultats identiques dans tous les cas.

Des expériences l'engagèrent à adopter un procédé qui diffère totalement de celui de Roux, pour le sérum diphtéritique qui peut se résumer en quelques mots. A des chevaux, Roux injecte, à des intervalles réguliers, ou bien la toxine ou bien les bacilles diphtériques mêmes dont la virulence a été artificiellement augmentée soit par le passage répété à

(1) Excepté pour la fièvre typhoïde dont nous apprécierons les résultats ultérieurement

travers un organisme animal, soit en les cultivant sur des milieux nutritifs spéciaux. Sous l'influence de cette intoxication progressive, le contre-poison, l'antitoxine apparaît dans le sérum de l'animal, et c'est elle, quand nous injectons le sérum, dans lequel elle se trouve, qui amène la guérison de la diphtérie dont elle neutralise la toxine.

C'est ce procédé qu'ont suivi tous les expérimentateurs que nous connaissons (Marmoreck, Roger, Chantemesse, Richet et Hericourt, Tevel), avec les succès que nous savons.

Or, Moser, au lieu d'exagérer la virulence du streptocoque par une série de passages à travers l'organisme d'un animal, prit tout simplement vingt scarlatineux et cultiva, sur bouillon, les streptocoques que chacun d'eux avait dans le sang ou dans la gorge. Puis il injecta à un cheval les vingt cultures, les vingt espèces de streptocoques à la fois et obtint de cette façon, un sérum polyvalent qui agglutinait non plus un seul streptocoque, mais chacune des vingt espèces qui ont servi à immuniser le cheval fournisseur de sérum. C'est donc un sérum *aux vingt streptocoques*. Ainsi, tandis que Marmoreck et les autres utilisaient un seul streptocoque dont ils augmentaient la virulence à travers un organisme animal, Moser, au contraire, utilise vingt espèces différentes dont il conserve les propriétés biologiques et dont il obtient un sérum qui guérit la scarlatine.

Telle est, en peu de mots, la synthèse expérimentale de ce nouveau sérum.

2° *Résultats cliniques.* — L'auteur fit ses premiers essais à la clinique infantile de la Faculté de Vienne. Mais au lieu d'injecter tous les scarlatineux sans distinction, il choisit, de propos délibéré, les cas graves d'emblée, mortels à brève échéance. Les résultats n'en sont que plus remarquables.

Le sérum était-il injecté aux scarlatineux dans les quarante huit heures après le début de la maladie, *tous les enfants guérissaient*. D'autre part, le sérum était-il injecté trois, quatre, six jours après l'écllosion des premiers symptômes, un certain nombre d'enfants succombaient et d'autant plus fréquemment que l'injection était plus tardive. Ainsi, tous comptes faits, la

statistique générale de Moser a donné une mortalité de 9 cas sur 100 malades, tous gravement atteints et les uns injectés plus tardivement que les autres, tandis que la mortalité, dans les hôpitaux où l'on emploie la méthode ordinaire atteint le chiffre de 13,09 p. 100 y compris les cas bénins.

L'avantage est donc en faveur du sérum. Mais, me dira-t-on, si nous avons un sérum spécifique, il guérira tous les cas, autrement, il n'est pas spécifique? On peut faire la même objection au sérum de Roux qui a une statistique de 80 à 90 p. 100 et, cependant, il est bien spécifique contre la diphtérie; nous en trouvons la preuve dans le fait qu'il guérit tous les cas qui sont injectés au début, et qu'il immunise, par une injection préventive, tous les membres d'une famille dont un est déjà atteint.

Injectez le sérum de Roux trois ou quatre jours après le début de la maladie, vous n'obtiendrez pas toujours des guérisons.

L'argument ne vaut donc guère contre le sérum de Moser, car à ce chiffre de mortalité abaissé, nous trouvons, dans ses observations que le tableau de la maladie est modifié à la suite de l'injection. " Quelques heures déjà après l'injection, la fièvre diminue et disparaît en même temps que le pouls se ralentit et devient normal, l'éruption si caractéristique, la rougeur si spéciale de la peau, pâlit, s'efface et parfois même disparaît avant d'avoir atteint son entier développement. L'agitation, le délire, provoqués par la fièvre se calment; l'état général s'améliore et la transformation est si complète que, dès le lendemain, le petit scarlatineux ne donne plus l'impression d'un malade... Jamais de gangrènes étendues de la gorge qui sont presque la règle en pareil cas: pas de suppurations interminables des oreilles qui conduisent parfois à la méningite: pas d'albuminuries graves qui sont quelquefois le point de départ de néphrites incurables. Le sérum faisait tourner court la maladie qui évoluait sans accrocs et se terminait par une convalescence rapide."

Ce tableau est suffisamment éloquent. Si l'on ajoute que la mortalité est nulle dans les cas bénins ou dans les cas graves

injectés au début: qu'elle est diminuée dans les cas graves injectés tardivement, on peut conclure avec raison que *le sérum de Moser est le sérum spécifique de la scarlatine*.

Il serait curieux de savoir comment agirait ce sérum dans la fièvre puerpérale.

Néanmoins, ces nouvelles méthodes laissent entrevoir des horizons nouveaux. Peut-être finira-t-on par obtenir, ainsi, un sérum polyvalent contre les formes multiples du coli-bacille, supprimant avec un égal succès la diarrhée infantile et la dysentérie. C'est du moins le vœu que nous formulons. En attendant, sauvons les scarlatineux en leur injectant le sérum de Moser et, surtout, publions nos statistiques afin de raffermir nos convictions.

J.-A. LESAGE.

Agrégé, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

TRAITEMENT DES MÉTRITES

(EXTRAIT)

En présence de l'ectropion inflammatoire rebelle (vulgairement *ulcération*), la tentation est grande d'user des caustiques à titre d'essai au début, à titre définitif quand il s'agit du fer rouge.

La chirurgie conservatrice doit s'alarmer du couteau et détruire les tissus malades par une section nette.

L'opération plastique qui enlève est le moyen conservateur par excellence. Par un singulier contraste, ici la prudence est dans l'action chirurgicale, et la conservation fonctionnelle totale est dans le sacrifice d'une partie, non dans les méthodes prétendues palliatives.

Je suis hautement partisan du traitement plastique des lésions du col, dès que le processus tend à la chronicité. Même dans les cas qui paraissent assez simples, l'expérience démontre que les moindres de ces lésions sont souvent incurables par tout autre traitement.

Le traitement doit avoir un triple objectif, correspondant aux trois termes de la pathologie du col utérin: *inflammation, traumatisme, déformation*.

I. *Traitement de l'inflammation*. — Au début, le traitement est simple; il doit être *extra* et *intra-cervical*.

1° *Traitement extra-cervical*. — Il consiste à assurer l'antiseptie du vagin par des injections chaudes de sublimé (1 p. 1.000 à 1 p. 4.000) et des applications de tampons iodoformés qui soulèvent le col et facilitent la circulation en retour.

En cas de sécrétions épaisses ou de gonflement extrême de la muqueuse, on recourt à la glycérine qui produit une action dialytique utile. Certains vagins s'excorient par la glycérine; il faut alors employer la vaseline iodoformée:

Vaseline	30 grammes.
Iodoforme	10 "
Camphre.....	2 "

ou, s'il y a des phénomènes douloureux, la préparation suivante:

Vaseline	30 grammes.
Salol.....	5 "
Chloral.....	5 "

2° *Traitement intra-cervical.* — Concurrément, recourir à un traitement *intra-cervical*, consistant surtout dans la dilatation antiseptique de la cavité et dans des écouvillonnages légers.

Dans les cas de moyenne intensité, la dilatation répétée, suivie du tamponnement antiseptique, peut être utilisée.

Elle est le plus souvent insuffisante et il faut recourir au *hersage*, fait avec une sorte de scarificateur à lames parallèles multiples et tranchantes de 2 à 4 millimètres, au *curage tranchant* ou à l'application de certains topiques, tels que la créosote, le naphтол camphré, la glycérine iodée :

Iode.....	1 gramme.
Glycérine.....	2 grammes.

Lors de lésions plus profondes, il faut faire l'ablation de la muqueuse au bistouri, suivie de la thermo-cautérisation légère de la surface cruentée, ou la *stomatoplastie*, qui n'est, en quelque sorte, qu'une réduction de l'amputation à lambeaux.

La forme intestitielle scléro-kystique est justiciable de l'amputation.

La *ponction* et la *cautérisation des kystes*, qui amènent une détente passagère dans les symptômes, ne sont que des palliatifs de courte durée.

II. *Traitement des lésions traumatiques.* — Le *procédé d'Emmet* conviendra au cas où la cervicite, étant à son début, est susceptible de céder à de petits moyens.

Mais dès que l'endométrite est profonde, accompagnée de kystes, il faut recourir à l'*amputation de Schröder*, en combinant avec l'opération le large avivement et les sutures latérales d'Emmet.

III. *Traitement des déformations.* — 1° Contre la *flexion*, pratiquer des séries répétées de dilatation :

2° Contre la *conicité*, recourir à la stomatoplastie ou à la section bilatérale ;

3° Contre l'*allongement hypertrophique*, pratiquer l'amputation.

Une cause d'échec du *curage* est l'existence d'une déviation de la matrice: ici l'élément métrite passe au second plan.

L'emploi de la dilatation et de la curette, en matière de déviation, n'est pas négligeable, mais il n'est point curatif. Les insuccès de cet ordre ne doivent pas figurer au passif du curage.

Il en est de même pour les lésions des *annexes*; salpingites, ovarites, pelvi-péritonites, caractérisées par des processus nettement hyperplastiques. Le curage n'a d'effet immédiat certain que sur la muqueuse.

L'avenir de la gynécologie est dans l'objectif physiologique. Or, le cautère actuel, les caustiques violents à demeure sont destructeurs de la physiologie de l'utérus. Il faut donc rejeter la cautérisation intra-utérine.

Métrite du corps de l'utérus. — La dilatation est parfois négligeable.

Métrite puerpérale. — Curettage, écouvillonnage avec un tampon de ouate hydrophile, trempé dans:

Créosote	30 grammes
Glycérine	30 —

DOLÉRIS.

CORRESPONDANCE

INVERSION UTERINE, REDUCTION IMMEDIATE ET GUERISON

Monsieur le docteur Joseph Bédard, de St-Eugène, nous adresse l'observation suivante que nous nous empressons de publier.

Les cas d'inversion utérine sont rares (1 cas sur 200.000 accouchements environ), et sont, malheureusement, souvent suivis de mort, nous sommes donc heureux de communiquer à nos lecteurs le cas de notre ami, le docteur Bédard.

OBSERVATION. — "Madame A. R., âgée de 41 ans, était en travail depuis trois jours, lorsque je fus appelé en consultation par son médecin.
" Nous décidâmes de faire une application de forceps sur la tête qui restait engagée sans aller plus loin au détroit supérieur. Après quelques tractions, l'enfant vint assez facilement. Cinq minutes, environ, après l'expulsion de l'enfant, le placenta se présenta à la vulve et son extraction manuelle, sans tractions fortes, fut suivie de l'utérus en état d'inversion complète. Après une désinfection nouvelle et soignée des mains je tentai de remettre l'utérus en place, en exerçant une pression sur le fond utérin avec ma main droite que j'introduisis dans le vagin à la suite de l'utérus qui reprit peu à peu sa place. Au bout de vingt minutes de manœuvres j'eus la satisfaction d'avoir complètement réussi. Je fis donner à la malade une douche chaude antiseptique qui contrôla facilement l'hémorrhagie, peu abondante, qui survint au cours de l'intervention. La malade fit des relevailles splendides, ne présenta aucune élévation de température pendant toutes ses suites de couches, et elle peut, maintenant, trois semaines après son accouchement, se lever et s'occuper de sa maison."

En lisant cette observation nous voyons qu'il s'agit d'un cas d'inversion *complète* de l'utérus, sans *adhérence* du placenta et que l'*hémorrhagie* n'a pas été abondante. Nous voyons, de plus, que cette inversion utérine s'est faite sans qu'il y ait eu de tractions intempestives du cordon. Enfin l'intervention *immédiate* a été accompagnée d'un plein succès.

Les causes de l'inversion utérine sont variées, mais c'est presque toujours la délivrance qui en est la cause occasionnelle. "L'inertie utérine totale ou limitée à la zone placentaire est la condition préalablement nécessaire à la production de l'inversion. L'inversion ne doit pas être toujours mise au compte d'une intervention intempestive. Il semble que l'utérus joue lui-même un rôle actif dans la production de l'inversion. Le fond de l'organe inerte est saisi par les contractions du reste de l'organe qui le poussent vers le col. (Ribemont-Dessaignes et Lepage, Précis d'Obstétrique)."

L'hémorragie est presque toujours à craindre, soit qu'elle précède, accompagne ou suive le renversement, et elle peut parfois devenir mortelle si l'intervention n'est pas immédiate.

L'inversion utérine peut passer à l'état chronique lorsque le diagnostic n'est pas fait au moment des couches. Elle intéresse alors le gynécologue.

Le traitement de l'inversion utérine comprend deux indications principales: 1° réduire l'inversion; 2° s'opposer à sa reproduction, et combattre les accidents qui peuvent persister après la réduction. (Ribemont-Dessaignes et Lepage).

Que faut-il faire lorsque le placenta est encore adhérent au fond utérin?

“ Le degré de l'inversion et l'étendue de l'adhérence placentaire doivent être pris en considération. Si l'inversion est incomplète, et le placenta complètement adhérent, on réduit d'abord, puisque l'adhérence totale du placenta met à l'abri de l'hémorragie; puis on excite l'utérus par les frictions, le massage, et l'on ne procède à la délivrance qu'après avoir constaté l'état de parfaite rétraction de l'organe. Si l'inversion est complète, et le placenta totalement adhérent, il n'y a pas à hésiter entre les deux conduites. La séparation du placenta rend moins volumineuse la tumeur utérine qu'il s'agit de faire passer à travers le col plus ou moins rétracté, de plus elle ne favorise pas l'hémorragie, alors même que la réduction présente quelques difficultés. Quand le placenta est partiellement décollé, il est encore plus indispensable d'en achever le décollement, et de réduire ensuite. La réduction sera d'autant plus facile qu'elle sera plus hâtive.” (Ribemont-Dessaignes et Lepage).

Comment réduire l'utérus inversé?

Il faut placer la femme dans la position obstétricale et demander à un aide d'immobiliser l'utérus par la région hypogastrique. La main introduite dans le vagin peut agir sur la région utérine la plus voisine du col, ou bien directement sur le fond de l'utérus. Une fois la réduction obtenue il faut s'efforcer de le maintenir en cet état par des injections intra-utérines chaudes, par le massage utérin et l'administration de l'ergot.

J.-É. DUBÉ,
Agrégé.

ACTUALITÉS

BANQUET DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE LAVAL A MONTRÉAL

Le 17 janvier, les étudiants en médecine donnaient leur dixième banquet annuel.

Je suis heureux de profiter de cette circonstance pour féliciter Monsieur le Président de la magnifique tenue de ses joyeux électeurs qui présentent tous les signes évidents d'une bonne santé physique et morale.

Le menu, conçu avec l'apropos et l'esprit qui distinguent le carabin de bonne famille, mérite une mention spéciale. Je cite, comme exemple, ces deux quatrains satiriques qui sentent leur Molière et qui ont été, pour plus d'un, un sujet de rire tout autant qu'un avant-goût délicieux: ce sont les réflexions d'une nurse impatientée, et l'extrait philosophique des théories médicales de notre doyen:

Nurse impatientée: Salut et gloire aux médecins!
Je blâme quiconque les fronde.
Sans l'art de ces Messieurs, on verrait tant d'humains
Que l'on ne pourrait plus se tourner dans le monde.

Prof. Rollot: Tel me dit que notre art est fort à désirer.
Tel me dit qu'il est fort à craindre.
Si notre art fait bien des gens murmurer,
Notre art empêche aussi bien des gens de se plaindre.

— Les orateurs — élèves de la circonstance se sont fait remarquer par des discours nourris d'idées saines et présentés sous une forme attrayante. Surprise agréable autant que rare, "les Parlements" ont eu les honneurs d'une santé envers!

Quand je vois ce qui se passe aujourd'hui et que je songe aux jours d'autrefois, je me plais à penser à la façon de Virgile: *Quantum mutatus ab illo!* . . .

En effet, si j'établis un parallèle entre les étudiants de nos jours et ceux de jadis, disons de mon temps, je relève avec infiniment de plaisir des symptômes évidents d'une magnifique évolution morale et intellectuelle. Car si l'effort de travail que nous faisons, en ce temps-là, donnait des résultats

satisfaisants et proportionnels à l'enseignement reçu, il ne suffisait pas à lui seul pour utiliser la totalité des énergies accumulées durant les longues et sévères années de collège.

Comme conséquence, il restait un surplus, à certains moments, qu'il fallait dépenser de quelque façon et que nous employions à des manifestations publiques aussi bruyantes que peu dogmatiques qui ne se terminaient pas toujours à l'honneur de nos collègues originaires et de notre Université naissante.

La faute en était à nous seuls. Nous limitions beaucoup trop notre champ d'action au point de vue intellectuel: nous ne nous intéressions qu'à la médecine: nous étions par trop matérialistes.

Aujourd'hui, tout est changé. L'étudiant est toujours bon carabin:

" Qui veut le savoir
N'aurait qu'à le voir." (1)

l'effort de travail est équivalent: mais les méthodes d'enseignement se sont perfectionnées, le sens moral s'est orienté d'une autre façon et nous avons le plaisir de constater que, à l'inverse d'autrefois, le surplus d'énergie se dépense d'une façon digne de tout éloge.

À l'étude de la médecine, qui devient de jour en jour une des sciences les plus vastes, l'étudiant joint la culture des arts. C'est ainsi que quelques-uns, parmi eux, ont pu consacrer leurs loisirs à la musique et devenir soit des instrumentistes ou des virtuoses distingués, soit des maîtres de chapelle habiles; que d'autres, épris d'admiration devant l'œuvre magistrale d'un Lamartine ou d'un Victor Hugo, ont demandé à la poésie de leur livrer les secrets de son génie dans des sonnets où le cœur s'allie à l'esprit; que ces derniers, enfin, doués d'une imagination brillante et conduits par un jugement sain, ont pu nous initier à leurs mystérieux "Tournements d'artistes" (2) dans des périodes d'un beau rythme et animées du véritable souffle poétique.

(1) Voir le menu.

(2) Qui a valu à son auteur, M. Corsin, une prime de 50 dollars en concours.

Ces manifestations, si différentes des premières, deviennent pour tous l'expression la plus élevée d'une mentalité supérieure et sont l'indice indiscutable d'un niveau moral et intellectuel de haut rang. On dit que les comparaisons sont odieuses, mais il semble que celle que je fais en ce moment est bien consolante pour ceux qui connaissent les devoirs de l'homme cultivé et les satisfactions qu'il en éprouve durant le cours de son existence.

Autrefois c'était le règne du matérialisme ; aujourd'hui c'est le règne de l'idéalisme. Il semble qu'il faille s'en réjouir, car bientôt, lorsque chacun d'eux aura franchi le seuil de cette Université Laval, notre *Alma Mater* à tous, et qu'il aura été déçu plus d'une fois dans son entourage ou dans les résultats problématiques d'une thérapeutique incertaine ou inutile, il aura besoin de raffermir ses convictions en puisant aux sources pures et intarissables de cet idéalisme, et il sera heureux, alors, d'avoir acquis cette formation intellectuelle spéciale qui lui sera d'un grand secours dans l'avenir alors qu'elle aura été, aux heures passagères de la jeunesse dorée, la cause des joies intimes les plus vives, comme l'orgueil de ses professeurs et les plus bel ornement de sa chère université.

A tous grand merci et continuez d'égayer vos aimés :

“ A mon sens, la *gaieté* vaut presque la sagesse
On dit que c'est un don ; pour moi, je le confesse,
J'en fais une vertu ”

J.-A. LESAGE.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 16 décembre 1902

Présidence de M. VALIN

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

RAPPORTS

I. — M. BOULET, à l'ouverture de la séance, attire l'attention de la *société médicale* sur le grand nombre d'émigrants atteints de *conjonctivite granuleuse* à qui l'on permet l'entrée de notre pays depuis un certain nombre d'années. M. Boulet a remarqué, à son dispensaire de l'Hôtel-Dieu, une augmentation très considérable dans les cas de *conjonctivite granuleuse* parmi les étrangers.

Beaucoup de ces émigrants laissent leur pays à destination des Etats-Unis; mais, comme les lois sanitaires de nos voisins sont très sévères et qu'elles n'admettent aucun de ces cas, ces émigrants viennent s'établir au Canada où ils sont reçus sans aucune difficulté. Il est temps que les autorités sanitaires canadiennes prennent des mesures très énergiques pour interdire l'entrée du pays à cette classe d'émigrants, malades peu désirables.

M. Boulet ne voit pas pourquoi nous serions moins sévères que nos voisins sur cette importante question d'une émigration saine.

Il propose, secondé par M. LeSage, que le secrétaire soit prié d'écrire aux autorités compétentes pour attirer leur attention sur la contagiosité de la *conjonctivite granuleuse* et sur les dangers que fait courir à la population canadienne l'admission de ces malades dans notre pays.

Les membres de la société médicale appuient à l'unanimité la motion de M. Boulet.

II. — M. ALPHONSE MERCIER rapporte l'histoire clinique d'un malade mort à l'hôpital Notre-Dame de *rupture spontanée de la vessie*, dix jours après l'accident.

Ce malade, qui s'était très fortement alcoolisé le samedi, 22 novembre, avait passé une partie du dimanche dans un état d'ivresse absolue; lorsqu'il put se lever dans la soirée il s'aperçut qu'il ne pouvait uriner. Il se rendit à l'hôpital le lundi matin pour se faire sonder, l'introduction de la sonde permit l'émission de quelques onces d'urine. On constata, à ce moment, une ascite assez considérable. Le malade, qui était retourné chez lui, revient le mardi et est admis d'urgence dans la salle. A l'examen, l'abdomen est fortement distendu par un épanchement liquide abondant, aucune douleur, presque pas de traces de circulation supplémentaire.

Les urines sont diminuées considérablement comme quantité, légèrement troubles, très albumineuses et contiennent de nombreux éléments sanguins. Le malade ne garde rien et rejette tout ce qu'il prend. On ne constate aucun autre symptôme propre à mettre sur la voie d'un diagnostic.

Pas de fièvre, ni frissons, etc. Intelligence intacte, pouls normal. Cet état persiste jusqu'au mardi suivant sans présenter de changement appréciable.

Le mardi après-midi (8 jours après son entrée) le malade se met à délirer, la pupille se contracte et la mort survient au milieu de quelques convulsions.

Autopsie: Intégrité de tous les organes. La vessie seule présente des lésions appréciables à l'œil nu; elle est déchirée à sa partie postéro-supérieure. La déchirure, qui intéresse toutes les couches, est en plein péritoine et mesure près de deux pouces d'étendue, les bords en sont nets, non déchiquetés; on voit très bien l'infiltration sanguine sous le péritoine et sous la muqueuse. La paroi de la vessie offre une épaisseur insolite: un demi-pouce. L'urèthre n'est ni rétréci, ni ulcéré, la muqueuse est lisse et ne présente aucune trace d'infiltration scléreuse.

M. Mercier fait remarquer qu'il s'agit probablement ici d'une rupture spontanée de la vessie favorisée par les altérations histologiques de cette dernière. (Le rapport plus détaillé des lésions histologiques de la vessie sera présenté à

une prochaine séance). Une recherche très attentive de toutes les circonstances qui ont précédé et accompagné l'époque présumée de la rupture nous permet de mettre de côté l'influence d'un traumatisme et d'accepter l'hypothèse d'une rupture spontanée.

La rareté de ces cas, et, dans celui-ci, l'absence complète de toute réaction péritonéale pendant les dix jours que le malade s'est *pissé dans le ventre*, l'intégrité du canal uréthral, et l'impossibilité d'invoquer l'existence d'une obstruction mécanique au cours de l'urine, sont autant de points intéressants qui méritaient d'attirer notre attention.

(Cette observation intéressante sera publiée au complet dans l'UNION MÉDICALE, en février.)

DISCUSSION

M. MARIEN fait remarquer que le cas présenté par M. Mercier est un des plus intéressants et un des plus instructifs présentés à cette société.

Les cas de rupture spontanée de la vessie sont excessivement rares, et se produisent ordinairement au niveau d'une paroi vésicale malade. Dans ces cas la vessie ne se rompt pas à cause de la surdistention dans laquelle elle se trouve mais bien sous l'effort de contraction du muscle vésical qui veut débarrasser la vessie de son contenu. Il est surprenant de voir la quantité considérable d'urine que la vessie peut contenir sans se rompre, lorsqu'elle ne se contracte pas.

Dans les cas de rupture spontanée qui ont été rapportés, il s'agissait de vessies contenant de très petites quantités d'urine; c'est ce que l'on remarque chez le malade de M. Guyon et chez celui de M. Charles Monod; ces deux malades étaient des sujets jeunes et leur vessie s'est rompue sur 200 et 150 grammes de liquide injecté.

M. Marien a remarqué que la sensibilité du reflexe vésical existe pendant le sommeil naturel et même lorsque le malade est complètement anesthésié.

Il doit en être ainsi pendant le sommeil alcoolique et la vessie du malade de M. Mercier, vessie à paroi malade com-

me nous l'a fait voir le microscope, a dû se rompre sur une quantité peu considérable d'urine. Car la physiologie nous enseigne que le muscle vésical se contracte avec d'autant plus de force que sa paroi est moins dilatée.

M. Marien demande à M. Mercier de continuer l'étude microscopique de cette vessie pour en faire le sujet d'un nouveau travail devant cette société.

M. ETHIER donne quelques renseignements sur ce malade. Il est le médecin qui a vu le premier ce malade le lundi matin lorsqu'il s'est présenté à l'hôpital Notre-Dame pour faire vider sa vessie. Le patient se plaignait à ce moment de n'avoir pas uriné depuis le samedi soir. L'introduction d'une sonde dans la vessie fit sortir deux onces d'urine normale. L'abdomen était distendu et contenait du liquide. L'examen le plus complet du malade ne révéla rien de particulier comme traumatisme, ni du côté du péritoine. Le malade cependant avoua avoir eu une urétrite gonococcique dix ans auparavant, mais il dit que, depuis, il n'avait jamais éprouvé aucune difficulté à uriner.

Durant la journée du lundi le malade urina seul chez lui deux fois, et une fois le lendemain matin avant son entrée définitive pour l'hôpital.

Le malade fut alors dirigé dans le service de médecine.

M. de MARTIGNY qui a eu occasion de faire des recherches sur ces traumatismes dit que la rupture de la vessie est assez fréquente chez les ivrognes, mais que presque toujours dans ces cas elle se produit à la suite de coups reçus ou de chutes sur l'abdomen.

Dans les expériences qu'il a faites sur des chiens pour calculer la force de résistance de la paroi vésicale il a remarqué qu'il fallait une force très considérable pour rompre la vessie sous la pression de l'eau injectée et que, cependant, le muscle vésical se contractait avec d'autant moins de force que la vessie était plus distendue.

M. MONOD. " Je présenterai, au sujet de la très intéressante observation du Dr Mercier, les quelques remarques suivantes: le Dr Mercier nous demande quelle est, dans ce

particulier la raison exacte de la rupture de la vessie? Je ferai tout d'abord remarquer que nous ne sommes pas en présence d'une vessie saine: le Dr Mercier nous a fait remarquer l'épaississement de sa paroi et se propose de nous rapporter à une autre séance le résultat complet de l'examen de cette paroi. Or, même une vessie saine peut se rompre, en se contractant sur son contenu: les deux observations que rappelait M. Marien en sont la preuve: l'une appartient au professeur Guyon, l'autre à mon père, le Dr Chs Monod. Dans les deux cas on se préparait à lithotricie par une injection d'eau stérilisée dans la vessie, il n'y avait pas de cystite et l'accident survint avant qu'on ait injecté 150 grammes de liquide. Or, le malade du Dr Mercier était ivre: on sait que l'ivresse supprime le besoin d'uriner, mais, pas plus que le chloroforme ou l'éther, elle ne supprime la contractilité de la vessie: l'urine, en arrivant dans le réservoir urinaire, a déterminé à un certain moment la contracture brusque de l'organe comme l'eau stérilisée dans les cas de Monod et Guyon.

Il est bien évident qu'il faut admettre une susceptibilité particulière dans de semblables cas, véritable hyperexcitabilité dont la cause première nous échappe.

Au point de vue symptomatologique, il est intéressant de remarquer que le malade dont on nous a présenté l'observation ne semble pas avoir ressenti la douleur habituelle dans ces cas de rupture, d'abord localisée à la région vésicale, puis généralisée à tout le ventre.

Cette observation a réellement la valeur d'une expérience de laboratoire, elle prouve une fois de plus l'extrême tolérance du péritoine à l'égard de l'urine aseptique.

Je regrette que le Dr Mercier n'ait pas recherché la toxicité de l'urine dans ce cas particulier, car il est très évident que son malade est mort non de septicémie mais de toxhémie.

Le diagnostic pouvait-il être fait? Je ne le pense pas. Cependant je crois que cette observation devra toujours demeurer présente en notre mémoire, afin que, dans un cas en apparence semblable, on ait recours à l'exploration de la vessie avec un cathéter métallique qui seul pourrait faire connaître la rupture.

On peut d'autant plus regretter que le diagnostic n'ait pas été fait, que, dans ce cas, il est bien évident qu'une laparotomie précoce aurait sauvé le malade.

On sait, en effet, que la maladie dans de cas semblables a été abaissée de 80% à 20% depuis que l'on opère, elle sera d'autant moins grande que l'on opérera plus tôt.

M. DUBÉ. " En ma qualité de médecin, je n'essaierai pas d'expliquer le mécanisme de la rupture de la vessie présentée par M. A.-F. Mercier, je préfère laisser ce soin aux chirurgiens présents.

Les cas de rupture de la vessie sont rares, très rares même, c'est déjà là une première raison pour que nous fassions une erreur de diagnostic lorsqu'il nous est donné d'en observer un cas. Je crois que dans le cas présent on a pensé immédiatement à une ascite aiguë chez un cirrhotique à cause des habitudes alcooliques du malade. Cette observation nous enseigne donc qu'il n'est pas toujours bon de faire un diagnostic d'emblée; il vaut mieux faire le diagnostic par voie d'exclusion, c'est préférable.

En présence de ce malade l'on s'est dit: il y a du liquide dans le ventre, et c'est un alcoolique, donc il s'agit d'une ascite aiguë chez un cirrhotique. Il eut été beaucoup plus sage de passer en revue toutes les causes capables de produire du liquide dans le péritoine et de les éliminer les unes après les autres pour arriver en dernier lieu à la cause véritable. C'est la méthode adoptée par les maîtres de France et c'est bien celle qui expose le moins aux erreurs, tout en assurant un enseignement clinique supérieur aux élèves.

Monsieur Monod a fait remarquer qu'il est bon toujours de passer une sonde métallique à ces malades; j'approuve fortement ce procédé clinique et j'ajouterai qu'il existe un autre moyen qui a été négligé dans le cas présent: je veux parler de la ponction exploratrice. Celle-ci aurait permis de retirer, sans danger, une certaine quantité de liquide qui aurait pu, peut-être, mettre sur la voie du diagnostic. Tous les médecins portent constamment sur eux un thermomètre, un stéthoscope, et une seringue hypodermique; je conseillerais

d'ajouter à ce petit arsenal une autre seringue hypodermique ayant une longue aiguille (10 centimètres) qui pourra rendre de très grands services.

Avec des précautions d'asepsie, il est permis de se servir de la ponction exploratrice chaque fois que l'on redoute un épanchement dans une cavité, ou que l'on veuille savoir qu'elle est la nature du liquide de cet épanchement.

L'observation présentée par M. A.-F. Mercier restera donc gravée dans notre mémoire, et nous empêchera, espérons-le, de faire une erreur de diagnostic dans un autre cas semblable.

III. M. CORMIER donne lecture du rapport sur l'enquête qu'il avait été prié de faire sur *les causes de la mortalité infantile* si considérable à Montréal, et sur les moyens les plus propres à y remédier.

Parmi les causes qui occasionnent ce déplorable état de choses, M. Cormier relève le genre et le mode d'alimentation chez les jeunes enfants. Il manque de connaissances, chez les parents, des règles hygiéniques de l'enfance: la négligence des parents à faire soigner leurs jeunes enfants lorsqu'ils sont malades: le peu d'attention que portent certains médecins aux maladies de l'enfance: ce qui est probablement dû au peu d'importance que les facultés de médecine attachent à l'enseignement de cette branche de la science médicale.

(Ce travail est publié en entier plus haut.)

DISCUSSION

M. ASSELIN remarque que M. Cormier a attribué pour beaucoup la forte proportion de mortalité infantile au peu de connaissances hygiéniques des parents. Il dit que l'on a déjà fait des tentatives pour arriver à donner ces connaissances aux parents et que les résultats obtenus avaient été très satisfaisants. Mais le malheur est, que l'on a manqué de persévérance.

Il est convaincu que si l'on avait continué ces conférences hygiéniques dans les différents quartiers de la ville de Montréal la population en aurait retiré un très grand profit. Il regrette que la *goutte de lait*, établie dans la partie est de Mont-

réal, n'ait pas pu continuer l'œuvre de bien qu'elle avait entreprise; les résultats obtenus par cette fondation étaient très encourageants.

“ Parmi les causes principales de la forte mortalité infantile à Montréal, nous devons placer la mauvaise alimentation que reçoivent les enfants lorsqu'il ne sont pas nourris au sein, la négligence coupable de certains parents en présence des maladies de leurs jeunes enfants: ils attendent que l'enfant soit irrévocablement perdu pour faire appeler un médecin. Ils prétendent que les médecins n'entendent rien à ces maladies, et que, pour les enfants, le vrai docteur c'est sa mère. Malheureusement, quelques médecins semblent donner raison à ces gens en ne s'occupant pas assez des maladies de l'enfance et en laissant toute la tâche aux parents, se réservant pour eux le droit de signer le certificat de décès.

Il serait intéressant aussi de savoir si les *polices d'assurances sur la vie de très jeunes enfants* ne seraient pas, dans quelques cas, une des causes de l'incurie des parents. Pour moi, je trouverais que ces compagnies feraient une œuvre bien plus humanitaire et bien plus patriotique si elles accordaient une prime aux parents qui réussiraient à élever des enfants vigoureux.

On a parlé du contrôle de la distribution du lait comme d'un des moyens de diminuer la mortalité infantile, je crois ce contrôle très difficile, mais nous devons, quand même, faire tous nos efforts pour améliorer l'approvisionnement de lait dans notre ville.

Ce qu'il faut surtout, c'est instruire les familles de tout ce qui regarde l'hygiène de l'enfance. L'on devrait rétablir le système de conférences populaires et compléter cet enseignement oral par des livres que l'on ferait distribuer dans toutes les familles; il faudrait même que ce ne fut pas des pamphlets ordinaires mais de petits registres de luxe qui, tout en contenant les préceptes d'hygiène de l'enfance, seraient en même temps un journal où les parents inscriraient tout ce qui a trait à leur enfant: date de naissance, baptême, premières dents, etc. Ce livre serait certainement conservé et les

préceptes qu'il contiendrait seraient absolument connus des parents."

M. DUBÉ. " Je tiens à remercier et à féliciter M. Cormier pour le travail qu'il vient de nous lire. Après avoir recommandé l'allaitement maternel comme le meilleur mode d'alimentation du nourrisson et aussi le plus naturel, M. Cormier ajoute qu'il nous faudrait des nourrices mercenaires et qu'elles nous rendraient de grands services. Je ne partage pas entièrement cette opinion. Je ne suis pas d'avis de sacrifier un enfant pour en sauver un autre; c'est pourtant ce que fait une nourrice mercenaire chaque fois qu'elle refuse son sein à son enfant propre, pour ne le donner qu'à celui qu'on lui a confié. Je comprends qu'elles peuvent nous rendre de précieux services, et cela chaque fois qu'un petit malade ne peut pas digérer le lait de vache; nous pourrions alors les arracher à la mort. Mais la nourrice mercenaire présente trop d'inconvénients pour que nous la désirions dans notre pays.

M. Cormier indique les vrais moyens à prendre pour diminuer la mortalité de nos enfants. Il faut, dit-il, faire l'enseignement des mères, soit par l'intermédiaire du médecin, soit au moyen de livrets contenant les principes d'hygiène les plus élémentaires, soit par des conférences publiques données par des médecins de bonne volonté. Je suis de l'opinion du Dr Cormier qui suggère de s'adresser aux écoles, et de commencer par faire l'éducation des professeurs laïques et des religieuses pour être certains que les élèves seront bien enseignées. Je crois, avec M. Cormier, qu'il faut s'adresser aux gouvernements pour faire édicter des lois sévères contre tous les sirops calmants; il faudrait obtenir de toutes ces boutiques malsaines qu'elles mettent la formule de leur sirops sur chaque flocon.

Les autorités religieuses peuvent rendre également de grands services du haut de la chair et dans l'exercice du ministère en aidant aux médecins à faire disparaître tous ces préjugés stupides qui existent encore, malheureusement, au sein de notre population. M. Cormier a raison de dire que l'autorité religieuse devrait défendre la vie de l'enfant aussi bien après sa naissance qu'avant.

Je crois également que les compagnies qui assurent la vie petits enfants font une chose immorale; tout ce qui est un appel au gain l'emporte fatalement à la longue sur la morale. Que l'on accorde plutôt, comme le dit M. Cormier, une prime de survie au lieu d'une somme d'argent payée à la mort de l'enfant.

La grande cause de mortalité infantile, d'après M. Cormier, c'est la mauvaise nourriture que les enfants reçoivent lorsqu'ils sont nourris artificiellement. J'ai déjà eu, il y a deux ans, l'occasion d'appeler l'attention de la société médicale sur l'approvisionnement du lait de notre ville, je n'y reviendrai pas; qu'il me suffise de dire, avec M. Cormier, que la plus grande quantité du lait distribué à Montréal est impropre à l'alimentation des nourrissons. Quel est le remède à y apporter? M. Cormier croit qu'il est possible d'obtenir un lait relativement aseptique et de le distribuer aux familles pauvres sans le stériliser. Je suis convaincu que c'est la véritable solution du problème, mais je doute qu'il soit possible de la mettre en pratique. Et quand même vous arriveriez à pouvoir distribuer aux familles pauvres un bon lait pur, y joindrez-vous de la glace pour en permettre la conservation dans les maisons de ces malheureux clients? Non. Pour moi, il n'y a qu'un seul moyen actuellement à notre disposition, et c'est le lait pur stérilisé. Mais, lorsque je parle de lait stérilisé, je ne veux pas dire qu'il faille obtenir la stérilisation du lait dans chaque famille lorsqu'elle reçoit sa provision quotidienne de son laitier. Pour moi, ce lait stérilisé à domicile, sauf quelques rares exceptions, est presque aussi dangereux après qu'avant sa stérilisation. Il est, en effet, inutile de stériliser un vieux lait infecté, dans l'espérance de le rendre meilleur.

Ce qu'il faut rechercher, c'est la stérilisation du lait immédiatement après la traite des vaches et cela ne peut s'obtenir qu'à la campagne. Ce lait, stérilisé à 118° centigrade dans des flocons bien bouchés, peut se conserver indéfiniment sans glace ou soins particuliers. J'en ai fait l'expérience moi-même pendant mon séjour à Paris. J'ai élevé mon propre

enfant avec un lait stérilisé du commerce et j'achetais ma provision de lait une fois par semaine seulement. A mon retour d'Europe, mon bébé a bu de ce lait pendant toute la traversée et s'en est toujours bien trouvé. Je sais que quelques auteurs décrivent le lait stérilisé et l'accusent d'une foule de méfaits dont il serait coupable, tels que rachitisme, scorbut, etc. Je ne nie pas la chose, mais j'affirme que c'est l'exception et j'ajoute que dans ma clientèle je n'ai jamais rencontré de ces maladies qui fussent directement causées par le lait stérilisé. Du reste, si vous compulsez la statistique fournie par la société de pédiatrie de New-York qui a fait une enquête sur les causes du scorbut, etc., chez le nourrisson, vous verrez que le rachitisme, sinon le scorbut, peut se développer même chez des enfants nourris exclusivement au sein. J'admets, et tous les auteurs raisonnables sont d'ailleurs du même avis, que le lait stérilisé ne vaut pas l'allaitement maternel, ni même un lait frais et pur non stérilisé, mais je soutiens positivement qu'il vaut mieux que du lait cru et pourri de microbes.

De deux maux prenons le moindre et efforçons-nous alors de reprendre la nécessité du lait stérilisé dans notre population.

Je veux profiter de cette occasion pour annoncer à la société qu'un industriel des environs de notre ville se propose de fabriquer du lait stérilisé du commerce, offrant toutes les garanties. Nous l'avons fortement encouragé, quelques confrères et moi, à vous offrir ce lait dès le printemps prochain. J'ai, à cette occasion, fait venir de France quelques échantillons de lait stérilisé que je me propose de vous apporter à notre prochaine réunion. Ce lait est déjà âgé de trois mois et j'espère vous prouver qu'il est encore parfaitement bon.

M. LECAVALIER fait remarquer que si, dans quelques cas particuliers, on peut se trouver bien de l'emploi du lait stérilisé du commerce, il ne faudrait cependant pas tendre à généraliser son emploi exclusif pour l'alimentation de tous les enfants. Son emploi trop prolongé a provoqué dans quelques cas des troubles rachitiques chez les enfants.

Il est admis aujourd'hui, d'ailleurs, que le lait cuit n'a pas la même valeur nutritive pour l'enfant que le lait cru frais.

M. RICARD proteste contre les allusions qui ont été faites sur les compagnies d'assurances de l'enfance, ces compagnies sont plutôt propres à diminuer le taux de mortalité infantile puisqu'elles ont tout intérêt à protéger leurs petits assurés.

M. GERMAIN remercie M. Cormier de s'être placé au point de vue pratique pour traiter cette question.

Il se prononce fortement en faveur d'une amélioration de l'enseignement des maladies de l'enfance dans nos facultés. Et surtout de l'établissement de cours spéciaux pour les médecins qui pratiquent déjà.

Ces cours, donnés à des heures convenables, à certaines époques de l'année, seraient très suivis et porteraient les meilleurs fruits.

J.-P. DÉCARIE.

Correspondant.

ANALYSES

MEDECINE

Des rapports de l'irrégularité pupillaire et du signe d'Argyl Robertson. (Société de Neurologie, séance du 13 mars 1902).

M.M. Joffroy et Schrameck.—La déformation pupillaire se rencontre à peu près constamment et uniquement dans les affections où la motilité de l'iris est ou va être atteinte : tabès, paralysie générale, syphilis.

On la rencontre bien aussi, comme l'a remarqué M. Marandon de Monthyél, chez un certain nombre de vésaniques, mais seulement alors chez les vésaniques syphilitiques.

La forme que peut prendre l'orifice pupillaire est très variée ; la déformation peut être très apparente et visible à l'œil nu, ou peu marquée et bien visible alors seulement à l'éclairage oblique. Elle semble être monolatérale tout d'abord, puis bilatérale ; c'est toutefois souvent vers cette forme bilatérale qu'elle se présente dès les premiers examens. Quand elle est encore monolatérale, elle peut permettre dans les cas d'inégalité pupillaire à réflexes normaux de discerner quelle est, des deux pupilles inégales, celle qui est pathologique.

La déformation pupillaire est le premier signe en date des troubles indiquant l'altération de l'innervation de l'iris, la première étape dans la marche régressive de cette innervation ; elle précède l'affaiblissement de l'un ou des deux réflexes pupillaires et le signe d'Argyl.

M.M. Joffroy et Schrameck ont pu voir plusieurs fois se développer peu à peu et proportionnellement le signe d'Argyl chez des paralytiques généraux où l'on avait observé seulement auparavant l'irrégularité pupillaire. Ils pensent que toute déformation pupillaire peut, en l'absence d'anomalie congénitale et de synéchies iriennes, et alors même que les réflexes pupillaires sont encore intacts, être considérée comme un signe probable de tabès, de paralysie générale, de syphilis, et que sa valeur sémiologique est la même que celle du signe d'Argyl Robertson dont elle marque le début.

M. Babinski.—Ainsi que M. Joffroy, j'ai observé quelques malades chez lesquels l'immobilité pupillaire avait été précédée pendant quelque temps par de l'irrégularité du contour des pupilles.

Je crois comprendre que M. Joffroy tend à accepter l'opinion que nous avons soutenue, M. Charpentier et moi, à savoir que le signe de Robertson paraît dénoter la syphilis ; les faits rapportés précédemment par M. Souques et par M. Dufour viennent aussi à l'appui de notre manière de voir. Mais, à ce sujet, je voudrais faire une remarque qui s'applique aussi naturellement au tabès et à la paralysie générale. Aujourd'hui, la plupart des médecins, éclairés par les diverses statistiques qui ont été publiées, reconnaissent que le signe d'Argyl, ainsi que les affections dont je viens de parler, ont des relations étroites avec la syphilis ; cela n'est plus discutable. Il s'agit de savoir naturellement si les troubles en question sont susceptibles de se développer aussi parfois chez des sujets qui n'ont pas été contaminés. Tel est l'avis de M. Fournier, qui s'est nettement prononcé à cet égard, dans une leçon toute récente. Je suis, au contraire, parmi ceux qui sont portés à admettre que ces accidents sont nécessairement liés à la syphilis ; mais je tiens à faire observer que mon idée n'est pas basée sur les statistiques dont j'ai parlé, je reconnais même que l'interro-

gatoire et l'examen de certains tabétiques tendaient à donner raison à ceux qui nient la nécessité d'une relation entre le tabès et la syphilis. Mon opinion se fonde sur ce que l'on ne voit jamais de ces malades atteints de l'accident initial de la syphilis : ces sujets sont très nombreux pourtant ; pourquoi donc jouissent-ils, ceux-là même qui, soi-disant, n'ont pas été contaminés, d'une pareille immunité ? C'est vraisemblablement parce qu'en réalité ils sont déjà syphilitiques.

En résumé, selon moi, de nouvelles statistiques analogues à celles qui ont été publiées n'apprendraient rien de nouveau ; la discussion ne saurait être reprise avec intérêt que le jour où l'on viendrait constater un chancre infectant chez un tabétique, un paralytique général ou un sujet présentant seulement le signe de Robertson.

M. Joffroy.—Mais, si l'on ne trouve pas de chancre, on ne trouve pas non plus de blennorrhagie, cette dernière affection n'a pourtant aucun rapport étiologique. Si on ne trouve pas ce chancre, c'est que le malade est de par son affection mis dans l'impossibilité d'agir sexuellement, de façon à risquer une maladie vénérienne.

M. Souques.—Le chancre même n'aurait aucune valeur pour nier l'origine syphilitique, puisque la réinfection est possible.

M. Dupré.—Les négations les plus formelles des malades ne signifient rien ; après les plus énergiques dénégations, on découvre souvent la réalité de la syphilis. Sur 100 gomme du voile du palais, ne voit-on pas 12 ou 15 cas dans lesquels on ne trouve pas trace de syphilis antérieure.

E. P. CHAGNON.

THERAPEUTIQUE

Copahu, Cubèbe et Santal dans la blennorrhagie, par prof. FOURNIER dans *Tablettes Médicales Mobiles*, Déc. 1902.

Le professeur Fournier étudie les indications et les contre-indications de ces trois grands balsamiques dans la blennorrhagie, qu'il condense en quatre propositions.

1° Le copahu, le cubèbe et le santal ne doivent pas être utilisés comme abortifs dans la blennorrhagie.

2° Leur action est nulle contre la blennorrhagie (goutte militaire.)

3° Ils sont également impuissants tant que la blennorrhagie conserve le moindre caractère inflammatoire.

4° Ils font merveille, par contre, dans toute chandepisse aiguë à la période d'aphlegmasie complète.

La goutte militaire n'est pas guérie par les balsamiques. Il est possible de la supprimer momentanément, mais vous verrez ces malades revenir quelques mois plus tard avec la même goutte qui s'éternise sans guérison définitive. Les insuccès sont légion et l'auteur en cite des centaines d'exemples.

Les balsamiques impuissants contre la goutte militaire sont nuisibles dans toute blennorrhagie qui conserve encore des signes inflammatoires quelconques. Au surplus, les écoulements chroniques sont le résultat, habituellement, d'un coupage prématuré, obstiné, entêté. Puis l'auteur fait un exposé des cas tels

qu'ils s'observent 90 fois sur 100. Un homme prend une chaudépisse—son premier soin est de boire des tisanes, de prendre des bains. Au bout de 8 à 10 jours, sur les conseils d'un ami, il prend un balsamique à hautes doses. En 48 heures l'écoulement diminue de 50 p. 100 et souvent de 75 à 80 p. 100, mais le canal reste humide donnant une goutte le matin. On continue les doses. Rien ne change ou cesse. Au bout de 24 heures l'écoulement reprend comme dans les premiers jours : reprise des doses de balsamiques : nouvelle diminution et ainsi de suite. C'est le cercle vicieux. L'auteur cite le cas d'un notaire qui prit ainsi 20 livres de cubèbe et 1000^r injections.

Autant leur action est nuisible dans ces cas, autant elle est merveilleuse à l'heure propice, une fois le stade inflammatoire terminé.

Un malade prend la chaudépisse, recommande-lui le traitement suivant : abstinence, abstention d'alcool et de vin pur, repos relatif, bains d'une heure et boissons aqueuses surtout, tisane d'orge, tisane alcaline classique dont voici la formule :

Essence de citron	XXV gouttes
Bicarb. de soude.	35 gram.
Sucre.	500 "

Diviser en 7 paquets. Faire fondre chacun dans un litre d'eau. A prendre par verres. Ou encore eaux minérales diurétiques, (Contrexeville-Evian). Au bout d'un mois de ce traitement, lorsque l'écoulement aura diminué de 4-5 ou donnant 8, 10, 12 gouttes envi. on par 24 heures sera devenu jaune, donnez les balsamiques et 100 fois sur 100 l'écoulement diminue le 1er jour pour bientôt disparaître totalement. L'échec est l'exception.

J.-A. LESAGE.

Tétanos et Sérothérapie.

Que le traitement du tétanos par la sérothérapie soit effectif, curatif, voici de quoi satisfaire les plus exigeants. Lorsque la thérapeutique est basée sur la pathologie et la clinique, elle est généralement vraie et effective, voyons plutôt.

J'emprunte cette première observation à *La Centralblatt für Chirurg.*, août 1902, qui rapporte cette étude de Koslowski, dans les archiv. russes de pathol. :

Un paysan se blesse un pied sur un clou le 4 juin ; les premiers symptômes tétaniques se montrent le 11. Il entre à l'hôpital le 13, en généralisation tétanique avec tous ses grands symptômes. La plaie n'avait pas été excisée : elle était guérie. On la rouvre et de son fond l'on fait des préparations microscopiques, qui décèlent le bac. de Nicolaïer.

Durant les 14 jours suivants, le malade reçoit chaque jour du sérum antitétanique de l'Institut Pasteur à doses de 6 c. c. m., soit un total de 90 c. c. m., et l'antitoxine sèche de Tizzoni (préparée par Merk) au total de 20 c. c. m. Les contractures étaient disparues le 28ème jour, et la guérison fut radicale.

Huit cas identiques, venus sous l'observation de Koslowski, et qui ne furent pas traités par le sérum, moururent tous.

Le contraste est aussi saisissant que plein d'enseignements.

La communication de Letoux au Congrès Français de Chirurgie, en 1901, est fort instructive sur le même point.

Quatre cas de tétanos, dus à blessure du membre inférieur vinrent sous ses soins. Tous les quatre reçurent le sérum, mais par injection " directe dans les hémisphères cérébraux." Trois conditions sur lesquelles il insiste : 1°. Les donner le plus tôt possible ; 2° à haute dose (10 c. c. m. dans chaque hémisphère) ; 3° directement dans les centres nerveux.

Tous les 4 guérissent. Intentionnellement deux des blessés ne reçurent ni bromure ni chloral. Les injections ont été faites dans le point le plus proéminent des lobes frontaux,—faites profondément, avec aiguille de 6 c., après trépanation d'une minuscule rondelle, aiguille assez longue pour pénétrer jusque dans le ventricule ;—faites " très lentement " (ou en saisit la raison), la durée de l'injection variant de 7 à 27 minutes.

Letoux est plus osé que Koslowski, puisqu'il insiste sur l'injection du sérum directement dans les centres nerveux. Pour être plus audacieux, il est certainement plus sûr, sans compter que la dose de sérum est au total bien moindre : comparez. En effet, c'est un point de pathologie maintenant fixé, que le bac. de Nicolaïer ne chemine ni par le système lymphatique, ni par les vaisseaux sanguins mais par les filets et trous nerveux eux-mêmes. Les premiers symptômes ne se manifestent que lorsque les centres cérébraux sont envahis : de là l'insistance de Letoux.

Ce sérum dit-il, ne guérit pas les cellules atteintes mais il protège les autres ; il ne guérit pas le tétanos mais l'arrête dans sa marche envahissante.

C'est la même constatation faite par d'autres auteurs, sur des cas qui guérirent : l'attaque n'est coupée court, mais arrêtée en statu quo, et graduellement les symptômes s'amendent.

CONCLUSIONS.—1° Tétanos : traitement par le sérum.

2° Faire appeler un chirurgien qui excise la plaie et désinfecte,—puis à la suite de minuscules trépanations il injectera le sérum directement dans les hémisphères cérébraux. Le procédé est héroïque mais sûr, et de même qu'aux grands maux les grandes douleurs, aux grandes douleurs les grands traitements.

E. ST-JACQUES.

PEDIATRIE

L'intoxication saturnine chez l'enfant, par ROMME, dans la
Revue Médicale. 1902.

L'auteur étudie cette question encore peu connue de l'empoisonnement accidentel par le plomb chez l'enfant.

Le lait peut intoxiquer un enfant élevé par une nourrice si celle-ci fait abus de toxiques divers : fards sur le visage, cosmétiques à la litharge et teintures pour les cheveux, dont les bases s'éliminent par le lait et empoisonnent le nourrisson.

Les crevasses des seins que l'on traite avec des compresses à l'acétate de plomb, peuvent être une cause occasionnelle d'empoisonnement par le plomb, se manifestant par des coliques, des vomissements, de l'anémie, que l'on est souvent embarrassé d'expliquer. Les biberons peuvent causer les mêmes accidents par leurs bouts en plomb ou en caoutchouc vulcanisé, plombifère dont les analyses ont montré qu'ils contenaient des traces de zinc, 25 p. 100 de craie et 13½ p. 100 de carbonate de plomb.

L'eau, les vins, les cidres et bières, l'eau de Seltz, le vinaigre, le rhum, l'eau de fleurs d'oranger peuvent contenir du plomb, soit par ce que le vase qui les contient en contenait des quantités variables. On rapporte des cas d'empoisonnement par le séjour prolongé (12 ou 24 hrs.) dans un gobelet d'étain de lait, de tisane chaude ou d'eau rougie. Les mêmes accidents peuvent survenir par ces aliments solides, cuits dans des poteries vernies au plomb ou émaillées, ou dans des casseroles étamées.

Le pain peut causer des intoxications, soit parce qu'on a ajouté de la céruse à la farine, soit parce que des parcelles de plomb provenant des moules s'y sont mêlées, soit qu'il ait été cuit avec du bois peint à la céruse.

Les bonbons que l'on colore avec le chromate de plomb ont intoxiqué un grand nombre d'enfants. Le carbonate de plomb et le jaune de Naples dont on se sert pour colorer les papiers produisent les mêmes accidents.

Les voies respiratoires peuvent être des voies faciles pour les intoxications de ce genre ; on a signalé des accidents chez des gens qui avaient habité des appartements fraîchement peints à la céruse ou chauffés avec de vieilles boiseries peintes. Les tissus, lainages et soies chargées de plomb, de même que les chaussures à cuir intérieur blanchi au plomb, ont causé des accidents. On a signalé des accidents causés par les toiles blanches, grises ou vertes dont on se sert pour protéger les enfants contre la pluie dans les voitures d'osier ou autres. Un fragment de cette toile, analysé, et pesant 10 grammes, a donné un grain de plomb de 4 p. 27. Les mêmes remarques s'appliquent aux toiles vernissées blanches ou autres dont on recouvre les tables. M. Gautier y a décélé 300 grammes de plomb par mètre carré.

Les jouets sont une cause avérée d'intoxication, à cause de l'habitude de l'enfant de tout porter à sa bouche. Ainsi il y a grand danger s'il s'agit de soldats en plomb ou de trompettes dont l'embouchure peut contenir jusqu'à 85 p. 100 de plomb.

Les boîtes de couleurs présentent les mêmes inconvénients, car " au lieu de tremper les pinceaux dans l'eau, les enfants trouvent plus expéditif et plus commode de les mouiller dans leur bouche."

Enfin en dernier lieu il faut signaler les substances plombifères employées dans un but thérapeutique ; la *céruse* pour saupoudrer les excoriations aux cuisses : l'*acétate de plomb* contre les coupures et les conjonctivites granuleuses ; l'eau de Goulard dans les gerçures des seins, etc.

En dernier lieu les accidents de chasse par le séjour de grains de plomb sous la peau, entraînent des accidents dont on cite des exemples authentiques.

J. A. LESAGE.