

TRAVAUX ORIGINAUX

L'HYGIENE ET LA GUERRE

DR EDGAR COUILLARD

Inspecteur d'Hygiène, Assistant Chirurgien à l'Hotel-Dieu.

Déchaînée dans toute l'Europe par l'Allemagne, la guerre actuelle a étonné le monde entier, par la masse des hommes en présence, par la multiplicité des champs de bataille et l'étendue jusqu'ici inconnue des "fronts", et surtout par la barbarie et la cruauté avec laquelle elle est conduite par ceux-là même qui l'ont voulue. Elle a apporté à la médecine et à la chirurgie des problèmes nouveaux à la solution desquels les médecins des pays alliés ont voulu concourir; et ces problèmes, par l'intérêt toujours croissant, créé autour d'eux dans la presse médicale, ont captivé l'attention des médecins et des chirurgiens des pays neutres.

De son côté, l'hygiène, dont l'action, est plus humble et plus silencieuse, ne s'est pas arrêtée dans sa marche en avant lors de la déclaration de la guerre. Bien au contraire, elle a reçu un élan tel qu'il semble qu'elle est mieux préparée pour la guerre que pour la paix. La maxime des anciens *si vis pacem para bellum*, dont les diplomates modernes se sont emparés comme si elle leur appartenait, et qu'ils ont de plus en plus interprétée dans le sens de l'armement à outrance, n'aurait pas dû être écrite, pour la première fois, dans un livre traitant des choses

Syphilis
Artério-sclérose, etc.
(Ioduro Enzymes)
Todure sans Todisme

Todurase

de COUTURIEUX.

57, Ave. d'Antin, Paris.
en capsules dosées à 50 ctg. d'Io.
dure et 10 ctg. de levurine.

de l'art militaire, mais avec plus d'à-propos dans le premier traité d'hygiène. En effet c'est l'hygiène qui, par la lutte incessante qu'elle soutient contre les maladies les plus terribles, fait les hommes mieux armés pour la vie, et leur assure la plus grande somme de paix et de bonheur.

Aussi bien, croyons-nous qu'il est opportun d'étudier brièvement les mesures sanitaires prises en France, où se trouve le principal champ de bataille. Après avoir esquissé les grandes lignes de l'organisation du territoire français au point de vue sanitaire, nous parlerons de la prophylaxie des maladies à grandes épidémies, telles que la fièvre typhoïde, la variole, et le typhus.

ORGANISATION SANITAIRE

Au moment de la mobilisation générale alors que l'organisation militaire primait tout, il était urgent d'assurer à la population civile une protection sanitaire adéquate. Des mesures exceptionnelles ont été prises dès le début de la guerre en vue de prévenir et de combattre la propagation des maladies infectieuses.

Une nouvelle réglementation concernant la santé publique en temps de guerre, a été édictée par le décret du 14 août 1914. Ce décret comporte, la division des départements en circonscriptions sanitaires, chaque circonscription étant sous la direction d'un médecin délégué, et la déclaration des maladies suivantes: fièvres typhoïdes, typhus exanthématique, variole et varioloïde, scarlatine, diphtérie, suette miliaire, choléra et maladies cholériformes, peste, fièvre jaune, dysenterie, infections puerpérales et ophtalmie des nouveaux-nés et la méningite cérébro-spinale. Les médecins, les chefs de famille, les logeurs qui ont eu connaissance d'un cas de l'une de ces maladies, sont tenus d'en faire sans délai la déclaration à la mairie.

Les pouvoirs du délégué, qui a la direction de la circonscription, sont très étendus. Il recherche les cas suspects, visite les malades, apprécie s'il y a lieu à désinfection, décide de l'isolement et fixe les conditions de cet isolement, soit à domicile, soit dans un établissement hospitalier. A défaut d'établissement hospitalier il requiert tel local où les soins et l'isolement pourront être assurés.

Lorsqu'il s'agit de fièvre typhoïde, de diphtérie, de méningite cérébro-spinale et de dysenterie, le délégué recherche les porteurs de germes sains ou convalescents, et propose les mesures d'isolement nécessaires à leur égard.

En présence d'un cas de variole, le délégué procède immédiatement à l'isolement du malade et des personnes suspectes; puis il procède ou fait procéder d'urgence et d'autorité à la revaccination de façon à immuniser la population. Dans le cas où la vaccination serait refusée le délégué fait procéder à l'isolement par l'autorité militaire.

Contre la fièvre typhoïde, il ordonne de prendre toutes les mesures pour empêcher la contamination des eaux, du lait et des autres aliments; requiert d'urgence la fermeture des puits susceptibles d'être contaminés; conseille la vaccination antityphoïdique. Enfin, il fait procéder d'urgence à la désinfection par le lait de chaux, chaux vive, etc., des terrains sur lesquels auraient été déposés des matières fécales, notamment les terrains qui constituent le périmètre de protection des sources.

Le délégué de la circonscription a le droit de procéder lui-même à l'exécution de tout ce qui précède, ou de requérir le service sanitaire municipal. Dans le cas où cette requisition resterait sans effet, il en réfère aussitôt au préfet et à l'autorité militaire.

Le délégué de la circonscription demeure toujours en com-

munication avec le délégué départemental, auquel il signale d'urgence tous les incidents sanitaires importants qui se produisent dans sa circonscription.

Environ 2,000 circonscriptions ont été ainsi créées et pourvues de titulaires. De leurs rapports s'est dégagée l'impression que, depuis le début de la guerre jusqu'à mai 1915, la situation sanitaire de toute les parties de la France, s'est maintenue exceptionnellement favorable. Aucune épidémie proprement dite n'a été signalée. Depuis le mois de janvier 1915, certaines affections, notamment la méningite cérébro-spinale et la scarlatine se sont manifestées dans un certain nombre de villes de garnison ou de cantonnements. La population civile s'en est heureusement peu ressentie.

FIÈVRE TYPHOÏDE

En temps de paix, la fièvre typhoïde figure au premier rang parmi les plus fréquentes des maladies graves qui atteignent les armées; "elle constitue invariablement, dit le Dr Léon Labbé, la principale cause de décès et à cet égard, elle l'emporte même sur la tuberculose. Dans l'immense majorité des cas, ce sont les influences urbaines et non les influences proprement dites de la caserne, qui sont la cause principale de la fièvre typhoïde chez le soldat." Celle-ci est plutôt le reflet direct des conditions sanitaires vicieuses de la population civile, au milieu de laquelle le soldat est appelé à vivre en garnison.

Au contraire les facteurs typhogènes sont inhérents aux conditions de la guerre; leur puissance est centuplée par les grandes agglomérations humaines. Si l'hygiène lutte difficilement contre l'influence pathogène des villes, elle est encore moins efficace contre celle des vastes campements où des milliers

d'hommes se pressent dans un périmètre étroit, où la prophylaxie est vaine en face des inexorables nécessités de la guerre.

Aussi importait-il au plus haut degré de prévenir le soldat contre la fièvre typhoïde. Dans les guerres antérieures on ne possédait que des moyens prophylactiques auxquels est venu s'ajouter, durant les dernières années, un moyen préventif, la vaccination antityphique dont l'efficacité est indubitablement établie, surtout pour les soldats.

La vaccination antityphique obligatoire votée par le Parlement français au printemps 1914, n'avait pu trouver son application générale, quand la guerre éclata. "Dans l'armée active écrivait M. le Professeur Chauffard, au mois de janvier dernier, toute une classe n'avait pu encore être vaccinée, et il en était naturellement de même pour les réservistes et les territoriaux. Mais, depuis le 1er août 1914, un effort énorme a été fait, et du laboratoire de vaccination antityphique Val-de-Grâce, sous la direction du Professeur Vincent, part actuellement chaque jour un chiffre moyen de 60,000 doses de vaccin. La lutte antityphique se poursuit sans arrêt et pour le plus grand bien de nos soldats."

La fièvre typhoïde est apparue à l'automne 1914, mais "l'influence de la vaccination antityphique a été remarquable, dit le professeur Robin. Dans un dépôt d'artillerie, la vaccination portant sur un effectif de 2,500 hommes, la mortalité par fièvre typhoïde n'a jamais dépassé 3 p. 100 des cas, et dans certains groupements, 1 ou 2 p. 100."

En général les chiffres de la mortalité par fièvre typhoïde sont nettement inférieurs aux statistiques du temps de paix, ce qui est sans précédent dans l'histoire des guerres antérieures.

Nous savons que tous les soldats des Iles Britanniques, sont vaccinés contre la fièvre typhoïde avant d'aller au front ; et

l'autorité militaire canadienne a fait vacciner les nôtres avant de les envoyer en Angleterre.

Une statistique, recueillie par le Colonel sir William Leishmann, dans les troupes anglaises et indiennes du corps expéditionnaire, s'étendant depuis le début de la guerre jusqu'au 20 janvier 1915, est très instructive :

Dans les troupes anglaises non vaccinées dans les deux années antérieures, il y a eu 305 cas de fièvre typhoïde avec 34 décès, soit 11.01 p. 100.

Dans les troupes anglaises vaccinées dans les deux ans, mais avec une seule dose, il y a eu 83 cas avec 1 décès, soit 1.20 p. 100.

Dans les troupes anglaises vaccinées dans les deux ans, mais avec deux doses, il y a eu 33 cas mais avec zéro décès, soit 0 p. 100.

Enfin dans les troupes indiennes qui n'ont pas été vaccinées du tout, il y a eu 23 cas avec 3 décès, soit 13.04 p. 100.

L'utilité de la vaccination complète ressort bien de ces chiffres comme du reste, de ceux qui ont été recueillis en France.

D'autre part, il ne faut pas oublier que la vaccination préventive, n'a pas fait rejeter les moyens prophylactiques ordinaires. Dans l'hygiène des armées en campagne il faut faire une grande place à tous les procédés de désinfection des eaux et à la salubrité des camps et des tranchées.

En campagne le problème de l'eau d'alimentation est des plus difficiles à résoudre cela se conçoit. " De l'ingestion d'une eau polluée spécifiquement peuvent découler des désastres plus graves que le feu de l'ennemi ; " fièvre typhoïde, choléra, dysenterie. Les épidémiologistes estiment d'autre part, qu'en dehors de la souillure spécifique, la souillure banale prédispose aux troubles digestifs favorisant l'éclosion d'infections

intestinales, aussi le soldat doit-il être informé du péril de l'eau. et les autorités doivent-elles y parer.

Quant une troupe doit cantonner à un endroit quelconque, elle a tout le temps voulu pour faire un choix judicieux entre les diverses sources d'approvisionnement connues. Toute eau de réputation douteuse, et à plus forte raison dangereuse, est consignée à la troupe. Un écriteau, "Défense de boire de cette eau," est immédiatement placé près des points de puisage, qu'on fait garder au besoin par une sentinelle. N'utilisant que les sources qui offrent le plus de garanties, la troupe de cantonnement, parce qu'elle n'a pas à se déplacer constamment, peut facilement appliquer les différents procédés d'épuration sur place de l'eau : Ebullition, épuration chimique et filtration au moyen d'appareils portatifs, dont plusieurs modèles sont actuellement en usage. De ceci il résulte, que, bien souvent, la troupe de cantonnement est mieux alimentée en eau potable que la population civile près de laquelle elle vit. Heureusement cette éventualité ne se produit que très rarement, et, en outre, il ne faudrait pas croire que la population civile a été négligée.

Le 23 septembre 1914, le Ministre de l'Intérieur en France, a transmis aux préfets des instructions concernant les mesures d'hygiène, à prendre dans la zone des armées, motivées par la mobilisation et l'Etat de guerre. L'ébullition et la javellisation, c'est-à-dire l'épuration de l'eau par l'hypochlorite de soude, forment la teneur de ces instructions. On recommande à la population civile de ne boire que de l'eau bouillie ; une ébullition d'une minute suffit.

Les hypochlorites alcalins, soit dit en passant, sont fort en honneur au cours de la guerre actuelle, soit en chirurgie sous forme de liquide de Wakin pour la désinfection et la déterision des plaies, soit en hygiène, sous forme d'eau de javel,

pour la désinfection des locaux dans les hôpitaux temporaires et autres, et pour l'épuration de l'eau.

L'eau de javel se trouve partout. La dose à employer, répondant à tous les besoins, lorsqu'on veut traiter une eau de boisson, est calculée à raison de 0. mgr. 8 de chlore actif, par litre d'eau à stériliser. Voilà pour les troupes de cantonnement et la population civile.

Pendant il n'en est plus ainsi pour les troupes en marche. Celles-ci n'ont plus le choix, et les troupiers s'approvisionnent au premier endroit qui se présente sur la route. Aussi sont-ils plus exposés que les autres, et devait-on s'ingénier à leur procurer des approvisionnements d'eau, sinon complètement pure, du moins débarrassée des germes pathogènes qui seraient capables de compromettre le succès d'une campagne. Le premier, M. le médecin inspecteur Vaillard, a proposé un procédé rapide et simple, qui peut être utilisé par les troupes en marche, grâce à la préparation de comprimés dont l'emploi simplifie les manipulations. Ce sont les comprimés bleus, blancs et rouges, pour la désinfection de l'eau par l'iode.

Voici comment le soldat, qui a toujours avec lui ses comprimés dans un étui métallique, doit procéder. J'emprunte cette description au Dr Doptes, médecin major de 1^{ère} classe : Dans un peu d'eau, le soldat fait fondre simultanément un comprimé bleu d'iodate de soude, et un comprimé rouge d'acide tartrique ; l'iode est mis en liberté, et le liquide prend une teinte jaune brun, il le verse dans l'eau à purifier qui se colore aussitôt. Après dix minutes, il décolore à l'aide d'une pastille blanche d'hyposulfite, qu'il a préalablement fait dissoudre dans un peu d'eau. Ces comprimés sont dosés pour épurer dix litres d'eau, contenance habituelle d'un seau ou d'un bidon de campement. Des expériences antérieures ont établi qu'à la dose de 75 milli-

grammes, l'iode tue, en dix minutes, la plupart des microorganismes contenus dans les eaux impures, comme l'eau de Seine ou de mare. En outre l'eau conserve ses propriétés premières.

Plusieurs autres procédés ont été proposés soit pour l'épuration chimique, soit pour la filtration rapide de l'eau.

Quelques gouttes d'eau de javel, versées par le médecin-major dans le sac à l'eau des soldats qui défilent devant lui, ont permis de réaliser très fréquemment, l'épuration rapide de l'eau pour les armées en marche. Ce procédé de fortune très utile et très facile à mettre en œuvre, a rendu de réels services, notamment pendant la bataille de la Marne, alors que les Français reprenant le territoire envahi, se sont trouvés en présence de puits et de sources d'eau infectés par les cadavres d'animaux morts qu'y avaient déposés les Allemands au moment de la fuite.

Ajoutons toutefois que la javellisation de l'eau n'a pas toujours suffi, et qu'il a fallu y joindre l'ébullition.

Les armées anglaises et russes ne boivent qu'une légère infusion de thé. En France, on s'efforce actuellement de fournir aux soldats dans les tranchées, de l'eau qui a été boullie et légèrement aromatisée avec du thé.

La salubrité des tranchées et des cantonnements a aussi une grande importance pour la prophylaxie des infections intestinales. La plus grande propreté doit y régner. Aussi les soldats doivent-ils faire disparaître toutes les mares d'eau stagnantes au fur et à mesure qu'elles se produisent, et creuser des puisards au fond des tranchées pour que l'eau de pluie s'y accumule.

Les "feuillées" sont installées aussi loin que possible des locaux habités et surtout de toute source d'eau potable; elles sont assainies avec la terre du talus que le soldat y rejette avec son pied, et deux fois par jour en été, une fois par jour en hiver

on projette du chlorure de chaux en poudre. Lorsqu'on les abandonne elles sont comblées et réparées.

Variole.—La variole, sinistre compagne des guerres antérieures, au même titre que toutes les maladies infectieuses, a laissé en France un épouvantable souvenir de son passage lors de la guerre 1870-71. Paris compta 17,681 victimes par cette maladie, alors que pendant les deux sièges, 4,862 hommes seulement moururent de leurs blessures. Elle fit perdre à l'armée française pendant la guerre 23,400 soldats. Les Allemands, qui avaient pris leurs précautions, n'eurent que quelques centaines de décès (environ 600). Les statistiques donnent pour la France en 1870-71, le chiffre effroyable de 222,000 cas de variole avec 60,000 décès.

La crainte justifiée de sentir en mouvement des milliers d'hommes de tous les âges et de toutes les nations, la certitude des misères physiques et morales qui surgissent inévitablement de toute guerre, et la connaissance acquise de l'état spécial de réceptivité des individus vis-à-vis des infections en présence des calamités publiques et des catastrophes, furent causes que dès le début des hostilités les conseils d'hygiène et les pouvoirs publics recommandèrent aux populations la vaccination et la revaccination antivarioliques,

Parmi les nations qui combattent aujourd'hui les unes contre les autres, la vaccination antivariolique est obligatoire en Allemagne, en Angleterre et en Serbie. En Angleterre, en Belgique et en Russie, cette mesure de sécurité est recommandée par les pouvoirs publics, sans toutefois être soumis à l'obligation.

En France, de par la loi de 1902 concernant la protection de la santé publique, la vaccination et la revaccination sont obligatoires à un an, à onze ans et à vingt et un ans. A vingt et

un ans, les hommes sont méthodiquement soumis à la revaccination au régiment, et ultérieurement pendant leurs périodes d'instruction de réserve. De sorte que tout soldat français est aujourd'hui immunisé contre la variole.

Lors de la déclaration de la guerre, la population civile offrait un vaste champ d'action à la maladie. Aussi un effort considérable fut-il fait de ce côté. A Paris M. le Dr. Guilhaud chef du service municipal de vaccination, a fait procéder à plusieurs centaines de mille inoculations. Dans le département de la Seine près de 300,000 vaccinations ont été opérées, dans la ville de Vichy 22,605 vaccinations ou revaccinations: ainsi de suite pour le reste de la France.

L'immunisation conférée par les inoculations, a rendu les manifestations varioliques tellement rares, que les hygiénistes considèrent les statistiques sur ce point comme négatives. Pour nous, le côté instructif de la question découle des succès obtenus par les vaccinateurs, au cours de leurs opérations.

M. Wurty, directeur de l'Institut supérieur de vaccine de l'Académie de Médecine, dans une de ses statistiques relève chez les jeunes 83 p. 100 de succès, chez les hommes 85 p. 100.

Mr le Dr G. Barne, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique, de France, publiait à la date du 25 novembre 1914, la statistique suivante: enfants de onze ans 45 p. 100 de succès, contre 25 à 30 p. 100 de succès en temps ordinaire. Femmes 65 p. 100; hommes 62 p. 100.

Les vaccinations opérées à Vichy par le Dr Rajat lui ont donné une moyenne globale de 75 p. 100 de succès.

La virulence et la pureté parfaite du vaccin, et la technique des scarifications substituée à celle des piqures jointes à la réceptivité actuelle des sujets, expliquent cette magnifique statistique de succès. La variole est pratiquement rayée des cadres

sanitaires en France, et les tristes événements de 1870 ne se répèteront pas.

Le Typhus.—Presque toujours des épidémies des deux typhus ont accompagné les grandes guerres. Bien que jusqu'ici l'agent pathogène du typhus n'ait pas été decouvert, des travaux français récents ont montré que les poux transmettent et le typhus exanthématique et le typhus récurrent. Ils sont les seuls agents de leurs transmissions. Aussi bien la prophylaxie du typhus se résume-t-elle à la destruction des poux, à l'établissement de cordons sanitaires, de quarantaines, et à l'isolement des malades. Notons que les malades cessent d'être contagieux dès qu'ils sont débarrassés de leurs poux, leurs excréta ne le sont nullement.

La guerre actuelle peut-elle réaliser les conditions ordinaires du développement du typhus? Voilà la question que se sont posés les médecins. Ces conditions sont la pullulation des poux, et l'existence du réservoir du virus, c'est-à-dire d'hommes malades et sur lesquels les poux puissent s'infecter. J'emprunte des docteurs Lhoinot, Charles Nicolle et E. Conseil les notions épidémiologiques spéciales au typhus.

Le pou est le commensal habituel des contingents indigènes des armées alliées, il parasite les prisonniers allemands, se multiplie sur la population misérable des territoires envahis, et chez les soldats, dans la vie immobile des tranchées. En effet, on rapporte qu'il y a eu une véritable éclosion de poux dans les tranchées, et le service de santé a dû pourvoir à l'épouillage systématique des malades et des blessés.

Les poux sont détruits par les onctions d'huile camphrée, et on s'oppose à leur pullulation par la propreté corporelle ébouillantement du linge, linge propre etc.

On comprend facilement que les poux aient pu se multiplier

à leur aise dans les tranchées, l'orsqu'on sait que les hommes y passent plusieurs jours sans enlever leurs habits.

Le réservoir de virus dans les pays d'Europe était ainsi constitué avant la guerre.

(a) Foyers endémiques importants :

Russie.

Allemagne orientale ; Prusse Posuanie, Silésie.

Isles Britanniques.

(b) Foyers endémiques moyens ou restreints :

Autriche : Bohême, Moravie, Silésie, Galicie.

Pays Balkaniques.

Italie.

Portugal : Algarve.

Hollande.

France : Bretagne.

(c) Pays indemmes :

Suisse.

Belgique.

Espagne.

Scandinavie (?)

Dans la présente guerre, les principaux facteurs de l'importation du typhus en France sont, d'une part les contingents indigènes, en particulier ceux de l'Afrique du Nord, (Algérie, Maroc) et d'autre part les prisonniers originaires des contrées notoirement contaminées : Silésie, Galicie, Provinces Slaves.

Le typhus a donné lieu à des manifestations répétées en France depuis le début de la guerre, sans toutefois donner lieu à des épidémies terribles comme celles qui se sont produites en Serbie au cours de l'hiver dernier. Et la suppression du typhus en territoire Serbe restera à l'honneur des médecins de la Croix Rouge-Américaine.

En somme, si la guerre actuelle a défié tout ce qui avait été prévu jusqu'ici en fait d'armement, nous avons la conviction qu'elle sera, au contraire, le plus beau document confirmant et établissant sans conteste l'efficacité des données scientifiques qui forment la base de l'hygiène moderne. Avec Jenner, en Angleterre, qui découvre la vaccine antivariolique, avec Vincent et Chantemesse qui, en France, font faire de si rapides progrès à la vaccination antityphoïdique, avec Moczutkowski, en Russie, qui en 1900 s'inocula le sang d'une malade atteinte de typhus exanthématique à Odessa, expérience qui établissait à la fois et l'inoculabilité du typhus et la présence de l'agent pathogène dans le sang du typhique, avec Netter encore en France, qui entrevoit clairement le rôle des poux, et Chs. Nicolle, Comte et Conseil, tous français, qui viennent d'établir définitivement le rôle de ces parasites dans la contagion des typhus récurrents et exanthématiques, avec de tels hommes l'hygiène est devenue une puissance sur laquelle les Alliés peuvent compter. Aussi leur est-elle fidèle, et usent-ils de sa force pour le plus grand bien de la civilisation et de l'humanité :

Quant aux Allemands, au cours de la guerre actuelle, ils ont porté l'hygiène à la hauteur de leur mentalité, entièrement imprégnée de prussianisme. Après l'avoir introduite dans leur armement, ils lui ont donné l'empreinte nationale, celle dite " K K ", entachée d'égoïsme et de barbarie. Leur esprit d'organisation technique et méthodique, qui fait se pâmer d'étonnement les badauds, les a conduits dans des voies fort compliquées, qu'ils ont dû abandonner bientôt. Ainsi au lieu de vacciner leurs hommes contre la fièvre typhoïde avant de les mettre en campagne, ils ont pensé qu'il était préférable de repérer " les porteurs de bacilles " partout où ils se trouvent, afin de maintenir leurs armées en " milieu atyphique ". Ce travail avait

déjà été fait avant la guerre dans la Prusse rhénane, la Lorraine annexée et le Luxembourg. Les médecins employés à cette besogne, trainaient-ils des espions parmi leurs aides, afin de mieux servir leur empereur? On pourrait le croire, puisque en définitive la nouvelle voie, ouverte par eux, ne leur a rendu aucun service.

La fièvre typhoïde a sévi chez eux peut-être plus que chez les français, et il leur a fallu revenir à la vaccination qu'ils pratiquent sur le "front", c'est-à-dire dans de mauvaises conditions.

La prophylaxie comprise à la manière allemande, a fait proposer d'abandonner, tout simplement sur le champ de bataille, les individus trouvés dans un état particulièrement sale et abîmé, ou encore ceux qui sont notoirement malades, plutôt que de les transporter dans les camps de prisonniers ou dans les hôpitaux allemands, "*où ils présenteraient un danger au point de vue hygiénique*" ! Il est bien évident que pour les médecins allemands, le mot prophylaxie signifie inhumanité !

Enfin, le Dr Malgeau nous rapporte qu'il a des raisons de croire que l'"*empoisonnement fécal de l'eau*" été récemment effectué en France par l'armée allemande.

Non, vraiment, cela sent trop la "Kulture". Quittons au plus vite ce milieu pestilentiel.

DR EDGAR COUILLARD.

LE STRABISME (1)

Dr. Jos. VAILLANCOURT

Prof. agrégé à l'Université Laval.—Assistant au service d'Ophtalmologie
à l'Hôtel-Dieu.

Il est bien entendu que nous ne nous occuperons dans ce court entretien que du strabisme concomittant ou non paralytique; qu'on appelle aussi strabisme musculaire pour faire ressortir davantage le fait que les lésions proprement dites des nerfs moteurs de l'œil sont étrangères à son origine; sans toutefois avoir la prétention par cette dénomination de préciser la nature de cette origine. S'il est probable en effet que certaines anomalies musculaires peuvent favoriser le développement du strabisme, il n'en est pas moins vrai qu'ici encore les troubles de l'innervation des mouvements des yeux jouent un rôle capital.

HISTORIQUE DU STRABISME. — Avant d'entrer dans l'étude proprement dite du Strabisme, disons un mot de son historique. La myotomie introduite dans la pratique chirurgicale en 1840 par Dieffenbach constitue le fait dominant de l'histoire du strabisme. La cause du strabisme est une des questions sur lesquelles on a le plus discuté depuis un demi siècle. De tout temps on a supposé qu'un trouble musculaire était la cause de la déviation. Delahire; cité par Buffon en 1743, pense que l'œil dévie pour permettre aux objets de venir se peindre dans la partie la plus sensible de la rétine qui ici ne se trouve pas dans le prolongement de l'axe optique, Mackenzie veut que la cause du strabisme soit une cause cérébrale et nerveuse. Vers 1843, après les travaux de plusieurs oculistes, les succès de la myotomie s'affirment et tous sont pour la théorie musculaire; et juste au moment où les travaux de De Graffe imposaient en cette

1. Travail lu à la Société Médicale de Québec.

théorie ; Donders venait établir les rapports qu'il y a entre les vices de réfractions et le strabisme, et démontrer que l'hypermétropie développe le strabisme convergent, en vertu de la relation qui unit l'accommodation et la convergence. Mais ce serait une nouvelle erreur de ne voir dans le strabisme qu'un trouble de l'innervation de convergence. De nos jours on en est arrivé à la conclusion que la cause du strabisme porte à la fois sur la partie sensorielle et sur la partie motrice de l'appareil oculaire.

DÉFINITION : La définition la plus simple et de beaucoup la plus courte est je crois celle-ci : Le strabisme est un vice de développement de l'appareil de vision binoculaire empêchant les deux axes optiques de venir se joindre sur l'objet fixé. Un seul œil fixe tandis que l'autre se dévie, soit en dedans (strabisme convergent), soit en dehors (strabisme divergent), soit en haut (strabisme sursumvergent), soit en bas (strabisme deorsumvergent).

SYMPTOMES : Il est tout naturel de croire que pour le praticien la déviation du globe oculaire est le principal symptôme ; et c'est aussi ce qui préoccupe le plus le malade et ce qu'il nous demande de corriger. Mais avant d'instituer un traitement rationnel de cette déviation, il faut bien en connaître la nature ; et bien savoir différencier cette déviation d'avec celle qui se produit dans le strabisme paralytique. Laissez-moi vous dire en passant que plusieurs auteurs trouvent faux et avec raison ce terme de strabisme paralytique, car c'est tout simplement un symptôme d'une maladie ; une déviation de l'œil causée par la paralysie d'un ou de plusieurs muscles. Le terme du strabisme doit être réservé à cette déviation spéciale que nous étudions ici. La déviation paralytique se différencie de la déviation strabique de la manière suivante : dans la paralysie la

déviation n'existe plus que dans la sphère d'action du muscle paralysé et est d'autant plus grande que l'œil paralysé entre de plus en plus dans cette sphère ; puisqu'alors il est de moins en moins capable de suivre l'œil sain. Au contraire dans l'œil strabique la déviation est constante et reste la même dans toutes les positions du regard. En plus dans la paralysie il y a de la diplopie ce qui n'arrive pas dans le strabisme parce qu'alors il n'y a qu'un œil qui fixe, l'autre étant généralement devenu amblyope par défaut d'usage.

La déviation oculaire n'est qu'un symptôme du vice de développement qui caractérise le strabisme. Ce n'est même pas un symptôme essentiel ; car quelquefois, la déviation disparaît et il y a encore chez le sujet perte de cette faculté de faire converger normalement les yeux sur l'objet fixé ; alors plus de vision binoculaire, ce qui n'est pas du tout la même chose que la vision des deux yeux. Ceci a une importance capitale au point de vue du traitement rationnel.

MESURE DE STRABISME : Il y a deux procédés généralement employés pour la mensuration du strabisme : la mensuration linéaire au moyen du strabomètre, plus difficile et beaucoup moins précise que la mensuration angulaire au moyen du périmètre, et qui se fait de la manière suivante. Le sujet étant placé en face de l'arc du périmètre fixe avec l'œil non dévié le centre de cet arc tandis que l'on promène une bougie allumée sur l'arc même. Au moment où l'image de la flamme vient se refléter sur le centre de la pupille de l'œil dévié, la distance de la bougie du zéro de l'arc évaluée en degrés donne le degré du strabisme.

VISION DES STRABIQUES : Par suite de la position défectueuse d'un des deux yeux, le strabique devrait voir double. Ce n'est

le cas cependant qu'au début du strabisme et comme le strabisme convergent surtout se développe pendant le tout jeune âge, on ne peut guère s'en rendre compte. Bientôt cette diplopie disparaît ; l'un des deux devenant amblyope. Cette amblyopie peut avoir des causes diverses telles que taies de la cornée ou mauvaise réfraction, mais le plus souvent il n'y a aucune lésion et l'amblyopie est tout simplement une conséquence d'un défaut d'usage qui amène l'exclusion d'un œil et même avant que cet œil soit amblyope. L'exclusion est un acte psychique. L'œil dévié en effet voit assez bien mais il gêne un peu l'autre et inconsciemment le malade ne s'en sert plus, tout comme les personnes qui peuvent regarder avec un œil dans un microscope ou une lunette d'approche en tenant l'autre œil ouvert sans se servir de ce dernier. La vision du strabique étant monoculaire, la vision stéréoscopique ou vision des reliefs est impossible. Faute d'usage l'œil strabique devient nécessairement amblyope.

ETIOLOGIE : Le vulgaire attribue généralement le développement du strabisme à la position vicieuse du berceau de l'enfant par rapport à la lumière ; ou à cette circonstance que des objets placés au côté de l'enfant attirent son attention et qu'il fait un effort pour les voir ; ou bien encore on accuse l'enfant de chercher à imiter une personne qui louche. Tout cela n'a rien à faire avec la cause du strabisme. Le strabisme étant un vice de développement de l'appareil de vision binoculaire, vice pouvant exister à la fois dans la partie motrice et dans la partie sensorielle de cet appareil aura nécessairement des causes cérébrales et des causes oculaires. Les causes cérébrales sont surtout les maladies nerveuses de la première enfance. Les causes oculaires peuvent être d'origine oculaire même où d'ori-

gine centrale. Les causes d'origine oculaire sont d'une part les vices de réfraction et d'autre part tout ce qui altère l'acuité-visuelle surtout d'une manière inégale dans les deux yeux. En général les strabiques convergents sont des hypermétropes et les strabiques divergents des myopes bien que cela ne soit pas absolu. Le rapport existant entre la convergence et l'accommodation énoncé tout d'abord par Donders a été démontré d'une façon très précise par Parinaud et c'est ce qui prouve l'origine cérébrale du strabisme. Il a prouvé que la convergence à l'état normal est déterminée par deux facteurs essentiels : l'accommodation et le réflexe rétinien de convergence auquel est lié l'acte du fusionnement. Une expérience de Donders démontre très bien le rapport qui existe entre l'accommodation et la convergence et comment l'association de ces deux fonctions surtout quand il y a faiblesse de convergence conduit au strabisme. A une personne dont les muscles oculaires sont doués d'un équilibre parfait on fait fixer un objet situé à une petite distance ; si l'on recouvre un des yeux derrière un écran, il conserve sa position correcte, mais qu'on place maintenant devant l'œil libre, un verre concave qui force la personne examinée à faire un plus grand effort d'accommodation pour voir distinctement l'objet, aussitôt l'œil couvert se déplace en dedans. De cette façon, on développe artificiellement un strabisme convergent en augmentant l'effort d'accommodation. Le myope, lui n'ayant pas besoin d'accommoder pas même dans la vision de près, pour permettre l'accommodation, l'un des deux yeux se dévie en dehors. Le strabisme convergent peut être alternant si c'est tantôt un œil tantôt l'autre qui se dévie. Dans ce cas si l'un des yeux est hypermétrope, il servira pour voir clairement au loin, et si l'autre est myope il sera utilisé pour la vision de près ; mais jamais les deux yeux seront utilisés en même temps. Vous

avez ici un exemple d'un sujet ayant la vision des deux yeux mais n'ayant pas cependant la vision binoculaire. Les causes oculaires autres que les vices de réfraction sont des causes occasionnelles : phlyctènes, taies de la cornée, leucôme etc, etc. Toute la pathogénie du strabisme envisagée dans ses causes initiales roule autour de ces trois faits : la convergence, l'accommodation, et le fusionnement des images. J'en arrive au traitement.

TRAITEMENT : Depuis Dieffenbach, de Graffe, depuis les travaux de Donders, de Javal, et tout dernièrement de Remy, on a traité avec plus ou moins de succès le strabisme. Nous avons à notre disposition plusieurs modes de traitement : des procédés optiques et des procédés opératoires. Mais tel moyen réussit chez un strabique qui échoue complètement chez un autre sans que l'on sache bien pourquoi. Une ténotomie du droit interne pratiquée pour un même cas de strabisme convergent et dans des conditions en apparence semblables produit souvent des résultats fort différents. Aussi un résultat immédiat épatant, est quelquefois au bout de plusieurs mois, désolant. C'est pourquoi au lieu de borner le traitement à un simple problème mécanique on modifie sans cesse les procédés ; Bien entendu ici par traitement du strabisme on n'entend pas seulement le redressement de la déviation pour amener le parallélisme des deux axes optiques ; mais l'on doit s'occuper aussi du rétablissement de la vision binoculaire ; ce qui est une toute autre chose et ce qui aidera à maintenir d'une façon permanente ce parallélisme obtenu si facilement quelquefois par une simple ténotomie. C'est pour ces raisons que le traitement du strabisme devient une des parties les plus délicates de la thérapeutique oculaire. Il n'y a pas un traitement du strabisme mais il y a des traitements des strabiques. Ces traitements sont de

deux ordres: optique ou fonctionnel, et chirurgical. Nous étudierons succinctement les procédés qui se rapportent à chacun de ces deux groupes,

1° TRAITEMENT OPTIQUE: Il forme deux catégories: ceux qui agissent par l'intermédiaire de l'accommodation et ceux qui agissent par l'intermédiaire du fusionnement et du réflexe de convergence. On agit sur l'accommodation par les verres et par les mydriatiques. Si l'on tient compte que sur 100 cas de strabisme convergent 70 sont des hypermétropes on verra le rôle que jouent ici les verres correcteurs (verres convexes pour l'hypermétropie). Ces verres enlèvent à l'œil hypermétrope une partie de son effort de convergence et lui permettent de se redresser. Chez les strabiques convergents surtout il est donc bien important de faire l'examen de la réfraction car souvent le port des verres correcteurs suffira pour guérir ces strabismes; principalement chez les enfants où l'acuité visuelle est encore bonne.

L'atropine agira de la même manière en ce sens que si elle n'aide pas la convergence elle paralyse complètement l'accommodation et alors l'œil se redresse de lui-même. L'atropine ne peut pas remplacer les verres, car ce médicament ne peut être employé pendant des mois sans souffrir quelques inconvénients. On en met une dizaine de jours dans un œil puis un repos et ensuite dans l'autre. Si ce traitement ne donne aucun résultat la correction de la réfraction sera faite aussitôt que l'enfant sera capable de reconnaître les caractères des échelles d'acuité.

La seconde catégorie comprend les méthodes diverses qui tendent à rétablir le fusionnement des images et le réflexe de convergence. Cette partie étant très abstraite je ne ferai que vous mentionner ces différentes méthodes. C'est tout d'abord

lorsqu'un œil est amblyope ou que sa vision est de beaucoup diminuée: le port d'un bandeau occlusif sur l'œil sain pendant un certain temps chaque jour pour permettre à l'œil malade de recouvrer son sens visuel au moyen d'une gymnastique oculaire. Ensuite viennent les exercices stéréoscopiques préconisés par Javal. Depuis une dizaine d'années on emploie beaucoup le très ingénieux appareil inventé par Remy et que l'on appelle le diploscope de Remy. Au moyen de cet appareil les muscles de l'œil font différents exercices gymnastiques qui leur permettent de recouvrer leur stabilité. On peut obtenir ainsi le fusionnement des images et la vision binoculaire. Le Dr Remy a une si grande confiance en son appareil qu'il va même jusqu'à dire que c'est un crime de nos jours de traiter chirurgicalement un strabique. C'est peut-être un peu exagéré et l'on doit encore s'occuper du traitement chirurgical.

TRAITEMENT CHIRURGICAL: Il comprend la ténotomie du droit interne, l'avancement musculaire ou capsulo-musculaire du droit externe. Toutes ces opérations agissent mécaniquement. Dans le strabisme convergent si la déviation interne est causée par le raccourcissement du droit interne et qu'on le sectionne, l'œil se redressera nécessairement; mais si, comme il arrive très souvent dans les strabismes convergents anciens, le muscle droit externe a perdu beaucoup de sa contractilité il faudra avoir recours à l'avancement ou au plissement de ce dernier.

Quand doit-on faire la ténotomie et quand l'avancement? Il n'y a pas de règle absolue là-dessus; tout dépend du degré de déviation, de l'âge du sujet, de l'acuité visuelle de l'œil dévié et si c'est un strabisme récent ou ancien.

Quand doit-on faire opérer un enfant qui louche? Et bien à proprement parler il n'y a pas un âge plus favorable qu'un autre.

L'important est de corriger la déviation le plus tôt possible par un moyen quelconque. Bien faire l'examen de la réfraction et prescrire les verres correcteurs dès que l'enfant pourra distinguer les caractères des échelles d'acuité. Il ne faut pas perdre de vue qu'il est d'autant plus difficile de calculer l'effet éloigné d'une opération que le sujet est plus jeune.

Comme conclusion, les résultats obtenus par les traitements optiques sont certainement supérieurs à ceux obtenus par un traitement chirurgical.

Dans tous les cas le Prof. De Lapersonne enseigne de faire suivre le traitement chirurgical du traitement médical et orthopédique.

— :00 : —

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU SCORBUT INFANTILE OU MALADIE DE BARLOW CHEZ LE NOURRISSON

DR RÉNÉ FORTIER

Prof. à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'Hospice St-Vincent de Paul

Depuis que l'attention des médecins d'enfants a été attirée par Barlow en 1882 sur cette curieuse et déroutante affection, il ne se passe pas de mois sans que les différentes revues médicales étrangères ne nous apportent le récit de cas de scorbut infantile.

Dans toutes ces observations on attribue l'affection à l'influence nuisible des farines alimentaires ou à l'usage des laits modifiés. On trouve dans ces journaux médicaux des relations de cas de scorbut dus à l'Allenbury's milk food, et au Horlick's

Malted Milk, d'autres à la Farine Nestlée, au Meellin's food, au Ridges's food, à la poudre de biscuit, à la phosphatine à l'extrait de Liebig, au babeurre, au Benger's food, enfin quelques uns à l'usage des Swiss milk, des laits maternisés, homogénéisés, condensés, et même stérilisés surtout lorsqu'on y ajoute des féculents tels que de l'eau d'orge, (Archives de médecine des enfants).

Il est tout à fait exceptionnel de rencontrer la maladie de Barlow chez les enfants nourris au sein, au lait stérilisé industriellement et surtout au lait stérilisé à domicile sans addition de féculents. Et à l'appui de sa thèse M. Variot met en regard le petit nombre de cas de Maladie de Barlow comparé avec le grand nombre d'enfants élevés au lait stérilisé pur.

Cette affection est plus fréquente en Angleterre et aux États-Unis qu'en Allemagne et surtout qu'en France, parce qu'on y fait abus des spécialités alimentaires. La cuisson, la dessiccation, et la longue conservation de ces substances affaiblissent ou font disparaître, paraît-il, leurs propriétés antiscorbutiques, propriétés d'espèces assez variées mais encore indéterminées (Le Nourrisson).

Cependant il est avéré que l'on peut rencontrer des cas de scorbut infantile dus au lait stérilisé pur continué pendant plusieurs mois (3 à 6 d'après M. Comby) exclusivement sans addition de jus de fruits frais tels que oranges, citrons, raisin ou ananas, ou de jus de viande crue. En voici une preuve ajoutée à d'autres déjà publiées.

Le 31 mai 1913, je suis appelé chez Madame A. H. pour un bébé de sept mois souffrant de douleurs dans les membres inférieurs. A l'examen je trouve un enfant pâle, assez gras, couché sur le dos les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. Cet enfant est nourri au lait de vache stérilisé pur à

domicile. Jusqu'à ces jours derniers l'enfant engraisait graduellement avec ce lait. Le 30 mai, c'est-à-dire la veille de ma première visite, la mère s'aperçut que le bébé criait beaucoup lorsqu'on voulait lui étendre les jambes ou lorsqu'on le remuait dans son lit, soit pour la toilette soit pour d'autres causes. A part cette flexion des membres inférieurs et la douleur pendant les mouvements, on trouve 2 ou 3 petites ecchymoses sous-cutanées au niveau des jambes, il n'y a rien aux gencives vu que l'enfant n'a pas encore de dents, et rien dans les autres organes.

De prime abord, mon diagnostic fut quelque peu hésitant, mais croyant avoir affaire à un cas de scorbut je risquai le traitement suivant : lait de vache simplement bouilli, jus d'oranges, jus de viande et bouteilles d'eau chaude ou enveloppement ouaté chaud des membres inférieurs. Les jours suivants l'enfant s'améliora rapidement avec ce traitement et guérit complètement au bout de 8 jours.

Comme tous les praticiens qui soignent du scorbut pour la première fois je fus émerveillé du résultat obtenu en si peu de jours.

En mai 1915 je fus mandé chez Madame R. pour un nourrisson de 5 à 6 mois alimenté depuis sa naissance avec de l'Allenbury's food. L'enfant pleurait chaque fois que l'on relevait ses jambes pour le changer de "couche" : il était gras et paraissait en bonne santé quoiqu'un peu pâle. Je soupçonnai le scorbut, j'instituai un traitement au lait de vache bouilli avec addition de jus d'oranges sucré et enveloppement ouaté ; le bébé guérit comme par enchantement en quelques jours.

Ces deux observations nous font voir que la maladie de Barlow n'est pas plus une rareté en ce pays que dans les autres bien que nos journaux en fassent peu mention. Je suis convaincu que l'on devrait trouver plus de scorbut si l'on a présent à l'es-

prit les caractères principaux de cette affection, et *si l'on évite de prendre pour du Rachitisme aigu des douleurs survenant dans les membres inférieurs surtout pendant la marche*. L'abus prolongé que le vulgaire et même le médecin font des farines lactées dans l'alimentation des jeunes enfants devrait rendre cette affection plus fréquente qu'elle ne l'est, si on la recherche bien. *Toutes les fois donc qu'un enfant de 5 à 18 mois nourri artificiellement depuis plusieurs mois présente des signes d'anémie avec sensibilité des membres inférieurs, inertie de ces mêmes membres, faiblesse générale progressive, quoiqu'il soit gras et bien développé, il faudra penser à la Maladie de Barlow, et instituer le traitement conseillé.* "Toute autre médication est plutôt nuisible dit M. Lesage".

Puis on confirmera son diagnostic par la recherche des fongosités gingivales saignantes chez les enfants ayant des dents, (elles manquent chez ceux qui n'en ont pas), par la constatation des tuméfactions osseuses dues à des hémorragies sous-périostées, et de petites pétéchies sur le palais, les joues, les gencives, les paupières, le prépuce et les extrémités. (Apert).

Le scorbut infantile traité convenablement dès le début est une affection éminemment et rapidement curable : il est tout à fait exceptionnel de trouver des cas à évolution fatale. La maladie est de plus l'apanage des classes aisées, parce qu'elles ont plus que les classes pauvres, les moyens de se servir des laits modifiés et des farines industrielles. (Archives de Médecine des Enfants).

Mais l'alimentation seule n'est pas suffisante pour produire du scorbut, parce que l'on constate que certains enfants placés dans les mêmes conditions prennent la maladie et d'autres sont épargnés. Il faut donc faire intervenir d'autres facteurs tels que facteur de race, facteur personnel et même prédisposition familiale (Ribadeau-Dumas dans Le Nourrisson).

UNE OPERATION CESARIENNE CHEZ UNE
RACHITIQUE (1).

DR ACHILLE PAQUET

J'ai eu récemment sous mes soins une jeune femme sur laquelle il m'a été permis de faire d'intéressantes observations. J'ai cru utile de les écrire pour en faire part à mes confrères, car les cas de ce genre sont relativement rares et il est bon d'avoir en mémoire la ligne de conduite que de telles conditions suggèrent.

Je vois Madame L. pour la première fois en Février 1913; j'étais demandé pour lui faire une basiotripsie. Il s'agit d'une femme qui est à terme et en travail depuis soixante heures. Deux médecins ont essayé des applications de forceps sans succès et ont fait des tentatives de version également infructueuses, après quoi ils n'entendent plus les bruits du cœur du fœtus ce qui les détermine à faire faire une basiotripsie.

C'est à ce moment que je vois la malade dont la condition inspire des craintes; son état général faiblit, l'utérus est normalement développé, je n'entends aucun bruit fœtal ni au stéthoscope, ni au phonendoscope, le col est dilaté, la tête est en occipito-illiaque gauche à l'entrée du détroit supérieur et je remarque au toucher que le diamètre antéro-postérieur du bassin est diminué considérablement. On ne peut en douter; nous sommes en présence d'un bassin rétréci. Chez une femme au terme de sa grossesse et en travail depuis deux jours et demi.

1. Travail lu à la Société Médicale de Québec en décembre.

La dilatation du col était complète ou à peu près et le fœtus était mort.

La basiotripsie s'imposait donc; et elle fut pratiquée séance tenante non sans quelques difficultés. L'enfant était normalement conformé et pesait sept livres. Les suites de couche furent régulières.

Six à huit mois plus tard la même malade se présentait à mon bureau de consultation pour m'exposer son état et me demander conseil: elle était enceinte depuis quatre mois.

Je lui soumis les deux propositions suivantes: l'accoucher avant terme vers le 8^{ème} mois par une opération artificielle. Ce qui ne présente d'ordinaire aucun danger pour la mère mais expose davantage l'enfant; ou bien lui faire une opération Césarienne à la fin de la grossesse. Le premier procédé fut choisi par la malade que je suivis pendant cette dernière période du développement de la grossesse et cette grossesse était de 7½ mois lorsque je décidai d'intervenir.

Le travail est provoqué par des injections de glycérine iodée à 10% faites entre la paroi utérine et les membranes à l'aide d'un cathéter introduit dans le col utérin. Après quelques heures de travail, la malade est endormie et la dilatation est terminée à l'aide du dilatateur de Bocci, et je fais la version qui est très facile. Mais l'extraction du fœtus, surtout celle de la tête présente des difficultés sérieuses malgré l'application de la méthode de Mauriceau. L'enfant naît en état d'asphyxie et est ranimé par l'emploi des moyens ordinaires, c'est-à-dire la respiration artificielle et l'insufflation, les suites de couches sont normales, l'enfant meurt au troisième jour.

En février 1915 Mad. L. redevient enceinte et je la vois au cours de sa grossesse. Cette fois pour lui permettre de donner le jour à un enfant parfaitement viable, je lui conseille de subir l'opération Césarienne.

La malade accepte cette proposition qu'elle avait d'abord refusée, et le 13 novembre dernier j'avais l'occasion de pratiquer pour la première fois une opération Césarienne conservatrice chez une femme au terme de sa grossesse.

L'opération s'accomplit suivant la technique classique : laparotomie médiane, ouverture de l'utérus sur la face antérieure, section des membranes, l'extraction de l'enfant par le siège laquelle s'exécute sans difficulté et sans effort. L'enfant est normalement constitué d'apparence régulière.

Couleur rose; il crie en sortant de la cavité utérine. Le cordon est pincé et sectionné; je cherche à détacher l'arrière-fait, et à ce moment la surface d'insertion placentaire saigne abondamment. Sous l'influence d'un tampon immédiatement appliqué sur cette plaie et sous l'influence peut-être aussi d'une injection de pituitrine faite au début de l'opération, l'utérus jusqu'alors en état de relâchement se contracte fortement, sa paroi s'épaissit et l'hémorragie s'arrête instantanément. Trois plans de suture sont faits sur la section utérine, et trois plans sur la paroi abdominale.

Les suites opératoires furent celles d'une laparotomie simple, sans chock, sans température, sans douleur et l'écoulement des lochies s'est produit comme dans un accouchement normal. L'enfant pèse $8\frac{1}{4}$ livres et est en parfaite santé.

La raison pour laquelle nous avons conseillé les deux interventions que nous venons de mentionner et tenu la ligne de conduite que nous venons d'indiquer est l'état de rétrécissement du bassin de la malade mise sous nos soins. En effet cette malade est une rachitique dont la condition date de la première enfance, qui n'a commencé à marcher qu'à l'âge de neuf ans, qui a souffert de genu valgum, de cubitus valgus, de déformation de la cage thoracique et du bassin.

Les diamètres du bassin de cette femme se trouvent considérablement modifiés. Le diamètre antéro-postérieur, c'est-à-dire promonto-bubien, mesuré au doigt et au pelvimètre, atteint à peine 7 centimètres. Le promontoire forme une saillie qui s'avance dans l'aire du détroit supérieur et est fortement projeté en avant. L'angle sacro-vertébral est très aigu, Le diamètre transverse médian présente une longueur à peu près normale, c'est-à-dire 11 centimètres. On a donc là un bassin rachitique aplati pur. Ce qui est la forme la plus commune de bassin vicié.

Quelle sera la ligne de conduite à tenir chez ces femmes à bassin rachitique? En d'autres termes de quels moyens thérapeutiques disposons-nous pour lutter avec succès contre la dystocie d'origine pelvienne?

Ces moyens thérapeutiques sont multiples et variés suivant que le problème se pose pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement.

1° *Pendant la grossesse :*

Le fœtus au cours de son développement passe par une phase où ses dimensions sont proportionnelles à celles du bassin. Le faire naître à ce moment, c'est supprimer la possibilité de la dystocie osseuse qui se produirait si la grossesse allait à terme. D'où une méthode thérapeutique basée sur la provocation prématurée de l'accouchement qui devient ainsi un véritable traitement prophylactique.

Cet accouchement prématuré artificiel, ne peut, bien entendu, être provoqué qu'après le 7^{ème} mois de la grossesse, c'est-à-dire lorsque l'enfant est viable.

En théorie c'est une opération excellente; mais cette opération en pratique est rendue délicate par la difficulté de choisir

le moment qui lui convient le mieux. Car en clinique nous ne pouvons avoir qu'une notion bien vague du volume et de l'élasticité d'une tête fœtale ainsi que de la forme et des dimensions d'un bassin, ce qui faisait dire à Pinard que l'accouchement prématuré provoqué à raison des rétrécissements du bassin, est une loterie qui, dans le cas le plus favorable, donne tout au plus un prématuré.

Il est vrai que l'accouchement prématuré artificiel ne fait courir à peu près aucun risque de mort à la mère; et les statistiques dont nous n'avons pas ici à discuter la valeur donnent une mortalité moindre de un pour cent.

Il n'en est pas de même pour le fœtus dont les chances de survie sont bien faibles, car ces mêmes statistiques indiquent ici une mortalité immédiate et secondaire de 26 à 33%. Les résultats, au reste, sont d'autant plus heureux que le retrécissement du bassin est moins accusé et que les chances d'accouchement spontané augmentent.

En ces dernières années le champ d'action de l'accouchement prématuré artificiel s'est restreint à cause des résultats sans cesse plus satisfaisants des opérations sanglantes et en particulier de l'opération Césarienne.

Il reste seulement à l'usage des femmes pusillanimes qui ont horreur de ces dernières interventions.

2° *Au moment de l'accouchement.*

C'est presque toujours au moment de l'accouchement que nous sommes appelés à constater les cas de retrécissement du bassin, car vous le savez comme moi, bien peu de femmes consultent leur médecin au cours de la grossesse, et s'il arrive que quelques-unes d'entre elles le consultent, le médecin de son côté ne songe guère au fait ou à la probabilité d'un bassin retréci, éventualité si rare chez nous.

Lorsque la femme est à bassin légèrement retréci, on la laissera entrer en travail vu les chances d'accouchement spontané, et si ces chances tardent à se réaliser et si la tête de l'enfant est engagée, une application de forceps faite avec discernement pourra terminer heureusement l'accouchement.

On peut toujours légitimement espérer cet heureux dénouement, à condition toutefois que la disproportion entre la tête de l'enfant et le bassin de la femme ne soit pas trop marquée.

L'indication la plus importante propre à dicter l'expectation est fournie par le palper méthodique de la tête au détroit supérieur qui seul permet de juger de la disproportion existant entre la tête et le bassin. Mais ce serait dangereux de prolonger cette attitude d'attente au delà de certaines limites.

L'expectation est nécessaire dans la première phase du travail jusqu'à la dilatation complète, toutes les fois que le fœtus doit traverser la filière pelvienne. Mais on ne saurait, sans danger, la prolonger longtemps lors de la période d'expulsion. Car, il est constaté que si cette période dure plus de quatre heures, la mortalité fœtale survient sinon d'une façon inévitable, du moins en des proportions alarmantes.

Généralement, lorsque les douleurs sont régulières, une attente d'environ quatre heures après dilatation complète et membranes rompues suffit amplement pour juger de la possibilité d'un accouchement spontané.

Les bruits du cœur seront minutieusement auscultés; et si à cette période ils cessent d'être entendus, l'embryotomie sous forme de basiotripsie devra être considérée comme l'opération de choix.

D'autre part si les bruits du cœur se font entendre, en d'autres termes si l'enfant est vivant, à quelle intervention donnerons-nous la préférence?

Il y a la version podalique interne ; c'est une opération de médiocre valeur, et son infériorité reconnue vient de ce que, pour être exécutée avec le maximum d'espoir elle doit être pratiquée avant qu'on ait pu apprécier les chances possibles de terminaison spontanée, dont la seule mesure est fournie par l'expectation. — De plus, s'il arrive que l'on ne réussisse pas à extraire la tête en dernier lieu, l'enfant succombe rapidement, et il faut recourir à l'embryotomie.

Cette version podalique interne ne peut être utilement employée que dans les cas de présentations vicieuses du fœtus et alors que le bassin de la femme n'est que légèrement rétréci.

Restent les opérations chirurgicales que vous connaissez tous et qui, quoique de découverte ancienne, jouissent d'une faveur de plus en plus grande depuis l'avènement de l'antiseptie et de l'aseptie : ce qui, on le sait, réduit considérablement la mortalité maternelle et fœtale.

A quelle opération chirurgicale donnerons-nous le choix ?
A la pelvitomie, ou à la section Césarienne ?

Les pelvitomies, que ce soit une symphyséotomie ou une pubiotomie, perdent de jour en jour leur vogue d'il y a quelques années. Tous les accoucheurs réduisent chaque jour le nombre des indications de ce genre d'opérations et tombent d'accord pour ne conseiller la pelvitomie que chez les femmes dont les bassins sont relativement peu rétrécis.

On conseillera, par exemple, cette intervention chez une femme multipare dont le diamètre promonto-pubien présente une longueur de 8 centimètres et qui est déjà en travail avancé.

La mortalité fœtale de la pelvitomie, malgré les soins du chirurgien reste encore trop élevée ; et l'opération la plus sûre et qu'on peut appeler idéale, parce qu'elle donne la plus faible mortalité fœtale tant primitive que secondaire, c'est *l'opération Césarienne*.

Quoique d'un caractère grave, la section césarienne accomplie avec soin donne des résultats si encourageants que tous les accoucheurs l'utilisent de plus en plus dans les cas de retrécissements prononcés du bassin. Son indication peut tenir tout entière dans la règle suivante: à savoir qu'il faut intervenir toutes les fois qu'on veut donner au fœtus le maximum de chances de survie, que l'impossibilité de l'accouchement spontané est démontrée, et que les conditions favorables à la pratique de l'opération semblent suffisamment réalisées.

C'est la règle que j'ai moi-même suivie dans le cas dont j'ai eu à m'occuper et que je vous ai décrit tout à l'heure. Le succès, je suis heureux de le dire a été complet et si la malade conduit à terme une autre grossesse, elle pourra sans inconvénients se payer le luxe d'une nouvelle intervention semblable.

—: OC: —

COURS DE DEONTOLOGIE

Par le Dr Calixte Dagneau.

—

(DEUXIÈME LEÇON)

Nous allons commencer aujourd'hui à préciser un peu, en entrant dans les détails des droits et des devoirs des médecins. Nous nous aiderons dans cette étude de certains ouvrages que vous consulterez aussi avec profit.

G. Morache.—La profession médicale, ses droits et ses devoirs.

Juhel Renoy.—Vie professionnelle et devoirs du médecin.

Max Simon.—Déontologie médicale.—Des droits et des devoirs des médecins.

Les ouvrages de Brouardel sur l'exercice de la médecine et le charlatanisme, sur le secret médical, sur la responsabilité médicale.

Vous trouverez aussi dans la littérature médicale américaine des ouvrages de Déontologie intéressants à consulter du fait que les mœurs, les coutumes et les lois américaines sont plus près des nôtres.

Nous considérerons aujourd'hui les devoirs du médecin envers lui-même, ou si vous aimez mieux les qualités physiques, morales et intellectuelles qui lui sont nécessaires à cause de sa profession, son état physique, sa tenue, son maintien, son genre de vie ; sa science, l'étendue nécessaire de ses connaissances, et du côté moral, sa vertu, sa moralité, son esprit de devoir et de dévouement. Nous toucherons un mot du mariage du médecin.

Dans une leçon subséquente nous envisagerons la conduite que le médecin doit tenir envers ses confrères, au début de sa carrière pendant sa vie ordinaire, dans les circonstances spéciales, comme les remplacements, la consultation. Nous verrons quelle discrétion il doit employer dans l'appréciation de ses confrères, et surtout les méfaits que l'on peut faire sous prétexte d'intérêt général, ou les petites choses que peut nous faire accomplir l'intérêt personnel.

Dans une troisième leçon nous nous occuperons de certaines pratiques qui touchent de plus ou moins loin le charlatanisme. Nous verrons ce que l'on doit penser des annonces et des réclames, des remèdes secrets, des méthodes secrètes ; et nous dirons un mot de la dichotomie.

Une autre leçon sera employée à rechercher dans les rapports du médecin avec ses malades et avec sa clientèle, s'il a bien l'assiduité, la patience, la douceur, la fermeté convenables dans

les soins qu'il donne au malade. Nous rechercherons en même temps ses rapports avec les malades d'autres médecins, à domicile ou à son bureau.

Dans une autre leçon nous verrons le médecin en rapport encore avec son client mais au sujet de ses honoraires, nous étudierons un peu hâtivement sa comptabilité, ses moyens de recouvrements, et aussi un peu la qualité ou la somme des honoraires qui doivent être justes non-seulement pour le client mais aussi pour les confrères et pour le médecin lui-même.

La leçon suivante sera employée à deux questions très importantes et toutes d'actualité : le secret professionnel et la responsabilité médicale.

Des trois derniers cours, le premier nous montre le médecin en rapport avec la loi : le médecin témoin, et l'expert ; en rapport avec les grandes questions sociales.

Le deuxième nous fera voir un chapitre spécial de la vie médicale, médecin d'assurance, ou de sociétés de Bienfaisance mutuelle. Médecins de grandes compagnies ou d'entreprises. Enfin la médecine à forfait et la médecine à contrat.

Le dernier cours enfin nous permettra d'étudier le médecin dans certaines situations para-médicales. Les médecins des hôpitaux ou des asiles, les médecins hygiénistes, inspecteurs ou médecins municipaux. Les médecins dans les sciences publiques. Enfin pour terminer, pour rester bien chez nous, le médecin et la politique municipale, ou générale.

Les qualités physiques du médecin touchent de tel point près chacun, qu'il est assez difficile de donner une règle. Est-il nécessaire que le médecin réunisse un extérieur avantageux à une santé florissante ? L'un et l'autre agréable éminemment seront utiles, même, la santé parfaite surtout si l'on songe au surmenage fréquent, à l'effort souvent nécessaire et considérable,

que l'on rencontrera à chaque tournant de la vie du médecin, aux causes d'infections fréquentes qu'il sera obligé d'affronter des milieux malsains ou il devra souvent passer des heures nombreuses.

Mais on a des charmes physiques que ce que la bonne nature a bien voulu nous donner, il faut donc s'en contenter quitte à compenser par des qualités plus stables du caractère. Pour ce qui touche à la question santé nous pouvons faire plus. Outre que la situation que l'on prendra pourra avoir quelque rapport avec la force physique de celui qui la recherche, par une vie hygiénique autant que possible, par l'exercice d'une façon générale et celle de certains sports en particulier, le médecin pourra se maintenir dans la "forme" qu'il faut pour parer aux exigences du métier. Évitez cependant les excès et n'apportez pas à votre pratique un corps fatigué par le surmenage de certains exercices violents

Le "*mens sana in corpore sano*" suppose le sens des proportions et certaine discrétion qui vous fera éviter tout ce qui vous serait déplacé.

Le médecin doit se vêtir convenablement. Certains ont cru qu'une tenue spéciale, sombre et solennelle devait en imposer, et leur apparence de croquemort relevé d'une pointe de cravate blanche mais allourdie d'un haute-forme impressionnant semblait vouloir faire croire à une profondeur de pensée, à un état de méditation constante, à un désintéressement des choses du monde.

Les livres hippocratiques recommandent déjà au médecin de ne pas chercher à se singulariser par des costumes extraordinaires, de même d'éviter les modes trop voyantes, et de garder en toutes circonstances un extérieur convenable et modeste, le *decens habitus*. " (Morache.)

Que chacun s'habille comme il convient, sans tomber dans le sombre sans se laisser attirer par le dernier cri de la mode ; discrètement, posément.

Il est une qualité de costume cependant absolument nécessaire, c'est la propreté.

On trouve encore des médecins, — ils ont diminué heureusement, — dont l'apparence négligée, dont la malpropreté, sont pénibles, dont la crasse quelquefois est repoussante. On se croirait bien loin encore du siècle de l'aseptie et de la propreté chirurgicale à considérer les ongles en deuil, et combien profonds, de certains praticiens dont les accouchements sont l'occupation ordinaire.

La tenue du médecin doit être simple et digne ; sans affectation cependant et sans pédantisme. Le médecin pontife qui dicte du haut de sa grandeur et s'entoure toujours d'un appareil et d'une pompe de grandes circonstances est profondément ridicule. Ridicules aussi ceux qui entourent leurs actes médicaux de dissertations pseudo-savantes, bonnes tout au plus à se faire admirer des gogos. Sans doute Boileau a dit qu' "un sot trouve toujours un plus sot qui l'admire", mais dans ces exagérations de mauvais goût le plus sot n'est pas toujours celui que le médecin croit.

Soyez simples, sans forfanterie, sans luxe exagéré, sans tirer du grand, et rappelez-vous que ce sont vos semblables qui constituent votre clientèle. Ne cherchez pas à en imposer par d'autres moyens que par votre science, votre aptitude, le résultat sera plus durable.

Le médecin doit être sobre. Je ne suis ni père confesseur, ni conférencier de la ligue anti-alcoolique, et cependant je me permet de vous donner ce conseil. Un grand médecin français, Huchard, je crois, a dit que "l'avenir est aux maigres qui se lèvent tôt", il aurait pu ajouter : et qui ne boivent pas.

Je sais bien qu'il a existé dans le pays un préjugé très favorable aux médecins ivrognes—tous leurs malheurs, disait-on, leur arrivaient parce qu'ils avaient perdu l'usage de leur raison et on ajoutait : —“ Il l'aurait sauvé s'il n'avait été complètement ivre.—Mais je sais mieux encore que ce préjugé est disparu et que le jour est proche où le médecin qui se livre à l'intempérance perdra tout le respect dont il a besoin et auquel il n'a pas droit, il n'aura que ce qu'il mérite.

Soyez joyeux. Les joyeux guérissent toujours, disait Ambroise Paré en parlant des malades. Les médecins joyeux ne guérissent pas toujours leurs malades mais que de fois un mot aimable, même un mot d'esprit peut rendre des services, quand même ce ne serait que faire oublier les tristesses et les douleurs qu'ils doivent soulager. Je sais bien que l'on ne commande pas à la joie et que le médecin comme tous a sa part de chagrins et de tristesses mais l'on peut se former des habitudes sur ce point comme sur bien d'autres, et l'habitude d'être heureux doit se cultiver plus que n'importe laquelle.

S'il n'y a pas de genre de vie absolument propre au médecin, il y a cependant certains travers et certaines négligences qu'il ne peut se permettre. Le fait, par exemple, de passer tout le temps laissé libre par l'exercice de ses devoirs chez le marchand du coin ou chez le forgeron d'en face à fumer des pipes et à raconter des grivoiseries n'est guère de nature à créer dans l'entourage une idée bien nette de l'esprit de travail et du soin que l'on se donne d'acquérir les connaissances récentes de son art. La participation constante à toute récréation frivole de la société, la part considérable dans toutes les mondanités privent ceux qui s'y livrent d'un temps bien précieux pour celui qui ne cherche continuellement à limiter son esprit mais peut au contraire l'orner et l'embellir, sans doute le médecin doit être

homme de bonne compagnie, il ne doit pas se défendre la récréation sociale, il deviendrait sans cela un esclave, mais il faut éviter l'excès en tout et garder un peu de son temps pour le travail. Qu'il passe à travers le monde sans s'y attacher, sans en devenir l'esclave, en s'inclinant, de très loin, et tout juste ce qu'il faut, à ses lois.—Sans s'isoler il s'entourera de la considération et du respect de tous.

Le médecin doit avoir des connaissances médicales : quelle vérité de M. de la Palisse, à première vue, et cependant combien de médecins ont un trop mince bagage de science médicale. La routine aveugle constitue leur seule ligne de conduite et aussi souvent les prospectus de remèdes les seuls auteurs qu'ils consultent. Ils tombent tout naturellement dans la médecine à tiroir avec un remède pour chaque symptôme sans jamais s'intéresser aux causes premières qu'ils sont incapables de rechercher. Le futur praticien doit donc s'efforcer d'acquérir le plus de connaissances possibles pendant le cours de ses études, il se le doit à lui-même à cause de la vie qu'il entreprend, à cause des situations qu'il rencontrera, à cause des intérêts dont il aura charge. Il doit surtout ne pas tomber dans l'erreur trop fréquente de croire que son diplôme, qu'il vient de décrocher à grand peine, clot pour lui la période pendant laquelle il a dû étudier. Sa science est bien incomplète encore, il devra donc constamment chercher à agrandir le champ de ses connaissances, à trouver dans les auteurs, dans les revues tous les renseignements propices à compléter les insuffisances qu'il découvrira chez lui au contact de la pratique journalière, car vous l'avouerez vous-mêmes, si vous êtes sincères, vous vous trouverez bien dépourvus auprès de vos premiers malades. Cherchez donc à acquérir le goût du travail, à conserver ce goût, cette aptitude à rechercher l'étude. C'est une habitude que l'on se forme, sou-

venez-vous de la définition que vous avez apprise en philosophie : que l'habitude naît de la répétition des mêmes actes. Étudiez donc après votre entrée dans la vie professionnelle. Complétez-vous au point de vue de médecine, cherchez à acquérir le talent, l'habitude de l'observation, la perspicacité dans la recherche, la justesse dans l'appréciation. Faites-vous un jugement solide en développant chez vous un esprit véritablement philosophique, vraiment scientifique, et n'allez pas surtout vous cantonner vous limiter dans une branche trop restreinte. — Votre profession exige que vous soyez généralement développés, enrichissez votre intelligence de toutes les connaissances utiles que vous trouverez sur votre route, ne restez pas étrangers à une formation littéraire convenable, même étendue, développez chez vous l'artiste qui doit être tout médecin, épurez votre goût et tâchez d'apprendre à apprécier les choses à leur juste valeur, cela vous défendra souvent contre des engouements ridicules quand ils ne seront pas dangereux pour vos clients et pour votre réputation.

Dans certains milieux on croit, à tort que tout médecin est un savant pour lequel il n'y a aucun secret, qui possède tout l'ensemble des connaissances humaines, ceci est un tort et aucun être raisonnable n'attendra de vous la science d'une encyclopédie, mais c'est en même temps un desideratum auquel vous devez tendre le plus possible.

Que vos connaissances médicales soient donc solides, que vos opinions soient éclairées. Vous avez le devoir très net d'être au courant des choses de votre pratique, de connaître les maladies ordinaires que vous rencontrerez, de savoir les traitements acceptés des affections que vous traiterez. Et je ne connais d'autres moyens de suivre l'évolution constante de la médecine que de travailler dans les livres et les revues médicales à acquérir les connaissances nécessaires.

Il y a, en plus de l'obligation que vous fait votre état, à tout ceci un côté éminemment pratique. Le public s'éclaire de plus en plus, la concurrence médicale devient de plus en plus sérieuse, et les médecins ignorants sont destinés à disparaître. Soyez de ceux qui surnageront, et si vous le voulez, prenez les moyens d'atteindre votre but.

Certaines qualités morales sont aussi nécessaires : Le médecin doit être d'une moralité, d'une vertu au-dessus de tout soupçon. Écoutez plutôt comment Max Simon décrit une des occasions où la vertu du médecin doit subir une rude épreuve. La maladie fait peser son terrible niveau sur tout ce qui est en possession de la vie ; si elle connaît mieux le chemin qui mène au réduit glacé du pauvre, elle sait aussi surprendre les grands au milieu de leurs plaisirs. Et pas plus que la fortune et les grandeurs, la jeunesse et la beauté n'affranchissent d'un tribut auquel une loi inflexible a soumis l'humanité. Mais la maladie ne flétrit pas tout ce qu'elle touche, et une femme jeune, belle, dont la maladie a sa racine dans le cœur même peut-être, ne perd, sous l'influence de quelques accès de fièvre, ou de quelques spasmes nerveux, ni les séductions de son regard, ni l'harmonie de sa voix, ni aucun de ses charmes, auxquels doivent être tour à tour demandés les enseignements d'une périlleuse séméiologie. Toutes les femmes même dans la maladie conservent la coquetterie de leur nature, et comme le mari, suivant cette naïve paysanne de la Suisse, le médecin est encore pour elle un homme quelconque. L'homme le plus sévère dans ses principes, le plus austère dans ses mœurs, doit ici se mettre en garde contre les surprises des sens. La convenance qui enveloppe la chambre d'une femme du mystère du gynécie antique, est une loi de haute moralité ; cette barrière tombe devant le médecin, et quelque circonspection qu'il mette dans les investigations auxquelles

il doit se livrer, pour s'éclairer, sur la nature et le siège du mal, bien des secrets lui sont révélés. Il faut que ses sens reçoivent toutes ces impressions et qu'il n'y répondent pas; il faut que celles-ci se jouent autour de son cœur sans y pénétrer, car les sens troublés, émus n'apporteraient à l'intelligence que des informations erronées, et l'œuvre de la science deviendrait impossible, mais là n'est point encore pour le médecin l'épreuve la plus difficile. Il est des affections nerveuses, produit d'une éducation mal dirigée, qui exaltent les femmes jusqu'au délire d'une passion sans pudeur et les forcent en quelque sorte à se jeter convulsivement dans les bras de l'homme qu'elles ont appelé pour recevoir les bienfaits de son art. Quelle vertu ne faut-il point pour résister à toutes les séductions d'une jeune femme nerveuse, exaltée, belle même dans son délire qui verse sous la main qui interroge les battements de son cœur des larmes dont le sens ne saurait échapper à l'observateur le plus distrait? Si le médecin, qu'une force supérieure à sa volonté, le devoir de sa profession, a placé dans une position si périlleuse, vient à succomber, qu'il n'espère pas que la société tienne compte des difficultés de sa position; elle le condamnera impitoyablement; et "le juge devant lequel il comparaitra, déchirera, comme dit Montaigne, un lopin de papier sur lequel il écrit à sa maîtresse, pour formuler sa condamnation, et le juge et la société ont raison. Le médecin qui a failli, qui a laissé s'égarer ses sens surpris, doit être chatié car il a abusé de la plus sainte confiance".

Il n'y a rien, n'est-ce-pas, à ajouter à ceci, dans son style un peu vieilli du milieu du XIX^e siècle l'auteur trace de la main du maître le tableau d'un de vos devoirs en face de certaines situations, mais bien d'autres tentations vous assailleront. L'argent souvent viendra ajouter son attrait à bien d'autres sollicitations pour vous entraîner à faire des actes qui sans être criminels répu-

gnent cependant à l'honnêteté vraie que doit posséder le médecin. Comment résister alors, à moins que votre caractère de vertu ne soit bien établi, à celui qui, moyennant finances, et s'appuyant sur les liens de l'amitié, vous demandera votre concours dans certaines transactions presque frauduleuses où l'opinion d'un médecin peut influencer sur des esprits affaiblis par la maladie, et préparer les voies d'une façon bien efficace à des supercheries ou à des fraudes ?

Comment ne pas succomber quand on vous sollicitera d'aider des réclamations exagérées contre les gens responsables d'un accident en vous offrant une partie du bénéfice si vous n'êtes prêts à sacrifier n'importe quel avantage pour rester justes ? Comment résister à l'autorité et aux influences des puissants qui vous demandent de ces petits services qui n'ont l'air de rien mais qui sont souvent en même temps que des devoirs de justice quelques fois graves, des violations en matières plus ou moins sérieuses du secret professionnel ? Comment éviter des compromissions honteuses avec votre devoir, dont votre conscience sera le seul témoin et le seul juge à moins que cette conscience ne soit servie par l'habitude d'une morale sévère ?

Dans un grand nombre de circonstances votre seul guide sera l'honnêteté vertueuse, éclairée, intransigeante, exagérée, disais-je, celle qui tend à disparaître aujourd'hui mais que l'on retrouve encore, paraît-il, plus chez les médecins que nulle part ailleurs. Conservez messieurs et faites fructifier cet héritage de gloire, ce petit grain de folie de l'honnêteté que le monde méprise apparemment mais qui impose partout quoiqu'on dise et quoiqu'on fasse, le respect à tous.

Le médecin doit être constamment animé de l'esprit du devoir. Vous vous souvenez sans doute de cette allégorie que nous retrouvons sous nos yeux dans les livres où nous commençons à

lire couramment et qui nous montrait l'adolescent quittant le toit paternel pour commencer le grand voyage de la vie, qui rencontrait tour à tour la jeunesse, le plaisir, l'amitié et qui fidèles aux renseignements de la famille, laissait en route ces compagnons aimables, pour s'attacher au dernier venu moins attrayant, moins facile, moins bon enfant que les autres et qui avait nom, le devoir.

Il sera pénible le devoir de votre vie, vous ne pourrez choisir dans l'exercice de votre art les malades agréables. Vous vous devrez à tous sans égard à la condition, à la richesse, aux qualités agréables de vos clients. Dans une grande épidémie, dans les dangers de la guerre, dans des circonstances spéciales, le hasard des entreprises et l'attrait du danger feront surgir des héroïsmes d'un moment bien propres à éblouir; mais combien plus sérieux, combien plus vrai l'héroïsme ignoré, inconnu du médecin qui toujours à son poste, sans défaillance, sans faiblesse, par devoir, se limite aux petites tâches de chaque jour, ne se rebute pas de la lassitude des mêmes misères, de l'ennui de la routine quotidienne,

Et seul l'esprit du devoir vous permettra d'idéaliser votre vie, d'éviter le dégoût cette fatigue de l'esprit toujours astreints aux mêmes emplois. Vous serez le souffre douleur de la clientèle. Les grands comme les petits vous appelleront sans trop d'égard à vos occupations, à vos récréations les plus honnêtes.

Et malgré tout vous devrez vous dévouer sans arrière pensée, sans murmure, sans récrimination, sans espoir de gain, même de la rétribution équitable de votre travail, de votre pratique, de votre temps, votre dévouement toujours actif devra répondre à tous les appels d'où qu'ils viennent, à quelque heure que vous les entendiez. Dévoué envers votre pratique, vous devrez l'être aussi envers votre malade et nous verrons plus tard quelle forme spéciale cette qualité devra prendre dans chaque cas particulier.

En plus de ces qualités fondamentales, il en existe encore un grand nombre d'autres de mise dans toutes les professions et bien utiles en médecine. L'affabilité, la courtoisie, la politesse, l'urbanité, seront l'accompagnement nécessaire de votre science et de votre dévouement. La discrétion, que nous envisagerons plus tard sous plusieurs formes est bien nécessaire et chez le médecin et dans son entourage, et particulièrement chez sa femme.

Et ici la question se pose, un jeune médecin doit-il se marier, quand ce mariage doit-il avoir lieu?

Si mes souvenirs sont fidèles. et si les mœurs et les habitudes des étudiants n'ont pas trop changé, cette question pour plusieurs est solutionnée d'avance ou presque.

Mais cependant. Pendant longtemps le sentiment populaire à fait au praticien une obligation de se marier, on considérait le mariage du médecin comme une garantie de ses bonnes mœurs comme si les mœurs étaient bien profondément modifiées par cet accident, pardon cet événement de la vie, et l'on refusait volontiers ses confiances au célibataire. Et l'on n'avait pas toujours tard. Je ne veux pas poser au moraliste. Mais le créateur, à la veille de créer la femme et pensant tout haut à l'homme qu'il venait de jeter sur la terre a laissé tomber cette parole qui s'est repercuté de générations en générations jusqu'à nos jours. "Il n'est pas bon à l'homme d'être seul." Et le médecin plus que tout autre peut être, isolé dans sa campagne est réellement seul.

Sans doute tous les médecins célibataires ne sont pas de "Lovelace" cherchant qui dévorer "mais les vieux garçons ont mauvaise réputation, "vieux garçon vieux c...." disait un vieux curé qui prétendait avoir beaucoup d'expérience en la matière.

Le mariage sera pour le médecin, en règle très générale, une bonne chose, à plus d'un point de vue. Mais il devra trouver dans celle qu'il associera à sa vie, et forcément à son œuvre, en plus des vertus d'une femme ordinaire, des qualités spéciales, professionnelles si j'osais dire. Qu'il se garde bien d'une femme portée à la jalousie. J'ai connu des médecins dont la vie est devenu impossible par ce fait. Jamais ils n'ont pu obtenir qu'on prenne leur parole et ils ont vécu sous le soupçon constant que renouvelait continuellement le moindre incident.

Tachez donc d'inspirer à votre épouse assez de confiance pour qu'elle vous croit et conservez cette confiance en la méritant toujours. Il n'y a pas de fumée sans feu dit-on souvent, mais il y a plusieurs feux sans fumée et ceux-là quelquefois, quand on les découvre après les avoir recherchés causent des brûlures bien graves.

La femme du médecin doit savoir voir dans son mari deux personnalités bien distinctes, l'homme et le médecin. S'il est convenable qu'elle s'associe le plus intimement possible avec le premier, elle doit savoir respecter cependant la réserve du second, ne jamais s'interposer entre le médecin et le malade, et ne jamais faire preuve de curiosité importune qui n'aboutirait qu'à des désagréments ou à des manquements graves en secret professionnel.

La femme du médecin doit cependant s'associer à l'œuvre de son mari, mais dans ses manifestations générales et surtout dans la leçon de chose que doit-être pour tout l'entourage, la maison, la famille du médecin.

Qu'elle soit, douce comme Léa, féconde comme Rachel, quelle ait la douceur de la colombe et la prudence du serpent, que sa présence soit la lumière du foyer et la joie de la maison, qu'elle traverse la vie comme l'ange qui passe en faisant le bien, qu'elle

orne de charme, même physique et vainqueur la trame continue de tous les jours, qu'elle laisse en arrière d'elle comme une trace parfumée de sa charité et de son amour, tels sont Messieurs les vœux que forme votre professeur pour les temps les plus rapprochés possibles, où vous tirerez votre lot dans cette grande loterie que l'on appelle le mariage.

Quand le médecin doit-il se marier. "Le médecin doit se marier surtout pour lui-même, dit Morache." Plus que beaucoup d'autres hommes, le jeune médecin sent l'isolement l'étreindre quand il demeure en son logis en face de sa bibliothèque trop connue, de ses quelques instruments qui ne demanderaient qu'à être utilisés, il attend le client qui ne vient pas et songe avec mélancolie aux sacrifices que les siens ont fait pour lui et dont les fruits ne sont pas encore tangibles, il songe à des échéances, peut-être, toutes pensées mélancoliques. Elle lui pèsera encore, la solitude, quand il rentre, fatigué de ses courses, l'esprit prêt à se réjouir, mais refroidi par l'aspect d'une table solitaire, d'un cabinet où personne vient égayer les soirées d'un sourire, où l'on rêve de la jeunesse, de cette vie de travail, de camaraderie, de folies passagères mais charmantes! Et alors vient à l'esprit du médecin célibataire cette réflexion: Comme je vieillis et comme ma jeunesse est lointaine.

Point n'est besoin d'attendre cette période vraiment douloureuse, mieux vaut la prévenir en se créant un intérieur dès que la chose est matériellement possible.

Le médecin, à moins de raisons graves, indépendantes de sa profession, doit se marier aussitôt que son existence est solidement assurée. Sans attendre l'abondance ni la richesse surtout qu'il rencontrera si peu souvent sur sa route. Il doit s'efforcer de trouver la compagne qu'il lui faut, mais encore il faut se préparer à de petits déboires. Quelque hâte qu'il y mette il ne

devancera jamais la charité très agissante des commères et des bonnes femmes à son endroit, croyez-en mon expérience.



LES PHILACOGÈNES DANS LA PNEUMOMIE.

La pneumonie lobaire est peut-être la maladie qui a le plus déjoué le traitement médical. On doit reconnaître qu'il n'y a aucun vrai médicament spécifique de cette maladie. La mortalité est relativement très élevée comparée aux autres maladies infectieuses. C'est pourquoi un médicament qui est presque le spécifique de la pneumonie lobaire : tel est le philacogène de la pneumonie ; doit être considéré par la profession médicale.

Dans l'usage du philacogène de la pneumonie comme de tous les divers autres philacogènes ; il faut bien observer certains détails d'administration, qui ont une importance capitale sur le résultat. Ce produit peut être administré en injections sous-cutanées ou intra-veineuses. La première dose doit toujours être donnée en injections sous-cutanées. Les injections doivent être faites aussi lentement que possible. Dans une injection hypodermique la pointe de l'aiguille ne doit pas atteindre l'aponévrose musculaire. Certains malades n'absorbent pas le philacogène assez rapidement pour qu'il produise l'effet désiré s'il est administré en injection sous-cutanée. De tels cas réagissent promptement à des petites données en injections intra-veineuses.

Il faut éviter les hautes doses primitives. Un Cc sera suffisant pour la première dose en injection sous cutanée, et pour les personnes faibles il est prudent de ne pas dépasser $\frac{1}{2}$ Cc. La dose ira en augmentant de $\frac{1}{2}$ à 1 Cc. par jour, suivant l'effet produit par la dose précédente sur la température et le pouls. Une température et un pouls revenus à l'état normal seuls permettront de faire une nouvelle injection.

La première dose intra-veineuse, qui aura toujours été précédée d'une ou de plusieurs doses sous cutanées, ne devra pas dépasser $\frac{1}{8}$ à $\frac{1}{4}$ Cc (2 à 4 gouttes). On augmentera la dose de $\frac{1}{8}$ à $\frac{1}{2}$ Cc, par jour, suivant les indications de la réaction.

Le philacogène de la pneumonie vendu en flacons de 10 Cc. fermés avec un bouchon en caoutchouc ne s'altérera pas au contact de l'air l'orsqu'on ouvre le flacon vu qu'il renferme un antiseptique.