

Montréal-Médical

Paraissant le 15 de chaque mois

Hygiène.—Médecine et Chirurgie.
Pratique.—Thérapeutique.

Tous les ouvrages dont il sera envoyé un exemplaire seront annoncés et analysés s'il y a lieu.

SOMMAIRE

De l'allaitement des enfants privés du lait de femme, par M. le Dr. Raoul Masson, (suite du dernier numéro).....	493	mathorrhée par les efforts de défécation.—Pour la toilette de l'entrée des fosses nasales,.....	517
Tableau pour l'allaitement artificiel avec le lait de vache, dilué d'eau bouillie sucrée.....	496	Polyarthrite syphilitique.—Présence dans l'intestin, de vibrions du cholera, sans symptômes cholériques.—Remède secret contre l'asthme bronchique. L'automassage dans le traitement de la constipation chronique.	518
Sociétés savantes.—Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette.....	499	Tympan artificiel.—Emploi du sang débriné, pour obtenir l'hémostase dans les cas d'hémophilie.—Anesthésie mixte par l'adrénaline et la cocaïne, dans la pratique dentaire.....	519
Nouvelles.....	501	Contre les brûlures.—Contre la lithiase biliaire.—Sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, par M. le Dr. E. Ricklin.....	520
Société Médicale de Montréal....	502	Abcès Chaud du Sein, par M. le Professeur Tillaux.....	529
L'entero-Colite Muco-Membraneuse.....	506		
Insuffisance Hépatique et Arthritisme.....	511		
Informations Médicales et scientifiques.—Traitement des brûlures occasionnées par l'acide phénique.—Topique par le traitement des plaies septiques et des furoncles.—Contre la sper-			

Veuillez adresser tout ce qui concerne la rédaction à

Veuillez adresser tout ce qui concerne l'administration à

“ LA PUBLICITE GENERALE COSMOS Ltee ”

A M. le Docteur J. A. HANDFIELD

442 rue ST-DENIS, Montréal.

A. M. S. MONDOU

55, St-François Xavier, Montréal.

B. P. 756

PRIX DE L'ABONNEMENT \$1.00 PAR AN.



MONTREAL-MEDICAL

VOL. VII

MONTRÉAL, 15 AVRIL 1907

No 2

DE L'ALLAITEMENT DES ENFANTS PRIVÉS DU LAIT DE FEMME

PAR M. LE DOCTEUR RAOUL MASSON

(Suite du dernier numéro)

Pasteurisation :

La pasteurisation consiste à porter le lait vers 75° à 80° pendant 20 ou 30 minutes.

Cette température détruit les microbes pathogènes et les enzymes du lait, mais les ferments et les germes de la caseïne y survivent, ce qui fait que le lait ainsi préparé ne peut se conserver longtemps. Il faut de plus que le refroidissement se fasse très rapidement, car autrement en revenant vers une température de 30° à 40° degrés les microbes non détruits récupéreront une nouvelle vigueur et reprendront leurs fonctions nocives.

L'ébullition.

Le lait bout à 101°C. mais monte vers 75°C., et se recouvre d'une couche de caseïne solidifiée (frangipanc) qu'il faut briser à plusieurs reprises pour obtenir l'ébullition véritable.

Beaucoup de personnes ignorent ce détail et se contentent de faire monter le lait quand on leur conseille de le faire bouillir, ceci explique un grand nombre d'accidents gastriques attribués au lait bouilli.

Il est évident qu'un lait qui a bouilli 4 à 5 minutes est privé de ferments lactiques et de microbes pathogènes, mais comme pour le lait pasteurisé les ferments de la caseïne qui n'ont pas été détruits empêchent la conservation.

Comme moyen de purification l'ébullition est un bon procédé si on l'applique aussitôt après la traite et si l'on consomme le lait dans la journée; mais pour du lait de 24, 36, 48 heures comme celui que nous avons, l'ébullition n'est pas un moyen infaillible pour donner un lait absolument stérile.

CHAUFFAGE AU BAIN MARIE A 100°.

Pour parer aux modifications et altérations que font subir au lait, la stérilisation, l'ébullition et la pasteurisation on a pensé à porter le lait à 100° pendant une période assez longue.

(1) *Communication à la Société Médicale de Montréal, Séance du 5 Février 1907*

Ce procédé peu compliqué a été vulgarisé par la simplicité des appareils qu'il nécessite, la sécurité qu'il présente et l'avantage qu'on y trouve de n'avoir plus à manipuler le lait une fois le chauffage terminé.

Un grand nombre d'appareils sont aujourd'hui sur le marché, se rapprochant tous plus ou moins à celui inventé par Soxhlet.

Vous connaissez tous ces appareils aussi je me borne à énumérer ses différentes parties.

Une marmite couverte renfermant un panier en fil de fer qui contient 8 à 10 bouteilles graduées à goulot assez petit pour permettre d'y adopter une tétine.

Dans chaque biberon on verse la quantité suffisante pour un repas, de lait pur ou coupé et sucré selon l'ordonnance du médecin, le panier garni de ses biberons est mis dans la marmite qui doit contenir assez d'eau froide pour recouvrir le niveau du lait mis dans les dits biberons; on porte le tout sur le feu et quand l'eau entre en ébullition on compte 25, 30, 40, minutes suivant l'opinion du médecin.

Voyons brèvement au point de vue microbe et modification le résultat que l'on obtient.

Le lait contenu dans les bouteilles de l'appareil est porté à une température qui ne dépasse pas 99°C.

Il est évident que plus longtemps cette température sera maintenue moins le lait renfermera de microbes et de germes modificateurs. Après 15 minutes, on a plusieurs centaines de microbes; après 30 minutes, quelques dizaines; après 45 minutes, un lait parfois absolument stérile après 24 heures de repos. La conclusion qui nous arrive tout naturellement est qu'il faut laisser le lait chauffer pendant 45 minutes au moins, ce qui n'est pas tout à fait le cas. Chauffé trop longtemps le lait prend la teinte brune citée plus haut, et un goût aromatique fastidieux. De plus si on porte à l'étuve à 37° un lait ainsi chauffé pendant 45 minutes, 9 fois sur 10, ce lait s'y cogulera après un séjour de 5 à 20 jours. Donc la stérilisation n'est pas parfaite.

Cela est vrai, mais comme le lait ainsi préparé doit être consommé dans les 24 heures, nous avons la certitude absolue que si la stérilisation a été bien faite le lait peut se donner sans crainte; ne renfermant aucun microbe pathogène ni ferments susceptibles de l'altérer dans ce laps de temps, de plus les autres avantages que présente ce procédé sont trop grands pour ne pas maltraiter un peu la théorie.

De plus n'oublions pas que quelques parfaits que soient les moyens employés, l'alimentation au lait de vache n'est qu'un pis aller, il faut du lait de femme à l'enfant celui-là faisant défaut, il nous faut bien être satisfait de ce que nous trouvons mettant de notre côté toutes les chances de réussite en nous appuyant sur la théorie revue et corrigée par la pratique.

Nous avons vu les moyens de purification et de conservation du lait de vache pour rapprocher sa composition de celui du lait de femme. La nécessité de corriger le lait de vache, que sa trop grande quantité de caséine rend lourd et indigeste, de même que la grosseur du coagulum formée dans l'estomac par l'action de la présure, a été comprise et étudiée depuis longtemps.

On a commencé par ajouter de l'eau au lait, puis des décoctions d'orge, de riz, de gruau, de mucilage de gomme etc. En voulant trop bien faire on tomba dans l'excès contraire et le lait était tellement dilué qu'il fallait donner aux enfants des quantités énormes de liquide pour les faire pousser, ce qui amenait de nombreux troubles digestifs causés par dilatation d'estomac. Plus tard on ajouta une plus grande quantité d'hydrates de carbone pour compenser la pauvreté en beurre due au coupage.

On a aussi essayé d'ajouter au lait coupé une certaine quantité de crème de lait, procédé compliqué, dispendieux, faisant courir de grands risques à la pureté du lait à cause des manipulations nécessitées.

Je n'entreprendrai pas de décrire par le menu toutes les méthodes employées, ce serait trop long et nécessiterait des recherches à n'en plus finir, je cite seulement les plus répandues et les plus connues.

LAIT HUMANISÉ dans lequel on sépare seulement l'excès de caséine sans coupage en conservant par conséquent les sels et les matières grasses.

LAIT MATERNISÉ, où la caséine est diluée par coupage, et les matières grasses conservées par centrifugation.

On a cherché depuis quelques années d'obtenir sans mélange pharmaceutique un lait naturel plus riche en phosphore et en chaux que le lait ordinaire.

LE LAIT PHOSPHATE. En fumant les prairies avec des phosphates et des superphosphates de façon à donner au fourrage une forte teneur en acide phosphorique, on a obtenu un lait contenant 6 et 7 grammes de phosphates au lieu de 3 et 4.

Ce lait est un bon aliment pour les débiles, les faibles, les rachitiques, c'est le meilleur mode connu d'administrer des phosphates assimilables.

Lé Babeurre (buttermilk) qui se donne pur et sucré ou additionné à froid de quelques grammes de farine de riz, est le liquide séreux que laisse la crème lorsque sa partie grasse a été transformée en beurre.

Lait de Backhaus. Ce procédé très compliqué consiste d'abord à séparer le lait gras du lait maigre, celui-ci est traité par la pancréatine et la présure, laissé 25 minutes à une température de 35°, la caséine alors est à demi digérée, on filtre, on ajoute une quantité de crème 25 grammes par litre, puis 10 à 20 pour 1,000 de lactose, enfin on stérilise à 105° pendant une demi-heure.

PROCÉDE DE MOYAN ROTCH. Plus compliqué encore que les précédents, On centrifuge pour séparer la crème du lait, on prépare une solution de lactose à 1-20, le médecin traitant envoie son ordonnance détaillée au laboratoire où les employés l'exécutent suivant le pourcentage en graisse, en potéide, et en sucre et en alcalins.

Toutes ces préparations solides s'éloignent trop de l'idéal lait de femme pour servir efficacement à l'élevage des enfants. Comme aliment de transition à l'époque du sevrage, je ne conteste pas leur utilité, ou encore comme pis aller dans les pays chauds où le lait est rare, ou encore comme pis aller dans une traite à l'autre. Mais pour nous leur usage est dangereux et nuisible.

Tous ces procédés qui nécessitent de grandes connaissances physiques et chimiques ont tous le même inconvénient, ils ne sont pas pratiques et nous traitons pratiquement une question pratique. De plus, ces laits doivent être travaillés immédiatement après la traite et les résultats qu'ils ont donnés sont loin d'être encourageants.

Quel moyen devons-nous donc choisir pour corriger le lait de vache d'une manière suffisante et pratique.

Ce moyen est le chauffage au bain-marie à 100° pendant 25 minutes, après addition d'une certaine quantité d'eau sucrée à 10 pour cent selon l'âge de l'enfant en tenant compte de son poids et ayant comme contrôle la pesée fréquente.

Il n'est pas de règle absolue ni de table d'allaitement qu'il faille suivre aveuglément, cependant M. Marfan a dressé une table qui peut servir de moyenne et à laquelle on peut référer quand un enfant n'augmente pas de poids, ou a des troubles digestifs.

**"Tableau pour l'allaitement artificiel avec le lait de vache"
"Dilué d'eau bouillie sucrée"**

Age	Nombre des repas en 24 hrs.	Intervalle des repas		Dilution	Quantité de lait pur ou déléué pour chaque repas	Quantité de lait dilué ou pur en 24 heures
		Jour	Nuit			
1 jour	1 à 2	?	?	lait de vache 1 eau sucrée à 1 10%	8 grammes	8 a 16 grammes
2o jour	6	Toutes les 3 hrs.	0 fois	id	8 a 12 "	48 a 72 "
3o	7	" "	1 fois	" "	12 a 20 "	84 a 140 "
4o au 7o	7	" "	1 fois	" "	30 a 40 "	210 a 280 "
7o au 30o	7	" "	1 fois	lait id 2 eau id 1	45 a 90 "	315 a 630 "
2o mois	7	" "	1 fois	" "	90 a 100 "	630 a 700 "
3o "	7	" "	1 fois	" "	100 a 120 "	700 a 840 "
4o "	7	" "	1 fois	lait id 3 eau id 1	100 a 120 "	700 a 840 "
5o "	7	" "	1 fois	lait pur sucré	120 a 125 "	840 a 875 "
6o au 9o	6	" "	0 fois	id 2%	150 a 175 "	900 a 1050 "

Encore une fois, cette table n'est pas une règle immuable et la latitude qui nous est laissée de varier les quantités aux différentes époques de l'élevage, le prouve suffisamment.

Disons avec M. Marfan. "Ces chiffres ont l'avantage de donner des points de repère. Nous les changerons, si on nous démontre qu'il y a mieux.

Quelle conclusion faut-il tirer de tout ce qui précède ?

C'est que s'il est possible de se procurer du bon lait, il est possible de le conserver bon, et de donner aux enfants privés du sein maternel, un lait pur qui suppléera dans une mesure aussi précise que possible à l'allaitement naturel qui leur manque.

Pour la masse, la stérilisation industrielle contrôlée par des personnes compétentes, sous la direction d'un personnel de choix, peut donner un lait presque parfait, un lait de conserve propre à l'alimentation des adultes et à l'élevage des nourrissons.

Pour la famille, le chauffage au bain marie à 100°C. présente les mêmes garanties et les mêmes avantages, pourvu que le lait ainsi préparé soit consommé dans les 24 heures.

Employés avec discernement, ces laits rendront des services immenses et seront une arme puissante à apposer à l'ignorance des uns et à l'incurie des autres.

Ce n'est pas dire que les nourrissons ne seront jamais plus malades, non, l'élevage sans incidents deviendrait monotone; mais nous aurons des accidents moins graves et plus facilement contrôlables.

Puisque je suis à parler d'enfants malades, permettez-moi de déplorer avec tous ceux qui s'intéressent à l'enfance qu'il n'existe pas d'endroit où nous puissions diriger nos petits malades qui ne peuvent être traités à domicile.

Ce n'est pas sans un profond sentiment d'admiration que l'on passe en revue les nombreuses œuvres de charité dont, à juste titre s'enorgueillit notre bonne ville de Montréal.

Institutions pour les aveugles, institutions pour les sourds-muets, hospice pour les fous, les vieux, les incurables, hôpitaux maternités, dispensaires, patronages, refuges de nuit, etc.

Les animaux même sont pourvus, et ont leurs médecins, leur ambulance, leur hôpital.

Dans tout ce déploiement de charité que je suis le premier à applaudir, qu'elle est la place réservée aux enfants malades ?

Où peut-on diriger l'enfant du peuple, le nourrisson épuisé, cachectique, atrophique, athrepsique ! Qui va donner à ce petit misérable l'alimentation nécessaire ? les soins surtout ? les soins éclairés qui seuls suffiraient souvent à le ramener à la santé, et sans lesquels la médication la plus étudiée, prescrite par le plus compétent des médecins sera le plus souvent inutile ?

Nos hôpitaux sont encombrés, il n'y a pas de place pour les petits et s'il y en avait les recevrait-on, et si on les recevait, est-on organisé pour les bien soigner et bien alimenter.

Quelles sommes fabuleuses sont dépensées chaque année pour l'entretien des déshérités ; infirmes, fous, vieillards, incurables ? Tous gens dignes de pitié au plus haut point mais qui après tout ne sont que des membres inutiles, lourd fardeau que toute société traîne après elle, qui grève les budgets et assombrit la vie.

Tous ces vieillards vivant de la charité publique ont fini leur carrière, ont donné à la société dans la mesure de leur force leurs talents, leur somme de travail, la société les en récompense en prenant soin d'eux, en adoucissant les dernières heures qu'il leur reste à vivre, c'est louable, admirable même.

Tous les ans nos gouvernants importent à coup de mille et mille dollars des armées d'immigrants plus ou moins recommandables, c'est encore bien probablement.

Mais nos enfants, qui y songe ?

Cette sève de notre race qui par sa prolifération fait l'admiration de l'univers entier, s'écoule écrasée par l'incurie et l'insouciance d'un chacun. Je ne veux pas toucher aux statistiques elles sont trop effrayantes. Elles font pousser des cris d'effroi, mais on se contente de crier.

On veut des colons pour les campagnes, des citoyens pour les villes, nous les avons, il fallait les garder !

De ces futurs citoyens qui n'ont encore donné à la société ni travail, ni énergie, la société s'occupe peu ou pas.

Ce sont des anges au ciel, répète-t-on souvent.

Il en faut pourtant des anges sur la terre ne serait-ce que pour contrebalancer la masse des mauvaises gens

Les faiseurs d'anges sont nombreux, et leurs moyens variés. Mais le plus dangereux, le plus criminel, et peut-être celui que l'on pourrait le plus facilement dompter, et même s'en faire un puissant allié, c'est le lait.

C'est à nous médecins que revient de droit le devoir de prendre l'initiative de cette belle campagne du sauvetage de l'enfance, et puis-que la société néglige ses enfants, forçons lui la main.

Frappons aussi à la porte de la charité, cette grande généreuse, toujours assaillie et toujours accueillante.

Le mouvement est déjà donné, on a fondé des gouttes de lait, des consultations gratuites, mais ce n'est pas tout, il faut s'unir, travailler ensemble sans se lasser.

Mais tout d'abord, il nous faut du bon lait, nous verrons ensuite à le distribuer.

RAOUL MASSON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette

re.

Après avoir adopté une résolution de condoléance, au sujet de la mort du regretté et savant Professeur Hingston, l'Association prend connaissance des propositions suivantes :

Considérant :

1. "Que les Universités de la province de Québec demandent unanimement que le curriculum des études médicales soit à l'avenir de cinq ans ;

2 "Que les dites Universités déclarent qu'elles ne peuvent donner un enseignement théorique et pratique, suivant les exigences actuelles, à moins de cinq ans ;

3 "Que dans tous les pays avancés, les cours médicaux sont d'au moins cinq ans ;

4 "Que notre province ne pourra obtenir de réciprocité de licences avec les autres provinces, entr'autres avec la province d'Ontario, aussi longtemps que nos cours de médecine ne seront pas adéquats aux leurs, c'est-à-dire de cinq ans ;

5 "Que le Bureau des médecins approuve la démarche des Universités auprès de la Législature, dans le but d'amender l'acte médical dans le sens mentionné ci-dessus ;

6 "Que cette mesure serait propre à relever le niveau scientifique et moral de la profession ;

7 "Que cette forte formation scientifique et morale serait à l'avantage du public ;

Proposé par le Dr. Désy, secondé par le Dr. J.-O. Gadoury :

1 "Qu'un vote de remerciements et de félicitations soit adopté par l'Association Médicale de Joliette en faveur de MM. Tellier, député de Joliette, et M.-J. Lafontaine, député de Berthier, lesquels ont appuyé les susdits amendements à l'acte médical, durant la présente session, portant le curriculum des études à cinq ans ;

2 "Que l'Association proteste énergiquement contre les votes de MM. Dr. Bissonnette, député de Montcalm sur cette question ,

3 "Que l'Association regrette l'absence à la Législature de M. Gauthier, député de l'Assomption lors du vote sur cette mesure.

Que copie de la présente résolution soit envoyée à chacun des députés du district de Joliette.

Puis M. le Dr. Beaudry ajoute : "Au point de vue des intérêts de la profession je crois Messieurs, que le vote de M. le Dr. Bissonnette est regrettable pour ne pas dire plus. Si je me permettais de qualifier la conduite du député de mon comté, je dirais qu'il a alors fait "de la "politiquerie."

Monsieur le Dr. Désy : "J'ai peu de chose à ajouter à l'exposé des considérants qui ont motivé ma proposition, si ce n'est qu'il m'est impossible de saisir les motifs qui ont poussé notre confrère le Dr. Bissonnette à prendre la position hostile à la profession, aux Universités, que l'on sait. Dans les coulisses de la Chambre, l'on a murmuré qu'un groupe d'avocats, de notaires, d'hommes de profession en un mot, avaient fait opposition à notre bill pour des raisons d'intérêts de caste : certains esprits étroits craignant que les dispositions de cette loi ne découragent les aspirants disciples d'Esculape et les poussent vers les autres carrières libérales dont l'accès serait plus facile. Aux commerçants, aux cultivateurs, l'on a insinué que les frais des cours médicaux déjà assez élevés, deviendraient exorbitants et fermeraient les portes de notre belle profession aux fortunes modestes. L'on a même ajouté, tout haut, que nos médecins étaient assez "capables", qu'en prolongeant leurs études stagiaires l'on donnerait occasion à nos futurs guérisseurs de surcharger le public, etc., etc."

Lequel de ces arguments a touché le député de Montcalm ?—Il me semble pourtant que le mal ne serait pas énorme si l'on pouvait parvenir à atténuer la plethore médicale dont nous souffrons tous. Si nous étions un peu moins nombreux, nous pourrions peut-être vivre de notre art, et alors l'on n'aurait pas la tristesse et l'humiliation de voir des confrères, faire office de secrétaire-trésorier de leur municipalité, de directeur de poste, voire même d'humble employé de la compagnie Bell,—toutes choses qui répugnent à la dignité professionnelle qui empêchent le médecin d'étudier, de suivre le courant de la science, et qui font avec le temps du praticien le plus intelligent, un routinier très peu au-dessus du charlatan.

Messieurs, l'on a été jusqu'à dire que le vote du député de Montcalm était l'expression d'une rancune qu'il avait gardé à l'Université Laval, pour des motifs qu'il nous serait trop long d'exposer ici, et qui ne nous intéressent pas d'ailleurs. Si tel était le cas, non seulement il aurait trahi les intérêts de la profession, mais il aurait forfait à son mandat. Nous sommes unanimement en faveur de la création d'un Bureau provincial d'examineurs, nous demandons des réformes dans l'enseignement universitaire, toutes choses qui peuvent créer un certain malaise entre la profession et l'université, mais nous ne voulons pas détruire notre Alma Mater, nous voulons au contraire l'aider dans l'évolution progressive auquel elle aspire. Et M. le Dr Bissonnette a été bien mal inspiré dans sa conduite à la Législature à ce sujet. Laissez-moi vous dire pour terminer que je regrette que M. Bissonnette ne fasse pas partie de notre Association, car je serais heureux de l'entendre personnellement nous exposer les pourquois de son vote.

MM. les Drs. Lippé, Barolet, Gadoury, Laporte, Magnan, Marion, Bonin, Laurendeau, prennent tour à tour la parole pour approuver les remarques de M. le Dr. Désy et finalement l'Association adopte avec entrain les propositions de félicitations en faveur de MM. Tellier de

Jolietta, Lafontaine de Berthier, et de blâme à M. Bissonnette de Montcalm.

Le Tarif des compagnies d'assurances : Conformément à une résolution du 11 décembre dernier, le secrétaire a écrit à tous les médecins du district, demandant à chacun leur sentiment au sujet du tarif des examens pour les compagnies d'assurances. Des cinquante-six médecins dont se compose le district de Jolietta, quarante ont répondu qu'ils étaient favorables au tarif de \$5.00 par examen et se sont engagés à accepter la décision de la majorité des confrères.

Dr. Laporte : "Je sais de source certaine qu'un certain Dr Lesage de Saint-Louis de Montréal est venu tout dernièrement à Jolietta faire des examens pour certaines compagnies d'assurances, et je prierai M. le Secrétaire de vouloir bien prendre des informations à ce sujet, et aussi de se renseigner auprès de la Société médicale de Montréal, afin de savoir si ce M. Lesage est l'un de ses membres."

Le Secrétaire donne communication d'une lettre de M. le Dr E. Desjardins de la Société médicale d'Arthabaska, en réponse aux remarques de M. le Dr Laporte lors de notre dernière réunion, et il est proposé par M. le Dr Laporte; secondé par M. le Dr Laurendeau :

Que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Jolietta envoie ses sincères félicitations à la Société médicale d'Arthabaska, au sujet des résolutions qu'elle a adoptées à sa dernière réunion concernant le tarif des examens pour les compagnies d'assurances.—Adopté.

Re charlatans : Le secrétaire informe l'Association que le rebouteur Mireault a payé les amendes et frais des deux jugements que nous avions contre lui en décembre dernier, et que depuis cette date, la Commission re-charlatans a pris une nouvelle action contre l'incorrigible rebouteur, laquelle a été réglée ces jours derniers, le défendeur payant l'amende et les frais.

Et la séance est ajournée au second lundi de Juin à Jolietta.

ALBERT LAURENDEAU, Sec.-Prés.

P. S.—En toute justice il nous fait plaisir d'ajouter ici que depuis la dernière séance de l'Association de Jolietta, la question du curriculum des études médicales a été reconsidérée à nouveau par la Législature et qu'alors M. Gauthier député de l'Assomption a voté en faveur de notre projet de loi. Au nom de l'Association nous lui offrons des félicitations et des remerciements.

A. L.

NOUVELLES

Nos plus sincères félicitations à Monsieur le docteur Hervieux, qui succède à feu Sir William Hingston, dans le bureau de direction de l'Université Laval. Cette nomination recevant l'approbation de tout le corps médical, fait grand honneur à l'Université Laval, qui encore une fois a su reconnaître le vrai mérite, même quand il se cache.

—0—

Monsieur le Pharmacien Gadbois est seul représentant au Canada des Sirops d'Hyphosphites du Docteur Churchill et est autorisé à prendre des procédures légales contre toutes les contrefaçons.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Présidence de M. Marien.

Membres présents : MM. Lesage, Foucher, R. Masson, Ricard, Monod, J. Décarie, Boulet, Desmarais, Marcil, Laberge, Bourgeois, Gervais, Bourgouin, Hamelin, Racicot, de Martigny, Rousseau, Vernier, Bédard (de Saint-Rémi), Aubry, Larocque, Handfield.

L'assistant-secrétaire, M. Bourgeois, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.—Adopté à l'unanimité.

M. J. Décarie donne avis de motion qu'à la prochaine séance il proposera, appuyé par M. Monod, que le vote, nommant M. K. Dorion membre correspondant de la Société Médicale de Montréal, soit reconsidéré.

M. le Président donne lecture de la liste des commissions qui ont été nommées depuis la réorganisation de la Société Médicale.

Séance du 20 Novembre 1906.

Le Bureau de direction de la Société Médicale est chargé d'étudier le projet de la création d'un Institut Pasteur au Canada.

Séance du 4 Décembre 1906.

L'approvisionnement du bon lait à Montréal : MM. Marien, Harwood, Marin, S.-E. Laberge, Archibald, Monod et Thier, sont nommés membres de cette commission.

Séance du 18 Décembre 1906.

Le Bureau est chargé de voir à l'élaboration d'un code de déontologie.

Séance du 5 Mars 1907.

1o. Le Bureau est prié de nommer une commission pour étudier :

a) La question du tarif concernant les examens d'assurance sur la vie.

b) La question des médicaments brevetés, à propos d'un bill actuellement pendant devant la Chambre des Communes, à Ottawa.

2o. MM. Valin et Lesage avec le pouvoir de s'adjoindre d'autres membres, sont choisis pour étudier la question des pavages—et donner une réponse à la commission de la voirie et au conseil municipal.

Puis on passe à l'ordre du jour.

1o. Pavage hygiénique des rues, rapport présenté par M. C.-N. Valin, et lu par M. B. Bourgeois.

Dans ce rapport il est dit qu'un bon pavage doit remplir les conditions suivantes :

1o. Avoir une pente suffisamment accentuée afin de permettre l'écoulement facile des eaux ; 2o. Avoir une surface lisse, unie, afin de favoriser le nettoyage et l'arrosage quotidien ; 3o. Les pièces qui le

composent doivent être parfaitement unies, afin de permettre une coopération parfaite qui empêche la stagnation, dans les interstices, des matières organiques fermentescibles poussières, fumier, etc.; 4o. Tout pavage doit reposer sur un lit ou fondation solide et imperméable; 5o. la substance à employer doit être très dure afin que l'usure, en soit lente et produise le moins de poussière possible; 6o. Le pavage ne doit pas être trop sonore.

L'étude des différents pavages faite d'après ces données a donné les résultats suivants :

Le pavage en pierre à bosses, (granit, etc.,) est le plus défectueux au point de vue hygiénique, les surfaces inégales empêchent la juxtaposition parfaite des pierres. Il reste entre elles un interstice qui ne fait que s'accroître avec le temps et l'usure, et où vont stagner en permanence les poussières et les matières organiques de toutes sortes qui sont soulevées dans l'air à chaque instant, en attendant qu'elles s'infiltreront durant le printemps et l'été dans les couches inférieures où elles demeurent en permanence. Le nettoyage—lavage et balayage,—est impossible à exécuter d'une façon satisfaisante.

L'usure, plus rapide à cause des inégalités de surface, fait de la poussière très irritante pour les voies respiratoires. Ce pavage est trop sonore pour les rues de résidences privées, et fait souffrir les malades qu'on transporte.

Le pavage en bois offre moins d'inconvénients que le pavage en pierre, lorsqu'il est bien fait. Il permet une juxtaposition à peu près complète et présente lorsqu'il est bien fait une surface facile à nettoyer. Le pavage en brique offre des avantages à peu près semblables. Le pavage en asphalte est le meilleur et le plus hygiénique.

Il offre une pente égale, une surface plane, unie, sans aucun interstice. Il est imperméable. Il se nettoie facilement et n'est pas sonore.

Le rapport donne les conclusions suivantes :

1o. Les pavages en pierre à bosses et en briques ne sont pas hygiéniques.

2o. Les pavages en bois offrent des avantages qu'il est difficile de réaliser dans notre pays avec ses hivers rigoureux.

3o. Le pavage en asphalte est supérieur à tout autre pavage à cause des avantages exceptionnels qu'il présente à tous les points de vue.

2o. Rapport de la Commission du bon lait.

M. R. Masson, le Secrétaire de la Commission présente à la Société un rapport des travaux déjà accomplis par cette dernière commission. Après avoir rappelé la lutte entreprise par la Société Médicale de Montréal, pour remédier à la mauvaise qualité du lait fourni à la population, il rappelle le dévouement et le courage déployés par la première commission. Toujours ardente à la lutte, la Société Médicale de Montréal choisit une nouvelle commission, composée de MM. Marriest, Harwood, Laberge, Monod, Marin, Ethier. Ces derniers s'adjoignent la commission anglaise composée de MM. Archibald, Adam, Fry, Blackader, Evans.

L'orientation fut assez laborieuse. Plusieurs propositions furent étudiées. Différents moyens furent soumis et discutés pour pouvoir obtenir un bon résultat, car il ne faut pas oublier qu'en matière alimentaire le consommateur est l'être le plus insouciant, le plus indifférent qui existe, avant tout c'est le bas prix qui le captive et c'est malgré lui qu'il faut le protéger et ne pas compter beaucoup sur lui en aucun temps pour améliorer quoi que ce soit.

Une troisième proposition qui fut acceptée, fut d'attaquer les marchands de lait, tant producteurs que détaillants, et le seul moyen qui se présentait était la loi. Pour atteindre les fournisseurs éloignés, il faudrait une loi provinciale qui atteignit tous les producteurs de la Province de Québec. Il fut résolu de diviser le travail en trois parties:

- 1.—Règlements concernant le producteur;
- 2.—Règlements concernant la transportation;
- 3.—Règlements concernant le détaillant.

Jusqu'à présent le seul homme responsable de la mauvaise qualité du lait était le malheureux laitier, et souvent le premier coupable était le producteur même qui, assuré de l'impunité, continuait à donner un lait sale, infect, sans jamais être inquiété. La Commission comprit que c'était lui qu'il fallait d'abord attaquer et elle rédigea un code de dix-sept articles que devra observer le fermier qui voudra produire du lait et le mettre sur le marché. Ces lois reposent sur l'alimentation des vaches laitières, sur la propreté des laiteries, sur la température du lait, sur l'isolement des animaux malades et sur la visite de médecins vétérinaires.

Dans une prochaine séance, la Commission étudiera la question du transport, puis viendra ensuite l'étude d'un règlement municipal.

3.—A propos du sérum de Marmorek, par M. F. Monod: Le rapporteur parle de la récente communication de son père à l'Académie de Médecine de Paris, cite plusieurs savants de différents pays qui ont fait un essai sérieux et consciencieux du sérum de Marmorek avec des résultats très satisfaisants. En terminant, il exprime le vœu que la Société Médicale devrait mettre à l'étude cette importante question, qui est toute d'actualité.

M. F.-A. de Martigny, secondé par M. Lesage, propose qu'une commission, composée de MM. Valin, Hervieux, Monod, du proposeur et du secondaire, soit nommée pour étudier le sérum anti-tuberculeux de Marmorek. L'assemblée s'étant prononcée en faveur de la suspension des règlements, la motion est adoptée à l'unanimité.

Puis on procède à l'élection des membres titulaires.

MM. J.-J. Guérin, E.-J.-C. Kennedy, J.-P. Roux, W.-A. Dorion, J. Anderson Springue sont élus à l'unanimité membres titulaires de la Société Médicale de Montréal.

La nomination de M. Loir soulève une légère discussion. M. J. Décarie croit que la loi devrait être observée dans cette nomination, M.

Loir n'est pas médecin pratiquant et licencié pour la province de Québec, par conséquent il ne remplit pas les conditions requises par la constitution, et ne peut être nommé membre titulaire.

M. Lesage pense que pour un homme de la valeur de M. Loir on devrait suspendre même la constitution et l'admettre sans plus de discussion. M. Monod croit qu'il serait peut-être justifiable d'attendre au mois de septembre avant de procéder à l'élection de M. Loir, c'est-à-dire lors de son retour au pays, de cette manière la constitution serait respectée et tout le monde serait d'accord.

M. A.-A. Foucher rappelle que la loi a été faite surtout pour empêcher les irréguliers, d'être membres de la Société Médicale, et que le cas de M. Loir n'est pas du tout le même. M. Loir s'occupera surtout de science, il se prononce en faveur de la suspension des règlements. Cette question de la suspension des règlements, soumise au scrutin secret, est rejetée par un vote de 10 contre 8.

Puis la séance est levée.

Présidence de M. Marien.

Membres présents : MM. Masson, de Martigny, Lesage, Rhéaume, Asselin, Ethier, St-Denis, Trudeau, Bourgeois, Rousseau, Rivet, Marcil, Boucher, J Décarie, Monod, Hamelin, Handfield.

M. B. Bourgeois, assistant-secrétaire donne lecture du procès-verbal de la dernière assemblée.—Adopté sans discussion à l'unanimité.

Le secrétaire donne aussi lecture d'une lettre de M. René Beauset, assistant-secrétaire de la cité, accusant réception du rapport de la Commission nommée pour étudier le pavage des rues.

1o. M. Rivet donne lecture d'un rapport—de la Commission chargée d'étudier le projet de loi—re-médecines brevetées—actuellement pendant devant les chambres fédérales.

M. Rivet dit que la Commission, composée de MM. Lesage, Dubé et Rivet, n'a pas encore fini son travail et qu'elle ne donnera un rapport complet que dans quelque temps. Il propose ainsi que le projet de loi qui sera élaboré par la Commission soit discuté par la Société Médicale avant d'être présenté à la Législature.

On propose aussi que le Secrétaire demande à Ottawa des copies françaises du bill des Médecines brevetées.

2o. M. Lesage donne lecture d'une importante communication de M. Dubé, retenu chez lui par la maladie. Dans cet important travail M. Dubé traite longuement la question de l'approvisionnement du lait à Montréal. M. Desmarais suggère que la Société Médicale devrait s'efforcer d'envoyer aux députés les travaux qui ont été faits concernant cette question du lait, afin de les éclairer et de les guider pour le vote qu'ils auront à donner concernant cette question du lait; car si on avait renseigné les députés sur la nature du bill concernant les cinq années d'étude médicale, par un seul n'aurait voté contre.

3o. Motion de M. Décarie, appuyé par M. Monod : Que le nom de M. Kinton Dorion soit retranché de la liste des membres correspondants, parce qu'il n'a pas encore fixé sa résidence.—Adoptée à l'unanimité.

Puis la séance est levée.

L'ENTERO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Il fut souvent question, pendant ces derniers mois, de l'entéro-colite muco-membraneuse. Cette affection est à l'ordre du jour : peut-être est-elle devenue plus fréquente, peut-être la diagnostique-t-on plus facilement. Actuellement, l'on est d'accord sur ses symptômes ; mais on discute encore sa pathogénie. Celle-ci est cependant d'importance capitale : sans elle, point de bonne thérapeutique.

Aussi, croyons-nous faire œuvre utile en signalant à nos lecteurs un ouvrage fort intéressant que vient de publier le Dr F. Trémolières sur l'entéro-colite muco-membraneuse. Critique et original, ce travail comprend une partie expérimentale ingénieuse, une partie clinique très fouillée et, de cette façon, intéresse aussi bien le chercheur que le praticien. Nous n'en pouvons pas donner une analyse complète ; il est à lire tout entier. Nous ne résumerons seulement que le chapitre consacré à la pathogénie, qui apporte à la discussion actuellement ouverte une opinion nouvelle et, semble-t-il, bien fondée.

La variété des circonstances où apparaît l'entéro-colite muco-membraneuse, la diversité de ses symptômes et des troubles associés expliquent le nombre des théories imaginées pour les coordonner. Des troubles gastriques, un vice fonctionnel du foie, les affections utéro-ovariennes ont tour à tour été incriminés. Aujourd'hui quatre théories sont en faveur, qui attribuent l'entéro-colite à l'infection, à une trophonévrose, à un trouble psychique et à la constipation :

La complexité étiologique explique, et jusqu'à un certain point, justifie cette complexité pathogénique. Suivant ses tendances personnelles, suivant le milieu dans lequel il observe, chaque médecin se fait de la maladie une conception spéciale.

Nous ne pouvons ici, suivre pas à pas la critique très serrée que fait M. F. Trémolières de ces diverses théories. Son argumentation pénétrante met soigneusement en évidence les invraisemblances et les contradictions des théories qui prétendent exclusivement expliquer l'entérite muco-membraneuse, et c'est sans grande peine qu'il parvient à renverser ces édifices hypothétiques trop fragilement construits.

Mais après avoir jonché le sol de décombres, il faut le déblayer et tenter d'élever des bâtisses nouvelles, d'édifier une théorie solide. Or, une théorie n'a chance de survivre qu'autant qu'elle s'appuie sur des faits cliniques bien observés et sur une expérimentation bien conduite. C'est ce qu'a très bien compris M. F. Trémolières, et il a commencé par asseoir son travail sur la solide base de la pathologie expérimentale.

Tenant pour acquis les résultats déjà obtenus par quelques observateurs, MM. H. Roger et Josué, Jourmont, Doyon et Paviot, Beaussemat, Soupault et Jouaust, F. Bernard, etc.... M. Trémolières a entrepris toute une série d'expériences nouvelles dans le but de rechercher les différents facteurs de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Choisissant pour ses expériences le lapin, dont l'intestin réagit facilement aux diverses excitations, il injecta à ces animaux plusieurs substances toxiques qui se forment dans l'organisme (oxalate de soude, par exemple), ou y parviennent accidentellement. Il en scmit d'autres à des infections générales ou digestives variées. A d'autres encore, il fit ingérer des matières dures, capables de parvenir dans l'intestin et d'y jouer le rôle de scybales. Il tenta enfin de réaliser, par l'électrisation de nerfs qui se rendent à l'intestin, les ébranlements nerveux qui sont souvent suivis d'entéro-colite.

Les résultats de ces diverses séries d'expériences, montrent qu'il est possible de provoquer l'entérite muco-membraneuse par quatre procédés: irritations mécaniques de l'intestin; excitations nerveuses; infections intestinales ou générales, intoxication et modifications dyscrasiques.

Ainsi, l'expulsion de mucus, liquide ou concret, ne peut servir à caractériser une affection particulière. C'est un phénomène réactionnel banal, se produisant dans les conditions les plus diverses, et, en tous points, comparable aux sécrétions analogues de l'appareil respiratoire. Pas plus que le crachat muqueux, la selle muqueuse ne présente un élément spécifique. Lasègue l'appelait le "crachat intestinal."

En rapprochant les faits expérimentaux et cliniques, on voit que l'expulsion du mucus est aussi fréquente chez l'homme que chez les animaux et survient également dans les conditions les plus diverses. Tantôt elle accompagne une entérite aiguë, tantôt elle est sous la dépendance de la constipation; tantôt elle survient au cours ou à la suite d'une infection ou d'une intoxication. D'autres fois, elle relève d'un trouble nerveux. Dans certains cas, elle semble en rapport avec une modification dyscrasique.

Il est bien certain que, dans un grand nombre de cas, plusieurs conditions pathogéniques doivent intervenir.

"En résumé, conclut M. F. Trémolières, nous ne croyons pas qu'une formule unique puisse englober la pathogénie complexe de l'entérite ou plutôt des entérites muco-membraneuses. Les théories gastrique, hépatique, infectieuse, nerveuse, la théorie de la ptose ou de la constipation s'appliquent toutes à des cas particuliers.

"Le rejet du mucus se produit dans les conditions les plus diverses. Tantôt c'est une manifestation passagère, un épiphénomène peu important; tantôt c'est un trouble tenace, durable ou récidivant, dominant, par son intensité et sa résistance, le tableau clinique et représentant alors le trait le plus frappant du processus morbide.

"L'observation clinique conduisait déjà à cette conclusion; l'expérience semble l'établir sur des bases inébranlables."

Nombre de sujets sont atteints par les causes qui font apparaître l'entéro-colite muco-membraneuse mais n'en présentent aucun symptôme. Tous ceux-là peuvent, par moments, rejeter du mucus, être constipés et souffrir de coliques; mais ces troubles ne sont qu'éphémères et ne constituent pas leur durée et leur intensité, l'entéro-colite muco-membraneuse.

Jadis, pour expliquer la permanence du syndrome, on aurait invoqué l'idiosyncrasie. Il ne suffit pas en réalité d'énoncer qu'un individu réagit aux diverses excitations d'une façon qui lui est propre; il faut encore en montrer la raison. L'analyse minutieuse des observations cliniques systématiquement recueillies peut seule la déceler.

Les antécédents des malades, les circonstances où leurs troubles ont apparu l'évolution de ces troubles, font un ensemble en apparence banale et négligeable, mais qui, par sa constance, finit par acquérir une importante signification. Chez la plupart des malades, les ptoses viscérales et en particulier la néphroptose, les hernies, les varices, les hémorroïdes, la fragilité des dents mal implantées, les taches unguéales, la bifidité des poils, etc., révèlent une insuffisance générale des tissus. Le tissu nerveux n'est pas plus résistant que les tissus conjonctif et musculaire: les nombreux troubles étiquetés d'ordinaire neurasthénie (ce qui n'est en somme qu'une tautologie, non une explication) en témoignent.

Enfin, pour peu qu'on les interroge sur ce point, les malades avouent d'ordinaire de nombreuses angines et des coryzas plus fréquents encore. Beaucoup respirent moins bien par la bouche seulement. Un certain nombre d'entre eux ne se mouchent jamais. Les soumet-on, de parti pris, à l'examen rhino-laryngologique, presque toujours le spécialiste découvre dans leur nez des lésions de rhinite habituellement hypertrophique, moins souvent atrophique, des végétations adénoïdes dans le pharynx nasal, des flots de sclérose sur la paroi postérieure du pharynx buccal et une hypertrophie amygdalienne.

Comment peut-on synthétiser tous ces symptômes et quelle signification faut-il leur attribuer?

La coïncidence habituelle de l'entéro-colite muco-membraneuse et des lésions rhino-pharyngées arrête tout d'abord l'attention. Comme l'a montré M. Delacour, ces troubles, liés les uns aux autres dans la plupart des cas, ont pour substratum commun un trouble trophique des glandes adénoïdes et muqueuses. Ils ne constituent, en réalité, qu'un vaste syndrome, nommé par M. Delacour adénoïdisme ou syndrome adénoïdien. L'adénoïdisme, tel que le conçoit M. Delacour, n'est pas exclusivement constitué par les végétations pharyngées, il englobe les troubles trophiques de tout l'appareil lymphoïde et muqueux. Les infections subies par l'individu déterminent la localisation des accidents ultérieurs: la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, la scarlatine, le rhumatisme laisseront à leur suite les manifestations rhino-pharyngées de l'adénoïdisme, tandis que les affections à prédominance abdominale, la fièvre typhoïde en particulier, les causes qui, comme la grossesse, accroîtront l'intoxication et l'élimination des poisons par l'intestin, feront, de cet organe prédisposé, un organe malade.

L'adénoïdisme, constitué à la fois par les manifestations intestinales et nasales et par les troubles de la nutrition générale, relève lui-même souvent d'une insuffisance relative de la glande thyroïde.

Chacune de ses variétés de troubles possède avec le myxœdème des rapports particuliers.

a) Les rapports des végétations adénoïdes et des rhinites avec le myxœdème sont maintenant bien établis, depuis les travaux de Wingrave, de M. Thomas, Rivière et Royer, et surtout depuis ceux d'Hertoghe (d'Anvers).

Mais les cas sont relativement rares de myxœdème intense et complet, caractéristique; ce qu'on observe le plus souvent, c'est une forme atténuée, un myxœdème fruste, dont il faut chercher les petits signes avec soin.

b) Or, ces signes du myxœdème fruste sont identiques aux troubles de la nutrition générale qui participent à l'adénoïdisme.

Hertoghe a remarquablement étudié ces symptômes atténués. Il en a fait un syndrome, qu'il a dégagé de nombreuses observations par trois procédés qui se complètent et se corroborent et qu'il a nommé syndrome d'hypothyroïdie bénigne chronique. Sa fréquence est chaque jour constatée par les observateurs et tout récemment, MM. Léopold Lévi et H. de Rothschild proposaient de le nommer syndrome d'Hertoghe.

c) Puisque des trois éléments du syndrome adénoïdien, deux, les lésions rhino-pharyngées et les troubles de la nutrition générale, peuvent être souvent attribués à un trouble de la sécrétion thyroïdienne, le troisième, l'entéro-colite muco-membraneuse doit y être aussi rapporté: ce syllogisme s'impose.

Un fait d'observation prouve bien la justesse de ce raisonnement: les lésions macroscopiques du corps thyroïde, atrophie ou hypertrophie sont, en effet fréquentes dans l'entéro-colite muco-membraneuse. Mieux que l'examen physique, les petits symptômes de l'hypothyroïdie bénigne chronique, qui accompagnent très souvent cette affection, attestent l'altération glandulaire. Enfin, dans les antécédents héréditaires et personnels de malades atteints d'entéro-colite les causes de lésions thyroïdiennes; infections (parmi lesquelles la variole est d'une fréquence surprenante) intoxications, grossesses, etc., peuvent presque toujours être relevées.

Ainsi se manifeste, indiscutable, le rôle que jouent les altérations thyroïdiennes dans la genèse de nombreuses entéro-colites.

Mais il n'est pas besoin que la glande thyroïde soit directement atteinte pour que sa fonction soit troublée. On admet aujourd'hui la synergie de glandes vasculaires sanguines, prouvée par de nombreux faits. Or, à défaut de troubles thyroïdiens manifestes, on constate souvent chez les malades atteints d'entéro-colite des symptômes rénaux hépatiques, etc.; signes de petit brightisme, abaissement du taux de l'urée, cholémie, etc...

En somme, on relève chez les sujets atteints d'entérite muco-membraneuse, de nombreux troubles trophiques, corrélatifs à la déviation fonctionnelle de diverses glandes, en particulier de la thyroïde.

Peut-être est-ce par l'intermédiaire de celle-ci que les autres troubles glandulaires favorisent l'apparition de l'entéro-colite, peut-être aussi les substances nocives qu'elles n'ont pas élaborées, répandues dans l'économie, altèrent-elles directement l'intestin, au même titre que les autres tissus. L'une et l'autre hypothèse sont également vraisemblables. Toujours est-il que la prédisposition de certains sujets à l'entéro-colite muco-membraneuse semble résider dans un trouble foncier dû au mauvais fonctionnement des glandes de l'organisme, du corps thyroïde en particulier.

Nous n'avons pas ici la place de résumer d'autres chapitres consacrés par M. F. Trémolières aux symptômes de l'entérite muco-membraneuse, au rôle que jouent dans la genèse du trouble intestinal le système nerveux et le régime alimentaire. Nous sommes également forcés de passer sous silence un important chapitre d'anatomie pathologique humaine et animale, où les diverses lésions intestinales sont bien étudiées, ainsi que leurs rapports mutuels.

Nous cantonnant sur le terrain pathogénique, nous nous bornerons à donner les conclusions auxquelles aboutit M. F. Trémolières :

"De nombreux facteurs s'associent pour produire l'entéro-colite muco-membraneuse. Un trouble nutritif, très souvent d'origine thyroïdienne, d'autres fois d'origine hépatique, rénale, etc., crée une prédisposition morbide, et rend précaire l'harmonie des fonctions organiques. Celle-ci, rompue, ne peut plus se rétablir. Ainsi se perpétuent les phénomènes pathologiques que des causes multiples, agissant sur un intestin prédisposé par un trouble de la nutrition générale, y localisent et que l'excitation mécanique exercée par le bol alimentaire, entretient..."

"Les troubles intestinaux et les causes qui les provoquent réagissent les uns sur les autres, en "une série de cercles vicieux à engrenage imbriqué" selon l'expression de M. A. Mathieu. La complexité du syndrome en est encore accrue.

"C'est faute d'avoir tenu compte de tous les éléments que les nombreux auteurs qui se sont occupés de l'entéro-colite muco-membraneuse n'ont pu en élucider la pathogénie; leurs théories univoques sont toujours en défaut sur un point quelconque, ils ont voulu simplifier des faits complexes."

La conception pathogénique à laquelle ont abouti les recherches expérimentales et cliniques de M. F. Trémolières permet de préciser les indications thérapeutiques de l'entéro-colite muco-membraneuse.

A ce syndrome ne convient pas un traitement univoque. Des causes variables exigent des moyens appropriés. La thérapeutique "pathogénique ses indications", selon l'expression de M. L. Landouzy, variera selon les résultats de l'enquête étiologique préalable. Ce n'est qu'après avoir dégagé les causes occasionnelles qui, isolées ou associées, font apparaître l'entéro-colite, et les causes foncières qui la per-

pétuent, qu'on pourra prescrire un traitement efficace. Nous n'avons pas ici le loisir d'en exposer les détails : nous renvoyons pour cela au texte même de l'auteur.

Nous ne pouvons mieux résumer l'impression que laisse la lecture de cet intéressant ouvrage qu'en citant les dernières lignes de la belle préface que lui a faite M. le Prof. Roger : "Arrivé à la dernière page du volume, dit cet éminent Maître, le lecteur sera persuadé, j'en ai la conviction, que la prétendue entérite muco-membraneuse, n'est qu'un syndrome banal, et, de cette notion découleront pour lui bien des indications thérapeutiques. Malades et médecins y trouveront leur profit : les malades risqueront moins de s'égarer au milieu des nombreuses routes qui doivent le conduire à la guérison, les médecins seront moins embarrassés pour donner un conseil et indiquer la voie qu'il faut suivre."

INSUFFISANCE HEPATIQUE ET ARTHRITISME

L'arthritisme, cette entité pathologique, tempérament morbide pour quelques-uns, maladie pour d'autres, ce chapitre de la pathologie aussi important que discuté, est toujours à l'ordre du jour. Le Dr A. de Miranda, de Lisbonne, vient de lui consacrer une étude fort originale, dont il nous faut donner les points essentiels.

"L'arthritisme est-il le ralentissement de la nutrition comme le veut M. le Prof. Bouchard; malformation ou prédisposition congénitale du tissu conjonctif suivant l'opinion de MM. Hanot et Cazalis; une prédisposition héréditaire déterminée par des influences nerveuses affectant les grands centres moteurs (Dyce Duckworth); une maladie chronique du foie comme l'affirme M. Frantz Glénard ?

Il me semble y avoir dans l'arthritisme un peu de tout cela. L'impression que m'a laissée mon observation clinique a été que l'arthritisme n'est que l'auto-intoxication elle-même. J'admets que celle-ci soit la cause fondamentale des diverses manifestations cliniques et altérations histologiques attribuées à l'arthritisme, et que celles-ci doivent dépendre encore de l'intensité et fréquence des poussées de celle-là, de même que de l'existence de causes spéciales, et du lieu de moindre résistance de l'individu.

Pourquoi ne pas considérer plutôt le ralentissement de la nutrition, la dyscrasie acide, comme dus à un processus auto-toxique? N'est-ce pas que, dans celui-ci, le foie, ce grand centre de laboration nutritive, dont l'importance a été bien mise en jour par Voit, ainsi que par les tout récents travaux de Dominici, est compromis dans son fonctionnement, et que les éléments cellulaires de l'organisme doivent, d'un côté, être moins bien nourris, et de l'autre, viciés dans leur physiologie par l'intoxication elle-même ?

Attribuer l'arthritisme aux influences nerveuses, c'est la même chose qu'attribuer à celle-ci toutes les maladies.

Attribuer l'arthritisme à une maladie chronique du foie me semble aussi trop exclusif, de même que de vouloir nier aux autres organes qui constituent avec lui l'appareil anti-toxique le rôle chaque fois plus connu dans la défense naturelle de l'organisme contre les causes d'intoxication.

Je suis convaincu que dans l'arthritisme le foie joue un rôle très important, le plus important même dans la lutte contre un tel état morbide. Mais s'il apparaît si maltraité chez l'arthritique, c'est qu'il est le plus exposé aux intoxications venues de l'intestin, cette source la plus active et la plus importante de l'auto-intoxication, ainsi que par l'alcoolisme.

Je trouve donc plus logique, plus rationnel et plus en harmonie avec les résultats de mon observation, d'admettre que l'arthritisme soit dû à une insuffisance de l'appareil anti-toxique, insuffisance qui doit, sans doute, se faire remarquer principalement du côté du foie, à cause de l'importance physiologique et de la situation anatomique spéciale de cet organe.

Aussi, est-ce sur lui que j'ai toujours agi, après avoir écarté les causes d'intoxication intestinale.

C'est le traitement de l'auto-intoxication que j'ai fait, et j'ai toujours réussi de cette façon à faire disparaître des névralgies appelées habituellement rhumatismales, plusieurs manifestations de la goutte, des angines herpétiques et phlegmoneuses, des laryngites et des bronchites de nature arthritique, certaines éruptions cutanées attribuées à l'arthritisme, certains états nerveux appelés neuro-arthritiques, ainsi que d'autres peut-être dignes d'y être compris.

Les travaux de Dieulafoy, de Teissier, de Charrin et Roger et de tant d'autres, ont montré que la fonction biliaire est, pour ainsi dire, une fonction prophylactique de l'auto-intoxication. La bile est le désinfectant naturel de l'intestin, son désinfectant par excellence.

Il est très fréquent d'observer chez nous, dans les passages de saison, principalement de l'hiver au printemps et de l'été à l'automne, de certaines fièvres, qui apparaissent ordinairement au moment des repas, du dîner surtout, accompagnées de malaise de sensibilité anormale pour le froid, et de céphalalgie.

Ces fièvres commencent, quelquefois, par un ou plusieurs frissons, plus ou moins accentués, et terminent par une transpiration plus ou moins abondante.

Ce syndrome les fait d'habitude confondre avec les fièvres palustres, raison pour laquelle on essaye de les couper par la quinine. Ce médicament, cependant, ne les guérit pas.

De telles fièvres, au contraire, disparaissent complètement au moyen des chalogues, surtout du calomel, de la Cascarine, accompagnés toujours d'une alimentation la moins toxique possible, et au gré du malade.

Quelle est la cause de ces fièvres ? Le fait que ce sont justement des personnes constipées, celles chez lesquelles elles apparaissent habituellement, les moments où cette apparition a lieu, l'efficacité des cholagogues, spécialement du calomel, tout fait penser que c'est la cellule hépatique, qui, après avoir lutté contre les causes d'intoxication d'origine intestinale, finit par se laisser intoxiquer aussi.

J'ai remarqué, d'ailleurs, que ce sont généralement des personnes asthéniques, celles chez lesquelles de telles souffrances se produisent plus facilement. Dans leur atonie digestive, le foie joue un rôle si important que, malgré l'insuffisance fonctionnelle des autres organes qui collaborent avec lui dans les multiples et complexes fonctions de la digestion, j'ai observé qu'il suffit de stimuler son action pour voir disparaître les conséquences dues à une telle maladie.

J'ai observé de même que le "classique embarras gastrique fébrile" ne cède généralement qu'à l'application de moyens destinés à stimuler la cellule hépatique.

Si je donne au malade un purgatif salin, il va sans doute améliorer son état. Cependant, celui-ci s'aggrave presque toujours ensuite, si nous n'avons pas la précaution d'appliquer des "cholagogues", ainsi qu'une "diète", la moins toxique possible, et au gré du malade.

Puisque les faits se passent comme je viens de l'exposer ; puisque ce n'est qu'après avoir stimulé la cellule hépatique qu'on obtient la disparition de ce qu'on appelle embarras gastrique fébrile, il est tout naturel de se demander si l'on ne devrait pas plutôt l'appeler un "embarras hépatique" fébrile, ou encore une "insuffisance hépatique" fébrile ?

"J'ai été consulté l'année dernière par un malade âgé de 38 ans, commerçant à Benguela (Afrique occidentale portugaise), qui me pria de lui indiquer le moyen destiné à combattre une névralgie qui le tourmentait beaucoup, ainsi qu'une sécrétion urétrale très gênante qui l'obligeait à porter toujours du coton appliqué sur le méat urinaire pour éviter constamment son linge. Il accusait aussi de l'ardeur à la miction.

"De l'examen que je lui fis, je vis qu'il s'agissait d'une névralgie sciatique droite et d'une urétrite sans inflammation des tissus extérieurs à l'urèthre. La sécrétion était assez abondante, jaune, et elle laissait sur le linge des taches très épaisses. Ce malade était un asthénique ; il accusait aussi des perturbations de l'appareil digestif imputables à cette maladie-là.

"Il n'avait jamais souffert de blennorrhagie.

"Supposant qu'il s'agissait de manifestations d'une auto-intoxication, je lui demandai s'il avait remarqué quelque rapport entre la névralgie et la sécrétion urétrale. Il me raconta qu'effectivement il avait remarqué que, lorsque la névralgie augmentait, la sécrétion devenait plus abondante, et vice-versa. L'une et l'autre augmentaient lorsque

le temps devenait plus humide. Suivant cette orientation, j'ai voulu commencer par lui appliquer un purgatif salin, parce que sa langue était un peu sale, mais il me déclara de l'avoir pris quelques jours auparavant. Je lui ordonnai donc de prendre du salicylate de soude, accompagné d'eau alcaline, et de garder une diète lactée, de surveiller la régularité de ses selles, de les provoquer, s'il en faudrait, tous les jours, après son petit déjeuner; de prendre ensuite un bain chaud avec 100 grammes de carbonate de soude. Je lui conseillai aussi des injections urétrales avec une solution de borate de soude (1:100) et de faire analyser ses urines, ainsi que sa sécrétion urétrale.

"Ce traitement fit disparaître les douleurs, mais le salicylate fut mal supporté, ainsi que la diète lactée.

"Je permis à mon malade de manger, excepté de la viande, de remplacer le vin par des citronnades; de prendre de la cascarrine au coucher.

"Avec ce traitement, le malade s'est complètement guéri, non sans se ressentir d'abord de la plus grande humidité de l'atmosphère. La névralgie disparut d'abord, et huit jours après, la sécrétion urétrale.

Une telle urétrite n'était donc pas gonococcique comme le montra l'examen bactériologique; elle était plutôt due à un état général, de même que la névralgie sciatique toutes les deux ont obéi aux moyens employés pour les combattre. C'étaient là deux manifestations morbides dues à l'auto-intoxication.

J'ai fréquemment observé une telle sécrétion urétrale chez des malades qui souffrent de constipation habituelle, principalement au commencement du printemps et de l'automne. Ces malades, en supposant ordinairement souffrir d'une blennorrhagie, s'injectent ou se font injecter des solutions plus ou moins irritantes, le permanganate de soude habituellement, qui ne font qu'augmenter leur urétrite, quand celle-ci ne se complique encore d'autres inflammations: de cystites, d'orchites ou d'épidymites.

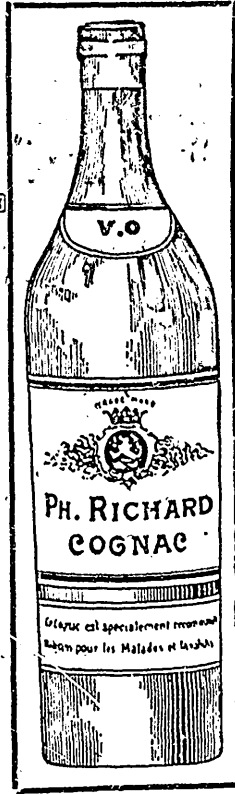
Ces sécrétions urétrales sont analogues à certains écroulements utérins très fréquents chez les femmes atteintes de la constipation habituelle.

Tous ces écoulements, qui sont encore, sans doute, une manifestation d'auto-intoxication, généralement considérée de nature arthritique.

Les malades du même genre sont encore les victimes habituelles de l'entérite muco-membraneuse, avec des alternatives de constipation et de diarrhée, celle-ci due à l'irritation produite par des scybales dans l'intestin. Si ces malades parviennent à bien nettoyer leur intestin, tous les jours, soigneusement, avec les cholagogues et les lavements et suivent un régime alimentaire spécial, ils réussissent à guérir complètement leur entérite et même à la prévenir.



V. O.
V. O. S.
V. S. O. P.



F. C.
Fine
Champagne

BRANDIES PH. RICHARD COGNAC

Ces brandies se recommandent à la profession médicale à cause de leur pureté reconnue, leur haute qualité et leur action tonique et stimulante toujours efficace.

Laporte, Martin & Cie,
MONTREAL.

DEPOSITAIRES

CYPRIDOL

C'est une solution d'iodure de mercure dans
l'huile stérilisée.

Solution préférable à toutes autres préparations mercurielles

POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Ne cause aucune intolérance de l'organisme ou de l'estomac si
on donne le CYPRIDOL en capsules de 2 milligrammes chacune.

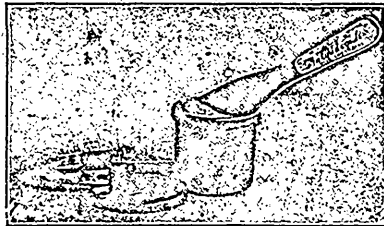
Cette

"HUILE BI-IODUREE"

est le traitement spécifique par excellence de MM. Fournier
Ranas et des autres Spécialités Français.

En bouteilles de 50 capsules et 1 once pour injection
sous-cutanée.

Dépositaires : **LYMAN, SONS & CO.,** MONTREAL.



LA SPATULE

Souvent peut rendre inutile LE SCALPEL

si elle est employée pour faire une application d'Antiphlogistine
en couche chaude et épaisse dans les divers états
inflammatoires et congestifs.

L'Antiphlogistine

Vide les Capillaires,
Restaure la Circulation,

Stimule les Reflexions,
Saigne en Epargnant le Sang.

CHICAGO
DENVER
SAN FRANCISCO

The Denver Chemical Co.
NEW-YORK

LONDON
SYDNEY
MONTREAL

Ainsi l'insuffisance d'afflux de bile dans l'intestin doit être considérée comme la cause directe de l'entérite muco-membraneuse. C'est sur les fonctions de la cellule hépatique que l'influence nerveuse, à laquelle quelques médecins recourent pour expliquer cette affection, exerce principalement son action inhibitoire.

Voici une observation curieuse, envisagée soit à ce point de vue, soit à celui d'une manifestation d'arthritisme, d'une auto-intoxication :

"J'ai été appelé à prêter mes soins à une dame souffrante d'une angine phlegmoneuse qu'elle a essayé de combattre avec des gargarismes de guimauve, sans résultat. La tumeur constituée par l'amygdale gauche, très augmentée de volume, occupait presque toute la cavité pharyngée. La malade présentait le syndrome qui accompagne habituellement cette affection : difficulté dans la déglutition, mal à la gorge, et des symptômes du classique embarras gastrique.

"Elle était une constipée habituelle. Je lui ordonnai de prendre la limonade de citrate de magnésic, et de faire des gargarismes avec une solution d'acide salicylique (0,5 : 1000).

Une autre observation m'a montré clairement la filiation de l'angine phlegmoneuse et de l'auto-intoxication.

Une manifestation encore d'arthritisme, et que mon observation m'a montrée toujours accompagnée du classique embarras gastrique, c'est le rhumatisme.

Toujours j'ai réussi à faire disparaître celui-ci avec les moyens que j'adopte pour combattre les manifestations de l'auto-intoxication. Le salicylate de soude, ce médicament classique du rhumatisme, considéré comme son spécifique, agit sans doute comme cholagogue.

J'ai essayé d'autres cholagogues : la cascarrine, la rhubarbe, l'évonymine, la podophylline, le calomel, les ferments de bière et du raisin, et leurs résultats ont été tout à fait concluants.

D'où ma conviction que le rhumatisme est aussi une manifestation d'auto-intoxication.

J'ai réussi à faire disparaître plusieurs éruptions cutanées de morphologie variée et attribuées à l'arthritisme par les moyens que j'ai indiqués ci-dessus et qui sont destinés à combattre les manifestations d'auto-intoxication.

Quant à l'obésité, j'ai toujours observé que, avec le traitement que je suis pour l'auto-intoxication, les personnes qui en souffrent voient leur état s'améliorer sensiblement. Elles remarquent que leur ventre diminue, qu'elles ressentent un bien-être dont elles ne jouissaient pas auparavant.

J'ai observé des cas de perturbations mentales, de délire, des manies, des phobies, etc., que j'ai réussi à vaincre par les mêmes moyens.

L'observation de plusieurs cas de neurasthénie, très vulgaires, chez des personnes jeunes, arthritiques, m'a fait voir qu'ils ne sont, dans leur majorité, que des manifestations d'auto-intoxication.

Chez les personnes âgées même, les états neurasthéniques dus à l'artério-sclérose cérébrale, c'est encore l'auto-intoxication, leur arthritisme qui, après avoir produit un tel état morbide des artères, doit encore être incriminé.

Relativement à l'hystérie et l'épilepsie j'ai fréquemment observé que leurs attaques sont aussi le produit d'une auto-intoxication, puisque, une fois apparue la cause occasionnelle, une impression morale par exemple, ce n'est que le traitement anti-toxique qui les fait disparaître complètement.

Et si j'ajoute que j'observe chez de telles personnes, fréquemment et en même temps, d'autres manifestations arthrétiqes encore, je me demande si on ne devrait pas classer ces syndromes morbides dans l'arthritisme ?

Une telle interprétation ne doit étonner personne, si l'on considère que le traitement préventif de l'épilepsie, conseillé par les maîtres, c'est justement de maintenir la régularité des selles, d'éviter les viandes, de ne point prendre de vin, de manger beaucoup de végétaux ; c'est-à-dire de suivre le régime préventif de l'auto-intoxication ; ailleurs l'usage des bromures à hautes doses pour diminuer l'excitabilité morbide des centres nerveux de ces malades, leur lieu de moindre résistance.

De mes observations je tire donc les conclusions qui suivent :

- 1.—L'arthritisme est l'auto-intoxication ;
- 2.—L'arthritique doit être un auto-intoxiqué chronique, un individu qui a hérité de ses parents un appareil anti-toxique insuffisant ;
- 3.—Les manifestations arthritiques ne sont que de vraies poussées d'auto-intoxication, de vraies auto-intoxication aiguës ;
- 4.—L'insuffisance du foie est le principal responsable de l'arthritisme ;
- 5.—Il y a une classe de fièvres, faussement considérées de nature palustres, et qui ne sont que de vraies fièvres hépatiques.
- 6.—L'entérite muco-membraneuse est due à la constipation habituelle, et celle-ci, en particulier, à l'insuffisance d'afflux de bile dans l'intestin.
- 7.—Le classique embarras gastrique fébrile devrait plutôt s'appeler embarras hépatique fébrile ;
- 8.—L'angine phlegmoneuse est, pour ainsi dire, un équivalent, dans le tégument interne, du furoncle de la peau ; une manifestation d'arthritisme aussi, d'auto-intoxication :
- 9.—La neurasthénie, n'étant dans la plupart des cas qu'un syndrome d'arthritisme, il y a des raisons pour considérer l'hystérie et l'épilepsie comme des syndromes aussi, à classer dans cet état morbide.

INFORMATIONS MEDICALES ET SCIENTIFIQUES

Traitement des engelures par l'acide picrique

M. Lemaire a employé l'acide picrique pour le traitement des engelures non ulcérées, du premier et deuxième degrés, sous forme d'applications faites avec une solution picrique à 1 pour cent, ou avec le réactif citropicrique employé pour la recherche de l'albumine (1 gr. d'acide picrique, 2 gr. d'acide citrique et 100 gr. d'eau). Le remède agit non seulement en raffermissant la peau, mais encore à titre d'antiseptique et d'analgésique.

Traitement des brûlures occasionnées par l'acide phénique

Chez un malade qui, par mégarde, s'était répandu sur les mains de l'acide phénique concentré, le Dr Swirter a eu recours avec succès à un bain (local) d'alcool. Malgré que l'immersion des mains dans l'alcool n'ait eu lieu qu'une heure après l'accident, les suites de celui-ci se sont dissipées très vite.

Topique par le traitement des plaies septiques et des furoncles

Ce topique, préconisé par le Dr Chlumsky a pour formule :

Rec. Acide phénique très pur.	30 parties
Camphre en poudre.	60 "
Alcool absolu.	10 "

M. —

Le topique est appliqué directement sur la partie malade.

Contre la spermatorrhée par les efforts de défécation

Le Dr Terrepson procède de la façon suivante :

Il recommande aux intéressés de n'aller à la selle que le soir, de ne pas prendre la position accroupie, mais de s'asseoir sur le siège, et d'éviter le plus possible de contracter les muscles de la paroi abdominale, enfin "de concentrer le plus possible la pensée sur la région anale."

Pour la toilette de l'entrée des fosses nasales

Le Dr F. Halbhuber conseille d'employer une tige en bois, de 3 millimètres de diamètre, à l'extrémité de laquelle on fixe un petit tamponnet d'ouate qu'on immerge de vaseline boriquée (3 pour cent). On introduit le tamponnet dans l'une des fosses nasales, et on imprime au bâtonnet des mouvements de torsion et de friction, de manière à pratiquer un véritable massage de la muqueuse. On répète cette petite manœuvre, du côté opposé, en utilisant, bien entendu, un nouveau tamponnet d'ouate.

Polyarthrite syphilitique

On avait cru d'abord à une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Devant l'inefficacité des médications réputées spécifiques, et après qu'un examen minutieux du malade eut fait découvrir des stigmates multiples d'une infection syphilitique antécédente, on soumit l'intéressé à une cure par les frictions mercurielles, de cinq semaines de durée, suivie d'une courte cure iodurée. Le malade s'est complètement rétabli.

Présence dans l'intestin, de vibrions du cholera, sans symptômes cholérique

Le Dr Prochnik mentionne que parmi les pèlerins musulmans, retenus, au printemps dernier, en quarantaine, à la station d'El-Tor, il s'en est trouvé six, dont les déjections renfermaient des vibrions virulents du choléra, sans que pour cela, ni les intéressés, ni aucun de leurs compagnons de pèlerinage n'aient présenté les symptômes du choléra.

Remède secret contre l'asthme bronchique

D'après le Dr Bertram, un remède secret contre l'asthme bronchique, lancé par le Dr Tucker, et qui jouit d'une grande vogue en Amérique, ne serait autre qu'une solution glycinée de : sulfate d'atropine, 1 pour cent ; nitrite de sodium, 4 pour cent, plus 0 gr. 52 d'un extrait de plante.

L'automassage dans le traitement de la constipation chronique

Le Dr Wierzebecki préconise l'automassage du ventre, pratiqué le soir, avant le coucher, dans le cas de constipation habituelle. En outre, il prescrit une nourriture fortement épicée, et il recommande aux intéressés de se présenter régulièrement à la selle, sitôt que l'intestin manifeste la moindre velléité de se soulager de son contenu. Pour combattre la fermentation putride des matières qui stagnent dans l'intestin, il fait prendre du sous-nitrate de bismuth, de la résorcine ou de la naphthaline.

Un remède à la fois très efficace inoffensif consiste dans l'usage quotidien de 1 ou 2 pilules antidyspeptiques Lancelot, à prendre au commencement des repas. Dans ces pilules, la cascara sagrada se trouve associée à la quassine et à la strychnine, qui stimulent l'appétit et les fonctions sécrétoires des glandes de l'estomac et de l'intestin, outre qu'elles combattent l'atonie des parois de ces organes.

Les pilules antidyspeptiques Lancelot sont très efficaces également dans les cas d'hémorroïdes, de migraine, de dyspepsie d'origine gastro-intestinale ou hépatique.

Tympan artificiel

D'après L. Mather, le meilleur tympan artificiel est représenté par une boulette de ouate, imbibée d'une solution d'acide phénique préparée avec un mélange d'alcool et de glycérine. Quand la perforation occupe le quadrant supéro-antérieur, il est rare que l'usage d'un tympan artificiel donne de bons résultats, c'est l'inverse quand la perforation occupe la moitié postérieure de la membrane, à condition, bien entendu, que la chaîne des osselets soit conservée.

Emploi du sang défibriné, pour obtenir l'hémostase dans les cas d'hémophilie

Chez un garçon de 12 ans, appartenant à une famille d'hémophiliques et dont un frère était mort d'une hémorragie survenue à la suite d'une blessure de la lèvre inférieure, un suintement de sang, provenant des gencives, et qui durait depuis trois semaines, avait entraîné une anémie très intense. On avait eu recours à toutes sortes d'hémostatiques, notamment aux injections de gélatine, à l'adrénaline "intus" et "extra." Le Dr Perthes eut alors l'idée d'injecter dans la gencive, au voisinage de la source de l'hémorragie, 1 cent. cube de sang défibriné, provenant d'un lapin. L'hémorragie s'arrêta tout aussitôt. Elle se reproduisit huit heures plus tard, mais on en vint définitivement à bout, après qu'on eut appliqué au siège de l'hémorragie des tamponnets de ouate imbibés de ce même sang défibriné. L'action hémostatique de ce dernier peut être attribuée à ce qu'il renferme du ferment fibrinogène.

Anesthésie mixte par l'adrénaline et la cocaïne, dans la pratique dentaire

A la polyclinique chirurgicale de l'Université de Strasbourg, on procède de la façon suivante, lors d'une avulsion de dent :

On prépare une solution qui renferme de la cocaïne, 1 pour cent, du NaCl, 0,7 pour cent de l'adrénaline, 0,1 p. 1.000 (pour mille). Avec une seringue de Pravaz on injecte un demi-centimètre cube de cette solution dans la portion de la gencive, située à la face externe de la dent à extraire, et un autre demi-centimètre cube dans la portion de la gencive, située à la face interne de cette même dent. On a soin d'enfoncer la pointe de la canule le long de l'os, jusqu'à la pointe de la racine. Puis on attend uné dizaine de minutes avant de procéder à l'extraction de la dent malade. De la sorte, l'avulsion s'est faite régulièrement sans douleur, quand elle portait sur une dent de la mâchoire supérieure, et il en a été de même dans 80 pour cent des cas, lorsqu'elle portait sur une dent de la mâchoire inférieure.

L'existence d'un abcès du périoste contre-indique le recours à ce mode d'anesthésie. En pareil cas, il est préférable de recourir à l'anesthésie par inhalation de vapeurs d'éther.

Contre les brûlures

Le Dr Ludwig préconise les applications topiques du mélange suivant :

Rec. Acide borique.	3 parties
Eau blanche.	10 —
Eau de chaux.	40 —
Asenol liquide.	50 —

Ces mêmes applications sont très efficaces pour ramollir les croûtes.

Contre la lithiase biliaire

Pendant les périodes intercalaires, quand les malades n'ont pas de coliques hépatiques, le Dr Hecht préconise l'administration simultanée du calomel et de l'extrait de noix vomique. Ce dernier, outre qu'il appuie l'action laxative du calomel, excite les fibres lisses des canaux biliaires et régularise ainsi le flux de la bile.

SUR L'ETIOLOGIE DE LA FIEVRE TYPHOÏDE

PAR M. LE DOCTEUR E. RICKLIN

Dans des contrées entières, dans la plupart des grandes villes européennes, la fièvre typhoïde règne à l'état endémique. Là où, grâce aux progrès de l'hygiène et à l'adoption de certaines mesures visant une prophylaxie rationnelle, on est parvenu à restreindre ses ravages, dans des proportions considérables, on n'a pas encore réussi à la supprimer, ni même à prévenir ses recrudescences passagères. Serait-ce que nous abusons, quand nous croyons avoir acquis une connaissance intégrale des circonstances épidémiologiques qui président à la propagation et à la dissémination de cette maladie ? On serait tenté d'admettre que oui, en présence de certaines révélations dont nous sommes redevables aux travaux récents, poursuivis à l'instigation et sous la direction de l'Institut d'hygiène et de bactériologie de l'Université de Strasbourg, à l'occasion de petites poussées d'épidémie de fièvre typhoïde, survenues dans la capitale de l'Alsace. Le but de cet article est précisément d'attirer l'attention de nos lecteurs sur ces intéressantes révélations.

À l'heure actuelle, et depuis bien des années, déjà, l'accord est fait, parmi les pathologistes, sur ce que la fièvre typhoïde est une maladie infectieuse spécifique, engendrée par un contagé bactérien. L'accord est non moins unanime, parmi les bactériologistes, sur ce que le contagé en question est représenté par le micro-organisme, connu sous les noms du bacille d'Eberth ou d'Eberth-Gaffky.

Règle générale, quand la fièvre typhoïde éclate sous forme d'une épidémie de maison, de quartier, de village ou de ville, ceux qui ont charge de la santé publique, n'hésitent pas à incriminer, comme générateur et comme propagateur du germe de la maladie, l'eau qui sert aux usages domestiques, et surtout, l'eau utilisée comme boisson. S'agit-il d'une maison isolée, qui tire son eau potable d'un puits, d'une

fontaine particulière ? On se préoccupera exclusivement de rechercher si ce puits, ou toute autre prise d'eau, ne se trouve pas en communication plus ou moins directe avec une fosse d'aisance, avec une fosse à purin, souillée depuis peu, par les déjections de quelque typhique ayant séjourné dans le voisinage. S'agit-il d'une épidémie disséminée dans un certain nombre de maisons qu'alimente en eau potable une canalisation fermée ? On recherchera si l'eau, distribuée de la sorte n'a pas été contaminée par des déjections de typhique, en un point quelconque du parcours de la canalisation, mais principalement à son origine. Que si l'enquête conduite dans cette voie, apporte la confirmation de l'hypothèse émise, on avisera en conséquence, pour empêcher, dans la mesure du possible, toute contamination ultérieure de l'eau, par des déjections humaines ou autres.

Dans l'un et l'autre cas, on ne se fera pas faute de rechercher la présence du bacille d'Eberth, dans l'eau suspectée, et si cette recherche aboutit à un résultat positif, on prendra des mesures en vue de faire suspendre l'emploi de cette eau pour les usages domestiques, ou, faute de mieux, on recommandera aux intéressés, de la faire bouillir au préalable. Et ce sera tout.

Mais ce ne sera pas assez. De telles mesures sont insuffisantes, parce que basées sur des prémisses incomplètes, qu'on peut énoncer ainsi : Seul, le typhique, ou le convalescent qui relève d'une atteinte de fièvre typhoïde, intervient comme émetteur du germe de cette maladie, qui figure dans ses divers excréta, mais principalement dans les déjections alvines ; la propagation et la dissémination de ce germe s'effectueront ensuite principalement par l'eau qui sert aux différents usages domestiques.

Je dis que ces prémisses pèchent par insuffisance.

Aussi bien, c'est aujourd'hui une expérience faite, que des sujets de notre espèce, très bien portants, peuvent recéler dans leurs organes, les germes de certaines maladies infectieuses et qu'en éliminant ces germes avec leurs excréta, ils peuvent devenir les propagateurs de celle-ci, sans en avoir présenté les symptômes. En fait de maladies, susceptibles de se propager de la sorte, nous connaissons, depuis un certain temps déjà, le choléra asiatique, la diphtérie, la méningite épidémique, la fièvre typhoïde est venu prendre rang à leur suite.

Pour ce qui concerne en particulier cette dernière affection, les travaux récents, poursuivis dans le laboratoire de bactériologie de l'Université de Strasbourg, et auxquels il a été fait allusion plus haut, ont mis en lumière une notion extrêmement intéressante au double point de vue théorique et pratique ; elle est relative à la longue durée que peut atteindre ce "portage" d'un nouveau genre, qui transforme toujours de nos semblables en propagateurs inconscients de maladies, toujours graves et souvent mortelles. Ils ont mis en lumière cette autre notion, que le lait intervient, plus souvent qu'on ne l'admet en général, et au même titre que l'eau, comme véhicule propagateur du con-

tage typhique. Voici des faits qui témoignent en faveur de cette double vérité.

1. Un premier document, publié par le Dr. Klingor porte qu'à Strasbourg, du 1er juillet 1903 au 31 mars 1905, le nombre des individus, reconnus porteurs du bacille d'Eberth et qui éliminaient ce bacille avec leur excréta, a été de 13. Bien entendu, les intéressés se jouissaient d'une santé parfaite ou, du moins, ne présentaient aucun symptôme de fièvre typhoïde. Le plus jeune était âgé de 58 mois; le plus vieux était sexagénaire; 9 étaient du sexe masculin et 4 du sexe féminin. Chez tous, la présence du bacille d'Eberth a été constatée dans les fèces, par quantités très variables, d'un sujet à l'autre et, chez le même sujet, à diverses époques. Il est arrivé que l'examen de milliers d'échantillons de matière suspecte n'ait fait découvrir qu'une seule colonie du bacille typhique, comme aussi d'autres échantillons recélaient ce bacille, à l'état de culture quasi pure; entre ces deux cas extrêmes, tous les degrés intermédiaires se sont présentés.

Chez 8 personnes on a pu constater, en outre, la présence de rares bacilles d'Eberth dans les urines. Or, de ces 8 cas de bactériurie, 7 concernaient des femmes; on est amené ainsi à se demander si les quelques bacilles d'Eberth, décelés dans leurs urines, n'avaient pas émigré de l'anus vers le méat de l'urèthre. Toujours est-il que l'urine recueillie chez deux de ces femmes, par voie de cathétérisme, a été trouvée absolument stérile. Est, du reste, parfaitement admissible, une émigration des bacilles typhiques, de l'intestin ou des voies biliaires dans le sang et, de là, à travers le filtre rénal. A preuve le cas d'un dément qui, selon toute vraisemblance, avait eu une atteinte de fièvre typhoïde, en octobre 1904. La présence du bacille d'Eberth fut constatée dans les fèces, puis dans les urines de cet homme, au cours de l'enquête systématique, entreprise dans l'asile où il était interné, en vue de dépister les "porteurs" du bacille susdit. Le sujet en question succomba peu de temps après. A son autopsie, on a trouvé des cicatrices, au niveau des plaques de Peyer, et un amas de pus autour de la vésicule du foie, qui était remplie de calculs. Vraisemblablement cette suppuration était l'œuvre de bacilles d'Eberth, venus de l'intestin, et qui s'étaient ensuite insinués dans les vaisseaux sanguins, pour, finalement, s'éliminer à travers le filtre rénal.

A un autre point de vue, les 23 porteurs du bacille d'Eberth, qui composent la statistique de Klingor peuvent être classés en deux groupes: Le premier comprend 11 individus, 6 hommes et 5 femmes, qui forment le contingent des porteurs du bacille, recruté sur un total de 1,700 personnes bien portantes, dont les fèces ont fait l'objet d'un examen bactérioscopique, parce que, pour la plupart, ces personnes avaient été en contact direct avec des typhiques. Chez ces 11 sujets, qui n'avaient jamais eu la fièvre typhoïde, la présence du bacille d'Eberth dans les déjections n'a été constatée qu'un petit nombre de fois, et pendant un court laps de temps.

Au contraire les 12 individus du second groupe, 8 hommes et 9 femmes, étaient des porteurs chroniques du bacille d'Eberth, et tous relevaient d'une infection éberthienne plus ou moins récente.

De 482 convalescents de la fièvre typhique, dont on a examiné les déjections, 63 étaient porteurs du bacille d'Eberth. Toutefois, chez 8 seulement, la présence de ce bacille dans les fèces a pu être constatée, passée la sixième semaine après la défervescence.

A l'asile d'aliénés de Hordt, plusieurs cas de fièvre typhoïde éclatèrent, au mois de septembre 1904, dans deux divisions d'hommes, séparées par une cour commune, sans qu'on pût découvrir les causes de cette petite épidémie. C'est en vain qu'on pratiqua l'isolement rigoureux des malades, appuyé par d'énergiques mesures de désinfection; jusque vers la fin de janvier 1905, de nouveaux cas de fièvre typhoïde se produisirent dans les mêmes divisions. Finalement on vint à découvrir parmi les hospitalisés des divisions susdites, deux porteurs (chroniques) du bacille d'Eberth, et on les éloigna. Pendant les quatre mois qui ont suivi, on n'a pas observé de nouveau cas de fièvre typhoïde, dans cette section de l'asile.

Au demeurant, si l'on s'en rapporte aux déclarations de Klingler, jamais un porteur chronique du bacille d'Eberth n'a propagé la contagion de la fièvre typhoïde, une fois que, prévenu des dangers qu'il était à même de faire courir à son entourage, il s'était astreint à certaines mesures de prophylaxie, visant surtout la mise en état de propreté et la désinfection des mains et de l'anus, après chaque défécation. Bien entendu on ne manquera pas d'avertir les sujets de cette catégorie, qu'ils se rendraient coupables, en déposant leurs déjections dans des endroits où elles pourraient facilement venir en contact avec des sujets de notre espèce.

Des faits semblables à ceux qui précèdent ont été signalés par le Dr H. Kayser; en voici une relation succincte:

Un ouvrier boulanger tombe malade, le 20 Mai 1904; il entre aussitôt à l'hôpital, où on le reconnaît atteint de la fièvre typhoïde, et il y succombe dans le courant du troisième septennaire. On fait une enquête, chez la patronne du décédé, la femme E...; on apprend que celle-ci avait eu la fièvre typhoïde, dix années auparavant, et que depuis lors, tout ouvrier ou apprenti, nouvellement embauché, ne tardait pas à être affecté de "dérangements d'estomac, et d'un catarrhe intestinal". Ce résultat, la susdite patronne le mettait sur le compte de la trop bonne nourriture qu'elle donnait à son personnel.

La suite de l'enquête démontra que la femme en question évacuait des bacilles d'Eberth avec ses selles, et en grand nombre, par moments. Le 8 août 1905, son propriétaire, qui usait du même cabinet d'aisance qu'elle, tomba malade d'une fièvre typhoïde grave, dont il fut soigné à l'hôpital et à laquelle il succomba le 31 août; impossible de découvrir une source à l'infection, autre que celle que l'on présuma résider dans les rapports de voisinage avec la femme E... Celle-ci,

sous la pression de la police, se fit admettre en observation à l'hôpital. On put ainsi se convaincre que ses déjections renfermaient des bacilles d'Eberth, en très grand nombre. Elle ne présentait, du reste, aucune manifestation pathologique apparente, sauf qu'elle avait le foie manifestement gros.

Une revendeuse, la femme M., âgée de 40 ans, avait été reconnue, le 24 novembre 1904, comme évacuant des bacilles d'Eberth avec ses déjections et ses urines. Elle avait eu la fièvre typhoïde, trente années auparavant. Depuis cinq ans, elle était sujette à des attaques de coliques hépatiques. L'épreuve de la réaction agglutinative, pratiquée le 11 janvier 1905, avait donné un résultat positif.

Le gendre de cette femme, qui vivait avec elle, fut atteint de la fièvre typhoïde, le 20 Mai, et son propriétaire eut le même sort, le 17 novembre. Tous deux ont été soignés à l'hôpital; le second est mort. Une enquête a démontré que les trois personnes susdites usaient du même cabinet d'aisance, et de la même vaisselle; elle n'a pas fait découvrir d'autre source de contamination.

Si l'on s'en rapporte aux recherches de Biron et Kayser, le nombre des typhiques, qui, une fois guéris, continuent de recéler le bacille d'Eberth, ne serait pas précisément négligeable: sur 200 malades, admis dans le service de la Clinique universitaire de Strasbourg, et soumis à un traitement en règle, 3-1.5 pour cent sont devenus des porteurs chroniques du bacille d'Eberth.

Un fait a frappé les auteurs des travaux dont nous venons de rendre compte, c'est que les deux sexes sont très inégalement représentés, dans le contingent des porteurs chroniques du bacille d'Eberth: pour un sujet du sexe masculin, on en compte trois du sexe féminin. La même proportion se retrouve, quand on considère la fréquence relative avec laquelle la lithiase biliaire s'observe dans les deux sexes. Or, depuis dix ans et quelques, une doctrine a vu le jour, qui compte aujourd'hui beaucoup d'adeptes. Elle assigne à la lithiase biliaire une origine infectieuse et peut se résumer dans cette formule: pas de lithiase biliaire, sans infection des voies biliaires. Celle-ci peut être l'œuvre de bactéries infectieuses variées, au premier rang desquelles figure le bacille d'Eberth.

La question se posait dès lors de savoir si ce n'est pas dans la vésicule biliaire que se réfugie ce bacille, chez les bacillophores qui, pendant des mois et des années recèlent dans leur organisme et propagent inconsciemment le germe de la fièvre typhoïde, de savoir si ce n'est point la bile qui constitue pour ce germe, un milieu éminemment favorable à sa conservation et à sa reproduction. Dès maintenant les plus fortes présomptions sont en faveur de l'affirmative.

Aussi bien, dès 1891, E. Dupré, dans sa remarquable thèse inaugurale, faisait ressortir que "les voies biliaires peuvent, au cours de la fièvre typhoïde, s'infecter par le bacille d'Eberth-Gaffky", et il ajoutait cette remarque, qui a échappé aux auteurs allemands et qui

mérait d'être relevée : "Cette infection peut être latente dans ses symptômes, ou, au contraire, déterminer de graves désordres du côté des voies biliaires, elle peut également survivre plusieurs mois à la fièvre typhoïde guérie, et devenir la cause, par le réveil du microbe latent, d'accidents fébriles mortels. sur des voies biliaires dont la lithiase a déjà compromis la résistance" Entre autres observations, E. Dupré publiait celle d'un malade qui, ayant eu une fièvre typhoïde grave, huit mois auparavant, avait été pris d'accidents de lithiase biliaire; ceux-ci avaient nécessité une cholécystentérostomie. Le malade succomba et son autopsie, complétée par un examen bactérioscopique, a fait constater "une infection typhique pure dans les voies biliaires." Au demeurant, E. Dupré a insisté sur l'intérêt qu'offre, chez les calculeux, la recherche d'antécédents typhiques.

Vers la même époque, Gilbert et Girode ont publié l'observation d'une femme atteinte d'une fièvre typhoïde de moyenne gravité, au cours de laquelle des manifestations d'une certaine importance avaient attiré l'attention du côté des voies biliaires. Après une assez longue période d'accalmie, la malade fut reprise de douleurs intenses, du côté de son foie. Cinq mois après la terminaison de sa fièvre typhoïde, elle se fit admettre dans le service de Terrier, où on porta le diagnostic de cholécystite calculeuse. La malade subit l'opération de la cholécystectomie. L'examen bactériologique du contenu de la vésicule et du produit de raclage de la muqueuse a montré "la présence du bacille typhique à l'état de culture pure."

D'autres exemples d'infection typhique des voies biliaires se trouvent consignés dans la thèse de Dauriac. L'auteur de cet intérêt de la dothiénentérie, des cholécystites peuvent être dues à l'atteinte de fièvre typhoïde, le bacille d'Eberth peut rester virulent dans la vésicule biliaire et peut manifester sa présence par la provocation d'une cholécystite ou d'une lithiase. Voire que "en dehors du bacille d'Eberth, et cela chez des sujets indemnes jusqu'alors de fièvre typhoïde" (antécédente ou concomitante), ajoutait Dauriac, dès 1896, ce qui, me semble-t-il, revient à dire que des sujets de notre espèce peuvent héberger le bacille d'Eberth, sans présenter le moindre symptôme de fièvre typhoïde et sans avoir eu cette maladie précédemment.

D'autre part, Ehret et Stolz ont démontré que dans certaines circonstances on réussit à maintenir le contenu de la vésicule biliaire, en état d'infection persistante, celle-ci pouvant être effectuée par des microbes d'espèces très variées, entre autre par le bacille d'Eberth, qui trouvent dans la bile un milieu de culture favorable.

Brion et Kayser ont fait des constatations analogues.

À plusieurs reprises, Blumenthal a réussi à isoler le bacille d'Eberth, par voie de culture, de la bile et des calculs biliaires provenant de malades qui étaient venus réclamer une intervention opératoire, pour des accidents en rapport avec une lithiase hépatique, Aucun

de ces malades n'avait présenté le moindre indice d'une fièvre typhoïde actuelle ou récente.

Chez les sujets en question, on a recherché la présence du bacille d'Eberth dans les fèces; le résultat a toujours été négatif, sans doute parce que l'intervention opératoire avait détourné de l'intestin, la bile qui servait de refuge au dit bacille. Chez une femme lithiasique, la vésicule et les concrétions biliaires recélaient des bacilles du paratyphus, et la présence de ces mêmes bacilles avait été constatée dans les fèces. Cette femme fut opérée; peu de jours après l'opération, il fut impossible de découvrir, à nouveau, des bacilles spécifiques dans ses matières stercorales, et les examens répétés qu'on fit, pendant l'année qui suivit, n'ont donné que des résultats négatifs. La femme en question était donc radicalement guérie; elle n'était plus recéleuse de bacilles spécifiques.

Six mois après une légère atteinte de fièvre typhoïde, un malade de Doerr fut opéré d'une cholécystite suppurée. Dans la bile et dans l'épaisseur des concrétions biliaires, on trouva une énorme quantité de bacille d'Eberth, à l'état de culture pure.

Faitout et Ramond ont constaté la présence du bacille d'Eberth dans la bile, au cours d'une opération sur la vésicule biliaire, chez un sujet qui avait eu la fièvre typhoïde six années auparavant.

Pareille constatation a été faite par Droba chez un malade qui avait eu la fièvre typhoïde, dix-sept années auparavant, et par Hunner chez un sujet dont l'infection éberthienne datait de vingt années.

En s'inspirant des faits de cette nature, d'ordre essentiellement clinique, M. M. J. Forster et H. Kayser, ont entrepris des recherches systématiques, dans le but de se renseigner sur la présence éventuelle des bactéries pathogènes et en particulier du bacille d'Eberth, dans la bile des cadavres qu'ils avaient l'occasion d'autopsier. Les résultats qu'ils annoncent se chiffrent ainsi:

Nombre de cas, 148; 140 se rapportaient à des personnes, mortes de maladies qui n'avaient rien à voir avec l'infection éberthienne; 8 à des sujets qui avaient succombé à une atteinte de fièvre typhoïde.

Chez 7 de ces 8 typhiques, on a constaté la présence du bacille d'Eberth, à l'état de culture pure, dans la bile. Chez le huitième, dont l'autopsie a été pratiquée assez tardivement, la bile ne renfermait, en fait de bactéries, que des colibacilles.

Des 140 personnes mortes d'une affection autre que la fièvre typhoïde, 2, qui étaient en puissance d'une lithiasie biliaire, recélaient, dans leur bile, des bacilles du groupe typhique: bacille d'Eberth, dans un cas; bacille du paratyphus (type B) dans l'autre cas.

Les recherches de Forster et H. Kayser, continuées sur des animaux, ont démontré que chez ceux-ci également la vésicule biliaire constitue un excellent lieu de refuge pour les bacilles typhiques inocu-

lés dans une veine, et que ces mêmes bacilles, en suspension dans le sang, peuvent gagner l'intestin, après un séjour intermédiaire, plus ou moins prolongé, dans la bile.

La preuve semble donc être acquise, de ce que, les porteurs chroniques du bacille d'Eberth recèlent de préférence dans leur vésicule biliaire, le germe infectieux qui les rend aptes à contagionner leurs semblables.

II. D'un autre document, publié par le Dr H. Kayser j'extraits les données suivantes :

l'extraits les données suivantes :

Au printemps de l'année dernière, 5 personnes qui habitaient différentes rues, à Strasbourg, succombèrent à la fièvre typhoïde, en l'espace de quelques jours. Toutes avaient consommé du lait cru, provenant de deux fermes des environs de la ville. Les habitants de ces deux fermes étaient en parfaite santé. Toutefois le fils de l'un des fermiers, un garçon de 12 ans, avait dû interrompre la fréquentation de l'école, six mois auparavant, parce que malade "d'une toux." L'enquête démontra que ce garçon excréta avec ses fèces, de nombreux bacilles d'Eberth.

La recherche de ce même bacille dans les déjections des autres habitants de la ferme n'a donné que des résultats négatifs. Quant au reste, la disposition des lieux était on ne peut plus propice à une contamination du lait, par le purin et par le contenu des fosses d'aisances (celles-ci se trouvaient, au voisinage immédiat du puits dont l'eau servait au lavage des ustensiles de laiterie). Ces mêmes conditions favorables à une contamination du lait se trouvaient réalisées dans l'autre ferme, dont, à vrai dire, aucun des habitants ne fut reconnu bacilléphore.

Du 5 au 23 juin 1905, à Strasbourg, 8 nouveaux cas de fièvre typhoïde, et du 1er au 26 août, autres, en tout 17 cas, dont 2 avec dénouement fatal. Tous se rapportaient à des malades qui avaient consommé du lait cru, malgré qu'on eu signalé à la population les dangers de cette pratique. Ce lait provenait d'une seule et même laiterie, qui s'approvisionnait dans différentes fermes. Une enquête fut instituée par l'inspection sanitaire; elle aboutit à faire soupçonner que des cas de fièvre typhoïde s'étaient produits récemment dans l'une d'elles. Bientôt on acquit la preuve que la fermière, spécialement préposée à la laiterie, rendait des bacilles d'Eberth, avec ses déjections. Il fut alors décidé que le lait ne quitterait plus la ferme, sans être préalablement pasteurisé. A partir de ce moment, il ne se produisit plus de nouveaux cas de fièvre typhoïde, dans la clientèle de la laiterie susdite.

Au mois d'août 1904, 2 typhiques étaient en traitement dans une ferme des environs de Strasbourg; de cette même ferme, 7 litres de lait étaient transportés quotidiennement en ville, par un marchand. Une des clientes de ce marchand, une jeune fille, qui absorbait son lait cru, contracta la fièvre typhoïde. Un peu plus tard la fille du

marchand eut le même sort. A noter que les gens qui, dans la ferme incriminée, s'occupaient de la manipulation du lait, avaient donné des soins à deux typhiques, malgré la défense qui leur en avait été faite.

D'après Kayser, du 1er janvier 1904 jusqu'en octobre 1905, 260 cas de fièvre typhoïde sont survenus à Strasbourg, dont 60 étaient imputables à l'absorption de lait cru. En ne tenant compte que des 126 cas relevés dans le courant de l'année 1905, la proportion des cas où l'usage du lait cru pouvait être incriminé dans le développement de la maladie s'est élevé à 40 pour cent.

Kayser a noté également que le nombre des cas de fièvre typhoïde imputables à l'usage du lait cru est allé en augmentant, au fur et à mesure que s'élevait la température.

CONCLUSIONS.—De l'exposé qui précède, je crois pouvoir conclure que :

1o. Des sujets de notre espèce, en état de bonne santé apparente, peuvent recéler le bacille d'Eberth dans leur organisme, longtemps après une atteinte de fièvre typhoïde, ou, même, sans avoir jamais eu cette maladie.

Cette éventualité paraît être beaucoup plus fréquente dans certains milieux, qu'on ne pourrait être tenté de le croire a priori, et il y a lieu de tenir compte de l'intervention possible de ces bacillophores, en tant que propagateurs de la fièvre typhoïde.

2o. Ce sont surtout et peut-être exclusivement les voies biliaires qui, en pareils cas, servent de refuge au bacille d'Eberth, la bile constituant pour ce bacille, un excellent milieu de culture. D'autre part, la présence, indéfinie ou prolongée, du bacille d'Eberth, dans les voies biliaires, paraît être une cause relativement fréquente de cholécystite et de lithiase.

3o. En conséquence, il y a lieu de suspecter spécialement, comme porteurs du bacille d'Eberth, les sujets qui, en puissance d'une de ces affections des voies biliaires, ont, en outre, des antécédents typhiques. Seule, du reste, la recherche systématique du bacille d'Eberth dans les fèces des intéressés pourra donner corps, aux soupçons conçus dans ces conditions.

4o. Les sujets reconnus porteurs du bacille d'Eberth devront être soumis à des mesures appropriées de prophylaxie, lorsque celles-ci seront justifiées par les circonstances ambiantes (poussées épidémiques de voisinage, foyers d'endémie). Il y a lieu aussi de se préoccuper, plus qu'on ne l'a fait jusqu'alors, de débarrasser complètement des bacilles spécifiques retenus dans leurs organes digestifs, dans l'intestin principalement, les sujets qui relèvent d'une fièvre typhoïde.

5o. Les mêmes mesures qui visent à supprimer la propagation de la fièvre typhoïde par l'intermédiaire de l'eau utilisée comme boisson devront s'étendre au lait de provenance inconnue ou suspecte.

ABCÈS CHAUDS DU SEIN

PAR M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Nous allons traiter aujourd'hui devant vous cette question si importante à connaître, surtout au point de vue pratique : les abcès du sein.

Trois malades, entrées dans notre salle des femmes, la salle Gosselin, pour cette affection, m'ont fourni l'occasion de cette leçon.

La première de nos trois malades est entrée le 31 Octobre 1906 ; elle est âgée de vingt-trois ans ; elle a fait une couche normale, a nourri son enfant pendant neuf jours au sein ; puis des gerçures ont fait leur apparition au niveau du mamelon, l'allaitement a été suspendu, un abcès s'est formé : ouvert dans le service, l'abcès ne tarda point à être complètement guéri. C'est ainsi que les choses se passent dans la grande majorité des cas.

L'histoire de notre deuxième malade est absolument identique : âgée de vingt-deux ans, accouchement normal, allaitement, dix jours plus tard gerçures, allaitement suspendu et abcès.

Bien différente est l'histoire de la troisième malade. Entrée le 22 Décembre 1906 à l'hôpital de la Charité, elle s'y trouve encore couchée au No 11 bis de la salle Gosselin. Elle est âgée de vingt-cinq ans. Elle a fait une faussé couche de six semaines en 1897 et fut atteinte, à la suite, d'une salpingo-ovarite double pour laquelle on pratiqua l'hystérectomie et l'ablation des annexes. Il y a huit jours, son sein gauche devint douloureux et augmenta de volume. C'est alors que la malade se décida à entrer dans le service : nous constatâmes un abcès qui fut ouvert largement et qui est aujourd'hui en voie de guérison.

Donc, sans accouchement, sans allaitement, un abcès s'est formé dans le sein gauche de cette jeune femme. Il est bien évident que nous n'avions pas affaire ici à un abcès puerpéral.

Les abcès du sein, Messieurs, peuvent être divisés en : abcès froids et abcès chauds. Nous laisserons de côté les premiers pour nous occuper exclusivement des seconds.

Au point de vue étiologique, nous diviserons les abcès chauds en : abcès puerpéraux et en abcès non puerpéraux. Les abcès puerpéraux sont de beaucoup les plus fréquents. Dans une statistique que j'ai là sous les yeux, je compte 171 abcès puerpéraux et 38 abcès non puerpéraux.

Pour vous permettre, Messieurs, de bien comprendre les abcès du sein, leur symptomatologie et leur évolution, je suis obligé de vous rappeler en quelques mots l'anatomie de la mamelle. Un simple schéma vous fixera mieux les idées qu'une longue description :

Faisons une coupe transversale passant par le mamelon. Ici le grand pectoral. Au-dessus la peau, et je vous dessine le contour de la mamelle. Entre la peau et le grand pectoral, la couche graisseuse qui se divise, pour ainsi dire, en deux lames : l'une suit la peau et s'arrête au niveau de l'auréole, l'autre s'étend au-devant du grand pectoral ; mais, entre cette lame graisseuse profonde et le grand pectoral recouvert de son aponévrose, nous trouvons une couche celluleuse lâche qui permet la mobilité de la glande sur le muscle. Au milieu, enfin, la glande et les conduits galactophores aboutissant au mamelon.

Mais rappelez-vous, Messieurs, que la glande mammaire, quoique glande en grappe, diffère essentiellement des autres glandes en grappe. Nous trouvons, en effet, la glande mammaire formée par des lobes en général au nombre de 8 à 12, lobes distincts les uns des autres, ayant chacun un conduit excréteur propre, et séparés par du tissu celluloadipeux plus ou moins abondant suivant les sujets, pouvant même, dans certains cas, arriver à étouffer les éléments glandulaires.

La glande mammaire, vous le voyez, Messieurs, est formée en réalité par la réunion de plusieurs glandes ayant chacune un conduit excréteur particulier.

La peau de la mamelle ne présente rien à signaler, si ce n'est au niveau de la partie appelée auréole ou aréole. Ici, la peau est mince et pigmentée, adhérente; pas de tissu adipeux, mais de nombreux follicules pileux, de nombreuses glandes sudoripares et sébacées.

Disons enfin qu'on y rencontre des fibres musculaires lisses.

D'après ces quelques notions indispensables, il vous est facile de concevoir les différentes variétés d'abcès que l'on peut observer au niveau du sein.

Nous aurons en effet :

- a) Des abcès sous-cutanés ;
- b) Des abcès parenchymateux ;
- c) Des abcès profonds ou sous-mammaires.

A.—Les abcès sous-cutanés peuvent se développer :

- 1o. Au niveau de l'auréole ;
- 2o. Au niveau de n'importe quel point de la surface cutanée de la mamelle.

Au niveau de l'auréole, nous aurons des furoncles, des abcès tubéreux, petits abcès sans importance, sans gravité, et qui guérissent d'eux-mêmes.

Les autres abcès sous-cutanés, développés ailleurs qu'au niveau de l'auréole, ont une symptomatologie fort simple, fort nette; ils sont superficiels, il faut les ouvrir.

B.—Bien plus intéressants, bien plus importants sont les abcès parenchymateux.

Ce sont eux que nous observons le plus fréquemment; vous devez les bien connaître, pour pouvoir leur appliquer un traitement rationnel et précoce.

Le sein augmente de volume, il est dur, tendu, douloureux; il existe de la fièvre. Bientôt l'abcès est formé: comment va-t-il évoluer? Il tend de plus en plus à se rapprocher de la surface du sein, il marche en suivant un espace interlobaire et arrive ainsi à gagner la couche graisseuse; il soulève la peau et détermine un foyer sous-cutané communiquant par une partie étroite avec le foyer initial profond: un abcès en bouton de chemise est constitué.

Je vous parlerai tout à l'heure du traitement que l'on doit appliquer à ces abcès parenchymateux, et c'est là, Messieurs, un point important de leur histoire, car c'est lorsque l'on a mal traité un abcès de ce genre-là que l'on a des fistules du sein, fistules qui durent des mois et des mois, et qui demandent une nouvelle intervention: on laisse l'abcès en bouton de chemise se former, et c'est alors que l'on intervient: on ouvre le foyer superficiel qui se vide, mais le foyer profond persiste, c'est de lui que partent les fistules, c'est lui qui les entretient. Ce n'est pas tout; le foyer profond envahit d'autres lobes, d'autres abcès se forment, qui vont évoluer pour leur propre compte; se comporter comme le précédent; et c'est alors que l'on voit de ces mamelles trouées comme de véritables écumoires. On est obligé d'intervenir à nouveau, de débrider profondément.

Aussi, Messieurs, en présence d'un abcès parenchymateux, n'attendez jamais que le pus vienne affluer la peau; dès que la fluctuation est manifeste, dès que la fluctuation est perceptible, incisez hardiment, donnez issue au pus: la guérison ne se fera point attendre.

C.—Les abcès profonds sous-mammaires sont très rares: c'est à peine si j'ai eu l'occasion d'en voir 5 ou 6 cas dans ma vie chirurgicale déjà longue cependant. Ils soulèvent la glande, qui n'est point douloureuse, et bientôt l'on voit apparaître, généralement en bas et en dehors, une petite tumeur douloureuse et fluctuante: c'est un abcès qui s'est acheminé vers la peau.

Il est encore un point que je veux traiter devant vous, c'est la pathogénie, tant discutée, des abcès du sein.

La mamelle, vous le savez, possède de nombreux lymphatiques. Pour Mascagni, tous les lymphatiques cheminaient d'avant en arrière, se réunissaient dans la profondeur et gagnaient ensuite les ganglions de l'aisselle. Sappey, d'autre part, a divisé les lymphatiques de la mamelle en superficiels et profonds. Il a démontré que les profonds naissent des lobules et de là montaient vers la surface cutanée pour rejoindre les troncs superficiels.

Si je vous ai parlé des lymphatiques du sein, c'est que l'on admet que les abcès, qu'ils soient sous-cutanés, parenchymateux ou sous-mammaires, sont le résultat d'une angioloécite, sont de véritables angiophlegmons. C'est là, Messieurs, la théorie admise d'une façon générale depuis Nélaton, par opposition à la théorie qui veut que les abcès du sein soient consécutifs à une infection se propageant par les conduits galactophores. Cette théorie est séduisante: l'infection se propageant à la glande par les conduits excréteurs; et n'est-ce pas ainsi, Messieurs, que se produisent les épидидymites, que se produisent les parotidites? La théorie de l'angioloécite est acceptée à peu près sans conteste, et cependant je ne puis m'empêcher d'avouer qu'elle est passible de nombreuses objections, en ce qui regarde tout au moins les abcès parenchymateux.

En effet:

1o. Il n'y a pas toujours de gerçures au niveau du mamelon, donc pas de porte d'entrée:

2o. Il y a des femmes qui ont des abcès provoqués par la seule pression de l'allaitement: d'abord engorgement laiteux et ensuite abcès. Où donc est l'angioloécite?

3o. Les descriptions anatomiques de Sappey ne sont pas favorables à la théorie de l'angiophlegmon, puisque la lymphatique chemine d'arrière en avant et que l'infection devrait progresser d'avant en arrière;

4o. On ne trouve jamais ou presque jamais de ganglions;

5o. Les abcès non puerpéraux enfin, survenant sans gerçures, sans porte d'entrée apparente semblent plaider contre la théorie de l'angioloécite.

Vous le voyez, Messieurs, cette théorie mérite bien des reproches, et il est vraisemblable que, si les abcès sous-cutanés reconnaissent pour cause une angioloécite, bien des abcès parenchymateux sont dus à une infection se propageant par les conduits galactophores.

En terminant cette leçon je ne puis m'empêcher de rapprocher les abcès survenant chez les jeunes filles atteintes d'aménorrhée, et que Cooper et Velpeau attribuaient à des extravasations sanguines s'infectant secondairement, de l'abcès non puerpéral observé chez notre troisième malade privée de règles depuis l'ablation de ses annexes et de son utérus.

Montréal 10 avril 1907.

Monsieur S. Mondou, Gérant,
Le Montréal-Médical.

Cher Monsieur,

C'est avec plaisir que j'accuse réception du magnifique chronomètre que vous aviez promis aux abonnés payant cinq dollars et je vous en remercie bien cordialement.

Votre tout dévoué,

FELIX LABADIE, M. D.