

MARS 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.

- 131 — Les maladies contagieuses, l'hygiène et les pouvoirs publics *Lachapelle*
146 — Considérations et statistiques sur la mortalité infantile..... *Prévost*
154 — La médication phospho-créosotée dans la tubercule *Bernheim*
-

REVUE GÉNÉRALE.

- 161 — Traitement des pleurésies purulentes (SUITE)..... *Hervieux*
-

SOCIÉTÉS.

- 166 — Congrès contre la tuberculose tenu à Ottawa..... *Dubé*
169 — Société Médicale de Montréal — Séances du 29 janvier et du 13 février 1901
-

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

- 175 — Le projet d'hôpital pour les maladies contagieuses à Montréal..... *LeSage*
-

ANALYSES.

MÉDECINE.

- 184 — La typhose syphilitique..... *LeSage*

CHIRURGIE.

- 185 — Le traitement de l'appendicite..... *Marien*

OPHTALMOLOGIE.

- 187 — Dermatite ou pseudo-érysipèle atropinique..... *Boulet*

OBSTÉTRIQUE.

- 188 — Retard de l'accouchement causé par la lèvre antérieure de l'orifice utérin. — Le bandage abdominal dans le travail de l'accouchement..... *LeSage*

PÉDIATRIE

- 189 — De la transmission à travers le placenta du bacille de la tuberculose. — Traitement du muguet..... *Dubé*

THÉRAPEUTIQUE.

- 190 — L'extrait de capsules surrénales dans les maladies du cœur. — Traitement médical préventif des coliques hépatiques à répétition. — Traitement de la variole..... *LeSage*

PHARMACOLOGIE.

- 193 — Pouion antivomitif. — Eau sulfo-carbonée. — Lotion stomacique et laxative. — Cachets anti-névralgiques.

CORRESPONDANCE.

- 195 — Les médecines patentées..... *Panneton*

BIBLIOGRAPHIE.

- 196 — Le traitement pratique de l'épilepsie. — Tableau synoptique de bactériologie médicale. — Aide-mémoire de neurologie. — Le pneumocoque et les pneumococcies. — Tableau synoptique d'anatomie topographique et chirurgicale. — Aide-mémoire des maladies du cœur. (Ballière & fils, Paris).

Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine. (Steinheil).

MEMOIRES

LES MALADIES CONTAGIEUSES, L'HYGIÈNE ET LES POUVOIRS PUBLICS (1)

Par le Dr E.-P. LACHAPELLE

Chevalier de la légion d'Honneur, Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, Président du Conseil provincial d'Hygiène, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

MONSEIGNEUR,

MONSIEUR LE RECTEUR,

MESDAMES ET MESSIEURS.

La Faculté de Médecine de l'Université Laval, en me désignant, dès le lendemain de mon retour de Paris, pour vous adresser la parole à cette séance solennelle de l'ouverture des cours, m'a fait un grand honneur dont je tiens à la remercier en premier lieu; mais elle m'a en même temps, il faut bien que je l'avoue, causé un peu d'embarras. Car, s'il est agréable d'adresser la parole à une assemblée aussi distinguée que celle que je vois réunie ici ce soir, il n'est pas toujours aussi facile, parlant au nom d'une Faculté de Médecine, de trouver un sujet qui intéresse tout le monde. La science médicale, je puis bien le dire, n'est pas très attrayante pour une oreille profane.

Ce n'est pas que le public soit indifférent à tout ce qui regarde la santé du corps. Certes non. La maladie n'a jamais eu pour personne des attrait bien particuliers, et combien, dans leur anxiété, ont souvent cherché, dans les pratiques les plus répugnantes mêmes, les moyens de s'en préserver ou de s'en guérir. Mais, hélas! Hippocrate était un fils de la Grèce, et c'est en grec qu'il a formulé les lois fondamentales de la Médecine. Ses disciples, autant par piété filiale que par tempérament professionnel, se sont appliqués à cultiver son jardin

(1) Discours prononcé à l'ouverture des cours de l'Université Laval, le 30 octobre 1900.

avec ferveur, ce qui a donné à la langue médicale un aspect des plus rébarbatif, et fait de toute la nosologie médicale une véritable plantation de racines grecques, bien faite pour dérouter le profane qui veut pénétrer dans son domaine.

Le mot hygiène, lui aussi, a une allure des plus hippocratique; mais on peut dire que cette partie des sciences médicales possède un abord moins déconcertant et qu'elle offre pour tous un intérêt plus général. Transformée par le génie de Pasteur, mise en rapport, dans sa sphère d'action, avec les branches diverses de l'organisation sociale, elle a eu le bon esprit de simplifier sa langue, et le mérite, pour se faire mieux comprendre, pour se laisser aborder sans frayeur, de s'exprimer en un langage moins technique. Tout le monde peut lire un traité d'hygiène, et tout le monde peut en faire son profit.

Mais l'hygiène a un mérite bien plus grand encore. Laisant à la médecine proprement dite le soin de réparer les dégâts causés par la maladie, elle s'est donné pour tâche de diminuer la propagation de la maladie elle-même, et elle y réussit. La prophylaxie, pardon, la prévention des maladies a pris chez elle la première place, et il en est résulté ce fait remarquable: c'est que partout où les lois de l'hygiène sont respectées, la moyenne de la mortalité s'abaisse très sensiblement. C'est-à-dire, que de 39 à 40 par mille qu'était la mortalité annuelle dans les différents pays civilisés, avant l'avènement de l'hygiène pasteurienne, elle est, depuis, tombée à 15 ou 20 par mille. C'est déjà un beau résultat, et c'est un titre à la reconnaissance publique.

En effet, protéger la santé et la vie, diminuer la mortalité dans la population, n'est-ce pas assurer davantage la continuation de la famille et de la société? Ce beau titre de gloire, l'hygiène peut le revendiquer de préférence à toute autre science, car les résultats qu'elle donne sont aujourd'hui incontestables, et ses prescriptions ne peuvent plus, ni dans les chaumières, ni dans les palais, demeurer lettre morte. Armée de mesures de défense devenues d'une précision admirable, l'hygiène offre à tous des moyens sûrs de protéger la santé et de sauvegarder la vie. Elle ne saurait donc rester indifférente au public et, à ce point de vue, la famille, la société, les gouverne-

ments doivent s'y intéresser tout autant que les médecins eux-mêmes. Voilà pourquoi j'ai décidé de vous parler ce soir de l'hygiène.

Naturellement, je serai obligé de me limiter dans mon sujet, car je ne voudrais pas me laisser entraîner trop loin. Aussi, comme je désire vous démontrer surtout que l'hygiène a rendu certaines maladies évitables, et qu'elle protège ainsi la vie et la santé d'un grand nombre de personnes, c'est de l'hygiène des maladies contagieuses que je vous parlerai. Et j'essaierai d'établir les trois points suivants: 1° Les maladies contagieuses causent dans la société des ravages terribles; 2° l'hygiène nous fournit contre elles des moyens de protection efficaces; 3° les pouvoirs publics, les médecins et les familles ont le devoir d'appliquer ces moyens et de les favoriser. C'est aussi leur intérêt.

I. — DANGER DES MALADIES CONTAGIEUSES.

Les maladies contagieuses ont ceci de particulier: c'est que, pouvant se transmettre directement de personne à personne, ou par l'intermédiaire d'un tiers, ou encore par les objets ou les aliments contaminés, elles créent des épidémies qui commencent d'abord dans une famille, s'étendent ensuite chez les voisins, à l'école, dans les grands établissements, et finissent par envahir, si on les laisse faire, toute une ville et même tout un pays.

Elles offrent encore ceci de remarquable: c'est que la nature de chacune d'elles est fort diverse, que leur mode de propagation n'est pas toujours identique, et que, si quelques-unes sont endémiques et se retrouvent toujours dans tous les pays, les autres, localisées sur certains points du globe, ont le triste privilège, quand les circonstances les favorisent, de faire autour du monde des excursions qui sont parfois terribles.

Il en résulte qu'il faut toujours compter avec les unes, puisqu'elles apparaissent à tout instant au sein des populations, tandis que les autres tombent dans le domaine spécial des quarantaines, et doivent être surveillées de préférence à la frontière. Et cependant, ce sont les premières qui causent à l'heure qu'il

est les plus grands ravages et sont les moins redoutées. Tant il est vrai que l'esprit humain n'a pas changé, qu'il demeure toujours inconséquent et imprévoyant, en se familiarisant avec le danger.

Aussi, pour vous permettre de mieux vous rendre compte de la gravité du danger qui nous menace sans cesse, en vous exposant les ravages causés par les principales maladies contagieuses, nous les diviserons en deux groupes. Dans le premier, que nous appellerons le groupe endémique, nous ferons entrer la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, la fièvre typhoïde et la tuberculose pulmonaire; la variole, le choléra, la peste, le typhus constitueront le groupe épidémique proprement dit.

a. — *Maladies contagieuses endémiques.*

Dans le groupe important des maladies contagieuses endémiques, trois maladies sont spécialement à craindre, car elles exercent de préférence leurs ravages sur les êtres les plus faibles et les plus incapables de défense, je veux dire les enfants. Ce sont la rougeole, la scarlatine et la diphtérie, dont les noms seuls suffisent à éveiller dans les familles des souvenirs parfois fort pénibles.

Maladies contagieuses des enfants — Vous trouverez encore aujourd'hui des personnes qui soutiennent que les maladies contagieuses des enfants ne sont pas dangereuses, et qu'il est inutile de chercher à les éviter. Quelle erreur profonde, Messieurs, et combien peu elle est corroborée par les faits!

Vous prétendez que la rougeole n'est pas une maladie dangereuse alors que, des enfants au-dessous de deux ans qui en sont atteints, 30 pour cent sont voués à une mort fatale; alors que, dans Paris même, Comby a pu écrire que depuis que l'on soigne la diphtérie par le sérum, la rougeole est devenue, de toutes les maladies infectieuses de l'enfance, la plus meurtrière. Et les suites de la maladie, les avez-vous oubliées? Combien d'enfants, après une rougeole dont ils ont fini par guérir, sont restés avec un catarrhe du nez et de la gorge, avec des suppurations de l'oreille qui les ont rendus sourds, avec des végéta-

tions adénoïdes qu'il a fallu enlever par une opération douloureuse! Que de fois les poumons de l'enfant, atteints par la maladie, ne sont-ils pas restés faibles, pour devenir plus tard la proie de la consommation, ce qui a fait dire de la rougeole, qu'elle est une maladie essentiellement tuberculisante.

Vous dites que la scarlatine est une maladie que tous les enfants doivent avoir un jour ou l'autre, que ce n'est qu'une légère fièvre à passer. Mais la scarlatine est une maladie qui fait mourir 15 pour cent des enfants qu'elle attaque, et qui, dans certains pays, tels que l'Angleterre, dans certaines épidémies, dans certaines familles même, revêt une malignité beaucoup plus grande. Bretonneau croyait aussi la scarlatine bénigne, mais après la mortelle épidémie de Tours (1824), il fut bien forcé de changer d'opinion. Que de maux de gorge et de maux d'oreilles on a vus persister après la scarlatine! Que d'enfants, à sa suite, sont devenus des rhumatisants! Enfin, n'est-ce pas une maladie qui porte sur le rein, et n'a-t-on pas vu plus d'un petit malade, convalescent de scarlatine, succomber à une néphrite scarlatineuse?

Quant à la diphtérie, je le reconnais, elle a su, jusqu'à ces derniers temps, inspirer la plus grande terreur. C'est une maladie dramatique, qui produit le croup, qui saisit les enfants à la gorge et les étouffe; elle a fait, de tout temps, et jusqu'à l'avènement de la sérothérapie, la terreur des mères. La diphtérie, avant le sérum, tuait 60 pour cent des malades, et l'on n'a jamais songé à lui refuser, à celle-là, un caractère malin. On n'a jamais osé prétendre, non plus, qu'elle était nécessaire.

D'ailleurs, comment peut-on soutenir que les maladies contagieuses des enfants sont sans importance, alors qu'elles ont causé dans la province de Québec, pour les cinq années qui s'écoulent de 1894 à 1898: la rougeole 1564 décès, la scarlatine 3338 décès, et la diphtérie 9736 décès, soit un total de 14638 enfants tués par les maladies contagieuses. N'est-ce pas là un véritable fléau, et ne doit-on pas chercher à le combattre par tous les moyens possibles?

Maladies contagieuses des adultes. — Les grandes personnes se défendent mieux contre les maladies contagieuses que les

enfants, parce qu'elles ont plus de résistance, et cependant la fièvre typhoïde et la tuberculose pulmonaire, surtout, sont très dangereuses pour les adultes.

La fièvre typhoïde enlève chaque année, dans la Province de Québec, une moyenne de 359 personnes. Le chiffre exact des décès, pour les cinq années écoulées de 1894 à 1898, est de 1767. C'est une maladie qui tue 14 pour cent des malades en temps ordinaire; mais on a vu la mortalité, dans certaines épidémies malignes, s'élever jusqu'à 60 pour cent. C'est de plus une maladie des plus débilitante, qui impose au malade une convalescence longue et souvent pénible, qui peut réveiller chez lui certaines tares organiques demeurées jusque là latentes, et qui souvent même touche le cœur d'une manière irrémédiable. Il est heureux que cette maladie survienne d'habitude dans l'âge mûr, car les vieillards n'y résistent guère, et elle trouble d'une manière profonde la croissance des adolescents.

La tuberculose pulmonaire est bien plus dangereuse encore que la fièvre typhoïde. On s'en défie moins parce que, la croyant héréditaire, on méconnaît sa nature contagieuse, et aussi, parce que cette maladie prend une forme insidieuse, qu'elle reste pendant longtemps difficile à dépister, et qu'elle ne saute aux yeux qu'à la période de consommation, alors que les symptômes revêtent une allure maligne et s'acheminent rapidement vers une terminaison fatale. C'est une maladie sournoise par excellence, contre laquelle on néglige les moyens de protection que nous donne l'hygiène, et qui s'étend comme une lèpre dans les familles et les populations. En Europe, elle contribue pour un cinquième à la mortalité générale; dans la Province de Québec, elle a causé, en cinq années, de 1894 à 1898, 14235 décès. Je ne veux pas dire que la tuberculose est une maladie irrévocablement fatale; loin de là; il y a des cas qui guérissent. Ce sont ceux traités dès le début, mais ces cas sont toujours le très petit nombre, et certaines formes de la maladie, par exemple la phtisie secondaire au diabète et à l'alcoolisme, épargnent rarement leurs victimes.

Tout ce groupe des maladies contagieuses endémiques est

donc des plus dangereux, et d'autant plus dangereux que le germe de contagion vit constamment au milieu de nous.

b. — Maladies contagieuses épidémiques.

Les maladies épidémiques ne nous atteignent que par intermittence. Mais, par contre, une fois qu'elles ont pris bon pied dans un pays, comme elles savent rattraper le temps perdu. Très virulentes et très contagieuses, c'est par centaines et par milliers qu'elles abattent leurs victimes.

Voyez la variole en 1885. Apportée de Chicago par un employé de chemin de fer, elle atteint en quelques mois, dans toute la province de Québec, près de 20,000 personnes (19,905), et elle en fait mourir, à Montréal 3229, et dans le reste de la province 2605. Osler a calculé que la mortalité s'éleva, chez les enfants au-dessous de dix ans, à 86 pour cent. Et de ceux qui ont survécu, combien sont restés défigurés pour la vie, combien ont vu leurs poumons devenir la proie de la tuberculose, combien, les yeux vidés et déformés, sont allés peupler l'Asile Nazareth.

Voyez le choléra en 1832. Questionnez les anciens sur ces temps de misère où l'on ne trouvait pas assez de fossoyeurs pour porter en terre les cadavres, où les cercueils défilaient dans les rues à plein tombereau, où l'on jetait tous les morts dans une fosse commune garnie de chaux vive. Il est heureux que les moyens de communication n'aient pas été, à cette époque, aussi nombreux ni aussi rapides qu'aujourd'hui, car l'épidémie eût atteint des proportions effrayantes. Les statistiques de l'année, très incomplètes, donnent pour les villes de Québec et de Montréal seulement, une mortalité dépassant 4,000 (4051). C'est le 28 avril 1832 que la Constantia, venant d'Irlande, arriva à la Grosse-Ile avec une cargaison d'émigrants dont 29, durant le voyage, étaient morts du choléra. La maladie ne s'éteignit qu'avec les froids de l'hiver.

Le typhus ne nous a visité qu'une fois, en 1847; et c'est heureux pour nous, car l'on enrégistra, cette année-là, au cimetière de la Grosse-Ile, 5424 enterrements, et plus de 6,000 cadavres étrangers reposent sous la pierre tombale de la Pointe Saint-

Charles. Quant à la peste, maladie très meurtrière, elle est heureusement inconnue au Canada, et il faut espérer qu'elle le sera toujours.

Les maladies épidémiques, plus virulentes que les autres, peuvent causer, vous en avez les preuves, des ravages énormes. On ne sera jamais tenté, celles-là, de les trouver nécessaires, ni sans importance, et cependant je le répète, endémiques ou épidémiques, les maladies contagieuses sont évitables; il suffit pour s'en convaincre, de passer en revue ce que l'hygiène a fait pour elles.

II. — HYGIÈNE DES MALADIES CONTAGIEUSES.

C'est en effet la prévention des maladies contagieuses qui démontre le mieux qu'elles sont évitables; sur ce point, l'hygiène a rendu des services inappréciables partout où l'on s'est donné la peine de l'appliquer avec intelligence et exactitude.

C'est ainsi qu'en Europe les grandes épidémies ont disparu depuis la mise en pratique des préceptes de l'hygiène moderne. Il faut aller dans les pays à demi barbares du continent asiatique, pour voir encore les maladies épidémiques fleurir comme elles le faisaient au temps passé. Aux Indes, en Chine, le choléra et la peste font de nombreuses victimes, mais en Europe les épidémies ont cessé de régner. Dès qu'une de ces mangeuses d'hommes pénètre dans un port, elle est tout de suite circonscrite et forcée de s'éteindre sur place. A Oporto, dans le Portugal, l'année dernière, cette année à Glasgow, en Ecosse, la peste a essayé de forcer les murailles sanitaires; elle a fait des brèches; mais on a immédiatement redoublé les mesures préventives, et l'on peut être certain qu'elle n'ira pas loin. Elle n'immolera plus, comme à Marseille en 1720, 60,000 victimes.

Le choléra, qui faisait périr en France, en 1832, plus de 100,000 personnes, envahissait toute l'Europe et s'étendait même jusqu'en Amérique, n'exerce plus ses ravages que parmi les populations malpropres et fanatiques de la Mecque et des bords du Gange. Grâce aux précautions prises, les épidémies qui partaient de ces foyers actifs et s'étendaient jusqu'à l'Eu-

rope, sont allées en diminuant. L'épidémie du Finistère en 1885, causa à peine 500 décès, et l'on n'a revu depuis, sur le sol français, que des cas isolés de la maladie.

Le typhus, la maladie des camps et des prisons, le mal de misère, fit mourir en Irlande, en 1740 et 1741, 80,000 habitants. Il régna en maître pendant la guerre de Crimée et la guerre russo-turque. La dernière épidémie d'Irlande date de 1846-48, et depuis, cette terre classique du typhus n'a donné que de rares éclosions locales. Il faut, pour retrouver ce fléau à l'état virulent, visiter en Europe certains coins de pays, misérables et faméliques, comme par exemple le nord de la Russie. Mais les grandes épidémies ont disparu, grâce à l'hygiène.

Il en est de même, non seulement en Europe, mais aussi au Canada, pour la variole. C'est une maladie tenace, qui se montre un peu partout, qui revient souvent à la charge, et contre laquelle il faut se tenir toujours sur la défensive; par contre, c'est une maladie facile à enrayer, si l'on prend dès le début les précautions nécessaires. A ce propos, rien n'est plus instructif que les statistiques du Conseil Provincial d'Hygiène, et je ne saurais résister au plaisir de vous les citer. En 1885, je vous l'ai dit, la variole atteint, dans la province de Québec, près de 20,000 personnes, et en fait mourir près de 6,000. En 1887, le gouvernement local crée le Conseil Provincial d'Hygiène, et une organisation sanitaire est établie dans toute la province. Eh bien, voici quel a été depuis le bilan de la variole:

Ecllosion de 1888	3 cas et 1 décès.
.. de 1889	1 cas et 0 ..
.. de 1891	152 cas et 32 ..
.. de 1895	1 cas et 0 ..
.. de 1897	35 cas et 16 ..
.. de 1900	816 cas et 11 ..

Vous me concéderez sans peine, n'est-ce pas, qu'il y a là un progrès sensible, et que les mesures d'isolement, de désinfection et de vaccination, si elles ont paru dans le temps quelque peu arbitraires, n'en ont pas moins été fort utiles. En Allemagne, où la vaccination est obligatoire, et où l'on pratique la revaccination, la maladie est en train de disparaître d'une manière complète, comme les allemands ont pu le prouver à l'Expo-

sition de Paris, par une carte d'Europe, sur laquelle sont indiquées par des teintes qui vont du clair au sombre, les ravages de la variole dans les pays où la vaccination est obligatoire, dans ceux où elle est simplement conseillée, et enfin dans ceux où elle n'est pas ou à peine pratiquée. " En regardant cette carte, disait le professeur Brouardel, dans son discours d'ouverture du récent Congrès d'Hygiène, à Paris, on ne peut pas oublier la phrase prononcée il y a quarante ans par Lorain dans son éloge de Jenner: " Dans un siècle, disait-il, on jugera de la civilisation d'un peuple par le nombre des varioleux qu'il perd." Admirable éloge donné par le plus grand hygiéniste de France à une nation rivale, et qui fait en même temps honneur à la perspicacité de Lorain, dont la prédiction est déjà en train de se réaliser.

Ce que l'hygiène a fait pour les épidémies, elle l'a fait aussi, dans une certaine mesure, pour les maladies endémiques contagieuses. Je sais bien qu'ici elle n'a pas eu la partie aussi belle. Il ne lui sera pas aussi facile que pour le typhus, que pour le choléra, que pour la variole, de faire disparaître la fièvre typhoïde ou la tuberculose pulmonaire d'un pays; il y aura peut-être toujours des enfants atteints de scarlatine, de diphtérie ou de rougeole. Ce sont des maladies dont on ne peut pas aussi facilement localiser le foyer d'origine; elles semblent naître sur place; comme l'immortel phénix de la mythologie, elles s'envolent de nouveau au-dessus de leurs cendres, et n'attendent pas pour le faire que les cent années soient révolues. Mais n'importe, l'hygiène fera mieux quand elle connaîtra davantage, et elle s'applique pour le moment, et avec succès, à limiter l'extension de ces maladies, à en diminuer les ravages.

La fièvre typhoïde causait de grands ravages dans certaines villes de France, dans les casernes surtout. L'hygiène s'est mise à étudier ces épidémies, et elle a dit: " Le germe de la maladie est dans l'eau; filtrez l'eau de boisson, perfectionnez vos systèmes d'égouts, ne polluez pas vos rivières, et la maladie diminuera." On a suivi ses conseils, et la fièvre typhoïde a diminué de beaucoup dans les casernes et les grandes villes.

Villemain avait proclamé un jour que la tuberculose pulmonaire n'est pas héréditaire, mais qu'elle est contagieuse. Les

hygiénistes sont allés plus loin, et ils ont écrit : " C'est la tuberculose ouverte qui est dangereuse; ce sont les crachats qui contiennent les germes; c'est dans la poussière des crachats desséchés qu'on les retrouve." Et l'on a recueilli et jeté au feu les crachats des tuberculeux, on a désinfecté leur linge, leur chambre, leur logis, on a remplacé le balayage et l'époussetage des chambres des malades et des salles d'hôpitaux par l'essuyage au linge humide, et alors sir Thorne-Thorne a pu dire un jour, en parlant au nom de l'Angleterre : " Depuis que nous avons adopté ces mesures, la mortalité de la tuberculose pulmonaire a baissé chez nous, de 45 pour cent ". On a fait plus encore : à ceux qui, pauvres et obligés de travailler, semaient leurs crachats du logis à l'atelier, et de l'atelier sur les places publiques, on a dit : " Nous vous construirons des sanatoria, dans des endroits favorables, où vous viendrez vous guérir, où vous ne serez plus un danger pour vos familles." L'Allemagne, à elle seule, en a construit quatre-vingt-trois, et hier encore le parlement de la Province d'Ontario, se rendant à la demande du gouvernement, disait aux municipalités : " Bâissez des sanatoria pour vos tuberculeux pauvres; nous contribuerons pour \$4,000 à la construction de chacun d'eux et nous vous donnerons \$1.50 par semaine pour chacun des malades que vous y hospitaliserez."

Les enfants se passaient les uns aux autres la rougeole, la scarlatine et la diphtérie. On a dit : " Isolons les enfants malades, désinfectons tout ce qui les entoure, ne les laissons plus aller à l'école." Et alors on n'a plus fermé les écoles; les enfants malades, convenablement isolés, n'ont plus donné leur maladie à leurs petits frères et à leurs petites sœurs; les logis, mieux désinfectés, ne sont plus devenus des tombeaux pour les familles qui s'y succédaient; les amis et voisins, avertis, se sont tenus à l'écart, et n'ont plus promené, dans leurs visites, le mal aux quatre coins de la ville. C'est ainsi que les hygiénistes ont pu enrégistrer dans leurs statistiques que, partout où les mesures préventives étaient ainsi rigoureusement appliquées, la mortalité des maladies contagieuses diminuait sensiblement.

Voilà, Messieurs, ce qu'à fait l'hygiène pour les maladies contagieuses, et elle y est arrivé en s'appuyant sur des mesures

dont la base scientifique est absolu. On pourra en contester la forme et l'application si l'on veut, les combattre en s'appuyant sur des questions de sentiment, mais on ne pourra le faire qu'à ses propres dépens et à ceux des autres, car les faits sont là pour confirmer leur efficacité: les mesures de prévention des maladies contagieuses, bien appliquées, ont toujours donné de bons résultats, et ont fourni les meilleurs moyens d'enrayer les ravages causés par ces maladies. "Grâce à l'emploi des procédés de désinfection, disait Brouardel au Congrès de Paris, là où les procédés sont bien appliqués, là où ils le sont dès que les premiers cas sont signalés, la mortalité de toutes les maladies contagieuses a fléchi: à Paris, elle a diminué d'un quart en moins de dix ans."

III. — DEVOIRS DES GOUVERNEMENTS, DES MÉDECINS ET DES FAMILLES.

Messieurs, cet aperçu des ravages que peuvent causer les maladies contagieuses et des moyens que nous donne l'hygiène pour nous en protéger demeure, je le sens, quelque peu rapide; certains points, à cause de leur importance, demanderaient que nous nous y arrêtions davantage, et plus d'un incrédule exigerait peut-être, pour être convaincu de la nécessité de l'hygiène, un peu plus de développement. Je m'en tiendrai cependant à cette courte esquisse, car je n'oublie pas que je m'adresse ce soir à un public d'élite, ayant déjà sur l'hygiène des notions suffisantes et des convictions éclairées. Je ne veux donc pas abuser de votre patience en insistant plus longuement. J'en ai dit assez pour vous rappeler les suites dangereuses des maladies contagieuses, ainsi que les beaux résultats que donne l'hygiène dans la prévention de ces maladies, et je me crois justifiable d'aborder maintenant le troisième point de ma thèse: en face de ces faits, les gouvernements, les médecins et les familles ne peuvent plus ignorer l'hygiène, c'est un devoir pour eux de la mettre en pratique.

Disons tout de suite que les gouvernements des pays civilisés ont reconnu depuis longtemps la valeur de l'hygiène, et lui ont donné une place importante dans leur administration.

Parcourez l'Europe et l'Amérique du Nord, vous trouverez partout des codes de lois sanitaires, des stations de quarantaine, des hôpitaux d'isolement, des lazarets, des bureaux de santé publique, des conseils d'hygiène, relevant soit des municipalités, soit de l'État. C'est que l'hygiène, avec ses moyens de prévention, s'impose comme une nécessité. Méconnaître les progrès de cette science, ce serait sacrifier l'intérêt de la nation, puisque la santé est le plus grand des biens, tant au point de vue économique qu'au point de vue social. Les gouvernements doivent protéger leurs administrés, s'efforcer d'assurer leur bien-être, et comme la bonne santé d'une population, l'état sanitaire d'un pays, sont aussi importants que le perfectionnement des industries ou la facilité du commerce, ils ont établi des lois d'hygiène qui visent au bien-être public, et sont certes aussi nécessaires que les lois commerciales ou industrielles. Et pour que rien ne manquât à l'organisation de l'administration sanitaire, non seulement ils ont établi les lois voulues, mais ils ont encore fourni les subsides indispensables. Le premier ministre de France, qui avait tenu à présider lui-même la séance d'ouverture du Congrès d'Hygiène de Paris, disait que le gouvernement français ne remplirait pas une partie importante de son rôle s'il ne favorisait pas l'application de l'hygiène par ses subsides et sa législation. C'est là un principe d'économie politique qui est devenu général, et qui a amené plus d'un gouvernement prévoyant à prendre lui-même, dans l'intérêt de ses administrés, l'initiative en fait d'organisation sanitaire. Sous ce rapport, le Canada, et notre province en particulier, n'ont rien à envier aux autres pays, car nos gouvernements ont toujours porté beaucoup d'intérêt à l'hygiène, et se sont toujours prêtés à en favoriser l'application par les mesures indiquées.

Ce n'est pas du gouvernement qu'est venue dans notre pays l'opposition, ou plutôt l'indifférence envers les exigences de l'hygiène, mais, chose étrange, elle est venue d'un certain nombre de médecins et de familles, c'est-à-dire de ceux précisément à qui l'hygiène rend les plus grands services, ou qui, par état, sont plus en mesure d'en comprendre les avantages.

Je ne discuterai pas ici ce qu'est l'hygiène pour les méde-

cins; j'ai eu occasion tout dernièrement de dire sur ce sujet ma pensée. Je me contenterai de signaler ce fait que le nombre des médecins réfractaires aux préceptes de l'hygiène diminue tous les jours. Peut-être trouverez-vous étrange qu'un médecin puisse s'opposer à l'hygiène, ou lui être indifférent. Hélas! il en est chez nous comme partout ailleurs; les méthodes nouvelles trouvent des gens qui ne sont pas préparés à les comprendre, qui s'y opposent ou les négligent parce qu'ils n'en saisissent pas l'utilité, et qui sait, peut-être aussi parce que cela dérange un peu leurs habitudes.

L'hygiène n'en demeure pas moins une science qui, pour la guérison et surtout la prévention des maladies, fournit des moyens efficaces que ne connaît pas la thérapeutique. Le médecin qui ne s'en sert pas trahit sa vocation, qui est de maintenir la santé, non seulement en guérissant les personnes qui sont atteintes de maladie, mais encore et bien plus, en empêchant les personnes saines de devenir malades. C'est en lui que se reposent les familles du soin de les conseiller, et à quels déastres ne peut-on pas s'attendre, si celui-ci ne remplit pas son devoir? Que de personnes ont souffert, que de personnes ont perdu la vie faute d'un bon conseil, en temps opportun! Mieux que n'importe qui, le médecin est à même de connaître la valeur des moyens préventifs; ne pas s'en servir, c'est pour lui faire cause commune avec la maladie et la mort. Les gouvernements, de leur côté, comptent sur lui, parce que, renseigné par les universités sur les questions à l'ordre du jour, élevé en outre par sa profession au poste de conseiller des familles, il est l'homme que sa position sociale désigne en premier lieu pour les aider à combattre le danger, et à mettre en pratique les règlements sanitaires établis dans l'intérêt public. Aussi, je le répète, bien rares sont aujourd'hui les médecins qui ignorent ou combattent de partis pris l'hygiène des maladies contagieuses.

Quant aux familles, quelle est celle qui désire avoir la maladie sous son toit? Combien de reconnaissance ne gardent-elles pas, au contraire, au médecin sage et prudent qui leur a signalé le danger, et leur a montré ce qu'il y avait à faire pour l'éviter. Alors que l'on sait prendre toutes les précautions

pour préserver le foyer contre les accidents, contre les incendies, et pour assurer le confort de ses hôtes, on laisserait aux maladies contagieuses, si dangereuses et si souvent meurtrières, la porte largement ouverte, quand il est si facile de la tenir fermée? Allons donc! Ce serait un contre-sens des plus absurdes. La famille serait alors en droit de dire au médecin: "Vous ne saviez donc pas?" et aux autorités: "Vous ne pouviez donc pas nous protéger?"

Non, la vie en commun impose des obligations auxquelles personne n'a le droit de se soustraire, et que les lois, au besoin, nous rappellent. Il faut se protéger soi-même; il faut aussi épargner les autres. "Ne faites pas aux autres, dit l'Évangile, ce que vous ne voudriez pas qui vous fût fait à vous-même". Les membres de la famille ont des devoirs les uns envers les autres, le médecin en a envers ses clients, les gouvernements en ont envers leurs administrés. De tout cela se dégage une loi très facile à formuler: c'est qu'il faut protéger la santé publique. L'hygiène nous en fournit les moyens; c'est pour cela que je dis qu'elle est nécessaire, et que tous, gouvernements, médecins, familles, doivent favoriser son action. La raison d'être de l'hygiène repose sur la base inébranlable de toute loi:

Salus populi suprema lex!

CONSIDÉRATIONS ET STATISTIQUE SUR LA MORTALITÉ INFANTILE¹

Par le Dr PAUL-ÉMILE PRÉVOST

Du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

La mortalité des enfants de 0 à 5 ans s'élève pour l'année 1899 à 14.132, c'est-à-dire, un taux de 8.8 qui meurent par 1000 de population ou 430 par 1000 décès à tout âge. Autrement dit, sur 32.800 décès qui ont eu lieu en 1899, près de la moitié sont des enfants.

Si nous comparons cette mortalité avec celle d'Ontario, nous trouvons qu'il y meurt de 0 à 5 ans 300 jeunes personnes par 1000 décès. Ontario sauve donc 130 enfants par 1000 décès de plus que la Province de Québec. Il est vrai de dire que les chances de mort sont plus nombreuses dans les premières années de la vie et qu'en conséquence, il doit mourir plus de mioches ici que dans Ontario, puisque nous avons plus de naissances, mais nous devons admettre aussi que la mortalité infantile peut être diminuée en conjurant les causes meurtrières et en ne permettant pas au mal de dépasser une certaine limite où doivent l'anéantir le dévouement et la science.

Ces 130 enfants par 1000 décès que Ontario sauve, en plus de nous, de la mort, a un grand intérêt au point de vue sociologique, car, en nous rappelant qu'il y a moins de probabilité de mort en avançant en âge, c'est-à-dire, que l'on meure moins en s'éloignant de la naissance (quoique l'on meure encore plus dans la première jeunesse qu'à l'âge adulte, alors que l'organisme plus parfait lutte avec plus d'avantage contre la maladie), ces 130 enfants par 1000 décès à tout âge, sauvés des dangers des premières années, contribueront non seulement à augmenter le chiffre de la population, mais encore, la part des proportions des décès à tous les âges jusqu'à 15 ans, ayant été faite, arrivés à l'âge adulte (15 à 60 ans) moins meurtrier et

(1) Communication faite à la Société médicale de Montréal, séance du 8 janvier 1900.

plus prolifique; c'est-à-dire que, ayant plus de chance de vivre, ils coopéreront, pendant une période de 45 ans, à l'œuvre de la procréation tout en travaillant en bon citoyen à l'œuvre de la société.

Si, dans le premier âge, nous avons un taux de mortalité plu élevé qu'Ontario, nous devons reconnaître qu'il doit en être ainsi jusqu'à un certain point, puisque la natalité dans la Province de Québec est beaucoup plus grande. N'est-il pas judicieux de prédire qu'un boulet, dirigé sur un très grand nombre, a plus de chance de faire des victimes que s'il est dirigé sur un beaucoup plus petit nombre? A tout événement, il n'y a pas lieu de s'alarmer, car nous prenons une fière revanche par le nombre sans cesse croissant des naissances. En effet, il n'y a qu'un seul pays au monde qui ait une natalité plus grande que la nôtre: c'est l'Allemagne. Mais, si nous soustrayons le taux de la mortalité du taux de la natalité, aucun pays au monde arrive avec un surplus de naissances supérieur au nôtre. Ainsi le petit tableau suivant donnera la preuve de cet avancé:

PAR 1000 DE POPULATION.

En 1898.	Naissance.	Mortalité.	Surplus des naissances.
Angleterre	29.4	17.6	11.8
Irlande	23.2	18.1	5.1
Allemagne	36.2	20.6	15.6
France	22.1	21.2	0.9
Italie	33.8	23.1	10.7
Ontario	20.4	11.5	8.7
Québec	35.7	17.9	17.8

Si nous comparons le taux de notre natalité avec celui d'Ontario, — puisque nous avons commencé la comparaison avec elle — nous avons donc $35.7 - 20.4 = 15.3$ naissances de plus qu'elle par 1000 de population; mais n'ayant eu que 300 mortalités d'enfants par 1000 décès généraux contre nous qui en avons 430, d'où une différence de 130 en sa faveur (ce qui équivaut à peu près à $\frac{1}{4}$ de moins que nous). Si nous retranchons ce $\frac{1}{4}$ de notre surplus de 15.3 que nous donne la natalité sur la sienne, nous arrivons avec un surplus net de $15.3 - 3.8 = 11.5$ naissances par 1000 de population de plus qu'elle. Nous ne sommes pas encore trop mal et nous devons convenir que, s'il

meure plus d'enfants ici, c'est que la maladie faisant boulet (pour rappeler ma comparaison de tout à l'heure) fera plus de ravages si elle nous atteint puisque les naissances sont plus nombreuses. Un certain nombre sera toujours victimes des dangers des premières années: il faut qu'il en meure, c'est entendu, il mourra toujours du monde. Mais le grand point — et c'est ce qui nous intéresse — c'est de savoir si le nombre de ceux qui meurent n'est que la proportion légitime allouée à la mortalité suivant la population ou s'il ne dépasse pas la limite normale établie par la science et la statistique.

Je serais tenté de vous parler de la France, qui guide le monde scientifique, mais malheureusement il y a peu de comparaison à établir avec elle qui a peu d'enfants et qui en a de moins en moins. Elle a beaucoup de vieillards, il est vrai: c'est un honneur, mais ce n'est pas une force, et le petit nombre qui grandit soutiendra peut-être l'équilibre par sa qualité pendant plusieurs années, un siècle même, mais il viendra sûrement un temps, où il faudra reconnaître que rien ne supplée à la quantité. Car, en supposant que sur 100 individus, la France ait moins d'imbéciles que les autres peuples, cependant je doute fort qu'elle trouvera, dans le petit nombre de ceux qui s'étiolent, les esprits et les génies suffisants qui garderont son ascendance sur le monde. . . La France a donc peu d'enfants et elle en perd assez peu, mais elle en perd de plus en plus. Les causes de la mortalité sont toujours les mêmes à cet âge tendre et elles sont communes à tous les pays. Budin, au Congrès international d'hygiène tenu à Paris, en août dernier, dit que 53 pour 100 des enfants âgés de moins d'un an meurent des maladies du tube digestif et des organes respiratoires, et que 38.5 pour 100 meurent de diarrhée.

Il y a une saison fatale au premier âge, et nous sommes bien forcés d'admettre que la science ne peut rien contre ses coups terribles, quand les ravages déjà grands, elle intervient trop tard. C'est là une vérité de Lapalisse que pas n'est besoin de médecin auprès d'un enfant qui ne vit déjà plus. Il faut donc apprendre aux mères à prévenir le mal plutôt que d'appeler, la plupart du temps, le médecin inutilement et trop tard pour l'enrayer. Je n'ai pas à entrer dans les détails du régime à

prescrire dans les circonstances; tout médecin ne l'est que parce qu'il les connaît; mais je ferai observer que l'accoucheur néglige trop de s'assurer si l'accouchée est dans les conditions nécessaires pour allaiter et, le cas échéant, de dicter une règle sévère à suivre pour satisfaire à un bon allaitement. Il va s'en dire qu'un allaitement artificiel est soumis à des règles encore plus sévères.

Il meurt donc beaucoup d'enfants et beaucoup trop: il en mourra, quoiqu'on fasse, mais il en mourrait bien moins si les médecins mettaient plus en pratique ce qu'ils reconnaissent comme absolu en principe: les données infaillibles et relativement récentes de la science, les lois invariables de l'hygiène calquées sur les expériences des laboratoires, les statistiques parfaites des hôpitaux d'Europe où des hommes sérieux ne transigent pas avec leur devoir. De ce pas, j'entre d'emblée dans les maladies infectieuses qui font moins de victimes depuis quelques années, mais qui déciment encore trop le jeune âge. Ces maladies règnent souvent à l'état épidémique et je n'hésite pas à dire que, par son incurie, le médecin est l'un des facteurs principaux qui permettent à la maladie de se disséminer.

Nous avons eu en 1899, dans la province de Québec, 1,763 d'écas causés par la diphtérie, la scarlatine et la rougeole, répartis comme suit: diphtérie, 1,299; scarlatine, 308; rougeole, 156. Ces chiffres, comparés avec ceux de l'année 1898, sont très encourageants pour l'avenir s'ils se maintiennent. Ainsi, le tableau suivant mis en regard, fera foi de l'avancé:

	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie.
En 1898	179	332	1,709
En 1899	156	308	1,299
	23	24	410

Nous avons donc eu 457 décès de moins causés par ces trois maladies en 1899.

De ces trois maladies communes dans le jeune âge, la plus meurtrière est sans conteste la diphtérie qui, malgré les grands bienfaits du sérum, tue encore à peu près 10 pour cent des malades, là où l'on fait un usage courant de l'antitoxine.

Depuis quelques années, la diphtérie diminue sensiblement tous les ans dans notre province, et c'est certainement dû au sérum. Mais le taux de la mortalité est bien au delà de 10 pour 100, ce qui s'explique clairement si nous admettons que l'usage du sérum n'est pas général. Je regrette de ne pouvoir donner le taux de la mortalité par cette maladie: il faudrait connaître le chiffre total des cas de diphtérie qu'il y a eu dans toute la province, durant l'année, et les rapports faits sont trop incomplets pour servir de base infaillible.

Il n'est pas sans intérêt de vous donner un résumé de la communication faite par le docteur Louis Martin, au Congrès international d'hygiène de l'été dernier; ce sont, sans doute, les dernières données sur le sujet. " De 1890 à 1894, dit-il, il y avait à Paris tous les ans, autour de 1,432 décès causés par la diphtérie; en 1894, alors que l'usage de l'antitoxine n'était pas encore généralisé, la mortalité était de 1008; en 1895 de 427; en 1896 de 454; en 1897 de 300; en 1898 de 225; en 1899 de 333.

Ce qui donne pour les 5 dernières années une proportion annuelle d'à peu près 354 décès, au lieu de 1,432, tel que mentionné de 1890 à 1894.

De 1895 à 1899, de 16,499 cas de diphtérie traités à Paris, 1,769 sont morts, ce qui donne un taux de mortalité de 10.7 par 100. Avant cette date la mortalité était de 40 à 45 pour 100.

A la suite de cette communication intéressante, le Congrès a fait la motion suivante:

" Il est indispensable que les gouvernements et les municipalités créent un nombre suffisant de laboratoires afin d'y faire, et gratuitement, l'examen des cas douteux. Il est important qu'un enfant en convalescence de diphtérie ne soit admis à l'école que sur présentation d'un certificat établissant que sa gorge est débarrassée de tout bacille de la maladie".

Il n'était peut-être pas utile de vous donner tous ces détails sur une question que vous connaissez, mais je ne crois pas le sujet dénué d'intérêt, surtout si je compare les décès par la diphtérie en 1899 qui s'élèvent à 333 à Paris, une ville plus peuplée que toute notre province, avec le nombre de nos dé-

cès par la même maladie qui atteint le chiffre énorme de 1,299 pour la même année 1899; avec une population moindre, nous avons eu 966 décès de plus causés par une maladie presque vaincue à l'étranger et contre laquelle notre pays combat à peine. Il est de toute évidence, n'est-il pas vrai, que nous ne faisons pas ici les mêmes efforts qu'ailleurs, pour combattre et détruire les fléaux qui nous envahissent; c'est à nous, médecins, qu'il incombe d'instruire les autorités, les conseils municipaux, spécialement dans les campagnes, sur l'urgence de fournir aux pauvres, aux frais de leur municipalité, tout le sérum nécessaire pour sauver de la mort 85 à 90 pour cent de ceux qui ont la diphtérie. C'est plus que du dévouement, c'est un devoir!

Les décès causés par la fièvre scarlatine, la rougeole, la coqueluche, ne sont pas énormes, mais ne pourraient-ils pas être encore bien moindres? Je réponds sans hésiter: oui. Car en ne parlant que le langage du bon sens, si le médecin reconnaît la contagiosité de ces maladies, ne faut-il pas admettre aussi qu'il est la plupart du temps la cause principale de leur dissémination? La négligence étant à peu près générale, je ne crois pas que les médecins présents ici ce soir se prévalent de l'observation que je veux faire dans l'intérêt de la profession et de la santé générale: je n'irai pas jusqu'à douter que le médecin néglige de se désinfecter après la visite d'un cas de diphtérie ou de scarlatine, mais m'adressant directement à vous, je vous demanderai combien il y en a qui protègent et leur personne et leurs habits contre les dangers de l'infection? Ils sont rares, je crois. C'est ainsi qu'ils vont porter dans d'autres maisons les germes de la maladie qui prend souvent un caractère épidémique: la conclusion est que plus le nombre des malades est grand, plus la proportion des morts est élevée, car il est reconnu que, malgré l'adresse du médecin et les secours souvent efficaces de la science, il mourra quand même et toujours quel qu'un de la diphtérie, de la scarlatine et des autres maladies infectieuses — ce qui veut dire en d'autres termes que les lois de l'hygiène étant bien observées, les médecins devenant plus prudents, les soins antiseptiques étant particulièrement plus répandus, les maladies infectieuses deviendront moins fréquentes

et il mourra moins de monde. Je pousserai même la hardiesse jusqu'à dire que sur 25 élèves en dernière année de médecine, connaissant bien en théorie les maladies infectieuses, pas un seul peut diagnostiquer promptement et sûrement un cas de diphtérie, de variole ou de scarlatine; ils n'en sont pas coupables, sans doute, puisqu'il ne leur est pas permis de visiter les hôpitaux réservés aux maladies contagieuses, ce qui est une lacune impardonnable. — Ces élèves, reçus médecins, s'établissent dans nos campagnes avec une connaissance pratique très insuffisante des maladies contagieuses; la lenteur qu'ils mettent à faire un diagnostic permet à l'infection de se répandre, et c'est ainsi que des épidémies envahissent tout un village et y font tant de victimes.

Je renonce au désir de vous parler de cette question au point de vue national, mais je ne puis terminer sans m'incliner devant le principe humanitaire qui nous commande de fournir à nos semblables toutes les chances de vie, puisqu'ils vivent et qu'ils n'ont jamais demandé de naître. Nous sommes loin d'admettre le principe de Malthus qui dit: — " Un homme qui naît, si sa famille n'a pas les moyens de le nourrir ou si la société n'a pas besoin de son travail, cet homme n'a pas le moindre droit à réclamer une portion quelconque de nourriture, et il est réellement de trop sur la terre. Au grand banquet de la nature, il n'y a point de couvert mis pour lui. La nature lui commande de s'en aller et elle ne tardera pas à mettre elle-même cet ordre à exécution."

Je lui répondrai qu'une famille, un peuple, ne cesseront de s'accroître que quand le défaut de vivres s'opposera à leur fécondité; or, je crois que le désir d'engendrer prime toujours tous les autres et que le besoin de manger ne détruit pas le besoin physiologique et impérieux que la nature a déposé chez les deux sexes. " La nature, dit Michelet, ne se fie pas à nous pour les grandes fonctions de la vie qui la conservent. Elles s'accomplissent d'instinct et comme sous l'empire du sommeil. Notre chimie physiologique, si prodigieusement compliquée, va son chemin sans demander conseil. Il en a été ainsi de la perpétuité de l'espèce humaine, opérée par l'amour et le mariage, par la constitution de la famille. Tout

“ cela n'a presque en rien changé, et l'homme est resté, pour ces grandes choses essentielles, dans la ligne raisonnable. La déraison ne s'est trouvée que dans les hauts esprits, les hommes de pensée et d'autorité, dans les guides de l'espèce humaine.”

La conséquence est qu'il naîtra toujours des êtres par nous, ayant tous les droits à l'existence comme nous et pour qui notre devoir est de faire place et de leur permettre comme à tous les autres de gagner leur subsistance. S'il n'y a pas de travail, un riche quelque peu humain peut toujours lui jeter du pain, mais jamais lui enlever la vie qui ne semble encombrante que parce qu'elle trouble ses bonnes affaires. — Si ce principe malsain de Malthus faisait loi, quelle serait donc l'utilité du médecin dont le rôle est plus que de soulager mais de guérir? Appelé pour exercer dans une famille pauvre, son plus beau titre de gloire serait donc d'expédier, *ad patres*, un pauvre innocent, sous prétexte d'une nourriture insuffisante: ce n'était pas là la politique de Jésus-Christ et la nature a arrangé si bien les choses qu'un pauvre vit là où un riche crèverait!

A tout événement et jusqu'à nouvel ordre, je crois qu'il faut bien armer nos jeunes médecins contre les dangers de la pratique et l'insuffisance de leur expérience. Que le médecin déjà expérimenté et consciencieux devienne plus prudent. Qu'on instruisse nos conseils municipaux sur les devoirs qui leur incombent, et nous verrons, alors, qu'il n'y aura que peu de mortalité, si un trop grand nombre diminue le bonheur de la société. Il y a, dans notre pays, de la place pour tout le monde et nous avons besoin de tous ceux qui naissent.

LA MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE DANS LA TUBERCULOSE (1)

Par MM. SAMUEL BERNHEIM et ANDRÉ ROBLOT, de Paris.

D'une longue étude que nous avons faite sur la médication créosotée, deux conclusions se dégagent au point de vue clinique:

1° L'emploi des polyéthers de la créosote est supérieur à l'emploi de la créosote en nature.

2° Parmi les polyéthers créosotés, ceux qui donnent les meilleurs résultats thérapeutiques dans la tuberculose, sont ceux où il entre un radical phosphoré.

Mais, il ne suffit pas de constater les fait, il faut encore les expliquer, ou tout au moins en tenter une interprétation fondée sur la physiologie normale et pathologique.

C'est donc le mode d'action de la médication créosotée et surtout phospho-créosotée que nous voudrions élucider ici.

I. — RÉSUMÉ SUR LE MODE D'ACTION DE LA CRÉOSOTE.

Du mode d'action de la créosote nous ne dirons que peu de chose, cette question ayant reçu de nous, ailleurs le développement qu'elle comporte.

Nous avons vu que diverses interprétations en avaient été proposées: Nous ne ferons que les résumer:

1° On a dit tout d'abord que la créosote agissait par son pouvoir antiseptique qui est incontestable et qui a été mesuré par Bouchard. Selon cet auteur, la puissance antiseptique de la créosote serait égale ou supérieure à celle de l'acide phénique. Le développement du bacille de Koch est empêché dans le bouillon glyceriné et peptonisé, par 0 gr. 80 de créosote pour 1000; 0 gr. 50 pour 1000 suffisent dans le sérum gélatinisé de Koch; 0 gr. 062 pour 1000 apportent déjà, d'après Guttman, un retard considérable à la culture. Et Guttman pensait que si

(1) Ce travail a été écrit spécialement pour l'Union Médicale du Canada.

l'on pouvait introduire dans l'organisme une quantité de créosote telle que le sang en contienne, un certain temps, 1 pour 4000 de sa masse totale, la pullulation des bacilles pourrait cesser. Mais il est impossible, pensait Guttman, d'introduire dans l'organisme une si grande quantité de créosote. Si l'on admet que la masse sanguine est, chez l'adulte, le $\frac{1}{13}$ environ du poids du corps, la quantité de sang chez un homme de 60 kilogr. serait de 4615 gr. (soit $4\frac{1}{2}$ à 5 litres) et il faudrait, pour atteindre la proportion de 1 pour 4000, qu'un gr. de créosote circulât dans le sang. Guttman pensait que ce taux ne saurait être atteint sans danger. Nous avons vu, au contraire, que, par la méthode hypodermique à doses intensives, par l'emploi des polyéthers de la créosote, ce rapport de la créosote introduit à la masse sanguine pouvait être et avait été maintes fois atteint. Est-ce à dire que, de ce fait, la pullulation bacillaire ait été suspendue? La clinique, presque toujours, a répondu négativement.

C'est donc que, si la créosote agit contre l'infection tuberculeuse ou contre les infections secondaires développées à côté d'elle, elle le fait sans le concours de son pouvoir antiseptique.

Sans doute, il y aurait à rappeler ici les expériences de laboratoire, si nombreuses, qui ont résolu la question, tantôt dans un sens, tantôt dans un autre. Nous avons parlé des expériences de Bouchard sur les lapins, d'où il avait conclu à un pouvoir directement antibacillaire de la créosote sur le processus tuberculeux. Confirmatives de ces expériences, furent celles de Goze et de Simon, trouvant que, en injectant à des animaux des crachats contenant des bacilles et mêlés depuis 48 heures à de la créosote, celle-ci entravait le développement de la tuberculose; les expériences de Schneller qui croyait pouvoir combattre l'infection tuberculeuse chez les lapins, au moyen des inhalations d'eau créosotée; celles de Pilotte constatant qu'une solution de créosote à 1% entrave le développement des bacilles de la tuberculose sur des terrains morts.

Mais, à ces expériences confirmatives de l'action antibacillaire de la créosote, on pourrait aussi justement opposer celles de Caruet, qui, dans le laboratoire de Koch, introduisant de la

créosote même à doses considérables dans l'estomac de cobayes tuberculisés, n'a pu entraver le développement des bacilles.

L'action antibacillaire de la créosote — l'antisepsie pulmonaire, comme on l'avait espéré, par elle assurée — n'est donc rien moins que prouvée; et les partisans les plus convaincus semblent peu à peu avoir renoncé à cette explication. Outre que la créosote, quand elle agit, produit parfois des effets utiles à des doses qui ne peuvent guère atteindre la vitalité du bacille de Koch, et qui ne sont pas nécessairement très élevées, mais assez loin des confins de l'intolérance. il faut bien le dire, qu'il ne lui est guère facile d'atteindre le bacille infiltré dans le tissu pulmonaire interstitiel, entouré d'une gangue isolante de sclérose, protégé par les néoformations cellulaires réactionnelles, isolé en quelques sorte, de la circulation par l'oblitération vasculaire qui se produit autour des tubercules.

L'action spécifique de la créosote sur le bacille de Koch est donc très probablement illusoire.

2° Alors on a proposé d'autres explications:

Et l'on a dit que la créosote agit *indirectement* sur le processus tuberculeux.

(a). — Comme presque toujours, le véhicule choisi pour la créosote est l'huile, soit l'huile de foie de morue pour l'administration gastrique, soit l'huile d'olive stérilisée par la voie hypodermique, on a prétendu (Landouzy) que les effets curatifs ou d'amélioration attribués à la médication oléo-créosotés étaient en réalité plus imputables au corps gras qu'à la créosote.

Mais si l'huile est, de fait, un parfait excipient pour la créosote, de ce qu'elle ajoute très certainement ses effets à titre d'aliment d'épargne, à ceux de la créosote, il ne semble pas légitime de dénier à celle-ci toute action thérapeutique, et de faire attribuer à une seule des deux substances collaboratrices la totalité de l'action médicatrice — ce qui le prouve bien — c'est que la médication oléo-créosotée provoque souvent chez le malade, un accroissement du poids du corps très supérieur à la quantité d'huile injectée. Il y a donc là plus qu'une action mécanique, calculable par sa seule condition, il y a certainement

une action multiplicative dont le dynamogénisme nous échappe peut-être, mais n'en est pas moins nécessaire.

(b). — Et c'est précisément une action dynamogène que Burlureaux accorde à la créosote. C'est poser un postulat pour se dispenser de chercher autre chose.

(c). — De cette action dynamogène, on a imaginé divers mécanismes. Hoelsoher et Seifert pensent que la créosote neutralise les toxalbumines fabriquées par les bacilles de la tuberculose; Fernet, lui attribue des propriétés sclérogènes;

Simon, élève de Burlureaux, comparant les effets de l'injection créosotée à ceux des tentatives toxinothérapiques faites par MM. Hallopeau et Roger pour combattre le lupus par les injections de cultures microbiennes stérilisées, conclut que la créosote exalte les défenses naturelles de l'organisme, favorise le pouvoir phagocytaire, et provoque des conditions cellulaires et humorales telles que la survie des agents microbiens est incompatible avec elles.

Cette explication pourrait bien être celle qui contient la plus grande part de vérité. Elle vient de recevoir, du moins, un nouvel élément de vraisemblance des expériences d'Arloing et Courmont sur la séro-réaction dans la tuberculose.

Arloing a montré que, sous l'influence de la créosote, le sérum du sang de chèvre acquiert des propriétés agglutinantes à l'égard du bacille de Koch. Et, comme l'agglutination représente un mécanisme de défense vis-à-vis de l'infection, la créosote, provoquant cette réaction de l'organisme vivant, peut être considérée comme douée d'une action spécifique sur le bacille de Koch, mais par *voie indirecte*.

Si l'on donne, de l'action dynamogène de la créosote invoquée et entrevue par Burlureaux, cette explication et ce mécanisme, on peut conclure avec Simon que la créosote n'agit "ni comme un antitoxique, ni comme un bacillicide, mais comme un médicament apte à exciter les activités cellulaires et les fonctions phagocytaires en vue d'un humorisme défensif".

Ainsi comprise, la créosote peut être dite un *spécifique indirect* de la tuberculose.

II. — INCONVÉNIENTS DE LA CRÉOSOTE.

Malheureusement, son action curative est limitée par son action nocive. Et cette limite explique les échecs de la créosote. Nous avons longuement insisté sur les phénomènes d'intolérance développés par la créosote à doses intensives, sur ses dangers, sur ses contre-indications, pour n'avoir pas à y revenir. Nous rappellerons que les desiderata de la médication créosotée ressortissent aux causes suivantes :

1° La créosote a une intense action corrosive.

2° MM. Bouchard, Gimbert, Burlureaux, Fischer, Gottheil démontrent que, pour agir, la créosote doit être administrée à hautes doses. Mais, à hautes doses sûrement, à petites doses quelquefois, la créosote en nature est toxique. Elle n'est plus un médicament, mais un poison coagulant l'albumine (Friedheim).

“ En résumé, dit Lorot, la créosothérapie nous met en présence de ce dilemme : la créosote est irritante et parfois dangereuse à petites doses, et, pour en retirer des résultats sur le traitement de la phtisie, il faut en absorber de hautes doses. La créosote, pour agir, nécessite des doses élevées ; ces doses élevées sont toxiques. En un mot, l'action curative de la créosote est neutralisée, dépassée, annihilée par l'action toxique ”.

La difficulté, nous l'avons vu, a été résolue par *l'éthérification de la créosote*, c'est-à-dire en la combinant à un acide. L'action corrosive et toxique disparaît. L'action curative seule demeure.

III. — AVANTAGES DES POLYÉTHERS DE LA CRÉOSOTE.

Nous avons vu, en effet, que, indépendamment de leurs propriétés individuelles, les polyéthers de la créosote présenteraient les avantages suivants :

1° L'absence de toxicité, au moins aux plus hautes doses curatives nécessaires, tandis que la créosote peut être toxique à petites doses (Suriau et Burlureaux ont cité un cas de mort après absorption de 0.25 centig. de créosote ; au cas d'empoisonnement avec 18 gouttes, Bard rapporte un cas de mort avec

3 gr. de galacol, etc...) Aucun sel de créosote n'a jamais causé ces accidents. Lorot, qui en a fait une étude complète, a pu les administrer, pour la plupart, à hautes doses sans inconvénient (c'est ainsi qu'il donné une fois 40 gr. 48 de oréosote sous forme de carbonate de créosote sans autre inconvénient que les urines noires)

Il est donc vrai, à la lettre, de dire que la médication créosotée intensive n'est pas réalisée par la créosote pure, parce que par elle, en effet, le plus souvent elle n'est pas réalisable, mais par les dérivés de la créosote, par les éthers.

2° Et si cette médication intensive est possible, c'est vraisemblable parce que le dédoublement des sels créosotés ne s'opère que dans l'intestin, mettant en liberté l'acide éthérifiant et la créosote, et ne s'opère que lentement, pour répartir la créosote sur une vaste surface d'absorption. Pour tous les éthers de la créosote, la transformation est la même, et le mode d'action vraisemblablement identique.

3° Les sels de créosote ont pour propriété fondamentale de modifier l'organisme. Lorot, expérimentant sur des cobayes, a trouvé que, à petites doses, ils amènent l'amaigrissement; à très hautes doses, la congestion pulmonaire, puis la mort. Mais cette congestion pulmonaire, fatale à trop hautes doses, existe pour tous les degrés de la médication créosotée. Peu accentuée, elle est alors un adjuvant et une collaboratrice des défenses naturelles. Rokitouky a montré qu'il existe une incompatibilité entre la tuberculose et l'insuffisance mitrale qui cause l'hyperhémie du poumon. Le bacille de Koch se développe d'autant mieux que le poumon est plus anémié, soit du fait d'une maladie (rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire) soit naturellement, comme il arrive pour les sommets, du fait de la position verticale du corps (Jacoby).

Enfin, cette congestion, ayant pour effet de provoquer un afflux de sang au niveau des lésions, a encore un rôle défensif vis-à-vis des bacilles: pour Buchner, les alexines du sang normal sont de merveilleux défenseurs contre les microbes, et d'après Schulster, le sang veineux fraîchement émis, possède des propriétés bactérioides énergiques.

4° Un effet physiologique caractérise encore l'action des

éthers créosotés: il est dû à leurs propriétés antithermiques. On sait combien l'hyperthémie de l'hecticité est tenace; elle cède volontiers à l'influence des sels de créosote. "Quant au fait, dit Larot, une injection de 10 grammes de carbonate de créosote à un phthisique qui a de la rougeur des pommettes, les joues qui étaient d'un rouge vermillon perdent leur éclat, et ce faux rouge s'éteint peu à peu pour faire place, au bout de quelques heures, à la coloration habituelle du visage".

5° Ce qui fait, enfin, la supériorité thérapeutique des éthers de la créosote, c'est leur action acidifiante, créant un milieu humoral artificiel qui rappelle le sol arthritique, et qui est impropre à la pullulation microbienne.

C'est là une considération qui mérite d'être développée — car c'est elle qui, selon nous, explique surtout la supériorité des éthers créosotés — et, parmi eux, l'efficacité vraiment remarquable de ceux qui contiennent un radical phosphoré.

(A suivre)

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DES PLEURÉSIES PURULENTES

Les pleurésies purulentes aiguës peuvent être produites par la présence de divers microbes isolés ou associés suivant les cas.

D'après Netter les pleurésies purulentes simples seront le fait du pneumococque, du streptocoque, du staphylocoque, des bacilles de Koch, ou de Friedlander, ou d'Eberth, etc., etc.

Les pleurésies à microbes associés sont le résultat de l'association de ces mêmes microbes ou de l'association de ces microbes aux suivants: tétragène, colibacille, etc., que l'on retrouve plus particulièrement dans les pleurésies putrides ou gangréneuses.

Les moyens de traiter ces différentes pleurésies sont la thoracentèse et la pleurotomie pour la partie chirurgicale, combinés au traitement médical par les toniques reconstituants et une hygiène irréprochable.

Nous avons déjà dans un article précédent (1) donné la technique de la thoracentèse. Nous nous contenterons cette fois de décrire l'opération de la pleurotomie, puis nous ferons les indications particulières de la thoracentèse ou de la pleurotomie selon les cas de pleurésie que nous pourrions avoir à traiter.

Pleurotomie. — Cette opération doit être rigoureusement antiseptique. La *ponction exploratrice* est de rigueur dès que l'on soupçonne une pleurésie purulente; elle se fait de la manière indiquée précédemment à l'article "Thoracentèse".

Les instruments nécessaires, sont: un bistouri droit, un bis-

(1) Voir *Union Médicale du Canada*, février 1901.

touri boutonné, des écarteurs, des pinces hémostatiques; bourdonnets de coton hydrophile aseptique, gaze iodoformée, ouate, éponges, deux gros tubes à drainage d'une longueur de 4 à 6 pouces, plusieurs pintes d'une solution horiquée tiède à 4 pour 100 ou de chlorure de zinc à 1 pour 100 ou simplement d'eau salée. Tout cet arsenal doit être absolument stérilisé et dans un état d'asepsie parfaite au moment de l'opération.

Le lavage du champ opératoire doit être fait avec l'attention la plus soignée et les petites plaies infectées résultant d'applications irritantes, etc., doivent être spécialement nettoyées et rendues aseptiques.

L'opérateur fera de la manière usuelle la désinfection de ses mains et ses aides suivront méticuleusement son exemple.

En thèse générale l'anesthésie est plutôt contre indiquée, elle présente des dangers plus particulièrement, chez les malades dont le cœur est déplacé, dont le champ respiratoire est grandement diminué.

La douleur due à l'incision ne dure, du reste que quelques instants. Chez ceux qui ne pourraient probablement pas supporter un anesthésique général, l'injection de cocaïne dans la ligne d'incision suffit pour rendre l'opération indolore.

L'incision, quand on est maître de choisir, se fait dans le huitième espace intercostal, à partir de la ligne axillaire postérieure à peu près sur le bord antérieur du muscle grand dorsal; chez les enfants on peut pratiquer l'incision au niveau du septième ou même du sixième espace.

Dans les cas de pleurésies enkystées ou de pleurésies interlobaires, l'incision est subordonnée au siège de l'épanchement.

Quelquefois un abcès extérieur peut faire varier le point d'incision soit que l'on veuille éviter d'ouvrir ou que l'on veuille inciser cette tumeur.

Le manuel opératoire est excessivement simple: l'on incise couche par couche en suivant le bord supérieur de la côte sous jacente, l'index gauche ne doit jamais quitter la plaie et dès qu'il a reconnu la plèvre, cette dernière doit être ponctionnée avec la pointe du bistouri, puis on agrandit dans le sens transversal au moyen du bistouri boutonné si la pleurésie siège à gauche et que l'on craigne de blesser le cœur.

Lavage à l'eau bouillie saturée d'acide borique, nettoyage des bords de la plaie, introduction des drains munis, à l'extrémité, d'une épingle de sûreté, un drain suffit si les lavages ne doivent pas être continués. Vient ensuite le pansement, au moyen de la gaze iodoformée enroulée autour du drain et recouverte de ouate. L'ensemble du pansement est maintenu par une bande trempée dans une solution de bichlorure. Le malade se couche sur le côté opéré pour faciliter l'écoulement du liquide. S'il n'y a pas d'élévation de température, le pansement ne sera renouvelé que lorsqu'il sera souillé.

Faut-il pratiquer des lavages de la plèvre après la pleurotomie?

"Tant que le liquide est purulent et non séreux, il faut laver la plèvre. (Debove et Courtois-Suffit).

"Si le liquide est d'odeur fétide, il faut laver la plèvre, même à l'aide de solutions antiseptiques énergiques.

"Si la fièvre persiste après l'opération ou reparait après une période d'apyrexie, il faut encore agir de même."

Le sublimé à 1 pour 4 ou 5000, l'acide salicylique, à 1 ou 2 pour 1000, la créoline à 1 pour 100, le chlorure de zinc, sont les solutions employées, après lavage avec un antiseptique énergiquement toxique v. g., sublimé, il vaut mieux faire suivre d'un lavage à l'eau bouillie pure pour enlever tout excédent qui pourrait être absorbé. La plupart des chirurgiens se contentent aujourd'hui de l'eau salée stérilisée pour faire les lavages de la plèvre. Le liquide sera injecté à la température de 38 ou 39 degrés.

Indications particulières. — Les pleurésies à *pneumocoques* primitives ou consécutives à une pneumonie, laissées à elles-mêmes, se résorbent quelquefois, plus souvent elles s'enkystent et se terminent par vomique. Mais cette terminaison par vomique n'arrive que dans un quart des cas, et encore le malade est exposé à des accidents: pneumothorax, suppurations prolongées. Il faut donc intervenir, et l'intervention de choix est la pleurotomie précoce. C'est ici le triomphe de la pleurotomie et par ce procédé la mortalité a été amenée à 2.3 pour 100 (Netter). La guérison arrive souvent après une simple ouverture de la plèvre, sans lavage, en 2 à 4 semaines.

La thoracentèse suffit quelquefois à guérir la pleurésie purulente aiguë à pneumocoques, mais si après une première évacuation le liquide se reforme, ou si l'on reconnaît une grande virulence au microbe, il faudra recourir, sans hésitation, à la pleurotomie.

Le pleurésie à *streptocoques* est caractérisée par la reproduction incessante du liquide, celui-ci peut même se reproduire après la pleurotomie. Cette reproduction est constante après la thoracentèse. La pleurésie à streptocoques, d'autre part, n'offre aucune chance de guérison spontanée, et fait courir au malade les risques d'une infection généralisée si elle est abandonnée à elle-même.

La règle sera donc ici la pleurotomie d'emblée, suivie ou non, de lavages antiseptiques. Les lavages en petit nombre seront le plus souvent nécessaires.

Les pleurésies purulentes associées doivent être traitées par la pleurotomie. La gravité de l'état général dans la fièvre typhoïde n'est pas une contre indication à l'opération.

La *pleurésie gangréneuse*, consécutive à la gangrène pulmonaire; la pleurésie putride que l'on peut observer après un abcès du foie, du poumon, ou après un cancer de l'œophage, etc., nécessitent une pleurotomie hâtive. L'opération sera suivie de lavage antiseptiques qui seront continués plusieurs jours et quelquefois plusieurs semaines.

En résumé, au point de vue thérapeutique, il existe trois grandes variétés de pleurésies purulentes aiguës.

1° Les pleurésies à pneumocoque qui doivent, d'une façon générale, être traitées d'abord par la ponction simple ou répétée, mais que l'on ne doit pas hésiter à traiter par la pleurotomie, si l'épanchement ne présente, après deux ou trois ponctions, aucune tendance à la guérison, et surtout si l'inoculation démontre la virulence de l'agent microbien. La pleurotomie, sans lavages, suffit d'ordinaire à amener la guérison.

2° Les pleurésies à streptocoques qui peuvent exceptionnellement guérir par la ponction, mais qu'il faut généralement traiter par la pleurotomie précoce, suivie de rares lavages avec un liquide antiseptique.

3° Les pleurésies gangréneuses et putrides qui nécessitent la pleurotomie précoce suivie de lavages répétés.

Nous n'insisterons pas sur la *pleurésie interlobaire*, elle est le plus souvent méconnue et la vomique en est le premier signe révélateur. Si la vomique n'est pas suivie d'amélioration, le chirurgien devra pratiquer la pneumotomie.

La *pleurésie diaphragmatique*, s'évacue, elle aussi, fréquemment par vomique. Si cependant l'on a pu en faire le diagnostic précoce, confirmé par une ponction exploratrice, l'on pratiquera la thoracentèse en prenant de grandes précautions pour ne pas perforer le diaphragme.

La thoracentèse est aussi le traitement habituel des pleurésies enkystées du sommet, ainsi que des autres pleurésies partielles et des pleurésies cloisonnées. On la fera suivre de lavages antiseptiques.

Tout ce qui vient d'être dit s'applique exclusivement au traitement des pleurésies purulentes aiguës. Dans les pleurésies purulentes chroniques, cas où la plupart du temps, après la pleurotomie, la coque pleurale rigide ne peut revenir sur elle-même, on pratique une opération destinée à mobiliser une plus ou moins grande partie de la cage thoracique: c'est l'opération d'Estlander. Cette opération inventée en 1879, est déjà quelque peu moins en faveur. L'expérience a montré que ce n'est pas une opération bénigne et qu'elle n'a de chances de succès que chez les jeunes sujets.

H. HERVIEUX.

SOCIÉTÉS

CONGRÈS CONTRE LA TUBERCULOSE TENU A OTTAWA.

Le 14 février, s'ouvrait, à Ottawa, le premier congrès canadien contre la tuberculose. Notre distingué gouverneur-général, lord Minto, en avait accepté le patronage, et c'est sous sa présidence qu'eut lieu la première séance. Un nombre considérable de médecins, venus des provinces de Québec, d'Ontario, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, du Manitoba et des autres provinces, avaient répondu à l'invitation de leurs Excellences Lord et Lady Minto, et plusieurs d'entre eux présentèrent, devant les membres du Congrès, des travaux fort documentés, sur les résolutions présentées à la discussion, au cours de chaque séance.

Lord Minto, après la lecture de l'adresse de bienvenue par monsieur le Maire d'Ottawa, prononça un discours qui créa une très bonne impression. Notre gouverneur général prouva combien cette grave question des ravages de la tuberculose lui était familière et combien il avait à cœur la réussite de toutes les mesures capables d'enrayer en notre beau pays, le progrès grandissant de ce *white plague*.

Lors de la dernière réunion de la Canadian Medical Association, tenue à Ottawa, le 13 septembre 1900, il fut proposé de travailler à l'organisation d'une ligue contre la tuberculose qui porterait le nom de "Canada Association for the Prevention of Tuberculosis". Un comité provisoire fut nommé et chargé de préparer les règlements et mesures les plus propres à assurer la vitalité d'un tel projet. C'est à ce premier comité que revient tout l'honneur et tout le mérite du Congrès auquel nous venons d'assister. C'est ce comité, en effet, qui a travaillé à son organisation et qui en a tracé tout le programme.

Au président, sir James Grant, et au secrétaire général, le révérend M. Eby, revient la grande part du mérite.

Nous croyons bon de donner ici la teneur des différentes résolutions présentées et adoptées par les membres du Congrès.

Après l'allocution du président, sir James Grant, sir William Hingston, chargé de présenter la première résolution fit un discours sur la tuberculose, au double point de vue de sa non-hérédité et de sa curabilité. Il insista sur la nécessité de convaincre le grand public de la véracité de ces consolantes vérités, et de bien lui faire comprendre les dangers de contagion qui accompagnent cette terrible maladie.

Voici cette première résolution :

Considérant les ravages de la tuberculose au Canada, sa contagiosité et les dangers d'infection, pour les habitations ou les moyens de transport, qui accompagnent le malade tuberculeux porteur de lésions chroniques; considérant surtout l'enseignement scientifique qui prouve, à l'évidence, la curabilité aussi bien que le peu de danger de contagion pour les tuberculeux au début de la maladie :

Il est résolu que, dans l'opinion des membres de ce Congrès, qui représentent les gouvernements et les populations de tout le Canada, chaque gouvernement, municipalité, et chaque citoyen en particulier, doivent prendre des moyens capables d'enrayer le progrès de cette maladie qui cause aujourd'hui le seizième de la mortalité totale du Canada.

Plusieurs membres présents prirent la parole, entre autres, M. le docteur James Stewart, de Montréal, appuyant cette résolution.

Nous avons, nous-même, demandé d'ajouter le mot " non hérédité " avant le mot : curabilité, de la résolution telle que présentée par sir William Hingston, ce qui fut adopté.

M. le docteur G. Roddick, de Montréal, lut et fit adopter la seconde résolution qui se lit comme suit :

Considérant que l'Acte de l'Amérique du Nord impose aux différentes provinces du Canada, le devoir de faire les lois concernant l'hygiène :

Il est résolu que ce Congrès invite tout spécialement les

gouvernements, les municipalités et les bureaux de santé de faire des lois ou règlements:

1^o Pour encourager la déclaration de tous les cas de tuberculose:

2^o Pour prévenir l'infection des édifices publics, moyens de transports, et des logements par l'expectoration de tuberculeux:

3^o Pour permettre l'inspection des édifices publics, usines, etc., dans le but d'améliorer leur ventilation, leur éclairage et leur état sanitaire:

4^o Pour arrêter les progrès de la maladie par une surveillance du lait et de la viande:

5^o Pour faciliter l'établissement de sanatoriums où les cas curables pourront recouvrir la santé, et où les cas avancés recevront, pour eux-mêmes, les meilleurs soins possibles, sans dangers d'infection pour leur habitation et leur entourage.

M. le docteur E. P. Lachapelle, appuya ces résolutions par de savantes considérations, démontrant la nécessité d'instruire les enfants des écoles pour mieux atteindre le peuple et lui faire comprendre que cette maladie est guérissable, qu'elle n'est pas héréditaire. M. le docteur Lachapelle demande, en plus, l'inspection obligatoire des écoles, habitations, etc., ainsi que la désinfection des lieux occupés par les tuberculeux qui ont atteint la phase d'expectoration.

M. le docteur Louis Laberge, médecin du bureau d'hygiène de Montréal, conseilla la création d'un ministère de la salubrité publique.

M. le docteur Adami, de Montréal, fit une savante dissertation, avec statistique à l'appui, sur les avantages que présente l'abattage du bétail infecté par la tuberculose.

L'orateur conseilla aux gouvernements d'établir des sanatoriums pour tuberculeux, dans les différents climats du Canada, pour mieux juger de leurs effets thérapeutiques.

M. le docteur Lecavalier, de Montréal, montra les ravages accomplis par la tuberculose et les bons effets que les tuberculeux peuvent retirer du traitement dans les sanatoriums.

La quatrième résolution avait trait à la création d'une société portant le nom de " Dominion Association for the Prevention of Tuberculosis ".

Lord Minto fut choisi comme président honoraire; sir James Grant, comme président; M. le docteur A. J. Richer, et le Rév. C. S. Eby, comme secrétaires.

La prochaine convention aura lieu à Ottawa, en 1902.

J. É. DUBÉ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 29 Janvier 1901.

Présidence de M. DUBÉ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Communication.

— *Le traitement de la fièvre typhoïde à l'Hôpital Notre-Dame,* par le docteur J. A. LeSage. (Ce travail sera publié plus tard.)

— *Discussion:* M. LECAVALIER, sans mettre en doute le traitement par le bain froid et par la suralimentation, croit que d'autres traitements peuvent donner des résultats équivalents. M. Lecavalier cite la statistique d'un auteur américain qui préconise l'eau chloroformée à 7 ou 9 p. 100.

— M. DUBÉ. Je crois que le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, a fait ses preuves, et la statistique de mon ami LeSage vient s'ajouter à bien d'autres aussi concluantes que les autres. Je veux bien croire, comme le dit M. le docteur Lecavalier, qu'il existe d'autres traitements de cette maladie, et, qu'en particulier, le traitement préconisé par l'auteur qu'il cite soit excellent, mais je voudrais une statistique plus considérable et surtout plusieurs statistiques fournies par des auteurs différents au cours d'épidémies différentes. Cette dernière garantie nous est fournie par ceux qui préconisent les

bains froids. Quel que soit l'auteur qui l'emploie, dans n'importe quel pays, et au cours de toutes les épidémies, les résultats sont toujours supérieurs aux statistiques fournies par les autres modes de traitement.

— M. LESAGE. J'apprécie les remarques qui ont été faites. En réponse à M. Lecavalier, je soutiens qu'il faut faire, ici, une différence entre le traitement par le bain froid et par l'antisepsie intestinale.

Ce que nous désirons obtenir par le bain, c'est le double effet d'abaisser la température et de stimuler le système nerveux. Sur ces deux points, je pense qu'il n'y a aucun médicament qui puisse supporter la comparaison avec le bain froid. Tous les auteurs sont unanimes à l'affirmer, et l'observation de chaque jour nous le prouve à l'évidence. Les Sœurs Hospitalières, l'ont elles-mêmes remarqué, et elles ont parfaitement saisi la différence dans l'aspect général des malades. Une d'elles me disait qu'elle était surprise de voir que, cette année, ils n'avaient pas eu besoin de la *camisole de force*. Pas de délire, très peu d'amaigrissement, et convalescence prompte. Sans doute, je fais aussi la part de l'alimentation qui a été aussi nutritive que possible.

Mais, je ne sache pas que le calomel puisse réaliser les bienfaits de la méthode par le bain froid. L'antisepsie intestinale est un adjuvant précieux, mais ne constitue pas une panacée sur laquelle on puisse compter en toute sécurité. Le bain froid, la suralimentation, voilà le traitement le plus rationnel de la fièvre typhoïde. Nous l'avons expérimenté à l'Hôpital Notre-Dame, et les résultats obtenus nous dispensent de chercher ailleurs un mode de traitement qui puisse lui être comparé. . .

— *La septicémie puerpérale*, par le docteur R. DE COTRET, (suite).

Séance du 13 février 1901.

Présidence de M. HERVIEUX.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal est mise aux voix et adoptée.

Communication.

— *Le chancre mou, diagnostic et traitement*, par le docteur H. LASNIER.

— *Discussion*: M. MERCIER, dit que l'induration n'est pas le signe pathognomonique qui puisse nous faire exclure le chancre mou. Bien souvent, ces malades ont suivi des traitements antérieurs, cautérisation au fer rouge, au chlorure de zinc ou au nitrate d'argent, qui provoquent la formation d'un tissu cicatriciel donnant la sensation d'induration propre à la syphiis.

— M. LECAVALIER, parle dans le même sens, il rapporte le cas d'un professeur éminent qui, se basant exclusivement sur le caractère de l'induration, fit une erreur de diagnostic.

Les conséquences de semblables méprises ne peuvent être que fort préjudiciables aux médecins comme aux malades.

— *Le rein flottant*, par le docteur T. PARIZEAU. L'auteur fait une revue générale des signes cliniques avec malaises et troubles consécutifs aux déplacements du rein. Il donne le résultat de son expérience au point de vue opératoire. La fixation remédie à tous ces troubles dont la plupart semblent relever du tube digestif.

Il conseille de ne jamais opérer chez les hystériques. Une de ses malades lui a causé beaucoup d'ennui.

— *Discussion*: M. DEMERS. La communication de M. le docteur Parizeau m'a vivement intéressé, car on sait qu'au point de vue clinique, la question du rein mobile est importante, parce que, si l'on en croit les ouvrages classiques, d'après les uns, un cinquième des femmes ont un *rein mobile*; d'après les autres, quarante pour cent.

Pour ma part, j'examine d'une manière systématique toute patiente qui vient me consulter, afin de m'assurer si les symptômes nerveux, qu'un grand nombre présentent, ne trouvent pas leur source de ce côté.

Il y a trois ans, j'étais appelé auprès d'une jeune fille qui était en proie à une attaque sérieuse d'asthme. Ce qui me frappa, à mon arrivée auprès d'elle, ce fut le tirage, prédominance du *type diaphragmatique*, tandis que, comme on le sait, le type costal s'observe surtout chez ceux qui ont une lésion matérielle du poumon ou du cœur. Frappé de ce fait sur lequel mon maître, Lanceraux, avait souvent appelé notre attention à l'Hôtel-Dieu, de Paris, je demandai si la malade avait vomé et si on avait conservé les matières rendues. Sur une réponse affirmative, je me fis montrer ces matières; elles étaient vertes. J'étais en présence d'une intoxication urémique agissant sur le poumon et l'estomac. Après avoir arrêté, par une piqûre de morphine et d'atropine, cette manifestation cérébro-spinale de l'urémie, je fis prendre la quantité des urines.

Depuis quelques années, cette malade avait des manifestations de brightisme: pollakiurie nocturne, céphalgie en casque de pompier, bourdonnements d'oreilles, mouches volantes, crampes dans les mollets, doigts morts, cryesthésie, choc électrique, etc. Il y avait insuffisance urinaire, présence d'albumine, (dont je m'inquiétais peu, puisque ce n'est pas ce qui passe dans les urines qui est dangereux, mais ce qui n'y passe pas), diminution de l'urée, par conséquent des substances excrémentitielles non éliminées par les reins.

Malgré les diurétiques: pilules de Lanceraux, diète lactée, caféine à la dose de 2 grammes précédée de bromure de potassium, comme la malade présentait peu d'amélioration, je fis un examen par la palpation lombaire et abdominale: la main gauche soutenant la région lombaire et la droite déprimant la paroi abdominale, je pus reconnaître une tumeur, ayant presque le volume du poing, qui, pendant les inspirations profondes, descendait du côté de la fosse iliaque droite et, à l'expiration fuyait, comme un poisson, entre les deux mains, pour aller se placer dans la gouttière costo-vertébrale. Je vous dirai que la fixation de ce rein flottant, par le clinicien chirurgical de l'hôpital Notre-Dame, monsieur le docteur Mercier, mit fin à tous ces symptômes. Ce rein était tellement vagabond que lorsque la malade a consenti, (après deux ans d'hésitations) à se soumettre à une intervention chirurgicale, il a fallu varier les po-

sitions d'examen, le rein allant se cacher derrière des anses intestinales.

L'ectopie rénale peut être congénitale ou mécanique. Dans l'ectopie mécanique, la capsule surrénale reste en rapport avec le rein déplacé; dans l'ectopie congénitale jamais la capsule n'accompagne le rein dans ses migrations.

Le rein est logé dans sa capsule fibro-adipeuse, qui paraît en être le seul ou principal moyen de fixité; cette capsule est composée de deux feuillets qui passent, l'un en avant, l'autre en arrière du rein pour se confondre en haut et le coiffer, le séparant de la capsule. Appliqués l'un à l'autre et ces feuillets se juxtaposant, ils se dirigent vers le détroit supérieur du bassin. Empêché par le foie et le diaphragme, le rein ne peut remonter. Mais au bas, la voie, d'après Lanceraux, est ouverte et le rein décollant les deux feuillets de la capsule, entraîne par son poids propre, et à l'occasion d'une chute, d'efforts musculaires, chez les forts de la Halle, il peut descendre jusqu'au détroit supérieur. Mais ceci explique ni la lésion fréquente chez la femme (serait-ce les grossesses répétées, amenant le relâchement de la paroi abdominale), ni la grande fréquence à droite. Si c'est le corset, cet objet de toilette, comprimant également les deux côtés du thorax, devrait aussi bien luxer un rein que l'autre. Il semblerait aussi que le corset en basculant le foie, faisant descendre le bord tranchant et amenant la face concave et supérieure en avant, devrait comprimer par sa face concave et postérieure le rein et l'aplatir dans sa loge.

On ne doit pas perdre de vue que le rein mobile chez la femme se rencontre dans sa période d'activité génitale, de 18 à 43 ans, les crises se montrant de préférence aux époques menstruelles. Peut-on invoquer ici le voisinage des plexus ovariens et rénaux?

Un autre fait digne d'attention est que les personnes affectées, au moins un grand nombre, ont présenté des symptômes d'herpétisme: épistaxis, migraine, herpès des lèvres, eczéma, cors aux pieds, hémorroïdes, urticaire, pointe de hernie, bléphanite ciliaire, eczéma, purpura, varices, etc. . .

Avant de reprendre mon siège, laissez-moi vous parler d'une

jeune femme primipare, enceinte de quatre mois, qui était venue me consulter pour un malaise dans la région lombaire gauche. En examinant cette personne, je constatai un rein luxé. Justement à ce moment, j'entendis parler notre regretté docteur A. T. Brosseau, qui venait d'entrer chez moi. Avec l'autorisation de ma patiente, j'invitai mon ancien professeur à venir corroborer mon diagnostic. Il partagea mon opinion sur le cas, et, aussi la grande chance que l'état physiologique, s'il se rendait à terme, aurait de réduire le rein. Depuis son premier accouchement cette femme n'a accusé aucun trouble du côté de son rein.

— MM. MERCIER, DUBÉ et LASNIER, prennent aussi part à la discussion et concourent dans les remarques de M. Parizeau.

— M. LASNIER se prononce en faveur de la fixation du rein par l'opération en deux temps, préconisée par Guyon.

— M. HERVIEUX attribue à une cause anatomique la ptose fréquente du rein droit. Il attire l'attention des membres sur le fait que les crises gastriques ont presque toujours coïncidé avec les époques menstruelles. Il cite une observation personnelle. L'opération a fait disparaître tout malaise ou trouble antérieur.

DE RETOUR DE PARIS.

Nous avons eu le plaisir de recevoir la visite de M. le docteur Alphonse Mercier, de retour de Paris, après une absence de cinq années.

L'UNION MÉDICALE adresse ses meilleurs souhaits au nouveau confrère dont la collaboration lui est assurée au bénéfice de ses lecteurs.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE PROJET D'HOPITAL POUR LES MALADIES CONTAGIEUSES A MONTREAL

HOPITAL CIVIQUE

Depuis que les idées pasteurienues ont établi d'une manière iréfutable la contagiosité de certaines maladies appelées épidémiques, l'hygiène a créé de toutes pièces les chapitres nouveaux de la prophylaxie. Elle a démontré que l'isolement des malades et la désinfection de tout objet et lieu contaminés sont indispensables, si l'on veut arrêter la marche périodique de ces épidémies qui ont fait tant de mal au double point de vue de la santé publique et du commerce en général.

Bientôt, les gouvernements comprirent la nécessité de légiférer sur ce point important. Les municipalités durent se plier aux exigences de leurs législateurs, et on vit, du moins dans les grands centres, s'élever des hôpitaux civiques, destinés à recevoir exclusivement les gens atteints de maladies contagieuses (variole, diphtérie, typhus, scarlatine, rougeole, érysipèle, etc. . .).

I. — HISTORIQUE.

Montréal érigea en 1886-87, une bâtisse assez misérable dans but de satisfaire aux besoins les plus urgents. Mais, peu à peu, la population augmentant et le temps poursuivant son œuvre de démolition constante, notre hôpital civique ne put pas suffire aux demandes du conseil d'hygiène. Les salles étaient trop petites; on entassait les diphtériques à côtés des scarlatineux; les uns infectaient les autres, bref le confort était le plus loin possible de l'idéalisme.

Le comité d'hygiène de cette ville comprit, assez tard, la né-

cessité d'intervenir, soit en faisant des améliorations nouvelles à l'hôpital existant déjà, soit en érigeant un nouvel hôpital avec toutes les améliorations modernes. Le président du comité, M. l'échevin Ames, convoqua quelques membres importants des quatre hôpitaux et des deux universités, et il fut admis de part et d'autre que les constructions actuelles ne permettaient pas de réaliser les conditions nécessaires en face des besoins journaliers.

II. — PREMIER PROJET.

On décida donc, d'un commun accord, qu'un hôpital civique serait construit au coût de \$100.000, seule somme que la ville mettrait à la disposition du comité d'hygiène, par un emprunt spécial. Après des réunions nombreuses, composées de médecins, d'échevins et de financiers bien connus, M. Ames rédigea un *plan d'hôpital unique*, dont l'administration financière serait sous le contrôle d'un comité de neuf membres: cinq étaient nommés par le conseil de ville, et quatre par les hôpitaux de cette ville, un pour chacun d'eux, à savoir: l'Hôpital Notre-Dame, l'Hôtel-Dieu, le Royal Victoria et l'Hôpital Général. La direction médicale était confiée à un comité de cinq membres, dont quatre médecins, un nommé par chacun des grands hôpitaux de Montréal, et le président du comité d'hygiène de droit. Le personnel interne se composait de médecins internes nommés par le conseil de ville sur la *recommandation exclusive* du bureau médical, et de garde-malades sous la direction immédiate d'une *nurse* en chef.

Le projet ainsi élaboré fut soumis aux deux sociétés médicales, française et anglaise, de cette ville, qui l'approuvèrent *en principe*, en nommant toutefois des délégués chargés de surveiller la rédaction de certains règlements d'ordre spécial.

Tel fut le premier projet d'hôpital civique unique soumis à l'approbation des autorités compétentes.

Bientôt surgirent des objections sérieuses qui exigèrent *certaines entrecues particulières dont le public connut la teneur peut-être un peu tardivement*.

On se demanda si les deux éléments, français et anglais.

pourraient fraterniser sous un même toit. On étudia de plus près les susceptibilités particulières aux deux races si distinctes dans leurs aspirations et dans leurs goûts. On appréhenda des conflits possibles, des frictions malheureuses, du favoritisme peut-être à l'égard de l'une ou de l'autre, bref, on affirmait presque ouvertement que le projet était irréalisable et que la ville devait se pourvoir de *deux hôpitaux civils*.

Mais le conseil municipal répondit que la ville ne dépense-rait pas un centin de plus. Un deuxième hôpital demanderait une somme égale à la première, soit un total de \$200,000, et le comité des finances ne permettait pas d'espérer en de telles largesses, attendu qu'il fallait faire un emprunt spécial. Les plans en étaient à ce point difficile lorsque Monseigneur l'Archevêque de Montréal jugea nécessaire de formuler les objections suivantes :

1° Un hôpital neutre ne rendait pas justice à la majorité catholique dont les croyances devaient être respectées.

Dans les affres de la mort, la mère ou le père catholiques aiment à voir la Sœur de charité auprès du lit du malade ; ils y sont habitués, et, ce que la foi et la tradition ont consacré, les autorités ont le devoir de le respecter.

Au reste, nous n'avons pas à intervenir sur ce point délicat ; d'autres plus autorisés que nous y ont consacré les développements nécessaires et nous les approuvons sans réserve ;

2° Les Sœurs Hospitalières ne pouvaient pas accepter la direction d'une *nurse* en chef ; c'était les mettre dans une position délicate et, de fait, inacceptable.

III. — DEUXIÈME PROJET

La seule solution possible était de bâtir deux hôpitaux séparés.

Mais, comme la ville ne pouvait pas dépasser le chiffre primitif de \$100,000, M. Ames suggéra, après entente avec les parties intéressées en la matière, que chacune d'elles versât une somme de de \$50,000, qui devait être ajoutée aux \$100,000 versées par la ville. Toutes les difficultés se trouvaient ainsi tranchées à la satisfaction générale. La ville s'engageait à payer une

subvention de \$8,500, susceptible d'augmentation, à chacun des deux hôpitaux ainsi construits pour le soutien de leurs malades. Monseigneur l'Archevêque de Montréal promit de trouver immédiatement cette somme.

En effet, les Sœurs Grises assumèrent la responsabilité de l'entreprise, moyennant les conditions énumérées plus haut.

D'autre part, les autorités des hôpitaux protestants firent des propositions équivalentes, et la question semblait définitivement réglée, *sans toutefois qu'un avis officiel en eut été donné au public médical qui s'était intéressé vivement à la question*, lorsqu'on appela une assemblée de la Société Médicale de Montréal.

Les uns se prononcèrent en faveur d'un seul hôpital, les autres en faveur de deux hôpitaux séparés; enfin quelques-uns exprimèrent une opinion intermédiaire, toujours dans le but de trouver la meilleure solution possible d'une question aussi épineuse. Mais c'étaient plutôt des suggestions et non pas des critiques acerbes, comme certains correspondants très mal renseignés se sont plu à le croire et à l'écrire. Car, pour répondre brièvement aux attaques qui ont été dirigées contre la profession médicale à propos de cette question, nous dirons à tous les journaux quotidiens qu'ils étaient complètement dans l'erreur en affirmant que les médecins voulaient démolir le plan arrêté dans des entrevues que nous avons ignorées trop longtemps. Il fallait d'abord faire connaître officiellement les nouvelles propositions que l'on avait formulées en chambre, tracer une ligne de conduite à suivre et demander un appui que nous nous sommes empressés de donner à l'occasion comme la suite le prouvera. Au reste, la liberté de penser et de dire, *bona fide*, appartient à tout homme responsable, et les divergences d'opinion, si grandes soient-elles, ont souvent permis aux plus sages ou aux plus avisés de trouver quelque part un chemin de Damas. A qui en donner le mérite?

En un mot, si la jeunesse et l'inexpérience pèchent quelquefois par spontanéité ou excès de zèle, on aime à croire que la vieillesse et l'âge mûr s'inspirent constamment des grands principes de tolérance et d'équité dont ils se réclament si souvent et qui assurent l'équilibre partout.

Nous affirmons donc que, dans toute œuvre nationale, il faut compter avec les différents corps importants qui dirigent l'opinion publique et qui la protègent contre elle-même.

Tel est l'historique de la question exposé aussi succinctement que possible.

IV. — PROJET ARRÊTÉ ET SOUMIS.

Quant au plan actuel, voici les conclusions du rapport qu'un comité spécial a présentées à la dernière séance — 5 mars — de la Société Médicale de Montréal :

“ 1^o La Société Médicale de Montréal, n'ayant à considérer que le côté médical de la question de l'Hôpital civique, exprime l'opinion qu'elle verrait avec satisfaction le plan suggéré par Sa Grandeur Monseigneur Bruchési accepté par le Conseil de Ville.

“ 2^o Elle suggère que la direction médicale respective des deux sections de l'hôpital ou des deux hôpitaux séparés soit laissée à un conseil composé exclusivement de médecins.

“ 3^o Il serait désirable que cet hôpital en deux sections ou que ces deux hôpitaux séparés fussent placés dans un endroit plus rapproché du centre de la ville; ce qui rendrait les communications plus rapides et donnerait aux deux facultés médicales la facilité de créer des cliniques de maladies contagieuses dont les étudiants profiteraient.”

Adopté à l'unanimité.

Telle est l'opinion de la profession médicale à Montréal ou “de la docte faculté” si l'on veut.

Nous croyons, cependant, qu'il est nécessaire de développer ces conclusions brèves.

Il est inutile, suivant nous, de prouver, jusqu'à l'évidence, la nécessité, en principe, d'un hôpital pour les maladies contagieuses à Montréal.

Celui que nous avons est indigne de notre ville, de notre temps et de tous ceux que nous avons vus dans les villes étrangères. Le danger des épidémies est sans cesse menaçant, et le public, naturellement préjugé, ne veut pas accepter les mesures que nous lui avons réservées jusqu'ici.

Il est un point que nous signalons, en passant, dans celui que

nous possédons actuellement, c'est la direction médicale qui est aussi parfaite que possible avec les moyens infimes dont on dispose. Nous affirmons sans crainte que M. le docteur Joseph Edouard Laberge a droit à toutes les félicitations pour la manière équitable avec laquelle il a administré ce département. C'est un hommage légitime au mérite reconnu.

Donc il faut bâtir.

Mais, pour des raisons de haute sociologie morale et intellectuelle déjà connues, nous croyons qu'il vaut mieux demander l'érection de deux hôpitaux séparés.

V. — DIRECTION MÉDICALE.

Nous arrivons au dernier point, et c'est pour nous le plus important, à savoir la *direction médicale*.

Quelles garanties doivent donner au public en général les deux hôpitaux séparés que l'on doit bâtir?

La première: Que les croyances religieuses soient respectées pour chacune des deux races, catholique et protestante. Ce résultat est assuré par la présence des Sœurs Hospitalières dans l'hôpital catholique d'une part, et par la présence de *nurses* d'autre part.

La seconde: Que les lois de la prophylaxie soient scrupuleusement observées dans la régie interne des deux hôpitaux; c'est la condition sans laquelle tout isolement est nul, et toute protection impossible.

Nous savons que les protestants ont des écoles spéciales où des jeunes filles sont formées aux soins des malades. Leur compétence est bonne et les médecins admettent volontiers qu'elles donnent des soins attentifs et intelligents pourvu qu'elles soient soumises à une *direction compétente*.

Quant aux Sœurs Hospitalières, nous voulons parler des *Sœurs Grises*, nous savons également qu'elles sont tout à fait qualifiées pour prendre soin des malades.

En effet, depuis quelques années, le Conseil général de l'Ordre, comprenant les responsabilités qui incombent aux garde-malades et désirant suivre les progrès de la médecine moderne, a imposé à ses membres le devoir de suivre des cours spéciaux,

donnés par des médecins et dans les hôpitaux où elles sont attachées. Elles ont des notions complètes sur l'asepsie et l'antisepsie, elles connaissent les dangers de la contagion, les moyens de l'empêcher, etc. Elles sont tenues de passer des examens et elles reçoivent un diplôme qui leur assure la confiance du public.

Je conclus donc qu'elles peuvent donner des soins intelligents, et que leur concours est efficace au double point de vue des connaissances acquises et du dévouement assuré.

Mais, doivent-elles assumer la responsabilité énorme de la direction médicale?

Nous croyons sincèrement qu'elles ne doivent pas assumer telle responsabilité.

En effet, quels sont ceux qui ont inauguré le système de l'isolement et de la désinfection dans les maladies contagieuses? les médecins.

Quels sont ceux qui ont charge de faire exécuter les lois spéciales formulées par les gouvernements? les médecins.

Quels sont ceux qui sont responsables devant le public des retards apportés au cours des épidémies de toutes sortes? les médecins. Et c'est juste, puisque ce sont eux qui ont signalé le danger et qui ont fourni les moyens de le prévenir.

Quels sont ceux, en un mot, qui, par leurs études et par l'expérience de leur profession sont le plus en état de suivre les progrès de la science et de connaître les meilleurs moyens de les appliquer au soulagement des malades et à la protection de la société? Évidemment les médecins. Or, si les médecins sont les innovateurs des méthodes de prophylaxie, s'ils sont responsables devant le public et auprès des gouvernements, il est logique qu'ils assument toute direction nouvelle dans les entreprises de ce genre.

En effet, il faut bien savoir que nous devons compter avec l'opinion publique dans ce cas-ci. Nous savons qu'elle est prompte à l'accusation, sévère dans ses jugements et souvent injuste dans ses conclusions, et il ne faut pas avoir acquis de nombreux titres à l'expérience de l'âge pour en subir les tristes résultats!... Or, supposons, dans des circonstances que nous ne pouvons prévoir, qu'on lance une accusation malveillante,

qu'on fasse des comparaisons, toujours odieuses, qui peut prévoir les conséquences fâcheuses qui en découleront?

Il importe que les Sœurs Hospitalières se protègent contre les mauvaises surprises du lendemain, et elles ne le peuvent qu'en rejetant toute la responsabilité de la direction médicale sur un bureau médical, choisi spécialement à cette fin et parmi les hommes les plus compétents en la matière. Nous croyons du reste qu'elles verront d'elles-mêmes la nécessité d'une semblable mesure et qu'elles y pourvoieront avec l'esprit de clairvoyance qui préside à toutes leurs œuvres de charité.

VI. — ENSEIGNEMENT AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Enfin, avant de terminer, nous toucherons un dernier point d'une importance capitale.

Deux hôpitaux séparés permettront aux étudiants de suivre des cliniques sur les maladies contagieuses, d'étudier sur place les symptômes propres à chacune d'elles, d'apprendre à en faire le diagnostic précoce et ainsi mettre en œuvre les moyens de traitement et de prophylaxie utiles ou indispensables à l'occasion. A ceux qui nous objecteront le danger de propagation au dehors, nous répondrons que, si toutes les précautions sont prises, ce danger n'existe pas. En effet, à Paris, nous avons l'avantage de visiter ces hôpitaux, qui sont au centre de la ville, si nous prenons le soin de nous revêtir de blouses de toile en entrant, et, si nous nous désinfectons soigneusement les mains en sortant, rien ne nous empêche de passer immédiatement dans un autre hôpital, le même jour. Chose étonnante pour un grand nombre, l'on n'a jamais eu lieu de réclamer contre une semblable licence. C'est dire que nous pouvons faire ici ce que l'on fait là-bas en prenant les soins voulus. Les élèves pourront alors acquérir des notions précises sur ce point de pathologie complètement ignoré de tous. C'est une lacune malheureuse et les autorités doivent s'efforcer de la combler puisque l'occasion s'en présente aujourd'hui!

VII. — CONCLUSIONS.

Nous nous résumons donc en quelques mots :

- 1^o Deux hôpitaux civiques entièrement séparés ;
- 2^o Administration et soins des malades confiés, d'une part, aux Sœurs Hospitalières pour l'hôpital catholique, d'autre part, aux *nurses* pour l'hôpital protestant ;
- 3^o Direction médicale confiée à un conseil de médecins spécialement désignés à cette fin et nommés par autorités civiles.

Ce sont là, croyons-nous, les bases sur lesquelles devront reposer les deux monuments que l'on veut élever à la santé publique. Ce sera, de plus, s'inspirer de la belle maxime qui préside aux destinées de notre grande ville de Montréal :

Concordia salus.

J.-A. LESAGE.

ANALYSES

MEDICINE

La typhose syphilitique, par G. CARRIÈRE, de Lille, dans la *Gazette des Hôpitaux*, 19 janvier 1901.

L'auteur passe en revue les symptômes d'une affection peu connue des médecins en général et qui peut être confondue avec la fièvre typhoïde. Nous verrons qu'il est important d'en faire le diagnostic différentiel au point de vue curatif.

Le professeur Fournier a décrit cette affection spéciale et attiré l'attention sur l'aspect typhoïde qu'elle peut revêtir: "symptômes fébriles, plus ou moins accusés (pouls oscillant entre 110 et 120, température de 38° à 39,) maisie fortement accentuée, surtout dans le sens de l'adynamie, brisement, accablement des forces, langue saburrale, soif, anorexie; état adynamique de toutes les fonctions, pouls mou, dépressible; céphalalgie continue, vertiges, bourdonnements d'oreilles, parésie des sens, hébétéude intellectuelle, engourdissement, torpeur, somnolence... La première impression qu'on éprouve, en face d'un malade qui se présente sous cet aspect, conduit presque forcément au soupçon d'une dothièmentérie."

L'auteur dit qu'elle est rare, 25 observations démonstratives dans toute la littérature médicale. Plus commune chez la femme; elle apparaît du quarantième au soixantième jour après l'apparition du chancre, plus souvent avant l'éruption.

Le début de l'affection est insidieux comme dans la typhoïde, l'état classique est caractérisé par les symptômes suivants: *frissons, épistaxis, température à oscillations ascendantes*, bouche pâteuse, langue suburrale, ventre météorisé, *vate tuméfiée*, gargouillement, pouls dierote, insomnie; en un mot un état typhoïde complet à s'y tromper. Il y a même de la diarrhée dans certains cas contenant du colibacille en abondance et à l'état de pureté. Jamais d'hémorragie ni perforation, pas de congestion pulmonaire, exceptionnellement des perturbations fonctionnelles du cœur. A l'examen du sang, il y a hypoglobulie, diminution de la teneur en hémoglobine (35 p. 100), il y a hyperleucocytose (12 à 15000).

Les ganglions sont augmentés de volume, cou, aisselle, épitrochlée.

L'état général exprime la stupeur. Les urines sont toxiques, la peau est chaude, il y a des *sueurs abondantes*. Il y a même des *taches rosées*, (dos, abdomen, membres,) qui se distinguent de la roséole en ce qu'elles sont plus petites et ne présentent pas à leur pourtour ce léger liséré desquamatif qui constitue la collerette de Bielt, pathognomonique de la roséole. L'évolution se fait vite avec le traitement spécifique, et le pronostic est généralement favorable. Cependant, il faut compter dans la suite avec une débilité générale pour de longs mois.

Au point de vue anatomo-pathologique, on a trouvé, dans deux autopsies, une ulcération du colon transverse dans l'une, et dans l'autre une hypertrophie du ganglion situé à l'angle d'abouchement iléo-coecal.

Le diagnostic repose sur les aveux du malade. Une dénégation nous force à établir des points de repaire avec plusieurs affections, entre autres la tuberculose et la fièvre typhoïde.

La tuberculose a une histoire héréditaire ou personnelle. On relève des signes de cette affection dans quelques points de l'organisme, la courbe de la température est moins régulière, pas de taches rosées, pas de diérotisme du pouls, ventre aplati, etc...

En faveur de la fièvre typhoïde, nous avons la présence du bacille d'Eberth dans les selles et dans le sue retiré par ponction de la rate et de séro-diagnostic qui est toujours positif à un moment donné.

En faveur de la typhose syphilitique, nous avons l'intensité de la céphalée, l'état humide de la langue, la sudation extrêmement abondante, l'abondance et la généralisation des éléments éruptifs, l'absence d'Eberth dans les selles, l'hypencocytose et l'absence complète du séro-diagnostic. De plus nous avons toute la symptomatologie connue de la syphilis (adénopathies, inguinale "pré-fet de l'aine") périostoses, etc...

Mais un syphilitique peut faire une attaque de fièvre typhoïde, dans ce cas, l'absence de séro-diagnostic positif, l'absence de bacille d'Eberth dans les selles ou la rate, et l'influence du traitement spécifique permettront d'arriver exactement au diagnostic. Si le mercure agit, c'est que les accidents observés sont bien de nature syphilitique.

1° En résumé, dit l'auteur, "la typhose syphilitique n'est pas une association de syphilis et de fièvre typhoïde; c'est une entité clinique dans laquelle la syphilis produit un ensemble de phénomènes généraux qui lui donnent le masque de la dothiéntérie".

2° De plus la typhose syphilitique n'est pas le fait d'une infection secondaire, ni celui d'un réveil hypervirulent des microbes intestinaux;

3° "La typhose syphilitique semble due à la localisation du virus syphilitique sur un terrain affaibli ou mal défendu, (surmenage physique et intellectuel.)"

4° Le traitement spécifique est de choix, il faut donner la préférence aux frictions mercurielles. Il est prudent de mettre les malades à la diète liquide.

J. A. LESAGE.

CHIRURGIE

Traitement de l'appendicite (1), par M. POIRIER, chirurgien des hôpitaux, Professeur agrégé.

Il ne semble pas exagéré de dire qu'un mouvement de réaction contre l'intervention chirurgicale, dans le traitement de l'appendicite, s'est accentué, au cours de la dernière année, dans un certain nombre d'esprits, et des meilleurs parmi les médecins. Il est peut-être opportun d'en peser les raisons et d'en examiner les résultats.

La cause est importante à juger, car on meurt beaucoup d'appendicite. On peut dire qu'on en meurt beaucoup trop, entendant par là que la majorité des

(1) Communication faite à la Société de Chirurgie de Paris, séance du 23 janvier 1901.

cas mortels auraient sans doute guéri s'ils avaient été traités à temps et comme il convient *par une opération bien et largement conduite*.

L'auteur résume l'évolution de cette importante question, depuis l'année 1898. Se basant d'une part sur l'impossibilité, quasi absolue, dans laquelle nous sommes presque toujours de distinguer, dès le début, entre les formes légères? ou graves, lentes ou foudroyantes, de l'affection, et d'autre part sur la bénignité relative d'une *opération bien conduite*, opposée aux dangers certains de l'expectative, il rappelle qu'il avait conclu: *Sous toutes ses formes et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée et le plus rapidement possible*.

Cet absolutisme opératoire fut d'abord, il faut bien le reconnaître, accueilli sans enthousiasme.

Mais la longue discussion qui suivit, fut un bel exemple de ce phénomène très naturel dans une assemblée scientifique, qu'un grand nombre des membres de la Société de Chirurgie, abstentionnistes, résolus au début, modifièrent peu à peu leurs opinions, accentuant progressivement leurs tendances à l'intervention. Il parut que, de cette discussion, la lumière avait jailli et l'on put, dans la séance du 26 avril 1900, résumer *sans protestations*, le long débat en quelques propositions, dont les deux premières étaient formulées comme suit:

La Société de Chirurgie, à une très grosse majorité reconnaît:

1° Qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite;

2° Que l'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, d'urgence, comme une hernie étranglée, dès que le diagnostic est établi.

Or, il faut reconnaître aujourd'hui que ces conclusions ne sont pas toujours acceptées par nombre de membres du corps médical. Plusieurs d'entre eux, ne dissimulent pas leur peu de tendance à confier au chirurgien les cas d'appendicite aiguë, en présence de résultats donnés par l'opération, et leur retour à la confiance dans le traitement médical.

Il est évident que les malades, traités médicalement, ne meurent pas tous, mais il faut avouer que si tous les malades étaient opérés de bonne heure, nous n'en perdriions pas un seul.

A l'appui et comme contribution personnelle au débat, j'apporte, dit-il, soixante-quatre observations nouvelles de ma pratique dans ces deux dernières années. Ces observations tirent leur intérêt de ce fait que j'ai appliqué toujours et dans tous les cas, avec absolutisme et intransigeance, la formule simpliste que j'avais préconisée, dans l'équation suivante: *appendicite aiguë = opération*.

Je passerai d'abord en revue les cas de ma pratique hospitalière. Dans mon service où j'ai pu faire ce que je voulais et comme je le voulais, on opère, dans les heures qui suivent leur entrée, tous les cas bien reconnus d'appendicite aiguë. J'ajouterai que je n'ai mis assez longtemps à apprendre *comment il faut opérer*.

Le procédé auquel nous avons recours actuellement n'a rien de personnel, si ce n'est peut-être que nous l'appliquons *largement*. Nous pénétrons par le bord externe du muscle droit; nous allons à la recherche de l'appendice, *sans aucun souci d'épargner la grande cavité péritonéale*; nous cherchons, aussi laborieusement et aussi loin qu'il le faut, l'appendice; nous le trouvons presque toujours, (62 fois sur 64), et le réséquons *en totalité*; enfin nous terminons en mettant 4 drains, dont deux dans la cavité péritonéale, l'un d'eux descendant jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas, quand le péritonite est généralisée.

Voici les résultats :

En 1889, il a été opéré dans le service 26 appendicites : 9 chez l'homme, 17 chez la femme. Il y a eu 7 cas opérés presque à froid; nous n'avons perdu, bien entendu, aucun des cas opérés à froid. Reste 19 cas dont 11 d'appendicite aiguë, avec abcès péri-appendiculaires et 8 avec péritonite généralisée; les 11 cas d'appendicite aiguë avec un ou plusieurs abcès, sans extension à la totalité du péritoine, ont été 11 succès. Enfin sur les huit cas d'appendicite avec péritonite généralisée, nous avons deux décès, la péritonite généralisée n'ayant point cédé après une intervention.

Au total, pour l'année 1889, sur 19 cas d'appendicite aiguë, dont 8 avec péritonite généralisée, 17 succès: 2 morts.

En 1900, nous avons opéré 20 appendicites, 11 femmes, 9 hommes, dont un seul d'appendicite à froid.

Résultat opératoire: 20 guérisons, les malades ayant quitté l'hôpital, après un séjour plus ou moins long.

Ces résultats, me semble-t-il, peuvent être qualifiés de beaux. Deux insuccès sur 26 cas en 1889. — en 1900, 20 cas, 20 succès.

Ils plaident éloquemment notre cause.

Comme contraste, je placerai en regard, les résultats de la pratique privée en ville :

En 1899, j'ai opéré 7 cas: 11 en 1900, sur lesquels je compte 4 insuccès. C'est moins beau.

Il n'est pas difficile de saisir les raisons de cette différence entre les résultats de la ville et ceux d'un hôpital où l'on opère de parti pris toute appendicite aiguë dans les trois heures qui suivent son entrée. Sur les 4 insuccès essayés dans ma pratique de ville depuis deux ans, j'affirme qu'il en est deux au moins qui sont le fait des hésitations, tergiversations, consultations, atermoiements, en somme du *temps perdu*.

Dans deux autres, nous avons eu affaire à des cas où l'affection, ayant évolué sourdement, s'était manifestée d'emblée par des symptômes de péritonite généralisée; dans ces cas, le diagnostic resta hésitant d'abord. En cas de péritonite aiguë, il ne faut point s'attarder à la recherche du diagnostic; le devoir absolu est de faire ouvrir et largement.

Je terminerai par une remarque; bien que dans la très grande majorité des cas, j'ai ouvert et largement, la grande cavité péritonéale, soit au cours des manœuvres, soit de parti pris, lorsqu'elle me paraissait infectée, je n'ai jamais observé de généralisation de l'inflammation à la séreuse. Au contraire, j'ai toujours vu, à trois exceptions près, les symptômes de réaction péritonéale céder, lorsque le péritoine avait été largement ouvert. Cette séreuse ne diffère par des autres. Je crois que les infections péritonéales sont à redouter quand la séreuse est fermée. Conclusion, j'ouvre largement le péritoine.

A. MARIEN.

OPHTALMOLOGIE

Dermatite ou pseudo-érysipèle atropinique.

Le docteur Edward Fridenbury, publie dans *Medical Record*, une observation intéressante de dermatite (pseudo-érysipèle) périoculaire amenée par l'usage de l'atropine.

La patiente, âgée de 11 ans, paraissant jouir d'une bonne santé générale, était atteinte d'Iritis. Peu de temps après l'usage d'une goutte d'une solution atropine à $\frac{1}{2}$ pour cent, l'œil et les tissus environnants devinrent enflés et douloureux. Les paupières de l'œil droit et la joue jusqu'à l'angle de la bouche étaient gonflées, œdémateuses, rouges et douloureuses au toucher, la conjonctive injectée et légèrement dénudée. L'iris s'était assez bien dilaté. L'injection périocornéenne était considérable. Cette inflammation périoculaire si semblable à de l'érysipèle au début a été classée comme forme particulière à une intoxication atropinique. Cinq jours après le début de ces symptômes, on suspendit l'usage de l'atropine et aussitôt le gonflement et la rougeur disparurent sans desquamation, mais l'iris se contracta et devint adhérent à la capsule cristallinienne. L'urgence d'emploi d'un mydriatique et l'occasion de tenter les différents mydiatiques, au point de vue de leur action tonique, engagea le docteur Fridenbury à les instiller comme il suit: Tout d'abord la cocaïne fut employée sans effet bien apparent. Deux gouttes d'une solution d'atropine alcaloïde, diluée dans de l'huile de ricin, dilatèrent la pupille au maximum et produisirent en 10 hrs une inflammation érysipélateuse des paupières et de la joue. Cette fois, l'œdème et la sensibilité disparurent au bout de 4 heures. Une goutte d'une solution à 10 p. c. de duboisine ayant été par erreur instillée, amena un empoisonnement général caractérisé par une forte dilatation des 2 pupilles, soit exagérée, rougeur de la face, vertige, engourdissement des extrémités, pouls rapide, délire extrême, loquacité, mais pas de symptôme local. Mais des solutions de duboisine à 10 p. c., et d'hémotropine à 2 p. c., ayant été intillées à plusieurs reprises ne furent suivies d'aucun symptôme local ou général en dehors de la dilatation pupillaire.

R. BOULET.

OBSTÉTRIQUE

Retard de l'accouchement causé par la lèvre antérieure de l'orifice utérin

(*Journal des Sages-femmes*, 1er janvier 1901, Delle Prost).

Parfois lorsque la dilatation est complète, la poche des eaux rompue, la présentation normale, souvent le bassin bien conformé, l'accouchement ne se termine pas, malgré tous les efforts de poussée que fait la femme. Le toucher vaginal, dans ces cas, nous permettra de constater que c'est la lèvre antérieure qui arrête le travail.

L'auteur raconte le fait suivant: appelée auprès d'une parturiente, elle constate par le toucher, que, à chaque contraction utérine, la tête descendait, entraînant avec elle le segment antérieur de l'orifice utérin.

Après avoir attendu quelque temps, mademoiselle Prost pratiqua un nouveau toucher et repoussa en arrière le segment inférieur coiffant toujours la tête au moment d'une contraction utérine. L'accouchement se termina rapidement.

L'auteur attire l'attention des praticiens sur ce fait, et insiste sur le danger de rupture du segment par amincissement progressif, à la suite d'un arrêt trop prolongé. La méthode est simple et une asepsie met à l'abri de tout danger d'infection.

La bandage abdominal dans le travail de l'accouchement (COUTURIER, dans le *Progrès Médical*, Paris, 1901.

L'auteur dit que l'antéflexion de l'utérus est une des causes les plus fréquentes de dystocie. Dans un travail récent, une sage-femme de Caen, Mlle Vallée, indique la "bande de ventre" pour remédier à cet anomalie. Cependant, dit l'auteur, il faut "commencer l'application et le serrage de la bande de bas en haut, et avoir soin que sa partie supérieure ne vienne pas appuyer sur le fond de l'utérus; le bandage doit tenir l'utérus circulairement et ne pas appuyer de bas en haut."

L'auteur affirme que cette bande peut corriger certaines déviations latérales ou antérieures, et permettre ou faciliter un engagement apparemment impossible. Il faut la maintenir en place jusqu'à ce que la présentation soit à la vulve, "afin, dit l'auteur, que les contractions utérines puissent s'exercer dans l'axe du détroit supérieur et être efficaces."

Il n'y a guère de contre-indication que pour un accouchement gémellaire ou il est dangereux de comprimer trop fortement les deux fœtus qui sont au détroit supérieur.

J. A. LESAGE.

PEDIATRIE

De la transmission à travers le placenta du bacille de la tuberculose, par MM.

AUCHÉ et CHAMBRELENT (*Arch. de Méd. Exp.*, juillet 1899), analysé dans les *Arch. de Médecine des Enfants*, octobre 1900.

Une femme de quarante ans entre à l'hôpital, le 31 mai 1897, elle a eu trois enfants, le dernier âgé de six ans, bien portants. En mai 1897, douleurs vives dans le membre inférieur gauche, toux, expectoration. Le 10 novembre, état général mauvais, maigreur, sueurs nocturnes, dyspnée, lésions aux sommets, tuberculose pulmonaire certaine. Grossesse de cinq à six mois, mouvements du fœtus, bruits du cœur, etc. Le 8 décembre, accouchement d'un enfant vivant; la mère meurt le 11; l'autopsie, faite le 13, montre des cavernes pulmonaires et différentes autres localisations bacillaires. L'enfant, une fille, pesant 1250 grammes, séparée de sa mère dès sa naissance, est mise dans la couveuse; mort le 4 janvier. Autopsie le 5: ganglions mésentériques d'aspect caséux, semés de granulations à la surface du foie et à la coupe de cet organe. Rate granulique, poumons granuliques, ganglions bronchiques tuberculeux: examen histologique positif. Tubercules dans le placenta. Inoculations positives aux lapins et aux cobayes. L'inoculation intra-péritonéale de 2 centimètres cubes du cordon, donne la tuberculose à un cobaye. Voilà un cas net de transmission directe. Ayant fait le relevé des observations publiées, les auteurs concluent que le nombre des cas précis de transmission des bacilles tuberculeux de la mère à l'enfant est des plus restreint (vingt seulement). Cette rareté de l'hérédité parasitaire de la tuberculose s'explique par ce fait que le bacille tuberculeux ne séjourne pas dans le liquide sanguin, qu'il n'y a pas de septicémie tuberculeuse. Dans tous les cas le placenta a constamment présenté des lésions tuberculeuses, c'est la première étape de l'infection du fœtus.

Traitement du muguet.

Au cours d'un travail très élaboré sur la biologie et pathogénie du muguet, publié dans les *Arch. de Méd. des Enfants*, oct. 1900, le professeur Luigi Conetti donne les indications suivantes sur le traitement de cette affection. Pour

ce qui est du traitement du muguet, dit-il, jusqu'ici, il a été seulement appliqué sur l'endroit accessible (muqueuse). Le fait que le muguet végète très bien en milieu acide a amené au traitement local par des substances alcalines.

Cependant, le docteur Marantano, qui a fait une longue étude sur un très grand nombre de médicaments plus ou moins en vogue dans la pratique, a vu qu'ils sont entièrement inefficaces, comme d'ailleurs bien d'autres substances dont on a prôné l'utilité (eau de chaux, borax, benzoate, bicarbonate, sulfite de soude, potasse, chlorate et carbonate de potasse, hydrate et chlorhydrate d'ammonium, sulfate de cuivre et de zinc, chlorure de zinc, acides tannique, bor, je, résoreine, aseptol, bioxyde d'hydrogène), même en solutions concentrées. De peu d'utilité, ont été le salicylate de soude, l'acide acétique, l'acétate neutre de cuivre. Au contraire, il a vu que les substances suivantes étaient d'énergiques désinfectants contre le muguet; ce sont l'acide salicylique (0.25 à 1 p. 100), le permanganate de potasse (1 p. 100), le nitrate d'argent (1 p. 100), l'euphorine (euphorine. 1: alcool: 50; eau: 50), le sublimé corrosif (1: 1250), l'acide phénique (5 p. 100), le lysol (1 p. 100). Il y a longtemps qu'en pratique j'ai abandonné la plupart des substances que l'expérience a démontrées inefficaces, quoiques pronées par des collègues très estimables. Je me suis très bien trouvé des applications de nitrate d'argent cristallisé en solution de 1/20 à 1/30 (selon Marantano, il suffirait d'une solution au 100e). On trempe un pinceau dans cette solution (à laquelle on peut ajouter 20 p. 100 de glycérine), et on le fait sucer par l'enfant: ainsi la solution se répand d'elle-même dans la bouche, et après deux ou trois applications faites une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, la muqueuse buccale est presque complètement détergée. Il faut cependant continuer encore quelques jours ces applications, une fois dans les vingt-quatre heures, pour empêcher le retour des plaques caractéristiques.

J. E. DUBÉ.

THÉRAPEUTIQUE

L'extrait de capsules surrénales dans les maladies du cœur, par FOERSHEIM.
dans *New York Medical Journal*, 16 octobre 1900.

L'auteur a étudié l'action de la capsule surrénale sur le cœur pathologique surtout. Dans un premier rapport il signale certains avantages qu'il est utile de connaître.

D'une manière générale, la capsule surrénale tend à régulariser le cœur; elle n'augmente pas sa vitesse mais elle le tonifie. Sans effet sur un cœur régulier, elle l'aide d'une façon évidente, au contraire, lorsqu'il a une tendance à se dilater. L'effet ultérieur semble résider dans le fait qu'un cœur soumis à cette médication reste plus fort dans la suite. Cependant, l'auteur a observé des cas où le cœur est revenu à son état antérieur après que toute action médicamenteuse a cessé.

L'intermittence est plus ou moins influencée, l'effet est variable. A ce propos l'auteur attire l'attention sur le fait que la constipation amenant l'auto-intoxication produit souvent une intermittence sur laquelle l'extrait surrénal n'a aucun effet. Il suffit alors d'agir sur l'intestin.

Dans une communication récente le docteur Bates résume comme suit les résultats de cette médication nouvelle.

1° L'ingestion d'extrait de capsule surrénale n'a aucun effet sur le cœur normal, ou sur un pouls normal dans les maladies organiques du cœur;

2° Il n'a aucun effet sur la pression artérielle normale;

3° Un pouls intermittent devient régulier;

4° Un pouls faible devient plus fort; lorsqu'il est rapide et faible il devient moins vite et plus fort;

5° Lorsqu'il y a anémie ou hyperémie des vaisseaux de la face, une dose d'extrait de capsules surrénales rétablit toute chose à l'état normal en augmentant la force des contractions cardiaques et en rétablissent l'équilibre dans la circulation générale;

6° L'action de la capsule surrénales est passagère;

7° C'est un des meilleurs stimulants connus du cœur.

L'auteur ajoute qu'une dose de cinq grains mâchés produit un effet au bout de dix secondes, le temps le plus long a été dix minutes.

On rapporte plusieurs observations dans lesquelles l'effet a été indéniable.

Toutes les affections organiques du cœur semblent bénéficier de cette médication, excepté, dans certains cas, l'insuffisance aortique.

L'auteur rapporte plusieurs observations personnelles où l'effet d'extrait de capsules surrénales a été prompt et sûr. (1)

Traitement médical préventif des coliques hépatiques à répétition. — CHAUFFARD
dans *Semaine Médicale*, 2 janvier 1900.

L'auteur affirme qu'une cure méthodique et suffisamment prolongée fait disparaître toute attaque ultérieure.

La clinique le démontre.

A cet égard, il cite deux faits qui lui paraissent concluants.

En janvier 1899, un malade âgé de quarante-cinq ans lui est adressé de province, pour être opéré, épuisé qu'il était à la suite de plusieurs attaques de coliques hépatiques: 74 crises en trois ans.

Les crises duraient de six à sept heures, lorsqu'elles étaient courtes et sans ictère, plus longues, — une de sept jours — lorsqu'il y avait jaunisse. Lorsque Chauffard le vit, ce malade avait perdu 40 livres et était, pour ainsi dire, en état de crises subsistantes.

A l'examen, sensibilité de la région hépatique, mais ni gros foie, ni vésicule dilatée, ni empatement sous-hépatique, ni fièvre, ni ictère.

Le traitement antérieur avait-il été suffisant?

Assurément non. Le malade avait pris du vichy, du boldo, avait suivi un certain régime, mais sans aucune méthode.

L'auteur demande un sursis pour l'opération et soumet le malade au régime suivant:

"Régime lacté, à très petites doses aidé de lavements alimentaires; régime lacté plus abondant, bouillies féculentes légères; au bout de quinze jours, retour progressif au régime mixte, lacto-végétarien et faiblement carné. Chaque jour, 1 gr. 50 centig. de salicylate de soude et autant de benzoate en 3 prises, deux perles d'huile de Harlem par semaine; des bains alcalins, des frictions sèches."

Ce traitement fut suivi durant une année, durant vingt jours par mois, puis durant dix jours seulement.

(1) Tout médecin qui en fera l'expérimentation, à l'hôpital ou ailleurs, est prié de me faire parvenir ses observations qui seront adressées à l'auteur, sur sa demande spéciale.

Le résultat a été complet. Plus de crises, augmentation de poids, reprise de la vie active. Même 10 jours après le début du traitement, ce malade retourna chez lui et put subir la fatigue d'un trajet de dix heures, en chemin de fer.

L'auteur affirme que les résultats sont très identiques et préconise fortement le traitement médical méthodique dont les malades ont toujours retiré les plus grands bénéfices.

Traitement de la variole, par LEGRAND, séance du 29 janvier 1901 à la Société de Thérapeutique de Paris, dans la *Revue de Thérapeutique Médico-chirurgicale*, 1er février 1901.

L'auteur, M. Legrand, donne la formule suivante pour combattre l'intolérance gastrique avec vomissements bilieux qu'il a observés fréquemment:

Chlorhydrate de cocaïne....	0 gr. 10 centig.
Sirop d'éther....	30 grammes.
Sirop de codéine....	30 grammes.
Eau chloroformée....	50 grammes.
Eau de menthe....	50 grammes.

Une cuillerée à dessert d'heure en heure avec de l'eau d'Evian.
Il administre la potion tonique suivante:

Acétate d'ammoniaque....	3 grammes.
Sirop thébaïque....	50 grammes.
Sirop de quinquina au vin....	60 grammes.
Potion de Tood....	q. s. p. 187 grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Traitement local. — L'auteur a pu éviter la période de suppuration locale par la méthode suivante:

Bains de sublimé tous les deux jours. Immédiatement après il applique sur les pustules des bandelettes de Vigo imbriquées les unes sur les autres, ou bien, et c'est sur ce point que l'auteur insiste, "on fait chauffer la masse emplastique de manière à lui donner la consistance de la pommade liquide et on recouvre chaque pustule avec cette substance. Ensuite, on applique par-dessus cette gouttelette de masse emplastique, un petit morceau de papier de soie, de telle sorte que tout se passe comme si chaque pustule était recouverte par un emplâtre."

D'après l'auteur, en 24 heures, les papules disparaissent, et, après quatre ou cinq jours, les vésicules ne laissent pas de trace, qu'une simple trace rosée, qui disparaît à son tour avec quelques bains savonnés.

Nous résumons avec l'auteur les avantages de sa méthode:

- 1° Cessation rapide des phénomènes d'intolérance gastrique;
- 2° Suppression de la période de suppuration;
- 3° Absence totale de cicatrices.

D'autre part, dans la "Presse Médicale", Roger conseille l'emploi du chlorure de calcium dans la *variole hémorragique*: les résultats seraient satisfaisants d'après cet auteur. Ce sel aurait, bien souvent, fait disparaître les manifestations hémorragiques de la variole. Il donne le chlorure de calcium cris-

taillé au lieu du chlorure anhydre qui est deux fois plus actif. Voici la formule qu'il emploie :

Chlorure de calcium cristallisé....	...4 à 6 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères....	...40 grammes.
Eau-de-vie, vieille, ou rhum....	...30 grammes.
Teinture de cannelle....	...5 grammes.
Eau distillée....	...50 grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Chez un adulte, la dose de chlorure ne doit pas être inférieure à 4 grammes. — Chez l'enfant, 1 gramme à 1 gr. 50.

J. A. LESAGE.

PHARMACOLOGIE.

Formulaire.

POTION ANTIVOMITIVE DE RIVIÈRE. (Codex.)

1. — Potion alcaline ou n° 1. 30 grains de bicarbonate de potasse pour 2 onces de liquide.

2. — Potion acide ou n° 2. 30 grains d'acide citrique pour 2 onces de liquide.

Pour boire, mêlez dans un verre une cuillerée de chacune de ces potions ou donnez une cuillerée de la potion n° 1, et puis une autre de la potion n° 2.

EAU SULFO-CARBONÉE. (D. Beaumetz.)

Sulfure de carbone....	... $2\frac{1}{2}$ drachmes.
Eau distillée....	...1 chopine.
Essence de menthe....	...IV gouttes.

Agiter et laisser déposer; 5 à 6 cuillerées à soupe, par jour, dans un peu de lait. Avoir soin de renouveler l'eau à mesure que l'on en puise dans la bouteille.

POTION STOMACHIQUE ET LAXATIVE.

Teinture de noix vomique....	...f. 30 gouttes.
Extrait fluide de cascara....	...f. 5 drachmes.
Sirop simple....	...f. $\frac{1}{2}$ once.
Eau de laurier-cerise....	...f. $\frac{1}{2}$ once.
Eau distillée....	...f. $3\frac{1}{2}$ onces.

M. 3 à 4 cuillerées à thé, par jour.

CACHETS ANTINÉVRALGIQUES. (Hirsch Kron.)

Extrait de chanvre indien....	...8 grains.
Acide salicylique....	...75 grains.

Divisez en 10 cachets; 3 cachets, par jour, contre névralgies du trijumeau.

TOPIQUE CONTRE LES CORNS ET VERRUES.

Acide salicylique.....	5 grains.
Cannabine.....	4½ grains.
Alcool à 90°.....	15 gts.
Ether à 62°.....	45 gts.
Collodion élastique.....	2½ diachmes.

Appliquez.

BRONCHITES. (Formules diverses).

Eau de fleurs d'oranger	80 grammes.
Sirop de chloral.....	} à 25 grammes.
Sirop de morphine.....	
Eau de laurier-cerise.....	60 grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les 3 heures (Dieulafoy).

On peut utiliser comme calmants l'eau de laurier-cerise et l'aconit :

Sirop de tolu.....	300 grammes.
Eau de laurier-cerise.....	100 grammes.
Teinture d'aconit.....	1 gramme.

Quatre à cinq cuillerées à dessert (Grasset).

A la période de déclin, le meilleur expectorant est le benzoate de soude :

Eau.....	300 grammes.
Benzoate de soude.....	20 grammes.

Trois cuillerées à soupe par jour.

Ou bien :

Eau.....	300 grammes.
Sirop de polygala.....	100 grammes.
Benzoate de soude.....	20 grammes.

Ou bien :

Benzoate de soude.....	6 à 10 grammes.
Alcoolature de racines d'aconit.....	xx gouttes.
Eau de laurier-cerise.....	3 grammes.
Sirop de tolu.....	} à 30 grammes.
Sirop de codéine.....	
Eau.....	60 grammes.

Trois à quatre cuillerées à soupe par jour.

CORRESPONDANCE.

Nous accusons réception de la correspondance suivante que M. le docteur Panneton de Trois-Rivières a bien voulu nous adresser.

Nous laissons à l'auteur toute la responsabilité pour les suggestions qu'elle comporte.

Monsieur le rédacteur de l'UNION MÉDICALE,

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec s'est, depuis quelques années, occupé d'essayer à régler la vente des médecines patentées ou secrètes. A titre de suggestion, je me permettrai de leur proposer un mode qui, suivant moi, serait une solution de cette question difficile.

Ces préparations, ou du moins quelques-unes d'entre elles, sont et resteront sur le marché, elle sont entrées dans le public, soit à cause de leur valeur intrinsèque, soit parce qu'elles répondent à un besoin, ou soit encore à cause de la réclame que leurs font les journaux et les circulaires répandus à profusion dans le public. D'un autre côté, la nécessité s'impose, tant aux médecins qu'aux pharmaciens, soucieux de leur responsabilité, de protéger le public, contre celles de ces préparations qui sont ou peuvent devenir dangereuses, et d'encourager la vente de celles qui ont quelque valeur.

La formation d'un comité, composé de médecins et pharmaciens honnêtes et compétents, donnant son approbation sous certaines conditions, aux préparations le méritant, serait, je crois, le meilleur moyen d'encourager la vente des préparations utiles et efficaces, et de protéger le public contre les préparations inutiles ou dangereuses. Les avantages d'un tel comité seraient:

1° De se dispenser de la nécessité de s'adresser aux législatures, lesquelles nous sont certainement défavorables:

2° Au lieu d'er ployer, pour obtenir leur but, des mesures coercitives, toujours odieuses, les médecins feraient, à ceux qui le méritent, la faveur de les encourager de leur approbation:

3° Cette approbation aurait avant longtemps une valeur telle, pour les propriétaires des préparations mises sur le marché, qu'elle serait recherchée par les pharmaciens et pourrait devenir une source de revenus suffisants pour couvrir les dépenses nécessitées par la formation et le fonctionnement du bureau d'approbation;

4° Cette approbation serait une garantie pour le public et mettrait à l'aise le praticien qui est si souvent consulté sur la valeur de tel ou tel remède en usage dans les familles;

5° Les médecins, pourraient sans être taxés de charlatanisme, prescrire les préparations ainsi approuvées;

6° Une des conditions auxquelles pourrait être soumise la vente de ces préparations devrait être l'affichage sur les bouteilles ou paquets, mis en vente, de la proportion par dose et du nom de l'agent actif de chaque préparation.

E. F. PANNETON. M. D.

Trois-Rivières, 29 janvier 1901.

BIBLIOGRAPHIE.

LIBRAIRIE J.-B. BALLIERE & FILS, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le traitement pratique de l'épilepsie, par GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, 1901, 1 vol. in-16, 96 p. cartonné. (*Actualités médicales*)... 1 fr. 55

Tableau synoptique de bactériologie médicale, 1 vol. in-16, carré de 80 pages, avec figures, cartonné..... 1 fr. 30

Aide-mémoire de Neurologie, par le professeur PAUL LEFERT, 1 vol. in-18 de 274 pages, avec 26 figures, cartonné..... 3 fr.

Le Pneumocoque et les Pneumococcies, par A. LIEPMAN, préface du Dr DUFLOQ, médecin de l'hôpital Tenon, 1 vol. in-16 de 86 pages, cartonné..... 1 f. 50

Tableau synoptique d'Anatomie topographique et chirurgicale, à l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr BOUTIGNY, ancien interne des hôpitaux, 1 vol. gr. in-8 de 176 p., avec 117 figures, cart. (*Collection Villeroy*)... 6 fr.

Aide-mémoire des maladies du cœur, par le professeur PAUL LEFERT, 1 vol. in-18 de 304 pages, avec figures, cartonné 3 fr.

LIBRAIRIE G. STEINHEIL, rue Casimir Delavigne, Paris.

Anatomie générale appliquée à la Physiologie et à la Médecine, par XAVIER BICHAT.—*Première partie* : 1 beau volume in-8 de 525 pages, bien imprimé, édité à 3 fr. 40
