

MÉMOIRES

CONSIDÉRATIONS SUR LA VARIOLE ET LE VACCIN (1).

Par le docteur J.-E. LABERGE

Médecin en chef de l'Hôpital des Contagieux à Montréal.

Ce travail ne comporte que de simples considérations sur un sujet encore plein d'actualité et que je désire étudier avec vous.

Depuis au-delà d'une année la variole sévit dans notre pays et il est fort possible que nous en ayions encore pour longtemps si nous n'avons pas recours à la vaccination.

A la campagne on ne vaccine pas, on n'isole pas les malades et on ne désinfecte pas les logements; mais aussi longtemps que cet état de choses durera, nous aurons de la variole et les campagnes infecteront les villes. Il faut remonter jusqu'au VII^e siècle pour trouver les premiers cas de picotte dont l'histoire de la médecine fasse mention; mais au XVI^e siècle elle était répandue partout et depuis cette époque jusqu'à nos jours, malgré le travail que s'imposent les bureaux de santé où l'on prend toutes les précautions pour enrayer les progrès de la variole, le nombre de ses victimes est incalculable. Cette maladie se manifeste le plus souvent sous forme d'épidémie et c'est comme telle qu'elle fait les plus grands ravages, surtout chez les peuples qui ne sont pas protégés par la vaccination. La variole est une maladie éruptive, fébrile et généralement contagieuse. En règle générale, l'homme est protégé par une première atteinte; on a cependant vu des individus contracter la variole plusieurs fois. Elle se transmet de l'homme malade à l'homme sain de deux manières: médiante et immédiate. Le liquide qui s'échappe des pustules étant mis en contact avec une peau dénudée de son épiderme peut infecter l'organisme d'un individu sain; c'est la contagion immédiate. Le microbe de la variole, enfermé dans les particules organiques qui se détachent de la peau pendant la période de desquamation, est intimement uni à ces débris organiques; il a une ténacité extrême et peut vivre ainsi pendant des années. Grâce à la divisibilité presque infinie et par suite à la mobilité de ces particules il peut être transporté au loin

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal.

et contaminer des personnes qui n'ont jamais été en contact avec des varioleux. C'est la contagion indirecte.

ETIOLOGIE.

Pas plus pour la variole que pour les autres maladies contagieuses il n'y a d'évolution spontanée. La variole nous vient toujours d'un individu infecté. La puissance du poison variolique est variable avec les individus et avec les épidémies. Les deux sexes et à tous les âges sont aptes à prendre la maladie. Il n'y a que ceux qui sont vaccinés qui soient à l'abri de ce terrible fléau. Tout ce qui débilite l'homme peut être regardé comme cause prédisposante.

Nous avons eu à l'hôpital des variolés depuis octobre 1901 à octobre 1902, 503 malades; 270 du sexe masculin, 233 du sexe féminin. Adultes, 306;—enfants, 152;—bébés, 45, deux de ceux-ci ayant contracté la variole avant leur naissance. Nous avons eu un vieillard de 80 ans et une dizaine de personnes au-dessus de 40 ans, ce qui démontre que la variole ne respecte pas plus la vieillesse que l'enfance. Cette épidémie est particulièrement légère: 58 ont eu une maladie grave; 143 une maladie d'une moyenne intensité et 302 une maladie très légère. La mortalité fut de 2; $\frac{7}{10}$ par cent. Cependant, j'ai ici la carte de température de maladies très graves contractées de sujets ayant eu une maladie légère, ce qui prouve qu'une épidémie de forme légère comme celle que nous avons depuis un an offre encore certains dangers.

SYMPTÔMES.

Il n'y a pas de symptômes précurseurs, les premiers symptômes nous montrent la maladie en pleine activité.

1° *Fièvre*. — Dans la variole la fièvre a un caractère particulier qu'il est très intéressant d'étudier. — C'est d'abord une légère élévation de la température — un degré environ — qui ne dure que quelques heures, 6 à 12 heures et elle n'est pas constante. Vingt-quatre heures après survient un frisson marqué ou plusieurs petits frissons suivis de malaise, tête appesantie, lassitude, constriction pénible de la gorge, nausées, vo-

misses, douleurs lombaires, violents maux de tête. Vingt-quatre heures après la température s'élève jusqu'à 104° , 105° et même 106° , avec un caractère continu, très légère remission matinale et élévation considérable le soir. La peau est chaude, sèche, d'une chaleur désagréable à celui qui touche la main d'un malade atteint de la variole. Cette sensation désagréable ne se définit pas bien, mais j'attire votre attention sur ce fait et si jamais vous êtes en contact avec un varioleux vous le constaterez bien et ne l'oublierez pas. Cette élévation de la température tombe vers le 2^e ou le 3^e jour, alors que l'éruption apparaît. Cette première élévation de la température est due probablement aux efforts que fait l'organisme pour se débarrasser du poison qui l'envahit. Cette chute de la température coïncidant avec l'apparition de l'éruption sur tout le corps est d'une très grande importance au point de vue du diagnostic. Pour moi ce symptôme est pathognomonique de la variole. Appelé il y a quelques jours dans un de nos principaux hôpitaux, ce fait m'a permis de faire un diagnostic à bonne heure et d'isoler le malade. Nulle autre maladie ne présente cette particularité de la température. Malheureusement lorsqu'on est appelé à faire ce diagnostic ce symptôme nous manque souvent. La température n'ayant pas été prise pendant trois jours, il arrive quelquefois, mais rarement, qu'une éruption d'apparence scarlatiniforme apparaît, et ce qui alors surtout peut faire croire à de la scarlatine, c'est le *rash* — *rash* qui ne dure environ que 24 heures.

2° *Eruption*.—Vers le troisième jour du début de la maladie, l'éruption apparaît avec la défervescence. Elle est caractérisée d'abord par une papule, petit nodule rougeâtre dur au toucher et qui donne une sensation de rugosité au doigt qui l'effleure, sensation de grain de sable sous l'épiderme. Ces papules s'accroissent insensiblement et vers le troisième jour après leur apparition, elles se transforment en une vésicule cloisonnée, à contenu clair ou jaunâtre. Cette vésicule a un reflet perlé, et est souvent ombiliquée au centre. Elle est entourée d'une auréole inflammatoire qui est le siège d'une démangeaison intense. Peu à peu le contenu se transforme en pus et vers le

sixième ou le septième jour après l'apparition de la papule, on remarque une nouvelle élévation de la température, celle-ci s'élevant de un à deux degrés dans les cas légers. Dans les cas plus graves elle peut atteindre 104° , 105° , même 106 et 107° . C'est la manifestation ordinaire des réactions provoquées par le travail de la suppuration. Huit ou neuf jours après l'apparition de la papule, la pustule se rompt et laisse échapper un liquide sero-purulent, quelquefois teinté de sang. Cependant aux endroits où l'épiderme est très épais par le frottement, tels que la plante des pieds, la paume des mains, les pustules se dessèchent sans rompre l'épiderme. Alors il faut enlever l'épiderme et ses croûtes avant de congédier les malades, car il y a là un foyer d'infection. Cette éruption n'est pas particulière à la peau seulement, les muqueuses aussi peuvent être atteintes. Quelquefois la langue, les amygdales, le palais, le pharynx en sont couverts. Les malades toussent beaucoup et peuvent à peine parler, la déglutition est des plus pénibles, et ces malades ne peuvent pas prendre de nourriture, ce qui amène des complications très graves.

J'ai ici une carte de température d'un enfant qui est venu à l'hôpital avec ses parents. Comme on peut le voir le 30 janvier la température s'élève de un degré puis devient normale le lendemain. Le 31 elle s'élève à 102 ; légère rémission le 1er février au matin; le soir 105° , puis le 2 au soir elle descend à 100 et à 99 le 3 alors que l'éruption apparaît. La température est à peu près normale jusqu'au huit alors que les pustules sont formées. Le huit la température s'élève à 101 et devient graduellement normale le 12.

Le 24 février, cet enfant sortait de l'hôpital complètement guéri après 26 jours de maladie. C'est un cas typique de la variole à forme légère.

3° *Desquamation*. — Le liquide après avoir rompu l'épiderme se dessèche et forme des croûtes plus ou moins épaisses, plus ou moins adhérentes qui tombent du 12e au 20e jour après l'apparition de la papule. Avec la desquamation commence la convalescence qui est plus ou moins longue, durant de 10 à 30 jours. Les premières croûtes tombent, laissant une sur-

face plus ou moins ulcérée sur laquelle il se forme une autre croûte qui tombe elle-même quelques temps après et ainsi de suite jusqu'à ce que la peau soit recouverte d'un épiderme nouveau.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La lésion anatomique a son siège dans le corps de Malpighi et plus le corps de Malpighi est profondément atteint plus la maladie est grave et plus les symptômes sont accusés.

1° *Papule*. — Sous l'influence du microbe spécial à la variole que nous ne connaissons pas encore, mais d'après les connaissances bactériologiques que nous avons sur la cause parasitaire de différentes maladies infectieuses, telles que le charbon, la diphtérie, la tuberculose, la fièvre typhoïde, il nous est permis de conclure que la variole est due à un germe spécial qui, espérons-le, sera bientôt connu; sous l'influence directe de ce germe, de ce microbe, il se forme un espace libre entre le noyau et le protoplasma de la cellule dermique, décollant en quelque sorte le noyau. Cet espace libre va toujours en augmentant et il arrive un moment où ces espaces se fusionnent et forment des cavités. Les vaisseaux du derme se dilatent, se gorgent de sang, un grand nombre de noyaux s'extravasent et s'accumulent autour des vaisseaux papillaires.

2° *Vésicule*. — C'est une altération plus profonde, plus considérable du corps de Malpighi, les cellules dermiques se sont fusionnées les unes dans les autres ne laissant qu'une partie de leurs parois qui forment des tractus, quartiers de cellules qui deviennent des cloisonnements contenant des débris de cellules, des noyaux quelquefois des globules de sang, le tout nageant dans un liquide séreux. On a noté aussi la présence d'une fine granulation que quelques observateurs croient être le microbe de la variole, mais cette opinion n'est pas encore prouvée. Tel est le foyer qui se trouve dans la partie moyenne du corps de Malpighi. La partie supérieure de ce foyer est formé par la couche cornée, le stratum lucidum et une ou deux rangées des cellules supérieures du corps de Malpighi. Elles ont une tendance à proliférer et contiennent plusieurs

noyaux. Ce processus commencé au centre de la papule tend à s'étendre de plus en plus vers la périphérie. Dans les périodes plus avancées le corps de Malpighi se trouve creusé de cavités, plus ou moins irrégulières, plus ou moins cloisonnées par des travées très minces et incomplètes. Au fur et à mesure que la lésion augmente, ces espaces se remplissent d'un liquide qui en outre des globules de pus et des débris épithéliaux contient un nombre considérable de germes, surtout du streptocoque et du staphylocoque. Ce liquide agit de deux manières: 1° il irrite le derme et tend à le faire proliférer; 2° il transforme ces cellules en espèce de coques qui, unies les unes aux autres, forment le reticulum. Ce sont autant de nids purulents situés dans le corps de Malpighi altéré.

3° *Pustule*.—Cette période succède insensiblement à la précédente, le pus devient de plus en plus abondant; les cloisons se rompent et se détruisent de sorte qu'au centre de la pustule il n'existe plus qu'une vaste cavité anfractueuse communiquant latéralement avec d'autres cavités plus petites. Le derme tout autour de la pustule est fortement infiltré de leucocytes parfois tellement accumulés dans la couche papillaire que celle-ci se nécrose par défaut de nutrition. C'est ainsi que se produisent ces cicatrices blanches et lisses, marques indélébiles de la variole.

4° *Période de dessication*.—Elle est caractérisée par le dessèchement du contenu de la pustule qui se trouve ainsi transformé en une masse dure, jaunâtre ou brunâtre de forme plus ou moins ronde. Quelquefois cette croûte repose simplement sur le derme, c'est lorsque les lésions se sont bornées aux couches les plus superficielles du derme, alors la génération de l'épithélium marche rapidement et amène une guérison sans cicatrice. C'est à cette forme qu'on a donné le nom de varioloïde, mais qui n'en est pas moins de la variole et qui peut transmettre une variole grave à un sujet sain, mais dont l'organisme est tout préparé pour que le germe de la variole s'y multiplie à son aise. Dans certains cas et surtout dans certaines épidémies les altérations du corps papillaire sont plus profondes, l'action du virus sur le derme est plus intense il

y a nécrose du tissu conjonctif sous-jacent à la vésicule et formation d'un tissu de granulation qui laissera une cicatrice plus ou moins étendue.

VARIOLISATION.

Les anciens ayant constaté le fait qu'on ne contracte la variole qu'une fois dans sa vie, inoculaient la variole en prenant du pus ou des gales d'un malade légèrement atteint, espérant donner une maladie légère qui protégerait contre une maladie grave. Cette coutume semble venir des Chinois qui déposaient dans le nez des enfants une poudre provenant des gales d'un individu qui avait eu une maladie légère. De Chine cette pratique passa à Constantinople et de là en Angleterre. C'est un chirurgien anglais du nom de Sutton qui la vulgarisa et qui le premier employa la lancette avec laquelle il introduisait sous l'épiderme un peu de pus provenant d'un varicelleux discrètement atteint. Naturellement ce traitement ne répondait pas toujours aux espérances qu'on en attendait; des sujets ainsi variolisés eurent une maladie grave et même mortelle. Ces individus étaient de véritables foyers d'infection qui répandaient la variole partout.

Pratiquer ainsi la variolisation c'était allumer des incendies qui ne s'éteignaient qu'après avoir tout consumer. Aussi cette méthode rencontra-t-elle des adversaires qui la combattirent avec énergie, jusqu'au jour où l'on adopta avec bonheur le remède trouvé par Jenner et qui répondait à toutes les aspirations.

VACCIN.

Autrefois l'on donnait le nom de vaccin à un virus spécifique contenu dans les papules pustuleuses qu'on voit se développer sur divers animaux, principalement chez le cheval et la vache. Chez le cheval les papules se manifestent surtout sur les muqueuses des lèvres et les naseaux ainsi que sur la peau des jambes. Chez la vache elles se rencontrent presque exclusivement aux pis et aux trayons. Le vaccin possède des propriétés virulentes actives; inoculé à l'homme ainsi qu'à la vache ou au cheval il produit une éruption sem-

blable à celle d'où il provient et offre une grande analogie avec celle de la variole dont il semble être une forme atténuée. Lorsque le vaccin a été inoculé à un sujet d'espèce humaine il lui confère l'immunité soit variologique, soit vaccinale pour un temps plus ou moins long, variant avec les individus. Ce nom de vaccin a aujourd'hui une signification beaucoup plus étendue qu'autrefois. Maintenant on appelle vaccin tout virus atténué pouvant conférer l'immunité contre une maladie. On vaccine contre le choléra des poules, contre le charbon, le rouget des porcs, la diphtérie, le tétanos, la rage, etc. L'origine de la vaccination remonte à l'année 1796 alors que Jenner après vingt années d'observation et de recherches fit connaître au monde entier sa découverte du vaccin anti-variologique. En 1881 Pasteur, au Congrès international de Londres, dans une communication sur le virus atténué du choléra des poules, disait: "J'ai prêté à l'expression de vaccination une extension que la science, je l'espère, consacrera comme un hommage au mérite et aux immenses services rendus par un des plus grands hommes de l'Angleterre."

Pasteur a obtenu des virus en cultivant des microbes à de certaines températures. Ainsi la bactériodie charbonneuse, cultivée à 44°, 45°, subit des changements considérables dans sa virulence. Lorsque cultivée à 42° et 43° il n'y a aucune modification dans la culture. Ainsi une différence de un à deux degrés a suffi pour modifier la virulence de la bactériodie charbonneuse. Ces faits peuvent paraître en dehors du sujet qui nous occupe en ce moment; mais si j'ai tenu à vous les rappeler, c'est qu'ils nous aideront tantôt à trouver une réponse à cette question: D'où vient la vaccine anti-variologique? Permettez-moi de continuer cette digression et de vous citer d'autres faits qui nous conduiront au même résultat.

Au printemps de 1860, près de Toulouse où il y avait une épidémie de variole, voilà que tout-à-coup une maladie ayant beaucoup d'analogie avec la variole se répandit chez les chevaux. Voici brièvement énumérés les principaux caractères de cette maladie.

Début. — Fièvre inappétance, engorgement des jarrets qui

sont chauds, rouges, douloureux; vers le 3e et le 4e jour, la peau se couvre de papules. Au bout de 8 à 10 jours ces papules deviennent pustuleuses, se rompent et laissent écouler un liquide sero-pérulent; puis les pustules se dessèchent et vers le 15e jour les croûtes tombent laissant des cicatrices plus ou moins marquées. Cette éruption se manifeste quelquefois sur la muqueuse des naseaux et des lèvres.

Le 25 avril 1860, un nommé Laforce prit d'un de ces chevaux malades du liquide d'une pustule au huitième jour de l'éruption et l'inocula à une vache. Le 30 du même mois les piqûres commencent à rougir. Le 3 mai chaque piqûre a développé cinq pustules larges, rondes, ombiliquées absolument semblables à celles du *cow-pox*. Le 4 mai, inoculation positive à une autre vache, puis inoculation à un enfant et à un cheval avec succès. Chez l'enfant cette inoculation donne lieu à une éruption vaccinale caractéristique. — En 1863, à Alfort, France, cette même maladie fut observée sur les chevaux avec les mêmes caractères: fièvre, éruption pustuleuse, dessiccation et au bout de trois semaines tout rentrait dans l'ordre. Un élève de l'école d'Alfort blessé au doigt en pansant un cheval atteint de cette maladie fut pris des accidents suivants: la plaie du doigt se tuméfia, devint plus douloureuse; au bout de trois jours, malaise général, faiblesse, fièvre, inappétance; trois ou quatre jours plus tard une éruption vésiculeuse apparaît sur les mains, les bras, les jambes et la figure, tuméfaction des ganglions de l'aisselle et du cou. Cette éruption ressemblait beaucoup à l'éruption vaccinale, d'un blanc nacré, surmontée d'une cloche épidermique, d'où s'écoula un liquide d'une grande limpidité. Cette maladie était probablement la vaccine qui s'était manifestée chez cet élève avec les caractères d'intensité qu'elle revêt lorsqu'elle est transmise du cheval à l'homme. Ces pustules inoculées à un jeune taureau donne ensuite à une belle éruption caractéristique du *cow-pox*, laquelle éruption inoculée ensuite à un enfant a produit une belle éruption vaccinale. Dans le cours de l'hiver dernier les trois chevaux que nous avons à l'hôpital eurent une maladie absolument identique à celle observée à Toulouse

en 1860. Fièvre, inappétance, les jarrets et les boulets sont enflammés, douloureux, puis quelques jours plus tard une éruption apparaît papuleuse d'abord, puis vésiculeuse et pustuleuse. Vers le 10e jour la pustule se rompt, laissant écouler un liquide sero-purulent donnant beaucoup d'odeur, des croûtes se forment et tombent vers le 15e ou le 18e jour, laissant une cicatrice bien marquée, le poil n'a pas repoussé, surtout au paturons.

* * *

La variole, le *horse-pox* ou le *cow-pox* se développent naturellement chez l'homme, le cheval ou la vache se manifestant par des symptômes généraux et locaux et ne diffèrent guère chez ces diverses espèces individuelles que par le degré d'intensité.

Est-ce que ces maladies qui appartiennent au groupe des maladies infectieuses ont un germe commun?

Cette question fut soulevée en 1799 par Cunner et défendue plus tard par Turner, Hunter, Coleman, Bouillaud, Thiel et Culy. Elle fut l'objet de discussions animées à l'Académie de médecine de Paris en 1862, 1863 et en 1864. A la séance du 27 mai 1862, Depaul disait: " Il n'y a qu'un seul et même principe morbide qui agit sur les chevaux et sur les vaches et qui inoculé à l'homme produit la vaccine laquelle n'est pour moi qu'une variole modifiée, mitigée." Chauveau et Viennois défendaient l'opinion contraire. Depaul défendait ces théories avant que Pasteur eut fait connaître ses travaux sur l'atténuation des virus. Maintenant, que tout le monde connaît les expériences de Pasteur sur l'atténuation des virus charbonneux par la chaleur, on peut se ranger à l'opinion de Depaul et croire à l'unité du principe morbide. Si Pasteur peut atténuer *in vitro* le virus du charbon en le cultivant dans du bouillon à une température de 43°, pourquoi cette même atténuation n'existerait-elle pas pour le virus de la picote cultivé dans un organisme dont la température normale est plus élevée que celle qui convient à ce même microbe. Rencontrant l'organisme du cheval, le microbe de la variole s'y introduit, s'installe dans un milieu différent de celui qui lui est familier et il

y subit probablement une dépréciation semblable à celle que subit la bactériidie charbonneuse cultivée dans du bouillon à une température de 43°. Car la température du cheval est de un degré plus élevée que celle de l'homme. En passant par la vache le *horse-pox* subit une autre modification et le *cow-pox* est bien moins virulent pour l'homme que le *horse-pox*, il y a eu encore atténuation, aussi la température normale de la vache est de un degré plus élevée que celle du cheval et de deux degrés plus élevée que celle de l'homme. Et les quelques faits que je vous ai rapportés, l'épidémie de Toulouse, accident survenu au jeune étudiant d'Alfort sont bien de nature à nous faire croire que cette opinion de Depaul est vraie.

Il est maintenant intéressant d'étudier la pustule vaccinale à cause de son analogie avec la pustule de la variole. On remarque dans les deux cas des caractères identiques. La pustule vaccinale contient des leucocytes en dégénérescence granulo-graisseuse au début, plus abondants dans la période de purulence, des cellules épithéliales nécrotiques, des cellules multinucléaires. Le liquide où ces divers éléments sont en suspension varie aussi comme dans la pustule variolique avec l'âge de la pustule, il se rapproche du plasma de la lymphe au début et devint purulent plus tard.

DE LA VACCINATION.

Autrefois on vaccinait de bras à bras; cette coutume a donné lieu à beaucoup d'accidents regrettables qui ont beaucoup contribué à discréditer une méthode appelée à rendre de si grands bienfaits à l'humanité. Pour obvier à ces accidents on ne vaccine plus de bras à bras, on prend le vaccin directement de la vache pour l'inoculer à l'homme. Mais on ne rompt pas impunément une visière avec l'engouement du passé et il existe encore de nombreux préjugés contre la vaccination. Nous devons donc faire tous nos efforts pour vulgariser cette méthode de traitement qui se recommande si hautement par les bienfaits qu'elle a déjà procurés à l'humanité.

Le premier, le deuxième et le troisième jour après la vaccination on ne voit rien de particulier au point inoculé: du troi-

sième au quatrième jour, on aperçoit sur chaque piqûre un point rouge encore plus sensible au toucher qu'à la vue; en effleurant la peau le doigt perçoit très bien un petit engorgement. Le cinquième jour, le petit bouton qu'on a aperçu d'abord est plus prononcé; le sixième jour il s'aplatit, s'élargit, se creuse légèrement au centre et prend une teinte blanchâtre et nacré. La base s'entoure d'un petit cercle rouge encore très circonscrit mais qui s'étend chaque jour davantage. Le septième et le huitième jour, mêmes symptômes mais plus marqués. La pustule alors dans toute sa vigueur se présente avec tous les caractères qui la distinguent. D'un blanc nacré, plus ou moins large, entourée d'une auréole plus ou moins étendue, déprimée à son centre, les bords sont durs et tuméfiés, saillants, plus élevés que le reste de la surface. Le neuvième et le dixième jour ces symptômes acquièrent plus d'intensité, mais le changement le plus notable se passe dans l'auréole dont la couleur plus vermeille disparaît plus difficilement sous la pression du doigt et s'étend jusqu'à 9 ou 10 lignes en tous sens. Les parties sous-jacentes sont engorgées et cet engorgement est proportionné à l'intensité et à l'étendue de l'auréole. Les ganglions sous-axillaires sont engorgés, durs et sensibles. Le onzième jour la pustule vaccinale commence à se flétrir, le reflet argenté brunit, l'auréole se retrécit et pâlit, enfin à dater du douzième ou treizième jour, la pustule se dessèche et se transforme en une croûte dure noirâtre qui tombe du vingtième au vingt-cinquième jour en laissant une cicatrice indélébile dont on reconnaît facilement l'origine. Cette cicatrice est ronde ou ovale, profonde, gaufrée, traversée de rayons et parsemée de petits points noirs. Toutes les cicatrices vaccinales ne répondent pas nécessairement point pour point à cette description. La structure plus ou moins fine de la peau peut la faire varier. Cependant cette description est celle du type ordinaire de la cicatrice vaccinale.

INOCULATION DU VACCIN.

C'est une opération qui a pour but de mettre le vaccin en contact avec la couche muqueuse sous-épidermique; il suffit

de quelques légères scarrifications faites soit avec une lancette, soit avec des pointes d'ivoire ou avec une aiguille. Une légère égratignure suffit et il faut éviter de faire saigner. Cette opération, quelque petite qu'elle soit, doit être pratiquée avec une propreté minutieuse si l'on veut éviter les accidents qui, malheureusement, arrivent trop souvent.

1° Il faut bien laver le bras avec de l'eau tiède et du savon, puis frottez la partie sur laquelle vous allez opérer avec un peu d'alcool. Si vous employez un antiseptique, il faut avec de l'eau pure enlever ce qui peut rester sur la peau, car il est évident que le peu d'antiseptique qui restera sur le bras compromettra l'efficacité du vaccin.

Depuis qu'on ne vaccine plus de bras à bras en emploie soit des pointes d'ivoire ou des tubes de vaccin glycélinés qui vqus sont bien connus à tous. On semble donner la préférence aux vaccins glycélinés contenus dans des tubes de verre hermétiquement fermés comme étant moins aptes à être souillés. Il faut conserver ces tubes à l'abri de la lumière, car celle-ci altère le vaccin. La vaccine doit être pure et active, ce sont là les deux conditions essentielles pour faire une bonne vaccination. La glycérine a pour propriété de détruire les micro-organismes étrangers qui auraient pu se mêler à la lympe.

Dans tous les pays civilisés la vaccination est acceptée et mise en pratique comme le plus sûr et le seul moyen préservateur de la variole. Quelques sceptiques émettent encore des doutes sur sa valeur, mais les statistiques leur répondent éloquemment. L'objection à peu près unique que l'on fait à cette pratique, c'est que l'on introduit dans l'organisme un principe encore inconnu et qui ne protège pas toujours contre la variole. Il est certain que nous ne connaissons le principe du vaccin que par ses effets; il est toutefois permis de croire que le virus du vaccin est probablement le virus de la variole atténuée, conférant l'immunité contre la variole, sinon toujours, du moins presque toujours et les exceptions sont tellement rares qu'il est futile de les énumérer.

Il serait plus logique de rechercher pourquoi chez telle ou

telle personne le vaccin n'a pas agi lorsque 999 fois sur 1000 il agit avec succès.

On dit aussi qu'en vaccinant on peut introduire des germes d'autres maladies dans l'économie. Depuis qu'on ne vaccine plus de bras à bras la question de la syphilis et de la tuberculose est éliminée. Lorsque vous vaccinez entourez-vous de toutes les précautions antiseptiques que la science vous enseigne et que la prudence vous commande, vous n'y introduirez pas de germes étrangers dans la petite plaie opérée que vous aurez faite; recommandez aux parents de tenir le bras de l'enfant bien proprement et vous n'aurez aucun danger à redouter. Malheureusement pour avoir négligé ces précautions très simples quelques médecins ont eu dans leur clientèle des accidents regrettables dûs à leur négligence, mais non au vaccin.

La vaccination est admise partout; elle a prouvé son efficacité en sauvant des millions de vies; les quelques accidents qu'on lui impute peuvent être évités avec un peu d'attention. On dit aussi qu'en vaccinant vous introduisez dans l'économie de la lymphé qui vient d'un animal, cette lymphé peut être nuisible à la santé de l'être humain que vous vaccinez. Pourquoi ce reproche au sujet du vaccin quand on accepte sans rien dire le traitement de la diphtérie avec du sérum antidiph-térique?

STATISTIQUES.

Il ne me reste plus qu'à vous citer quelques chiffres qui démontrent l'efficacité de la vaccination. En Allemagne, dans la province de Westphalie, le chiffre de la mortalité variolique s'était élevé annuellement à 2643, par million d'habitants pendant les 31 années qui précèdent la découverte de la vaccine; ce chiffre de 2643 est tombé à 114 pour chacune des années qui suivirent. Après la découverte du vaccin, le Danemark, la Suède et l'Autriche, voient le chiffre de la mortalité tomber considérablement. A Londres où la variole faisait 3 à 5 mille victimes par million d'habitants, ce chiffre tombe d'abord à 304 puis descend à 149, puis à 132 en 1855 alors que

la vaccination était plus généralisée. Ces résultats obtenus il y a un demi-siècle, à une époque où la vaccination était mal réglementée et pratiquée par le premier venu, sont de nature à nous étonner. Mais avançons de quelques années. En Irlande, sous l'empire de la vaccination facultative — 1842 à 1860 — la mortalité était de 1972 décès par année. Après l'institution de la vaccination obligatoire de 1864 à 1873, la mortalité est tombée de 1972 à 593.

Les statistiques suivantes publiées par le gouvernement de la Suède sont des plus intéressantes :

Période pré-vaccinale, 1774 à 1801, décès annuels par million.....	1973
Période de la vaccination facultative, 1802 à 1806....	473
Période de la vaccination obligatoire, 1871 à 1877....	189

En Ecosse, où les enfants doivent être vaccinés dans les trois mois qui suivent leur naissance, pendant l'hiver de 1871-72, dans les huit principales villes d'Ecosse, la mortalité variolique par million d'habitants a été, parmi les enfants en dessous de 5 ans, de 514 décès, lorsque pendant le même hiver, en Hollande, où cette loi protectrice n'existait pas, la mortalité fut de 6122 par million d'habitants chez les enfants en dessous de 5 ans. En Angleterre, la mortalité par la variole avant la découverte du vaccin se chiffrait dans les trois mille décès par million d'habitants par année. La terrible épidémie de 1871-1872 n'a donné qu'une moyenne de décès en 1871 de 1824 par million et de 833 en 1872.

Les statistiques de l'hôpital des variolés de Montréal nous donnent les résultats suivants :

Malades admis du 15 octobre 1901 au 15 octobre 1902....	503
Qui n'avaient jamais été vaccinés.....	446
Qui avaient été vaccinés il y a plusieurs années et portant une mauvaise marque....	44
Qui avaient été vaccinés il y a plusieurs années et portant une bonne marque....	9
Qui avaient été vaccinés depuis sept ans (en acceptant la version des malades)....	4

(Est-ce à dire parce que ces 4 malades ont contracté la variole quoiqu'étant vaccinés, que la vaccination n'est pas effective? Il faut être sérieux, car oser tenter de démontrer l'inutilité de la vaccination, c'est faire preuve d'un parti pris qui veut nier quand même une chose évidente.)

Nombre de personnes exposées à l'infection mais vaccinées avec succès avant d'entrer à l'hôpital... .. 44
 Décès... .. 44 personnes ayant contracté la variole à l'hôpital.

Je n'en finirais pas avec les chiffres si je citais tout ce qui a été publié de statistiques prouvant l'excellence de la vaccination mais en voilà suffisamment pour vous démontrer son incontestable efficacité.

Quelques personnes, sans doute bien intentionnées, ne veulent pas entendre parler de vaccination obligatoire, alléguant que c'est porter atteinte à la liberté individuelle. Ceux qui en échange des avantages que la société leur procure ne voudraient pas accepter les charges les plus nécessaires au salut commun, n'ont assurément d'autre parti à prendre que de chercher une île lointaine et isolée où, nouveaux Robinsons, ils pourraient légiférer eux-mêmes tout à leur aise. La liberté de répandre des maladie est l'une de celles que le sens commun ordonne le plus de refuser. Aucune affection, aucune maladie n'est plus contagieuse que la variole; et l'on refuserait d'imposer une loi, sans danger aucun, mais qui est une sauvegarde contre ce terrible fléau!

Je crois qu'il est de notre devoir de faire comprendre aux législateurs la responsabilité qu'ils assument en n'obligeant pas les gens à se faire vacciner.

J'ai entendu dire souvent que le devoir du législateur n'est pas d'imposer une loi imposant la vaccination à ceux qui n'en veulent pas. Très bien. Mais d'un autre côté c'est certainement le devoir de tout législateur consciencieux de garantir contre la variole les autres citoyens qui constituent plus des trois quarts de la population de notre pays. Or le seul moyen d'atteindre à ce but, *c'est de rendre la vaccination obligatoire.*

REVUE GÉNÉRALE

DE L'INTERRUPTION THÉRAPEUTIQUE DE LA GROSSESSE

Le professeur Pinard a fait à la Clinique Baudelocque une intéressante clinique sur les cas où le médecin a le droit ou le devoir d'interrompre la grossesse. Nous donnons ici les indications principales qu'a traitées le savant accoucheur.

I. — MALADIES DÉVELOPPÉES PAR LE FAIT DE LA GROSSESSE.

a) *Hémorragies utérines.* — Quand et de quelle façon les hémorragies utérines peuvent-elles mettre en danger la vie d'une femme enceinte? Quels sont les symptômes qui constituent l'indication précise, urgente de l'interruption de la grossesse?

Les hémorragies utérines, vous le savez, peuvent se déclarer à toutes les périodes de la grossesse, aussi bien dans la première moitié que dans la seconde.

Elles peuvent, rarement d'ailleurs, devenir graves, soit par leur abondance immédiate, soit par leur persistance.

Quels sont les symptômes causés par cette hémorragie abondante d'emblée, ou grave par sa continuité?

Je considère que la constatation simple d'une grande quantité de sang perdu, tout en ayant de l'importance, n'est pas suffisante pour constituer une indication d'interrompre la grossesse. La décoloration des téguments, les tintements d'oreilles, les tendances syncopales, bien que présentant un caractère alarmant, ne constituent l'indication opératoire que quand dans ce cortège symptomatique, apparaît d'une façon permanente une accélération du pouls assez accusée pour que le nombre des pulsations soit constamment au-dessus de 100. Pour moi, quelle que soit l'abondance apparente de l'hémorragie, quelle que soit sa durée, je considère que l'indication de l'interruption de la grossesse n'existe pas tant que le nombre des pulsations reste au-dessous de 100. Elle existe, d'une façon nette, précise et urgente, quand, d'une façon permanente, *le pouls bat plus de cent fois par minute.*

C'est là le précepte que j'enseigne et que je mets en pratique depuis fort longtemps déjà.

b) *Hydropisie de l'amnios*. — Il est bien entendu que par ce terme, si imprécis d'ailleurs, je n'entends parler que des cas où l'abondance du liquide amniotique est extrême. Encore la quantité de liquide contenu dans l'utérus ne peut-elle fournir, à elle seule, dans tous les cas, une indication suffisante. La période de la grossesse pendant laquelle se produit l'accumulation du liquide, la rapidité plus ou moins grande avec laquelle se produit l'augmentation du liquide constituent des éléments dont il faut tenir grand compte. Il n'est pas très rare de voir des femmes dont l'utérus contenait 6, 8, 10 litres et même plus de liquide amniotique accoucher à terme, tandis que quelquefois, avec une quantité moindre, des symptômes inquiétants se montrent et forcent à intervenir.

Plus la grossesse est jeune quand se produit l'hydropisie de l'œuf, plus l'augmentation de liquide est rapide, plus le danger sera grand. Mais l'indication se précise surtout lorsque l'organisme maternel présente l'une des deux conditions suivantes: ou bien avec un œdème plus ou moins accusé, plus ou moins généralisé se montrent de la dyspnée, de l'orthopnée, des phénomènes asphyxiques; ou bien, en même temps que se produit une distension rapide de l'utérus, apparaissent des douleurs abdomino-costales ou diaphragmatiques très vives; puis la peau devient sèche et terreuse, l'amaigrissement très accusé, et la sécrétion urinaire diminue dans des proportions telles que la quantité totale émise dans les vingt-quatre heures ne dépasse guère 500 à 600 grammes. C'est l'hydropisie de l'amnios dite aiguë ou fébrile. Je dois dire que je n'ai jamais, dans ces cas, constaté d'hyperthermie.

Cette forme, qui se rencontre le plus souvent dans les cas de grossesse double avec hydropisie de l'un des œufs ou des deux œufs, peut cependant se rencontrer avec un fœtus unique. Quoiqu'il en soit, dans les deux cas, l'interruption de la grossesse est nettement indiquée.

c) *Grossesse molaire, môle hydatiforme*. — Dans les cas de grossesse dégénérée, appelée: grossesse molaire, môle hydatiforme, môle vésiculaire, etc., la femme ne court pas seulement des dangers au point de vue de l'hémorragie. Elle est

exposée également à une intoxication spéciale, dont les manifestations principales sont les suivantes : la disparition plus ou moins complète de la contractilité utérine, la teinte cachectique des téguments qui diffère de la pâleur ordinaire causée par l'hémorragie seule.

Le fait de la diminution ou de l'abolition de la contractilité des parois de l'utérus doit attirer l'attention, car, au moment de l'intervention une hémorragie considérable peut se produire et entraîner rapidement la mort, comme j'ai eu l'occasion de l'observer ici même, il y a deux ans.

Enfin, les rapports plus ou moins fréquents de la môle vésiculaire avec le déciduome malin ne peuvent que rendre aussi désirable et aussi rapide que possible l'évacuation de l'œuf dégénéré. Ici donc, l'indication s'impose dès que le diagnostic est fait. Je sais bien qu'il est souvent difficile et que l'on n'a pas toujours, pour l'établir d'une façon certaine, l'expulsion d'une vésicule ; mais lorsqu'il n'a pu être posé, l'indication peut naître de l'hémorragie, et là encore ce sont les caractères du pouls qui vous dicteront votre ligne de conduite.

d) *Toxémies gravidiques*. — “ Vomissements incoercibles. Vomissements toxiques. ” — Depuis que le Dr Dubois a si magistralement exposé les indications de l'interruption de la grossesse dans les cas de vomissements dits incoercibles, il n'est plus un médecin qui, à l'heure actuelle, conteste cette indication. Je me suis efforcé, pour ma part, depuis plus de vingt ans à la rendre à la fois et plus rare et plus précise. Je m'explique.

Je ne crois pas qu'on puisse considérer, aujourd'hui, les vomissements incoercibles comme une maladie, une entité morbide. Ce n'est qu'une manifestation d'une toxémie. Or, je suis convaincu que par une médication appropriée, appliquée dès le début de l'apparition du syndrome vomissement, on peut le plus souvent, sinon toujours, atténuer d'abord et faire disparaître ensuite, les manifestations dues à cette toxémie. J'ai consacré, cette année, à ce sujet, un certain nombre de leçons qui seront publiées prochainement.

Mais il arrive que, par incurie ou pour une autre cause, on

se trouve appelé près d'une femme en proie à une toxémie assez intense pour déterminer des vomissements dits incoercibles. Quand doit-on intervenir ?

Depuis Dubois, on répond : quand la femme est dans la période fébrile. Mais depuis qu'en médecine on fait usage du thermomètre, il a été reconnu que, dans ces cas, il n'y a pas d'élévation de température. Est-ce que Dubois s'est trompé ? Non. Mais on considérait à son époque toute accélération du pouls comme constituant un état fébrile. Et il y a bien une accélération du pouls. Aussi, je ne me préoccupe ni de la perte du poids ni de l'intensité des vomissements, mais ce que j'observe avec le plus grand soin, c'est le pouls.

D'après de nombreuses observations, j'ai été amené à conclure que, dès que chez une femme atteinte de vomissements incoercibles ou mieux toxiques, l'accélération du pouls est telle que le nombre des pulsations par minute s'élève à plus de 100, il faut de suite interrompre la grossesse. Si l'on attend, cette intervention deviendra inutile, la mort surviendra quand même.

e) *Albuminurie*. — Dans cette toxémie, dont la manifestation la plus facile à saisir est la présence de l'albumine dans les urines et constitue ce qu'on appelle l'albuminurie dite gravidique, il peut arriver que l'indication de l'interruption de la grossesse se montre. Ici, également, le traitement a rendu cette indication bien rare. Mais quand, par exception, chez une femme enceinte dont les urines renferment de l'albumine, le traitement rigoureusement appliqué ne fait pas diminuer la quantité d'albumine, quand l'agitation, l'insomnie se montrent, quand la céphalalgie et les troubles de la vision s'accusent, quand l'acte respiratoire est modifié, on peut trouver dans ce cortège symptomatique une indication suffisante. Mais, je le répète, cette indication est extrêmement rare, si la femme est soumise strictement au traitement spécial et qui est connu de tous les médecins à l'heure actuelle : le régime lacté strict.

f) *Éclampsie*. — Lorsque la toxémie produit des convulsions chez une femme enceinte, doit-on interrompre la grossesse ?

C'est là une question encore fort discutée. Pour ma part,

d'après tout ce que j'ai vu, je ne suis pas disposé à admettre, à moins de circonstances exceptionnelles, cette indication.

g) *Névrites toxiques*. — Vous savez que chez les femmes enceintes on peut voir survenir non seulement des vomissements toxiques, mais des névrites périphériques avec atrophie musculaire. Dans ces cas il faut interrompre la grossesse et aussi précocement que possible.

J'aborde maintenant celles des maladies chroniques qui, aggravées par le fait de la grossesse, peuvent nécessiter l'interruption thérapeutique de cette dernière.

II. — MALADIES CHRONIQUES AGGRAVÉES PAR LA GROSSESSE.

a) *Maladies de l'appareil circulatoire*. — Bien que la grossesse ne puisse faire naître par elle-même des affections cardiaques, elle peut, en aggravant celles qui préexistent, mettre la vie de la femme en danger. Il peut se produire ce qu'on appelle à l'heure actuelle des "accidents gravido-cardiaques," bien étudiés, en particulier, dans la thèse d'agrégation de mon collègue Porak.

Ces accidents, il faut que vous le sachiez, sont rares, et vous voyez tous les jours, à la salle de travail, des femmes présentant tous les signes d'une cardiopathie, accoucher à terme et sans accident. Vous les voyez ensuite dans nos salles allaiter avec succès leur enfant. Vous oublierez donc l'anathème de Peter: "Fille, pas de mariage; femme, pas de grossesse; mère, pas d'allaitement."

Il est cependant des cas où ces accidents gravido-cardiaques se montrent, et il faut que vous sachiez chez quelles femmes vous aurez à les redouter. Vous appuierez-vous, pour établir un pronostic, sur l'intensité des signes physiques, sur la localisation de la lésion? L'expérience m'a montré que ni le siège, ni la lésion, ni les caractères des souffles perçus par l'oreille, ni l'intensité des frémissements perçus par la main ne pouvaient servir pour le pronostic.

Les accidents se produisent surtout chez les cardiaques dont les reins et le foie sont atteints d'impotence fonctionnelle. Tant valent les reins et le foie, tant vaudra la grossesse.

Le fonctionnement des reins est particulièrement à surveiller. La présence de l'albumine dans les urines et surtout la quantité totale d'urine émise dans les vingt-quatre heures doivent être enregistrées avec soin.

Je ne puis préciser d'une façon absolue, le moment opportun de l'intervention. Chaque cas offre, pour ainsi dire, une physionomie spéciale. L'abaissement progressif du taux des urines au-dessous de 800 grammes, l'apparition des phénomènes dyspnéiques et asphyxiques malgré une hygiène et un régime sévère, seront souvent des indications pressantes d'intervenir.

En tout cas, n'oubliez pas que chez les cardiaques enceintes: 1° l'interruption de la grossesse dans la première moitié est suivie plus souvent de succès que quand elle a lieu dans la seconde; 2° l'intervention a d'autant plus de chance d'être heureuse que l'évacuation de l'utérus aura été plus rapide.

b) *Maladies de l'appareil urinaire.* — La grossesse survenant chez une femme atteinte de néphrite, détermine parfois des accidents menaçant sa vie. Si ces accidents peuvent se montrer dans toutes les périodes de la grossesse, ils se montrent souvent dès le début. C'est, vous le voyez, l'inverse de ce qui se produit habituellement dans les cas d'albuminurie gravidique.

Les symptômes observés le plus communément dans ces cas de néphrite sont:

La présence de l'albumine en plus ou moins grande quantité dans les urines, la diminution progressive de l'urine excrétée, des troubles psychiques, des manifestations dites urémiques, etc.

Ici encore, il n'y a pas de symptôme spécial, il n'y a pas de critérium constituant l'indication formelle d'une intervention.

C'est dans l'ensemble des symptômes qu'on doit chercher cette indication. Cependant, dans les cas relativement nombreux où j'ai eu à prendre un parti, je me suis surtout appuyé, en faveur de l'intervention, sur la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures.

Tant que la quantité recueillie dans ce laps de temps est égale à 800 ou 1,000 grammes, je crois que l'intervention n'est pas indiquée, à moins de circonstances exceptionnelles.

Mais, dès que la quantité tombe, malgré une hygiène et un régime soigneusement observés, au-dessous de ce chiffre et s'y maintient, je crois qu'il est opportun d'interrompre la grossesse.

Il est une autre affection de l'appareil urinaire qui peut être également aggravée par le fait de la grossesse et à ce point que les jours de la femme soient en danger, c'est la " pyélo-néphrite."

Et, à ce propos, je tiens à protester contre le terme: pyélo-néphrite gravidique, qui semble laisser entendre que la pyélo-néphrite est déterminée par la grossesse. Il y a des pyélo-néphrites compliquant la puerpéralité, aggravées par la grossesse; il n'y a pas de pyélo-néphrite gravidique.

Contrairement à la néphrite, la pyélo-néphrite ne détermine le plus souvent des accidents graves que vers la fin de la grossesse. Ces accidents sont; en général, contemporains de l'engorgement de la partie fœtale qui, par compression, arrête la rétention de l'urine infectée dans les voies urinaires supérieures. Dans ces cas, l'intensité de la fièvre, la difficulté plus ou moins grande avec laquelle s'opère la sécrétion urinaire, l'état général peuvent seuls déterminer l'intervention.

C'est en m'appuyant sur l'intensité de ces symptômes que j'ai pu, avec mon collègue Lepage, interrompre heureusement la grossesse dans un cas de pyélo-néphrite.

c) *Maladies de l'appareil respiratoire.* — Existe-t-il des maladies chroniques des voies respiratoires qui puissent être aggravées par le fait de la grossesse et faire naître l'indication de son interruption?

Je dois dire que parmi les maladies de l'appareil respiratoire, la tuberculose pulmonaire me paraît devoir être seule envisagée. Aussi, à la question posée plus haut, je réponds d'une façon absolument négative.

Que la grossesse assez souvent — mais non toujours — aggrave la tuberculose pulmonaire, je le reconnais, mais existe-

t-il un fait qui démontre d'une façon nette que l'expulsion prématurée du produit de conception ait retardé l'évolution de la maladie et la terminaison fatale? Je n'en connais pas.

D'autre part, l'observation m'a démontré qu'une femme enceinte tuberculeuse mène le plus souvent sa grossesse à terme.

Enfin, tout enfant se développant dans l'utérus d'une femme enceinte tuberculeuse n'est pas fatalement tuberculeux, loin de là, heureusement!

Je me suis déjà expliqué, du reste, dans la courte préface que j'ai eu l'honneur d'écrire pour le beau livre de mon éminent collègue et ami le professeur Queirel (1) avec qui je suis en contradiction sur ce point.

J'ai écrit: "pour moi, l'indication de l'accouchement provoqué ou de l'avortement provoqué n'existe jamais chez une femme enceinte tuberculeuse.

"En face d'une femme enceinte tuberculeuse, le médecin n'a qu'une chose à faire: soigner la tuberculose et surveiller simplement la grossesse."

Je n'ai rien à ajouter ni à retrancher aujourd'hui à ce que j'ai écrit hier. Je crois, du reste, ne pas trop m'avancer en affirmant que cette appréciation est celle de la plupart des accoucheurs français.

(1) Queirel. — Leçons de clinique obstétricale (Paris, Steinheil, 1902).

TRAITEMENT DE LA MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ (1)

Au point de vue clinique, le nouveau-né en état de mort apparente peut présenter deux aspects bien différents par leur pathogénie, leur pronostic et leur traitement. La coloration de sa surface cutanée est-elle bleuâtre, violacée, presque noirâtre, semblable à celle que présentent les cardiaques en état d'asystolie, on se trouve en présence de l'*asphyxie bleue*.

Si, au contraire, la peau est blanche, pâle, décolorée, semblable au facies d'une personne en état de syncope, c'est qu'on a devant soi un cas d'*asphyxie blanche*, nom impropre devant être remplacé par celui d'*état syncopal*.

Dans l'un et l'autre cas, il faut bien savoir que bien souvent les accidents qui semblaient conjurés reparaissent aussitôt qu'on cesse le traitement et que, par conséquent, celui-ci doit être continué et l'enfant surveillé très longtemps.

Dans la pratique, on est le plus souvent aux prises avec l'asphyxie. Le nouveau-né ne respire pas parce que ses voies respiratoires sont obstruées par des mucosités, il est donc nécessaire de l'en débarrasser rapidement.

On y parviendra facilement si elles sont localisées au pharynx buccal: le petit doigt ou l'index, entourés d'un linge et introduits à plusieurs reprises au fond de la bouche, les amèneront au dehors. Cette manœuvre a un autre avantage, le contact du doigt avec la muqueuse du voile du palais, de la base de la langue et du pharynx est souvent le point de départ d'un réflexe, qui se termine par une inspiration suivie d'une expiration. A ce mouvement respiratoire saccadé, en succède un second, puis un troisième, et peu de temps après l'enfant pousse son premier cri.

Si le curage buccal n'a pas produit le résultat attendu, on emploiera d'autres moyens tels que les frictions, la flagellation, la balnéation, soit chaude, soit sinapisée, soit froide, soit alternée (bains chauds et bains froids se succédant brusquement), les tractions de la langue, la respiration artificielle, etc., mais mieux vaut encore avoir recours le plus vite possible à l'insufflation, et pour cela, le mieux est d'employer l'insufflateur de

(1) Dr Rudaux, dans *Revue Pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*.

Ribemont-Dessaigue. Cette manœuvre est simple: encore doit elle être employée très méthodiquement.

Le manuel opératoire comprend quatre temps: 1° l'introduction du tube; 2° l'aspiration des mucosités; 3° l'introduction du tube débarrassé des substances qui peuvent l'obstruer; 4° l'insufflation.

1° *Introduction du tube.* — Celui-ci doit être stérilisé soit en le flambant, soit en le faisant bouillir avant l'expulsion du fœtus. L'enfant, entouré de linges chauds, est couché sur un oreiller, la tête placée dans une position intermédiaire à la flexion et à l'extension.

Le praticien, après avoir pris soin de rendre ses mains aseptiques, saisit l'insufflateur de la main droite au niveau de la bague rugueuse: avec l'index gauche, il pénètre dans la cavité buccale, qu'il traverse pour se porter dans le pharynx; avec la pulpe du doigt, il cherche à se rendre compte des saillies formées par les cartilages aryténoïdes, derrière lesquels se fixe le doigt. En se guidant sur la face palmaire de celui-ci, on fait glisser l'insufflateur qui n'a qu'une voie ouverte à sa descente, celle du larynx, puisque le doigt introduit obture l'orifice pharyngo-œsophagien. L'instrument est alors relevé très doucement et ramené sur la ligne médiane, en même temps que le doigt guide est légèrement remonté pour permettre à la portion laryngée du tube de descendre occuper la place qui lui est destinée. Introduisant de nouveau le doigt dans le pharynx laryngien, on s'assure que le tube est bien introduit dans le larynx, car il est senti à travers la membrane interaryténoïdienne. Le doigt est alors retiré complètement, maintenant va commencer le deuxième temps, c'est-à-dire l'aspiration.

2° *Aspiration des mucosités.* — Pour cela, on saisit de la main gauche (la droite tenant le tube en place) la poire, dont on bouche l'orifice placé sur le fond avec la pulpe du pouce. Celui-ci comprime alors la poire pour en chasser l'air et pour la maintenir aplatie. Elle est ensuite placée sur le tube. " Puis le pouce, sans cesser de boucher l'ouverture de la poire, cède peu à peu et se laisse repousser par l'élasticité du caoutchouc. En reprenant sa forme, la poire fait ainsi le vide dans l'arbre

aérien, aspire les mucosités et les fait pénétrer dans le tube. Afin de les y engager davantage, autant que pour en attirer une plus grande quantité, on sépare le réservoir du tube laissé en place et comme la première fois on l'aplatit pour en expulser l'air, puis on l'adapte de nouveau sur l'insufflateur et l'on fait une deuxième aspiration. Lorsque, après deux ou trois manœuvres semblables, on pense avoir aspiré la plus grande partie des mucosités, l'insufflateur est lui-même retiré; un courant d'air rapide poussé à travers le tube à l'aide de la poire le débarrasse entièrement des liquides visqueux dont il s'était chargé." (Ribemont-Dessaignes et Lepage.)

3° *Introduction nouvelle du tube.*

4° *Insufflation.* — La poire non modifiée dans sa forme est ajustée et soutenue avec l'annulaire et le médius de la main gauche.

"Le pouce est appliqué sur le fond du réservoir et bouche son ouverture. Puis on comprime lentement la poire dans le sens de sa longueur, et la presque totalité (25 centimètres cubes) de l'air qu'elle contenait passe dans les poumons. Au bout d'un instant, le pouce est relevé de manière à laisser libre l'ouverture qu'il bouchait tout à l'heure.

"L'expiration se fait grâce aux forces élastiques des poumons et des parois thoraciques aidées ou non par une légère pression exercée avec la main sur la poitrine. Le gaz que contient actuellement le réservoir est, pour sa plus grande part, constitué par de l'air qui vient d'être expiré par les poumons. Il importe d'en débarrasser la poire; pour cela, celle-ci est saisie et comprimée latéralement au niveau de sa partie renflée entre le pouce et l'index. L'air s'échappant par l'orifice qui est au fond du réservoir est rejeté au dehors. On laisse alors la poire se dilater, se remplir d'air atmosphérique propre à être injecté dans les alvéoles du poumon, et l'on se trouve en mesure de pratiquer une nouvelle insufflation.

Celles-ci doivent être faites six à sept fois par minute, en les espaçant dès que l'enfant commence à respirer spontanément. Quelquefois il est nécessaire de continuer l'insufflation pendant très longtemps, une demi-heure, trois quarts d'heure; tant qu'il

y a des battements du cœur, il faut persévérer, surtout si ceux-ci deviennent plus intenses et plus fréquents. Lorsqu'au cours de l'insufflation on constate " de petits mouvements spasmodiques du diaphragme se terminant par une profonde inspiration, on est sur la voie du succès " (professeur Pinard).

Il est des cas où, sous l'influence de la respiration artificielle, on a pu entretenir les battements du cœur pendant des heures, battements qui se ralentissent et disparaissent dès qu'on cesse l'intervention.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION

La 36e réunion annuelle de la " Canadian Medical Association " aura lieu à London, Ont., les 25, 26, 27 et 28 avril prochain.

Nous avisons nos confrères français qui veulent prendre une part active aux délibérations de bien vouloir s'adresser à Monsieur le docteur Oscar Mercier, 144, St-Denis, l'un des vice-présidents de l'Association, pour renseignements supplémentaires.

EMPOISONNEMENT. — CONDUITE A SUIVRE (1)

Notre confrère (2) rappelle que, dans tout empoisonnement, il y a quatre indications principales: 1° débarrasser le plus rapidement et le plus complètement possible l'économie du poison qui n'a pas encore été absorbé; 2° neutraliser quand on le peut, définitivement ou tout au moins temporairement, l'effet du poison par l'action d'un antidote ou contre-poison approprié; 3° favoriser l'élimination du poison qui a déjà été absorbé; 4° combattre les troubles que le poison a déterminés dans l'organisme. Voici comment l'on peut répondre à ces indications:

1° *Débarrasser l'économie du poison non absorbé.* — Le plus souvent, les empoisonnements se font par la voie stomacale; il faut donc tout d'abord s'appliquer à l'évacuation de ce viscère; pour cela deux moyens: les vomitifs et le lavage de l'estomac: ce dernier doit constituer la méthode de choix, car il est de beaucoup supérieur aux vomitifs; ceux-ci, en effet, alors même qu'ils déterminent des vomissements très violents, sont fréquemment incapables d'amener le rejet des grumeaux de matière vénéneuse, qui adhèrent parfois avec une grande force aux parois de l'estomac; c'est ce qui arrive pour le vert de Schweinfurt, le phosphore (*têtes d'allumettes*). Le lavage, au contraire, quand il est rapide, énergique et copieux, a toute chance de débarrasser l'estomac complètement.

Dans la majorité des cas, on n'a pas sous la main les instruments construits pour le lavage de l'estomac; point n'en est besoin du reste, car le plus simple tube de caoutchouc d'un calibre moindre que celui de l'œsophage peut servir; chez l'enfant une sonde urétrale réussit parfaitement; on peut aussi se servir d'un tube de caoutchouc guidé par un mandrin quelconque, aussi souple que possible bien entendu; chez l'adulte on peut employer une sonde œsophagienne, un tube de caoutchouc quelconque; l'auteur a eu recours, et avec un plein suc-

(1) Lorsque le médecin est appelé pour combattre un empoisonnement, son rôle est d'autant plus difficile que, presque toujours, il n'a rien sous la main de ce qu'il lui faudrait et qu'il est obligé d'improviser au moins les premiers secours en utilisant les ressources banales que le hasard lui met sous la main et de créer, en quelque sorte, un traitement médical d'urgence. C'est ce traitement que l'auteur a exposé très heureusement.

(2) Dr Schoull, dans *Union Pharmaceutique*, 1902.

cès, alors que la malade ne pouvait avaler, au lavage à l'aide d'un doucheur d'Esmarch. Au cas où la contracture des mâchoires ou la résistance du malade rendrait l'introduction par la bouche impossible ou trop difficile, il ne faut pas hésiter à introduire par les narines.

Le lavage doit être *copieux*: on doit faire passer plusieurs litres de liquide, alors même que le poison paraîtrait évacué; pour cela, le doucheur ou bock à injections remplit toutes les conditions voulues; on peut aussi recourir à un entonnoir que l'on ferait au besoin d'une façon extemporanée avec du papier un peu fort roulé en cornet. Le lavage doit être *énergique* et, pour cela, il faut élever le flacon laveur, pour donner un maximum de pression; le liquide venant de l'estomac s'écoule le plus souvent le long des parois du tube sans qu'il soit nécessaire d'interrompre le lavage; dans le cas contraire on essaierait momentanément et l'on évacuerait par siphon.

Quel liquide faut-il employer pour le lavage? Si l'on ignore la nature du poison ingéré, il vaut mieux recourir à l'eau simple; mais il ne faut *jamais* employer d'eau chaude ou même tiède, qui dissout davantage les poisons et par conséquent en facilite l'absorption; s'il se produit une hémorragie, on peut ajouter à l'eau du perchlorure de fer. En place d'eau simple, on peut se servir d'eau albumineuse qui sert d'antidote à nombre de poisons.

* * *

S'il est impossible de pratiquer le lavage de l'estomac, on doit recourir sans hésitation aux vomitifs: gorger le malade d'eau pure ou albumineuse et provoquer les vomissements par la titillation de la luette; émétique (de 0,05 à 0,10 centigr.); ipeca (2 gram.); sulfate de cuivre (0,50 centigr. en solution); farine de moutarde blanche (une cuillerée à soupe dans un verre d'eau); injection hypodermique de 2 centigr. d'apomorphine.

2° *Neutraliser l'effet du poison qui se trouve dans la cavité gastrique.* — Après un lavage de l'estomac, si prompt et si complet fût-il, on doit faire absorber les substances antitoxiques capables de neutraliser ce qui reste du poison. Aux *acides*,

on opposera les alcalins (eau de chaux, magnésie délayée dans l'eau, solutions de carbonate de soude ou de chaux; à défaut, eau de savon blanc (15 gram. pour 2 litres d'eau), puis on donnera du lait en abondance, des boissons mucilagineuses, émoullientes; aux *alcalis*, l'eau vinaigrée, solutions d'acides tartrique, citrique, etc.; puis, pour calmer l'irritation, lait, émoullients. Dans l'empoisonnement par le *phosphore*: solution étendue de sulfate de cuivre, essence de térébenthine (15 à 20 gram. émulsionnés avec un jaune d'œuf); poudre de charbon; puis lait, boissons mucilagineuses, eau albumineuse avec de la magnésie; surtout pas d'huile. *Arsenic*: hydrate de sesquioxyde de fer ou protosulfure de fer; magnésie calcinée, puis boissons émoullientes, eau albumineuse. *Émétique*: eau albumineuse, tanin, quinquina, ratanhia, cachou, café, thé, sulfure de fer hydraté, fer réduit. *Sels de mercure* (sublimé calomel): blancs d'œufs en quantité, farine et eau, sulfure de fer hydraté, fer réduit. *Sels de plomb*: sulfate de soude ou de magnésie, limonade sulfurique; lait, eau albumineuse. *Sels de cuivre*: eau albumineuse, lait, sulfure de fer, laudanum, morphine, émoullients. *Acide phénique* et ses dérivés: sulfate de soude ou de magnésie, eau savonneuse, eau vinaigrée.

En somme, dans les empoisonnements par les sels métalliques, on peut, d'une façon générale, recourir au protosulfure de fer hydraté, puis gorger les malades d'eau albumineuse et de lait.

Pour l'*iode* et les iodures, le *brome* et les bromures, il faut, après lavage, donner de l'eau amidonnée (décoction) en boisson et en lavements.

Dans l'empoisonnement par le chlore, il faut faire respirer de la vapeur d'eau, de l'air pur, de l'hydrogène sulfuré, de l'oxygène, mais pas d'ammoniaque qui peut former des produits dangereux.

3° *Favoriser l'élimination du poison absorbé.* — Il ne faut pas, dans ces conditions, perdre son temps dans la recherche et l'administration d'un antidote: il vaut mieux concentrer ses efforts sur l'élimination, aussi rapide et complète que possible, du toxique ingéré: donc, employer des purgatifs, sulfate de soude, de magnésie, sulfovinat de soude, huile de ricin; au

besoin, on peut recourir aux drastiques, eau-de-vie allemande, même huile de croton tiglium (une à deux gouttes); les lavements devront être utilisés *larga manu*; l'entéroclyse est ici tout indiquée. On donnera des purgatifs ou lavements qui sont efficaces surtout dans les empoisonnements par les fleurs, semences ou suc de plantes vénéneuses. Après les purgatifs, recourir aux diurétiques (nitrate et acétate de potasse, scille, vins de Trousseau, vins de la Charité, lactose, tisanes diverses); aux sudorifiques (jaborandi et pilocarpine), boissons chaudes aromatisées, bourrache, sureau, tilleul, pensée sauvage, etc.; bains d'air chaud et de vapeur.

4° *Combattre les troubles déterminés par le poison.* — Devant l'affaiblissement des contractions cardiaques, donner des excitants, des stimulants diffusibles (cognac, café, thé, éther, liqueur d'Hoffmann, teinture de musc, acétate d'ammoniaque, liqueur ammoniacale anisée), quoique la circulation périphérique soit déjà entravée le plus souvent, recourir sans hésitation aux injections hypodermiques (huile camphrée, caféine, éther, sérum artificiel); les lavements excitants (ammoniaque, 30 gouttes dans deux verres d'eau, café) peuvent être utiles; les inhalations de nitrite d'amyle trouvent aussi leur indication.

S'il y a tendance à la parésie des centres respiratoires, ablutions froides sur la nuque, inhalations d'oxygène, respiration artificielle; ne pas faire respirer d'acide acétique, d'ammoniaque, qui exerce une action dépressive sur les mouvements de la respiration, déjà affaiblis; frictions générales, sinapisation, électrisation des pneumogastriques.

En cas de convulsions, inhalations d'éther, de chloroforme, lavements à la valériane, au musc, au castoréum, aux bromures; éviter le chloral qui exerce une action paralysante sur le cœur.

En cas de syncope, frictions, sinapismes, respiration artificielle, tractions rythmées de la langue, marteau de Mayor, faradisation.

Enfin, s'il y a une altération grave du sang, pratiquer une saignée copieuse suivie d'une injection intra-veineuse de sérum (lavage du sang). (1)

(1) *Tablettes Médicales Mobiles.*

FAITS ET OBSERVATIONS CLINIQUES

LA RÉSURRECTION DES MORTS.—Le docteur Kemp, de New-York, dans une communication qu'il vient de faire à l'Académie des Sciences, de New-York, annonce qu'il a trouvé le moyen de guérir les morts et de les rendre totalement à la vie. Sa méthode repose sur le massage du cœur. Il suffit de faire une petite incision entre deux côtes et d'introduire dans l'ouverture deux doigts qui, arrivés au cœur, le pressent contre les côtes et lui rendent le mouvement de la pulsation naturelle. En même temps on inocule au patient une solution saline et on rétablit la respiration à l'aide d'une petite pompe spéciale inventée par un électricien américain. Le docteur Kemp a fait des expériences chez des chiens tués à l'aide du chloroforme et il en a rendu 11 sur 23 à la vie. La plupart ont vécu 24 heures comme à l'état normal. On attend l'occasion de faire des expériences sur des hommes et des femmes.

Décidement la science marche!...

LES HÉMOPTYSIES DE LA TUBERCULOSE ET LEUR TRAITEMENT. — Dans une leçon clinique récente, (1), M. Chauffard étudie l'hémoptysie à certains points de vue.

“ Il faut savoir d'abord si le malade a eu des hémoptysies, à quel moment elles ont apparu, quelle a été leur durée, si elle se sont accompagnées ou non de fièvre. Ceci est très important, car l'hémoptysie est un symptôme à la fois très fréquent et très variable dans sa pathogénie et ses indications thérapeutiques.”

Chez les uns l'hémoptysie est un symptôme initial arrivant brusquement au cours d'une santé apparemment bonne et sans cause appréciable. Il semble que cet accident ne soit pas aussi fâcheux qu'on le croit car il appelle l'attention sur une maladie grave qui se manifestait déjà par un certain groupe de signes secondaires auxquels on n'attachait aucune importance.

Chez d'autres elle apparaît au cours d'une longue évolution de la maladie, se répétant même et s'accompagnant de fièvre.

Ailleurs, ce sont des hémoptysies survenant à la période cavitaire et pouvant être mortelles.

I. *Le pronostic* dépend de l'époque d'apparition et de la quantité de sang évacué.

(1) *Journal de Médecine interne*, 1er juin 1903.

II. *L'évolution* a une importance considérable.

1° *L'hémoptysie traumatique* peut être le point de départ d'une tuberculose pulmonaire. Dans ces cas on peut se demander si le traumatisme est seul en cause ou s'il n'a fait que donner le coup de fouët à une bacillose latente. L'auteur en donne une observation démonstrative à la suite d'une fracture de la clavicule. Le malade mourut de tuberculose quelques mois plus tard.

2° *L'hémoptysie médicamenteuse* se produit fréquemment dans certaines circonstances spéciales. Ainsi Trousseau a souvent insisté sur les poussées congestives causées par le *fer* administré à des chlorotiques et il posait en aphorisme que ce médicament doit être proscrit chez les tuberculeux.

L'iode et les iodures sont contre-indiqués pour les mêmes raisons, *La créosote* est un médicament spécial dont il faut se méfier.

“ Autant, dit Chauffard, elle est indiquée dans les formes de tuberculoses torpides, bronchorrèiques, apyrétiques, autant, au contraire, elle peut être dangereuse dans les formes éréthiques et fébriles du début, chez les individus ne crachant pas ou peu; elle peut dans ces conditions, provoquer les hémoptysies.” (1)

3° Les *hémoptysies initiales* tendent vers la guérison et peuvent disparaître aussi rapidement qu'elles se sont produites.

4° Les *hémoptysies terminales* sont graves, parfois mortelles. Elles proviennent de vaisseaux à paroi amincée faisant saillie vers la cavité qui se rupturent à la façon d'une poche anévrysmale.

III. *Traitement des hémoptysies.* — Que faire, en présence d'un tuberculeux atteint d'hémoptysie?

1° Calmer l'entourage du malade, *et condamner le malade à un silence absolu.* Il évitera de tousser autant que possible.

2° Comme médication l'*opium* est indiqué sous forme d'*extrait thébaïque* à la dose d'un, deux ou trois centigrammes toutes les deux ou trois heures durant 24 à 36 heures afin de permettre la coagulation. Il est contre-indiqué dans les grandes hémoptysies où il serait dangereux de laisser séjourner

(1) *Loc. cit.*

ne grande quantité de sang dans les bronches. C'est une défense naturelle.

3° Rechercher la cause occasionnelle et la supprimer si possible. (Surmenage sous toutes ses formes, etc.)

4° Faire séjourner le tuberculeux dans une pièce dont l'air soit prudemment renouvelé, et dont la température soit modérée. C'est un préjugé de croire qu'un tuberculeux doit se tenir à l'abri de l'air. Au contraire, c'est par lui qu'il sera vivifié.

5° Rechercher avec soin lequel des deux poumons renferme le siège de l'hémorrhagie. Il faut examiner avec attention, éviter de faire tousser ou respirer à fond le malade; puis anémier ce foyer hémorrhagique; les bains tièdes ou sinapisés dans les petites hémoptysies; les ventouses sèches sur le thorax; les applications locales de sinapismes, les cataplasmes sinapisés, les compresses thérébenthinées ou chloroformées.

Il faut éviter le vésicatoire à la *cantharide* qui est congestif et les *pointes de feu* qui conviennent mieux à la forme chronique apyrétique.

6° Certains médicaments internes sont utiles.

(a) L'*ergot de seigle* sous forme d'ergotisme prise à la dose de 20 gouttes en injections sous-cutanées répétée une ou deux fois par jour.

On peut associer l'ergot à la quinine sous la forme suivante :

Quinine.....	25 à 30 centigrammes.
Poudre fraîche d'ergot de seigle.....	30 à 40 —

Pour une poudre à prendre deux ou trois fois dans les 24 heures.

C'est une médication vaso-constrictive et antipyrétique suivie d'heureux résultats.

(b) L'*adrénaline* jouit de propriétés vaso-constrictives remarquables. On l'emploie à la dose de 10 à 20 gouttes en solution au millième dans 24 heures.

(c) L'*hamamelis* agit bien chez les tuberculeux qui font des hémoptysies à répétition. On peut donner ce médicament comme préventif à la dose de 20 gouttes trois fois par jour durant 20 jours par mois.

(d) Le *tannin* (à l'alcool) et l'*acide gallique* sont indiqués, ce dernier surtout à la dose de 75 centig. à 1 gr. 25 par 24 heu-

res à la dose de 20 à 25 centigrammes agit bien dans les hémoptysies rebelles.

(e) On a aussi conseillé l'*ipéca*, (Trousseau, Dieulafoy), à dose nauséuse et associé à l'opium. C'est une médication efficace mais pénible et hyposténisante. On peut l'employer lorsque les autres moyens ont échoué.

(f) Dans les hémoptysies abondantes on met en œuvre certains moyens énergiques tels que: la ligature élastique des quatre membres à leur racine; ou encore la coagulation sur place du sang épanché par les injections sous-cutanées de *sérum gélatiné*. Mais M. Chauffard dit qu'elles offrent un gros danger; le tétanos consécutif. (1) Ce danger peut être évité par une stérilisation à 115° C. durant 20 à 30 minutes afin de tuer les spores tétanigènes.

(g) Le *chlorure de calcium* est très en vogue aujourd'hui comme coagulant à la dose de 3 à 5 grammes par 24 heures.

IV. *Comment reconnaît-on, cliniquement, qu'une hémoptysie va s'arrêter ou va continuer?*

Si le sang est rutilant, abondant, l'hémorragie est en pleine activité, si le sang est noirâtre et peu abondant elle est, au contraire, en décroissance. Deux signes surtout sont d'excellents éléments de pronostic: la *fièvre* et le *pouls*.

Si'il y a fièvre, et tachycardie — pouls à 100, 110, 120, petit, dépressible — l'hémoptysie se continue.

“Ce sont là, dit Chauffard, deux signes excellents que l'hémoptysie se continue.”

C'est à cause de cette tachycardie qu'on a conseillé la *digitale* dans ces cas. Mais elle est dangereuse; car si elle décongestionne le poumon en dilatant les vaisseaux périphériques, elle élève la tension artérielle. Ce qui n'est pas désirable.

Mais, la plupart du temps, l'hémoptysie est beaucoup moins inquiétante par la perte de sang en elle-même que par sa signification clinique et pronostique. (1)

TRAITEMENT DE LA GASTRO-ENTÉRITE DES NOURRISSONS. — Dans une leçon magistrale, le professeur Hutinel traite de la gastro-entérite des nourrissons. C'est une question qu'on ne

(1) Voir *UNION MÉDICALE*, mai 1903, p. 283.

saurait trop étudier et comme telle, j'analyserai les enseignements qu'elle comporte et qu'il est facile de mettre en pratique.

Il y a trois indications thérapeutiques à suivre :

- 1° Tarir la source des poisons qui se forment dans l'intestin.
- 2° Éviter que les germes y entretiennent un milieu de culture favorable: c'est-à-dire faire l'antiseptie intestinale.
- 3° Rendre à l'organisme l'eau qu'il a perdue par le drainage de l'intestin de façon à ce que la concentration anormale du sang ne produise pas de troubles profonds dans la nutrition des tissus.

On peut remplir ces indications par plusieurs moyens.

(a) La *diète hydrique*: Ne donner que de l'eau bouillie froide si l'enfant a une tendance à vomir; chaude si l'enfant a de la tendance à l'algidité. Il faut la donner en petite quantité à la fois car autrement l'enfant la rejette et on a fatigué inutilement l'estomac: 1000 grammes en 24 heures pour les enfants de 5 mois; 1500 grammes au-dessous d'un an. Le lait, le sucre, les eaux albumineuses sont très fermentescibles; il faut les supprimer complètement.

Combien de temps maintenir la diète hydrique? Après 12 heures, au-dessous d'un an, lorsque les vomissements ont cessé on peut essayer une très légère réalimentation, mais si les accidents persistent on continue durant 24, 36 et même 48 heures. Il ne faut pas dépasser cette limite chez des enfants jeunes. Les effets se font bientôt sentir. La fièvre baisse, la soif est calmée, les urines reparaissent, les selles deviennent moins fréquentes et redeviennent vertes par le fait de l'exagération de la sécrétion biliaire.

C'est une erreur de croire que l'enfant mourra de faim. Il meurt plutôt d'indigestion et de toxémie.

Si la diète hydrique n'est pas suffisante, on a recours au lavage d'estomac qui, suivant Hutinel, donne des résultats merveilleux et qui est indiqué dans les cas où les vomissements persistent malgré la diète hydrique; lorsqu'il y a du muguet et que l'enfant est chétif.

On prend une sonde, en caoutchouc rouge, dit Hutinel, calibre 20 à 25, on y ajoute un tube en caoutchouc avec un

(1) *Loc. cit.*

ajustage en verre, on verse dans l'entonnoir 100 grammes d'eau, et voilà le lavage fait. On recommence deux ou trois fois jusqu'à ce que l'eau ressorte claire. En faisant ces lavages avec une eau bicarbonatée à 5 p. 1000, le muguet disparaît au bout de 2 ou 3 jours.

(b) *L'antisepsie de l'intestin* peut être réalisée par le *calomel* (5 centigrammes par jour) à la dose d'un demi centigramme associé à un peu de lactose ou de sucre de demi-heure en demi-heure; l'*huile de ricin* à la dose de 4 à 6 grammes; le *sulfate de soude* qui agit bien chez les enfants qui ont de la tendance à la constipation.

Le lavage de l'intestin amène l'antisepsie de l'intestin. Il suffit d'un bock ordinaire muni de son tube adapté à une sonde que l'on introduit à une profondeur de 15 à 20 centimètres, l'enfant étant couché sur le dos ou le côté droit. (1)

On peut introduire $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$ ou 1 litre et demi au plus.

Quant au liquide à employer, il faut choisir :

L'eau boriquée à 4% — 40 grammes p. 1000 — est toxique pour un enfant jeune.

L'eau boracique fait gonfler les cellules épithéliales et provoque ainsi une rectite.

L'eau salée est préférable à tout.

(c) *Les coliques; comment les combattre.*

On peut le combattre soit par les applications chaudes; soit par les applications froides (ouate humide recouverte de taffetas gommé) qui augmentent le mouvement péristaltique de l'intestin.

Les antiseptiques ordinaires ont des indications spéciales — naphтол, salol, sous-nitrate de bismuth, benzo-naphтол — sont utiles dans les gastro-entérites légères à selles trop fréquentes, abondantes ou séreuses. Dans les cas graves ils sont inutiles à cause de leur lenteur.

En général, dans les cas de gastro-entérites, faites le lavage d'estomac et des applications chaudes.

Dans les cas menaçants on peut faire des injections sous-cutanées de sérum à 7 p. 1000 de chlorure de sodium à la dose de 25 grammes à la fois ou 150 à 300 grammes par jour chez des enfants de 12 à 15 livres. Chez les enfants de moins de

(1) Voir Technique, UNION MÉDICALE, 1902.

cinq mois on peut donner, par jour, trois injections de 10 à 15 centimètres cubes.

Il ne faut pas abuser de cette médication, car, au bout de 15 jours les enfants peuvent devenir bouffis; on croirait qu'on leur a lavé le sang. Le sérum Chéron (sels de soude et acide phénique) est contre-indiqué à cause de l'acide phénique qui est toxique pour l'enfant. Il faut lui préférer la formule d'Hayem. (1)

Si l'enfant fait de la température, a le ventre ballonné et a une tendance aux convulsions, on emploie la balnéation chaude à 38° C. répétée toutes les 4 heures. Si l'enfant est tombé dans le collapsus, inerte, on donne un bain sinapisé (50 grammes de farine de moutarde).

L'huile camphrée à 5% agit bien lorsque le pouls est petit, inégal. La caféine est contre-indiquée à cause des phénomènes d'exaltation qu'elle produit.

(d) *Comment réalimenter l'enfant?* Lorsque les accidents aigus ont cessé, on recommence l'alimentation très doucement. En présence d'un enfant de 2 à 3 mois soumis à la diète hydryrique durant 12 à 48 heures on commence par donner une cuillerée à thé de *lait coupé* de moitié ou deux tiers d'eau; 4 heures après, une nouvelle cuillerée; 4 heures après, deux cuillerées.

Si l'enfant est plus âgé on peut donner des boissons féculentes — 1 cuillerée à soupe d'orge moulu à bouillir pendant une heure dans 1 litre (1 pinte) d'eau, ou de l'eau de riz — même préparation — légèrement sucrée. Si ces boissons sont bien tolérées, on peut donner de loin en loin un peu de bouillon de poulet dégraissé, et alors on peut recommencer à donner timidement le lait.

Les Allemands emploient le *babeurre*. C'est le lait qui reste après la barattation (lait de beurre) auquel ils ajoutent 25 grammes de farine et 35 grammes de sucre par litre de babeurre, on fait bouillir pendant deux ou trois minutes et on obtient ainsi un aliment qui donne de bons résultats dans les cas de réalimentation.

Tels sont les principes dont il faut s'inspirer dans le traitement de la gastro-entérite suivant Hutinel.

J.-A. LESAGE,

LE TRAITEMENT DU TÉTANOS (1)

RÉSULTATS ACQUIS. — ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

La *Revue Neurologique* donne l'analyse suivante de l'excellente communication de M. Vallas, et de la discussion qui a suivi: —

M. Vallas envisage dans son rapport les différents traitements du tétanos et particulièrement la sérothérapie antitétanique et la méthode de Bacelli. (2)

A propos de cette dernière, il fait d'abord remarquer que l'acide phénique est sans action sur le tétanos expérimental et par conséquent l'acide phénique n'est pas un remède spécifique contre le tétanos.

Cela ne tend nullement à contester les bons effets obtenus en clinique par la méthode de Bacelli. La statistique brute donne en effet 90 pour 100 de guérisons; et même si, par l'examen détaillé des faits, on élimine les cas bénins qui auraient notoirement guéri avec n'importe quel traitement, on obtient sur la statistique présentée un total de 21 cas graves avec 8 morts, ce qui donne une mortalité de 37 pour 100. Ce chiffre est encore un des plus beaux que l'on ait obtenus dans le traitement du tétanos et suffit à justifier l'emploi de la méthode de Bacelli, au moins jusqu'à ce que de nouveaux cas aient été publiés.

Les Italiens, d'ailleurs, ne donnent pas l'acide phénique comme un spécifique de la toxine tétanique, et les résultats expérimentaux sont là pour le prouver. Il atténue les spasmes et les contractures, modère le pouvoir réflexe des centres nerveux, et, peut-être, favorise la production de l'antitoxine. Là s'arrête son action. Donc les injections d'acide phénique doivent être regardées comme un bon traitement symptomatique du tétanos, mais la méthode de Bacelli laisse le champ ouvert à la recherche du véritable traitement spécifique de cette affection.

Les conclusions générales du rapport sont les suivantes: le fait certain, hors de toute discussion, c'est la prévention possible du tétanos, cette terrible complication des plaies. *La sérothérapie préventive possède une action certaine*, et si elle

(1) M. Vallas (de Lyon). XV^e Congrès français de Chirurgie, tenu à Paris, du 20 au 25 oct. 1902.

(2) La méthode de Bacelli consiste à faire une injection journalière sous-cutanée de 0 gr. 30 centig. d'acide phénique.

était systématiquement appliquée à tous les blessés, le tétanos disparaîtrait de la pathologie humaine, comme la variole devant le vaccin. Malheureusement c'est là un idéal impossible à atteindre, car le tétanos est relativement trop rare pour que l'on puisse faire accepter une telle pratique. Il n'en reste pas moins que le traitement préventif est formellement indiqué dès qu'on se trouve en présence d'une plaie suspecte, c'est-à-dire d'une plaie contuse, anfractueuse, souillée de terre ou de débris étrangers. L'abstention en pareil cas est une faute, et tous les efforts doivent tendre à faire reconnaître aussi vite que possible les blessures tétanigènes.

En face d'un tétanos déclaré, il faut reconnaître que nous sommes encore désarmés.

Pendant la sérothérapie constitue encore à ce moment notre ressource la plus précieuse. Par elle, on pourra agir sur les cas chroniques à évolution lente et apporter ainsi un secours efficace aux efforts spontanés de l'organisme vers la guérison. La voie d'introduction du sérum sera l'injection sous-cutanée et, pour quelques indications exceptionnelles, l'injection intraveineuse. Les voies cérébrales et sous-arachnoïdiennes sont à rejeter comme inutiles et dangereuses.

Le chloral et l'acide phénique constituent des médications symptomatiques destinées à agir sur la contracture. Elles ne doivent être considérées que comme des méthodes auxiliaires. Il est bon de les utiliser en même temps que le sérum. Toutefois la toxicité de l'acide phénique et l'innocuité du chloral, doivent, jusqu'à nouvel ordre, faire donner la préférence au second de ces agents médicamenteux.

Il est impossible de former un jugement sur les autres méthodes proposées; mais rien n'autorise à espérer qu'elles puissent fournir un agent véritablement spécifique ou seulement supérieur à ceux que nous possédons déjà.

Quant au traitement chirurgical, il se bornera à la désinfection antiseptique de la plaie.

M. Lucas-Championnière cite deux cas de tétanos de son service où la méthode des injections intracérébrales a été instituée: un des malades est mort, le second a guéri; mais il s'agissait d'un tétanos à marche lente, c'est-à-dire d'une forme ordinairement peu grave.

L'exérèse chez deux autres malades, a donné deux échecs et M. Championnière ne lui attribue aucune valeur thérapeutique.

Il y a quelques années, M. Championnière a eu à soigner dans son service une femme atteinte de tétanos consécutive-ment à un accouchement clandestin. Malgré toutes les précautions prises, surviennent deux cas de tétanos qui se terminèrent par la mort. Sur l'indication de M. Roux, on fit des injections préventives, qui furent pratiquées chez tous les opérés et même chez les élèves qui étaient blessés aux mains. Tout a disparu.

Depuis, M. Championnière fait le traitement préventif pour toute plaie suspecte, et le tétanos n'a plus reparu dans son service alors qu'il y en a eu dans les services voisins.

M. Pazy fait remarquer que dans son service la surveillante a l'ordre de faire immédiatement une injection de 10 c. c. à chaque individu qui entre avec une plaie de rue.

M. Girard (Berne) cite plusieurs cas qui montrent les dangers des injections intracérébrales. Dans un cas suivi d'autopsie on a trouvé dans la substance cérébrale une petite poche remplie du liquide injecté. Dans un autre cas on a vu une petite masse de ramollissement au lieu où avait été faite l'injection. Et cela s'est produit sans phénomènes cérébraux qui auraient pu mettre sur la voie.

M. Maunoury estime qu'il est un peu prématuré de condamner les injections intracérébrales, car c'est le meilleur mode de traitement du tétanos expérimental. Si en clinique on a des résultats moins encourageants, il faut songer que la méthode ne date que de quatre ans et que l'on est peut-être encore dans la période des tâtonnements.

Dans plusieurs observations données comme échecs, on a opéré trop tardivement, alors que le succès se montre surtout quand on agit hâtivement.

Personnellement, M. Maunoury a observé, de 1878 à 1899, une trentaine de cas de tétanos qui se sont terminés par la mort. Mais dans deux cas qui ont suivi, il a fait l'injection intracérébrale, et tous deux ont guéri. Depuis, deux autres cas très graves ainsi traités sont morts.

M. Maumoury a eu un cas d'insuccès à la suite d'injections qui tient peut-être à ce que le sérum employé n'avait plus une puissance antitoxique suffisante.

M. Barette pense que, quand le tétanos éclate malgré les injections préventives, il faut recourir aux injections intracérébrales.

M. Reynier a eu dans son service une épidémie de tétanos qui a cédé sans injections préventives. S'il avait employé cette méthode on eût mis le succès à son actif.

Comme traitement il n'y a pas que la sérothérapie. Il faut désinfecter la plaie en allant jusqu'à l'exérèse, si c'est nécessaire. Puis sérothérapie préventive. Aux injections intracérébrales, M. Reynier préfère le chloral, mais pas à la dose de 12 grammes, à celle de 20 grammes et plus. Les tétaniques supportent admirablement ce médicament. Avec ces doses, M. Reynier a sauvé trois malades.

M. A. Villar cite trois cas de tétanos traités par le chloral, la morphine et l'enveloppement ouaté qui se sont terminés par la mort. Dans un de ces cas, il s'agissait d'un tétanos céphalique avec paralysie faciale.

Dans deux autres cas, M. Villar a eu recours à l'injection intracérébrale de sérum antitétanique. Ses deux malades ont succombé.

M. J. Reboul (Nîmes) emploie systématiquement depuis 1897 la sérothérapie antitétanique, il n'a pas observé de tétanos chez les malades qu'il avait pu traiter par la sérothérapie antitétanique préventive et la désinfection minutieuse de la plaie.

M. Guinard, depuis 1893, applique la sérothérapie préventive à tous les blessés suspects qui entrent dans ses salles; or, depuis cette époque, il n'a plus vu, dans son service, qu'un seul cas de tétanos survenu chez un malade qu'on avait négligé d'injecter préventivement.

M. Schwartz croit que les injections préventives de sérum doivent être appliquées systématiquement à toutes les plaies suspectes; elles sont tout à fait inoffensives. Dans 300 cas, il n'a eu aucun accident grave. Cependant, cinq fois, M. Schwartz a vu des érythèmes considérables ayant la piqûre comme point de départ.

M. *Tailhefer* (Beziens) a fait chez un tétanique une injection sous-arachnoïdienne dans la région lombaire. Au bout du 1er c. c. le malade a eu une crise. Quand elle a pris fin, on continua l'injection, mais au 5e c. c. le malade mourut subitement.

M. *Tavel* (Berne) a vu deux chevaux qui, après une immunisation qui paraissait très bonne après de fortes doses de toxine, ont succombé après une injection de 1 c. c. de culture de tétanos complète. Partant de ce point, il a immunisé des chevaux avec des cultures complètes; depuis lors, l'agglutination des bacilles a été très forte tandis qu'elle était faible avec la toxine seule et les résultats expérimentaux ont été beaucoup meilleurs chez les animaux. Donc, il y a sérum et sérum.

Il faut distinguer entre le tétanos *médullaire* (par trauma externe) et le tétanos *splanchnique* (départ des organes internes). Le premier est guérissable, le second n'est pas influencé par le sérum.

Il faut distinguer aussi, dans l'expérimentation, entre le tétanos toxique et le tétanos infectieux; le tétanos expérimental est généralement toxique, celui de l'homme, infectieux. Il faut donc, dans l'expérimentation, pour se rapprocher des conditions observées chez l'homme, faire du tétanos infectieux.

M. *Tavel* a réussi à guérir des lapins après l'apparition des symptômes, alors que les lapins contrôlés succombaient régulièrement. Il faut pour cela de fortes doses.

La durée du stade d'incubation dépend, toutes choses égales d'ailleurs, de la distance qui sépare la place d'inoculation des centres; une injection dans la cuisse aura un stade d'incubation plus long que l'injection dans le dos ou dans le canal rachidien, dans la région cervicale. L'injection intracérébrale de toxine donnera le stade d'incubation le plus court.

Ce fait que le point de départ des phénomènes toxiques est la moëlle allongée donne une base pour un traitement logique du tétanos. Il y a deux indications importantes:

1° L'immunisation aussi rapide que possible des centres non encore atteints par une injection intraventriculaire qui entravera le sérum par le trou de Monro jusque dans le IVe vent-

tricule. Cette injection faite avec le foret et dans la corne antérieure d'un ventricule est absolument innocente, facile et fait si peu de mal qu'un enfant préfère cette injection à l'injection sous-cutanée (10 c. c. dans un ou dans chacun des ventricules);

2° La neutralisation des toxines circulant dans l'organisme par une injection intraveineuse sous-cutanée, ou intrarachidienne, de 50 centimètres cubes de sérum au moins.

M. Tavel a traité ainsi, depuis ses dernières publications, 4 cas de tétanos: 1, très avancé, a succombé; les 3 autres ont guéri.

M. Blanquinque (de Laon) cite deux cas très graves de tétanos qu'il a guéris par des injections massives, sous-cutanées, de sérum antitétanique. Pendant trois jours de suite les malades ont reçu chaque jour 100 c. c. de sérum, puis pendant quelques jours encore une dose de 20 c. c. Aucun accident, ni général ni local, sinon quelques légères douleurs articulaires, n'est résulté de l'administration de ces doses énormes de sérum. Après chaque injection on voyait survenir très nettement une accalmie dans les symptômes tétaniques. Chez les enfants, M. Blanquinque a pu administrer sans inconvénient 40 grammes de sérum tous les deux jours.

E.-P. CHAGNON.

QUESTIONS PROFESSIONNELLES

LE BUREAU DES GOUVERNEURS DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC A MONTREAL

Les 2 et 3 juillet, les Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec tenaient leurs séances régulières à Montréal.

L'importance des questions soumises à l'étude ne doit échapper à l'attention d'aucun des membres de la profession médicale. C'est pourquoi nous avons cru utile de donner un rapport succinct de ce qui s'est passé en séance générale.

M. le Dr Lachapelle, président du bureau, en ouvrant la séance, fait l'éloge du Dr Vallée, vice-président, décédé depuis la dernière réunion. Il rend hommage à sa mémoire, et il apprécie en termes élevés les belles qualités d'esprit qui le distinguaient comme éducateur.

M. le Dr Brochu, de Québec, nommé, à l'unanimité, vice-président du bureau, pour remplir la vacance créée par cette mort prématurée, fait l'éloge de son prédécesseur dont il fut le collègue à l'Université Laval de Québec durant plusieurs années.

— Le Dr Vallée, dit-il, a toujours été pénétré de l'idée que le médecin devrait être l'homme le plus instruit de son temps; et il en a été la personnification vivante car l'effort de toute sa vie a été de réhausser de plus en plus le niveau moral et intellectuel du médecin, en exigeant de l'étudiant une préparation sérieuse et de longue haleine et, du futur médecin, des connaissances précises qui entretiennent chez lui cet amour du travail de chaque jour, indispensable à tout esprit véritablement progressif.

En vous remerciant de l'honneur que vous me faites, dit-il en terminant, je vous prie de croire à la sincérité de mes convictions qui sont celles de mon distingué prédécesseur dont je m'efforcerai de suivre l'exemple de probité et haut enseignement.

— Nous adressons nos félicitations au Dr Brochu, digne à tous égards de la place qu'il occupe.

LE COMITÉ DES CRÉANCES.

Plusieurs questions importantes y ont été discutées à huit clos.

1° Le Comité fait rapport que tout élève porteur d'un bill privé sera obligé de passer un examen devant le bureau sur les matières suivantes: anatomie, physiologie, obstétrique, pathologie interne, pathologie externe, hygiène et matière médicale.

2° Un étudiant en médecine, ayant échoué sur la bactériologie, aux derniers examens universitaires, a demandé au bureau la permission de subir une seconde épreuve, sur la même matière, devant ses examinateurs.

La requête ayant été accordée, le comité fait rapport que la licence lui a été accordée après un examen satisfaisant.

Plusieurs membres prennent la parole sur cette question.

MM. Sirois, de St-Ferdinand d'Halifax, Choquette, de St-Hilaire, et Boulet, de Montréal, soutiennent que c'est créer un précédent dangereux que d'agir ainsi; c'est ouvrir la porte à des abus que l'on regrettera plus tard, et contre lesquels il sera difficile de réagir. C'est empiéter sur les droits des Universités qui sont mieux qualifiées que le Collège pour apprécier la valeur scientifique du candidat, et c'est engager les élèves dans une voie périlleuse en leur laissant croire que ce qu'ils ne peuvent pas obtenir à l'Université, ils l'obtiendront toujours devant le Collège des Médecins de cette province.

— Le président du Bureau estime que le cas actuellement débattu est absolument spécial et qu'il ne peut créer un précédent. D'ailleurs, dit-il, le Collège peut bien, ici, se substituer aux Universités, puisqu'il se substitue à elles dans les épreuves du brevet.

— Le Dr Sirois fait remarquer que, quoique l'on dise, le précédent est créé. Il regrette en même temps que l'on ait accordé cette licence sans consulter les gouverneurs en assemblée générale.

— Le président soutient qu'il est inutile de nommer des comités auxquels on donne plein pouvoir si les mêmes questions décidées par lui doivent revenir en assemblée générale pour y être discutées avant de recevoir une sanction finale.

Il faudrait que les gouverneurs siègent durant plusieurs jours, et, dans ce cas, l'existence des comités n'aurait plus sa raison d'être.

Dans le cas actuel, le comité des créances, prenant en considération que l'élève avait subi avec succès son examen final sur toutes les matières importantes, et qu'il avait échoué sur une matière secondaire? a pensé qu'il pouvait, sans outrepasser ses droits et sans porter atteinte aux privilèges universitaires, accorder une licence après qualification du candidat à cette fin.

— M. Camirand, de Sherbrooke, propose que la licence provinciale ne soit accordée, à l'avenir, qu'après la réunion des membres du Bureau en assemblée générale.

— M. Laurier, de Montréal, propose que la licence soit accordée aux élèves réguliers par le Comité des Créances et que les irréguliers attendent la sanction des gouverneurs réunis en séance générale.

Cette motion est acceptée et il est résolu qu'elle soit insérée dans les règlements en temps opportun.

— Il n'y a aucun doute que c'est consacrer un principe dangereux que de substituer le Collège à l'Université en matière d'examen. Il y a eu, à ce sujet, des abus dans le passé. Car s'il est un homme qualifié pour juger au mérite le savoir de l'élève, c'est bien le professeur qui l'a enseigné, et non le médecin passé examinateur du jour au lendemain. Dans le cas ci-haut mentionné, nous savons que le Comité des créances a rendu justice à qui de droit; mais ce cas isolé ne devra pas engager dans cette voie nouvelle qui conduira certainement à des abus regrettables et dont on ne peut prévoir les conséquences.

Un jour viendra, où, outre ces dangers de substitution, il deviendra difficile de faire la différence entre les matières de première et de seconde importance. De fait, peut-on dire, aujourd'hui, en tenant compte des liens étroits qui unissent les sciences médicales les unes aux autres, qu'il y ait, en médecine, des matières secondaires?... Question embarrassante et que nous n'oserions pas trancher par l'affirmative...

RAPPORT DU TRÉSORIER.

Le trésorier a fait un rapport satisfaisant.

Nous le produisons ci-dessous.

RECETTES.

Balance en caisse le 24 septembre 1902....		\$2,619 86
Honoraires des licences....	\$2,690 00	
Honoraires des examens préliminaires....	1,390 00	
Contributions annuelles....	2,808 00	
Divers enregistrements....	22 00	
Intérêt sur dépôt....	8 88	
Divers....	20 00	
		<hr/>
		\$6,938 88
Total....		\$9,558 74

DEBOURSES.

Remises d'honoraires pour licences....	\$ 40 00
Remises d'honoraires pour examens préliminaires....	150 00
Salaire des officiers....	525 00
Bonus au Président....	400 00
Honoraires des examinateurs....	267 00
Honoraires des assesseurs....	20 00
ASSEMBLÉE DU 24 SEPTEMBRE 1902: (1)	
Honoraires des gouverneurs....	610 00
Frais de voyage et de pension....	520 55
FRAIS GÉNÉRAUX:	
M. S. Mondou, salaire et commission (de septembre 1902 à juin 1903)....	485 14
M. G. Gonthier, pour l'audition des livres du collège, contrôle de la comptabilité de juillet 1901 à juillet 1902, et frais de voyage....	173 85
Guertin Printing Co., impression de diplômes (Brevet et de Licence)....	160 00
I. Brousseau: impression du rapport de l'assemblée de septembre 1902....	110 00
C. A. Marchand: impression de 500 copies du Registre Médical....	185 00
Annonces....	146 50
Diverses impressions....	33 75
Frais judiciaires....	76 00

DIVERS:

 Paiement de billets promissaires.... 800 00

(1) Nous discuterons cet item un autre jour, car il y a intérêt à nous demander ce que rapporte un tel déboursé.—X, D. L. R.

Escomptes sur billets promissoires.... ..	51 55	
Traduction en anglais des rapports des trois der-		
nières assemblées de bureaux.... ..	168 00	
Estampiles.... ..	149 50	
Papeterie, reliure, service de messenger, etc.....	85 05	
		<hr/>
Total.... ..	\$6.157 79	
Total des recettes.... ..		\$9.558 74
Total des déboursés.... ..		6,157 79
		<hr/>
Balance en caisse.....		\$3.400 95

ALBERT JOBIN,
Trésorier du Collège des M. C. P. Q.

RAPPORT DU COMITÉ DE LÉGISLATION.

Le président du Bureau, le Dr E.-P. Lachapelle, expose les difficultés que le Comité a eu à surmonter durant la dernière session.

Un certain nombre d'élèves irréguliers étaient en instance auprès de la Législature de Québec dans le but de faire adopter des bills privés les autorisant à pratiquer la médecine après examen devant le bureau des examinateurs du Collège.

Malgré les efforts des membres du Comité, tous ces bills ont été adoptés par la Chambre basse, avec un amendement ordonnant au Collège des Médecins d'accorder la licence sans examen! . . .

Fort heureusement, sur les représentations des membres du Comité, affirmant qu'il était inutile de continuer plus longtemps le Collège des Médecins dans l'exercice de ses fonctions, si on lui enlevait ainsi sa seule raison d'existence, le Conseil législatif accorda les bills *avec examen*. Et, le lendemain l'assemblée législative adoptait, à l'unanimité, une mesure d'ordre général qui devra mettre fin à tous les abus. ⁽¹⁾

Il est inutile de faire de longs commentaires sur l'incurie des législateurs qui aient cru sage de proposer l'adoption, en premier lieu, d'une mesure bâtarde détruisant complètement l'unité de l'enseignement médical dans cette province. C'était ouvrir la porte à tous les abus; c'était mettre sur un pied d'égalité les bacheliers, les porteurs de brevet et les ratés de

(1) Voir *Union Médicale*, avril 1903.

toutes les classes; en un mot, c'était anéantir, d'un trait de plume, les efforts de deux générations pour perfectionner l'enseignement et la pratique de la médecine dans cette province.

Nous comprenons que quelques-uns, parmi ceux-là (les parrains), aient pu agir à l'encontre de leurs convictions, pour satisfaire certain orgueil froissé d'une opposition emmuyeuse d'autre part. C'était noble, c'était grand! Mais nous ne nous expliquons pas que ces populistes aient pu trouver une majorité aussi servile et aussi peu soucieuse des vrais intérêts publics pour opiner du bonnet d'une façon aussi peu réfléchie. Et dire que ce sont ces mêmes gens qui pérorent à bouche que veux-tu et qui se posent en champions du provincialisme contre le fédéralisme!... Il faut vraiment que la cause du provincialisme soit bien bonne pour qu'on y adhère malgré leur opinion; car, vraiment, on ne peut croire que ces faiseurs soient sincères!...

LE COURS D'ÉTUDE COMPLET.

Le Comité rapporte progrès et ajourne ses conclusions à l'automne.

LE COURS COMBINÉ.

Un Comité spécial avait été nommé pour étudier le système de Cours Combiné inauguré par l'Université McGill depuis quelques années et qui permet à un élève de devenir Bachelier et médecin en six ans.

Le Dr Laurier, de Montréal, fait rapport, au nom du Comité, que les élèves qui suivent ce cours étudient la médecine sans brevet durant deux années; qu'en conséquence il considère ces élèves comme irréguliers, et qu'il recommande d'exiger d'eux qu'ils se mettent en conformité avec les lois qui régissent les actes du Collège des Médecins.

— Le Dr Craik, au nom de l'Université McGill, proteste de sa soumission à l'esprit de la loi et approuve les membres du Bureau de faire subir à ces élèves des épreuves supplémentaires exigées par les lois du Collège.

— Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet plus tard.

RAPPORT DU COMITÉ *re* SOCIÉTÉS MÉDICALES.

Le Dr Pagé, de Waterloo, secrétaire de la Société Médicale du comté de Shefford, a imaginé d'intéresser le Collège des Médecins à l'existence des Sociétés Médicales de district de la façon suivante:

Il pose en principe que les *Sociétés Médicales* contribuent efficacement au maintien de la dignité professionnelle et à la diffusion des sciences médicales parmi les membres de notre profession. D'autre part, elles développent et entretiennent cet esprit de corps indispensable à l'unité de doctrine *des médecins consultants* et elle assure à notre art un prestige enviable devant l'opinion publique.

Le Collège pourrait voter à chacune des Sociétés Médicales de district une allocation fixée d'avance, pourvu que le nombre de ses séances annuelles ne soit pas inférieur à trois et que le nombre des membres présents soit égal au moins au tiers des membres actifs.

Telle somme d'argent pourrait servir à défrayer une partie des dépenses du conférencier de chaque séance. La balance pourrait être affectée à l'abonnement aux revues de médecine et à l'achat de livres qui resteraient la propriété de la Société locale.

Le Dr Pagé fait ressortir les difficultés du médecin de campagne à se procurer les livres et revues nécessaires à la rédaction de travaux sérieux; l'importance qu'il faut attacher aujourd'hui aux recherches bibliographiques dans l'étude de questions médicales; l'impossibilité de les poursuivre dans les districts éloignés à cause de l'isolement forcé du médecin; et les services inappréciables de semblables bibliothèques mobiles.

Il demande au Collège de mettre la question à l'étude et de faire rapport à la prochaine séance.

— M. le Président approuve le principe de la mesure proposée par le Dr Pagé, mais il recommande de la bien étudier avant d'engager les finances du Collège dans une entreprise qui pourrait être plus couteuse que profitable.

En effet, ces Sociétés n'étant pas incorporées et n'ayant pas de siège social fixe, on peut se demander qui serait responsable des sommes versées à chacune d'elles; ou, dans le cas d'achats de livres, qui en aurait la possession et comment on exercerait le contrôle dans la distribution de chacun d'eux.

Ces quelques remarques indiquent qu'il ne faut rien faire à la hâte, ajoute le président, mais qu'il importe de bien mûrir ce plan nouveau tant à cause des résultats favorables qu'il promet que des responsabilités qu'il entraîne de la part du Collège.

Après discussion, on décide d'ajourner à la prochaine assemblée les conclusions définitives du rapport du comité spécial.

— Il serait superflu de dire que le Dr Pagé aura bien mérité de ses confrères s'il réussit à élaborer un plan d'action qui puisse convenir à tous. Il nous est particulièrement agréable de seconder cette mesure essentiellement progressive et d'assurer à son promoteur le concours de l'*Union Médicale*.

D'ailleurs, le Dr Pagé n'est pas à sa première innovation. A la tête de ses confrères il a réussi à fonder une Société Médicale de district viable dont une des plus importantes réformes a été l'adoption d'un tarif uniforme auquel ont adhéré tous les membres actifs, et qui leur assure une rémunération autre que celle due au mercenaire.

Nous le publierons un de ces jours afin d'encourager les autres districts à en faire autant.

— Dans un prochaine article nous étudierons les nouveaux amendements apportés aux règlements du Collège.

ANALYSES

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE

Un cas de vertige réflexe d'origine nasale, par DEOTABO DE CARLI,

(*Archives Ital. d'Otologie*, etc., 1902).

Un malade de 26 ans est porteur d'une ulcération de la cloison probablement syphilitique. Il se forme des croûtes en abondance. Un jour, en pleine rue, subitement, le malade est pris de vertige. Chute, mais sans perte de connaissance. A chaque tentative pour se redresser, exaspération du vertige. Conduit à l'hôpital, on constate une forte obstruction nasale. Nettoyage du nez à la pince: le vertige cesse. On donne au malade une pommade à l'ichtyol, et tout va bien pendant plusieurs semaines; dès qu'on cesse la pommade, les croûtes reparassent et le vertige aussi.

Nouvelle désobstruction, nouveau bien-être.

L'auteur croit qu'il s'agit, là, d'une irritation du trijumeau, parvenant par le ganglion de Meckel aux vasomoteurs encéphaliques, d'où vertige.

Sarcome de naso-pharynx guéri par injections de formaline

JOHN A. THOMPSON, M. D., Cincinnati, O.

Simon L., israélite, environ 50 ans, eut une grave hémorragie du nez au mois d'août 1898. L'écoulement fut assez lent, mais continua pendant plusieurs heures, jusqu'à ce qu'il devint presque exsangue. Trois mois plus tard une semblable hémorragie survint. En dépit de tout traitement médical, il saigna presque jusqu'à épuisement. Pendant une troisième hémorragie, en février 1899 il fut examiné par les Drs Max. Thorner et W.-C. Harris. Le sang s'échappait lentement du nez et de la bouche depuis plusieurs semaines. Le patient était au lit avec un pouls de 120 et une température à 101 et deux-troisièmes. Il était dans un état semi-comateux. Le sang était en caillots et sentait mauvais. De son oreille gauche s'échappait une matière profuse, offensive et purulente. Cette fois les docteurs trouvèrent une excroissance solide obstruant le naso-pharynx. De différents points de cette tumeur, le sang s'écoulait.

En avril 1899, le cas fut sous mes soins. Le patient était très affaibli par la perte de sang et la mauvaise nourriture. Il avait de fréquentes indigestions, pouvant à peine digérer les aliments qu'il prenait. Les narines étaient libres. Le naso-pharynx était rempli d'une tumeur rouge à la surface rude. En examinant avec le doigt, je trouvai qu'elle adhérait à la partie postérieure du naso-pharynx. A cette époque l'oreille droite coulait. Après avoir anesthésié avec la cocaïne, une partie de la tumeur fut enlevée pour l'examen au microscope. J'arrêtai le saignement avec la "solution Styptiq de MacKenzie" et la "powdered Kino." Le microscope démontra que cette excroissance était un sarcome à *cellules arrondies*. On n'a pas jugé prudent de faire l'opération vu l'état de faiblesse du patient. Je suggérai des injections d'un demi pour cent de solution de formaline. Ce traitement fut administré par la bouche au moyen de l'aiguille hypodermique montée sur un tube recourbé. Vingt-cinq minimis de la solution furent employés chaque fois. Les injections causèrent une grande douleur, mais de courte durée. Les traite-

ments furent donnés au bureau deux fois la semaine. Chez lui le patient se faisait des lavages antiseptiques.

Lorsque la tumeur parut moins vasculaire après six semaines de traitements on en enleva une partie avec la pince post nasale.

R. BOULET.

THERAPEUTIQUE.

L'emploi thérapeutique du bleu de méthylène, par BERLIOZ, dans *Dauphiné Médical*.

L'auteur passe en revue les affections diverses dans lesquelles on a employé le bleu de méthylène.

Dans la *sciaticque* il a guéri rapidement des cas jusque là réfractaires.

C'est surtout dans les cas graves où il existe une altération notable du nerf qu'il agit le mieux. Il agirait également bien dans les *névrites*. Kilemperer a guéri 21 cas sur 27 par ce procédé. Les *migraines* tenaces ont été guéries ainsi par Lemoine.

Dans les *tabes* les douleurs viscérales et gastriques ont été améliorées par des doses d'un gramme par jour pendant trois jours avec repos de deux jours.

Dans le *diabète*, Lemoine a obtenu un succès signalé avec des doses élevées de bleu de méthylène (35 grammes par jour). Après huit jours la quantité de sucre était tombée de 85 à 12 grammes par litre, sans modification du régime alimentaire. Après un certain temps, le sucre avait totalement disparu.

Dans le *rhumatisme articulaire*, Lemoine estime que les résultats sont souvent plus décisifs qu'avec le salicylate de soude.

On a aussi rapporté de bons résultats dans la *malaria*. Quelques auteurs croient que le bleu de méthylène est supérieur à la quinine.

Dans les *maladies des yeux* on l'a utilisé contre les ulcères de la cornée en solution à 1 p. 1000, une ou deux instillations par jour. Courmont a pu juguler ainsi toutes les ophtalmies varioliques.

Dans la *blennorrhagie* on en a beaucoup préconisé l'usage *intus et extra*.

Dans l'*épithélioma*, Leprince a eu un succès complet en faisant, deux fois par jour un badigeonnage avec la solution d'acide arsénieux 1 p. 120 et deux fois par jour également avec la solution de bleu de méthylène à 1 p. 100. Quant aux *doses* et au *mode d'administration* il faut se rappeler qu'il faut un produit *chimiquement pur*. Les bleus du commerce renferment des sels de zinc et d'arsenic qui sont toxiques et douloureux.

Les solutions doivent être neutres.

Pour l'usage interne on emploie les pilules de op. 20 centig. — deux à cinq par jour.

Pour l'usage externe, on emploie des solutions à 1 ou 2 p. 1000 dans l'eau distillée.

Pour injections s. c. on emploie la solution à 5 p. 100 stérilisée à la dose de 4 à 5 c. c.

Pour les lavements, on emploie la solution chaude à op. 20 p. 1000.

J. A. LESAGE.

HYGIÈNE INFANTILE

Lait stérilisé, lait pasteurisé, ou lait pur.—C. H. M. BROWN, M.D. (dans *Archives of Pediatrics*, avril 1903),

L'auteur étudie cette question si intéressante du lait et des divers modes employés à sa conservation.

Il conclut: 1° que le lait stérilisé à 212° Fahrenheit est devenu indispensable dans les villes, où les pauvres surtout peuvent le préparer sans aucune difficulté ni grande dépense. 2° Que le lait pasteurisé à une température de 140° à 158° Fah. dans des bouteilles bien fermées, et pendant 15 minutes, est encore préférable. Le lait ne change pas de goût et ne présente pas d'altération chimique, alors que cette température est suffisante pour détruire les microbes pathogènes et les bactéries de la fermentation lactique. Il faut cependant avouer avec Holt que le lait lorsqu'il est chauffé, subit des changements dans ses propriétés nutritives, d'autant plus marqués que la température est plus élevée et plus longtemps continuée. 3° Que le lait cru, lorsqu'il peut être obtenu pur, frais et indemne de toute souillure, est de beaucoup supérieur à tous les autres. 4° Plusieurs grandes villes ont enfin réussi à s'approvisionner de lait cru, frais et pur. 5° Le public demande ce lait de plus en plus. 6° Si la profession médicale veut s'en donner la peine, chaque ville peut se le procurer. 7° Chaque laitier devrait, d'après une loi, posséder une licence de la ville où il fournit du lait. Cette licence permettrait à l'inspecteur de cette ville de surveiller la ferme, l'étable, et le troupeau de vaches de tous les laitiers. Ces derniers devraient être obligés de faire subir l'épreuve de la tuberculine à chaque vache de leur troupeau.

Doit-on faire bouillir le lait? W. B. RANSOM, *Brit. Med. Journal*, (analysé dans *Monthly Cyclopædia*, avril 1902).

Il est encore très difficile de prouver que le lait perd de ses propriétés nutritives lorsqu'il est chauffé à son point d'ébullition (110° centig. 233 Far.), ou à la température de l'eau bouillante (100 centig. 212 F.), pendant dix minutes ou un quart-d'heure. Il n'est pas non plus prouvé que ce lait bouilli, s'il est pris dans les 24 heures, peut causer le scorbut. On peut dire la même chose pour le lait pasteurisé chauffé à 80° ou 85° F. Aucune de ces méthodes ne donne un lait tout à fait stérile; par contre toutes détruisent les microbes pathogènes (par exemple ceux de la tuberculose, du choléra, de la diphtérie, de la typhoïde); et, si le lait conservé au froid est bu dans les douze heures après l'opération du chauffage, un petit nombre de spores seulement auront pu se développer. La pasteurisation offre probablement moins de garanties que le chauffage à 212° F. pendant 10 minutes, sans compter qu'elle est assez difficile à faire, relativement à la stérilisation au moyen des appareils de Soxhlet, etc. Au cours des épidémies pendant les chaleurs de l'été, le chauffage doit être prolongé pendant 30 minutes au moins et le lait ainsi préparé, donné à l'enfant dans les quelques heures qui suivent. Il faut en effet se rappeler que les spores du bacillus sporogènes enteriditi, que la stérilisation n'affecte pas, se développent assez rapidement. Il faut dans tous les cas que le lait, stérilisé ou cru, soit bu aussi frais que possible afin de diminuer autant que possible la tendance à l'entérite; mais les enfants qui sont nourris avec le lait que l'on achète aujourd'hui dans les villes ne doivent pas le prendre cru à cause des dangers qu'il présente.

Les laits modifiés. Leur préparation. Leur rôle dans l'allaitement artificiel. Leurs avantages et leurs dangers. (Extrait du *Traité d'Hygiène et de Pathologie des nourrissons et des enfants du premier âge*, par le Dr H. DE ROCHSCHILD. (1) .

Le succédané du lait de femme, aujourd'hui généralement adopté, lorsque l'allaitement au sein de la mère, ou d'une bonne nourrice, ne peut être mis à profit, est le lait de vache. C'est en 1889-90, que le lait stérilisé a été, pour la première fois, mis à profit dans l'allaitement artificiel." Ce premier pas vers le progrès, comme le remarque l'auteur, donne de très beaux résultats et déjà la mortalité par gastro-entérite devient moins grande.

Mais on remarqua que les enfants ne supportaient pas toujours le lait stérilisé malgré la destruction des germes pathogènes. Les savants firent alors l'étude chimique comparative du lait de femme et du lait de vache. A volume égal on trouva que ce dernier contenait à peu près 50% de matières albuminoïdes et 30% de sels minéraux de plus, et quelques grammes de matière grasse de moins que le lait de femme. Or le tube digestif de l'enfant digère mal les substances albuminoïdes.

De suite les chimistes commencèrent à chercher les moyens de modifier le lait de vache pour le rendre aussi semblable que possible à celui de la femme. Nous voyons alors surgir le simple coupage du lait de vache avec de l'eau; moyen insuffisant, et beaucoup moins précis que le lait humanisé de Vigier, celui de Backhans, de Gærtner, le lait peptonisé de Budin et Michel et enfin les "*milk laboratories de Gordon*," préconisés par Rochs et les pédiatres américains et canadiens. Nous en avons un à Montréal, rue Mansfield. Le lait vendu par ces derniers a l'inconvénient d'être d'un prix élevé.

L'auteur croit que les *Milk laboratories de Gordon* auraient dû se borner à livrer à leur clientèle du lait intégral, recueilli et traité avec le maximum qu'à un certain point le lait frais, de façon à en faire un véritable produit de soins, soit à l'état frais, soit pasteurisé, soit stérilisé, et non pas "s'attacher à la préparation des laits modifiés, transformant, altérant même jusqu'à un certain point le lait frais, de façon à en faire un véritable produit pharmaceutique, une véritable potion, contenant les éléments constitutifs du lait dans les proportions prescrites par les médecins. C'est à un gramme près que l'on dose la caséine, le sucre de lait, les sels et la matière grasse. Le lait modifié est ensuite reparté dans des flocons gradués représentant chacun une tétée. Puis il est pasteurisé à 75° F. ou stérilisé à 110° F. selon l'avis du médecin. Pour l'auteur, ces organisations ont les conséquences suivantes: 1° on favorise par trop l'allaitement artificiel au détriment de l'allaitement au sein; 2° certains médecins, peu expérimentés sur cette question, formulent des mélanges qui ne conviennent pas à leurs petits malades et qui, trop riches ou trop pauvres en substances nutritives, déterminent des accidents souvent très graves; 3° la transformation d'un produit vivant et frais en un produit artificiel de conserve amène chez les enfants qui en sont alimentés des troubles sérieux tels que la maladie de Barlow (scorbut infantile) si fréquente aux Etats-Unis.

En France c'est surtout le lait stérilisé que les médecins emploient. L'auteur pense, que dans un avenir peu éloigné les laits modifiés céderont la place au lait pur stérilisé.

(1) Dolin, éditeur.

Le lait cru dans l'alimentation du nourrisson, ELLIAS BARTLEY, M. D.
(*Pédiatrie*, mai 1903.)

L'auteur donne des chiffres statistiques démontrant que le lait stérilisé ou pasteurisé a donné plusieurs cas de scorbut, parce que ces procédés de cuisson détruisent plusieurs propriétés nutritives du lait de vache.

La composition du lait est mieux connue maintenant. En outre des trois ou quatre éléments connus tels que crème, sucre de lait, caséine et sels, il existe les corps suivants: lactoglobuline, albumose, peptone, nucléine, lécithine, citrate de calcium, un ferment qui digère les hydrocarbures et les matières azotées. Les effets de la chaleur sur ce mélange sont multiples et affectent presque tous ses constituants. Dans le lait de vache chauffé à 70° F., le lactalbumine est précipité, le phosphate de calcium se décompose, la caseine moins assimilable, la lactose modifiée, la citrate de calcium est précipité (ce sel, pour plusieurs auteurs, aurait de très grandes propriétés antiscorbutiques), la matière grasse devient moins digestible, la lécithine et la nucléine deviennent non assimilables. Voilà bien des changements survenus après une cuisson même rapide du lait de vache. Si on ajoute que la chimie a démontré que la composition des éléments du lait de vache: crème, lactose, caséine, etc, diffère beaucoup de celle du lait de femme, l'on comprendra combien il devient difficile de trouver un substitut au lait maternel. En outre de ces différences assez grandes entre ces deux laits, il faut tenir compte des changements apportés au lait de vache par les microbes.

Ces microbes amènent une décomposition telle du lait que souvent elle suffit à expliquer les troubles intestinaux chez les enfants. La stérilisation dirigée spécialement contre ces microbes n'a pas donné tous les résultats qu'on en attendait. Ceux qui ont étudié cette question sont arrivés à la conclusion que du lait de vache, cru et frais, lorsqu'il est possible de l'obtenir, est le meilleur aliment pour l'enfant.

L'analyse bactériologique du lait est reconnue aujourd'hui comme le seul moyen de savoir s'il est frais. C'est encore le seul moyen de savoir si le lait est traité proprement et délivré avec soin. Le lait qui remplit toutes les précautions de propriété ne doit pas contenir plus de 1,000 bactéries au centimètre cube au moment de la traite. S'il est conservé et transporté à une température de 40° à 45° F., ce nombre n'augmente pas. Le lait que l'on achète aujourd'hui dans les épiceries contient jusqu'à 100,000 et même 500,000 bactéries au centimètre cube. Il n'existe pas de procédés capables de rendre ce lait convenable pour les enfants. Le lait pur, propre, conservé à une température de 45° F. et pas plus vieux que 48 heures, est le seul aliment qui convient à l'enfant.

Il faut cependant diluer ce lait durant les premiers mois de l'enfant. L'auteur donne plusieurs formules pour faciliter la préparation de ce lait dilué au moyen de crème et de lait écrémé.

J.-E. DUBÉ.

PHARMACOLOGIE

Formulaire Thérapeutique

TRAITEMENT DE L'HELMINTHIASE INTESTINALE.—Le traitement curatif ou évacuateur se double d'un traitement prophylactique.

B) *Traitement curatif*. — Il varie suivant la nature du parasite soupçonné ou découvert.

1° *Ascarides lombricoïdes*. — Dans le cas d'ascarides lombricoïdes, on s'adressera au *semen-contra*, que l'on donnera à la dose d'un à deux grammes, suivant l'âge, dans un peu de miel, le matin une heure avant le premier repas. Puis le lendemain matin, on prescrira le paquet suivant :

Calomel....	} aa 0 gr. 25 centig.
Scammonée.....	

ou encore :

Scammonée.....	} aa 0 gr. 15 centig.
Poudre de jalap.....	

2° *Oxyures vermiculaires*. — Lors d'oxyures, pendant huit jours on donnera tous les matins un lavement froid avec une infusion de *fenouil*, dans laquelle on aura ajouté deux cuillerées à soupe de glycérine. Tous les soirs, en couchant l'enfant, on introduira le suppositoire suivant.

Calomel....	0 gr. 15 centig.
Beurre de cacao.....	2 grammes

Pendant la journée on introduira dans l'anus, assez profondément, gros comme un pois d'*onguent napolitain*.

Puis, comme les oxyures siègent fréquemment assez haut dans le gros intestin, on administrera un antihelminthique par la voie gastrique, deux grammes de *semen-contra*, le matin à jeun.

3° *Toénias*. — Dans la première enfance, au-dessous de deux ans, il faudra se contenter comme toénifuges des antihelminthiques tels que *semen-contra*, *fenouil*. Si l'enfant a plus de deux ans, on administrera le *koussou*, à la dose de six à huit grammes, en granulé, ou mêlé à de la confiture. *La pelletière, torrique pour les enfants, ne doit pas être prescrite*. Par contre une bonne préparation pour les enfants, c'est l'*extrait éthéré de fougère mâle*, que l'on prescrira ainsi :

Extrait éthéré de fougère mâle....	3 grammes
Sirop de menthe.....	30 grammes

à prendre, le matin à jeun, en deux fois à un quart d'heure d'intervalle.

Mais il faut non seulement tuer ou engourdir le parasite, mais encore le chasser de l'intestin; pour obtenir ce résultat, il est des règles très importantes à connaître et qu'il faut suivre sans hésitation. Un purgatif doit sui-

vre de près l'ingestion de l'antihelminthique. On prescrira ainsi *vingt grammes d'huile de ricin à prendre une demi-heure après l'absorption du tœnifuge*. Puis on fera garder le *repos au lit* afin d'éviter les vertiges, les nausées qu'on observerait autrement. Pour éviter la fragmentation facile du tœnia au moment de l'expulsion, *l'enfant ira à la selle sur un vase plein d'eau tiède*; la masse du ver sera ainsi soutenue par le liquide et le tiraillement sera moindre. On devra rechercher si la tête a été expulsée.

En cas d'insuccès, il faut *attendre au moins six semaines avant de recommencer la médication*.

B) *Traitement prophylactique*. — Les recommandations qui constituent cette partie du traitement ne sont pas inutiles à observer: la récurrence de l'helminthiase intestinale, si fréquente et si ennuyeuse pour l'enfant comme pour son médecin, tient à leur reconnaissance.

1° *Lombrics*. — Les matières fécales chargées de ces vers devront être brûlées ou désinfectées avec du *sulfate de cuivre* par exemple. Les enfants ne devront boire que de l'*eau bouillie* ou *filtrée*; si on donne des fruits crus ou des légumes crus ils devront être très soigneusement lavés. Il sera non moins utile de les *empêcher de jouer avec le terreau de jardin*, où les lombrics s'accouplant et rampant aux heures fraîches de la journée, déposant leurs œufs.

Oxyures. — Avec les oxyures, la récurrence est fréquente; on fera une *toilette soignée des mains*, que les enfants portent si souvent à leur bouche et qui ont été infectées pendant les grattages. On prendra en plus toutes les précautions recommandées contre les lombrics.

Toenias. — Le tœnia provenant souvent de la viande crue du bœuf, si on veut employer chez l'enfant cette thérapeutique par la viande crue, on prescrira du *mouton* ou du *veau*. L'éloignement d'animaux, tels que le chien, susceptibles de porter le tœnia, sera conseillé, tout au moins le traitement concomitant de l'animal.

(AUSSET.)

BIBLIOGRAPHIE

Les Dispensaires antituberculeux, par M. le Dr SAMUEL BERNHEIM. (1 volume in-8°, de 110 pages, Roussel, éditeur, Paris.)

Cette intéressante monographie comprend 10 chapitres qui peuvent se résumer ainsi :

Dans le 1er chapitre l'auteur fait l'historique de la question.

Dans le 2e il expose le but du Dispensaire antituberculeux. " Cette institution sociale ne ressemble en rien à une polyclinique ou à un service de consultations des hôpitaux. Ce sont des établissements sanitaires, des postes-vigies installés dans les quartiers populeux des grandes villes, où les déshérités sont bien accueillis, bien soignés, bien assistés. A tous ces malheureux on fournit gratuitement : médicaments, aliments, vêtements et secours en espèces. Des crachoirs de poche, des vases sanitaires, des antiseptiques leur sont délivrés. — On désinfecte régulièrement et méthodiquement à l'aldéhyde formique tous les logements entachés de tuberculose.

3° Dans les dispensaires antituberculeux de l'œuvre de la Tuberculose Humaine, on forme encore l'éducation sanitaire du peuple par des causeries familières, par des tracts répandus à profusion, par des brochures, par des conférences publiques. Les tuberculeux qui se trouvent dans des conditions défavorables sont changés de local. Ceux qui n'ont aucune ressource ni soutien sont envoyés à la campagne et dans des sanatoria.

4° La direction du dispensaire est si complexe par les multiples conditions qu'il doit remplir, que bien imprudent serait le médecin qui entreprendrait un établissement semblable, sans en avoir fait un apprentissage sérieux de la tuberculose et surtout de la question pratique, sociale et administrative de la tuberculose. En cette matière on n'improvise rien.

5° Le local du Dispensaire peut être très simple : une salle d'attente, un cabinet de consultations, une salle de chirurgie, une pharmacie, un laboratoire et une buanderie suffisent au pis aller. Néanmoins, cette installation si elle veut être complète sera plus compliquée.

6° En attaquant le fléau si redoutable de tous côtés on peut obtenir de très brillants résultats. C'est ainsi que les prédisposés et surtout les jeunes enfants, si enclins à la tuberculose, peuvent être sauvés de la contagion. Les tuberculeux, atteints au premier degré, ont beaucoup de chance de guérir de leur affection. Ceux du deuxième degré s'améliorent fréquemment. Les véritables phthisiques dont on ne veut nulle part, sont surveillés et placés dans des conditions telles qu'ils ne sont plus un danger social de contagion.

7° Il n'y a aucun antagonisme entre le dispensaire et le sanatorium. Ce sont au contraire deux organisations sociales qui se complètent mutuellement. Le dispensaire, en accueillant tous les tuberculeux sans distinction, en les attirant même, fait le tri de ces malades et adresse au sanatorium les malades susceptibles de tirer un bénéfice d'une cure sanatoriale. Au retour de cette cure, le dispensaire reprend le sujet amélioré ou guéri, le surveille pour constater si cette amélioration se maintient. De plus le Dispensaire ne se préoccupe pas seulement du malade lui-même, mais il s'intéresse à sa situation sociale, à sa famille, à son entourage et à ses voisins. En un mot le dispensaire ne poursuit pas seulement un but médical et thérapeutique, mais il cherche encore à accomplir une véritable mission sociale et humanitaire.

8° C'est à cause de cette portée sociale du dispensaire que le médecin qui dirige un établissement semblable, doit en dehors de confrères distingués, zélés et dévoués à la sainte cause de la défense antituberculeuse, s'entourer de philanthropes, d'économistes et d'organiseurs désintéressés qui donneront à l'œuvre une bonne administration, régulière, méthodique et ordonnée.

9° La meilleure organisation sera fournie par des syndicats ouvriers, des unions professionnelles, des mutualités. Tous ces groupements, très importants par leur nombre ont intérêt à seconder le médecin, seront ses meilleurs

leurs aides, ses plus précieux administrateurs. L'œuvre de la Tuberculose Humaine l'a bien compris en fondant successivement, la société antituberculeuse des instituteurs de la Seine et l'union antituberculeuse des mutualités et des sociétés de prévoyance.

10° Plus de deux années d'expérience ont démontré à l'auteur que les dispensaires antituberculeux bien compris, sagement dirigés, peuvent réaliser beaucoup, tant au point de vue de la guérison que de la prophylaxie de la tuberculose.

L'administration intestinale des médicaments, par le Dr S. BERNHEIM. (1 volume de 96 pages, Maloine, éditeur, à Paris. Prix : 2 frs.)

La plupart des médicaments sont difficilement administrés par la voie buccale à cause de l'intolérance de l'estomac pour les produits pharmaceutiques qui, eux-mêmes sont trop souvent altérés ou transformés par le suc gastrique. Aussi l'auteur a-t-il recherché un moyen pratique d'enrobage des médicaments pour que ces derniers passant dans l'estomac ne soient pas désagrégés.

De nombreuses expériences *in-vitro* et *in-vivo*, démontrent que les capsules de gélatine, les pilules ordinaires ou vernissées, les dragées, les produits granulés, les pilules de kératine sont complètement dissous dans l'estomac: aucune de ces préparations ne résiste, même pendant deux heures au suc gastrique. Un grand nombre de capsules de gluten, du commerce, dont on a vanté faussement la résistance, n'ont pas triomphé de l'épreuve stomacale, M. Bernheim a expérimenté alors des globules enroblés avec un gluten spécial, chimiquement pur, et ces globules ont supporté le séjour dans l'estomac du chien, pendant 3, 4, 5, 6 et même 7 heures sans être altérés. Au contraire, au contact du suc intestinal alcalin, ces globules glutinisés se ramollissent en trois ou quatre heures, se désagrègent et se vident. Pour que le médicament ne se répande pas subitement au contact de la muqueuse intestinale, l'agent médicamenteux est mélangé avec un produit résineux neutre sans action: l'assimilation du médicament est ainsi ralentie, graduelle et progressive et n'offre aucun inconvénient pour la muqueuse intestinale elle-même.

Il va sans dire que la durée normale de la digestion stomacale est de beaucoup inférieure au délai de résistance supporté par ces globules glutinisés et résineux. Mais qui peut plus, peut moins. M. Bernheim a expérimenté ce procédé chez un grand nombre de malades à troubles gastriques, et il a constaté que ce système d'enrobage rendait très facile l'administration des médicaments les plus actifs, qui étaient ainsi tolérés. Le praticien appréciera certainement cette nouvelle méthode d'administration des médicaments.

Il résulte de toutes ces expériences et les nombreuses observations cliniques auxquelles a donné lieu l'emploi des médicaments glutinisés à excipient résineux, que l'enrobage de gluten est actuellement le mode d'enrobage le plus parfait pour préserver la muqueuse stomacale contre le contact irritant des médicaments et que l'excipient résineux assure le fractionnement physiologique des doses médicamenteuses ingérées.
