



DR E. P. LACHAPELLE,

Doyen de la Faculté de Médecine Laval à Montréal.
Professeur d'Hygiène et de Déontologie,
Président du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec,
Chevalier de la Légion d'Honneur

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. HOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. E. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,
A. MARIN.

50 Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef,
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXVII

1er FEVRIER 1908

No 2

ACTUALITES

NOTRE NOUVEAU DOYEN

Le public médical apprendra sans doute avec plaisir la nomination du professeur E.-P. Lachapelle à la position importante de Doyen de la Faculté de Médecine Laval, à Montréal, en remplacement du professeur Rottot, démissionnaire pour cause de santé.

Nous avons raison d'écrire, ici même, sur ce sujet, le mois dernier, que nous étions confiants dans le verdict des membres du Conseil.

A l'unanimité, ils ont désigné le Dr Lachapelle comme leur doyen.

Cette prompté décision et cette bonne entente sont à l'honneur du nouveau titulaire et de ses distingués collègues.

On a compris, de part et d'autre, que les intérêts de l'Enseignement Supérieur sont de la plus haute importance, car si l'Université doit sa renommée à l'érudition de ses professeurs, elle ne peut se maintenir et progresser qu'à la condition de recevoir, en haut lieu, la direction efficace qu'elle attend de ses Maîtres.

Nous félicitons donc vivement la Faculté de Médecine du choix qu'elle a fait, et nous adressons au nouveau doyen — ancien propriétaire et directeur actuel de l'*Union Médicale* — l'expression de nos meilleurs souhaits dans l'exercice de sa nouvelle charge. . .

Fondateur et président du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec dont il a écrit, pour ainsi dire, les Statuts; ancien président du Collège des Médecins et Chirurgiens dont il a dirigé les débats durant plusieurs années, après avoir changé le mode d'élection des gouverneurs et avoir assuré son autonomie — si souvent menacée par les passions politiques — par une nouvelle refonte des Statuts; fondateur et surintendant de l'Hôpital Notre-Dame, où il a eu maintes fois l'occasion d'exercer son tact et son sens des affaires; partout où il a passé, le Dr Lachapelle a exercé une influence prépondérante grâce à son esprit d'initiative et de progrès et à sa longue expérience des hommes et des choses.

La nouvelle charge qu'il assume est pleine de responsabilité et de périls.

Comme dans toute institution qui progresse, l'enseignement universitaire a besoin de réformes, mais elles ne sont pas aussi faciles à accomplir qu'on le croit. Il faut compter sur le temps — ce grand maître de toutes les cérémonies — sur les circonstances et le moment opportun.

C'est l'histoire de la barque qui suit le fil de l'eau. Elle va toute seule, semble-t-il, mais une main au gouvernail la dirige et elle atteint bientôt le but du voyage, sans un heurt, sans un à-coup, au grand étonnement et à la satisfaction de tous.

Habilité du pilote. . . .

C'est la mission du nouveau doyen! . . .

A ceux qui aiment les sincères de chercher ailleurs!

Timeo Danaos et dona ferentes!

MEMOIRES

LES SECRETS DE LA PHARMACOPEE (1)

Par Dr J. C. S. GAUTHIER, d'Upou.

Les quelques notes sur la pharmacopée que j'ai recueillies pour vous les communiquer en séance plénière de notre association Médico-Chirurgicale de St-Hyacinthe, sont le résultat de patientes recherches. Je leur donne le titre de secrets de la pharmacopée, en raison du mystère dont certaines préparations pharmaceutiques sont entourées par les grandes maisons de commerce qui nous les fournissent.

Ces remarques ne sont pas adressées, comme une critique aux pharmaciens ni aux médecins pharmaciens. Je les livre à la publicité dans le seul et unique but de me rendre utile à mes confrères en médecine.

Depuis longtemps les médecins pratiquants dans les districts ruraux de la Province de Québec gémissent sur l'insuffisance de leurs revenus et voient de jour en jour la gêne s'installer à leur foyer. Les progrès étonnants de la science, au point de vue du traitement prophylactique des maladies, l'hygiène privée et publique, qui sans cesse luttent efficacement contre les épidémies et la chirurgie qui ne cesse d'empiéter sur le domaine de la médecine, réduisent à la famine le médecin des campagnes. Il constate avec effroi l'exode de ses malades vers les grands centres et les hôpitaux où les différentes branches de la médecine sont spécialisées.

L'avenir se montre de plus en plus sombre pour celui qui fait de la médecine générale. Sans compter avec la compétition effrénée qui ruine la profession rurale, cette course au clocher entre médecins qui pour une popularité éphémère, se font un point d'honneur de pratiquer la médecine pour des honoraires ridicules.

Je désire aujourd'hui attirer votre attention sur une nouvelle plaie qui nous ronge et contre laquelle je voudrais réagir et lutter avec votre concours. Je veux vous proposer de secouer le joug des marchands de remèdes qui oppriment la profession médicale et la tiennent en tutelle.

Aux Etats-Unis, c'est au moyen du " Pure food and drugs law " que l'on veut empêcher les médecins de manipuler leurs remèdes et les forcer à avoir recours dans tous les cas aux pharmaciens. L'on fait un crime au médecin de fournir des remèdes à ses clients.

Laissez-moi vous citer une résolution qui a été proposée à la

(1) Communication à la réunion de l'association Médico-Chirurgicale de St-Hyacinthe, le 19 décembre 1907.

législature d'Ontario par le Collège de pharmacie de cette province :

“ Une résolution, dit le *Western Druggist*, numéro de juin 1906, “ devrait être adoptée, condamnant d’une manière absolue la vente “ des remèdes par les médecins qui ne sont pas des pharmaciens “ diplômés, excepté dans les cas d’urgence, où lorsque le patient “ demeure à une trop grande distance de la pharmacie ; mais avec “ l’entente, dans tous les cas qui se terminent par la mort, sup- “ posant que le patient aurait pris des remèdes fournis par un mé- “ decin, que le coroner devrait faire une enquête minutieuse et le “ médecin traitant ne devrait pas avoir le privilège de signer un “ certificat de décès. ”

A la page 292, du même journal, numéro de juin 1906, on lit :

“ Le médecin ; selon son droit et ses prérogatives peut remplir “ ses fonctions quant à la recherche d’un diagnostic, d’une médica- “ tion et donner sa prescription, mais s’il ose fournir lui-même “ ses remèdes et entrer sur un terrain qu’il ne connaît pas, le pu- “ blic a le droit d’exiger, si le patient meurt, que l’État intervienne “ au moyen d’officiers spéciaux, ou le coroner, qui seront chargés “ de trouver la cause exacte de la mort. ”

Ces deux citations, Messieurs, parlent par elles-mêmes, elles n’ont pas besoin de commentaires, elles vous donnent une preuve évidente du soin que certaines classes professionnelles prennent pour se protéger.

Ici, dans la province de Québec, la tyrannie n’a pas pris une forme aussi autoritaire et l’on a pas encore osé l’appuyer sur la loi ; mais ne voyons-nous pas le joug des marchands de remèdes devenir de jour en jour plus lourd ?

J’en conviens, le médecin lui-même est souvent l’artisan de sa perte, il cède trop facilement aux sollicitations des marchands, qui s’emparent du plus clair de son revenu, en lui présentant de jolies préparations pharmaceutiques, faites avec assez de soin et d’un goût fort agréable.

Cette insouciance a des conséquences plus graves que vous ne le pensez, et si nous voyons de nos jours les spécialités pharmaceutiques prendre une importance toujours croissante, cela dépend le plus souvent de ce que le médecin, mal habile à prescrire une formule, préfère souvent s’en rapporter à une préparation spécia-

lisée de tel ou tel inventeur. En agissant ainsi, le praticien peut faire la fortune de quelqu'officine, il se dépouille lui-même à ce jeu dangereux, car le client, trompé par les prospectus qui entourent ces préparations, s'empresse de s'adresser directement, non plus à son médecin, mais au débitant de la drogue spécialisée.

Le médecin ne songe pas, que souvent la qualité du remède, au point de vue thérapeutique, est sacrifiée à l'élégance et au goût de la préparation. Songe-t-il aussi, qu'après avoir encombré l'officine du médecin, avec ces élégantes préparations, ce même marchand s'en va, parcourant les villes et les campagnes, offrant sa marchandise à tout venant, la vendant sans discernement à tous les épiciers, à tous les marchands, voire même aux communautés religieuses, sans compter les barbiers. Ceux-ci, qui dans les temps anciens, pratiquaient la chirurgie, deviendront aussi les pharmaciens de l'avenir ?

Messieurs, il n'y a pas de profession plus ignorée, plus mal rémunérée de ses services que la profession médicale dans les campagnes ; et j'ai le regret de dire, après une expérience de vingt-neuf années, que les médecins ne savent pas et ne veulent pas se protéger.

Les exigences de la vie sont plus nombreuses, le coût de la vie est plus élevé et nos moyens sont de plus en plus limités. Cependant nous voyons des médecins qui osent déclarer sous serment, qu'une visite de nuit ne vaut pas plus qu'une visite de jour, qu'une injection hypodermique ne vaut pas un sou, qu'une première injection de serum vaut cinq dollars, que la deuxième vaut 50% de moins, etc., etc.

A ce point de vue, la médecine n'est plus une science, la chirurgie n'est plus un art, elles deviennent toutes deux de vils métiers.

Je sais que la perfection n'est pas de ce monde, et ceux qui travaillent à relever le niveau professionnel ne s'attendent pas à attirer à leur suite tous les membres de notre profession, sans exception. Néanmoins nous constatons avec une grande satisfaction, l'agitation qui se produit sur différents points du pays dans le but d'améliorer notre position et d'inculquer aux membres de notre profession un bon esprit de corps et de protection mutuelle.

Il n'y a pas le moindre doute que tous les médecins qui assistent à nos réunions, y viennent avec le désir bien arrêté d'y apprendre quelque chose qui enrichisse leur bagage scientifique ou profes-

sionnel. Une lecture scientifique, la discussion d'un traitement, d'une prescription, l'expérience acquise sur la meilleure méthode de faire une préparation, excitent l'intérêt commun et permettent d'acquérir des connaissances dont chacun peut profiter avantageusement. J'ai cru qu'une conférence sur la préparation de certains remèdes, que nous avons l'habitude d'acheter et que nous pouvons facilement fabriquer, serait de quelque utilité. L'expérience acquise dans la préparation de certaines formules semi-mystérieuses, l'initiation aux secrets pharmaceutiques est un item qui ne peut pas s'acheter, mais une fois acquise elle est une source de revenu appréciable. Mais c'est seulement au prix d'efforts persévérants que nous parviendrons à secouer l'indifférence de ceux qui ne veulent pas suivre le progrès et à empêcher les médecins de devenir des dispensateurs et des vendeurs de produits pharmaceutiques fabriqués.

“ On a discuté longtemps pour savoir si la médecine est un art ou
 “ une science. C'est l'un et l'autre dit Dujardin-Beaumetz. La
 “ médecine est une science par les connaissances qu'elle exige,
 “ la médecine est un art par son application à l'être malade et sur-
 “ tout par la thérapeutique. C'est dans cet art que consistera le
 “ talent du médecin; c'est par la forme donnée à sa préparation,
 “ par un heureux choix des médicaments, par leur association
 “ favorable, que le médecin est un véritable artiste. Et quand
 “ Trousseau prononçait ces mots, il était là personnification vi-
 “ vante de ce fait, car personne n'a porté plus haut l'art de la thé-
 “ rapeutique et l'art de formuler.”

Combien peu de médecins comprennent l'importance des études pharmaceutiques et qui laissent à d'autres le soin de combler cette lacune. Les écoles de médecine semblent maintenant réaliser la nécessité de l'enseignement de la pharmacie.

De nos jours on peut dire avec Hufeland, que la science contribue pour un tiers dans le traitement des maladies les deux autres tiers du succès appartiennent au savoir faire et *au gros bon sens*.

Mon intention aujourd'hui, Messieurs, est de vous proposer de secouer le joug des marchands de remèdes et de vous en fournir le moyen. Voici un certain nombre de préparations pharmaceutiques très élégantes, en tout semblables à celles que vous achetez à grand prix, des pharmaciens et que tout médecin peut préparer lui-même pour le tiers de ce qu'elles coûtent ordinairement. Ces échantillons

que j'offre à votre inspection et à votre critique ont été choisis au hasard et sont le produit de mon travail et de mes expériences dont je suis heureux de vous faire bénéficier. Ce sont des remèdes dont l'usage est journalier chez tous les médecins.

Je n'ai pas la prétention d'en avoir fait la découverte, ils sont connus depuis longtemps, avant ces deux dernières années, à l'exemple de mes confrères, j'avais l'habitude d'acheter ces préparations de mon pharmacien. Maintenant je les prépare moi-même et j'y trouve un si grand bénéfice au point de vue de la qualité pharmaceutique et thérapeutique, que j'ai résolu de partager avec vous le fruit de mes travaux.

Parlons d'abord des élixirs, qui tous ou à peu près, ont pour base l'Elixir aromatique. Cet élixir simple se prépare en très peu de temps comme suit :

℞. Esprit composé d'orange	5 viss.	5 cts
Sirop simple.	3 xxiv.	25 cts
Phosphate de chaux.	5 i.	2 cts
Alcool.	5 xvi.	50 cts
Eau distillée.	5 xxiv.	
		82 cts

Au poids de 20 cts la livre.

Modus operandi. — Ajouter l'esprit d'orange à l'alcool, le sirop par petite quantité ayant le soin d'agiter à chaque fois, faire de même pour l'eau, ensuite le phosphate de chaux, laisser reposer pendant quelques heures et filtrer.

℞. *Spirit of orange Compound.*

Oil of orange, 1 fld oz. — Oil of lemon, ¼ fld oz.
 Oil of coriander, 40 m. — Oil of Star anise, 10 m.
 Alcool sp. gr. 820, add 5 ozs.

℞. *Elixir Quinine, Strichuine et Fer.*

Liq. de strichn. B. P. 1/100	500 gts.	5 cts
Quinine hydrochloras.	512 grains	35 cts
Phosphate de fer soluble	5 ii. et 5 i.	12 cts
Alcool.	5 vi.	20 cts
Eau distillée	5 iv.	
Glycérine.	5 v.	5 cts
Elixir aromatique, add	4 lbs	60 cts
		\$1.37
4 lbs coûtent \$1.37 ou 34 cts la lb.		

Faire dissoudre la Quinine dans 40 oz. d'élixir aromatique, ajouter la Liq. de strychnine et l'alcool. Le phos. de fer doit être

dissout à une haute température dans l'eau, chauffer au bain-marie ajouter la glycérine après dissolution, mêler les deux liquides et ajouter la balance de l'élixir, c'est-à-dire 8 ozs et filtrer après quelques heures. Le chlorhydrate de Quinine étant soluble dans l'eau est le seul sel de Quinine qui peut être employé dans cette préparation, car le phosphate de fer soluble qui est un sel instable est chimiquement incompatible avec les acides qui le précipitent.

℞. *Elixir Terpine et Héroïne, ou Glyco Terpine, Héroïne.*

Hydrate de Terpine	512 grains	10 cts
Héroïne hydrochloras	30 gr.	38 cts
Alcool	1 lb.	50 cts
Glycérine	2 lbs.	32 cts
Elixir aromatique	1 lb.	20 cts
		<hr/>
		\$1.50

Modus operandi. — Faire dissoudre la terpine dans la glycérine chaude, l'héroïne dans l'alcool, mêler avec la glycérine pour tenir la terpine en dissolution et ajouter l'élixir aromatique. Chaque lb coûte 38 cts.

℞. *Elixir Terpine et Héroïne Co. :*

Terpine hydrate	512 gr.	
Héroïne hydroc.	30 gr.	
Menthol	3 iv.	
Tinet. Tolu	3 iv.	
Alcool	5 xii.	
Glycérine	2 lbs.	
Elixir aromatique	1 lb.	

Modus operandi. — Faire dissoudre la terpine dans la glycérine chaude, l'Héroïne, le Menthol et la Tinet. Tolu dans l'alcool, mêler avec la glycérine chaude et terpine et ajouter l'élixir. Dose: une à deux cuillérées à thé.

℞. *Elixir Pepsine. 1 gr. de pepsine au 3 i.*

Pepsine pure	512 gr.	30 cts
Acide hydrochlor.	3 ii.	1 ct
Glycérine	3 viii.	8 cts
Elixir Taraxacum Co	3 iv.	15 cts
Alcool	3 xii.	45 cts
Talc purifié	3 i.	3 cts
Sucre	3 xviii.	6 cts
Eau jusqu'à	4 lbs	
		<hr/>
		\$1.08

Modus operandi. — Mêler la pepsine avec 24 ozs d'eau, ajouter la glycérine et l'acide jusqu'à solution complète de la pepsine. Ajouter l'Elixir de Taraxacum C°, l'alcool et la poudre de talc et mêler parfaitement. Laisser macérer pendant quelques heures en agitant de temps en temps. Filtrer à travers un filtre bien humide, passer le liquide au percolateur contenant le sucre et faire passer le reste de l'eau à travers le filtre. 4 lbs coûtent \$1.08 ou 27 cts la lbs.

℞. *Elixir Taraxacum Co.*

Fld. Ext. Dandelion	5 ii.	10 cts
Fld. Ext. Sweet Orange peel	5 10	7 cts
Fld. Ext. Wild Cherry	5 10	7 cts
Fld. Ext. Licorice Root	5 iv.	16 cts
Tinct. Cinnamon	5 ii.	16 cts
Tinct. Cardamom C.	5 ii.	8 cts
Elixir aromatique	4 lbs	60 cts

\$1.18

Modus operandi. — Laisser déposer pendant quelques jours et filtrer. 4 lbs coûtent \$1.18 ou 29½ cents la livre. Cet élixir entre dans la préparation de l'Elixir de pepsine et l'Elixir de cascara C°.

℞. *Elixir Tri-Bromures.*

Sodium Bromide	6 oz. et 5 iiicc.	33 cts
Potassii Bromide	6 oz. et 5 iiiss.	25 cts
Elixir Caféine, add	4 lbs	\$1.16

\$1.74

Chaque 5 contient 8 grs de Bromure de Potassium, 8 grs de Bromure de Sodium et 1 gr. de Bromure de Caféine.

4 lbs coûtent \$1.74 ou 43½ cents la lb.

℞. *Elixir Caféine.*

Caféine pure	512 grains	30 cts
Acide hydro-bromique dil.	5 ii.	1 ct
Syrop de café	5 xvi.	25 cts
Elixir aromatique add.	4 lbs	60 cts

\$1.16

Coûte \$1.16 pour 4 lbs ou 29 cents la lb.

℞. *Elixir Cascara Sagrada Co.*

Fld. Ext. Cascara Sagrada	5 iv.	28 cts
Fld. Ext. Senna	5 v.	35 cts
Ext. Fld. Butternut	5 iv.	24 cts
Elixir Taraxacum Co. add	4 lbs	90 cts

\$1.77

Laisser déposer pendant quelques jours et filtrer.

Dose, une cuillerée à thé.

4 lbs content \$1.77 ou 45 cents la lb.

℞. *Liquor Peptonate de fer et Gentiane.*

Fld. Ext. Gentiane Co.	5 ii.	10 cts
Tinct. de fer Citro-Chloride (1)	3 viii.	20 cts
Elixir Pepsine add.	4 lbs	75 cts

 \$1.05

(1) 1 oz. fld de Tinct. de muriate de fer neutralisé par 200 grs de citrate de potassium et la moitié de l'alcool remplacé par de l'eau.

Dose, une à deux cuillerées à thé.

4 lbs coûtent \$1.05 ou 21 1-5 la lb.

℞. *Elixir Aloine, Belladonna et Strichnine.*

Aloine	128 gr.	5 cts
Fld. Ext. Belladonna Rad.	256 gtts.	5 cts
Liq. Strychnine, B. P. 1/100	3 i. et 40 gtts	5 cts
Elixir aromatique add.	4 lbs	80 cts

 95 cts

4 lbs coûtent 95 cents ou 24 cents la lb.

℞. *Sirop chlorido-phosphate de chaux.*

Phosphate de chaux précipité	5 1/4
Acide hydrochlorique	5 ivss.
Sucre	5 14 1/2
Eau	5 xii.

Dissoudre le phosphate de chaux dans l'acide préalablement mêlé à l'eau, filtrer ce liquide et le laisser tomber sur le sucre contenu dans un percolateur. Ce sirop peut se préparer par double décomposition au moyen de la craie précipitée en carbonate de chaux, en présence de parties égales d'acide phosphorique et d'acide lactique préalablement mêlés à l'eau, le produit est un sirop de lacto-phosphate de chaux.

℞. *Sirop de Pin blanc Co.*

Ext. Fld. de Pin blanc	5 i.
Fld. Ext. of Balsam gilead buds	64 m.
Fld. Ext. Spikenard, amis sauvage.	64 m.
Fld. Ext. of Wild Cherry B.	5 i.
Fld. Ext. Sanguinaria Canad.	5 iv.
Morphine acét.	3 grains
Chloroforme	64 m.
Alcool	5 vii.
Eau	iv.
Sirop simple	5 iii.

Modus operandi.—Mêler les Extraits fluides avec l'alcool, ajouter l'eau et le sirop préalablement mêlés, filtrer à travers de la poudre de talc purifié jusqu'à ce que la solution devienne claire, ajouter le chloroforme et dissoudre la morphine ou la codéine ou l'héroïne dans la solution filtrée.

R. Elixir hypnotique Composé.

Hydrate de Chloral	5 iv	25 cts
Bromure de Potassium	5 ii.	8 cts
Ext. Cannabis Indica	10 grains	4 cts
Ext. Hyocianus	10 grains	4 cts
Morphine Sulph.	8 grains	4 cts
Elixir aromatique, add.	5 xvi.	20 cts
		<hr/>
		\$0.65

Dose : Une demie à une cuillerée à thé.

Modus operandi. — Triturer les extraits solides avec la glycérine jusqu'à dissolution, dissoudre les autres substances dans l'élixir aromatique, ajouter les extraits, filtrer après deux jours.

Chaque oz. contient 120 chloral 60 gr. Brom. de pot. 1 gr. de chaque extrait et ½ gr. de morphine. 1 lb coûte 0.65 cts.

REVUE GÉNÉRALE

UNIVERSITÉ LAVAL DE MONTREAL

DEVELOPPEMENT DES ORGANES DE L'EMBRYON HUMAIN (1)

Par le professeur ADRIEN LOIR

Dans la cavité utérine l'embryon se développe peu à peu comme nous l'avons vu, et voici en un tableau la marche de son accroissement progressif.

Age.	Longueur.	
20 jours,	5 millimètres.	
1 mois.	10 millimètres.	Tête ébauchée avec yeux, narines et bouche indiquées.
1 mois ½,	20 millimètres.	Tête distincte du thorax; membres, doigts visibles.
2 mois,	50 millimètres.	Organes génitaux. Début d'ossification (vertèbres cervicales, côtes, membres, frontal, occipital.)
3 mois,	80 à 100 millimètres.	Sexes distincts. Muscles quelque peu différenciés. Placenta constitué.
4 à 6 mois,	140 à 300 millimètres.	Ossification des os et du tarse.
8 mois,	400 millimètres	
9 mois.	500 millimètres.	Développement embryonnaire achevé.

ACCROISSEMENT GÉNÉRAL DE L'EMBRYON.

Pathologie du fœtus. — Le fœtus dans la cavité utérine est protégé. Grâce au liquide amniotique, il subit moins les chocs imposés à la mère. Celle-ci peut remuer, ce qu'elle ne pourrait

(1) Faculté de Médecine, chaire de Biologie, leçon d'Embryologie.

pas faire aussi facilement si la poche des eaux n'existait pas. Cependant, le fœtus n'est pas complètement à l'abri des traumatismes. Il est tout à fait indépendant de la mère, cependant, il lui emprunte les matériaux dissous dans le sérum du sang maternel et qui peuvent passer à travers l'épithélium placentaire. Il peut en même temps recevoir par le placenta et la veine ombilicale des substances toxiques.

En général, dans les intoxications le fœtus renferme une proportion de poison moindre que celle que l'on rencontre chez la mère, et ses tissus offrent plus de résistance à l'intoxication. Lorsque la mère a été tuée par le chloroforme, en ouvrant de suite l'utérus, on peut trouver l'enfant encore vivant. Il en est de même pour les enfants des femmes tuées par asphyxie.

Les microbes passent, eux aussi, quelquefois à travers le placenta, mais le fait est rare, on a alors des maladies congénitales et non héréditaires. (1) La fièvre typhoïde, la variole, la rage, le choléra congénitales sont connus, ces maladies peuvent se transmettre de la mère au fœtus, mais pas dans tous les cas.

La question de l'hérédité dans les maladies a été bien élucidée pour la première fois par Pasteur dans son travail sur les maladies des vers à soie.

Pasteur, étudiant les causes qui, en 1865, amenaient la ruine de l'industrie de la soie dans le Sud de la France, nous a montré qu'il existait deux maladies dans les éducations infectées, la pébrine et la flacherie. Le germe de la pébrine passe du corps de la mère dans les œufs et dans les petits; le mâle ne leur communique pas la maladie, mais donne une progéniture faible et débile. Dans la flacherie, au contraire, ni le mâle, ni la femelle ne peuvent transmettre l'infection; mais si l'un d'eux est malade le produit est faible et présente une prédisposition marquée à contracter la maladie.

Chez l'homme il existe deux maladies à évolution lente: la syphilis et la tuberculose, dans lesquelles on a bien étudié ce qui se passe au point de vue de l'hérédité, et dans lesquelles il faut tenir compte de l'état des deux générateurs.

Heredo-syphills. — Si la mère est syphilitique l'avortement est fréquent, à cause des lésions du placenta; d'autres fois l'en-

(1) Congénital: qui est transmis avec la vie qui existe au moment de la naissance. Hérédité, Loi biologique d'après laquelle les êtres vivants tendent à se répéter dans leurs descendants et à leur transmettre leurs propriétés.

fant vient au monde avec des manifestations spécifiques. L'enfant normal à la naissance sera atteint de manifestations syphilitiques vers la sixième semaine, quelquefois plus tard, à 15 ou 20 ans. C'est la syphilis héréditaire tardive. Si le père seul est contaminé, les mêmes éventualités peuvent se produire. Le fœtus peut avoir la syphilis et la mère reste indemne, cependant, il y a des modifications profondes qui se passent dans l'organisme de la mère; après avoir porté cet enfant syphilitique elle gagne l'immunité et ne peut plus prendre la maladie. Cette femme qui a mis au monde un enfant syphilitique sans prendre la syphilis, peut, sans danger de contamination allaiter son enfant. Ce sont probablement les matières solubles immunisantes qui, à l'exclusion des microbes, ont franchi le filtre du placenta et conféré l'immunité à la mère.

Lorsque les parents n'ont pas la syphilis et que la mère a contracté la maladie pendant la grossesse, deux éventualités peuvent se présenter. Si la syphilis est communiquée à la mère avant le septième mois, le fœtus est d'ordinaire syphilitique, si la syphilis survient après le septième mois, l'enfant est d'ordinaire indemne, mais il a l'immunité et peut, sans inconvénient, être allaité par sa mère.

Hæredo-tuberculose. — La tuberculose congénitale existe peut-être, mais c'est une exception extrêmement rare. Seulement l'enfant né de parents tuberculeux présente une aptitude spéciale à contracter la tuberculose. Il possède une nutrition vicieuse qui se traduit par la scrofule, le lymphatisme, la chlorose, il a une prédisposition marquée à prendre la tuberculose. L'enfant n'a pas l'immunité comme dans la syphilis, au contraire. Il a autour de lui des causes de contagion s'il reste dans ce milieu; aussi faut-il le soustraire à cette contagion dès la naissance. Les enfants de tuberculeux placés, dès la naissance, dans un milieu non tuberculeux n'ont pas la tuberculose; c'est une règle, peut-on dire, absolue.

Malformations congénitales. — Les infections peuvent être le point de départ de malformations, mais en général ces malformations sont dues à des accidents de fécondation.

Ordinairement, un seul spermatozoïde féconde l'ovule, quelque fois plusieurs spermatozoïdes s'introduisent dans l'œuf. Cela

se produit lorsque la membrane d'enveloppe n'est pas assez résistante, lorsque la mère est affaiblie au moment de la production de l'œuf. Si deux spermatozoïdes pénètrent dans l'ovule, le pronucleus femelle se séparera en deux et on aura deux cellules, deux noyaux vitellins, grâce à la fusion avec les deux pronucleus mâles, c'est-à-dire avec la tête des deux spermatozoïdes. Ces deux noyaux vitellins deviendront le centre de deux formations embryonnaires dans le même œuf. Il en résulte une grossesse gémellaire. Les deux êtres ont une origine unique, c'est le même être dédoublé; aussi seront-ils toujours de même sexe et présenteront-ils au point de vue physique et moral une ressemblance frappante. Il ne faut pas confondre ce cas avec la gémeauté résultant de la fécondation intra-utérine de deux ovules; il se produit alors des êtres différents qui peuvent ne pas avoir le même sexe: dans ce dernier cas on est en présence, chez l'homme, d'un phénomène normal chez la plupart des animaux, chez lesquels la femelle, à chaque période de menstruation, donne, non pas un, mais plusieurs ovules.

Lorsque deux êtres se développent dans un même ovule, il pourra se faire qu'à un moment donné les deux êtres se fusionnent; il en résultera la formation d'un monstre double. L'union peut se faire par les vertex, le reste des deux corps restant indépendant, c'est le cas des frères Siamois. Les deux têtes peuvent se fusionner, c'est un monstre à double face. Les deux êtres peuvent avoir une vie propre. D'autres fois un des deux individus se développe mal, une partie indispensable à la vie fait défaut, il deviendra parasite, il se greffera sur son frère; ou bien il pénétrera dans sa cavité abdominale, donnant naissance à une tumeur par inclusion fœtale.

Les monstres peuvent résulter de causes externes qui agissent sur l'embryon, souvent ils viennent de troubles de la nutrition, d'altérations de l'amnios; dans la syphilis, par exemple, les lésions amniotiques déterminent des vices de conformation, bec de lièvre, pied bot, etc.

Hérédité. — Nous avons vu que des anomalies peuvent se présenter chez le fœtus. Ces anomalies vont-elles se transmettre à la descendance? Il faut distinguer deux sortes de malformations. Celles résultant d'un trouble évolutif, celles, en quelque sorte, accidentelles.

Le cordon ombilical peut s'enrouler dans l'œuf, autour de la jambe du fœtus, l'enfermer et amener son amputation; il s'agit d'un accident, la lésion ne se transmettra pas. Les lésions accidentelles, qu'elles soient congénitales, qu'elles soient acquises, restent isolées, elles n'influencent pas la progéniture. Ainsi la circoncision est faite chez les juifs depuis de nombreux siècles, et leur prépuce est toujours dans le même état au moment de la naissance des descendants. Comme dans le cas de l'amputation de la jambe du fœtus, il s'agit d'une lésion accidentelle. Mais s'il existe un trouble dans l'évolution de l'œuf, que l'anomalie anatomique soit le résultat d'une déviation fonctionnelle, l'idée directrice qui préside au développement de l'être et assure l'unité de l'espèce, semble profondément modifiée. Il faudra plusieurs générations pour que le type normal se reproduise. Pour comprendre ces faits, il nous faut étudier l'hérédité.

L'hérédité est la loi biologique d'après laquelle les êtres vivants tendent à se répéter dans leurs descendants et à leur transmettre leurs propriétés. L'espèce présente une unité, ou plutôt une personnalité; elle conserve ses caractères fondamentaux à travers les âges, tous les hommes de tous les temps, de tous les lieux se ressemblent. Cette ressemblance n'est pas parfaite, des modifications se produisent, l'homme du XXe siècle n'est pas identique à l'homme primitif. Mais les différences ne sont pas profondes, elles sont légères. L'individu lui-même est différent lorsqu'il est jeune et adulte, mais son individualité se conserve, sa personnalité existe. La personnalité assure la ressemblance de l'individu, l'hérédité assure la ressemblance de l'espèce à travers les âges. L'hérédité est la grande loi qui règle l'évolution des êtres.

Pour fixer les idées, prenons une comparaison: Il y a dans l'être moral un principe, que nous désignons sous le terme de conscience qui règle la vie morale de l'individu. L'individu peut toujours être ramené dans la ligne droite par sa conscience; il y résiste plus ou moins. Ce qui se passe au point de vue moral chez l'individu, se passe au point de vue physique dans la suite des êtres pour assurer la conservation de l'espèce. Il semble exister comme une conscience physique de l'espèce.

Il y a dans le corps de l'homme, des cellules germinatives (le plasma germinatif) qui sont chargées de la reproduction de l'es-

pèce. Elles dirigent l'évolution de l'être, c'est la masse héréditaire, l'énergie héréditaire. Les autres cellules peuvent, en se développant, être altérées dans leur évolution par une cause ou par une autre, elles produiront une anomalie de l'être, mais cet être ne reproduira pas cette anomalie (nous avons donné plus haut l'exemple de la circoncision, de l'amputation d'un membre chez le fœtus). Mais que les cellules de la reproduction soient atteintes, il y aura modification chez le jeune. L'hérédité est la transmission, non des modifications anatomiques mais des modifications fonctionnelles. Ces modifications peuvent être imprimées au jeune être dans l'utérus, elles peuvent être imprimées à l'être formé, à l'être adulte.

Lorsque l'on fait la circoncision, lorsqu'on coupe les oreilles et la queue des chiens, ces caractères ne sont pas acquis par la descendance; ce ne sont pas des caractères fonctionnels. Mais si on coupe le nerf sciatique d'un cobaye, cet animal devient épileptique, ses petits sont épileptiques, cependant le sciatique est normal chez eux au point de vue anatomique, mais la fonction est altérée, c'est un trouble fonctionnel. Peu à peu, après plusieurs générations on retrouve un petit qui reprend le type ancestral, il n'est plus épileptique. Les cellules du plasma germinatif tendent à revenir au type primitif, elles sont chargées d'assurer l'unité de l'espèce. C'est la conscience qui se réveille. Le principe vital est là qui veille, il réalise ce que nous désignons sous le nom d'atavisme.

Les anomalies qui se produisent par suite d'un trouble fonctionnel, celles qui représentent un arrêt ou un excès de développement se transmettent donc pendant un certain nombre de générations, mais pas indéfiniment.

Cette imprégnation, cette modification des cellules du plasma germinatif est bien mystérieuse et étrange. On cite le fait de femmes blanches, après avoir eu un enfant d'un nègre, lorsqu'elles étaient plus tard fécondées par un blanc, donnaient naissance à des enfants sur le corps desquels on retrouvait quelques taches de pigment noir. On cite encore le cas de cette femme mariée à un homme dans la famille duquel tous les mâles sont hypospades, depuis six générations. Elle a trois enfants hypospades. Elle devient veuve, se remarie avec un homme bien conformé, elle a quatre enfants, tous hypospades. Ces enfants en ont onze parmi

lesquels un seul est hypo-pade. Le vice de conformation transmis par suite de l'imprégnation maternelle avait, par conséquent, modifié l'organisme, mais avait tendance à disparaître.

Il existe donc dans l'être humain des cellules germinatives qui peuvent être impressionnées pour un temps, mais qui, en définitive traversent les âges sans avoir tendance à se modifier; elles assurent la stabilité de l'espèce. Les autres cellules subissent l'influence de l'évolution; impressionnées par les agents externes, elles peuvent réagir à leur tour sur les cellules germinatives et leur imprimer une direction nouvelle, ce qui tendra à modifier le type primitif. Les cellules germinatives peuvent se laisser impressionner mais avec tendance à résister et assurent en définitive la conservation de l'espèce. C'est le retour à l'intégrité de l'espèce.

Pour continuer notre comparaison de tout à l'heure, c'est le retour de conscience.

La loi de la conservation du type ancestral s'explique par la persistance des cellules germinatives. La loi de l'évolution s'explique par les modifications des cellules somatiques. (Soma, le corps, par opposition à l'esprit. Phénomènes somatiques par opposition aux phénomènes psychiques.)

Les changements accidentels ne se transmettent pas, car ils atteignent seulement le soma. Les qualités nouvellement acquises du somaplasme ne sont pas transmissibles au plasma germinatif. Les troubles fonctionnels sont héréditaires quand les modifications somatiques qui résultent des troubles fonctionnels peuvent retentir sur les cellules germinatives. Si dans ce dernier cas, des modifications anatomiques apparaissent, c'est que le développement et la structure des organes sont régis par les fonctions qu'ils sont chargés d'assurer, mais les cellules germinatives ont toujours tendance à ramener le type ancestral, elles remplissent leur rôle pour la conservation de l'espèce.

Le travail d'un organe réglant son développement, ça conçoit que les modifications fonctionnelles qui se transmettent puissent avoir pour conséquence des modifications anatomiques. Un homme peut, par hérédité, être doté d'une intelligence supérieure; il viendra au monde avec des aptitudes particulières qui auront pu provoquer un développement plus marqué de ses cellules

cérébrales. Autrement dit, ce n'est pas parce que le cerveau est fort développé que l'intelligence est remarquable; c'est parce que l'individu a hérité d'un fonctionnement cérébral supérieur, que les centres qui servent à assurer la fonction se sont développés outre mesure. Cette anomalie se transmettra pendant un certain nombre de générations. Mais lorsque les descendants ne cultiveront plus, ne sauront plus se servir de cette activité cérébrale supérieure, pour une raison ou pour une autre, les cellules germinatives qui assurent la conservation normale de l'espèce ramèneront les choses en état.

C'est l'histoire de toutes les anomalies dans l'ordre intellectuel, de toutes les anomalies dans l'ordre physique. Ce retour, c'est l'atavisme. Lorsque le type ancestral est par trop modifié, lorsque, semble-t-il, les cellules germinatives perdent le contrôle de l'espèce dont elles doivent assurer la permanence du type, alors survient un nouveau phénomène, désigné sous le nom de la sélection naturelle qui fait disparaître, qui empêche de se reproduire, le produit par trop faible, par trop modifié, par trop différencié du type primitif.

Les fonctions pouvant réagir sur le soma, on comprend l'évolution qui permet à l'être de se plier aux conditions nouvelles qui lui sont imposées et lui donne ainsi la possibilité de se défendre. Mais ces différences apportées à l'espèce par l'évolution ne sont pas permanentes, les lois de l'atavisme existent toujours et l'espèce reprend ses attributs dès que disparaissent les causes qui lui ont été imposées et qui ont amené un changement dû à l'évolution. Et même pendant que les causes existent, faisant sentir leur influence et maintenant un type qui a l'air fixé par l'hérédité, on voit, un beau jour, apparaître un descendant dont les caractères sont ceux des ascendants. L'atavisme se fait toujours sentir. Ainsi, lorsque par la sélection on obtient des pigeons qui ont depuis des générations les mêmes caractères, tout à coup, on en trouve un qui est identique aux ancêtres; l'atavisme, dans ce cas, a sauté de nombreuses générations. Si on abandonne à elle-même cette espèce ainsi modifiée artificiellement, peu à peu les caractères des ancêtres réapparaissent et l'espèce reprend ses caractères primitifs, abandonnant ceux qu'elle avait pris momentanément:

Cette stabilité de l'espèce dont on retrouve la marque en étudiant l'être vivant, a été indiquée par la philosophie chrétienne. L'âme de l'homme est le principe actif et vital qui dirige ces cellules germinatives qui conservent à l'espèce humaine son intégrité. L'anima brutorum des animaux est le principe actif et vital qui dirige les cellules germinatives et conserve aux espèces animales leur caractère distinctif.

En somme, tous les caractères acquis, fixés par l'hérédité se continuent d'une façon indéfinie, jusqu'au moment où, sans cause appréciable, on verra réapparaître un caractère depuis longtemps modifié ou disparu. C'est l'atavisme. Certains caractères sautent des générations.

Rôle des deux générateurs. — Théoriquement selon ce que nous savons de l'embryologie, le père et la mère devraient impressionner également le produit. Cependant, la ressemblance physique et morale n'est pas une moyenne des deux. Beaucoup de théories ont été émises pour expliquer ces faits. On a dit que le parent le plus rapproché de la maturation impose son sexe et sa ressemblance. Ainsi, si l'ovule est fécondé dans l'oviducte, tout au début de la période menstruelle, par un spermatozoïde qui est depuis plusieurs jours dans les organes génitaux de la femme, on aura une fille, si au contraire l'ovule, tombé de l'ovisac depuis plusieurs jours, est descendu dans l'utérus et rencontre là des spermatozoïdes jeunes, le produit de la fécondation sera un garçon.

La nutrition de l'œuf semble avoir aussi une influence, en nourrissant des têtards avec de la nourriture animale on obtient quatre-vingt-douze pour cent de femelles, tandis que lorsqu'ils ont une nourriture naturelle il n'y a que cinquante-sept femelles pour cent.

Parmi les troubles à attribuer à la collaboration des deux parents, il y a la consanguinité. Ils peuvent avoir les mêmes tares physiques et morales, les troubles légers s'additionnent, s'accroissent chez les descendants, il n'y a pas de correction. On aura de bons résultats si les défauts du père et de la mère ne sont pas analogues, mais la moindre tare, si elle existe chez les deux, sera exagérée. La consanguinité est l'hérédité convergente accumulée. On retrouve la même influence de la consanguinité physique au

point de vue de la consanguinité sociale. Si l'on prend deux générateurs dans le même milieu social, le produit aura une mentalité de même sens mais qui dépassera le niveau de celle du père et de la mère. L'enfant appartiendra à la caste de ses parents d'une façon plus intime que ses parents eux-mêmes.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE — PATHOGENIE ET TRAITEMENT

Parmi les maladies qui viennent compliquer le cours de la grossesse, il en est une, qui laisse bien souvent hélas! le médecin impuissant et désarmé malgré toutes les ressources de la thérapeutique moderne: je veux parler des vomissements graves ou incoercibles.

Paul Dubois en 1848 — Guéniot dans sa thèse de 1863 — Tarnier, Pinard et Budin dans leurs leçons cliniques ont étudié d'une façon spéciale cette complication de la grossesse. Stone en 1903, et Ellice MacDonald dans le journal américain d'Obstétrique de 1905, ont apporté des idées nouvelles et très justes dans leurs études sur l'analogie qui existe entre les vomissements incoercibles et l'éclampsie de la grossesse.

Pathogénie. — La pathogénie de cette affection est encore bien obscure. Beaucoup de théories plus ingénieuses les unes que les autres — permettez-moi de passer en revue les principales sans m'y arrêter autrement.

La grossesse, étant ici la cause primordiale, beaucoup ont recherché comment s'exerçait son action fâcheuse.

Pour les uns, ce serait une affection réflexe produite par l'utérus gravide sur l'estomac; pour d'autres, le muscle utérin se laisserait difficilement distendre, de là, pression des extrémités terminales des nerfs utérins et vomissements par voies réflexes.

Brettonneau et Graily-Hevitt incriminaient les déviations utérines.

Bennet en voulait aux érosions et aux excoriations du col.

Guéniot, Dance et Hévvitt prétendaient que cette affection était due à une inflammation du muscle utérin.

Pour Leven c'était une dyspepsie concomitante.

Enfin, Mattey, dans sa thèse de 1904, mit en cause le nervosisme et l'intoxication intestinale.

Nous arrivons alors à nous faire une idée plus nette et surtout plus juste de la pathogénie des vomissements.

Done, d'après Mattey, deux éléments fauteurs de la maladie se combinent pour lui donner naissance: le nervosisme, que nous pouvons mieux appeler l'hystérie et l'intoxication intestinale qui n'est qu'une modalité de l'auto-intoxication.

Hystérie et auto-intoxication, toutes les causes précédentes peuvent y être rattachées, aussi est-il intéressant de les étudier de plus près.

(a) HYSTÉRIE.

Kallenbach professait que les vomissements incoercibles étaient une manifestation de l'hystérie.

Tissier, dans une discussion à la Société d'Obstétrique de Paris, "janvier 1907," insistait sur la grande fréquence des vomissements incoercibles, presque instantanément modifiés chez les nerveuses par simple influence psychique.

Le *Dr Mattey* qui vient de consacrer un travail très documenté à ce sujet, conseille tout d'abord de rechercher les signes de la névrose. "Si celle-ci semble en jeu, s'écrie-t-il, on recourra à la "thérapeutique générale de l'hystérie: électricité et surtout suggestion." Une suggestion ferme, qui donne confiance, fera souvent merveille.

Terrier rapporte un cas, où l'état général commandait l'avortement: on persuade à la malade qu'elle était débarrassée de sa grossesse, aussitôt une tasse de bouillon put être gardée. (*Arch. de Neurol.*, août 1897).

Graefe met sur le compte de l'hystérie un grand nombre de ces vomissements; il pense que la suggestion et l'isolement devraient être employés plus souvent dans le traitement.

La méthode de Copeman qui consiste à faire la dilatation digitale suivie du décollement du pôle inférieur de l'œuf semble donner, là encore, raison à cette théorie. *Bonnaire*, qui a prati-

qué souvent cette méthode avec succès, croit qu'elle agit surtout par suggestion.

Enfin, *Pueck*, estimant que ces vomissements n'étant pour la plupart qu'une manifestation de l'exagération de l'excitabilité réflexe produite par la grossesse des femmes nerveuses, ayant ainsi un rapport étroit avec l'hystérie, a recours lui aussi à la suggestion par sa méthode des ventouses mammaires.

(b) AUTO-INTOXICATION.

En dehors des conditions où l'état névropathique de la femme est particulièrement en jeu, il faut alors penser à l'auto-intoxication.

Pour le professeur Pinard, il n'y a pas d'autre cause.

“Tous les vomissements gravidiques ne sont, dit-il, qu'une même manifestation d'une entité morbide sous la dépendance d'une auto-intoxication plus ou moins tolérée par l'organisme.”

“Le foie, dit-il encore, joue un rôle capital dans cette affection. Il y a une impotence hépatique, quand le foie ne peut pas remplir son service fonctionnel, il y a auto-intoxication: auto-intoxication d'autant plus forte que le terrain est mal préparé et que l'affection évolue chez des débiles, des maigres, des hystériques. Il résulte de tout ceci, que dès qu'une femme vomit, elle est sous la puissance d'une intoxication qui imprègne le système nerveux; de là accélération considérable du pouls.”

Cette rapidité du pouls, ajoute le professeur, est une manifestation du système nerveux qui crie: “Je suis empoisonné!” — Pinard, clinique, 1903.”

Je traduis maintenant du journal américain d'Obstétrique, “août 1905,” quelques passages de l'intéressante communication du Dr MacDonald, sur “la toxémie de la grossesse avec vomissements.”

“On donne à cette auto-intoxication ou hépatotoxémie, le nom de Toxémie de la Grossesse, et plusieurs obstétriciens sont d'accord pour la considérer comme la cause de beaucoup d'états pathologiques pendant la période de gestation. C'est à cette origine qu'ils font remonter les vomissements incoercibles de la grossesse “hyperemesis gravidarum,” la névrite puerpérale, l'éclampsie et les psychoses puerpérales. Ils sont, de plus,

“ d'avis que beaucoup de légers inconvénients des femmes enceintes, tels que les maux d'estomac, les maux de tête, certaines lésions de la peau, etc., n'ont pas d'autre cause.”

Stone, tout en reconnaissant l'auto-intoxication d'origine hépatique veut lui ajouter l'auto-intoxication d'origine rénale. Pour lui, vomissements incoercibles et éclampsie ne sont qu'une même manifestation à symptômes différents, *toxemia of pregnancy with vomiting and eclamptic toxemia with convulsions*.

A. BRISSET,

Assistant accoucheur à la Maternité.

(A suivre).

TRAITEMENT DES PARALYSIES DIPHTÉRIQUES PAR LE SÉRUM ROUX

Jusqu'à ces dernières années la plupart des cliniciens n'accordaient au sérum de Roux qu'une légère influence sur les paralysies diphtéritiques. La paralysie vélo-palatine semblait même avoir augmenté de fréquence.

Une connaissance plus approfondie de l'action du sérum paraît avoir récemment modifié les idées.

Loin de provoquer la paralysie précoce ou tardive, il exerçait plutôt une double action prophylactique et curative.

Déjà en 1904, M. Comby rapportait quelques cas de paralysies guéries par les injections de sérum. Il concluait, qu'il fallait l'employer systématiquement, dans toutes les paralysies diphtéritiques, même quand les malades avaient été préalablement soumis à la sérothérapie.

Depuis cette époque, les succès se sont multipliés et les échecs se font plus rares.

Dans différentes communications, MM. Rist, Barbier et Netter sont venus confirmer les données de M. Comby.

En mai 1907, M. Dopter faisait observer à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, un fait intéressant: il a noté la disparition complète des paralysies tardives vélo-palatines, depuis qu'il a fait sucer à ses malades des pastilles Martin. Ces pastilles ne

sont autre chose que du sérum antidiphthérique sec, préparé sous les soins de M. Martin, de l'Institut Pasteur. M. Rust notait en même temps, que l'usage de ces pastilles amenait la disparition rapide des bacilles dans la gorge.

Enfin, en décembre dernier, M. Sicard obtenait la guérison d'une paralysie généralisée progressive, en injectant quotidiennement 20 cc. de sérum durant 27 jours. C'est dire qu'il faut y mettre, quelquefois, de la persévérance.

La *paralysie diphthérique précoce* survient habituellement après la disparition de l'angine, au début de la convalescence.

La *paralysie tardive* apparaît 1 à 2 mois après la guérison de l'angine. C'est la forme la plus grave.

Tardive ou précoce, elle frappe environ 25 % des convalescents, chiffre éminemment variable, selon la gravité des épidémies. Les enfants au-dessus de 10 ans et les adultes sont principalement atteints. Dans les 4/5 des cas, la paralysie se limite au voile du palais et au pharynx.

Cette *forme limitée* débute insidieusement, par des engourdissements de la gorge, la voix se nasonne peu à peu, la déglutition devient difficile, surtout pour les liquides. Il y a un léger mouvement fébrile, quelquefois de l'albuminurie et du ralentissement du pouls. En examinant la gorge, on note l'anesthésie du pharynx et l'immobilité du voile du palais. Après 10 à 15 jours, tout rentre ordinairement dans l'ordre.

La *forme généralisée* est plus tardive et plus grave. Elle atteint par ordre de fréquence, la gorge, puis les yeux, les jambes, les bras et enfin le thorax, mettant ainsi le malade en imminence d'asphyxie. Elle est précédée de fourmillements et d'engourdissements. Les réflexes sont abolis mais l'atrophie est rare. La durée est beaucoup plus longue que dans l'autre forme, et souvent les lésions persistent indéfiniment.

La pathogénie de ces paralysies se conçoit assez facilement. L'action microbienne est double. Le bacille agira d'abord localement par lui-même en créant une névrite limitée, qui finira par disparaître. Si l'infection est plus profonde le bacille n'agira plus seulement par les poisons dont se compose son corps, mais encore par les toxines solubles qu'il aura sécrétées et que le sang aura charriées au loin.

Dans l'un et l'autre cas, il s'agira de névrite périphérique. L'apparition tardive des paralysies graves, s'explique par la grande résistance du système nerveux à l'invasion des toxines. Par contre, une fois imprégné, il se débarrasse lentement des éléments nuisibles.

Si l'on ne prend pas la précaution de continuer, durant quelque temps, les injections de sérum, même après amélioration des symptômes, on doit craindre de voir s'épuiser l'action de l'antitoxine, avant qu'elle ait atteint le système nerveux.

Si la paralysie est déjà constituée, il faut ne pas ménager les doses de sérum : 15 à 20 cc. par jour.

L'observation de M. Sicard montre qu'il ne faut pas se décourager trop vite.

On est parfois obligé de recourir à la sonde œsophagienne quand les malades déglutissent difficilement. Ce moyen est à la portée de tous les praticiens.

L'emploi du sérum n'exclut pas, évidemment, les autres moyens thérapeutiques, strychnine, cacodylate, frictions, massages, électricité.

Il convient, en terminant, de citer un cas de guérison par l'adrénaline, là où le sérum avait paru échouer.

J. C. BOURGOIN.
Assistant à l'Hôtel-Dieu.

INFECTION PUERPERALE (Suite) (1)

Par le M. le DR E. A. RENÉ DE COTRET
Professeur adjoint d'obstétrique, accoucheur de la Maternité.

Et cette question de virulence qui est presque nulle pour ceux qui, ayant rencontré des micro-organismes dans le vagin, les croient toujours inoffensifs, qu'en faites-vous ? Cette virulence ne peut-elle se réveiller sous certaines conditions favorables, *défait de résistance de terrain par exemple*. Et encore, n'est-ce que le streptocoque, le staphylocoque, le coli-bacille qui peuvent engendrer l'infection puerpérale. Il faut remarquer que la plupart des auteurs, entre autres les premiers qui ont fait des expériences, n'ont eu en vue que le staphylocoque et le streptocoque, surtout ce dernier microbe, parce que tout d'abord on a cru que seul il pouvait

(1) Voir le numéro de janvier 1908.

produire l'infection puerpérale? Que fait-on des anaérobies? qui sont capables, eux aussi, d'engendrer une toxémie et une infection.

On a admis encore la propriété bactéricide des sécrétions vaginales comme preuve de l'impossibilité de l'auto-infection, soumettons-nous à cette hypothèse; mais l'auto-infection ne pourra-t-elle pas se faire après l'accouchement parce que Kronig, lui-même admet que "en cultivant dans le flux lochial quelques bactéries pathogènes, il a pu s'assurer que ce flux doit être considéré, contrairement à la sécrétion vaginale de la femme enceinte et de la parturiente avant la rupture des membranes, comme un terrain de culture favorable. *La propriété bactéricide ne semble se récupérer qu'après quelques jours.*"

Cela m'amènera à parler bientôt de l'auto-infection possible pendant les suites de couches. Avant d'arriver à cette question, j'aimerais à toucher à un autre point. Jusqu'ici nous avons supposé que la femme était saine et il nous est à peu près prouvé, par la majorité des auteurs, que le canal vaginal se divise en deux portions, sous le rapport de la stérilité au point de vue bactériologique: une portion supérieure aseptique et une portion inférieure qui peut être peuplée de microbes dont la virulence, il est vrai, est presque nulle. Mais voici que se pose cette question: tout utérus gravide est-il forcément un utérus sain et même stérile? C'est là une idée fort répandue; voyons jusqu'où elle est vraie ou fausse. En 1884, Donat a rapporté le cas d'une femme, atteinte de leucorrhée purulente, qui accoucha vers le huitième mois. Donat trouva des infiltrats purulents entre le placenta et la caduque. En 1885, Veit nous décrit l'*endomérite* décidual ou endomérite des femmes enceintes. Hégar (1902) constate, de même que Veit, les altérations inflammatoires de la caduque dans l'avortement. Lohlein (1892) trouve dans un placenta des altérations qui avaient amené des crises douloureuses et fébriles chez une femme enceinte. Albert (1901) rencontre dans l'épaisseur du fond de l'utérus des foyers suppurés et dans la caduque des altérations inflammatoires antérieures au travail, qui avaient causé la mort de deux femmes en couches. Six autres femmes qui n'avaient pas été touchées et mortes d'infection puerpérale présentent un endomètre gravement atteint. Emmanuel (1894, 1895, 1897) rapporte

trois observations d'altérations déciduales; dans l'un des cas il y avait des microcoques, dans un autre de nombreux bacilles, rappelant la *B. coli* commune. Jeannin (1900) voulut pratiquer un avortement provoqué chez une femme qui avait eu de la fièvre, des frissons et des contractions utérines. Avant de rompre la poche des eaux, il aspira une partie de son contenu, avec une pipette. Le liquide, noirâtre, fétide, contenait un cocco-bacille. Walthard (1902) cite le cas d'un accouchement prématuré à 7 mois. Une tige de laminaire enfoncée dans l'utérus en fait sortir une certaine quantité de pus contenant des streptocoques et des staphylocoques. L'année suivante (1903) le même auteur rapporte le cas d'une femme enceinte de trois mois et demi et qui n'avait jamais été touchée, chez laquelle on trouva des diplo-streptocoques dans le sang, provenant de l'utérus, dans le chorion et l'ammios. Fabre (1899) et Maslowsky (1896) présentent des cas où le gonocoque parut être en cause.

Quels sont la date et le mécanisme de l'infection dans ces cas? On reste dans l'hypothèse. L'infection a pu précéder la conception, ou s'y superposer, ou la suivre.

D'autre part, dit de Bovis, la clinique nous apprend que les facteurs les plus communs des infections puerpérales sont les rétentions de placenta, de membranes ou de lochies. Or, tout le monde sait que la rétention des enveloppes de l'œuf s'observe surtout chez les femmes ayant eu des endométrites. Quant à celles des lochies, M. Vogel a bien mis en lumière le rôle des anté, rétro ou latéroversions et des torsions de l'utérus pour expliquer leur origine.

“ Qu'il se rencontre chez une femme quelques-unes des conditions précédentes — endométrite ancienne avec ou sans microbes, foyers inflammatoires intra-utérins plus ou moins anciens ou étendus, rétention membraneuse ou placentaire, déplacement ou torsion — et nous aurons, avec la présence des germes pathogènes d'origine vaginale ou vulvaire, toutes les conditions depuis longtemps admises pour le développement d'une infection; et si l'accoucheur est irréprochable — en cas d'asepsie rigoureuse, d'absence d'injections ou de touchers — il sera impossible de refuser aux accidents le titre d'une auto-infection.”

Mais voici que surgit l'objection que dans ces cas les utérus ne sont pas normaux.

“ Nous ne le nions pas, ajoute R. de Bovis: nous pensons même que c'est la conclusion à laquelle il faut aboutir, car il serait vraiment étrange qu'un utérus *absolument normal*, pourvu de voies d'accès — vulve, vagin, col — parfaitement saines, et accouchant normalement sans intervention étrangère, put s'infecter dans l'accomplissement d'un acte aussi naturel. Sinon, ce serait à douter de la Zweckmassigkeit — qu'on nous pardonne ce germanisme — de l'organisme humain: sa construction ne répondrait plus au but de la nature.”

“ En d'autres termes, nous pensons que les parturientes chez lesquelles se développe une infection, en dépit des soins les plus minutieux et en l'absence de toute souillure exogène, ont bien une auto-infection, puisque c'est avec leurs propres germes qu'elles s'infectent, mais nous pensons aussi que ces femmes n'étaient pas absolument normales; leur utérus était ou pathologique ou mal formé.”

N'y a-t-il pas alors lieu de croire que la *femme absolument saine* avec un *utérus absolument sain* et *bien conformé* est une rareté? si oui, il est permis de croire à l'auto-infection.

Mais si la femme porte presque toujours dans ses organes génitaux des micro-organismes, pourquoi ne fait-elle pas toujours de l'infection? C'est que le microbe n'est pas *tout* dans l'infection; il y a un autre facteur indispensable qui est le *terrain propice*. Stolz avait déjà suggéré, avec quelque timidité, cette proposition que Bumm et Sigwart ont formulée avec plus de hardiesse. “ La morbidité puerpérale à toutes ses périodes, dit Bumm, dépend de quelque chose d'autre — ni est encore à chercher.” En effet, le microbe, à moins d'une virulence excessive ou d'une véritable inoculation, n'est rien, s'il ne trouve un terrain propice à son action. Et quelle est la *meilleure* condition autogène, si ce n'est celle-là, celle du terrain. C'est ce que nous allons voir bientôt en parlant de la bactériologie des suites de couches. Nous constaterons que pendant la puerpéralité, on trouve très souvent des micro-organismes dans les lochies, et cependant, toutes les femmes n'ont pas de l'infection; même on en trouve chez les femmes qui ne font pas de température. Les auto-infections exigent pour leur développement ou bien une infection préexistante des voies génitales, ou bien des reliquats d'inflammation, ou bien des conditions structurales favorisant la rétention mécanique des produits morbides.

Le terrain n'est pas plus *tout* que le microbe. Il est évident que les remarquables découvertes à propos de la présence des micro-organismes dans le vagin, ne diminuent en rien l'importance des précautions antiseptiques de la part du médecin ou de ceux qui surveillent la femme en travail. La présence des organismes dans le vagin pourrait être un argument contre la nécessité des précautions antiseptiques. On pourrait arguer que, le vagin étant déjà infecté, il n'est pas nécessaire d'observer de si minutieuses précautions dans la crainte de l'infecter davantage.

Quand on considère que les micro-organismes de la partie inférieure du canal génital ne sont pas pathogènes, dans la majorité des cas, et que, quand ils le sont, leur virulence est amoindrie ou nulle, il est clairement imposé au médecin consciencieux de ne pas introduire d'autres bactéries infectantes qui, par leur nombre ou leur virulence, triompheraient des sauvegardes que la nature y a placées, et deviendraient conséquemment la cause de cas sérieux et mortels. En introduisant dans le vagin ou l'utérus les espèces microbiennes les plus virulentes — celles de l'extérieur —, nous doublons la dose quantitativement et qualitativement. Dans ce cas, la femme est infectée ou mieux *inoculée*, et le terrain n'y est plus pour autre chose que dans le plus ou moins de gravité de la réaction morbide.

Maintenant, passons à la flore microbienne du canal génital pendant les suites de couches.

A l'heure qu'il est, on croit universellement à l'origine microbienne de l'infection puerpérale, de même que pratiquement la plupart des accoucheurs pensent que, dans la grande majorité de cas mortels, cette origine est hétérogène. Mais faut-il pour cela que le médecin prenne la responsabilité entière et complète de tous les cas d'infection? Si dans tous les cas fébriles on trouve des germes, est-ce à dire que, dans les cas afebriles, l'utérus est libre de toutes bactéries, au moins des bactéries de variété pathogène? D'un autre côté, si l'on trouve des micro-organismes dans l'utérus de patientes fébriles, n'est-on pas forcé d'admettre qu'il y a possibilité que ces organismes peuvent être le facteur étiologique des cas fébriles et qu'il n'est pas nécessaire alors d'avoir une cause hétérogène pour les expliquer.

Déjà en 1865, Mayhofer démontre que, pendant les quatre premiers jours des couches, les lochies sont stériles, dans les cas afe-

briles; d'un autre côté, dans les cas avec température, il a invariablement trouvé des cocci et des bacilles.

En 1887, Doderlein examine les lochies à différents jours de la puerpéralité. De 30 patientes, chez lesquelles la température ne s'est jamais élevée au-delà de 38°c, 27 ont un utérus stérile, et 3 offrent des bactéries. Dans un seul cas il a constaté le streptocoque. Chez une patiente fébrile, qui n'avait pas eu d'examen interne, il a trouvé du staphylococcus aureus. En 1888, von Ott, dans 9 cas, et Czerniewski, dans 57 cas, obtiennent des résultats négatifs respectivement dans 9 cas et dans 56 cas. Le dernier auteur, dans une série de 53 patientes légèrement fébriles, rencontre 49 fois le streptocoque. Comme il avait vu le streptocoque dans un cas afebrile, il en conclut que ce micro-organisme, quoique compagnon ordinaire de la fièvre, peut exister sans donner naissance à aucun symptôme. Thomen (1889) trouve les lochies stériles 6 fois sur 9. Une fois sur ces 9 patientes il a isolé le gonocoque et deux fois le streptocoque. Von Franqué, dans 10 cas de puerpéralité normale découvre une fois du streptocoque, une autre fois du gonocoque. Walthard (1895) démontre la présence du streptocoque dans la sécrétion vaginale de 27 % de ces cas; mais il constate la stérilité des lochies utérines dans 10 cas qui n'avaient pas été examinés pendant le travail. D'un autre côté, dans 10 cas examinés, les lochies ne sont plus stériles que 3 fois. En 1898, Burekardt rapporte que les lochies contiennent des bactéries 11 fois sur 14, chez les patientes examinées, le onzième et le douzième jour des couches. Kronig et Menge donnent les chiffres de 13 sur 63, le streptocoque étant noté trois fois. Stahler-Winkler (1899) obtiennent des résultats positifs 20 fois sur 55 cas; mais ils ne voient pas de streptocoques. Doderlein et Winternitz (1900) isolent le streptocoque 5 fois et des anaérobies stricts 25 fois sur 250 patientes. Franz (1900) trouve des bactéries dans les lochies de 10 cas afebriles; mais une seule fois le streptocoque en est isolé. En 1901, Vogel prétend que plus on avance dans la puerpéralité, plus l'utérus est apte à présenter des bactéries. Wormser trouve 84 fois des bactéries sur 100 cas; Schanenstein (1901) 64 sur 100; Stoltz (1903), 65%; Marx 2%. D'après Foulerton et Bonner les lochies seraient toujours stériles. Hirst (1906) isole le streptocoque une fois sur 10 cas afebriles. Little (1905) dans un article très bien élaboré (*In American Journal of Obstetrics*)

donne le résultat de ses recherches dans l'examen de 50 cas. Les lochies furent examinées aussitôt après le travail, le troisième et le septième jour des couches. Dans 40 cas afébriles, les lochies furent stériles dans 92,5 % immédiatement après le travail, 62,5 % le 3e jour, et 50 % le 7e jour. Il n'a pas trouvé de streptocoques. En comptant comme négatifs les cas de gonorrhée, il arrive aux chiffres 95%, 85% et 50%.

Comment concilier ces différentes opinions et met re un peu d'accord entre ces divers auteurs?

“ Durant les suites de couches normales, dit R. de Bovis, l'utérus contient le plus souvent des germes pathogènes. Il est vrai que M. Doderlein et plus récemment M. M.-O. Burekhardt, Marx, Little ont trouvé le contenu de l'utérus stérile durant les douze ou vingt-quatre premières heures. Mais MM. Frantz, Stolz, Bumm et Sigwart ont constaté qu'il était contaminé à cette date date chez 50 à 72 % des femmes. En tout cas, à partir du quatrième jour, il n'est guère de bactériologues qui n'aient rencontré des germes pathogènes en grande abondance: les proportions qu'ils indiquent varient de 33 à 85 %. Notons même, avec M. Jeannin, que plusieurs de ces évaluations ont été faites sans le secours des cultures anaérobies; aussi n'y a-t-il rien de paradoxal à penser, comme MM. Bumm et Sigwart, qu'avec des méthodes plus rigoureuses, on découvrirait peut-être des germes pathogènes chez toutes les accouchées.”

Little explique cette variation dans les résultats des divers observateurs, de trois manières: 1° Examens des patientes à différentes périodes de la puerpéralité; 2° variation dans la technique; 3° variation dans la classification.

Cependant l'accord paraît assez parfait sur certains points, tels que les suivants: les germes sont plus communs vers le quatrième jour; ils se rencontrent avec plus de fréquence et plus d'abondance dans les cas fébriles; ils peuvent exister également en l'absence de toute fièvre.

Maintenant, qui ne sait que, dans plusieurs cas fébriles — alors que les patientes sont réellement mortes d'infection puerpérale — les lochies ont été trouvées stériles. Hirst rapporte que les cultures intra-utérines ont complètement failli à démontrer l'infection 4 fois dans 9 cas. On a fait ces mêmes constatations au Sloane Hospital.

Après tant de témoignages, de démonstrations, de recherches et d'expériences, ne peut-on pas être convaincu que l'auto-infection est possible. Un dernier mot, une dernière statistique: Franz rapporte que dans 457 cas de travail où l'on n'a pas fait d'examen interne, on a constaté 66 cas d'infection légère et 14 d'infection grave. La pathogénie de tels cas n'est-elle pas due (pour quelques-uns au moins) à l'auto-infection?

Voilà la question de l'auto-infection traitée au point de vue bactériologique; passons maintenant à un autre aspect de cette question et parlons aussi brièvement que possible de l'auto-infection au point de vue clinique.

Le désaccord, qui existe entre les exo-infectionnistes et les auto-infectionnistes sur la question de bactériologie, semble subsister encore au point de vue clinique, cependant les deux camps adversaires ne sont pas également partagés, et l'union ou l'entente a l'air de vouloir s'établir de plus en plus sur le fait clinique. En effet, d'un côté, les exo-infectionnistes, c'est-à-dire ceux qui prétendent que l'infection puerpérale reconnaît toujours une cause hétérogène, semblent diminuer en nombre. Ils disent: le vagin de la femme enceinte ne contient pas de microbes pathogènes, donc il est inutile ou même dangereux de donner des injections vaginales ante partum. D'un autre côté, les auto-infectionnistes, c'est-à-dire ceux qui affirment que l'infection peut naître des microbes que la femme loge presque toujours dans son canal génital, qui sont la grande majorité, n'ont pas les mêmes idées sur la bactériologie, et cependant, ils ont à peu près la même pratique clinique. Si l'on trouve ordinairement, disent-ils, des microbes dans le vagin de la femme, l'on rencontre également à côté de ces germes le remède que la nature y a mis. Oui, il y a des germes, mais ils sont inoffensifs ou à peu près. Voilà pourquoi la pratique se généralise de plus en plus de laisser à la nature le soin de bien rendre au but le travail qu'elle accomplit.

J'ouvre un traité, le dernier en date, *La Pratique de l'art des Accouchements*, sous la direction de *Paul Bar*, etc., et j'y lis: "A cette désinfection externe faut-il adjoindre la désinfection du vagin? Kronig conclut de ses recherches non seulement à l'inutilité des injections vaginales, mais encore à leur nocivité: d'une part, en effet, les sécrétions vaginales des femmes enceintes possède-

raient des propriétés bactéricides ; de l'autre, une simple injection ne peut suffire à détruire les germes pathogènes contenus dans le vagin, et, de plus, en entraînant et en altérant les sécrétions vaginales, elle annihile pour un certain temps la propriété bactéricide. Pour von Ott. le lavage du vagin par les eaux de l'amnios et le passage à frottement du fœtus sur les parois vaginales suffiraient à balayer tous les micro-organismes.

“ Nombre d'accoucheurs cependant, après avoir pratiqué l'asepsie de la vulve et du périnée, donnent une injection vaginale antiseptique, en dirigeant avec l'index la canule dans tous les sens, de manière à rendre plus intime le contact des liquides avec les parois vaginales. Nous nous en dispensons, pour notre part, dans les cas ordinaires ; c'est la pratique généralement suivie.”

La Pratique de l'Art des Accouchements étant publiée par MM. Commandeur, Keiffer, Macé, Maygrier, Morache, Puech, Rabaud, Treub, Cathala, Guémot, Jeannin, sous la direction de Paul Bar, A. Brindeau et J. Chambrelent, je serais tout porté à croire que ces messieurs accoucheurs des hôpitaux, agrégés ou professeurs dans différentes universités de France, ont approuvé cet écrit qui doit refléter leur opinion, et que tous ou à peu près, se dispensent, dans les cas ordinaires, de donner des injections vaginales. A cette liste de noms remarquables je pourrais encore ajouter un certain nombre d'autres.

B. C. Hirst, professeur d'obstétrique à l'Université de Pennsylvanie nous dit : “ Le canal vaginal possède des propriétés germicides très fortes qui protègent la femme contre l'infection. Elles dépendent de la présence d'un bacille spécial, et du produit du genre de vie de ce bacille ; de la leucocytose due à l'action chimotactique ; de la phagocytose ; de la puissance germicide probable des éléments du vagin ; du bouchon muqueux du col ; et du flot sanguinolent pendant la menstruation ou la puerpéralité.

“ Pendant et après le travail, des sauvegardes mécaniques du genre le plus effectif sont produites contre l'infection : c'est le flot du liquide amniotique qui nettoie le vagin ; c'est le passage qui frotte et balaye le vagin ; c'est la sortie du placenta et des membranes et le flot sanguin qui les suit.

“ Même plus, le vagin contient-il des bactéries pathogènes, celles-ci semblent dans un état de virulence atténuée ou nulle dans laquelle elles ne peuvent produire de maladie.

Il a été démontré avec toute l'évidence possible que l'injection d'un liquide antiseptique ne détruit pas les germes, mais qu'elle frustre la femme, jusqu'à un certain point, des moyens de défense que lui a donnés la nature contre l'infection. Cependant, dans certaines circonstances on est obligé de désinfecter le vagin; alors on ne se contentera pas d'une simple injection vaginale, mais on y ajoutera l'action mécanique des doigts qui frottent le vagin."

Je pourrais citer tous les auteurs américains. Ils sont tous de la même opinion. Garrigues ajoute aux raisons plus haut citées: "Le danger d'introduire des germes dans le vagin avec les doigts et la canule est plus grand que l'avantage tiré de la propriété germicide du liquide injecté. . . Mais comme il y a un véritable danger d'introduire des germes avec les doigts et les instruments, et comme il y a des preuves abondantes qu'on peut obtenir les meilleurs résultats sans employer les injections prophylactiques il est préférable dans les circonstances ordinaires de n'en point faire."

Mais voyez jusqu'à quel point Garrigues pousse son aversion pour l'antisepsie prophylactique du vagin. Il ne faut pas oublier que Garrigues était antérieurement un partisan ardent des injections vaginales.

"Le doute, ajoute Garrigues, dans l'efficacité des injections vaginales a poussé quelques accoucheurs à conseiller de frotter et de nettoyer le vagin comme on fait pour une opération de gynécologie; mais comme cela ne peut être pratiqué sans enlever l'épithélium, un tel procédé paraît causer plus de tort qu'il ne peut faire réellement de bien, et devrait en conséquence être déconseillé."

Edgar, après avoir cité les différentes raisons qui doivent nous empêcher de donner des injections vaginales, ajoute: "de plus, par les injections nous enlevons le mucus vaginal lubrifiant et nous augmentons les risques d'un travail prolongé, et des déchirures du col, du vagin et du périnée, et par conséquent, les dangers de l'infection."

Little, cité plus haut, et que l'on sait avoir fait beaucoup d'expériences et d'analyses bactériologiques, nous affirme que les lochies utérines immédiatement après le travail contiennent rarement des bactéries. Elles sont stériles 92 fois sur 100 ou 96 sur 100 si l'on en exclut le gonocoque. Little nous dit aussi: "Le pouvoir bactéricide du sérum sanguin normal peut expliquer un certain nombre

des résultats négatifs. Dans 10 des 50 cas examinés, des procédés opératoires ont nécessité l'introduction entière de la main dans la cavité utérine, et comme aucune injection vaginale préliminaire n'avait été faite, il est impossible de croire qu'un certain nombre de bactéries vaginales n'ont pas été portées jusque dans l'utérus. L'action balayante du liquide amniotique, le fait que toutes les manipulations sont faites dans la cavité amniotique, et le flux sanguin abondant après la sortie du placenta, peuvent nous expliquer l'absence des germes dans les cultures."

Voici que je relève, dans un des auteurs favorables aux injections vaginales intra-partum, une singularité assez curieuse. A la page 308 du "Précis d'Obstétrique, par MM. Ribemont, Dessaignes et G. Lepage," 6e édition, je lis au chapitre, *Conduite à tenir dans la présentation du sommet*; "on fait une injection vaginale antiseptique tiède à la femme avec les précautions d'usage." Cette recommandation doit s'étendre évidemment à toutes les présentations; c'est une règle générale pour ces auteurs de donner une injection vaginale intra-partum, et cette "injection vaginale pratiquée avec toutes ces précautions est sans danger (page 193)."

Pourquoi ces auteurs qui trouvent l'injection vaginale si facile à faire avant ou pendant l'accouchement lui trouvent-ils tant d'inconvénients dans les suites de couches: "à notre avis, devant les difficultés qu'on éprouve à faire bien ces injections, il nous semble préférable de ne pas y avoir recours pendant les huit ou dix premiers jours qui suivent l'accouchement (page 455)." ("est cependant pendant les suites de couches qu'on constate le plus de bactéries dans le canal vaginal; c'est à ce moment que les bactéries rencontrent un meilleur milieu de culture.

Budin, dans son *Traité de l'art des Accouchements*, tome quatrième, commence à avoir des doutes quant à l'efficacité des injections intra-partum. Ce traité date déjà de 1901, époque où cette question des injections est débattue avec acharnement et également par des adversaires qui expérimentent encore; mais depuis ce temps la grande majorité des accoucheurs s'est ralliée à l'opinion de Kronig, sinon au point de vue bactériologique du moins au point de vue clinique, et ne veut plus d'injection dans la généralité des cas. "Comme les propriétés bactéricides du vagin ne sont pas absolues, et ceci nous est démontré par les expériences ré-

centes de Caselli, nous croyons que jusqu'à nouvel ordre, il est plus prudent de faire des injections vaginales pendant l'accouchement. Dans tous les cas, il est de la plus haute importance de ne pas introduire de germes nouveaux dans les organes génitaux de la femme (page 611)."

Ce n'est certes pas sur la foi d'un seul expérimentateur qu'on devra se baser pour établir des règles. Ces expériences de Caselli ont-elles été prouvées par d'autres? On y a certainement pas cru, puisque depuis on a de plus en plus abandonné les injections prophylactiques.

Maintenant, quelques chiffres pour voir comment on a réussi en continuant ou en supprimant les injections intra-partum.

Les résultats de Kronig donnent 36.21 % de fébricitantes sur 1,414 parturientes injectées, tandis que 1,629 non injectées ne fournissent plus que 25.91 % ; c'est-à-dire une différence de 10 % en faveur des non injectées. La différence est encore plus nette à l'avantage des non injectées si l'on relève les températures et les accélérations du pouls chez les fébricitantes, aussi bien que la prolongation du traitement au delà du 10^e jour. Léopold donne durant une période de trente-neuf mois des injections pendant le travail, et sa morbidité annuelle oscille entre 21,7 et 16,8 %. Durant trente-six autres mois il cesse les injections, et la morbidité annuelle varie entre 7.7 et 9.2 %.

Ahlfeld arrive avec des statistiques dont les chiffres sont complètement le contraire des derniers: les non-injectés offrent 47.3 % et les injectées 33 %, mais comme dans l'un et l'autre cas ces deux chiffres sont énormes, il devait y avoir faute commise de quelque manière. Je relèguerais de tels chiffres d'une statistique.

Bretschneider nous montre le pourcentage de morbidité 21,21 %, sur 1,078 femmes injectées et 17,49 % sur 972 non-injectées.

Baisch, 8 % sur 500 femmes non-injectées et 12,8 % sur 500 injectées. Fehling et Heuricius offrent à peu près le même tableau.

Fernwald et Hubl ne trouvent pas de différence entre ces deux classes de femmes.

Steffeck constate 10,8 % de morbidité chez les non-injectées et 6,5 % chez les injectées; Holooko, 10,3 % et 4,1 % respectivement. Gunther, Frommel, von Rosthorn, Sticher et Kromer font

à peu près les mêmes constatations que les deux auteurs précédents.

Peut-on se fier réellement aux statistiques ? Voici d'autres chiffres. De 1884-1896, les statistiques du Baumm nous offre une morbidité puerpérale de 25.37 % ; de 1896 à 1900, la morbidité atteint 47.3 %, et cependant, chef de service, technique, genre d'opérations et de dystocies, façon de prendre les températures était demeurés identiques pendant les deux périodes. Hofmeier et Ploger ont vu les mêmes variations arrivées sans rime ni raison. Les causes qui expliquent ces différences, seraient l'histoire des séries et l'influence des variations séculaires de l'infection puerpérale.

“ De l'aveu de ses partisans comme de ses détracteurs, dit de Bovis, l'injection vaginale est une arme à double tranchant : scrupuleusement exécutée et avec une certaine technique, elle peut diminuer la teneur bactérienne du vagin ; dans le cas contraire, elle risque de l'augmenter ou tout au moins de ne pas la modifier.”

“ Désinfection parfaite des organes génitaux externes, dit encore de Bovis, canules aseptiques, doigts immaculés ou mieux gantés de caoutchouc, tout cela est théoriquement possible et l'injection, faite dans ces conditions, ne devrait pas augmenter la teneur bactériologique du vagin, mais pratiquement, même dans les cliniques, il est rare que ces conditions soient réalisées ; imagine la moindre faute, la moindre négligence — en ce qui concerne les organes génitaux externes, nous le répétons, elles sont faciles — et vous aurez un résultat tout opposé. N'oublions pas aussi qu'en introduisant l'oxygène de l'air dans le vagin, les irrigations peuvent favoriser la transformation des bactéries facultativement anaérobies en bactéries aérobies, dont la virulence est généralement supérieure.”

Je crois qu'il est grandement temps que je termine cette longue dissertation sur l'auto-infection. Je le ferai en rappelant qu'il n'y a pas de doute possible sur l'existence de l'auto-infection. Celle-ci reconnaît deux grandes classes : 1° Prise dans son sens le plus large elle est d'origine extra-génitale ; et 2° dans un sens plus restreint elle est d'origine génitale.

La très grande majorité des accoucheurs ne donnent plus d'injections vaginales ante ou intra-partum. Cependant, un assez bon nombre des derniers les emploient dans certaines circonstances,

par exemple, quand la parturiente souffre de pertes blanches, surtout si elles sont de nature gonorrhéique, quand il faut faire certaines manœuvres qui obligent d'introduire la main au-delà du col de l'utérus. Je pourrais encore répéter ce que je disais plus haut: " De ses expériences Walthard conclut qu'il ne faut pas donner d'injections vaginales aux femmes enceintes (ou aux parturientes, devrais-je ajouter), sauf quand l'exploration de l'accoucheur doit dépasser le col ou quand l'organisme de la femme a été affaibli par une complication quelconque."

de Bovis, dans un tout récent article (dans *la Semaine Médicale*, 4 déc. 1907), s'exprime ainsi: " Chez des femmes suspectes d'infection génitale, vous serez pleinement autorisés, — si vous avez l'occasion — à tenter la désinfection préventive. Chez les autres, ce sera parfaitement inutile."

CHRONIQUE

A propos du congrès de Québec. — Les officiers en charge du prochain congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, se sont réunis à Montréal dernièrement pour choisir les officiers des différentes sections et déterminer le sujet des différents rapports qui devront être soumis à la discussion générale.

Comme on le sait, la date du congrès avait été remise en 1909, afin de faire concilier cette réunion scientifique avec les fêtes du tri-centenaire de Québec.

Mais voici qu'une complication inattendue vient tout déranger. En effet, à la suite de la catastrophe du pont de Québec, on a décidé de remettre les fêtes du tri-centenaire à la date qui avait été fixée primitivement, c'est-à-dire au mois de juin 1908; d'un autre côté, les médecins de la ville de Champlain désirent vivement que le congrès ait lieu en même temps que les fêtes historiques.

Comme il est d'usage de faire des concessions aux organisateurs et de leur laisser toute l'initiative du congrès, " La Société Médicale de Montréal," à sa dernière réunion, a décidé d'accéder aux désirs des confrères québécois.

Cependant, nous sommes convaincus qu'il est absolument impossible d'organiser un congrès scientifique sérieux dans le court espace de temps qu'il reste à notre disposition. Comment voulez-vous, par exemple, qu'un rapporteur sur la question du cancer puisse se documenter convenablement en cinq mois de temps? C'est impossible!

Pour suppléer à cet état de chose, nous avons fait une humble suggestion; celle de faire de notre prochain congrès: *un congrès d'étude des questions d'intérêts professionnels*. Ce ne sont pas les sujets de discussion qui font défaut, puisque tout (ou presque) est à faire ou à refaire dans l'organisation médicale de notre province. Nous avons de la matière pour alimenter plusieurs congrès. Il pourrait, par exemple, se former des commissions qui étudieraient et feraient rapport sur quelques-unes des questions suivantes: *la qualification pour l'étude de la médecine; le programme des études à cinq ans; la formation d'un conseil de discipline qui ferait respecter un code d'éthique professionnelle; la réglementation de l'admission des indigents dans les hôpitaux; etc., etc.* Ces questions seraient discutées en assemblée générale afin de leur donner, non sans raison, plus d'importance et plus d'éclat.

Comme nous sommes tous suffisamment documentés sur ces différentes questions d'intérêts professionnels, il serait relativement facile d'organiser, dans l'espace de cinq mois, un congrès excessivement pratique et fructueux pour notre profession.

Nouveau doyen de la Faculté de Laval, à Montréal. — A la dernière réunion les professeurs titulaires, M. le docteur E.-P. Lachapelle a été élu, à l'unanimité, doyen de la Faculté. Il succède au docteur Rottot, qui remplissait cette fonction depuis l'époque difficile de la fusion des deux Ecoles, et qui vient de prendre sa retraite plus que méritée.

Le nouveau doyen, encore relativement jeune, a été mêlé intimement à toutes les organisations qui intéressent la profession médicale; il en connaît parfaitement le mécanisme, les ressources et les besoins. Il possède, nous en sommes certains, toutes les qualités essentielles pour mener à bonne fin l'œuvre de l'Université Laval, qui est la chose non seulement de la profession médicale mais de la nation canadienne-française toute entière.

Pour souhaiter la bienvenue au nouveau président et l'assurer de la confiance sans réserve qu'il met en lui, le personnel enseignant de la Faculté s'est réuni en un joyeux banquet au Club St-Denis.

Nous nous faisons l'interprète des lecteurs de l'*Union Médicale* en offrant nos plus sincères félicitations au docteur Lachapelle, qui a été un des fondateurs de cette revue dont il est aujourd'hui directeur scientifique.

Le nombre des étudiants en médecine au Canada. — Il existe au Canada sept universités et huit écoles de médecine. Le nombre des étudiants cette année, est d'environ 2,000.

Le Collège de Médecine, de Halifax, en compte 100; Laval, à Montréal, 325; Laval, à Québec, 100; McGill, à Montréal, 425; Queen's, de Kingston, 325; Toronto, 625; Western, de London, 100; Collège de Médecine de Winnipeg, 100.

Les Facultés de Toronto, McGill, et Queen's ont adopté le programme des études à cinq ans. Personne maintenant ne peut obtenir la licence dans Ontario, sans se soumettre au régime des cinq années d'étude.

Hâtons-nous, dans la province de Québec, d'adopter ce système commandé par l'agrandissement toujours croissant du champ des connaissances médicales, sinon nos Facultés seront considérées, apparemment comme inférieures à celles de la province voisine.

Les congrès. — Voici une chance toute spéciale de visiter l'Amérique Centrale dans des conditions très avantageuses.

Le 5ème Congrès médical Pan-Américain aura lieu à Guatemala, Amérique Centrale, dans la 2ème semaine du mois d'août 1908.

Guatemala est situé sur un plateau élevé qui est comparative-ment frais, de sorte que la température sera probablement très supportable. Le voyage en bateau de la Nouvelle-Orléans ou de New-York à Porto Barrios est très agréable.

Le gouvernement de Guatemala, qui prend un intérêt actif à ce congrès et qui fait tout en son pouvoir pour en assurer le succès, mettra toutes ses lignes de transports à la disposition des excursionnistes *gratuitement*.

Pour tout renseignement : s'adresser au Dr Ramon Guiteras, 75, West Fifty-fifth St, New-York, secrétaire du comité international.

Le congrès international de la maladie du sommeil, qui devait avoir lieu au mois de novembre, ne se réunira probablement pas avant le mois de février.

Ce retard a été accordé à la demande du Gouvernement allemand, qui désire faire connaître le résultat de l'expédition du professeur Koch en Afrique.

Lord Kelvin (Sir William Thomson), un des plus illustres savants anglais des temps modernes, vient de disparaître à l'âge de 84 ans.

Dès l'âge de 22 ans il fut chargé d'enseigner la physique à Glasgow.

Il s'est surtout adonné à l'étude de la chaleur, du magnétisme terrestre et de l'électricité.

On lui doit la découverte d'un électromètre portatif, d'un électromètre en quart de cercle, d'un siphon enregistreur, d'un galvanomètre miroir, etc.

Ses recherches sur les décharges oscillantes, sur l'énergie solaire, la compression, constituent des travaux de premier ordre.

En 1892, il reçut le titre de lord Kelvin. Il contribua dans une large part, en 1866, à l'immersion du câble transatlantique qui relie l'Angleterre aux Etats-Unis.

Ce savant laisse plusieurs ouvrages scientifiques qui ont été traduits dans différentes langues.

Il fut président de la Société Royale de Londres et de beaucoup d'autres sociétés scientifiques. Il reçut des honneurs et des décorations de presque tous les gouvernements de la terre.

Le corps de Lord Kelvin a été transporté dans l'abbaye de Westminster, le Panthéon des Anglais, près du monument de Newton.

Z. RHÉAUME.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 21 janvier

PRÉSIDENCE DE M. LE SAGE

Après lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance, le nouveau président prononce l'allocution suivante :

ALLOCUTION DE M. LE SAGE

Messieurs,

La présidence de cette Société est une charge dont s'honore à bon droit tout médecin qui en est l'heureux titulaire, à cause de la parfaite distinction de ses membres et du but élevé qu'on y poursuit.

Je vous remercie vivement de cette marque d'estime et de considération.

Comme mes prédécesseurs, et avec votre concours, je m'efforcerai de rendre nos séances attrayantes et instructives par la variété autant que l'à propos des communications qui y seront faites. Dans ce but, nous avons l'intention de demander aux médecins des hôpitaux de présenter, à chacune de nos réunions, des pièces anatomo-pathologiques recueillies au cours des autopsies, en les accompagnant de commentaires utiles à propos de l'histoire clinique des malades.

Ces démonstrations sommaires et pratiques sont un complément nécessaire aux leçons purement didactiques dont on abuse quelquefois à cette tribune.

Je suis bien aise, sur ce point, de renchérir sur les idées exprimées par notre digne président sortant, M. Marien, dont nous connaissons tous la compétence et la tenacité en la matière.

J'ajoute que nous escomptons d'avance son zèle et son bon vouloir afin qu'il contribue à donner à ce genre de travail toute l'importance qu'il avait acquise aux beaux jours du "Comité d'études."

Nous continuerons les traditions du passé en invitant des conférenciers étrangers à venir faire des communications sur un sujet à leur choix.

Il est de notre devoir d'entretenir les meilleures relations avec des confrères étrangers, membres de sociétés sœurs, où ils se sont fait remarquer par leur savoir et leur travail effectif.

A part le bénéfice que nous en retirons au point de vue scientifique, nous rendons publiquement hommage au mérite de chacun d'eux, en leur démontrant que nous apprécions justement les travaux auxquels ils consacrent une part de leur temps pour le bien de tous.

On a souvent insinué, dans certains milieux, que la plupart de ces communications scientifiques étaient faites dans un but de réclame personnelle. Je tiens à m'élever contre de semblables prétentions, car elles sont de nature, non seulement à nuire aux principes mêmes de l'association scientifique, mais à empêcher le recrutement des membres et à refroidir l'enthousiasme des conférenciers qui ont l'habitude de faire preuve de bonne foi, même dans leurs erreurs doctrinales.

On a dit aussi, parlant de notre association, que c'était une société d'admiration mutuelle.

J'interprète cette dernière affirmation dans un sens plus large. S'il est vrai que les félicitations ne manquent jamais au conférencier qui nous intéresse et qui nous instruit, j'avoue, d'autre part, que la critique est trop discrète lorsqu'il s'agit de travaux hors cadre à style repoussé, dont l'exposé est par trop fantaisiste et dont les conclusions ne sont pas rigoureusement scientifiques.

C'est ici que l'admiration doit avoir des limites, et que la critique doit mettre en œuvre ses moyens d'action dans l'intérêt même du conférencier et pour le bien de notre association. Nous ne parlons pas, bien entendu, de ce genre de critique dont l'objet n'a jamais été que de satisfaire de basses rancunes, et bien moins encore de celle qui s'est fait trop souvent un succès, de mêler les personnes aux questions de principe. "On a rien fait contre les doctrines, disait J. de Maistre, tant qu'on n'a pas été jusqu'aux personnes." En effet, l'homme en veut tellement à l'homme, et surtout à quiconque s'élève au-dessus des autres hommes, qu'une certaine critique, même scientifique, sera toujours bienvenue aux yeux d'un certain nombre, de noter dans les œuvres d'autrui tout ce qui peut servir à diminuer ce qu'elles inspirent d'admiration.

C'est précisément contre ce genre de critique que je veux mettre en garde les membres de notre société, tout en les y invitant, car elle est indispensable si nous voulons conserver à notre association un certain cachet d'originalité et de franchise qui lui assure l'existence et la survie.

Bien que la critique la plus impartiale n'ait pas toujours bien dirigé l'opinion, et qu'elle ait quelquefois mésusé de son pouvoir, on peut lui rendre cette justice qu'elle a compensé le mal qu'elle a pu faire, par le bien qu'elle a fait.

En ce qui nous concerne, nous médecins, elle a empêché la médecine d'être complètement dévorée par le charlatanisme, et ce service qu'elle a si souvent rendu, qu'elle continue de rendre, pourrait suffire lui seul à lui garantir quelque reconnaissance.

Sur ce point donc, Messieurs, je vous engage à faire valoir votre talent et à exercer votre tact. Lorsqu'on veut être bon critique en art, en littérature ou en sciences, il faut être bien informé, c'est-à-dire faire preuve de quelque érudition pour discuter avec autorité et bonne foi. C'est la critique aussi qui permet de soutenir avec esprit, bien souvent, une controverse qui pourrait être désagréable autrement.

J'en ai dit assez, Messieurs, sur ce chapitre. Je souhaite qu'il surgisse parmi vous, durant cette année, plusieurs critiques tels que les veut la critique elle-même. Ils y gagneront beaucoup d'érudition et presque autant d'esprit.

— Pour continuer l'œuvre accomplie jusqu'ici par la "Commission du Bon Lait," dont le magnifique rapport vous a été soumis dernièrement, je demanderai au Bureau d'en faire un tirage à plusieurs centaines d'exemplaires, afin qu'ils soient distribués et lus dans toutes les classes de la société.

Nous avons étudié à maintes reprises cette question sous tous ses aspects ; nous sommes suffisamment convaincus, nous médecins, du bien que nous pouvons et que nous devons faire dans ce sens. Il nous faut maintenant élargir le cadre et lancer cette question dans le public afin de forcer les municipalités et les gouvernements à prendre des mesures énergiques dans le but d'améliorer les conditions déplorables dans lesquelles nous vivons, à ce point de vue. Instruisons donc le public en allant à lui, soit par des conférences publiques, soit par des pamphlets

semblables à celui que nous avons l'intention d'imprimer et de distribuer. J'espère que vous nous apporterez votre concours le plus effectif dans la tâche que nous nous imposons.

Pour terminer, Messieurs, je vous invite instamment à travailler avec plus d'ardeur et de persévérance et à profiter de cette tribune pour nous faire part de toutes vos observations.

Vous cimenterez ainsi les assises de cette société qui a déjà fait tant de bien, et qui est appelée à jeter du lustre sur l'Université dont nous sommés les élèves. Vous contribuerez ainsi à établir entre chacun de nous ces bons rapports d'amitié et de franchise qui émoussent la pointe des meilleures lances et qui naissent de la communauté dans l'effort et de l'unité dans le but.

Enfin, Messieurs, vous travaillerez à la glorification du *travail scientifique désintéressé* qui satisfait autant l'esprit que le cœur.

Cette récompense est la seule que nous puissions vous promettre, mais elle en vaut bien d'autres. . . .

“Après la nuit de fièvres et les tardifs sommeils
 “Ses sercines elartés ont d'appaissants conseils
 “Et de frais réconforts pour la plus âpre tâche.”

Le nouveau secrétaire, M. Bourgeois, donne lecture de la correspondance.

CORRESPONDANCE

1° Lettre du Dr Dubé approuvant les conclusions du rapport de la “Commission du Bon Lait.” Il demande de poursuivre le but assigné et d'atteindre le public.

M. Marien demande que la Commission soit relevée dans ses fonctions.

Après discussion, à laquelle prirent part MM. Marien, Saint-Jacques, Boucher, Parizeau. De Grandpré. il est proposé et résolu que le *Bureau de la Société Médicale* soit chargé d'entrer en communication avec les corps publics dans le but de donner suite aux conclusions du rapport.

Le président annonce qu'il a l'intention de faire imprimer ce rapport à plusieurs centaines d'exemplaires, et de le distribuer partout afin de former l'opinion publique sur ce sujet.

M. St-Jacques suggère que l'*École Ménagère* soit intéressée à la question.

2° Une lettre du secrétaire général de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, M. Paquet, nous informant que les fêtes du tricentenaire auront lieu à Québec, en août 1908, au lieu de 1909. En conséquence, le quatrième congrès général aura lieu en 1908.

Il soumet que la question du *cancer* étant trop vaste, il serait opportun de mettre un autre sujet à l'étude, v. g. les *septicémies*.

Après discussion, à laquelle prennent part MM. Marien, Saint-Jacques, Hervieux, De Grandpré et Bourgeois, il est résolu que M. Saint-Jacques, co-rapporteur à Montréal, s'entende avec le Dr Ahern, de Québec, premier rapporteur.

II. PIÈCES ANATOMIQUES.

(a) M. MARIEN. — *Réséction d'une énorme vésicule biliaire* contenant un gros calcul, et présentant la forme d'un estomac. M. Marien donne quelques détails sur l'histoire clinique de la malade qui n'aurait présenté aucun signe manifeste de l'affection dont elle souffrait.

M. ST-JACQUES, fait quelques remarques à propos de la cholécystite calculuse si étrange, bien souvent, dans ses manifestations cliniques. Il montre quelques échantillons de calculs biliaires enlevés chez ces malades.

Il rapporte aussi des faits étrangers où des chirurgiens comme Terrier et Harkemann ont pu opérer sur des vésicules contenant 20 à 30 litres de liquide! . . .

M. MARIEN se prend à regretter d'avoir opéré sa malade, car après avoir examiné la vésicule qu'il apporte ce soir, il croit qu'elle eut pu se dilater au point de contenir 30 et même 40 litres de liquide! . . .

M. BOURGEOIS passe en revue les maladies que l'on peut confondre avec celle-ci et le moyen de les diagnostiquer.

(b) M. ST-JACQUES: *Traumatisme grave du rein droit*. — Il s'agit d'un adolescent qui, à la suite d'une chute s'est "fracturé le rein droit" en deux morceaux distincts avec arrachement de l'urètre.

Après consultation, on décide l'intervention: laparatomie sur la ligne médiane, inondation péritonéale, on prolonge l'incision en T, on arrive sur le rein que voici sorti de sa loge séparé en deux tronçons, etc. Le malade va mal.

A propos de cette observation, M. St-Jacques demande à quelle dose on peut donner le *chlorure de calcium* et quel effet il peut avoir sur ce genre d'hémorragie.

M. HERVIERX, dit qu'on peut donner 3, 4, 5 grammes en 24 heures. Mais il n'en voit pas l'indication dans des cas semblables où il s'agit d'une hémostase locale à faire. Le chlorure de calcium agit surtout dans les maladies diérasiques du sang.

M. LAURENT, à propos de l'emploi de l'adénaline, dans ces cas, y voit un danger. L'action de l'adénaline est d'abord vaso-constrictive, mais quelques heures après elle est suivie d'une dilatation qui peut favoriser la reprise de l'hémorragie et mettre la vie du malade en danger.

III. AVIS DE MOTION.

M. Boulet donne avis qu'il proposera la nomination d'un comité pour étudier la question du traitement gratuit des prétendus malades pauvres dans les hôpitaux.

IV.

M. Tétrault est élu membre de la Société Médicale de Montréal.

L'heure étant avancée, M. Valin a demandé d'ajourner à une prochaine séance la lecture de son travail sur les régimes *diétiétiques*.

La séance est levée à 11 hrs 15.

L.

ASSOCIATION MÉDICALE DE L'OUEST DE MONTREAL.

Séance de Décembre 1907

Les élections des officiers de l'Association Médicale de l'Ouest de Montréal pour 1908, ont donné le résultat suivant:

Président honoraire: M. le Dr J. B. A. Lamarche;

Président: M. le Dr E. G. Asselin gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province;

Vice-Président: M. le Dr L. N. Delorme, professeur d'anatomie à l'Université Laval;

Membres du Comité de Régie: M. le Dr J. W. Collerette et C. E. Cartier;

Trésorier: M. le Dr J. O. Lapointe;

Secrétaire: M. le Dr J. M. Aumont.

Les médecins dont les noms suivent étaient présents à l'assemblée: J. B. A. Lamarche, L. N. Delorme, E. G. Asselin, J. W. Collerette, G. E. Cartier, J. O. Lapointe, J. Leduc, W. Pigeon, J. Jasmin et J. M. Aumont.

M. le Dr Lamarche, professeur à l'Université Laval, donna une très intéressante conférence sur la gynécologie et l'obstétrique.

M. le Président, au nom de l'Association remercia le savant conférencier.

Le Trésorier lut une correspondance de M. le Dr Lessard, secrétaire de l'Association Médicale de Shefford.

Diverses autres questions furent débattues, et ensuite l'assemblée s'ajourna au mois de février.

*

J. M. AUMONT, *Secrétaire.*

ASSOCIATION MEDICALE DU DISTRICT DES TROIS-RIVIERES

Séance du 23 décembre 1907

Présidence du Dr C. N. DEBLOIS.

Un grand nombre de médecins s'étaient réunis pour entendre la conférence du Dr Loir, de Montréal.

Le Président présente le Conférencier à l'assemblée: M. le Dr Loir, professeur de Biologie à l'Université Laval à Montréal, n'est pas un inconnu parmi nous, sa renommée de savant l'a précédée ici. Le Dr Loir est le neveu de l'illustre Pasteur, il a été son élève et son collaborateur. Il a fondé des Instituts Pasteur en Tunisie, en Australie et en Rhodésie, espérons que le Canada sera aussi heureux que ces pays dans un avenir rapproché.

Le Dr Loir est professeur à l'École supérieure d'Agriculture Coloniale, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, etc.

M. le Dr Loir assistait au Congrès de Médecine des Trois-Rivières, où il représentait l'Association Française pour l'avance-

ment des Sciences. Il nous donnera aujourd'hui une conférence sur les sérums et les vaccins.

Le Conférencier dit quelques mots de son premier voyage au Canada à l'occasion du 3e Congrès des Médecins de Langue Française. C'est là qu'il a appris à connaître et à aimer les Canadiens. Il a visité tout le Canada, il s'est même rendu jusque dans l'Alberta. C'est ce premier voyage qui a décidé d'une partie de son avenir, il passera, en effet, quelques années au Canada. Il a appris avec plaisir la nomination du Dr Normand à la présidence du Collège des Médecins et il le félicite à ce sujet.

Il traitera d'une manière pratique la question des sérums.

Les microbes pathogènes peuvent être divisés en deux classes, ceux qui tuent par intoxication et ceux qui tuent mécaniquement. Le microbe du charbon est le type de cette dernière classe, il se multiplie abondamment dans le sang des animaux contaminés, il rend le sang artériel semblable à du sang veineux en lui enlevant son oxygène, et il produit des embolies, il agit donc d'une façon mécanique.

Comme type des microbes de la première classe on peut prendre le microbe du tétanos. Ce microbe se trouve en petite quantité chez les malades, il cause peu de réaction locale, le sang en contient peu ou pas du tout, il n'agit donc pas mécaniquement. Mais il sécrète des poisons, des toxines qui peuvent faire mourir le malade. Les cultures de ce microbe contiennent aussi des toxines, en injectant ces toxines à des chevaux on les immunise et leur sérum est ensuite préventif et curatif de la maladie.

Comme type des sérums on peut prendre le sérum anti-vénéreux. Les serpents sécrètent un venin qui empoisonne l'animal auquel il est injecté, pourvu que la dose soit assez forte. Si la quantité injectée est plus faible, l'animal peut ne pas en mourir, cependant il en est affecté. On peut ensuite faire une seconde injection plus forte, et la réaction sera moins intense; l'animal devient ainsi immunisé, il peut supporter de très fortes doses de venin sans en être incommodé. Le sérum du sang de cet animal immunisé peut neutraliser le venin du serpent, on peut l'injecter préventivement et on empêche le venin d'agir, ou bien on peut l'employer pour guérir après morsure.

On agit de la même manière pour préparer les sérums contre

les différents microbes: sérums anti-diphthérique, anti-tétanique, anti-streptococcique, etc. On injecte à l'animal la toxine de ce microbe en quantité de plus en plus grande et on lui confère l'immunité. Ces sérums sont anti-toxiques, ils n'agissent que contre les toxines.

Un certain nombre de maladies voisines peuvent être traitées avec succès par le même sérum. Ainsi on a traité la fièvre typhoïde avec des injections de sérum anti-diphthérique, après chaque injection on eut une chute marquée de la température.

Le Conférencier parle ensuite du sérum de Chantemesse contre la fièvre typhoïde et des sérums anti-streptococciques, ceux-ci doivent être polyvalents, parce qu'il y a différentes sortes de streptocoques et les sérums univalents n'agissent que contre une espèce.

Il mentionne la tuberculine, toxine du bacille de Koch, et la malléine, toxine du bacille de la morve, comme moyens de diagnostic, surtout chez les animaux. On n'emploie pas la tuberculine hypodermiquement chez l'homme, à cause de ses dangers, mais depuis quelque temps on s'en sert au moyen de la cutiréaction et de l'ophtalmo-réaction.

On appelle vaccins les virus atténués. On sait que les microbes dont le bacille charbonneux est le type ne produisent pas de toxines, on ne peut donc préparer de sérum contre ces microbes. Cependant Pasteur parvint à atténuer ces microbes eux-mêmes, à les rendre moins virulents, de manière à ce que, en les inoculant à un animal on ne causât qu'une faible perturbation dans son organisme, on peut ensuite injecter des microbes plus virulents sans causer de tort, l'animal est immunisé. Pasteur proposa de donner à ces virus atténués le nom de vaccins, par analogie avec la vaccine de la variole découverte par Jenner.

Le Président remercie le conférencier et il propose sa nomination comme membre honoraire de la Société Médicale du District des Trois-Rivières, ce qui est adopté unanimement.

Il fait ensuite un appel aux médecins de la campagne, il les engage à se joindre à nous et à faire partie de notre Société.

Il invite les médecins à assister à la prochaine assemblée de l'Association qui aura lieu en janvier 1908.

Après quelques mots de remerciement de M. le Dr Loir la séance est levée.

OLIVIER TOURIGNY,

Secrétaire.

ANALYSES

CHIRURGIE

500 cas de laparotomies pour lésions utéro-annexielles. (JAYLE Cong. Franc., Chirurgiens.)

L'auteur conclut en disant que :

L'ablation de l'utérus augmente la gravité de l'ablation bilatérale des annexes suppurées ou non suppurées.

L'ablation complémentaire de l'utérus est particulièrement indiquée dans les suppurations.

L'ablation de l'utérus est contre-indiquée dans les cas d'annexite non suppurée accompagnée d'un notable développement du système veineux pelvien, l'hystérectomie doit être alors remplacée par l'hystéropexie abdominale.

L'hystérectomie abdominale totale n'est pas plus grave que l'hystérectomie subtotalaire; celle-ci nécessite assez fréquemment l'ablation secondaire du col dans les deux ou trois semaines après la laparotomie, lorsqu'il s'agit de métrite suppurée.

La conservation d'un ou des deux ovaires, après l'hystérectomie abdominale n'est indiquée que si les organes sont en excellent état et si l'hémostase est parfaitement assurée.

L'opium est-il nuisible ou utile dans la pérityphlite aiguë? (Berliner Klin., Wochechescher, Août 1907.)

Voici les conclusions de l'auteur: 1° Si on traite de façon conséquente dès le début de la maladie avec: repos au lit, régime sévère, application de glace, doses convenables d'opium, en évitant strictement les laxatifs, la pérityphlite aiguë (appendicite, péri-appendicite), telle qu'on la rencontre dans la pratique, aura une marche favorable dans 90% des cas.

2° Le médecin qui traitera ainsi ses malades est loin de les mal soigner.

Les inconvénients attribués à des doses convenables d'opium et les avantages attribués au traitement laxatif sont plutôt théoriques et n'ont pas été éprouvés par de sérieuses observations cliniques. Le médecin qui ne donne pas les doses convenables d'opium à ses malades atteints de pérityphlite aiguë commet une faute par omission; celui qui les traite avec les laxatifs commet une faute professionnelle grave.

Le décubitus du malade atteint d'appendicite. (DRESSMANN, *Med. Klinik*, Septembre 1907.)

Quand on opère une appendicite aiguë avec perforation, on trouve, à l'ouverture de la cavité abdominale, un exsudat séreux ou trouble, surtout dans le petit bassin. Dans d'autres cas d'appendicite un abcès se forme, souvent dans la fosse iliaque gauche ou le petit bassin.

Ne serait-il pas possible, par la position du malade de limiter l'exsudat et la péritonite au siège primitif de la maladie, dans la moitié droite de la cavité abdominale ?

C'est ce qu'en pense Dressmann, et il conseille de faire coucher le malade autant que possible sur le côté droit, les membres inférieurs fléchis sur le bassin et les genoux fléchis; ou place un coussin entre les deux genoux pour éviter la pression, et un autre coussin derrière le dos. Cette position du malade n'empêche pas de placer une vessie de glace sur l'abdomen. En cas de péritonite dans le petit bassin, il faut élever la partie supérieure du corps de façon à limiter la péritonite et à aider sa localisation en cette région et à droite. En suivant ces indications, on ne saurait naturellement garantir l'évolution favorable de l'appendicite; mais cette position, qui est d'ailleurs très bien supportée par les malades, paraît à l'auteur préférable au décubitus dorsal.

Luxations dites congénitales de la hanche. (FROELICH, Cong. franç., Chirurgie, 1907.)

Ces luxations sont divisées en trois groupes par l'auteur :

1° Luxations congénitales traumatiques à cavités normales; elles se produisent dans la vie intra-utérine par la pression lente de l'utérus quand il y a peu de liquide amniotique, ou bien par l'adduction exagérée des fémurs et l'action musculaire pelvi-crurale qui complète le déboîtement; ou bien par un choc ou une chute sur le ventre; ou dans l'accouchement par le siège.

2° Localisations tératologiques ou malformations primitives de la jointure; ce sont les plus nombreuses.

3° Localisations pathologiques ou acquises.

La guérison est la règle dans le premier groupe; elle est moins fréquente dans les deux autres où les améliorations sont très nombreuses, mais où l'on compte des échecs.

Traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon. (VAUTRIN, Cong. franç., chirurgie.)

M. Vautrin, de Nancy, traite ce sujet et se limite aux kystes sans adhérences, les autres ne prêtant à aucune difficulté opératoire.

Sous un tableau clinique de tuberculose hémoptoïque, la radiographie diagnostique le kyste par l'ombre régulière qu'il donne.

Le traitement est la pneumotomie avec pneumothorax opératoire. Celui-ci n'est pas grave s'il est fait lentement, si l'exploration pulmonaire est rapide, si au moment de la pneumotomie on fixe le poumon à la plèvre pariétale en traversant une épaisseur assez grande de tissus.

Est-il utile après l'opération de faire le vide dans la cavité pleurale? M. Vautrin ne le croit pas; c'est inutile, si le pneumothorax a été fait aseptiquement; s'il y a eu contamination de la plèvre il faut drainer.

Z. RHÉAUME.

OPHTALMOLOGIE

Ophtalmo-réaction. (DACIER, *Clin. ophth.*)

L'ophtalmo-réaction, de beaucoup le plus simple de tous les procédés de diagnostic, paraît devoir rendre les plus grands services à la médecine, et plus particulièrement à l'hygiène.

C'est, en effet, surtout chez les jeunes sujets, qu'il est important de poser le plus tôt possible le diagnostic de tuberculose, soit afin de pouvoir les soumettre à une hygiène sévère et soit peut-être à des traitements capables de relever leur index opsonique, etc.

L'oculiste, en apprenant à connaître l'ophtalmo-réaction, était en droit d'espérer de ce nouveau moyen une aide des plus précieuses dans l'étude des nombreuses affections oculaires dont le diagnostic était jusqu'ici pour ainsi dire impossible à poser avec précision. Un nombre déjà assez considérable de publications sur ce sujet ont relaté des résultats parlant éloquentement en faveur de l'ophtalmo-réaction. MM. Aubaret, Lafond, Saimblau, Brunetière, Sydney Stephenson ont publié plusieurs observations intéressantes.

MM. Truc et Maillat ont publié dans la *Revue Générale d'Ophtalmologie* du 30 novembre 1907 le résultat de leurs recherches oculistiques sur l'ophtalmo-réaction. Ils ont observé 23 sujets. Entre autres observations ils ont cherché à savoir si l'instillation de tuberculine présentait un danger pour l'œil malade. Comby ayant dit que la réaction était contre-indiquée dans toute lésion oculaire. Les auteurs n'ont, dans aucun cas, noté d'augmentation des lésions oculaires.

Enfin, dans le numéro du 5 décembre du *Wochersschief für Therapie und Hygiène des Auges*, le Dr Schiele cherche dans un travail fort intéressant à établir les rapports de l'ophtalmo-réaction entre la tuberculose et le trachôme. Il a pu ainsi constater le fait suivant qui a la plus haute importance; toutes les fois qu'il instillait une goutte de tuberculine chez un trachômateur, au bout de 24 heures les granulations devenaient turgescents, et il se produisait une abondante sécrétion alors qu'on ne pouvait trouver aucune trace de tuberculose. Il a fait cette observation dans tous les cas où il y avait une conjonctivite folliculaire. Ce qui confirmerait son opinion que le trachôme et la conjonctivite folliculaire ne sont que deux formes d'une même infection.

Autre remarque qui pourrait avoir son intérêt : Dans les cas de trachôme guéris par l'acide iodique l'ophtalmo-réaction n'existe plus, parce que, dit-il, l'acide iodique a complètement détruit le virus trachômateur.

La réaction serait au contraire, fréquente chez les granuleux guéris par le radium; dans ce cas, il resterait encore du virus trachômateur dans quelque recoin conjonctival. Ce serait là un excellent moyen pour savoir si un granuleux est vraiment radicalement guéri, et s'il peut être admis dans les écoles où les pays proscrivent les granuleux. Il faudra donc avant de poser un diagnostic de tuberculose savoir si l'on n'a pas affaire à un simple granuleux.

Dans ces derniers temps, quelques cas malheureux sont venus jeter un froid sur l'enthousiasme du début de la méthode ophtalmo-réaction. M. Kalt rapporte un cas de sclérokératite qui, après instillation conjonctivite de tuberculine à 1% fut aggravé au point que la vision fut très sérieusement

compromise. Dans un cas d'iritis tuberculeuse il observe également une aggravation très marquée de la maladie après l'ophtalmo-réaction. Thérien aurait vu une conjonctivite qui durait depuis deux mois et avait pris l'aspect d'une conjonctivite tuberculeuse.

J'ai aussi entendu des confrères me dire qu'ils avaient observé des complications cornéennes graves à la suite de l'ophtalmo-réaction. Il est regrettable que tous les cas ne soient pas publiés, car il est nécessaire de connaître bien tous les faits avant de porter un jugement dans une question si importante pour le praticien.

Dans mes expériences personnelles d'ophtalmo-réaction parfois la réaction oculaire fut si violente que je dus chercher un moyen de l'atténuer. J'eus le bonheur d'en trouver un qui me réussit à chaque fois.

Après une injection sous-conjonctivale de 1 c.c. d'une solution de guaiacol à 1%. la douleur disparaissait rapidement, et bientôt tous les phénomènes inflammatoires s'amendaient. Si bien que j'en suis venu à considérer cette thérapeutique comme une sorte de contre-épreuve pouvant aider à confirmer le diagnostic de tuberculose oculaire.

A mon avis, il faudra réserver l'ophtalmo-réaction aux cas où le diagnostic est réellement impossible à poser autrement.

Aujourd'hui la période d'essai est passée, nous savons ce que peut donner l'ophtalmo-réaction, sachons nous en servir quand elle est réellement nécessaire.

Blépharite impétigineuse. (Scrim.)

Fréquente chez les enfants. — Bord libre des paupières rouge, gonflé. — Petites concrétions jaunâtres, adhérentes à la racine des cils. — Quelquefois érosions, ulcérations ou abcès. — Chute des cils. — Démangeaisons. — Impétigo des narines, du sillon rétro-auriculaire. — Scrofule.

1. Ramollir et faire tomber les croûtes — s'il y en a — par l'application de cataplasmes de farine de graine de lin chauds, recouverts des taffeta gommé; ou de compresses chaudes également enveloppées.

2. Epiler les cils malades.

3. Matin et soir, laver les yeux avec des tampons d'ouate hydrophile trempés dans la solution suivante, préalablement tiédie au bain-marie :

Acide borique..	30 grammes.
Eau dist...	1 litre.

Essuyer ensuite avec un tampon d'ouate sec.

4. Le soir, au coucher, après le lavage et le séchage, graisser le bord libre, à la racine des cils, avec un peu de cette pommade dédoublée ou non :

Oxyde jaune d'hydrargyre préparé par voie humide	0 gr. 10 c.
Vaseline neutre..	do
Lanoline..	5 grammes.

5. Deux ou trois fois par semaine prendre un bain saïé tiède.

6. Après les deux principaux repas, prendre une cuillerée à café de

Sirup Iodo-tannique..	200 grammes.
-------------------------------	--------------

2° **Blépharite squameuse ou Pityriasiqne.**

Fréquente chez l'adulte. — Concomitante avec le pityriasis du cuir chevelu. — Exfoliation perforacée du bord libre des paupières.

1° Laver, matin et soir, les yeux avec des boulettes d'ouate hydrophile imbibées de la solution suivante, préalablement tiédie au bain-marie:

Biborate de soude	20 grammes.
Eau dist...	1 litre.

ou de

Naphtol B.	0 gr. 10 c.
Eau dist...	1 litre.

2° Le soir, après le lavage, graisser le bord des paupières, à la racine des cils, avec un peu de cette pommade:

Ichthyol	0 gr. 10 c.
Oxyde de zinc...	1 gramme.
Vaseline neutre	10 grammes.

ou avec

Soufre précipité...	0 gr. 20 c.
Vaseline neutre	10 grammes.

ou encore avec

Résorcine...	0 gr. 10 c.
Oxyde de zinc...	1 gramme.
Vaseline neutre	10 grammes.

3° S'abstenir des épices, des coquillages, du poisson de mer, d'alcool.

4° Porter des verres fumés No 1 ou No 2.

R. BOULET.

PHARMACOLOGIE

Contre l'alopecie :

Acide acétique cristallisé.	5 gr.
Formol.	6 gr.
Chlorhydrate de pilocarpine	1 gr.
Alcool à 90°.	250 gr.

En frictions. (SAROURAUD).

Contre les parasites :

Liqueur de Hoffman.	aa 15 gr.
Xylol.	

en frictions avec un tampon sur les régions atteintes.

(SABOURAUD).

Contre le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu :

Après une purgation, le Pr A. ROUX, conseille :

Saliolate de soude.	12 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères.	50 gr.
Rhum.	30 gr.
Eau distillée.	80 gr.

4 cuillerées à bouche par jour.

Contre la conjonctivite pseudo-membraneuse :

Oxyde jaune de mercure fraîchement préparé et lavé	0 gr. 10
Huile de vaseline.	2 gr.
Lanoline.	3 gr.

Mettre un peu de cette pommade, matin et soir, sur la paupière inférieure renversée. (CHEVALLEREAU).

Contre les douleurs des dyspeptiques :

Teinture de jusquiame.	
— de belladone.	
— de thébaïque.	

Cinq gouttes avant les repas dans une cuillerée d'eau.

(FIESSINGER).

BIBLIOGRAPHIE

Analytique de l'esprit humain (Bio animisme), du Dr J.-A. MOLINIÉ, ancien interne de l'hôpital International. — VIGOT Frères, éditeurs, 23, place de l'École de Médecine, Paris. 1 vol. in-12 avec 2 fig. schémas. Prix: 2 francs.

Cet ouvrage, où se trouve fort heureusement condensé tout un effort de synthèse, part de l'antique formule socratique, pour élaborer sur le fond anatomo-physiologiquement connu de l'organisation et du fonctionnement des centres nerveux chez l'homme, une étude de haute psychologie schématiquement objectivée.

Une préoccupation constante domine dans cet ouvrage, celle non point certes de séparer, mais d'unir en les distinguant les différents rapports individuels, sociaux, religieux de l'être humain.

Un grand respect pour les plus récents travaux du progrès scientifique s'allie dans cette étude au vif désir de conciliation entre la science moderne et le système scolastique issu de l'antique encyclopédie aristotélique et passe dans la *Somme théologique*.

A noter les chapitres sur le centre d'idéation, l'autodynamisme volontaire, le caractère, les bases théologiques et scientifiques du bio-animisme avec une tentative d'utilisation de l'Hæckelisme, les applications sociales du libre-arbitre par les droits de l'homme.

Comment épurer son eau, par F. MALMÉJAC, docteur en pharmacie, pharmacien major de 2e classe. — VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un volume in-16 cartonné, avec 12 figures. . . 3-50

En hygiène la question de l'eau joue un grand rôle. Tout le monde au jourd'hui s'intéresse à l'hygiène, et c'est pour cela que nous croyons utile de mettre entre les mains du plus grand nombre un ouvrage qui a pour but d'apprendre à chacun comment on peut toujours et partout se procurer de l'eau potable et pure.

L'auteur, si connu par ses travaux antérieurs sur l'eau, nous initie rapidement, dans une première partie, à la biologie de ce milieu, tandis que la seconde est entièrement consacrée à l'étude de son épuration.

Après nous avoir montré la nécessité de cette dernière, l'auteur passe successivement en revue: l'épuration naturelle, l'épuration par les appareils de fortune, par la chaleur, par le froid, par filtration et enfin l'épuration chimique.

Tous les procédés sont très clairement et très rigoureusement étudiés, tant au point de vue scientifique que pratique.

Cet ouvrage renferme de nombreux travaux originaux dont l'importance n'échappera à personne; il se termine par une bibliographie des plus soignée.

Ce livre est appelé à rendre de grands services à l'Hygiène, car il sera un guide sûr et précieux pour tous ceux qui désirent se mettre à l'abri des épidémies d'origine hydrique: fièvre typhoïde, choléra, dysenterie, etc., etc.

Le Criminel, aux points de vue anthropologique, psychologique et social, par le Dr EMILE LAURENT, avec préface de M. le Professeur Lacassagne. — VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un volume in-8° écu. 3-50

Voilà un livre intéressant que les juristes et les médecins devraient lire, écrit le Professeur Lacassagne dans sa préface. Ils ne s'ennuieraient pas à en prendre connaissance, et, malgré eux, ils se surprendraient à méditer les réflexions ou les théories de l'auteur, toujours documenté, parfois un peu paradoxal, mais sincère et cruel comme un dossier complet.

Le criminel et la criminalité sont étudiés sous tous leurs aspects et toutes leurs formes, dans leurs rapports avec la dégénérescence, etc. Or, nul n'était mieux préparé que l'auteur, pour mener cette entreprise à bonne fin, "Pendant mon internat à l'infirmerie de la Prison de la Santé., dit-il, j'avais vu le criminel épanoui; médecin inspecteur des écoles du dix-neuvième arrondissement à Paris, j'ai vu le criminel en herbe., l'enfant vicieux et irréductible. Médecin de l'Assistance publique à domicile, j'ai pu étudier le milieu. le bouillon de culture, me pencher sur les pires détreffes et les pires vilénies. Dans mes pérégrinations à travers les cinq parties du monde, j'ai vu les peuples divers, j'ai pu comparer leurs mentalités, leurs crimes et leurs vésanies, voir à nu le corps et l'âme de leurs prostituées." L'auteur a comparé et condensé ces documents divers et il en a tiré une étude des plus captivantes en même temps que des plus troublantes.

Traité clinique et thérapeutique des maladies de l'appareil respiratoire, par G. CANRIÈRE, agrégé à l'Université de Lille. 2me édition revue et augmentée. VIGOT Frères, Editeurs. 23, Place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un fort volume in-8° raisin avec figures 15 francs.

La multiplicité des Traités et Manuels de Pathologie interne n'a pas empêché la première édition de cet ouvrage d'être rapidement épuisée.

A cette seconde édition, l'auteur a conservé le caractère pratique qui a fait le succès de la première mise au courant des dernières recherches, et cela sans fatiguer le lecteur d'une énumération bibliographique fastidieuse. Tout ce qu'il est important de connaître est mis dans le texte en caractère gras, de façon à bien frapper les yeux. Tout ce qui est théorique est en petit texte, de telle sorte que le lecteur peut élaguer de suite ce qui ne l'intéresse qu'accidentellement. Il en est ainsi de l'*historique*, de l'*anatomie pathologique*, de la *pathogénie* et de ce qu'il est indispensable de connaître en *bactériologie*.

Le *diagnostic* est, au contraire, beaucoup plus développé que dans les livres habituels. Les *facteurs du pronostic* sont soigneusement établis de manière à pouvoir facilement répondre à l'entourage des malades, si anxieux d'être fixés sur ce point.

La *partie thérapeutique* a été profondément modifiée et remaniée, des chapitres nouveaux ont été ajoutés. C'est, somme toute, un livre entièrement nouveau que nous présentons au public médical, et nous ne doutons pas de l'accueil qui lui est réservé auprès des praticiens et des étudiants à qui il rendra les plus grands services.

Traité pratique d'analyse des denrées alimentaires, par E. GÉRARD, professeur de pharmacie et de pharmacologie à l'Université de Lille et A. BONN, directeur du laboratoire municipal de la ville de Lille. — VIGOT Frères, Editeurs 23, Place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un volume in-8° raisin cartonné avec 41 figures. 15 francs.

Le *Traité pratique d'Analyse des Denrées Alimentaires* que viennent de publier MM. E. Gérard et A. Bonn a surtout été écrit pour faciliter aux pharmaciens leur tâche dans les expertises.

La loi du 1er août 1905 et le Décret portant règlement d'Administration publique du 31 juillet 1906 déterminent les conditions dans lesquelles les expertises doivent être faites dorénavant. Dans les expertises contradictoires, ordonnées par cette nouvelle loi, les chimistes peuvent à leur gré travailler ensemble ou séparément et employer telle méthode qu'ils jugent convenable. C'est au choix de procédés analytiques à la fois précis et rapides que les auteurs ont consacré tous leurs efforts, procédés qui peuvent être tous mis en pratique dans le laboratoire du Pharmacien. Ce praticien est,

en effet, tout désigné pour solliciter son inscription sur la liste des chimistes-experts dressée par le Tribunal ou la Cour d'Appel.

Cet ouvrage contient, en outre, *en addendum*, les méthodes des analyses officielles qui doivent être utilisées par les laboratoires administratifs chargés du premier échantillon à analyser sur les 4 prélèvements opérés, les 3 autres étant destinés aux expertises proprement dites.

M. Gérard et Bonn se sont efforcés de rassembler tous les documents relatifs aux chiffres minima et maxima de composition des principales matières alimentaires, de façon à ce que l'expert ait tous les éléments nécessaires pour se prononcer, en toute certitude, dans l'interprétation des résultats obtenus.

Sous la rubrique "*Documents d'hygiène alimentaire*," les auteurs ont indiqué, pour chaque denrée, les conclusions des Rapports présentés et adoptés par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France. L'expert y trouvera tous les éléments nécessaires pour répondre à certaines questions qui lui sont posées par le magistrat-Instructeur, relativement aux dangers que présente l'addition de tel ou tel produit à une substance alimentaire.

Cet exposé succinct des différentes parties de ce Traité pratique d'Analyse des Denrées alimentaires montre bien qu'il est un livre absolument indispensable à tout pharmacien, à la fois chimiste-expert.

Technique chirurgicale journalière au lit du malade, par le Dr A. BESSON, maître de conférences à la Faculté libre de Médecine de Lille. Deuxième édition revue et augmentée. Paris, VIGOR Frères, Editeurs, 23, Place de l'École de Médecine. Un volume in-8° en v. avec 28 figures. 3 francs.

Sous ce titre, le Docteur Besson vient de publier la seconde édition d'un manuel justement estimé et dont le succès fut rapide. Sans vouloir remanier entièrement son plan primitif, l'auteur a ajouté d'importants chapitres et complété d'heureuse manière la plupart de ceux existant. Parmi les articles nouveaux, citons: la *Méthode de Bier*; les *Injections mercurielles*; les *Appareils à chloroformiser*; l'*Anesthésie par la scopolamine*, par le *chlorure d'éthyle*; la *Stérilisation à l'autoclave et à l'étuve*; la *Ponction de l'hydrocèle*; l'*Appareil de Verneuil*, etc., etc.; mentionnons aussi des additions importantes aux chapitres de l'*Anesthésie locale*, des *injections hypodermiques des pansements*, des *sutures*, etc., et disons enfin qu'un grand nombre de figures ont été ajoutées au texte pour l'éclairer et le préciser.

Cet ouvrage que tous les praticiens liront et consulteront avec fruit, n'est ni de la chirurgie d'urgence, ni de la petite chirurgie, ni un traité de bandage et appareils, ou plutôt c'est tout cela à la fois. Tous les sujets de pratique courante y sont abordés et l'on ne saurait trop louer l'auteur de son éclectisme dans le choix qu'il en a fait; l'on y découvre, bien mis en lumière, une foule de points ordinairement obscurs et imprécis, souvent de la plus haute importance; l'on y trouve sans difficulté une quantité de renseignements extrêmement précieux qu'on est souvent obligé de rechercher à grande peine dans de gros traités ou dans de longs articles encombrés de détails accessoires. A ce titre, ce manuel est un véritable *vade mecum* qui saura trouver sa place dans toutes les bibliothèques.

Le style de l'auteur, d'une verve pétillante, donne d'ailleurs infiniment d'intérêt à la lecture, en même temps qu'une rigoureuse précision de langage dissipe toute obscurité. On sent une documentation très fournie et une expérience personnelle très sûre et très mûrie. M. Besson a su dégager du fatras des longues descriptions un exposé court et nerveux, d'où cependant est exclue toute sécheresse, et qui laisse dans l'esprit des souvenirs précis et une ligne de conduite parfaitement tracée.

Alimentation et Hygiène des enfants, par J. COMBY, médecin de l'Hôpital des Enfants malades. — VIGOT frères, Editeurs, 25 Place de l'École de Médecine. — Un vol. in-12 de 532 pages, avec 24 figures. 3e édition, 5 francs.

Dans cette 3e édition, remaniée et amplifiée, de son ouvrage sur l'alimentation et l'hygiène des enfants, l'auteur a voulu mettre à la portée de tous (médecins ou non médecins), les acquisitions scientifiques les plus récentes de la Pédiatrie. Des chapitres entièrement nouveaux sur les calories et la valeur calorifique des aliments, sur leur équivalence, sur les rations alimentaires du nourrisson, de l'enfant sain, de l'enfant malade, etc., ont trouvé place dans cette édition.

Les aliments et les régimes les plus récents, le babeurre, le yaourth, la soupe de malt, les laits modifiés, le lait à la pégline, le bouillon parala lactique, les bouillons végétaux, le régime déchloruré, etc., sont exposés d'une façon claire et précise. Leur utilité, leurs indications, leur mode d'emploi, sont aisément saisis à une première lecture.

Avec ces aliments nouveaux et ces régimes d'actualité, l'auteur n'a pas manqué d'étudier les aliments communs d'un usage ancien et banal : les farines de céréales, les légumes, les fruits, le pain, les œufs, le poisson, la viande, envisagés au point de vue de l'alimentation des enfants.

Enfin, si l'alimentation est la partie la plus importante de l'hygiène infantile, il est d'autres questions qui ne devaient pas être négligées et qui sont traitées à leur place dans ce volume : Bains, Hygiène des écoles, Dentition, Education physique, Gymnastique, Jouets, Croissance, Promenades, Vêtements, Chaussures, etc.

On voit, par cette sèche énumération, que la nouvelle édition de l'hygiène infantile du Dr Comby, est des plus complètes, et des plus utiles à consulter tant pour les mères de famille que pour les médecins praticiens.

"Memento thérapeutique des Maladies des organes respiratoires" avec un appendice concernant les maladies des oreilles, par le Docteur Henri MENDEL, ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-18 de 216 pages, relié avec couverture en cuir. Prix, 4 fr. 50, net 4 fr. (C. de Charmoy, éditeur, 9, rue d'Assas, Paris).

Cet ouvrage est destiné à rappeler au praticien les données thérapeutiques actuelles dont il a besoin dans les éventualités de la clinique. L'ordre alphabétique adopté, facilitera beaucoup les recherches.

L'auteur a incorporé, dans les maladies des voies respiratoires, les affections du nez et du larynx, qui en font partie intégrante, et a consacré un court chapitre aux affections des oreilles.

S'adressant au praticien il lui a indiqué la conduite à tenir vis à vis de ces affections et dans bien des cas le praticien pourra rendre de grands services à son malade.

Memento thérapeutique et Formulaire pharmaceutique des maladies infantiles, par le Docteur Henri GILLET, ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-18 de 300 pages, année 1907. Prix, 4 fr. 75, net 4 fr. 25 relié couverture en cuir souple (C. de Charmoy, éditeur, 9, rue d'Assas, Paris).

Les chapitres se déroulent suivant la classification pathologique habituelle : maladies générales d'abord, affections des divers appareils et affections spéciales ensuite ; mais les matières, dans chaque chapitre, se rangent par ordre alphabétique.

La table des matières, très détaillée, aussi par lettres alphabétiques permet de trouver tout de suite le renseignement désiré.

Le praticien y trouvera un guide utile à consulter.

SUPPLEMENT

RHINITE CHRONIQUE

La rhinite chronique est l'inflammation de la muqueuse nasale, résultant habituellement de la répétition de l'état aigu.

La muqueuse est épaissie et il en résulte une infiltration interstitielle avec une sténose nasale plus ou moins complète.

Le traitement est général et local.

Localement, les fosses nasales ont besoin d'être nettoyées sous l'effet de douches alcalines. La Glyco-Thymoline est le remède par excellence pour remplir cette indication. Elle peut être employée comme douche nasale dans la proportion de une partie pour trois d'eau, trois ou quatre fois par jour. — *American Journal of Dermatology*. Ed.

L'ANASARCIN DANS LE TRAITEMENT DES HYDROPSISIES

Le Dr Thomas Hunt Stucky, dans *The Medical Progress*, vante la valeur thérapeutique de ce médicament.

Il a obtenu les meilleurs résultats avec l'*anasarcin*, qui est une combinaison de plusieurs toniques doux, d'altérants et de diurétiques.

Après avoir expérimenté ce médicament dans plusieurs cas qu'il rapporte, il constate que cet agent est précieux dans toutes les formes d'hydropisie, quelle qu'en soit la cause, excepté probablement dans les hydropisies de cause mécanique.

ANEMIE POST HEMORRHAGIQUE

Les anémies post hémorrhagiques provoquent un état clinique bien connu. L'examen du sang immédiatement après une hémorragie abondante montre que la proportion normale de sérum et de globules n'est pas beaucoup changée. Cependant quelque temps après les tissus du corps abandonnent une grande quantité de liquide pour suppléer au volume de sang requis. Il s'en suit une vraie hydrémie et ses conséquences qu'il faut combattre: 1° Par le repos absolu dans la position horizontale, tout en changeant la position du malade pour prévenir les œdèmes hypostatiques;

2 En donnant des lavements chauds de sérum (500 grammes) toutes les 3 ou quatre heures;

3° Par une alimentation liquide, qui ne fatigue pas l'estomac et qui peut favoriser l'hématose.

Le Pepto-Mangan (Gude) est un médicament qui remplit toutes ces conditions. Ses propriétés hématopoïétiques sont bien connues.

ESSENCE DE BŒUF " BRANDS "

C'est un extrait fait avec la meilleure viande de bœuf, de mouton et de volailles.

C'est un aliment nutritif de première qualité, qui se donne avec avantage aux malades, convalescents ou autres, et qui se recommande par lui-même.

Médecins, recommandez à vos malades *l'essence de bœuf " Brand's."*

LA CIE DES LABORATOIRES LACHANCE

La Maison Lachance est la seule maison canadienne qui prépare les glycérophosphates. Ses produits sont absolument purs, très actifs et d'un prix modique. Les médecins, en jetant un coup d'œil sur l'opuscule qui donne les formules employées se rendront compte que les associations médicamenteuses sont bien imaginées. L'expérience nous a prouvé que tous ses produits se recommandent à l'attention du public médical.

Encourageons nos manufacturiers quand nous le pouvons.

LES PHOSPHATES DE WHEELER

Les phosphates Wheeler sont particulièrement recommandés dans les maladies nerveuses : neurasthénie, surmenage, aussi dans les maladies scrofuleuses, chez les enfants. Cette préparation est faite avec des produits chimiquement purs.

FERROGEN-FROOST

- Cette préparation contient du fer, du manganèse et du kasagra : trois éléments importants qui se complètent et qui sont indiqués dans toutes les maladies de la nutrition avec chloro-anémie. Les médecins ont sous la main le moyen facile et actif tout indiqué dans ces cas.