

## ACTUALITES

LE COLLEGE DES MEDECINS A LA REUNION DU 5 JUILLET 1905.

Nous avons reçu, il y a quelque temps, le compte rendu des délibérations des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, à la réunion du 5 juillet. A ce propos nous désirons attirer l'attention de nos lecteurs sur quelques points importants de ce rapport général.

En premier lieu, nous remarquons qu'on a fait bonne justice des enquêtes nombreuses qui ont été déposées au bureau des créances. Toutes exposaient respectueusement que, pour des raisons archi-connues et ressassées par devant et par derrière les législatures, l'humble candidat, regrettant — mais un peu tard — les errements ou les précipitations du passé, priait leurs excellences, les Gouverneurs, de bien vouloir suspendre, pour un tout petit instant, l'application de la loi médicale dans cette province, afin de lui permettre de passer la frontière: qui, au nom d'une définition mal comprise; qui, au nom d'une expérience mal acquise; qui, au nom d'un certificat étranger, douteux ou peu conforme à nos us et coutumes.

Par bonheur, la majorité de nos Gouverneurs a jugé que la comédie avait assez duré avec nos comédiens politiques, et qu'il fallait mettre un terme au régime des coulisses où la danse ne marche pas toujours qu'au son de la musique. Et ces messieurs nous manqueront! . . . Mais si la maladie ne chôme guère, la province a ses médecins! Il importe qu'on le sache. . . .

A part un timide essai de la part de deux confrères, de nos amis, dont la conduite nous étonne un peu, la loi a suivi son cours. Nous en félicitons les membres qui l'ont voulu.

\* \* \*

LES ASSESSEURS ont eu aussi à subir certains assauts. Ils ont des pieds d'aigle, ces messieurs, qu'on les brise et personne ne s'en plaindra!

M. le Dr Normand a eu raison — cette fois — de parler du rôle "illusoire, passif et très onéreux" des assesseurs. Voici une partie de l'avis de motion qu'il a présenté, secondé par M. le Dr Jobin:

“Afin d’amender la loi médicale de manière à faire disparaître le système des assessseurs, vu qu’il ne répond pas à ce qu’on attendait de lui; qu’il entraîne des dépenses considérables et inutiles, tout en étant de nul effet.”

Il n’y a aucun doute que l’expérience du passé nous justifie d’agir dans le sens indiqué par cet avis de motion.

Ce piètre résultat, à notre avis, au point de vue scientifique, tient à deux causes principales. La première: les assessseurs, pour la plupart, n’étaient pas qualifiés pour faire subir des examens. Quelques-uns — rares il est vrai — ont même été une cause de scandale dans les salles de délibérations. La seconde: ils n’avaient aucune voix délibérative aux examens.

Il est logique de penser que cette dernière considération découle naturellement de la précédente. Car nous ne croyons pas qu’un professeur se laisse facilement circonvenir par un assesseur *incompétent*. L’assesseur est donc destiné à disparaître. Le plus tôt sera le mieux.

\* \* \*

LE BUREAU CENTRAL.—Une des questions les plus importantes qui aient été discutées est la création d’un *Bureau central d’examineurs*. La question est suffisamment connue, nous y avons consacré plusieurs articles à propos du Bill Roddick.

Le 6 juin dernier, les membres du comité exécutif du Collège des Médecins ont eu une entrevue avec les représentants des Universités. Le président, M. le Dr Lachapelle, a exposé le but de la réunion et les raisons qui motivent la création d’un Bureau central (1). La question a été prise en délibéré. Nous attendons la réforme des Universités. Sera-t-elle favorable? Nous en doutons. Les Universités attachent une très grande importance aux privilèges dont elles jouissent et elles ne s’en départiront pas pour des raisons purement illusoirs. On aurait même rapporté qu’un grand Vizir de l’université de Québec aurait dit que la création d’un Bureau central n’amènerait pas nécessairement l’échange pure et simple, avec Ontario spécialement. Ces derniers, une

(1) Voir la circulaire du Collège des Médecins;— Union Médicale, 1er Août 1905.

fois la loi nouvelle passée, s'empresseraient d'amender leurs statuts dans un autre sens — au point de vue des qualifications du brevet, par exemple — et le tour serait joué. — Il n'aurait aucune foi dans la sincérité de nos confrères de là-bas.

D'autre part, l'Université de Montréal n'est rien moins que déçidée. Elle attend les événements. C'est donc une question à débattre et qui ne sera pas résolue de sitôt.

En effet, la clause que nous publions ci-dessous — dans son texte original — empruntée aux statuts d'Ontario, n'est pas pure de toute ambiguïté. Les mots en italique laissent un champ si vaste à la discussion que nous avons, nous aussi, des doutes sur la sincérité de nos voisins. Voici la clause :

**STATUTS REFONDUS D'ONTARIO, C. 148, S. 26.**

“ When and as soon as it appears that there has been established a Central “ Examining Board ” similar to that constituted by this Act, or an institution “ duly recognized by the Legislature of any of the other Provinces of the “ Dominion of Canada, as the sole examining body for the purpose of granting “ certificates of application, and *wherein the curriculum is equal to that establish- “ ed in Ontario*, the holder of any such certificate shall, upon due proof, be “ entitled to registration by the Council of Ontario, if the same privilege is “ accorded by such examining Board or institution to those holding certificates “ in Ontario.”

En attendant, nos jeunes médecins se bousulent dans un espace trop restreint ; ils végètent, souvent, durant de longues années, pendant que leurs confrères anglais, échelonnés dans les plus beaux centres de l'Ontario et d'ailleurs — en grand nombre canadiens-français — vivent dans l'aisance et amassent même des fortunes, alors que nous perdons un temps précieux à accorder nos lyres dont ils s'ingénient à mêler les cordes.

\* \* \*

Les *Sociétés médicales* n'ont pas eu le don de convaincre leurs adversaires. Elles désirent que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec leur paie, à titre d'encouragement, quelques abonnements aux différentes revues médicales françaises ou anglaises. Le comité exprime l'opinion que de tels octrois “ ne devraient être accordés, 1° qu'en autant qu'un surplus “ dans le recettes du Bureau pourraient les permettre ; 2° qu'en

“ autant que les Sociétés des districts ruraux, seules appelées à en  
 “ bénéficier, et à la condition toutefois que chacune d’elles four-  
 “ nissent préalablement la preuve qu’elles tiennent des séances ré-  
 “ gulières, avec un minimum d’assistance des membres que le  
 “ Bureau pourra déterminer.”

Le Président, comme dans les séances antérieures, oppose que le Collège n’a pas le droit d’accorder ces octrois, il faudrait amender la charte. Mais il fait une suggestion du plus grand intérêt et que les membres des Sociétés Médicales des districts ruraux devraient mettre à exécution immédiatement, en attendant la révision de nos statuts.

... “ Les Sociétés Médicales, dit-il, connaissant mieux que le  
 “ Collège des Médecins, les charlatans et les irréguliers qui exer-  
 “ cent illégalement la médecine dans leurs districts, pourraient les  
 “ poursuivre en justice beaucoup plus efficacement. En retour,  
 “ le Collège des Médecins pourrait, selon ses ressources, les rein-  
 “ bourser, en tout ou en partie, des dépenses encourues. Cette  
 “ aide, donnée par le Collège aux Sociétés Médicales, serait légale,  
 “ puisqu’il entre dans nos attributions de faire observer la loi con-  
 “ cernant l’exercice de la médecine. Elle serait, à mon avis, beau-  
 “ coup plus efficace et beaucoup plus intéressante pour les médecins  
 “ qu’une subvention annuelle destinée à abonner les Sociétés à  
 “ quelques revues médicales, dont l’accès ne serait guère possible  
 “ pour la plupart des membres. Si ces motifs n’étaient pas suf-  
 “ fisants pour engager les médecins à se former en associations mé-  
 “ dicales, je ne crois pas qu’une faible subvention pécuniaire, ou  
 “ des abonnements à des revues médicales, payées par le Collège,  
 “ pourraient triompher de leur apathie ou de leur indifférence.”

— Il y a beaucoup de vérité dans tout cela. Nul doute que lorsque les finances du Collège seront en meilleur état, on trouvera un terrain commun où l’entente sera facile.

D’ici là, les Sociétés Médicales auront senti la nécessité *de se faire incorporer*, elles auront étendu leur champ d’action en faisant la guerre au charlatanisme — l’Association de Joliette a déjà commencé — en un mot, elles auront décentralisé l’action du Bureau-chef, dont elles faciliteront la tâche, dans un but commun d’intérêt professionnel.

Sans doute, nous sommes favorables au projet d’une aide subs-

tantielle qui assure leur existence scientifique si elle est impossible à réaliser autrement; mais nous ne croyons pas qu'il soit sage d'agir ainsi avant que les Sociétés ne se soient légalement organisées, et surtout avant que les finances du Collège ne soient en meilleur état.

Ceci nous amène à parler de la *caisse de retraite pour les médecins*. C'est un projet, suivant nous, irréalisable à l'heure actuelle. Il nous faudrait élever considérablement le tarif de la contribution annuelle, ce qui n'est pas facile; ou alors établir un système de contributions particulières et directes qui devraient être très élevées, si l'on tient compte du nombre relativement restreint de membres probables, et du chiffre de rente nécessaire au bien-être de nos impotents.

On a bien fait d'étudier séparément ces deux projets. L'un est aussi près de sa réalisation que l'autre en est éloigné.

D'ailleurs, M. le Dr Girouard a attiré l'attention de ses confrères sur la "Caisse Nationale d'Economie," qui garantit une rente de \$350 par année au bout de vingt ans, après un versement annuel de \$7 par année. C'est mieux que ne pourra jamais faire la "retraite médicale," et nous avons des garanties sur lesquelles nous pouvons compter.

En résumé, nous sommes à l'étude!... Dans quelques jours la réunion de septembre se tiendra à Québec, où il est probable qu'il y aura des révélations sensationnelles! !...

LA RÉDACTION.

---

# MEMOIRES

## LES TEIGNES ET LEUR TRAITEMENT. (1)

Par M. E. JEANSELME,

Agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, Paris.

A. — Pour limiter les dégâts, il faut tout d'abord rechercher la forme et le nombre des plaques parasitaires. Les cheveux seront donc coupés ras à l'aide de ciseaux et non de la tondeuse, appareil compliqué qui pourrait transmettre la teigne à d'autres enfants. Cela fait, on circonscrira chaque placard de teigne par une bordure d'épilation, large de 6 à 10 millimètres, prise aux dépens des cheveux sains. Cette circonvallation a pour but d'enrayer l'extension du parasite de proche en proche, de faire la part du feu en quelque sorte. Puis, tout le cuir chevelu sera badigeonné, ou plutôt brossé assez vigoureusement avec de la *teinture d'iode*. Celle-ci imprègne très fortement les squames infiltrées de parasites et les colore en brun foncé, ce qui permet de reconnaître les plaques naissantes et de les traiter immédiatement. Comme les applications doivent être fréquemment renouvelées, il ne faut pas employer, à l'état pur, la teinture d'iode officinale. Cette solution concentrée provoquerait une violente irritation du cuir chevelu et une exfoliation qui masquerait les placards parasitaires. Du reste, des frictions répétées sur une si vaste surface pourraient être suivies d'accidents d'iodisme. Donc, la teinture d'iode sera diluée au quart ou au cinquième. On emploiera, par exemple, la préparation suivante :

Teinture d'iode officinale.....	25 gr
Alcool à 60° ou eau de Cologne.....	100 —

Trois fois par semaine, le soir, la tête de l'enfant sera brossée avec cette solution. Les trois autres soirs, pour calmer l'irritation entretenue par la friction, on fera une onction avec la pommade suivante :

Huile de cade.....	6 gr
Acide pyrogallique.....	1 — 50
Axonge.....	30 —

(1) A cause de la place importante qu'occupe aujourd'hui les rayons X, cette leçon est intéressante au point de vue des thérapeutiques. De la *Tribune médicale*.

Tous les matins, après un savonnaœe à l'eau chaude, on lotionnera la tête avec de la liqueur de Van Swieten (solution de bichlorure de mercure à 1 0/00). Telles sont les précautions, fort simples, qui mettent à l'abri de la contamination les parties saines du cuir chevelu.

B. — Le traitement officiel et classique des placards parasitaires se réduit presque à rien. C'est, en quelque sorte, l'expectation plus ou moins masquée. En effet, toute tentative thérapeutique sérieuse est vaine. Si tous les antiseptiques tuent facilement les champignons des teignes *in vitro* ils n'ont aucune action sur les cheveux parasités. Car, sous quelque forme que ce soit, solide, liquide ou gazeuse, aucune substance ne peut pénétrer dans le puits folliculaire. Son adhérence au poil est si intime, que du liquide de Ziehl appliqué sur le cuir chevelu colore à peine le follicule pileux sur une hauteur de un millimètre. Or, le cryptogame végète dans la racine du poil jusqu'au niveau de la papille qui est située à quatre ou cinq millimètres de profondeur. On peut, il est vrai, à l'aide de certains corps irritants, provoquer des abcès folliculaires qui expulseraient les poils malades, mais cette inflammation compromet la vitalité de la papille et entraîne une alopécie définitive. Puisque l'antisepsie chimique est impossible, n'y a-t-il pas lieu de tenter l'antisepsie mécanique ? Dans la teigne favéuse, on peut la réaliser au moyen de l'épilation, parce que le mycélium peu fourni n'amoinndrit guère la résistance des poils et permet de les amener entiers avec leur racine. Mais, dans les teignes tondantes où le champignon pullule en grande abondance, les poils malades sont friables et se rompent dans le puits folliculaire à chaque tentative d'avulsion.

Que peut donc faire le praticien pour activer l'élimination des cheveux parasités ? L'observation prouve qu'une légère inflammation provoque l'éviction des poils malades entiers. Il faut donc produire artificiellement une irritation modérée pour obtenir ce résultat. Pour ce faire, on a recours à l'huile de croton, que l'on emploie habituellement sous forme de crayon mitigé, au tiers :

Huile de croton.....	} à 5 gr.
Beurre de cacao .....	
Cire vierge.....	

Tous les quinze jours, on promène ce bâton sur les plaques parasitaires, puis on fait une friction avec un linge rude, de manière à faire pénétrer quelque peu le corps irritant dans le puits folliculaire. Le lendemain, la peau est rouge et chaude, grenue comme de la peau d'orange. Des petites pustulettes marquent l'émergence de chaque poil. Cette inflammation doit rester superficielle, et au besoin on la calmera avec des cataplasmes et des pansements humides, car la formation d'abcès folliculaires profonds détruirait les papilles pilifères.

Cet œdème congestif permet l'ablation, à la pince, des cheveux malades, sans qu'ils se brisent. On obtient d'abord un gain évident. Mais toujours persistent quelques poils malades qui retardent indéfiniment la guérison. Quand ils sont peu nombreux, et disséminés çà et là, on est autorisé à les détruire, soit avec une aiguille d'acier trempée dans l'huile de croton pure avec laquelle on cautérise le puits folliculaire de manière à produire un abcès profond, soit avec l'aiguille fine du galvano-cautère, soit enfin au moyen de l'électrolyse.

\* \* \*

Tel était l'état de la question, quand Rœntgen découvrit les rayons X (1895). Dès l'année suivante, Freund tentait d'appliquer la radiothérapie au traitement des teignes et de beaucoup d'autres dermatoses. Schiff, au Congrès de Paris (1900), affirmait que dans l'avenir toutes les teignes seraient justiciables de la radiothérapie. Dès lors, les recherches se multiplient. A Paris, les premières en date furent celles de MM. Oudin et Barthélemy, de MM. Gastou, Vieira et Nicoulau, de MM. Brocq, Bissérié et Belot. Ces expérimentateurs obtinrent des résultats fort appréciables, mais inconstants. De graves accidents, tels que des radiodermites, des alopecies définitives, et même des escarres dont la guérison exigeait plusieurs mois, rendirent les chercheurs très prudents. Pour rendre la radiothérapie maniable, il fallait imaginer toute une série d'appareils destinés à apprécier la qualité et à doser la quantité de rayons X absorbés par les tissus. Ce sont les perfectionnements apportés par Holzknœcht, Bécclère, Destot, Williams, Villars, etc., qui permirent d'utiliser sans danger la radiothérapie.



M.M. Sabouraud et Noiré ont mis la question au point en ce qui concerne le traitement des teignes. Voici la technique qu'ils ont suivie, avec un succès constant, à l'école Lallier (hôpital Saint-Louis) (1).

Une machine statique à dix ou douze plateaux, actionnée par une dynamo qui emprunte son énergie électrique au secteur de la ville, est réunie par un circuit aux deux pôles d'une ampoule de Crookes. Celle-ci est enfermée dans une chape protectrice, de manière à prévenir opérateur et opéré contre les accidents de radiodermite. Sur cette chape est branché un manchon porte-diaphragme, contre lequel se colle la tête de l'enfant, de telle sorte que la plaque parasitaire à traiter soit située à quinze centimètres de l'anticathe de l'ampoule de Crookes. Réduit à ces parties essentielles, l'appareil n'offrirait aucune sécurité. Pour qu'il puisse être employé sans danger, il faut lui adjoindre plusieurs dispositifs accessoires.

Plus l'ampoule de Crookes a fourni de travail, plus elle offre de résistance au courant, plus elle devient *dure* suivant l'expression consacrée, ce qui tient à la raréfaction croissante des gaz qu'elle contient. Ce qu'il importe de savoir, c'est que cette ampoule dure émet des rayons X de plus en plus pénétrants. Le spintermètre imaginé par Bécélère est un appareil-signal qui renseigne à tout instant sur le degré de résistance de l'ampoule. C'est un excitateur à boules interposé en court circuit sur le trajet du grand circuit. Une des tiges porte-boules est mobile et graduée "si, la machine en marche, les deux boules du spintermètre étant éloignées de deux centimètres, l'ampoule de Crookes-Villars reste allumée, c'est que sa résistance n'équivaut pas à celle des deux centimètres d'air qui séparent les deux boules du spintermètre, car si la résistance de l'ampoule augmentait, une étincelle établirait un court circuit entre les deux boules du spintermètre, et l'ampoule s'éteindrait (2)."

Pour diminuer la résistance de l'ampoule de Crookes, il faut lui restituer une certaine quantité de gaz à l'aide de l'osmo-régulateur de Villars. Sur une effilure latérale de l'ampoule, est "sou-

(1) *Les teignes cryptogamiques et les rayons X*, par R. SABOURAUD, avec la collaboration technique de H. NOIRÉ, — *Ann. de l'Institut Pasteur*, janvier 1904.

(2) R. SABOURAUD et H. NOIRÉ. *Loc. cit.*

dé le bout ouvert d'un tube de plastine fermé par son autre extrémité à la façon d'une bougie filtrante. Quand la résistance de l'ampoule augmente, on chauffe avec un brûleur Bunsen ce cæcum de platine. Il rougit, devient poreux et laisse entrer dans l'ampoule un peu de l'hydrogène libre de la flamme (1)."

Si l'on introduisait de l'hydrogène en excès, l'ampoule deviendrait trop *molle* et fournirait des rayons peu pénétrants, générateurs de radiodermites. Cette diminution dans la résistance de l'ampoule est indiquée à l'opérateur par le *radi-chronomètre de Benoist*. "Cet appareil a la forme d'un escalier tournant, dont les marches sont taillées dans un bloc d'aluminium, et dont le giron est occupé par une mince lame d'argent transversale. On conçoit que des rayons X qui traversent quatre marches d'aluminium sont plus pénétrants que ceux qui traversent deux marches ou une seule. On place cet appareil sur le trajet des rayons X émis par l'ampoule. Ces rayons produisent un éclaircissement constant de la lame d'argent, et éclairent, d'une façon équivalente, l'une des marches, l'un des secteurs d'aluminium. Supposons que c'est maintenant la marche n° 4 de l'escalier, si l'ampoule mollit, l'éclaircissement du secteur 4 baisse, et c'est le secteur 3 dont l'éclaircissement devient semblable à celui du centre d'argent de l'appareil. Ainsi donc, le radio-chronomètre de Benoist avertit que l'ampoule mollit, comme le spintermètre avertit qu'elle devient dure (2)."

Pour durcir l'ampoule, on se sert du *détonateur de Deslot et Williams* c'est un excitateur annexé au circuit électrique. Dans la position du repos, ses deux boules sont en contact, mais on peut les écarter l'une de l'autre, de manière à faire jaillir une étincelle, ce qui crée une dérivation de courant, une résistance. A mesure que l'ampoule durcit, le radio-chronomètre indique que les rayons deviennent plus pénétrants.

Quelle doit être la durée du temps de pose pour obtenir la dépilation de la région insolée, sans complications de radiodermite? A cette question, il est impossible de répondre. Ce qui importe, ce n'est pas la durée de l'exposition de la plaque parasitaire, mais la quantité des rayons reçue par les tissus. Pour mesurer la somme des rayons X nécessaires pour produire la dépilation transi-

(1) R. SABOURAUD et H. NOIRÉ. *Loc. cit.*

(2) R. SABOURAUD et H. NOIRÉ. *Loc. cit.*

toire, et non l'alopecie définitive, on s'est d'abord servi des *pastilles de Holz knecht*, faites d'un mélange de sels alcalins, dont les rayons X font virer la coloration. Ces pastilles sont placées comme la tête de l'enfant, à quinze centimètres de l'anticathode. De temps en temps, on compare leur nuance à une échelle fixe de 12<sup>e</sup>, chacun de ces degrés appelé conventionnellement par Holz knecht *une unité II*. Quand la source électrique a fourni une somme de rayons X correspondant à 4½ ou 5 unités II, l'expérience doit prendre fin. Comme il est difficile de se procurer ces pastilles, dont le prix de revient est d'ailleurs très élevé, MM. Sabouraud et Noiré lui ont substitué un autre appareil de mesures. Se basant sur les recherches de Villars qui établissent qu'un papier enduit d'une émulsion de platino-cyanure de baryum dans un collodion à l'acétate d'amyle, vire sous l'action des rayons X, et change de couleur proportionnellement à la quantité qu'il en reçoit, ces expérimentateurs ont établi à l'aquarelle une teinte correspondant à celle que prend le papier au platino-cyanure lorsque la séance radiothérapique doit être suspendue. Cette teinte du *radiomètre X de Sabouraud-Noiré* correspond à 5 unités II de Holz knecht. Voici quelle est, d'après eux, la formule radiothérapique des teignes: "*Pour guérir une plaque de teigne par les rayons X il faut la placer à 15 centimètres du centre de l'ampoule et placer en même temps à 8 centimètres du centre de cette ampoule une pastille de papier au platino-cyanure de baryum. Quand cette pastille a pris la teinte B de notre radiomètre l'opération est terminée (2).*"

Les suites opératoires sont très simples. Dans les jours qui suivent la séance, on observe tout d'abord rien d'appréciable. Puis, vers le septième jour, un léger érythème couvre la région insolée; il se dissipe très rapidement et fait place à une faible pigmentation. A partir du quinzième jour, tous les cheveux, malades ou sains, qui ont été soumis à l'action des rayons X, viennent entiers à la plus légère traction. La portion dénudée offre tout à fait l'aspect d'une plaque de pelade. Les cheveux, qui abandonnent d'eux-mêmes leurs follicules pileux, sont atténués en virgule; leur racine, au lieu d'être incolore, creuse et succulente, est ra-

(2) R. SABOURAUD et H. NOIRÉ: Traitement des teignes toudantes par les rayons X à l'école Laille (hôpital Saint-Louis), *Presse médicale*, 25 décembre, page 825.

tatinée, pleine et surchargée de pigment. Sur un coupe, on voit qu'au-dessous du cheveu mort, le follicule est comblé par un cylindre d'épithélium malpighien, dans lequel le parasite spécialisé à l'épiderme corné, comme le fait remarquer M. Sabouraud, ne peut germer. Donc, le cheveu de repousse peut grandir sans prendre contact avec le cheveu malade en voie d'expulsion et, par conséquent, est à l'abri de la contamination.

Remarque pratique très importante : les rayons X ne tuent pas le parasite, de sorte que les poils éliminés pourraient propager la teigne aux parties saines du cuir chevelu, si l'on ne pratiquait pas une vigoureuse antiseptie.

C'est seulement deux mois environ après la dépilation que la repousse devient apparente, sous forme de poils grêles et incolores. Cinq mois après la séance de radiothérapie, les cheveux ont repris toute leur vigueur.

En principe, une seule séance est suffisante. Quand la surface atteinte de teigne est trop considérable pour être traitée en une fois, on fait, le même jour, des applications successives et sans intervalle. Entre les divers cercles tangents et déjà insolés, il subsiste des espaces triangulaires à côtés curvilignes. Pour traiter ces écoinçons sans produire de radiodermite, ce qui ne manquerait pas de faire une seconde application des rayons X sur le même point, on protège, par des disques de plomb, les parties déjà soumises à la radiothérapie.

\* \* \*

Autrefois, la teigne se guérissait en dix-huit mois ou deux ans; aujourd'hui, le traitement se réduit à trois mois. La radiothérapie abrège donc la maladie de plus des cinq sixièmes de sa durée. C'est là un résultat fort important, non seulement au point de vue des intérêts moraux de l'individu qui n'est pas tenu à l'écart de l'école ou du collège pendant de longs mois, mais aussi au point de vue économique. M. Sabouraud calcule que cette nouvelle méthode thérapeutique représente, pour l'Assistance publique de Paris, un gain de 1,500,000 francs. Un enfant teigneux, hospitalisé à l'école Lailler jusqu'à guérison, coûtait en moyenne 2,000 francs, tandis qu'actuellement, il ne coûte plus que 260 francs.

En outre, l'installation de la radiothérapie a permis de distraire de l'école Lailler 150 lits, qui font aujourd'hui deux services nouveaux, l'un de médecine, l'autre de chirurgie. Enfin, les résultats de la nouvelle méthode font prévoir à brève échéance la suppression des colonies provinciales d'enfants teigneux parisiens.

\* \* \*

Un mot, en terminant, sur la prophylaxie publique des teignes. A la campagne, elles sont souvent d'origine animale et se transmettent assez difficilement d'enfant à enfant. Elles ne constituent pas des foyers à proprement parler. Mais à la ville et surtout dans les grands centres; les teignes sont un véritable fléau; elles règnent à l'état endémique sur les enfants de la classe pauvre, dans les orphelinats, les écoles enfantines et même les hôpitaux. Le chiffre énorme de la population scolaire de Paris, le petit nombre des médecins inspecteurs des écoles, la difficulté du diagnostic des teignes à leur début, la délivrance de certificats de guérison à des enfants encore en puissance de teigne par des médecins peu exercés à ce genre de recherches, enfin la durée indéfinie et la grande contagiosité des teignes, l'usage de certains instruments difficiles à désinfecter, tels que la tondeuse, voilà autant de causes qui expliquent la persistance des teignes dans le milieu parisien.

Quand une école est sérieusement atteinte, il faut la fermer pour éviter la contamination des nouveaux arrivants. Parmi les enfants licenciés, les uns, dont la lésion est encore peu apparente, seront placés par leurs parents dans une autre école qu'ils enseigneront, les autres communiqueront la teigne à leurs frères et sœurs, dans le milieu familial. Cette situation, il y a tout lieu de l'espérer, va être profondément modifiée par l'emploi de la méthode radiothérapique, qui permet de traiter la maladie aussitôt reconnue et, par conséquent, de supprimer les causes qui entretiennent l'endémie.

---

## LES ACCIDENTS D'ERUPTION DENTAIRE ET LE TERRAIN.

Par le Dr FREY,  
Dentiste des Hôpitaux de Paris (France).

---

L'éruption des dents comporte un certain nombre de périodes ; la première est la période des vingt dents, dites de lait ; la deuxième correspond aux vingt dents de remplacement et aux premières grosses molaires de six ans ; la troisième est celle des molaires de douze ans ou deuxièmes grosses molaires ; la quatrième, celle des dents de sagesse ou troisièmes grosses molaires.

L'éruption des dents, quand elle ne concerne que les vingt dents de lait, est dite encore purement et simplement "la dentition ;" c'est pourquoi les phénomènes pathologiques, qui peuvent être en rapport avec cette première période, sont connus sous le nom "d'accidents de la dentition." L'explication en est facile, puisque la carie dentaire ne commence à manifester ses accidents qu'à partir de la quatrième année et que tous les phénomènes, qui peuvent attirer l'attention du côté des dents depuis la naissance jusque dans la troisième année, ne concernent exclusivement que l'éruption dentaire.

Il n'en est plus de même pour les autres périodes éruptives (éruption des vingt dents permanentes de remplacement, éruption des molaires de six et douze ans, des molaires de sagesse). Ici, pour ne pas confondre avec les accidents concomitants possibles de la carie, on a pris l'habitude de spécifier nettement qu'il s'agit d'accidents *d'éruption* des dents de six, douze ans, etc.

Quand l'évolution dentaire est normale, il s'agit d'un phénomène d'ordre physiologique, qui ne peut nous intéresser ici. Cependant il nous semble bon, même à propos de l'évolution physiologique, de distinguer deux cas :

Evolution normale et terrain normal.

Evolution normale et terrain défectueux.

Il se peut en effet que, dans les conditions qui nous échappent encore, un enfant débilité par de graves troubles généraux, fasse une éruption dentaire parfaite ; nous l'avons tous constaté en clientèle et à l'hôpital. Peut-être y aurait-il là l'influence d'une parfaite hérédité dentaire qui, résistant aux troubles généraux de l'organisme, pousserait les dents à évoluer normalement indifférentes à ces troubles.

Malheureusement il n'en est généralement pas ainsi et non- al-

lons maintenant étudier les influences morbides réciproques de l'état général sur l'éruption dentaire et de celle-ci sur l'état général, aux différentes périodes de cette éruption.

### PREMIÈRE PÉRIODE.

#### *Eruption des vingt dents de lait (1).*

(A) Influence du terrain sur l'éruption dentaire.

*La mauvaise alimentation du nouveau-né, la dyspepsie gastro-intestinale* déterminent au premier chef une éruption dentaire pathologique: l'organisme a une vitalité diminuée et le moins qui puisse se produire, c'est le retard dans l'éruption des dents.

Malheureusement ce retard entraîne le plus ordinairement une éruption irrégulière: ce sont les incisives du bas et du haut qui sortent presque simultanément, ce sont les canines qui sortent avant les premières molaires de lait ou presque en même temps qu'elles, ce sont les deuxièmes molaires de lait qui n'apparaissent que très tardivement entre trois et quatre ans, ou presque en même temps que les premières molaires de lait, et d'une façon générale on peut dire que toute dent qui ne sort pas à sa date normale et dans son ordre normal trouble l'équilibre biologique du milieu buccal, produit sur ce milieu l'action d'un agent traumatique, et peut être le point de départ d'infections multiples de la bouche (inflammations gingivo-buccales).

*La syphilis héréditaire, le rachitisme* produisent sur la dent non seulement des désordres de structure dont nous n'avons pas à nous occuper ici, mais encore des anomalies de l'éruption; celle-ci devient irrégulière et retardée et nous venons d'en voir les conséquences.

De même les *fièvres éruptives* et les *maladies du système nerveux* (2).

(1) On pourrait même signaler des accidents de la *période prééruptive*. CAPERONT a décrit sous le nom de "folliculite exclusive" une éruption prématurée de la dent, véritable expulsion hors du nid folliculaire enflammé, tantôt par un agent infectieux extérieur à la suite d'un traumatisme, tantôt par une auto-infection. Cette dent prématurément sortie devient à son tour une cause de trouble pour l'état général en gênant les têtes et entravant l'alimentation.

(2) A notre consultation dentaire de l'hospice de Bicêtre, nous avons constaté fréquemment le retard et l'irrégularité de l'éruption chez les nouveau-nés arriérés du service du Dr BOURNEVILLE. Mais ce qui nous a surtout

## (B) Influence de l'éruption dentaire sur le terrain.

C'est la plus étudiée et aussi la plus discutée ; à tel point que sous le nom "d'accidents de dentition chez le nouveau-né" beaucoup n'entendent que cette seule catégorie. Dans le problème si complexe de la pathologie de l'éruption dentaire, la plupart des auteurs se sont limités à ce seul très important chapitre de son influence sur l'état général.

Et ils se sont divisés en deux classes absolument opposées : Les uns, partisans des doctrines hippocratiques, admettent cette influence absolument : les autres, avec Magitot et l'école allemande, la nient absolument.

Les premiers attribuent presque aveuglément, pour ainsi dire, à l'éruption dentaire la plupart des phénomènes pathologiques de la première enfance : nerveux, respiratoires, circulatoires, gastro-intestinaux, eutanés ; et ils expliquent tous ces troubles de l'état général : primitivement, par une excitation réflexe à point de départ dentaire ; secondairement, par un réveil infectieux.

Les seconds ne voient dans les diverses manifestations des accidents dits de dentition que des troubles tout à fait indépendants de la dentition, attribués à tort à celle-ci, par le fait de la suggestion toujours présente d'une dent apparue ou à apparaître ; tout au plus consentent-ils à admettre la salivation réflexe exagérée, et la salive en inondant le linge de l'enfant, pourrait le refroidir et lui donner bronchite ou entérite ! (FLEISCHMANN). — La dentition est un phénomène d'ordre physiologique, au même titre que le développement des autres organes, et qui doit évoluer dans le silence tout comme ceux-ci. S'il y a des accidents de la première dentition, ce ne peuvent être que des infections locales, comme pour les accidents d'éruption de dents de sagesse.

À notre sens, cela n'est vrai qu'en partie, car il y a une question de degré à considérer : l'enfant doit, dans un temps relativement très court, suffire à un travail énorme pour arriver à s'alimenter normalement ; de la naissance jusqu'à l'âge de trente mois envi-

frappé et sur quoi nous attirons dès à présent l'attention de nos confrères, c'est l'engrènement défectueux des dents du haut avec celles du bas, leur articulation vicieuse et toutes les malformations dentaires, maxillaires et faciales consécutives. Ces malformations rentrent dans la catégorie de celles que nous avons étudiées dans notre mémoire (Congrès de Montauban 1902. Ass. fr. pour l'Avanc. des Sciences (sur les rapports pathologiques entre l'articulation temporo-maxillaire et des dents.



tion, où il a terminé l'éruption de ses vingt dents de lait, il lui en faut faire la calcification et l'éruption et préparer la calcification des dents permanentes ! et cela tout en développant et son squelette et tout le reste de son organisme ! On conçoit que, dans ces conditions, *son organisme soit constamment en état d'équilibre instable* il frôle le déséquilibre. Il lui suffira du moindre refroidissement, de la moindre fatigue gastro-intestinale, de la moindre infection pour que ses défenses naturelles deviennent impuissantes.

Autrement dit, *le travail de l'éruption dans la première période de la dentition agit comme cause prédisposante en affaiblissant l'équilibre de l'organisme et à la moindre cause occasionnelle agissant sur le système nerveux, digestif ou circulatoire, les infections et les réflexes pourront déterminer l'état de maladie* (voir RAFFRAY, les déséquilibrés du syst. nerveux)

C'est de la même façon que SPRINGER considère l'influence de la dentition sur les accidents dits de croissance.

Et quand les adversaires acharnés des accidents de la première dentition viennent nous dire que l'éruption des dents de lait n'a même pas plus de bronchites que celle des dents de sagesse, nous leur répondons : l'adulte qui perce une dent de sagesse a un organisme dont le développement est à peu près terminé, incapable de se laisser émouvoir par cette éruption, à moins que l'intensité des accidents locaux ne l'ébranle, et encore ce ne peut être que secondairement à l'intensité de ces phénomènes locaux ; au contraire l'enfant qui perce ses dents de lait a un organisme en pleine voie de développement, dans un état d'équilibre instable, et il lui suffira de la moindre épine dentaire pour être troublé dans ses fonctions essentielles, à la merci de la moindre infection.

Il est un point que nous devons à présent signaler à l'attention de nos confrères : Si nous considérons la courbe du poids d'un enfant normal, dont l'évolution dentaire est normale, nous constatons un arrêt, quelquefois même une régression à chaque poussée dentaire, *sans autre accident*. Nous devons en tirer, ce semble, deux conclusions :

D'abord que la courbe normale comporte des irrégularités normales, qu'elle n'est pas progressivement et régulièrement ascendante comme on pourrait le croire ; ensuite que, même dans les conditions les plus favorables, l'éruption dentaire influence l'état général et le manifeste dans le poids de l'enfant.

Et ce stationnement du poids, ne serait-ce pas une manifestation évidente de cet état d'équilibre instable, dont nous venons de parler, point de départ de tous les accidents dits de dentition chez le nouveau-né?

Nous venons de passer une rapide revue des accidents de la première dentition, en étudiant d'abord l'influence du terrain sur l'éruption dentaire, puis celle de l'éruption dentaire sur le terrain; mais les phénomènes cliniques, quels qu'ils soient, sont toujours très complexes, les influences auxquelles ils obéissent, se commandent, se subordonnent, finissent par s'enchevêtrer; on les dégage par l'analyse, mais ils se présentent à nous synthétiquement.

Tel enfant offre un état général défectueux, sa dentition s'en ressent, elle apparaît tardivement et irrégulièrement; conséquence immédiate; trouble possible de l'équilibre biologique du milieu buccal (infections gingivo-buccales), conséquence ultérieure: déséquilibre général et prédisposition aux infections organiques et aux troubles les plus divers du système nerveux. Le terrain restant toujours défectueux, les accidents peuvent se continuer jusqu'à la fin de l'évolution dentaire si l'enfant y résiste.

Tel autre enfant est bien portant, mais à l'occasion d'une poussée dentaire, il présente par exemple des accidents intestinaux. Si ceux-ci ont une certaine intensité, le terrain devient défectueux et l'éruption pourra être retardée, irrégulière avec toutes ses conséquences, comme dans le cas précédent.

C'est l'éternel cercle vicieux des phénomènes cliniques.

## DEUXIÈME PÉRIODE.

### *Remplacement des vingt dents temporaires par vingt dents permanentes et éruption des dents de six ans.*

L'enfant est plus fort, mieux équilibré, donc moins prédisposé aux troubles généraux de l'organisme.

Cependant, à l'occasion du travail de la dentition, son état général pourra présenter un certain état de langueur, de fatigue, il y aura, peut-être, ainsi que quelques-uns l'affirment, prédisposition à certaines maladies infectieuses de l'enfance, rougeole, scarlatine, etc., il pourra y avoir des poussées ganglionnaires (sans infection buccale apparente cependant) dans les ganglions du cou.

Ce qui domine déjà, ce sont simplement les accidents locaux dont l'intensité pourra, il est vrai, mais *secondairement seulement*, retentir sur l'état général. Par exemple, telle dent de 6 ans à cauchon gingival infecté pourra entraîner une angine violente avec fièvre.

### TROISIÈME ET QUATRIÈME PÉRIODES.

#### *Eruption des molaires de 12 ans et des dents de sagesse.*

Ici l'organisme a atteint un équilibre assez stable, surtout chez l'adulte qui perce ses dents de sagesse, pour qu'il n'y ait plus à considérer primitivement que des accidents locaux.

Et cependant, si nous voulons analyser scrupuleusement les phénomènes, nous pourrions encore considérer :

(A) Influence du terrain sur l'éruption de la dent de sagesse : il est évident que l'adénoïdien, le rachitique, le syphilitique héréditaire, au maxillaire inférieur ou supérieur déformé pourront présenter des accidents d'éruption par défaut de place ou par anomalies de direction.

(B) Influence de l'éruption de la dent de sagesse sur le terrain ; ici, comme plus haut, nous le répétons, l'état général peut être troublé, non pas primitivement par le simple fait de l'éruption de la dent, mais secondairement aux phénomènes infectieux, dont cette dent pourra être le point de départ.

La dent de sagesse inférieure, en voie d'éruption, a pu provoquer, par l'intensité de l'infection locale, une propagation septicémique mortelle.

### CONCLUSION.

Tel est donc, à notre avis, l'état de la question au sujet des accidents d'éruption dentaire : il faut tout d'abord considérer l'équilibre plus ou moins stable de l'organisme suivant l'âge, et en second lieu il faut considérer les influences réciproques du terrain sur l'éruption et de l'éruption sur le terrain.

On voit l'importance que prennent les questions de nutrition générale sur l'évolution des dents, et leurs accidents doivent être étudiés comme des problèmes de pathologie générale, intéressants à la fois pour le médecin et pour le dentiste.

## REVUE GÉNÉRALE

### CAUSERIE. A LA CAMPAGNE, SUR L'OBSTÉTRIQUE. (1)

La pratique de l'obstétrique à la campagne diffère de la pratique de l'obstétrique à la ville, ou à l'hôpital. Les cliniques que vous avez suivies aux maternités vous seront assurément d'un grand secours dans l'exercice de notre art à la campagne, mais si vous manquez d'initiative, si vous ne savez pas dévier quelquefois des sentiers battus, si vous n'êtes pas un peu débrouillard, pour me servir d'une expression familière, vous ne ferez jamais, dans mon opinion du moins, un accoucheur idéal, émérite, parce que souvent vous ne serez pas à la hauteur des circonstances. La plupart de vos malades résideront loin de votre bureau, vos aides seront parfois d'une ignorance déplorable, la literie, la lingerie, l'ameublement même, seront souvent passablement primitifs, surtout chez nos cultivateurs, chez ceux entr'autres qui n'ont pas voyagé aux Etats-Unis, et que le luxe des villes n'a pas atteint.

Mais d'autre part, il me semble que les microbes sont plus disséminés dans l'habitation rurale que dans le logis de ville, et que leur virulence est atténuée; en tout cas, il est certain que la résistance vitale de nos parturientes, accoutumées aux larges horizons, aux bains de pure lumière solaire, aux vifs échanges respiratoires dans l'air nature, à la vie physiquement active mais moralement calme, l'emportent de beaucoup sur la patricienne ou même la bourgeoise, dont le cerveau est trop souvent surmené, les nerfs hypertendus, et le sang anémié.

Je me placerai à ce point de vue mes amis, pour vous donner cette petite leçon pratique, et je serai heureux si plus tard l'un de vous, fût-il placé dans la plus modeste campagne, où les devoirs, les obligations, les services à rendre, sont aussi impérieux que sur le plus grand des théâtres, peut tirer quelque profit de cet humble entretien.

Ne vous couvrez pas la figure de vos mains, si parfois mon enseignement n'est pas calqué sur le classique, et si ma manière de faire dévie de la routine.

Je dois vous avouer que j'ai élagué un bon nombre de pratiques

(1) Leçon de vacances, recueillie par Silvio Roch, E. E. M., 2 août 1905.

que je considère comme inutiles, fastidieuses, quand elles ne sont pas dangereuses; et pour ne parler que de l'antiseptie, il en est d'elles comme de toutes les bonnes choses : *pas trop, n'en faut*. Sans doute que les principes de cette science sont vrais, mais dans ce nouvel arbre, je crois qu'il y a beaucoup à émonder; comme sur tous les jeunes plants vigoureux, il y pousse beaucoup de bourgeons, de branches surnuméraires et encombrantes.

Messieurs, dans notre dernière causerie, je vous ai dit pour quelles complications vous serez d'ordinaire consultés par les femmes enceintes, sur la fin de leur grossesse. J'ai insisté surtout sur l'éclampsie et son traitement par le *Veratrum viride*, médication généralement inconnue des classiques français, mais vulgarisée ici surtout par Gauthier(1) et De Cotret (2), que je me plais à réunir ici malgré eux.

\* \* \*

Maintenant, Messieurs, après une course échevelée d'une demi-douzaine de milles, par monts et par vaux, nous voici au chevet d'une parturiente.

Dès votre arrivée, informez-vous s'il y a de l'eau bouillie, au moins un demi gallon, et recommandez bien à vos aides d'en tenir continuellement à votre disposition. Vous n'aurez pas exercé deux ans au même endroit, que ces recommandations seront à peine nécessaires. Lavez-vous longuement les mains à l'eau bouillie phéniquée faible, en même temps que vous ferez faire la désinfection des parties génitales externes de la parturiente, avec une solution analogue.

J'ai dit les parties génitales externes, et j'insiste sur ce point. Dans l'engouement de toute novation, nous dépassons généralement le but : l'on est allé jusqu'à ordonner de grandes injections vaginales au sublimé, pour détruire des microbes qui le plus souvent n'existent pas. Je sais encore des médecins qui ont la déplorable habitude de prescrire des douches vaginales avant et après chaque accouchement; mieux que cela, ces douches sont

(1) Gauthier. Thèse d'Aggrégation sur l'éclampsie puerpérale et son traitement par le *veratrum viride*.

(2) De Cotret: Communication sur le *veratrum viride* dans l'éclampsie puerpérale, lue au Congrès de Médecins de langue française à Québec.

quelquefois laissées aux soins d'une garde-malade ignorante.

Je me rappelle, à ce sujet, l'une de mes belles-sœurs à Montréal, qui fit de la fièvre puerpérale à la suite de deux ou trois couches consécutives ; et un jour que mon frère, justement alarmé de la mauvaise tournure que prenaient les symptômes scepticémiqnes, me consultait à ce sujet, je découvris que la garde-malade qui donnait des injections vaginales chaque jour, et même plus d'une, à la nouvelle accouchée, avait l'habitude de refroidir son eau sous la chantepleuré ; et qui ne connaît la richesse de la flore microbienne de l'eau d'approvisionnement de la cité de Montréal. Mon frère changea de médecin, ma belle-sœur de garde-malade, fit deux ou trois accouchements depuis, dont les relevailles furent absolument normales. Donc, pas d'injections vaginales prophylactiques, pas plus que l'on en donne à la ferme aux autres animaux domestiques, où cependant les fièvres puerpérales sont très rares.

Il m'est arrivé parfois de faire de l'antiseptie intra-vaginale, même au vestibule utérin, lorsque j'avais raison de craindre une infection quelconque, banale : telle à la suite d'un coït trop récent ; ou spécifique gonococcique, etc. Un jour, me rappelle qu'une vieille mégère bougonne et sale s'était permise de faire des touchers vaginaux avant mon arrivée, "pour soulager la petite femme," me dit-elle ; j'ai cette fois-là, administré deux douches, dont l'une utérine et antiseptique à la petite femme, et l'autre par les oreilles et sceptique, à la vieille, dont elle s'est souvenue longtemps.

\* \* \*

Je n'ai pas l'intention de vous faire un cours didactique ; vous r'avez qu'à ouvrir un manuel d'accouchements pour y lire en détails la partie théorique de l'obstétrique. Je veux simplement appuyer sur quelques points pratiques, entr'autres sur la narcose et le choix des anesthésiques, questions qui ne me semblent pas parfaitement fixées par les classiques.

Hors les considérations d'ordre scientifique et humanitaire, il se pourrait, mes amis, que plus tard vous cassiez à combattre des arguments spécieux, des préjugés sectaires, chez les autorités dirigeantes dans nos campagnes, ce qui m'est arrivé du reste.

L'un de mes anciens curés, faisait un jour les remarques suivant-

tes dans la sacristie, en présence de la porteuse et un père d'un nouveau-né: "Le docteur Laurendeau aime bien trop le chloroforme, l'Eglise n'approuve pas le chloroforme dans les accouchements." Ces remarques qui vinrent à ma connaissance, amenèrent des explications quelque peu orageuses, mais j'ai la satisfaction de vous dire qu'après avoir consulté les autorités compétentes, ainsi qu'un théologien tout fraîchement débarqué de Rome, mon curé m'a laissé le privilège, la liberté, d'administrer des anesthésiques chez les femmes en couches, suivant les dictées de la sciences et de ma conscience.

Je ne doute pas que ce curé, excellent prêtre du reste, ne fut de bonne foi. Il avait fondé sa conviction, ses principes, sur "*La Morale dans ses rapports avec la Médecine et l'Hygiène, par le Dr Georges Surbled 1891.*" Dans cet ouvrage, qu'il m'a prêté gracieusement, j'y lis au chapitre XVI, sous le titre: "Anesthésie de l'accouchement," j'y lis des arguments comme ceux-ci: "Il n'y a pas d'accouchement sans souffrances. Le mal est pénible, ex-cruciant, mais il est simplement accepté, noblement supporté par la femme, parce qu'il lui annonce la plus douce des joies, parce qu'il est le prix de sa maternité, etc."

L'auteur conclut ainsi: "La règle générale que nous paraissent indiquer également la morale et l'hygiène, est la suivante: "*Les anesthésiques n'ont pas leur application au travail ordinaire de la femme en couches et doivent être interdits.*" Puis il ajoute: "Nous n'avons pas à traiter ici le côté moral de la question, mais nous estimons que le texte bien connu de la Bible a sa valeur. Dieu, en disant à Eve, notre mère commune, après la première faute: *Tu enfanteras dans la douleur*, a porté une terrible sentence, qui se vérifie trop clairement chaque jour pour qu'il soit permis d'attribuer un sens métaphorique à sa parole."

N'allez pas croire que ces opinions de médecins théologiens, ou de théologiens chancelants fussent un sujet d'étonnement ou d'admiration pour moi; je me rappelais trop les controverses théologiques que l'anesthésie obstétricale souleva en Angleterre, son pays d'origine. Ne vit-on pas le célèbre Barnes, invoquant en médecine le principe des causes finales, professer "que c'est outrager la loi fondamentale de l'adaptation, que de prétendre qu'un Créateur bienfaisant a associé la douleur aux processus de la partu-

“ rition, autrement que dans un but sage et nécessaire.” C’est qui n’empêche pas le Dr Snow d’administrer du chloroforme à la Reine Victoria le 7 avril 1853, et si bien, que l’on continua à le donner à *la reine*, par tout le royaume.

\* \* \*

Je passerai maintenant un peu rapidement sur le choix de l’anesthésique, et les indications de cette thérapeutique, pour ne pas trop prolonger cette causerie. J’emploie le chloroforme, et le bromhydrate de scopolamine unis à la morphine, comme analgésique, anesthésique, ou narcotique, suivant les circonstances.

En principe, je ne refuse jamais d’anesthésier une femme qui me le demande, parce que je crois qu’il ne m’appartient pas de juger jusqu’à quel point une femme souffre pendant sa parturition, son accouchement fut-il le plus normal du monde.

Un jour qu’il y avait à faire une kélotonie d’urgence, pour une inguinale étranglée, chez l’une de mes clientes de la campagne, cette femme refusa du chloroforme, sous prétexte de conserver sa connaissance jusqu’à l’arrivée du curé qu’elle avait fait mander. Je fis la laparotomie, je débridai sa hernie, et je parachevai l’opération sans une plainte; une seule fois, elle me pria de lui accorder deux ou trois minutes de repos; puis, rendue dans son lit, elle me dit simplement: “Certainement que j’ai souffert, mais je crois que j’aimerais mieux recommencer que d’avoir un accouchement.” Cependant ses quelques huit ou dix couches avaient toujours été normales. Depuis cette date, Messieurs, je n’ai jamais refusé en obstétrique d’enlever la douleur à qui me le demandait.

Il est universellement admis aujourd’hui, que les dangers inhérents à l’administration du chloroforme par voie mithridatique, sont infiniment moindres chez les femmes gravides que chez les autres sujets; quant à la scopolamine, ce que j’en sais par mon expérience me permet d’affirmer que c’est un anesthésique d’avenir, mais à indications spéciales.

Bref voici comment je procède en l’espèce:

1° Chez les primipares, lorsque la dilatation se fait lente, lorsque le col est rigide; lorsque *la petite femme* demande du soulagement, si je prévois que même en appliquant le forceps, la délivrance ne se fera pas avant trois ou quatre heures, je donne en injec-



tion hypodermique 1/5 de gr. de bromhydrat de scopolamine et 1/5 de gr. de morphine. Si après un certain temps, trois heures en moyenne, l'effet de la scopolamine s'atténue, je renouvelle l'injection; et même dans les cas très lents j'en ai donné jusqu'à trois injections consécutives à trois heures d'intervalle chacune. Toutefois, si la malade est très agitée et qu'à ce moment la dilatation soit suffisante, je préfère donner un peu de chloroforme et mettre les fers.

Chez les primipares en général, surveillez attentivement le vagin, et examinez bien l'utérus après la délivrance, surtout si vous avez donné de la scopolamine, car dans ce dernier cas je redoute quelque peu l'hémorrhagie, quoique je ne sois pas encore fixé sur ce point.

2° Chez les femmes dont l'accouchement est normal, je ne donne du chloroforme que si la parturiente le demande, et alors je le donne au goût de la malade; à la reine, ou à pleine dose; mais dans ce dernier cas, pour éviter les dangers d'une narcose prolongée, je me hâte de mettre les fers.

Je n'ignore pas qu'en agissant ainsi, mes statistiques vous sembleront comporter un nombre d'accouchements dystociques beaucoup plus considérable que d'autres confrères, et peut-être ne suis-je pas dans le sentier classique; mais je vous affirme que la septicémie m'est presque inconnue, que les relevailles de mes accouchées sont absolument normales, et que mes clientes me sont très attachées, très reconnaissantes même.

Je n'irai pas jusqu'à dire comme quelqu'un, dont je ne me rappelle plus le nom, que maintenant l'on peut faire de la bonne chirurgie sur le tas de fumier des habitants à la campagne, mais je crois qu'avec les connaissances que nous possédons actuellement sur la microbiologie, sur l'asepsie et l'antisepsie, l'application du forceps peut être considérée comme indifférente, quant aux complications qui suivent toute parturition, à la condition que cet instrument soit manié par un accoucheur qui s'y entend et qui connaît parfaitement son obstétrique.

3° Dans tous les accouchements dystociques, que la dystocie soit maternelle ou fœtale, le chloroforme est aussi nécessaire, aussi indispensable que dans la grande chirurgie.

Lorsque l'intervention est longue, ou même lorsque après avoir

posé un diagnostic, les soins et préparatifs préliminaires requièrent une certaine somme de temps, je donne une injection préalable de scopolamine: ainsi dans l'opération césarienne, la symphysectomie, l'opération de Gigli (Section du pubis, etc.).

---

#### AFFECTIONS CATARRHALES.

A cette période de l'année, nous sommes spécialement portés à considérer les avantages qu'offre le Glyco-Thymoline dans le traitement des affections catarrhales aiguës du nez et de la gorge.

Le coryza, la naso-pharyngite, l'amygdalite, la laryngite sont maintenant très communs. La membrane muqueuse, avec son tapissage de cellules délicates et son fin treillis de capillaires, prend, après exposition au froid, une apparence turgescente. Les petits vaisseaux sanguins ou capillaires se congestionnent et leur fonction est pratiquement suspendue. Les globules sanguins, faute de nutrition, meurent et sont rejetés au dehors. Les sécrétions glandulaires sont altérées; au lieu d'excréter un mucus clair non irritant, nous remarquons un liquide acide d'un caractère très irritant. Ceci est, à peu près, la condition que nous trouvons dans toutes les inflammations catarrhales.

Quelle est ici l'action du Glyco-Thymoline? Quels en sont les avantages spéciaux?

Le Glyco-Thymoline en solution à 25/100, étant approximativement d'une alcalinité identique à celle du sérum, du sang, produit par son action exosmotique (passage à l'extérieur des tissus des sécrétions normales et des produits d'inflammation), une rapide déplétion des tissus engorgés, ainsi aidant la nature, dans son action naturelle de restauration de la circulation capillaire et de l'action glandulaire normale et rétablissant la nutrition cellulaire qui ramène promptement, dans la muqueuse, une condition générale normale.

Le Glyco-Thymoline dissout rapidement toute accumulation du mucus épais, filant, de croûtes, et par ses effets anodins et anesthésiques, donne une sensation de fraîcheur aux muqueuses enflammées.

# OPHTALMOLOGIE.

## A TRAVERS LA SPECIALITE OPHTALMOLOGIQUE.

CONJONCTIVITE AIGUE, désignée habituellement par les termes de conjonctivite catarrhale, d'ophtalmie catarrhale, de conjonctivite simple.

*Principaux symptômes* : — Sécrétion plus ou moins abondante de muco-pus et agglutinement des paupières le matin au réveil. Sensation de corps étranger, de sable entre les paupières. Rougeur et léger œdème de la conjonctive, surtout dans le cul-de-sac inférieur dans lequel on voit souvent des flocons de pus lorsque le malade regarde en haut et que l'on abaisse la paupière inférieure. L'examen bactériologique de la sécrétion conjonctivale révèle la présence constante d'un bacille, le bacille de Weeks, bacille court, très tenu, le plus souvent à l'état isolé.

*Traitement* :—

Collyre : Eau distillée. . . . . 10 grammes.

Nitrate d'argent. . . . . 0 gr 15 - 0 gr 10 - 0 gr 05.

Distiller deux ou trois fois par jour une à deux gouttes de ce collyre selon l'acuité.

Puis, toutes les deux ou trois heures, pendant un quart d'heure ou une demi-heure chaque fois, faire une application de compresses froides imbibées soit de :

Acide salicylique. . . . . 2 grammes.

Borate de soude . . . . . 1 —

Eau distillée . . . . . 500 —

Soit de cette solution :

Sublimé . . . . . 0 gr. 20 cent.

Eau distillée ou bouillie . . . . . 500 grammes.

Si ces solutions étaient irritantes pour les paupières, les étendre de moitié, d'eau.

(b) Lorsque la rougeur et la sécrétion diminuent, employer toujours le nitrate d'argent à doses moins élevées.

L'*argyrol*, récemment introduit dans la thérapeutique oculaire, grâce aux recherches de M. Darier, est parfaitement toléré et ne provoque aucune douleur.

Solution pour badigeonnage de la conjonctive et des culs-de-sac avec un pinceau :

Argyrol . . . . .	1 gr. à 2 gr.
Eau . . . . .	20 —

Collyre :

Argyrol . . . . .	0.50 à 1 gram.
Eau . . . . .	20 grammes.

2 gouttes 2 ou 3 fois par jour.

Le *protargol* comme l'argyrol, s'emploie avantageusement comme adjuvant du nitrate d'argent, en collyre, en solution ou en pommade.

Pommade : Protargol . . . . .	1 gramme.
Lanoline . . . . .	5 —
Huile de vaseline . . . . .	5 —

Solution :

Protargol . . . . .	5 grammes.
Eau distillée . . . . .	10 —

(Darier)

Collyre :

Protargol . . . . .	0 gr. 50. 0 gr. 75. 1 gr.
Eau distillée . . . . .	10 grammes.

Le sulfate de zinc, dans les conjonctivites peu intenses, à sécrétion peu abondante, sera employé de préférence au nitrate d'argent; instiller une à deux fois par jour une ou deux gouttes de ce collyre :

Eau distillée . . . . .	10 grammes.
Sulfate de zinc . . . . .	0 gr. 05 cent. à 0 10. cent

Dans l'intervalle des cautérisations, ou bien avant l'emploi des divers collyres, faire usage des diverses solutions suivantes, employées froides ou tièdes.

Solution d'acide borique à 30 grammes pour 1000 grammes.
“ de biborate de soude à 15 gr. pour 1000;
“ de naphtol b. à 1 pour 1000 ou 2000;
“ cyanure d'hydrorgyre 0 gr. 10;

\* \* \*

## RAPPORT SUR LA CORRECTION TOTALE DE LA MYOPIE (1).—

Dans la plupart des travaux sur la myopie, on admet que c'est l'excès de convergence, dans le travail trop rapproché, qui est la principale cause du développement et de l'augmentation de la myopie.

La correction totale consiste dans la prescription à l'intéressé, pour la vision de loin et pour la vision de près, du même verre concave, se rapprochant le plus possible du degré de myopie, très exactement déterminé par les procédés objectifs et subjectifs actuels, et procurant le maximum d'acuité visuelle.

Les ophtalmologistes qui ont appliqué la correction totale, ont constaté entre autres résultats, qu'elle a une heureuse influence sur la progression de la myopie. Il est donc particulièrement important de la prescrire tout au début, dès que les degrés les plus faibles de la myopie sont constatés.

Les publications sur la correction totale ont bien démontré qu'elle arrête ou retarde la progression de la myopie. Mais il s'agit surtout de la myopie de travail, études, etc.

Il n'est pas encore prouvé que la correction totale produit d'aussi bons résultats dans la myopie maligne ou dangereuse, qui doit être traitée, sous le rapport des verres correcteurs, avec beaucoup de prudence.

Bien que les auteurs n'aient pas établi de classification méthodique, on peut conclure de leur manière de faire qu'il y a deux façons de procéder; la correction totale d'emblée, qui a chance d'être acceptée par les myopes jeunes et d'un degré peu élevé; et la correction totale progressive ou échelonnée, plus facile à faire accepter dans les degrés plus élevés de myopie.

Il paraît rationnel de corriger la myopie dès ses degrés les plus faibles, une myopie et les fractions au-dessous de ce chiffre. De tels degrés ne se rencontrent que chez des enfants et des adolescents. Et lorsqu'on a eu la chance de les dépister et de leur appliquer la correction totale, qui est très bien supportée, on a la satisfaction de constater qu'aucun cas ne subit d'augmentation par la suite.

(1) Société française d'opht. Dr Bourgeois (La Cl. oph.)

La myopie faible jusqu'à 3 dioptries s'accommode bien aussi de la correction totale, chez les jeunes sujets.

De ces faits découle la nécessité de l'examen des yeux de tous les écoliers, pratiqué par les ophtalmologistes, afin de corriger la myopie dès sa constatation.

La réglementation de la vente des verres est aussi une mesure qui s'impose, les enfants qui sont pourvus de verre sans examen compétent ayant presque toujours une surcorrection, surtout dans les degrés faibles de myopie.

La correction totale de la myopie moyenne jusqu'à 6 d. s'obtient encore assez facilement chez les adolescents, surtout s'ils ont déjà porté des verres.

Dans la myopie forte, supérieure à 6 d., la correction totale d'emblée peut être acceptée, chez les jeunes sujets, jusqu'à 7 à 8 d. : au-dessus on y arrive plus facilement en recourant à la correction totale échelonnée.

La myopie excessive, supérieure à 12 d., ne comporte pas de règle générale; c'est une question de tâtonnement pour chaque cas particulier. Les jeunes sujets sont toujours ceux chez lesquels on réussit le plus facilement, avec la ressource d'employer la correction totale échelonnée, ou de s'en tenir à la correction partielle.

En somme, les degrés faibles et moyens de myopie étant de beaucoup plus nombreux que les degrés supérieurs, la correction totale semble pouvoir s'adresser à peu près aux deux tiers de la totalité des myopes.

\* \* \*

ENUCLÉATION DU GLOBE DE L'ŒIL, AVEC ANESTHÉSIE LOCALE (1).—La méthode employée par le Dr Meyer est appelée par lui, "méthode combinée," c'est-à-dire que la séparation des attaches antérieurs du globe est faite après instillation de cocaïne comme pour une ténotomie simple, tandis que la méthode d'infiltration de Schleich est réservée pour la partie profonde de l'opération. Le mode de procéder est comme suit:

La division des tendons des muscles oculaires et des adhérences

(1) O. Meyer (Breslau) Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

du globe avec la capsule de Tenon est conduite comme d'habitude, mais en y mettant autant de délicatesse que possible et en évitant toute pression inutile sur le globe, et toute traction des muscles. Pendant ce temps, un aide laisse tomber sur l'œil quelques gouttes d'une solution de cocaïne. S'il existe de l'inflammation du globe on peut ajouter de l'adrénaline. Cette partie de l'opération étant complétée à l'aide d'une fine canule courbe de la seringue d'Huel passée au-dessous du droit interne vers le pôle postérieur du globe une injection d'une demi seringue de la solution suivante est injectée : *Hydr. de cocaïne* 0.1, *Hydr. de morphine* 0.025, *chlorure de sodium* 0.2, *eau dist.* 100. Deux minutes d'attente sont nécessaires pour permettre l'action de la cocaïne, et alors l'opération est complétée par la division du nerf optique et des nerfs ciliaires selon la méthode ordinaire. La protrusion du globe rend ce dernier temps de l'opération plus facile.

R BOULET.

---

#### UNE SUBSTITUTION.

Nous recevons, de la part de M. Marchand, fabricant de produits chimiques, de New York, une lettre nous informant que, depuis quelque temps des pharmaciens donnent le "Liquozone" au lieu du "Glycozone." Des preuves évidentes sont entre nos mains.

Le "Liquozone" est simplement une solution d'acide sulfureux et d'acide sulfurique dans de l'eau non filtrée. Le "Glycozone" est une préparation bien connue, renfermant de l'oxygène à l'état naissant.

Nous mettons en garde les membres de la profession médicale contre de pareils procédés, car il est probable que la chose se pratique à Montréal comme partout ailleurs, au grand détriment des médecins et des malades.

Le Bureau d'hygiène de San Francisco, dans une circulaire officielle a condamné le "Liquozone" comme antiseptique médical.

**INFLUENCE DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES SUR LES TROUBLES  
DIGESTIFS ET LES RETARDS DE LA CROISSANCE CHEZ LES  
NOURRISSONS. (1)**

---

L'enfant qui vient de naître est pendant des mois comme étranger au monde extérieur, il tète et il dort, son obligation physiologique essentielle est de croître et de prendre du poids.

Le nourrisson est une bouche affamée et un intestin servi par des organes, et cela est si vrai que c'est la question de la nutrition qui réclame et retient la sollicitude du médecin.

La balance est en quelque sorte le baromètre de la santé du bébé. c'est elle que l'on interroge et qui répond : beau, variable ou mauvais ; c'est qu'en effet, pour l'enfant en bas âge, l'augmentation régulière du poids est l'obligation vitale, la dénutrition un danger grave, une menace de mort.

Ce n'est pas suffisant de donner à l'enfant du lait de bonne qualité, encore faut-il qu'il puisse l'absorber en quantité suffisante et le digérer.

La présence des végétations adénoïdes peut être une entrave à l'allaitement de l'enfant, cette affection banale peut devenir, de ce fait, une menace grave pour son existence même.

Quand un nourrisson tète, il doit faire un mouvement de succion qui ferme hermétiquement la bouche, il fait vent use en quelque sorte, et, pendant cet acte, la respiration doit être exclusivement nasale.

Si des végétations adénoïdes rendent la respiration nasale impossible, l'enfant étouffe rapidement et quitte le sein ou le biberon pour respirer par la bouche ; il se fatigue à cet effort, s'irrite, s'énerve et finit par s'endormir de lassitude après avoir pris une quantité de lait tout à fait insuffisante : si parfait soit le lait qu'on lui offre, il ne prend pas de poids et dépérit.

Voici sur ce point une histoire caractéristique :

Un enfant, né à terme, dans d'excellentes conditions, est mis au sein maternel, il n'augmente pas, tète mal et chaque tétée est révélée trop faible à la balance, bien que la mère ait du lait.

Le médecin déclare que la mauvaise conformation des bouts de sein est la cause du mal, et l'on choisit une solide nourrice brune, bien conformée ; le résultat n'est pas meilleur, le poids reste sta-

(1) Du scalpel, de Liège, août 1905.



tionnaire et l'enfant tête si mal que la sécrétion lactée se tarit; il est ramené à Paris en très fâcheux état, car. le biberon n'est pas plus heureux que les deux nourrices.

Le diagnostic de végétations adénoïdes est porté et confirmé par l'opération et une troisième nourrice, blonde cette fois, réussit à merveille, non qu'il faille accuser l'enfant de paresse ou de mauvais caractère, mais simplement d'obstruction nasale qui l'empêchait de têter.

Les deux premiers laits étaient excellents comme le troisième. mais la quantité absorbée à chaque tétée était insuffisante; et, si une heureuse intervention n'était survenue, le nourrisson aurait succombé à l'athropsie, réalisant tristement la fable antique de Tantale.

Ce sont ces rapports des végétations adénoïdes avec les troubles de la nutrition dans les premiers mois de la vie que nous désirons faire ressortir ici.

Les végétations de la seconde enfance sont bien connues de tous aujourd'hui, les familles même en font souvent le diagnostic devenu banal; elles sont plus souvent négligées ou méconnues chez le nourrisson et cela à son grand détriment.

Elles sont négligées, disons-nous, parce que l'on ne soupçonne pas la gêne considérable qu'elles apportent à la tétée, elles sont méconnues parce que l'on a souvent le tort de les croire une exception dans le premier âge.

Les nourrissons présentent souvent des végétations adénoïdes : l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée peut être congénitale, et se manifester dès les premières heures de la naissance; elle peut être précoce et consécutive à un coryza, à une infection du pharynx nasal, et s'imposer à l'attention dès les premiers mois de la vie.

L'on voit souvent chez les enfants qui font de la conjonctivite du nouveau-né, une rhinite qui s'accompagne d'un peu de dacryocystite, et qui reconnaît la même pathogénie que l'infection oculaire; cette rhinite, souvent négligée, entretient une infection de rhinopharynx qui, certainement, retentit sur le tissu lymphoïde de cette région et entraîne son hypertrophie.

Voici un enfant en bas âge, porteur de végétations; ces végétations vont entraver sa nutrition par des mécanismes divers, simples ou complexes.

1° Les végétations entravent et gênent la tétée par simple obstruction mécanique des fosses nasales ;

2° Les végétations sont souvent infectées et en plus de la gêne mécanique intervient un facteur nouveau, l'ensemencement septique de l'intestin.

Chez l'enfant, les mucosités septiques du pharynx sont dégluties, et viennent infecter le tube digestif, entraînant ainsi des troubles gastro-intestinaux, qui viennent aggraver encore la situation.

Nous verrons dans nos observations des diarrhées rebelles céder, comme par miracle, à l'ablation des végétations.

Le Dr Avarignet a fait magistralement ressortir le rôle des infections du rhino-pharynx dans les troubles gastro-intestinaux chez les enfants ; chez le nourrisson, les heureux résultats obtenus par l'intervention opératoire sont plus rapides encore que plus tard, peut-être parce que l'infection n'a pas encore eu le temps de s'enraciner et de toucher profondément les glandes et le foie.

3° Chez certains malades, de petites végétations peu infectées, trop peu volumineuses pour entraîner une obstruction nasale véritable, peuvent compromettre la nutrition par un mécanisme différent.

L'on sait la sensibilité des enfants aux manifestations réflexes, leur tendance aux spasmes et aux convulsions ; chez certains sujets nerveux de petites végétations entraînent, par irritation réflexe, de la toux spasmodique, coqueluchoïde, qui est suivie de vomissements alimentaires.

Ces petits malades vomissent tout ce qu'ils prennent, on les voit dépérir, arriver à l'athrepsie, sans que rien puisse leur faire remonter la fatale pente de la dénutrition, ni arrêter les vomissements ; rien, si ce n'est un curettage libérateur du rhino-pharynx qui, supprimant les végétations, fait cesser du même coup la toux réflexe et ses conséquences.

Parfois le réflexe entraîné par l'initiation du pharynx consiste en vomissements incoercibles, sans toux, nous en citons une observation très caractéristique.

Voici un enfant qui pousse mal, son alimentation est bien réglée, rien n'explique son retard de croissance, ni ses troubles gastro-intestinaux : il faut penser aux végétations adénoïdes.

L'attention appelée sur ce point, il sera facile de remarquer que le nourrisson lâche le sein ou le biberon après une courte tétée, pour faire une large inspiration par la bouche; l'entourage signalera qu'il a de mauvaises nuits coupées de fréquents réveils, que son sommeil est agité et bruyant, qu'il ronfle; le diagnostic d'obstruction nasale s'imposera.

En dehors des végétations adénoïdes, le nez du nourrisson peut être obstrué par des causes diverses que nous devons signaler pour éviter une erreur de diagnostic et une intervention inutile.

1° Le coryza syphilitique chez les hérédospécifiques, l'on voit souvent se manifester dans les premiers jours de la naissance, un coryza intense avec jettage séro-sanguinolent fétide qui entraîne de l'obstruction nasale et de la gêne pour têter.

La présence des autres stigmates de l'affection héréditaire mettra sur la voie du diagnostic, ce jettage caractéristique est aussi très différent du mouchage muco-purulent ou simplement muqueux de l'adénoïdien.

### 2° Coryza simple.

Le coryza simple entraîne de l'obstruction nasale, et donne lieu à un ensemble de troubles qui rappellent ceux qu'engendrent les végétations, mais le coryza est un incident de courte durée, qui succède rapidement à quelques instillations d'huile mentholée.

### 3° Les malformations congénitales.

Certaines malformations congénitales peuvent occasionner l'obstruction des fosses nasales: citons l'imperforation des choane, parfois bilatérale; l'orifice postérieur des fosses nasales est fermée par un diaphragme fibreux ou même osseux, et la respiration par le nez devient impossible.

Certains enfants présentent une étroitesse congénitale du pharynx nasal et des fosses nasales qui gêne la respiration, cette malformation se voit chez les dystrophiques, descendants d'alcooliques, de tuberculeux et de tarés divers. Avec l'âge, ces cavités se développent, et la gêne, très grande dans les premiers mois, s'atténue par la suite.

L'on rencontre aussi des malformations des ailes du nez, étroitesse des narines, flaccidité des ailes du nez qui, à chaque inspiration, se laissent déprimer, et viennent se rabattre en volet sur l'orifice des fosses nasales.

Un simple examen, quand on est averti, permet d'éviter ces causes d'erreur.

Certains enfants ont le nez parfaitement libre, et présentent cependant de la gêne pour téter et de la béance buccale.

L'on constate alors à l'examen une langue énorme, inhabile à se mouvoir, remplissant la cavité buccale, impropre aux mouvements de succion; il s'agit tantôt d'une macroglossie vraie, tantôt d'une hypertrophie de la base de la langue qui est en rapport avec certaines formes frustes de myxœdème infantile.

Le diagnostic de végétations posé, les causes d'erreur, que nous venons de signaler, évitées, il faut intervenir.

Une intervention chirurgicale chez un nouveau-né peut à "priori" sembler imprudente; dans l'espèce, l'opération est admirablement tolérée, elle doit seulement être précédée comme chez l'enfant plus âgé, d'une soigneuse antisepsie des fosses nasales et du cavum, qui est très bien réalisée par des instillations d'huile mentholée au centième.

Dans son pharynx bien désinfecté, l'on fait ce que l'on veut, et le grattage ne s'accompagne ni de perte de sang notable, ni d'accident fébrile.

L'intervention donne les meilleurs résultats et bien conduite, n'entraîne aucun risque.

Les conclusions à tirer de cette rapide étude, c'est que les végétations adénoïdes peuvent tenir une grande place dans la pathologie de la première enfance et retentir de façon grave sur la nutrition des nourrissons, il importe donc de porter ce diagnostic, et d'intervenir en cas de besoin, les résultats post opératoires sont en effet excellents.

---

DU PASSAGE A TRAVERS LES TROMPES DES LIQUIDES INJECTÉS DANS L'UTÉRUS (1).—La question de savoir si les liquides injectés dans l'utérus passent facilement et souvent, ou difficilement et dans certaines conditions seulement à travers la lumière tubaire et jusque dans la cavité abdominale, est d'une très grande importance pour la thérapeutique intra-utérine.

L'auteur laisse de côté l'utérus puerpéral; il ne connaît pas d'observation où l'autopsie ait démontré le passage par la trompe, dans le ventre, de liquides injectés dans un utérus puerpéral, bien que l'élargissement de la lumière tubaire dans ces cas doive favoriser ce passage.

Il est de fait que les lavages avec la sonde de Futsch-Bazamon, les cautérisations avec l'instrument de Playfair, ou les injections avec la seringue de Braun sont souvent suivis de symptômes désagréables, douloureux, surtout en l'absence d'une dilatation préalable du col. Mais il est rare que ces symptômes deviennent inquiétants ou entraînent la mort, et dans les rares cas publiés, surtout quand on considère la fréquence avec laquelle on applique le traitement intra-utérin, il n'est pas démontré qu'il ne s'agit pas d'autre chose que du passage à travers les trompes de liquides situés dans la cavité utérine. Dans le cas souvent cité de von Haulberg, où, à l'autopsie on a trouvé du liquide dans la trompe, la mort doit être attribuée à la rupture d'un kyste suppuré de l'ovaire. Dans le cas de Späth, où l'on a trouvé du liquide jusqu'au milieu des anses intestinales, rien n'autorise à éliminer une perforation utérine. Dans le cas de Doderlein, il n'est pas prouvé non plus que le liquide libre constaté dans l'abdomen y soit parvenu à travers les trompes.

Dans le cas de Schmid, il est indéniable que la solution de chlorure de zinc a passé à travers la trompe élargie et a causé une péritonite localisée et la mort.

Zweifel avait également observé deux cas, mais pour l'un des cas il reconnut plus tard qu'il s'agissait de perforation utérine, et pour le second cas tous les détails manquent.

Hofmeier a observé un cas de mort après l'injection d'une solu-

(1) Thom W. (Zentralblatt für Gynaekologie) — (La Gynecologie — Avril 1905) M. B.

lution à 50 % de chlorure de zinc; mais à l'autopsie, on n'a pas trouvé trace du passage du liquide par la trompe.

L'auteur a observé un cas où, après une injection utérine d'une solution de 2% d'acide phénique, il y eut collapsus profond et durant deux jours, des signes d'une violente irritation péritonéale; mais il n'en resta aucune trace d'inflammation paramétrique ou péritubaire. Dans ce cas, on avait omis de dilater le col au préalable, et on s'était servi d'une sonde de Bozeman un peu plus forte qu'aux injections antérieures. Il est possible que, dans ce cas, il s'agissait du passage du liquide dans la trompe, mais comme après l'injection il est venu du sang, on ne peut pas exclure l'introduction du liquide dans un vaisseau ouvert par la pointe de la sonde, et il est possible aussi qu'il s'agissait de contractions très violentes de l'utérus hyperesthésié. Dans les endométrites on observe souvent ces hyperesthésies telles, que le simple attouchement de la muqueuse utérine provoque les plus violentes coliques. Plus le canal cervical est étroit, plus l'utérus est distendu par la masse injectée, il en résulte une contraction utérine d'autant plus violente et à laquelle prend part la musculature de la corne. Le liquide injecté ne refluera dans la trompe que si l'orifice interne de l'utérus est contracté alors que l'orifice tubaire est relâché ou anormalement élargi.

Doderlein a fait, à six femmes destinées à l'hystérectomie totale pour carcinoïde, fibrome, métrio-endométrite, prolapsus et gonorrhée ascendante, des injections intra-utérines avec la seringue de Braun après dilatation du col; quatre fois une solution à 50% de chlorure de zinc et une fois à la teinture d'iode; une fois la solution colorée a pénétré à travers la trompe dans la cavité abdominale, deux fois jusqu'à l'orifice tubaire abdominal qui était fermé une fois jusqu'à cet orifice ouvert; la teinture d'iode injectée dans l'utérus atteint d'endométrite n'a pas passé dans la trompe, ce que Doderlein attribue à une occlusion de l'entrée tubaire par une muqueuse hyperpolasiée, et enfin, dans le sixième cas, il ne fut pas possible de préciser si le chlorure de zinc avait pénétré dans la trompe qui était rouge et gonflée, mais non escarifiée.

Zweifel, chez des femmes atteintes de cancer, auxquelles il faisait une hystérectomie abdominale, fit injecter durant l'opération, avec la seringue de Braun, des liquides désinfectants colorés dans

l'utérus, et vit le liquide arriver jusqu'à l'orifice abdominal de la trompe.

D'autre part, avant l'opération il avait fait badigeonner l'intérieur de l'utérus avec un tampon de coton imbibé d'une solution colorée, et dans ce cas encore put constater la pénétration du liquide dans la trompe.

L'auteur pense que dans les quatre premiers cas de Doderlein, il s'agissait, comme dans le dernier cas de Zweifel, d'une diffusion de la matière colorante le long de la trompe, et non d'une pénétration du liquide.

Aussi eut-il recours, pour ses expériences personnelles, à de la teinture d'iode. Dans cinq cas où il injecte de la teinture d'iode à l'aide de la seringue de Braun dans la cavité utérine il put constater que toute la cavité utérine était colorée par l'iode, mais que la coloration n'allait pas au delà de l'ostium tubaire.

Dans un sixième cas il fit une injection de violet de méthyl et trouva un peu de matière colorante dans la partie interstitielle de la trompe gauche.

Evidemment, ces expériences sont trop peu nombreuses pour être absolument concluantes. L'auteur fait remarquer qu'autrefois, quand dans les myotomies on redoutait l'ouverture de la cavité utérine, il était de pratique courante de faire avant l'opération des injections utérines désinfectantes avec de la teinture d'iode, de la glycérine iodoformée, etc., et cependant, on n'a jamais constaté le passage des solutions désinfectantes dans les trompes ouvertes.

Les expériences faites par différents auteurs, sur le cadavre, sont contradictoires, tantôt il fallait fortement serrer le col sur la canule de la seringue pour arriver à faire pénétrer le liquide dans les trompes; d'autres fois cette constriction sur le col n'était pas nécessaire. En tout cas, selon l'auteur, les expériences faites sur le cadavre ne sauraient être concluantes, au point de vue de ce qui se passe chez la femme vivante, chez laquelle la contraction des cornes utérines constitue un *factum* important.

Pour Thom, le passage d'une notable quantité de liquide injecté dans l'utérus par la trompe jusqu'à la cavité abdominale n'est nullement démontrée. Si quelques gouttes de teinture d'iode ou de perchlorure de fer peuvent atteindre le pavillon, il est douteux

qu'il puisse en résulter une péritonite mortelle. Dans les cas d'inflammation des annexes et du périmétinium, le traitement intra-utérin peut avoir des suites fâcheuses. Le danger des injections et irrigations intra-utérines ne réside pas dans le reflux du liquide dans la trompe et la cavité abdominale, mais dans la nécrose profonde résultant de l'emploi d'agents trop violents, et d'autres fois dans la possibilité que le liquide pénètre directement dans le système vasculaire. Ce dernier danger est surtout à redouter après le curetage de grosses masses fongueuses dans les affections malignes de l'endométinium, peut-être aussi dans les myômes, mais principalement dans l'état puerpéral.

\* \* \*

LA GÉNÉRATION SPONTANÉE.— De Londres, nous est parvenue récemment, cette étonnante nouvelle: "Un jeune savant, attaché à l'observatoire Cavendish, de Cambridge, M. Burke, aurait découvert la génération spontanée." En plaçant dans une même éprouvette du radium et du bouillon stérilisé, M. Burke, a obtenu des cultures qui présentent toutes les caractéristiques de la vie.

L'inventeur est des plus modestes. Il n'affirme rien, il énonce simplement le résultat de ses expériences: "Au bout de deux jours de culture, déclare-t-il, j'ai observé au microscope des points noirs sphériques, se distinguant des bactéries par ce fait qu'ils étaient solubles dans l'eau. Ces points augmentent lentement de volume et se subdivisent lorsqu'ils atteignent une certaine dimension. Il est possible que ce soit là la forme primordiale de la vie. Ainsi se trouveraient justifiées les théories d'Herbert Spencer..."

M. Curie, dont la merveilleuse invention du radium émut naguère les physiciens du monde entier, et qui fournit à M. Burke la "matière première" de ses expériences, se montre assez sceptique à cet égard.

Trop de fois déjà, on a cru trouver la génération spontanée, pour qu'on accepte sans contrôle les résultats obtenus en Angleterre. Les propriétés très curieuses du radium nous réservent encore bien des surprises, mais il paraît difficile d'attribuer à ce minéral l'origine de la vie...

Pourtant, une telle découverte n'enlèverait rien à la gloire de Pasteur. Dans les conditions où Pasteur fit ses superbes expéri-



ences, la génération spontanée était certainement impossible: seule, l'intervention d'un corps tout à fait nouveau, doué de propriétés spéciales et n'ayant aucun rapport avec les corps chimiques connus avant le radium, pourrait démontrer l'origine de l'être.

M. John Burke croit voir résolu le problème; attendons sa démonstration, ne nous laissons pas éblouir par de trop rapides théories ni déconcerter par de nouveaux principes, et rappelons-nous le principe d'Aristote: "Si la Science naît de l'étonnement, elle s'achève par le contraire de l'étonnement."

\* \* \*

#### UNE INITIATIVE INTÉRESSANTE. — NOTIONS D'HYGIÈNE SCOLAIRE. — UN EXEMPLE A SUIVRE.

Après le magnifique travail de M. Valin sur cette question vitale (1), il est intéressant de savoir ce que l'on veut faire ailleurs. L'exemple est bon à suivre.

A propos des moyens à employer pour améliorer l'état sanitaire de nos écoles et des écoliers, le docteur César Roux va pouvoir faire l'essai du "Livret sanitaire de santé," grâce à la libéralité de la municipalité de Nice.

L'utilité du dossier sanitaire des écoliers est depuis longtemps reconnue par tous les médecins et par tous les pédagogues.

Ce livret, trait d'union entre les élèves et les médecins, constituerait, en effet, s'il existait dans toutes les écoles, le seul moyen véritablement efficace de veiller sur la santé des enfants.

Or, le 1er octobre prochain, la ville de Nice mettra entre les mains de six mille enfants fréquentant les écoles municipales des livrets sanitaires.

C'est le docteur César Roux qui a composé ces intéressants livrets.

Pour répondre à la seule objection soulevée par l'institution de ces carnets, celle de violer le secret professionnel médical, le dossier sanitaire des écoliers de Nice sera divisé en deux parties:

Une première partie constituera le livret sanitaire proprement dit, et qui demeurera la propriété de l'élève;

(1) Voir *Union Médicale*, août et septembre.

Une seconde partie: la fiche sanitaire, formant un registre, se trouvera entre les seules mains du médecin inspecteur.

Le carnet comprend:

1° Des indications générales contenant les conditions d'admission des élèves nouveaux; les conditions de renvoi, lorsque l'élève présente un cas douteux de maladie, les conditions de réadmission après une maladie.

2° Des renseignements sur l'élève, qui ne peuvent en rien éveiller la susceptibilité des parents: nom, âge, lieu de naissance, domicile, date et succès de vaccination, poids, taille, périmètre thoracique, sports, etc., etc.

3° Des cases à remplir soit par le directeur ou la directrice de l'École, pour signaler l'éloignement ou l'absence, en cas de maladie, soit par le médecin inspecteur pour permettre la réadmission de l'élève malade.

4° Une deuxième page est réservée à quelques notions d'hygiène scolaire, succinctement résumées.

Chaque livret porte en tête un numéro d'ordre correspondant au numéro de la fiche sanitaire du registre.

La fiche constitue un dossier plus complet. Elle est ainsi conçue:

N°:	Ecole:	Père:
		Mère:
Noms:	Domiciles:	Famille:
Etat général:	Etat intellectuel:	Infirmiés:
Vaccination:	Maladies antérieures:	
Poumon et cœur:	Vue:	Oto nazo-pharynx:
Peau et cuir chevelu:	Dents:	Observations:

Cette fiche, l'élève, ni les parents n'en ont connaissance; seul, le médecin inspecteur la consulte, quand il en a besoin.

Il y ajoute les observations nécessaires, lors de chaque maladie de l'enfant.

Ainsi, l'enfant peut être surveillé par le médecin jusqu'à la fin de ses études ; si donc il a besoin de soins particuliers, l'instituteur en est averti ; ce dernier ne pourra plus traiter de cancre un enfant arriéré, ou de paresseux un enfant débile, ou dégénéré.

Enfin, en cas de maladie contagieuse, l'enfant est écarté de l'école, et n'est réadmis sur les bancs de sa classe que lorsque cette réadmission est approuvée par le médecin.

Les notions d'hygiène, résumées en fin du livret scolaire, sont assez intéressantes pour être reproduites ici ; les voici :

L'air, la lumière, la propreté forment la base de toute hygiène.

Les classes devront être fréquemment aérées, pour renouveler l'air confiné, vicié par la respiration.

La lumière est indispensable à la vie ; les plantes ne poussent point dans l'obscurité ; les écoliers, jeunes rejetons ont largement besoin de la lumière du jour. Le soleil est le meilleur destructeur des microbes. "Là où entre le soleil n'entre pas le médecin," dit le proverbe italien. Les classes doivent donc recevoir beaucoup de lumière.

La propreté de la classe dérive de la propreté de l'écolier.

L'écolier doit prendre des bains fréquents, surtout l'été ; ses mains et sa figure seront toujours d'une propreté irréprochable ; de même ses oreilles ; les ongles seront coupés ras.

Il ne faut jamais cracher par terre, ni porter à la bouche les crayons, les manches de porte-plume ; la tuberculose, cette maladie qui tue, en France, plus de cent mille personnes par an, étant surtout contagieuse par la salive et les crachats.

Le balayage des parquets, des couloirs, sera toujours fait avec un chiffon humide ou avec de la sciure de bois mouillée, afin de ne pas soulever les poussières quelquefois contaminées par les crachats desséchés et pulvérisés.

On doit éviter les échanges de coiffures entre écoliers qui risquent ainsi de se transmettre les maladies du cuir chevelu, si fréquentes à leur âge : la teigne, la pelade, les parasites. Les garçons doivent porter les cheveux courts, afin de ne pas cacher dans leur chevelure les germes de ces maladies.

La vaccination récente met à l'abri de la variole : tout écolier doit avoir été vacciné au moins depuis un an.

Les élèves atteints de *scarlatine*, *diphthérie*, *rougeole*, *coqueluche*, *angine*, *gale*, etc., constituent un grand danger pour leurs camarades et ne doivent être réadmis à l'école que complètement guéris; la plupart de ces maladies sont contagieuses, même pendant la convalescence.

Les mauvaises attitudes prises pour l'écriture, la lecture, engendrent la déviation de la taille, la myopie. L'écriture droite est préférable à l'écriture penchée ou anglaise, qui prédispose à ces affections.

L'alcoolisme, assez commun chez l'écolier (il boit comme un homme disent les parents, fiers de leur enfant), amène plus tard de tristes conséquences. L'écolier ne fumera point, pour conserver intacte ses facultés intellectuelles, surtout la mémoire.

Le travail intellectuel sera régulier et non soumis à ces coups de feu si fréquents la veille des compositions ou des examens: cause de surmenage cérébral très funeste à l'écolier.

Ces notions d'hygiène s'adressent autant à l'élève qu'à l'instituteur.

L'instituteur aura souvent à feuilleter le livret sanitaire des enfants confiés à sa garde, et ainsi il se pénétrera des notions d'hygiène qu'il ne doit pas méconnaître.

Ne risque-t-il pas, le premier, de contracter la tuberculose en donnant la leçon à des enfants soumis à une mauvaise hygiène?

Et n'est-il pas de son intérêt, autant que de son devoir, de soigner les enfants qui lui sont confiés?

Le livret scolaire aura en outre cette utilité primordiale pour les parents de leur faire constater les progrès sanitaires de leurs enfants, de leur faire voir de quelles maladies ils sont le plus fréquemment atteints; et, ainsi, connaissant les points faibles de leurs enfants, ils pourront mieux les soigner.

Le livret sanitaire qui va être expérimenté à Nice, présente, on le voit, de multiples avantages, et nous nous devons de le signaler.

— Ces mesures devraient être prises ici. Il est regrettable de constater jusqu'à quel point on néglige de surveiller l'entourage des enfants qui fréquentent nos écoles. On est surpris, bien souvent, de retracer la tuberculose chez des sujets qui n'ont aucune histoire pathologique et qui ont toujours vécu dans des conditions hygiéniques convenables. Il faut alors en rechercher la cause

dan une contagion directe, soit par le maître ou la maîtresse, soit par l'élève.

\* \* \*

**TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE.** — Libonatti a employé la méthode suivante: les malades mis dans les meilleures conditions hygiéniques, doivent faire cinq ou six fois par jour des inhalations avec 20 à 25 gouttes de térébenthine: toutes les six heures, on applique sur le tharox des compresses froides de Priesnitz et on donne des doses d'antipyrine proportionnées à l'âge de l'enfant. Pour calmer enfin les quintes de toux, l'auteur a recours au nitrite d'amyle (1 goutte sur un mouchoir). Il a ainsi soigné 10 malades qui guérirent dans les dix à douze jours; 2 seulement qui présentaient des complications bronchiques ne guérirent qu'au bout de vingt jours.

\* \* \*

**LES GROSSESSES RÉPÉTÉES ET L'ALLAITEMENT CHEZ LES ALBUMINURIQUES.**— Cette question a été jugée assez diversement par les auteurs. M. le Dr Cormier vient de réunir à ce sujet un certain nombre de documents dans sa thèse, et il cherche à démontrer qu'à côté des cas dans lesquels les grossesses répétées, chez les albuminuriques, amènent une aggravation dans l'état de la parturiente il y a un certain nombre de femmes qui supportent l'albuminurie et les grossesses sans voir leur état s'aggraver notablement.

C'est surtout aussi pour cette catégorie de malades que l'opportunité de l'allaitement peut être discutée.

Pendant longtemps l'allaitement fut défendu aux femmes albuminuriques.

Dumas et Cassin, qui étudièrent la question, n'étaient pas partisans de l'allaitement maternel lorsque l'albuminurie tardait à disparaître.

Cette question a été reprise par Gamulin (Thèse de Paris, 1896) et Iocklevitch (Thèse de Paris, 1899). Ils tirent de leurs observations des conclusions positives en faveur de l'allaitement maternel.

En tout cas la lactation n'est pas plus irrégulière chez ces fem-

mes que chez les autres, et la proportion de bonnes et de mauvaises nourrices est sensiblement la même dans les deux cas.

On ne conseille pas, certes, l'allaitement à une femme que sa néphrite aura épuisée et cachectisée ; mais cette conduite sera la même auprès de n'importe quelle femme affaiblie.

Quant à l'enfant, il ne semble pas souffrir de l'allaitement d'une mère albuminurique.

Gamulin conclut, sur les 158 observations qu'il publie, que les enfants des albuminuriques nourris par leur mère se développent et augmentent de poids dans la même proportion que les autres enfants, et d'autre part, que les mères n'éprouvent pas de retentissement fâcheux ni du côté de l'albuminurie, ni du côté de leur état général.

Iocklevitch publie 44 observations de femmes accouchées à la clinique Tarnier et qui ont nourri leurs enfants. Tous ces enfants ont quitté l'hôpital en bon état et en bonne voie d'accroissement, et il ne reconnaît d'autre empêchement momentané à l'allaitement par la mère que l'éclampsie ou l'hémorrhagie grave.

Le professeur Budin, qui a pu suivre ces nourrissons d'albuminuriques à sa consultation pendant plusieurs mois, conclut que : contrairement à l'opinion formulée autrefois, les femmes qui ont eu des attaques d'éclampsie, peuvent nourrir leurs enfants."

M. Cordier rapporte de nouvelles observations, recueillies dans le service de M. Boissard, qui permettent de conclure dans le même sens. (1)

\* \* \*

L'INFLUENCE DU MODE D'ALLAITEMENT SUR LA MORTALITÉ INFANTILE DANS UNE VILLE D'ANGLETERRE DE 115,000 HABITANTS. — Le Dr William Howarth, *medical officer of health* de la ville de Derby, a réuni les éléments d'une enquête rigoureuse, portant sur trois années, pour apprécier le taux de la mortalité infantile, suivant que les enfants reçoivent le sein, le biberon ou l'allaitement mixte.

À Paris et en France, l'organisation des services publics d'hygiène et de statistique ne nous permet pas d'avoir des informations précises sur ce sujet dans les grands centres de la population. On

(1) Du Journal des Sages-Femmes.

connaît à peu près, par les déclarations des médecins de l'état civil, le nombre relatif des décès des enfants au sein et au biberon, mais on ignore absolument la proportion totale des enfants vivants qui reçoivent l'allaitement maternel ou artificiel.

Il est nécessaire pour obtenir ces renseignements, de faire des inspections à domicile et de disposer d'un personnel affecté à cet usage. C'est ainsi que le Dr Howarth a pu réunir et coordonner les documents fournis par les dames inspectrices pendant trois années consécutives, du mois de novembre 1900 au mois de novembre 1903.

La ville de Derby, au dernier recensement, comptait 115,000 habitants; la population ouvrière y prédomine; les hommes sont occupés dans les chemins de fer, les fonderies, les industries diverses. Le pourcentage des femmes mariées travaillant hors de chez elles est de 9,2 0/0 au lieu de la moyenne 13 0/0 pour l'Angleterre et le pays de Galles.

La ville est assez salubre et le pourcentage des logements encombrés ayant moins de 5 chambres, n'est que 4,1 0/0 au lieu de 12 0/0 pour le reste de l'Angleterre.

Durant les trois années ci-dessus désignées, on a enregistré 9,189 naissances sur lesquelles 5,273, ou 63,3 0/0, ont été nourris au sein, 1,626, ou 19,5 0/0, à la bouteille et 1,349, ou 17,3 0/0, ont reçu l'allaitement mixte.

La mortalité la plus élevée se rencontre chez les enfants au biberon, soit 197,5 pour 1.000; cette même mortalité n'est que de 69,8 pour 1.000 chez les enfants au sein et de 97,7 pour 1.000 chez ceux à l'allaitement mixte.

Le travail de M. Howarth contient une série de tableaux statistiques très démonstratifs auxquels nous ne pouvons que renvoyer (1).

La mortalité infantile totale a été à Derby de 127,5 pour 1.000, soit pour 9,189 naissances, 1,177 décès. Elle est détaillée par trimestre dans les tableaux, suivant les divers modes d'allaitement.

Tous les chiffres globaux rapportés par le Dr Howarth semblent bien exacts, car il a eu des auxiliaires qui l'ont renseigné sur la

(1) *La Lancette*, 22 juillet 1905.

manière dont les nourrissons étaient élevés dans chaque famille, mais nous ne saurions donner le même crédit à la statistique détaillée de cette mortalité infantile suivant les facteurs morbides.

La cause de la mort des nourrissons reste souvent obscure en l'absence d'autopsie et même quelquefois après l'autopsie; les diagnostics inscrits sur les fiches de décès sont donc sujets à caution et ne doivent être acceptés qu'avec les plus expresses réserves.

M. Howarth signale une mortalité très élevée par *convulsions*; mais ces dernières se produisent comme phénomène ultime dans la plupart des maladies du premier âge. La dentition, le marasme, la débilité, qui figurent aussi comme causes de mort dans les tableaux, sont des maladies bien mal déterminées.

Retenons seulement que la mortalité par diarrhée en entérite épidémique qui n'est que de 8,6 p. 1.000 chez les enfants au sein, monte à 27,6 dans l'allaitement mixte et à 57,7 dans l'allaitement artificiel, c'est-à-dire qu'elle est environ 7 fois plus forte chez les enfants au biberon que chez ceux au sein.

Poussant encore plus loin ses recherches, M. Howarth établit que la mortalité p. 1.000 n'est que de 177 chez les enfants nourris avec du lait coupé d'eau, mais qu'elle atteint 255 p. 1.000 chez ceux qui reçoivent du lait condensé et 252 p. 1.000 chez ceux qui prennent des mixtures farineuses diverses, bouillies, panades, etc.

Le travail du Dr Howarth offre le plus haut intérêt pour tous nous le comparons au taux de 30 et 40 0/0 relevé par M. Pinard ceux qui cherchent à combattre la mortalité infantile; il peut servir d'exemple, par sa précision consciencieuse, aux médecins qui voudraient dresser de semblables statistiques.

Le taux de la mortalité des enfants au biberon dans la ville de Derby, soit 197,5 p. 1.000, nous paraît relativement faible, si nous le comparons au taux de 30 et 40 0/0 relevé par M. Pinard sur les enfants nés dans sa maternité et élevés au biberon par des nourrices mercenaires. Nous avons déjà noté dans le canton de Paimpol un chiffre peu élevé de la mortalité des enfants élevés au biberon *par leur mère*.

On ne saurait donc trop s'attacher à répandre dans la classe populaire cette notion très simple, mais trop souvent oubliée, que la mère ne doit jamais se séparer de son enfant.



Il résulte de tous les documents les plus récents recueillis à ce sujet, que la mortalité des enfants élevés au biberon par leurs mères est deux ou trois fois plus forte que celle des nourrissons au sein ; elle devient cinq à six fois plus forte lorsque l'allaitement artificiel est fait par une nourrice mercenaire.

Par les distributions de bon lait dans les grandes villes et par la vulgarisation de l'hygiène infantile, il est d'ores et déjà prouvé que la mortalité des enfants au biberon peut être extrêmement réduite ; et c'est dans cette direction que tous les efforts doivent converger. (1)

(1) De la clinique infantile, Sept. 1905.

---

## SOCIÉTÉS

---

### ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE.

*Séance du 11 Septembre 1905.*

---

Présidence du DR J. J. SHEPPERD.

Membres présents: Edgar Turgeon, St-Jean de Matha; G. Desrosiers, St-Félix de Valois; J. O. Gadoury, Berthierville; Th. Gervais, Berthierville; Jos. Marion, Joliette; A. M. Rivard, Joliette; J. J. Shepperd, Joliette; J. C. Bernard, Joliette; Joseph Lippé, St-Ambroise de Kildare; J. E. Paquin, St-Didace; Albert Laurendeau, St-Gabriel de Brandon; J. O. Beaudry, St-Jacques; J. P. Laporte, Joliette; J. Ad. Magnan, Joliette; J. A. Barolet, Joliette.

Les officiers suivants furent élus pour l'année prochaine, à l'unanimité: Dr J. J. Shepperd, président; Dr G. Desrosiers, vice-président; Dr Albert Laurendeau, secrétaire-trésorier; Drs J. O. Gadoury, membres du Comité de Régie. M. le Dr Marion donne communication d'un intéressant travail sur la chylurie, à propos d'un cas typique qu'il eut à traiter dernièrement.

M. le Dr Marion annonce, que le malade présenté à la séance précédente, opéré par M. le Dr Marien, de Montréal, d'un volumineux sarcome, au maxillaire supérieur, et dont l'observation a paru dans l'UNION MÉDICALE est en pleine récidive.

— L'Association révisé divers articles de sa Constitution et du Code de déontologie adopté en 1904; crée un tribunal de discipline, et adopte des Règlements *ad hoc*; fait quelques modifications au tarif de district; puis décide de faire réimprimer 200 constitutions, telles que révisées ci-dessus.

Messieurs les Drs J. O. Bernard, G. Desrosiers, J. Lippé et Albert Laurendeau sont choisis comme membres du Tribunal de Discipline.

Proposé par M. le Dr Turgeon, secondé par M. le Dr Albert Laurendeau: Qu'à l'avenir aucun médecin du district ne fasse aucun examen médical pour aucune compagnie d'assurance sur la vie, à moins de cinq dollars par examen, et que copie de la présen-

te résolution soit envoyée à toutes les compagnies d'assurances faisant affaires dans le district.—Adopté unanimement.

Proposé par M. le Dr Marion, secondé par M le Dr Desrosiers :

Qu'à l'avenir, la somme minimum de deux dollars soit chargée pour tout examen sur la vie des aspirants aux Sociétés de secours mutuels, faisant affaires dans le district, et que copie de cette résolution soit envoyée à tous les médecins du district.—Adopté unanimement.

Le comité, *re pratique* illégale de la médecine, fait rapport, que le rebouteur A. Mirault a été poursuivi en justice, et que les avocats de l'Association procéderont à l'enquête dans le cours du mois.

M. le Dr Jos Melançon, de St-Liguori, est admis comme membre de l'Association. Puis, Monsieur le Président laisse son siège, afin de soumettre à l'assemblée une motion en rapport avec le procès-verbal de la dernière réunion, et des commentaires parus dans l'UNION MÉDICALE à ce sujet.

M. le Dr G. Desrosiers est appelé au fauteuil.

Proposé par M. le Dr J. J. Shepperd, secondé par M. le Dr J. E. Beaudry :

Que cette Association croit devoir protester contre les termes de la note de la direction, publiée dans l'UNION MÉDICALE d'août dernier : cette note ayant rapport aux soins donnés au Procureur de l'Evêché de cette ville par le rebouteur Mirault ; parce que cette dite note de la rédaction semble vouloir jeter du ridicule sur un membre du clergé.

Cette motion fit un peu d'émoi.

M. le Dr Bernard dit que nous n'avons pas à intervenir entre M. l'abbé X... ou le clergé en général, et la direction de l'UNION MÉDICALE ; celle-ci étant parfaitement responsable de ses écrits, de ses opinions, de sa conduite. Puis l'orateur fit un fort plaidoyer en faveur de la *non intervention*.

M. le Dr Th. Gervais dit que, au sujet de la discussion soulevée par cet incident, s'il lui était permis d'exprimer son opinion, ce serait une expression d'approbation en faveur de l'UNION MÉDICALE.

M. le Dr Albert Laurendeau dit qu'il serait pour le moins étonnant que l'assemblée adoptât une résolution de blâme, à l'endroit d'une Revue médicale qui vient à la rescousse de notre Associa-

tion, dans la lutte que nous avons entreprise contre le préjugé, l'ignorance, contre les charlatans et leur adeptes.

Après une expression unanime des sentiments de tous les membres présents, M. le Dr J. O. Beaudry prie M. le Dr Shepperd de bien vouloir retirer sa motion.

Ce qui fut fait.

La prochaine réunion aura lieu à Joliette, à une heure p.m., à l'hôtel Commercial, lundi, le 11 décembre prochain.

ALBERT LAURENDEAU,  
*Secrétaire-trésorier.*

NOTE DE LA DIRECTION : En commentant le rapport de la dernière réunion de l'Association Médicale de Joliette à propos d'un incident de charlatanisme éhonté, l'UNION MÉDICALE DU CANADA a fait simplement son devoir.

Comme plusieurs des membres distingués de cette Association, nous avons déploré l'oubli regrettable d'un confrère pour lequel nous avons, personnellement, de l'estime, et nous avons apprécié dans des termes plutôt justes l'opinion qu'avait de ses médecins un homme haut situé dans la hiérarchie sociale.

Sans doute, les circonstances étaient délicates, mais nous avons fait remarquer que nous nous attaquions, avant tout, aux préjugés et non au personnage officiel.

Nous avons le respect du clergé, c'est pourquoi nous nous sommes souvent préoccupés de savoir — et de bien mettre en évidence — en quelle estime il tient, plus tard, *les élèves qu'il a formés*, soit par des études classiques, soit par le haut enseignement universitaire.

Les brevets que l'on nous accorde et les diplômes que l'on nous distribue après de longues années d'un rude travail — à moins d'être des certificats d'incapacité — ont pour but, non seulement de nous ouvrir toutes grandes les portes de la confiance publique, mais aussi de nous grandir dans l'esprit de ceux qui nous ont formés.

Nous sommes jaloux de notre réputation et nous avons conscience de nos responsabilités.

Il ne faut plus s'étonner si, après avoir fortifié par l'expérience — si chèrement acquise — l'enseignement théorique des jeunes années, nous nous refusons aux comparaisons odieuses et — ce qui est plus grave — publiques. Le temps n'est plus où les *dois* nous arrivaient comme par enchantement! . . .

Il faut, aujourd'hui, faire la part du travail. Or un homme d'esprit comprendra mal qu'un cerveau bien entraîné, qui se consacre à des études spéciales durant de longues années, soit moins nourri ou moins averti que celui du premier coupe-jaret venu qui n'a jamais eu que "p'tit noir" et "p'tit os" en tête. Du reste, en agissant ainsi, nous sommes dans l'exercice d'un droit indiscutable: la loi nous y autorise, et la morale nous y engage.

Lorsqu'on a l'honneur d'être l'interprète d'un corps aussi important que le corps médical, on a le devoir de parler haut et ferme, lorsqu'on nous y pousse, et ce serait mal agir que de vouloir interpréter autrement l'opinion que nous avons émise à ce sujet.

Chacun à son poste, et les moutons seront bien gardés.

---

La Société Médicale de Montréal

---

Les séances régulières de la SOCIÉTÉ MÉDICALE se continueront comme par le passé, à partir de mardi, le 30 octobre prochain, à l'Université Laval.

Tous les médecins peuvent, sur inscription, devenir membres réguliers.

Déjà depuis longtemps, dans le comté de Wolfe, plusieurs médecins avaient songé à jeter les bases solides d'une Société Médicale. Les circonstances, sans doute, ne permirent pas de changer cette idée en œuvre.

A mon arrivée, dans notre comté, en juin 1904, je vis immédiatement cette lacune et je pris la résolution de faire tout en mon pouvoir pour stimuler ce projet. Car l'absence d'une Société Médicale dans un comté est au détriment des confrères de ce coin de pays.

D'abord, les médecins ne se rencontrent pas assez souvent — et pour cette raison ne s'entendent pas toujours comme ils le devraient. Il règne même parfois une certaine antipathie entre certains pratiquants qui gagneraient beaucoup à se donner, au moins trois ou quatre fois par an, une bonne franche poignée de mains. — Pourquoi cette opposition la plupart du temps inutile, pourquoi ce combat insensé qui consiste à vouloir attirer la pratique en ravalant le tarif médical au niveau du salaire d'un sans esprit? Pourquoi se méconnaître quand il est plus que facile de devenir ami — Pourquoi combattre quand la paix vous sourit et vous demande un mot d'approbation. Pourquoi piquer la réputation d'un confrère aussi intelligent, aussi savant, aussi aimable, aussi fin que tout autre? Pourquoi? Pourquoi — La réponse tombe sous ma plume sans effort: — "parce qu'il n'existe pas de Société Médicale."

Dans le comté de Wolfe, il n'y avait pas de Société Médicale: il en fallait une. En juillet, j'eus l'honneur d'écrire à tous les médecins de Wolfe et aux voisins de Richmond. Tous répondirent avec empressement à ma lettre, à peu près ce qui suit:

"J'approuve votre idée et je signe d'avance ce qui se décidera à la première réunion au cas où je serais forcé d'être absent." La première réunion de notre nouvelle Société eut lieu à Weedon, le 4 septembre, chez le confrère J. P. C. Lemieux.

A cette première assemblée, je fis lecture de lettres de renseignements au sujet de plusieurs sociétés médicales dans la province, entre autres, celles des Drs Valin, Laurendeau, Lessard.

Ensuite, l'élection des officiers dont voici les noms:

Dr Alphonse Thibault, Wotton, président honoraire; Dr E. Chicoine, D'Israeli, président actif; Dr J. P. C. Lemieux, Weedon, vice-président; Dr Stuart MacDonald, Marbleton, vice-président; Dr Antonio Pelletier, St-Camille, secrétaire-trésorier.

Les autres membres sont:

Dr Gravel, Wotton; Dr C. H. Plante, D'Israeli; Dr Emile Dupont, Garthby; Dr St-Aubin, Han-Nord; Dr Duval, Wolfstown; Dr Belcourt, St-Adolphe; Dr J. MacDonald, Marbleton; Dr Bélisle, St-Georges, Windsor. Dr Amiot, Asbestos.

Tous les médecins du comté de Wolfe font donc partie de la nouvelle association, ainsi que deux médecins du comté de Richmond: les Drs Bélisle et Amiot.

C'est dire que le succès du lancement est parfait. Et je profite immédiatement de la circonstance pour remercier mes confrères de leur clairvoyance et de leur adhésion à cette idée de société médicale. Ajoutons, ici, que l'entente a été la note dominante à la première réunion.

Après l'élection des officiers, les ordres du jour ont été:

- 1° La composition des règlements;
- 2° La revision d'un tarif minimum accepté par tous les confrères;
- 3° Quelques motions ou questions importantes dans l'intérêt de la profession médicale.

Voici quelques clauses de notre constitution:—

- 1° Améliorer la position du corps médical.
- 2° Assemblée en mars, juin, septembre, décembre.
- 3° S'engager à suivre les règlements, le tarif, à payer la contribution mensuelle.
- 4° Ne jamais oublier le grand principe chrétien: "Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'on te fit."
- 5° Quorum: cinq membres.
- 6° Ordre des affaires.

I. Ouverture de l'assemblée par le président, ou par un autre officier en l'absence de celui-ci.

II. Lecture et adoption des minutes de la précédente séance.

III. Proposition, admission de membres.

IV. Lectures, discussions scientifiques.

V. Histoire ou présentation de cas de pratique.

VI. Sujets de travaux pour séance suivante.

VII. Question de discipline, d'étiquette, d'intérêt professionnels.

VIII. Divers.

7° Election en juin;

8° En décembre, le secrétaire donnera un très court résumé de l'année finissante.

Voici maintenant quelques extraits du tarif adopté à l'unanimité et que chacun doit suivre:

Accouchement, simple . . . . .	\$3.00 à \$5.00
“ gémel'aire - extra . . . . .	1.00
“ avec forceps - extra . . . . .	1.00 à 2.00
“ “ Chloroforme - extr. . . . .	1.00 à 2.00
“ “ forceps et chloroforme. . . . .	2.00 à 5.00
Extraction du placenta - extra . . . . .	1.00
Version . . . . .	3.00 à 5.00
Supplément de \$0.50 de l'heure - pour accouchement - après détention de plus de 6 heures.	
Voyages, visites : \$0.50 par mille.	
La voiture du médecin et les remèdes sont des “suppléments”	
Injection de sérum antidiphthéritique (distance extra non comprise). . . . .	\$5.00
Consultation avec un confrère (distance extra). . . . .	5 00
Chloroformisation avec un confrère (distance extra non comprise). . . . .	5.00
En général :	
Opération mineure . . . . .	\$5.00 à \$15.00
“ majeure . . . . .	5.00 à 50.00

La motion suivante a été mise à l'ordre du jour:

Proposé par le Dr J. P. C. Lemieux, secondé par le Dr E. Dupont, que le Secrétaire-Trésorier corresponde avec le Secrétaire des autres associations médicales, afin que la proposition suivante soit prise en sérieuse considération, et que chacun réponde à ce sujet au Secrétaire de l'Association Médicale du comté de Wolfe:

Que les médecins du comté de Wolfe, en assemblée, s'engagent à travailler et à voter contre tout député qui travaillera à faire adopter un bill privé devant donner licence à un irrégulier, sans que ce même dit bill ait été préalablement approuvé et recommandé par le “Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.”



La journée n'a pas été longue, ainsi remplie par les membres de notre Société. Le Dr Lemieux mérite des remerciements pour sa très gracieuse hospitalité.

La prochaine réunion sera à St-Camille, chez le Secrétaire de l'Association.

ANTONIO PELLETIER, *Secrétaire.*

P.S. — Les Secrétaires d'Associations médicales sont priés de correspondre avec le Secrétaire de l'Association Médicale du comté de Wolfe, à ce sujet.

A. .

---

NOTE DE LA RÉDACTION. — *L'Union Médicale* fait des vœux pour le succès de cette Société Médicale naissante qui s'annonce déjà pleine de virilité en plaçant les intérêts de la profession médicale au-dessus des intérêts politiques, si méprisables, trop souvent, hélas! . . . Il fallait la personne si sympathique de notre jeune ami, le Dr Antonio Pelletier, de Saint-Camille, pour grouper en association médicale, avec autant de spontanéité que de cohésion, les médecins du comté de Wolfe. Nous avons l'assurance qu'on y fera de la bonne besogne. Un secrétaire qui a cultivé avec tant de bonheur l'amour des lettres, est destiné à obtenir tous les succès dans l'amour du prochain, en multipliant pour ses confrères les occasions de s'estimer les uns les autres. C'est là notre souhait pour chacun et pour tous.

Nos colonnes vous sont ouvertes, chers confrères. L'Association Médicale du comté de Wolfe a la parole!

---

## ASSOCIATION MEDICALE DU DISTRICT D'OTTAWA.

*Séance du 26 Juillet 1905, à Papineauville.*

Présidence de M. le Dr ROBILLARD.

La troisième réunion régulière de cette association eut lieu à Papineauville, le 26 juillet dernier.

Étaient présents: Messieurs les docteurs J. Robillard, E. L. Quirek, L. J. Barolet, N. Desrosiers, V. Désy, — Viau, Josaphat Isabelle, Jeaulne, A. Aubry, Marien, Archaubault, Pineault, etc.

1° Lecture des minutes de la dernière assemblée.

2° Présentation de vœux de condoléances à notre Président, Dr Robillard, qui vient de perdre son fils aîné, Gustave.

3° M. le Président examine les travaux faits par nos sociétaires depuis la fondation de notre association, et nous félicite sincèrement sur notre esprit de solidarité et de travail.

### TRAVAUX.

Dr A. Aubry, Ripon — "Asepsie et antiseptie en obstétrique.

Le Secrétaire — "Les métrorrhagies."

Le scrutin de l'élection des officiers pour l'année 1905-06 donne les résultats suivants:—

Président, Dr Robillard, réélu; 1er vice-président, Dr A. Aubry, Ripon; 2e vice-président, Dr V. Désy, East Templeton; secrétaire, J. E. D'Amours, réélu.

Immédiatement après l'élection l'assemblée fait des vœux pour que le Collège distribue des subventions annuelles aux Sociétés de district.

La prochaine réunion aura lieu à Hull vers la mi-janvier, et les conférenciers de la circonstance seront Messieurs les docteurs Josaphat Isabelle de Hull, et Honorius Beaulne d'Harwell.

J. E. D'AMOURS,  
*Secrétaire.*

P.S. — N'eut été une courte interruption faite par M. E. L. Quirek, je n'aurais rien de désagréable à relater.

M. Quirk, par un discours, long et profond!... essaya de nous convaincre qu'il regrette beaucoup la guerre ouverte que nous avons faite au Bill Roddick, et nous dit qu'il est surpris de voir que M. Bourassa soit venu combattre à Buckingham, en janvier dernier, les mesures de ce même Bill Roddick qu'il s'était engagé à supporter, deux mois auparavant aux Communes.

Inutile de vous dire que notre gouverneur était dans une erreur profonde, et que bonnes et dignes réponses lui furent données.

J. E. D.

**ASSOCIATION MEDICALE DES COMTES DE BEAUCE ET DE  
DORCHESTER,**

---

*Beauceville 29 août 1905.*

A la demande du docteur M. Genest, de Saint-Bernard, gouverneur du Collège des Médecins de la Province de Québec, et de M. le Dr Tanerède Fortier, de Sainte-Marie, tous les médecins du district de Beauce ont été invités à se réunir à Scott, le 24 courant, dans le but de se former en association pour promouvoir l'avancement de la profession dans ce district.

A cette réunion étaient présents: Dr Vaillancourt, ex-M.P.P.; Dr Genest, gouverneur du Collège des Médecins; Dr Desrochers, Dr Boutin, Dr Chabot, Dr Chrétien, Dr Savard, Dr Morrissette, M.P.P.; Dr Sirois, Dr Lessard, Dr LaRue, Dr Drouin, Dr Vézina, Dr Beliveau, Dr Cléche.

La plupart des autres médecins du district n'ont pu se rendre à l'invitation, retenus auprès de leurs malades: mais tous avaient répondu qu'ils approuvaient le projet d'association, et ratifiaient à l'avance ce qui y serait décidé.

Le district de Beauce compte actuellement quarante médecins licenciés, dont trente-deux pour le comté de Beauce et huit pour le comté de Dorchester. Nous comptons parmi les médecins de ce district, un sénateur, un député au local, un au fédéral et un ex-député, aussi au fédéral.

A la réunion, les médecins présents ont tous été, avec enthousiasme, d'opinion de se former en association et ils ont procédé à l'élection de leurs officiers, avec le résultat suivant:

*Président-Honoraire.* — Dr J. Godbout, de Beauceville.

*Président actif.* — Dr Vaillancourt, coroner de Saint-Anselme.

*Vice-Président.* — Dr Fortier, Sainte-Marie.

*Vice-Président.* — Dr Desrochers, Beauceville.

*Secrétaire-Trésorier.* — Dr LaRue, Beauceville.

Après l'installation des officiers, l'assemblée a procédé à adopter des règlements devant régir la dite association, et l'assemblée a été ajournée à l'après-midi.

Grâce à l'organisation du Dr Genest, notre gouverneur, nous avons assisté à un vrai banquet en règle.

Dans l'après-midi, l'assemblée a procédé à une revision du tarif des médecins pour notre district, ce qui sera accepté, nous l'espérons, par tous les confrères.

A cinq heures, tous se sont séparés en se donnant rendez-vous, pour le mois de décembre prochain, à Sainte-Marie, enchantés de cette réunion, où la camaraderie et la confraternité n'ont cessé de régner un instant.

---

L'UNION MÉDICALE adresse ses meilleurs souhaits à cette nouvelle Association, dont plusieurs de ses membres sont pour elle, des amis personnels de vieille date et de solide amitié.

---

### THÉRAPEUTIQUE MODERNE ET PHARMACIE.

---

Parlant des médecines patentées, le Dr Frederick Haïra s'exprime ainsi : " Je serais désolé que les membres de cette société décideraient de rejeter toutes ces drogues sans en rechercher le mérite. Ainsi, si nous désirions obtenir localement un effet *antiphlogistique* et que nous ayions à choisir entre l'ancienne méthode — le cataplasme infectueux et encombrant — et la méthode nouvelle appelée *antiphlogistine*, le médecin qui accorderait la préférence à la première plutôt qu'à la seconde agirait contre ses intérêts ..... Théoriquement il est indifférent que nous choisissions telle ou telle préparation ; mais la question diffère si notre client en fait usage depuis longtemps.

" Ne trouvez-vous pas révoltant et absurde que seules de toutes les autres professions nous engagions la lutte contre une classe importante — la pharmacie — dont les efforts constants ont pour but de nous aider au point de vue thérapeutique ? "

Quant à la question du renouvellement, par le pharmacien, des remèdes patentés, il s'exprime ainsi : " Si je suis appelé pour traiter une entorse du pied, et que je trouve urgent de faire un pansement à l'*antiphlogistine*, il sera aussi facile d'acheter, chaque jour, la quantité nécessaire de cette préparation, qui est propre et active qu'il l'eût été pour la farine de lin ou pour la teinture d'iode.

" Si l'usage de ces drogues n'est pas dangereux en lui-même, pourquoi ne les mettrions-nous pas sur le même pied que les autres, en laissant le public libre d'en faire l'emploi qu'il voudra ? "

" Le comité serait-il prêt à recommander l'abandon du calomel, de l'huile de ricin, de la farine de lin, de la quinine, du sulfate de magnésie, du parégoric, du landanum, de l'acide carbolique, parce que le public peut aussi se procurer ces drogues chez le pharmacien aussi facilement que le cascara, la phénacétine, la listerine, l'*antiphlogistine* ? "

# PHARMACOLOGIE

## FORMULAIRE THERAPEUTIQUE.

*Bleonnorrhagie* : — Le docteur Mournaud, médecin français emploie avec succès ce traitement depuis deux ans.

- 1<sup>er</sup> Capsules de térébentine de Venise : 5 le matin, 5 le soir, 10 jours de suite
- 2<sup>o</sup> Au repas du midi et du soir, prendre un des cachets suivants :

Benzoate de soude . . . . .	} ââ 0 gr. 50 centig.
Borate de soude . . . . .	
Salicylate de soude . . . . .	

Pour un cachet : 20 semblables.

Au bout de dix jours de ce traitement, si le malade a suivi les prescriptions d'hygiène recommandées en pareil cas, l'écoulement est devenue incolore, on ordonne alors l'injection suivante, qui lui a toujours réussi :

Hemophényl . . . . .	1 g. 50 centig.
Protargol . . . . .	2 —
Laudanum . . . . .	10 —
Glycérine . . . . .	50 —
Eau distillée . . . . .	300 —

Le patient fait deux injections par jour, les conserve trois au quatre minutes. L'écoulement s'arrête en deux ou trois jours, mais on fait continuer les injections deux ou trois jours après qu'il a cessé.

Toutes les bleonnorrhagies aiguës traitées par cette méthode ont été rapidement guéries.

### II. Contre les hémorroïdes internes :

Extrait de belladoue . . . . .	} ââ 0 gr. 25 centig.
Iodoforme . . . . .	
Chrysoarabine . . . . .	0 gr. 75 —
Beurre de cacao q. s. par 25 grammes.	

A diviser en 10 suppositoires Un chaque jour.

D'habitude les douleurs s'atténuent vers le 6<sup>e</sup> jour. Il sera prudent d'en poursuivre l'usage pendant un mois ou deux, par mesure de précaution.

### III. Potion stimulante aux jaunes d'œufs :

Eau . . . . .	60 grammes.
Jaunes d'œufs crus . . . . .	300 —
Délayer, filtrer au tamis et ajouter :	
Chlorure de sodium . . . . .	8 —
Eau de laurier-cerise . . . . .	10 —
Rhum . . . . .	50 —
Sirop de citron . . . . .	100 —
Glycérine pure . . . . .	300 —

De 2 à 6 cuill. à soupe avec ou sans eau aux repas.

IV. *Traitement abortif de l'amygdalite aiguë :*

Quinine . . . . . 1 gramme.

A prendre en deux doses à  $\frac{1}{2}$  heure d'intervalle : 4 ou 5 heures après, sudation abondante, défervescence.

Cette action fait défaut dans l'angine scarlatineuse et diphthérique.

V. *Ephélides de la grossease (masque)*

Acide chlorhydrique . . . . .	} ââ 4 grammes.
Chlorhydr. d'ammoniaque . . . . .	
Glycérine officinale . . . . .	20 —
Lait virginal . . . . .	60 —

Toucher matin et soir le visage avec un pinceau ; appliquer ensuite une couche de pommade à l'oxyde de zinc 3 grammes, vaseline 20 grammes.

VI. *Contre l'hyperhydrrose plantaire (sueurs des pieds) :*

Acide salicylique . . . . .	3 grammes.
Alun pulvérisé . . . . .	} ââ 5 grammes.
Naphtol " . . . . .	
Borate de soude . . . . .	} 5 —
Amidon pulvérisé . . . . .	
Talc . . . . .	67 —

VII. *Contre le prurit des organes génitaux :*

Bichlorure de mercure . . . . .	o gr. 25 centig.
Chlorhydrate d'ammoniaque . . . . .	o gr. 25 —
Lait d'amandes . . . . .	500 grammes.

Faites dissoudre — à employer en lotions.

En cas d'échec, on pourra recourir à la préparation suivante :

Hydrat. de chloral . . . . .	5 grammes.
Hydrolyat de roses . . . . .	100 —
Eau distillée . . . . .	150 —

En applica. locale.

(Lutaud).

VIII. *Contre les fissures du mamelon :*

Chlorhydrate de cocaïne . . . . .	o gr. 50 cent. à 1 gr.
Eau distillée . . . . .	100 gr.

Faites dissoudre. Dans l'intervalle des tétées, on fait toutes les dix minutes, des lotions avec cette solution sur le mamelon ; en 2 ou 3 jours les crevasses sont guéries,

## BIBLIOGRAPHIE

**Chirurgie du système nerveux. (Crâne et encéphale. Rachis et moëlle. Nerfs.)** par GEORGES MARION, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux (t. VI du *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale*, publié sous la direction de MM. PAUL BERGER et HENRI HARTMANN). Un vol. in-8 gr.-jésus de 536 pages, avec 320 figures dans le texte. Prix : 18 francs (G. Steinhell, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris-VI°).

Ce nouveau volume du *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale* contient tout ce qui concerne le traitement chirurgical des affections du crâne, de l'encéphale, du rachis, de la moëlle et des nerfs. La chirurgie nerveuse, un peu délaissée généralement parce que le plus souvent mal connue, y tient donc la place la plus importante.

La *première partie* de l'ouvrage a trait aux affections du crâne et de l'encéphale, elle s'ouvre par un exposé de l'anatomie topographique cranio-encéphalique et des moyens de localiser facilement sur la surface exo-cranienne la situation des différentes portions des organes intra-craniens que l'on peut avoir à aborder. Un second chapitre est consacré à la technique opératoire : technique de la craniectomie et de la trépanation, des injections intracérébrales d'anti toxines, des opérations portant sur l'espace sous-arachnoïdien. Puis viennent une série de chapitres, où sont exposées successivement les indications thérapeutiques et la technique des traitements des diverses affections du crâne et de l'encéphale : affections traumatiques (lésions des parties molles, du squelette, épanchements sanguins intra-craniens, épilepsie traumatique, etc.) ; affections inflammatoires (ostéites, abcès intra-craniens, méningites aiguës, méningites tuberculeuses) ; affections néoplastiques (tumeurs des parties molles et du squelette, tumeurs intra-craniennes) ; enfin affections diverses (épilepsie, microcéphalie, hydrocéphalie, hémorragies cérébrales spontanées, encéphalocèles).

La *seconde partie*, consacrée au rachis et à la moëlle, comprend tout d'abord une étude de la topographie rachi-médullaire, puis la technique des opérations que l'on peut pratiquer sur le rachis : laminectomie, ponction lombaire, injection épidurale ; enfin l'étude des différentes affections pour lesquelles le chirurgien peut être appelé à intervenir : affections traumatiques (fractures et luxations du rachis) ; affections inflammatoires, (ostéomyélite verté-

brale, tuberculose vertébrale), affections néoplastiques (tumeurs du rachis, des méninges et de la moelle, spina bifida).

La *troisième partie* qui comprend la chirurgie des nerfs, est établie sur un plan un peu différent de celui des deux parties précédentes. Sont d'abord étudiées les affections nerveuses qui peuvent nécessiter une intervention chirurgicale (compression des nerfs, distension et rupture, plaies, névrites, tumeurs, luxations, névralgies parésthésiques); opérations susceptibles d'être pratiquées sur les nerfs (section, résection, élongation, suture, etc.); enfin successivement est décrite de la façon la plus minutieuse la découverte de tous les nerfs que l'on peut avoir à rechercher. Cette troisième partie se termine par deux chapitres des plus importants: la chirurgie du trijumeau et la chirurgie du sympathique, où se trouve rassemblé pour la première fois tout ce qui concerne ces chirurgies.

A noter comme particulièrement intéressants parmi les chapitres de techniques, ceux concernant la craniectomie, l'extraction des corps étrangers intra-craniens, la laminectomie, la recherche des nerfs, les interventions sur le trijumeau et le sympathique, les notions anatomiques précises servant d'introduction à la description des opérations, le nombre des figures rendant très facile la compréhension de ces interventions. D'autre part, comme tout le reste de l'ouvrage, ces chapitres se font remarquer par leur clarté; si tous les procédés sont signalés, l'auteur n'insiste pourtant que sur ceux qui lui semblent les procédés de choix, de sorte que le lecteur n'éprouve nul embarras pour utiliser la technique qui convient à chaque cas.

Tel qu'il se présente, ce traité a été écrit d'après les idées que l'expérience personnelle de l'auteur a pu lui inspirer et d'après les documents recueillis par les chirurgiens de tous les pays, documents qui tous ont été compulsés. C'est avec ces idées et ces documents qu'il a cherché à écrire un livre essentiellement pratique, avant tout, dans lequel se trouvent exposées aussi clairement que possible l'indication de ce qu'il faut faire dans chaque cas et la meilleure façon de la réaliser.

Les dessins nombreux, originaux pour la plupart, exécutés sous la direction de l'auteur, complètent cet ouvrage, qui aidera à vulgariser une chirurgie dont les ressources ne sont pas encore suffisamment appréciées des médecins.