

MEMOIRES

UN CAS D'HEMIPLEGIE DROITE AVEC APHASIE. (1).

Par le Dr OLIVIER TOURIGNY

Médecin adjoint à l'Institut hydro-électrique des Trois-Rivières.

L'hémiplégie est une affection que l'on rencontre très fréquemment, l'hémiplégie avec aphasie est déjà plus rare, on rencontre exceptionnellement l'hémiplégie avec aphasie chez un enfant, c'est pourquoi nous avons cru devoir vous communiquer le cas suivant que nous avons eu l'occasion d'observer avec notre collègue, M. le Dr. DeBlois.

OBSERVATION. — F. B. 15 ans. *Antécédents héréditaires*, père et mère vivants et en bonne santé. Deux frères et deux sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. L'an dernier, dans le cours de l'hiver, il a fait une maladie ayant duré plusieurs mois, à la suite de laquelle il resta hémiplégique du côté droit et aphasique. Ce sont tous les renseignements que l'on peut se procurer.

À l'examen, on trouve un enfant bien développé, à l'air intelligent. La face présente une légère asymétrie, le côté droit du visage est aplati, cependant on n'y trouve ni paralysie, ni contracture.

Le membre supérieur droit a perdu beaucoup de ses mouvements et de sa force, il est presque complètement paralysé, et en contracture très prononcée. L'avant-bras est à demi fléchi sur le bras, le pouce en flexion forcée, les autres doigts en extension, il peut à peine fermer les doigts, et il ne se sert pas du tout de ce membre.

Il marche en fauchant, sa jambe droite est un peu raide, mais cependant il marche bien; la jambe est beaucoup moins prise que le bras.

La sensibilité sous tous ses modes est intacte, les sens spéciaux ne présentent rien d'anormal.

Les reflexes tendineux, rotuliens, du tendon d'Achille, olécranien, du poignet, masséterin, sont exagérés à droite, à gau-

(1) Lu devant le deuxième Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

che ils sont à peu près normaux. Les reflexes cutanés et le reflexe crémastérien sont abolis à droite, normaux à gauche.

Il présente le phénomène de Babinski des deux côtés, aussi le phénomène de la flexion combinée de la cuisse et du tronc.

Pas de trépidation épileptoïde.

Le bras et la jambe du côté droit sont un peu atrophiés, surtout le bras.

L'examen électrique montre que les muscles et les nerfs réagissent bien à l'excitation, pas de DR.

Le malade est incapable de parler, il ne dit que "oui" et "non," encore ne dit-il ces deux mots que lorsqu'il n'y pense pas, s'il veut les prononcer délibérément, il ne peut y parvenir. Il prononce assez bien les voyelles et certaines consonnes qu'on lui indique, pour d'autres on doit lui enseigner la manière de s'y prendre.

Il entend et comprend tout ce qu'on lui dit.

Il dit assez bien mentalement et comprend sa lecture, on lui écrit de faire quelque chose et il exécute le mouvement. Il peut prononcer quelques lettres qu'on lui écrit.

Son écriture laisse beaucoup à désirer, inutile de dire qu'il ne peut se servir que de sa main gauche, il ne peut écrire spontanément que son nom, et encore y fait-il des fautes, Sous dictée il n'écrit aucun mot, mais il peut écrire toutes les lettres qu'on lui nomme. La copie est assez bonne, elle est lettre à lettre au lieu d'être mot à mot ou phrase par phrase, il est obligé de regarder chaque lettre avant de l'écrire.

Dans ce cas d'hémiplégie, il nous faudrait élucider trois questions au point de vue du diagnostic. 1°. Est-ce une hémiplégie organique ou une hémiplégie hystérique? 2°. Si la maladie est organique où est le siège de la lésion? 3°. L'évolution rapide ont plus de valeur, mais on ne rencontre sou-
Quelle est la nature de cette lésion?

Nous devons dire tout de suite qu'il nous est impossible de résoudre cette dernière question, l'histoire que nous avons pu nous procurer étant trop incomplète. Nous croyons qu'il pourrait y avoir eu méningite, mais il n'y a rien de certain.

Afin de pouvoir avec plus de facilité reconnaître si la paralysie est causée par une lésion ou si elle est purement fonction-

nelle, nous allons passer en revue les différents signes qui nous permettent de distinguer une hémiplegie organique d'une hémiplegie hystérique.

Ces signes peuvent se diviser en intrinsèques, relatifs aux troubles de motilité qui occupent un côté du corps, et extrinsèques, qui se rapportent à la présence ou à l'absence de certains phénomènes indépendants de ces derniers troubles, tels que les circonstances dans lesquelles la paralysie a pris naissance et la nature du terrain sur lequel elle s'est développée.

Ces caractères extrinsèques ont une certaine valeur, mais ils ne peuvent procurer la certitude quant à la nature de la paralysie. Ainsi, si un vieillard artério-scléreux, un syphilitique ou un cardiaque est atteint d'hémiplegie, on peut penser qu'il s'agit d'une maladie organique, mais rien n'est certain, l'hystérie peut affecter tous les âges et toutes les conditions. D'un autre côté, une personne présentant des stigmates d'hystérie est hémiplegique, une autre devient paralysée à la suite d'une émotion, peut-on inférer qu'il s'agit d'une paralysie fonctionnelle? Non, sans aucun doute, un hystérique peut faire aussi une maladie organique et une émotion peut amener chez une personne prédisposée la rupture d'une artère, d'ailleurs les malades sont souvent enclins à prendre une émotion comme point de départ ou plutôt comme cause de leur maladie.

La fièvre, l'incontinence des matières fécales, les escars à évolution rapide ont plus de valeur, mais on ne rencontre souvent ces phénomènes que dans les cas très graves et qui se terminent rapidement par la mort.

Les signes intrinsèques, bien mis en lumière par Babinski, ont plus de valeur; la présence de chacun d'entre eux isolément n'est peut-être pas pathognomonique, mais la réunion de plusieurs de ces signes amène la certitude. Babinski prétend même que le phénomène des orteils suffit à lui seul, quand il est présent, pour affirmer une hémiplegie organique.

Prenons d'abord la paralysie faciale: on a longtemps mis en doute la réalité de la paralysie flasque de la face dans l'hystérie; certains auteurs croient même encore qu'il ne s'agit pas d'une paralysie du même côté que l'hémiplegie mais bien

d'une contracture du côté opposé, quelle qu'en soit la cause la face peut être déviée dans l'hémiplégie hystérique, mais dans ce cas les muscles n'auront pas perdu leur tonicité, le sourcil n'est pas abaissé, les plis du front ne sont pas effacés, et si on saisit entre les doigts les lèvres ou la joue on ne constate pas de relâchement musculaire.

Si chez un hémiplégique organique on fait ouvrir la bouche toute grande, ou bien si on lui fait fléchir la tête en opposant avec la main une résistance à ce mouvement, on voit que le peaucier du côté sain se contracte plus énergiquement que celui du côté malade, chez l'hystérique le muscle se contracte des deux côtés avec une force égale, parce que cette contraction est inconsciente, et que les mouvements inconscients ne sont pas abolis chez l'hystérique.

Un signe qui a une grande valeur diagnostique est le signe de la *flexion combinée de la cuisse et du tronc*. Pour l'obtenir on fait coucher le malade sur un plan résistant, et lui ayant fait croiser les bras sur la poitrine on lui dit de se relever, s'il s'agit d'une maladie organique on verra que du côté paralysé la cuisse se fléchit sur le bassin et le talon se détache du sol, tandis que du côté sain le membre inférieur reste immobile ou exécute un mouvement beaucoup moins accentué, en même temps l'épaule du côté sain se porte en avant. (1) L'hystérique n'exécutera pas ce mouvement, ou bien il le fera comme un sujet normal. Ce phénomène s'explique de la manière suivante: un individu couché sur le dos et qui veut se mettre sur son séant contracte d'une manière consciente son muscle psoas iliaque qui dans cet acte prend son point d'appui à son insertion inférieure; pour que ce point d'appui soit solide il faut que la cuisse soit immobilisée par l'action inconsciente des muscles qui l'étendent sur le bassin: or on sait que les mouvements inconscients sont diminués ou abolis chez l'organique, tandis qu'ils sont normaux chez l'hystérique.

L'exagération des reflexes tendineux appartient à l'hémiplégie organique, mais la percussion des tendons peut amener

(1) Signe de Kernig.

chez l'hystérique des mouvements que l'on peut facilement confondre avec ceux produits par des reflexes exagérés, la trépidation épileptoïde ou clonus du pied peut même être simulée, cependant en analysant de près ces phénomènes, on pourra s'apercevoir si l'exagération n'est qu'apparente.

L'abolition des réflexes cutanés est un bon signe d'hémiplégie organique, mais on peut la constater chez certains hystériques hémianesthésiques. L'abolition du reflexe crémastérien aurait plus de valeur.

Le reflexe cutané plantaire est l'un des plus importants à étudier. L'excitation de la plante du pied amène chez un sujet normal la flexion des orteils sur le métatarse, tandis que chez un sujet dont le système pyramidal est lésé la même excitation amènera l'extension des orteils. On donne à ce phénomène le nom de phénomène des orteils ou signe de Babinski. L'hystérique ne présente jamais ce signe, sa constatation entraînera donc le diagnostic de maladie organique.

L'aspect de la contracture n'est pas le même dans la paralysie organique que dans la paralysie fonctionnelle, la contracture hystérique est beaucoup plus intense; on peut la vaincre difficilement, tandis qu'il n'en est pas de même chez l'organique, ici on peut toujours glisser sa propre main entre les doigts et la paume de la main contracturée, si on cherche alors à porter celle-ci en extension les doigts se referment et serrent la main de l'observateur.

Enfin, la démarche de l'organique est hélicoïde, le malade fauche en marchant, tandis que l'hystérique traîne sa jambe paralysée.

* * *

Le malade dont nous venons de voir l'observation présente un assez grand nombre de ces signes pour que le diagnostic d'hémiplégie organique ne puisse être mis en doute. En effet, la paralysie est limitée à un seul côté du corps; on trouve le signe de la flexion combinée de la cuisse et du tibia, les reflexes tendineux et osseux sont exagérés, les reflexes cutanés sont abolis, on constate le phénomène des orteils, la contrac-

ture a tous les caractères d'une contracture organique et pourrait difficilement être simulée, le malade marche en fauchant, etc. Donc cette hémiplégié est organique.

Puisque nous avons affaire à un malade atteint d'une lésion organique, il s'agit maintenant de savoir où est le siège de cette lésion. Elle ne peut être que dans le cerveau, mais en quel point du cerveau? C'est ici que nous allons faire intervenir l'aphasie dont est atteint notre sujet. Mais auparavant il faut s'assurer si cette aphasie n'est pas hystérique; il est vrai qu'elle accompagne une hémiplégié organique, mais les associations hystéro-organiques sont assez communes pour qu'on y attache quelque importance. Nous avouons que les moyens dont nous disposons pour élucider ce point de diagnostic étaient bien peu nombreux, nous avons cru que ce qu'il y avait de mieux à faire était de plonger le malade dans le sommeil hypnotique, si dans cet état nous pouvions parvenir à le faire parler, il était certain qu'il s'agissait d'hystérie. Nous avons donc endormi le malade, mais malgré tous nos efforts de persuasion nous n'avons pu lui faire articuler un seul mot, ce qui nous a convaincu que de même que l'hémiplégié l'aphasie dépendait d'une lésion organique.

Qu'est-ce donc qu'un aphasique? "L'aphasique", dit Ballet, "est celui qui, en possession d'une intelligence suffisante pour penser ou comprendre, sans trouble des organes moteurs servant au langage ou de ceux qui concourent aux perceptions sensorielles, a perdu le pouvoir d'exprimer ses idées ou d'interpréter le langage d'autrui." Il ne faut donc pas considérer comme de l'aphasie les troubles du langage qui résultent d'un défaut dans les idées, ni ceux qui sont dus aux troubles mécaniques de l'élocution. Notre malade est bien un aphasique, puisque ses idées sont absolument normales, et que d'un autre côté tous les organes servant à l'élocution se meuvent avec facilité. S'il ne parle pas c'est parce qu'il lui manque l'adaptation des mots aux idées que représentent ces mots, or c'est dans ce cas qu'on dit qu'il y a aphasie.

On reconnaît deux variétés d'aphasie, les aphasies sensori-

Le "Sun" du Canada

COMPAGNIE D'ASSURANCE SUR LA VIE

(Sun Life Assurance Company of Canada)

EXTRAITS DU RAPPORT OFFICIEL POUR 1904

| | |
|---|-----------------|
| Assurances nouvelles dont les primes ont été payées | \$15,911,904.24 |
| Augmentation sur 1903 | \$1,744,698.77 |
| Revenus en Primes et Intérêts | 4,561,936.19 |
| Augmentation sur 1903 | \$575,796.69 |
| Actif au 31 décembre 1904 | 17,851,760.92 |
| Augmentation sur 1903 | \$2,345,984.44 |
| Excédant non-réparti (calculé d'après l'étalon de la Compagnie, la table Hm. avec 4% d'intérêt sur les contrats émis avant le 31 décembre 1899, et 3½% sur ceux émis après cette date) | 1,279,446.09 |
| Augmentation sur 1903 | \$278,063.60 |
| Bénéfices payés aux assurés | 117,238.21 |
| Sinistres, Assurances mixtes (dotations) échues, Béné- fices et autres paiements faits aux assurés en 1904 | 1,374,045.92 |
| Sinistres, Assurances mixtes (dotations) échues, Béné- fices et autres paiements faits aux assurés jusqu'au 31 décembre 1904 | 11,470,082.57 |
| Assurances en vigueur au 31 décembre 1904 | 85,327,662.85 |
| Augmentation sur 1903 | \$9,646,473.98 |

Progrès réalisés depuis huit ans.

| ANNÉES | REVENUS | ACTIF NET sans compter le capital souscrit mais non payé | ASSURANCES EN VIGUEUR |
|----------------|--------------|--|--------------------------|
| 1872 | \$ 48,210.93 | \$ 96,461.95 | \$1,064,350.00 |
| 1880 | 141,402.81 | 473,632.93 | 3,897,139.11 |
| 1888 | 525,263.58 | 1,536,816.21 | 11,931,316.21 |
| 1896 | 1,886,258.00 | 6,388,144.66 | 38,196,890.92 |
| 1904 | 4,561,936.19 | 17,851,760.92 | 85,327,662.85 |

B. F. STEBEN,

AGENT PARTICULIER,

112, RUE ST-JACQUES,

MONTREAL,

elles ou de réception qui se subdivisent en surdité verbale et cécité verbale, et les aphasies motrices ou de transmission qui se subdivisent en aphasie et agraphie.

La surdité verbale est la perte de la faculté de comprendre les mots parlés.

La cécité verbale est la perte de la faculté de lire les mots écrits.

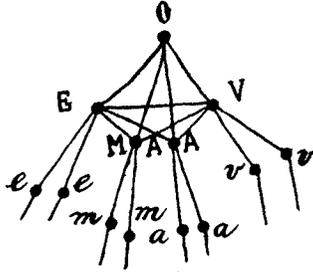
L'aphasie est la perte de la faculté d'exprimer ses pensées par la parole.

Enfin l'agraphie est la perte de la faculté d'écrire.

Chacune de ces quatre sortes d'aphasie a son centre en un point du cerveau, et la destruction de ce centre amène la perte de la faculté qu'il représente. Cette faculté peut aussi être troublée par la lésion des différentes fibres nerveuses qui unissent les centres entre eux, avec le centre des idées et avec les centres inférieurs tel que le centre auditif commun, le centre des mouvements qui servent à la parole, etc. Mais une lésion cérébrale qui n'atteindra ni les centres susnommés, ni les fibres nerveuses qui y arrivent ou qui en partent, ne causera pas d'aphasie, elle pourra causer un trouble dans les idées ou dans l'élocution, de la démence ou de la dysarthrie, mais ces troubles devront toujours être distingués de ceux dont est atteint un aphasique.

Les différents centres dont nous venons de parler sont tous situés dans l'écorce cérébrale, et les fibres qui en partent ne se rendent pas directement dans les différents noyaux médullaires ou bulbaires, elles vont toutes se terminer dans un autre point de l'écorce, ce sont toutes des fibres d'association, une lésion de la capsule interne ne pourra donc pas amener directement l'aphasie, elle pourra causer une aphasie transitoire en occasionnant une ischémie ou une compression des centres, mais pour qu'il y ait aphasie il faut que les centres eux-mêmes soient affectés, il faut qu'il y ait une lésion corticale ou transcorticale.

Le schéma ci-contre fera bien comprendre l'idée que nous venons d'énoncer. La lésion des centres E, M, A, V. ou des



O Centre des idées. — M. Centre de la parole. — A. Centre de l'audition verbale. — V. Centres de lecture. — *mm.* Centres des mouvements communs pour la parole. — *ee.* Centres des mouvements communs de l'écriture. — *aa.* Centres auditifs communs. — *vv.* Centres visuels communs.

fibres qui unissent ces centres à O ou aux centres e, m, a, v, peut seul amener l'aphasie. Si le centre O est lésé il y a démence, si les centres E, M, A, V, sont lésés, il y a paralysie des muscles qui servent à la parole, dysarthrie ou anarthrie, ou bien il y a surdité ou cécité complète, mais comme on le voit ces centres inférieurs sont doubles, il y'en a un dans chaque moitié du cerveau, c'est pourquoi on constate rarement l'abolition complète de ces facultés par lésion cérébrale; il faudrait pour que la chose existe qu'il y ait une lésion symétrique dans chaque hémisphère.

Les différents centres de l'aphasie sont parfaitement localisés dans les circonvolutions de l'écorce cérébrale, ils sont tous situés dans l'hémisphère gauche, le centre de la surdité verbale dans la première circonvolution temporale, le centre de la cécité verbale dans le pli courbe, le centre de l'aphasie dans le pied de la 3^{me} circonvolution frontale ou circonvolution de Broca, le centre de l'agraphie dans le pied de la 2^{me} circonvolution frontale. On voit par ces différentes localisations que les centres de l'aphasie sont très rapprochés géographiquement des différents centres communs auxquels ils correspondent.

Le centre de l'agraphie n'est pas admis par tous les auteurs; un certain nombre d'entre eux, Déjerine, P. Marie, etc., disent que les troubles de l'écriture dépendent toujours d'une lésion

du centre visuel des mots ou des fibres qui relie ce centre au centre de Broca. La principale objection que l'on apporte contre l'existence de ce centre c'est que l'on peut écrire, non seulement avec sa main droite mais encore avec la main gauche, on peut même tracer des caractères avec le pied ou en tenant un crayon entre les dents; il faudrait donc, dit-on, que le centre graphique occupât toute la zone motrice de chaque hémisphère. Il nous semble que l'on attache beaucoup trop d'importance à cette objection et surtout que la conséquence que l'on en fait découler n'est pas exacte; en effet, on voit que le centre de l'aphasie est situé dans l'hémisphère gauche, et cependant les centres moteurs de différents organes du langage parlé sont répartis dans les deux hémisphères, il n'y a qu'un centre pour l'audition verbale, et cependant nous comprenons les mots entendus par chacune de nos oreilles quoiqu'il y ait un centre auditif commun dans chaque moitié du cerveau; il en est de même pour la lecture. Les centres de l'aphasie ne sont donc ni des centres moteurs, ni des centres récepteurs proprement dits, ce sont plutôt des centres de coordination, c'est là que les différents mouvements sont coordonnés, c'est de là que part l'ordre qui est communiqué aux centres communs. Ils sont nécessaires aux mouvements coordonnés de manière à exprimer la pensée au dehors, mais ils ne sont pas nécessaires aux mouvements ordinaires, aussi leur lésion n'entraînera jamais de paralysie, ceci pour les centres de la transmission. On peut dire la même chose des centres de réception, la lésion des centres auditifs verbal ou visuel verbal ne causera ni la surdité ni la cécité, le sujet entendra les sons, verra les objets, reconnaîtra leur signification, seule la parole parlée ou écrite n'aura aucune signification pour lui.

Nous devons donc admettre que le centre de l'agraphie peut être de dimension fort restreinte et commander une zone motrice très étendue.

Pour résoudre la question de son existence il faudrait trouver un cas d'agraphie pure, sans aphémie ni cécité verbale, mais c'est une chose difficile, vu que les centres de l'agraphie et de l'aphasie étant très rapprochés l'un de l'autre, la lésion

de l'un d'eux est ordinairement accompagnée de la lésion de l'autre. D'un autre côté, dans les cas d'agraphie il y a toujours hémiplégie droite, et enfin le centre de l'écriture s'il existe n'est pas développé chez tous les sujets, parce que tout le monde n'a pas appris à lire.

Pour revenir à notre malade, nous avons vu que chez lui les centres auditifs et visuels ne sont pas affectés, il comprend tout ce qu'on lui dit et tout ce qu'il lit, mais il ne peut exprimer sa pensée ni par la parole ni par l'écriture, les centres de la parole et de l'écriture sont donc lésés, et la lésion est corticale puisque seule une lésion corticale peut amener cette aphasie. Le siège de la lésion est donc dans l'écorce de l'hémisphère gauche, elle intéresse le pied de la troisième et de la deuxième circonvolution frontale, et de plus les frontales pariétales ascendantes puisqu'il y a hémiplégie droite.

Notre diagnostic étant établi, il s'agit maintenant de porter le pronostic et d'instituer le traitement.

Par la rééducation ce malade pourra sans doute réapprendre à parler, un nouveau centre se développera à un autre endroit du cerveau et prendra la place de celui qui est détruit ; il pourra même apprendre à écrire de la main gauche. Cette rééducation sera plutôt la tâche de l'instituteur que celle du médecin. Quant à la paralysie des membres, peut-être s'améliorera-t-elle avec le temps, nous ne voyons comme moyen d'aider la nature que le massage et la pratique des mouvements actifs et passifs. L'électricité pourrait aussi être employée, elle aurait pour effet d'empêcher jusqu'à un certain point l'atrophie musculaire.

L'HYGIENE DANS LES EGLISES. (1)

Par le Docteur AURÉLE NADEAU, de Saint-Joseph de Beauce.
Membre correspondant de la Société Médicale de Montréal.

“ Quand il se rencontre sur votre chemin
“ une erreur, ne manquez pas de la détruire
“ comme le voyageur coupe les ronces qui
“ peuvent blesser les pieds.” BACON.

Les considérations qui vont suivre ont été écrites avec sincérité, dans le seul but d'être utiles, et sans aigreur pour qui que ce soit. Je n'ai pas songé non plus à poser en censeur de l'autorité ecclésiastique.

L'Eglise catholique a su évoluer à travers les âges de manière à s'accommoder aux exigences des temps et aux besoins de ses adeptes. Mais il faut qu'on lui signale les “subtilités et susceptibilités” de l'hygiène, si on veut qu'elle y conforme ses rites et cérémonies. L'hygiène est une science née d'hier et, dans son domaine qui va s'agrandissant chaque jour, plusieurs des plus sages sont encore “*libres d'errer.*” Ils sont au moins excusables.

Il appartenait à bien d'autres plus autorisés qu'un jeune médecin de campagne de traiter ce sujet dignement. Mais c'est en vain que je consulte les journaux de médecine de notre pays, et les rapports de nos congrès. On y parle d'hygiène des habitations, des théâtres, des hôpitaux, voire même des prisons, mais des églises, point!

Cette indifférence à l'égard d'une question si palpitante d'intérêt est pour le moins étrange. L'hygiène a, de nos jours, pénétré partout.

“Le pauvre dans sa chaumière où le chaume le couvre”
“Est sujet à ses lois.”

Elle ne s'est pas arrêtée, non plus “aux barrières du Louvre.” Pourquoi donc hésiterait-elle au seuil de nos temples? Dans la Province de Québec, les églises ne manquent pas. Il n'y a peut-être pas un pays au monde où elles sont aussi fréquentées.

Il n'y a que les enfants qui vont à l'école, mais hommes, femmes et enfants fréquentent les églises au moins une fois par semaine humblement.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 24 janvier 1905.

A quoi sert d'observer les prescriptions de l'hygiène chez soi, d'améliorer la condition des enfants dans les écoles et pensionnats, si tous s'exposent à perdre le fruit d'une sage direction sanitaire en allant à l'église?

Constatons le fait de bonne grâce et avec honnêteté: "*Un grand nombre de nos églises sont de déplorables milieux d'infection.*" Avouons-le entre nous, en cherchant à s'améliorer.

Ce serait plus cuisant de voir nos points faibles mis en lumière par ceux qui ne partagent pas nos croyances.

Le sujet prêterait à bien des développements. On pourra revenir à la charge, mais en attendant je me contenterai de parler de ventilation, chauffage, éclairage, etc. et de signaler certaines pratiques vicieuses des plus criantes au point de vue sanitaire.

VENTILATION.

Réclamer de l'air au nom de l'hygiène, dans nos vastes temples, peut sembler paradoxal. L'étrangeté n'est qu'apparente comme nous allons voir.

On peut souffrir par raréfaction de l'air dans une église très haute, tout comme on s'asphyxie au fonds d'un puits à sec, fut-il de cent pieds de profondeur! Pourtant, c'est une respectable colonne d'air.

Quelque soit l'énorme masse d'air, du plancher à la voûte, il ne s'en suit pas que le "*cube d'air en surface*" soit de qualité et quantité suffisantes. En été surtout, quand la température du milieu n'est pas sujette aux variantes du chauffage, il ne se fait pas assez d'échanges entre les couches supérieures et inférieures.

Nous verrons plus loin quel système de chauffage se prête mieux à ces échanges.

Tout le monde sait que l'air expiré de nos poumons est plus dense, plus lourd que l'air pur chargé qu'il est d'acide carbonique, de vapeur d'eau, d'alcaloïdes organiques, etc. Dans les églises, cet air respiré s'alourdit encore des produits de combustion des cierges, et des émanations cutanées.

Supposons, avec l'entassement ordinaire, les conditions hygiéniques d'une foule compacte qui respire dans une église. Les premières bouffées de cet air lourd exhalé de centaines de

poitrines sont entraînées "ipso pondere" dans le voisinage du plancher. D'autres suivent, se superposent, s'accunulent. A mesure que le séjour dans ce milieu se prolonge, la couche d'air impur va s'élevant graduellement du sol. Il en est des gaz comme des liquides. Au bout d'un certain temps, disons une heure, "*le peuple fidèle qui courbe son front sous le vent des antiques,*" en a par-dessus la tête. Il flotte et vivote dans un milieu gazeux d'un méphitisme indiscutable.

On ne tarde pas à être incommodé .

De là les malaises, les pertes de connaissance (church faintings) chez certaines personnes *qui respirent pour deux*; de là cette asphyxie partielle qui est peut-être l'unique cause de ces *intéressantes céphalées du "dimanche après-midi."* Tous les praticiens les connaissent. Elles font le sujet des jérémiades de bien des clients de tous les âges et des deux sexes. Il y a une foule de gens qui n'ont jamais mal à la tête en d'autre temps, qui, le dimanche, se lèvent et déjeunent à l'heure ordinaire, s'abstiennent de tabac et de liqueurs alcooliques, se hâtent de retourner à la maison après les offices pour dîner en temps, et qui, cependant, passent l'après-midi et la soirée dans les tortures de la céphalée. S'ils vont à la basse messe ils s'en sauvent presque toujours. S'ils ne vont pas du tout à l'église, ils passent toute la journée frais comme roses.

En attendant d'autres explications je continuerai à incriminer la ventilation défectueuse.

La même sensation de bien-être qu'on éprouve au contact de l'air pur à la sortie des théâtres, on la ressent au sortir des églises. Les moins observateurs savent cela.

Comment obvier à ces inconvénients de l'air raréfié?

En renouvelant l'air pur et en soutirant l'air vicié. Mais la ventilation naturelle s'effectue mal, à moins d'ouvrir aux deux extrémités de l'église. Et les courants d'air sont si impopulaires dans notre province!! On laisse même les fenêtres fermées, en été, pour cette raison. D'ailleurs, elles sont tellement élevées que leur ouverture ne saurait être de grande utilité pour l'apport d'air frais aux assistants dont les bancs longent les murs.

En hiver, on ne peut songer à l'ouverture ni des portes ni des fenêtres.

Il faudrait recourir à la ventilation artificielle. Les architectes qui ont dirigé la construction des églises ont pensé à tout, excepté à cela.

Là où l'on a abandonné les poêles, il reste dans les murs, en plein milieu de la nef, de vastes cheminées qui pourraient être utilisées à faire une ventilation fort effective en soutirant l'air vicié des couches inférieures de l'édifice. Il ne s'agirait que d'y penser, mais on s'en garde bien.

ECLAIRAGE.

La plupart des églises à la campagne sont très bien éclairées. A la ville, c'est le contraire qui est vrai, et plusieurs des superbes églises de Montréal sont loin d'être des modèles sur ce point.

On sait l'effet purifiant, vivifiant des rayons solaires. L'obscurité, par contre, est une condition de vitalité, de virulence même pour nombre de microbes pathogènes.

Les verrières colorées sont en grande faveur. C'est le dernier cri de l'ornementation depuis quelques années surtout. Elles tamisent la lumière fort mal à propos. Si on y tient absolument, elles devront être aussi claires, aussi translucides que faire se peut.

CHAUFFAGE.

Il y a dans cette province, paraît-il, plus de la moitié des églises qui sont chauffées par des poêles, c'est-à-dire qui ne le sont pas du tout. Ceux qui occupent les bancs dans le voisinage des poêles ont à faire face à une chaleur de rayonnement des plus intenses. Au sortir de l'église ils sont exposés à tous les accidents de suppression brusque de la sueur.

Loin des poêles, on a la température des glaciers. Qu'on songe que ceux qui restent loin de l'église ont déjà froid en arrivant.

On ne peut s'empêcher d'avoir une bien maigre idée des "fabriques" qui se paient le luxe d'églises resplendissantes de dorures et qui n'ont jamais songé au calorique. C'est commencer par la fin, et c'est regrettable à tous les points de vue. En effet prier en piétinant, c'est se ménager force distractions. Quand le corps grelotte, il doit retenir forcément vers la terre les plus nobles envolées de l'âme!

Quant aux autres systèmes de chauffage, on ne peut dire que du bien de l'eau chaude et de la vapeur. Le chauffage à l'électricité est encore préférable (quoique dispendieux) pour toutes les églises qui sont à proximité des centres de production du merveilleux fluide.

Mais je ne crains pas d'affirmer que, pour nos campagnes surtout, le chauffage à air chaud a bien des bons côtés. D'abord, la question d'économie n'est pas à dédaigner pour un grand nombre de paroisses qui sont loin d'être riches.

Ilâtons-nous de dire que ce système est tout-à-fait condamnable si la prise d'air est faite dans des caves, ou sous-sols humides et sombres.

Mais si l'air est pris au dehors—combinant calorifère et ventilateur—si les bouches d'air chaud sont nombreuses et uniformément réparties dans tout l'édifice, on comprendra que c'est un mode de choix. Cet air pur et chaud met en branle l'air appauvri des couches inférieures, et facilite les échanges entre les différentes couches d'air de l'édifice.

Il peut y avoir un inconvénient au chauffage à l'air chaud. Il arrive souvent—par économie mal placée—qu'on allume les fournaies le dimanche matin seulement. La colonne d'air chaud au-dessus des grilles s'élève avec d'autant plus de rapidité que le foyer est plus ardent. Et le courant de retour de l'air froid qui tombe de la voûte est tout-à-fait mal venu sur certains crânes dénudés parmi l'assistance. C'est le point de départ de coryzas et névralgies à répétition.

Mais cet inconvénient disparaîtra dès qu'on aura la louable habitude de chauffer dès la veille, quelque temps qu'il fasse.

PLANCHERS.

Les planchers en bois sont à éviter. Il y a ici la question des fentes ou interstices qui de tout temps ont été suspectes. et l'objet des anathèmes de tous les hygiénistes.

Les interstices sont à l'abri de l'action détegente des lavages, ou plutôt les lavages ne font que fournir aux ordures qui s'y logent cette humidité qui est une condition essentielle de toutes les fermentations.

Les planchers devraient être dallés. Leur revêtement en ciment ou asphalte est tout indiqué, et il ne saurait y avoir d'objections. C'est guère plus dispendieux que les bois durs. D'ailleurs, la sécurité ne se paie jamais trop cher.

Le fond des bancs et les allées devraient être de niveau. Les bancs devraient être faits de manière à éviter les coins et à laisser circuler en dessous l'air et l'eau des lavages.

Les planchers pourraient avoir une pente à peine perceptible, et dans les parties les plus déclives on ménagerait des ouvertures par où s'écoulerait l'eau des lavages. Ceux-ci pourraient se faire — partout où il y a un aqueduc — à l'aide d'un jet d'eau sous pression.

Tout cela nous sauverait des horreurs du balayage à sec et de l'époussettage au plumeau.

La question des planchers suscite celle des coins, ces quartiers-généraux des ordures et détritiques que les laveuses ne font qu'effleurer et pour lesquels le balai a également des faveurs.

Dans les sanatoriums pour les tuberculeux qui se respectent on arrondit, on remplit avec un soin marqué les angles inférieurs de toutes les pièces d'habitation. Pourquoi ne pas en faire autant dans les églises ?

Pourquoi aussi ne pas laver les églises plus souvent ? Dans certaines paroisses on lave quand l'évêque doit venir en tournée pastorale, c'est-à-dire tous les cinq ans. Ailleurs on lave à tous les douze mois. Avec le système des planchers, dalles, on laverait à toutes les semaines, sans inconvénient, en moins de temps et avec plus d'aisance qu'on ne fait aujourd'hui avec le balayage à sec si répréhensible et si dangereux. (1)

Au sujet des planchers, je veux dire un mot d'un défaut qui n'a peut-être jamais été signalé.

Il arrive parfois que l'on conserve les cadavres très longtemps à la maison mortuaire. Ils sont ensuite déposés dans des cercueils très ornementés mais peu étanches. Au cours de services funèbres j'en ai vu qui laissaient couler un liquide sanieux de décomposition avancée. Oubliant alors le défunt qu'on pleurait pour

(1) On vient d'adopter à Paris le nettoyage idéal par aspiration de poussière à l'aide d'une machine pneumatique actionnée par un moteur à gazoline.

songer aux vivants qu'il faut protéger par vocation, je me suis demandé avec effroi ce qu'on allait faire après la cérémonie, et du plancher, et des pièces souillées du catafalque.

En effet, qu'arrive-t-il ? Lave-t-on le plancher avec des antiseptiques ? Avec quoi l'essuie-t-on ? Et que fait-on du linge qui a essuyé ? A-t-on au moins le bon esprit d'exposer au soleil les planches du catafalque ? N'est-ce pas plutôt le cas qu'on se hâte de les enfoncer dans des caveaux sombres et poussiéreux en attendant la première occasion de nous les remettre sous le nez dans le même état dégoutant ? Horror ! Most horror ! dirait l'auteur de Macbeth !

Cette question amène tout naturellement celle des cadavres des victimes de maladies contagieuses à qui on refuse l'entrée de l'église.

Je considère que les Conseils d'Hygiène vont ici bien trop loin, et je m'inscris en faux contre cette mesure barbare qui sent le moyen-âge à dix siècles de distance. Notre peuple ne s'habituerait jamais à cela. Il n'y a rien au monde qui froisse d'une manière plus intense les sentiments d'une population chrétienne que ce spectacle d'un convoi funèbre qui ne passe pas par l'église !

L'occasion serait mal choisie pour faire du sentimentalisme. Je ne sais qui a dit que l'Hygiène, comme la politique, n'a pas d'entrailles. Mais s'il faut blesser quelqu'un pour sauver la masse du peuple, au moins qu'on évite les meurtrissures inutiles.

Ces mesures draconiennes n'ont pas leur raison d'être. Fermer l'entrée de l'église à un typhique et laisser entrer un tuberculeux, c'est pour le moins ridicule. Sévissions contre toutes les maladies contagieuses ou laissons faire sur toute la ligne.

Il me semble qu'en procédant à l'inhumation dans les vingt-quatre heures et en enveloppant le cadavre dans une forte solution de bichlorure, on aurait toutes les garanties désirables.

Je connais des médecins qui poussent les fabriques aux sévérités à outrance contre les victimes de la fièvre typhoïde et qui n'ont jamais un instant songé à désinfecter les urines et selles de leurs malades. Qu'on commence donc par le commencement !

Le Bureau des Ecoles Protestantes de Montréal, au vu et sur de ses aviseurs du McGill, permet de fréquenter les écoles quand

il y a de la fièvre typhoïde à la maison, du moment qu'il y a un médecin traitant qui voit à désinfecter les déjections. Ça doit être un scandale pour certains puritains de l'Hygiène !

Si l'on craint les habits infectés des parents ou amis qui accompagnent le convoi funèbre, pourquoi ces gens-là sont-ils si redoutables le jour de l'inhumation, et si peu le Dimanche suivant, même quand il n'y a pas eu de ces désinfections pour rire comme il s'en fait tant ? ?

De grâce, ne rendons pas l'hygiène odieuse au peuple quand on peut faire autrement.

LES CRACHATS.

On comprendra l'importance des planchers impeccables aux yeux de l'hygiène quand on se rappellera que dans notre chère province, ils doivent servir de dépotoirs à cette abomination par excellence qu'on nomme les crachats.

Quand on songe qu'une population française, issue de la race de Pasteur, qu'un peuple élevé dans la crainte de Dieu, se permet de pareilles ignominies dans un temple destiné à rendre hommage au Créateur, c'est à désespérer les plus fervents de la doctrine sanitaire et de toutes les doctrines.

Je me rappellerai longtemps de ce dimanche après-midi où j'ai visité une belle église d'un comté rural en compagnie d'un Américain protestant. Le Yankee me fit observer que la voute était d'une rare beauté mais que le plancher était *shocking*. En effet, l'habitude m'avait empêché de remarquer les crachats dont le parquet était constellé. Il y en avait de toutes les formes et de toutes les couleurs. Un étudiant en médecine y aurait trouvé matière à clinique. Pour échapper à la honte, je me hâtai de dire qu'il y avait dans cette paroisse plusieurs descendants d'Abénaquis et de Hurons à qui on ne pouvait jamais inspirer de décence et de décorum, même dans le saint lieu. En réalité, je ne mentais peut-être pas autant que je le croyais.

Voici encore qui est grave.

J'ai vu, de mes yeux vu, dans l'église de ma paroisse, un tuberculeux à la troisième période, qui crachait à bouche que veux-tu, et dans l'allée et dans son banc. S'il n'y a plus de Peaux-Rouges parmi nous, il y a encore beaucoup d'ignorance !

On rapporte que Lamartine se prit à larmoyer sur la vanité de la gloire, quand, au cours d'un voyage en Arabie, il constata que ses œuvres y étaient totalement ignorées. De même, il y a bien des endroits de notre pauvre province pour lesquels l'immortel Pasteur a en vain vécu!

Les curés insistent souvent sur ce point. J'en ai connu qui ont dépensé beaucoup de verve et de bonne volonté pour empêcher ces profanations. Mais c'est en vain.

Il faudra faire de nos incivilisés ce qu'on fait aux États-Unis. S'il faut en croire le "Bulletin Sanitaire" (Montréal), il y a plusieurs villes de l'Etat de New York qui défendent de cracher dans les édifices publics, tramways, sous peine d'amende à la première offense et d'emprisonnement sur récidive. Prima facie, on pourra croire à une sévérité excessive et injustifiable. Mais en y songeant un peu et en sachant ce que l'hygiène a mis en lumière avec tant de preuves à l'appui, on comprendra toute la justesse de ces mesures.

Si un maniaque pénétrait dans une église au moment des offices et s'exerçait au tir en jouant du revolver, on lui mettrait vite le grappin dessus et il serait logé pour longtemps. Et le tuberculeux qui, à coup de crachats "tire dans le tas" (expression usitée en mousqueterie) des fidèles, on le laisserait en paix opérer sa besogne de mort, parce qu'il tue lentement, sournoisement, et que "tous n'en meurent pas"? C'est une anomalie d'une étrangeté que l'ignorance seule peut masquer.

Si tous les médecins avaient fait leur devoir, il y a bien des années que tout le monde saurait ce qu'un crachat comporte de dangers. Et il en résulterait cette crainte salutaire qui est le commencement de la sagesse. Tout le monde prêterait son concours à l'œuvre de protection.

Alors le remède serait aussi simple que radical. Les tuberculeux resteraient chez eux, ne contagionnant personne, et ne risquant pas d'ajouter à leur propre infection. Les bronchitiques, les gourmeux, ceux qui véhiculent tout leur mucus nasal "en transit" par la bouche, auraient à choisir entre le mouchoir, le crachoir de poche ou la géole.

Il s'écoulerait encore bien de l'eau dans le St Laurent avant

que dans la pratique on puisse régler aussi prestement cette importante question.

En attendant le jour lointain des grandes réformes, essayons donc de réduire le mal de moitié.

Nous avons vu que les planchers dallés nous sauveraient des dangers du balayage à sec. Voyons ce qui se fait aujourd'hui et ce qu'on pourra faire demain à très peu de frais, sans recourir à ces changements qui font le désespoir des routiniers.

Quand le Dimanche est passé, en hiver, l'église redevient déserte et les planchers paillés de crachats séchent pendant toute la semaine.

Le samedi suivant, le bedeaux s'arment de balais et on organise la danse des crachats réduits en poussière. On soulève un nuage d'ordures qui est si dense qu'on peut à peine distinguer la voûte. Les crachats de tuberculeux donnent congé à leurs milliers de bacilles. Il y en a encore en suspension dans l'air quand, le lendemain, l'église se remplit de nouveau. Cès bacilles ne trouvent rien de mieux à faire que de s'engouffrer dans nos narines et nos bouches, deux excellents milieux de culture.

En attendant les planchers en ciment, ce serait pourtant bien, élémentaire d'avoir de la sciure de bois qu'on ferait tremper au préalable dans le bichlorure, l'eau de Javelle, la solution de vitriol bleu, etc., etc. En couvrant le plancher de cette sciure de bois on pourrait abattre un peu la danse des bactéries.

Et le plumbeau à époussetage pourrait facilement céder le pas au linge humide.

LES BÉNITIERS.

Certaines personnes d'un mysticisme exalté traitent leurs plaies par des applications d'eau bénite. D'autres, également en désespoir de cause, se permettent d'ingurgiter de l'eau bénite recueillie dans les bénitiers de nos églises.

Ce sont des remèdes héroïques s'il en fut jamais.

J'ajourne ceux qui se dosent de la pareille manière à la première analyse que fera un bactériologiste, de l'eau des bénitiers, et je leur promets des émotions. On devra y faire des découvertes intéressantes.

D'abord les bénitiers sont des réceptacles de choix pour tous

les germes que soulève le balayage à sec. Ensuite, les mains malpropres, les ongles en deuil, les doigts des tuberculeux qui ont caressé des moustaches grasses, les mains des enfants qui viennent de subir la desquamation des fièvres éruptives (j'en passe, et des meilleures!) tout cela s'y trempe à répétition, tout cela y fermente.

Est-ce que ce serait bien difficile de changer l'eau chaque semaine, et de laver les bénitiers avec une solution de bichlorure ?

On devrait aussi suggérer aux bonnes âmes de ne jamais prendre d'eau bénite à l'intérieur. Il y a une infinité d'autres remèdes moins dangereux.

On pourra aussi recouvrir les bénitiers et cesser le balayage à sec.

LES CONFESSIONNAUX.

Les confessionnaux sont généralement logés dans les coins où l'éclairage laisse à désirer. Leur structure architecturale trop compliquée ménage des nids à poussière un peu partout. La loge centrale réservée au prêtre est étroite, sombre, et toutes les senteurs y séjournent. Ce n'est pas la simple ouverture pratiquée au plafond qui peut soutirer l'air vicié.

L'homme porteur d'un nez bien né, qui s'y installe, pendant de longues heures, pour écouter les fadaïses et fredaines de l'humaine nature, mérite les plus chaleureuses sympathies.

À l'haleine des bouches fangeuses des gens à dents cariées, de ceux qui souffrent de punaisie, à l'odeur des barbes odoriférantes, sans parler du *gin*, du tabac, et de l'aïl, le pauvre confesseur est obligé de présenter un front d'airain à toute cette avalanche. Et quand il sent sa joue mouillée par les fines gouttelettes de salive de ceux qui chuchotent trop vivement, il lui faut endurer, puis . . . présenter l'autre joue !

Les temps de persécutions sont passés. Il n'y a plus de martyrs dans ce qu'on est convenu d'appeler les pays civilisés. Mais il y a encore des "confesseurs."

A-t-on jamais songé à tout ce qui passe par le grillage ou claire-voie qui sépare le visage du confesseur de celui du pénitent ? Le jour où l'on pensera à laver cette claire-voie de temps à autre on fera une bonne œuvre qui devra être comptée là-haut.

Et si on pousse la curiosité jusqu'à faire analyser l'eau de lavage, ou y trouvera une flore microbienne des plus prospères.

On s'étonne après cela que la longévité des prêtres soit aussi tronquée que celle des médecins !!!

On a dit que la nécessité engendre l'industrie. En attendant que la dentisterie et les brosses à dents se popularisent, et que le vingtième siècle adapte la phonographie à la confession auriculaire ceux qui ont reçu du ciel le génie inventif feraient œuvres pies en perfectionnant les confessionnaux. Mais on pourrait dès maintenant, sans perturbation aucune, confesser les toussoux de toutes les catégories dans les appartements réservés à la confession des sourds.

VÉNÉRATION DES RELIQUES.

Les statues de Saint-Pierre ou autres dont on baise les pieds, les reliques qu'on vénère en y apposant les lèvres sont autant de sources de dangers graves et indéniables. Il n'y a pas un hygiéniste qui s'aviserait de soutenir le contraire.

Le linge dont le prêtre se sert pour essuyer le reliquaire, à chaque personne, n'enlève rien au danger, si toutefois il n'y ajoute pas !

Il n'est pas nécessaire d'y penser longtemps avant de saisir toute l'importance de ce sujet. Dans les villes, le problème syphilitique se dresse déjà dans toute sa hideuse grandeur ; à la campagne, tuberculeux et cancéreux ne manquent pas, sans parler de milliers d'autres bobos. Dans la proximité des facteurs étiologiques on a peut-être tort de ne pas retracer jusqu'à la balustrade les maux qui en font souffrir et mourir plusieurs.

Je crois qu'on pourrait déroger à cette vieille coutume sans ébranler l'Eglise dans ses fondements ? Pourquoi cette cérémonie ne se ferait-elle pas par l'apposition de la relique au front ?

Le front est une partie très noble, qui abrite le centre de tous les grands sentiments. Chez le chrétien, d'ailleurs, il a été ennobli par l'onde sainte du baptême !

“Si quelqu'un l'entend mieux j'irai le dire à Rome,” disait un personnage de Molière. J'avoue que pour ma part je n'ai pas de suggestions à faire “urbi et orbi.” Je croirais même avoir mauvaise grâce en insistant avec trop d'énergie. Quand on a une maison en verre il faut être sobre de cailloux à l'adresse des voi-

sins. Dans notre docte profession, qui devrait être la gardienne jalouse des droits de l'hygiène, ne voit-on pas des pratiques aussi malséantes ? Que de médecins, en ville et à la campagne, traînent leurs thermomètres de bouche en bouche, sans jamais les laver, encore moins les désinfecter ! Et les instruments mal entretenus, et les seringues à injection vaginale qu'on promène d'une infection puerpérale à l'autre en les PRETANT (sic) aux malades ?

J'allais clore cet article quand le dernier "Bulletin Sanitaire" est venu me fournir le mot de la fin.

Il nous annonce que les échevins de Montréal, pourtant "si durs à la détente," suivant le mot pittoresque du Dr. Dubé, viennent d'édicter des lois très sévères contre les crachats dans les places publiques.

Espérons que les églises seront comprises dans les prévisions de ces règlements municipaux.

Nous admettons que c'est un pas de fait dans la bonne voie. Mais, des lois écrites à leur application, il y a souvent place pour tout un monde d'hésitations, de négligences et d'abus.

Si on en fait ce que tous les gouvernements provinciaux ont fait de la loi des licences, ça va être édifiant !

Un peuple qui ignore les méfaits de l'alcool ne souffre pas qu'on apporte de restrictions dans ses habitudes malsaines. Une ville dont la mortalité infantile dépasse 40% ne saurait être mûre pour comprendre la bienfaisance que comportent les règlements dont il est ici question.

Ici comme partout, l'Hygiène trouvera toujours en ambucade pour lui barrer le chemin, l'ignorance et son cortège de préjugés. L'ignorance, voilà l'ennemi ! Le livre, voilà le remède !

Il incombe à la profession médicale l'impérieux devoir de pourchasser cet ennemi à la faveur des projections lumineuses de la science vulgarisée. Il faut, en toute occasion, disséminer les connaissances médicales et surtout les mettre à la portée de toutes les intelligences.

Le jour où la pleine lumière se fera, tous les progrès seront

réalisables et tout le monde apportera son concours de bonne volonté à l'exécution des lois.

On cessera de prêter des allures vexatoires aux lois répressives de l'autorité sanitaire dès que le peuple sera éclairé sur la nature des dangers dont il est jusqu'ici inconscient.

Comme l'a proclamé avec beaucoup de justesse le Dr. Malvoz, de Liège :

“ Les meilleures lois ne peuvent réussir que si l'esprit qui les pénètre est compris de tous ceux auxquels elles doivent profiter.”

CHORÉE ET ANÉMIE

Par ROSHIER W. MILLER, M. D. Ph. G., Barton Heights, Va.,

Chargé du cours des maladies nerveuses et mentales, et Professeur de Théorie et de Pratique de Médecine et de Pharmacie, Université Collège de Médecine, Richmond, Virginie.

Dans l'étiologie de la chorée il n'y a rien ayant trait à l'anémie. On n'en rend compte que comme d'un symptôme concomitant. La littérature médicale appuie bien sur les relations entre le rhumatisme et la chorée. L'expérience de plusieurs cas a solidement établi en moi l'opinion qu'il y a lieu d'étudier l'anémie comme élément étiologique de la chorée.

Je citerai trois cas dans lesquels les symptômes, le traitement et la guérison semblent donner à croire qu'il y a relation possible de cause à effet entre l'anémie et chorée.

Cas 1. — Enfant de huit ans, petite fille — Fièvre typhoïde, huit mois avant, avec une convalescence rapide, gagnant vite en poids et récupérant l'énergie de sa santé antérieure. Six mois plus tard, elle devient irritable et pâle; douleurs dans les bras et dans les jambes; désordres gastriques; spasmes irréguliers des muscles de la face. L'examen du sang révéla à peine 3,000,000 de globules rouges au c. m.

Le traitement consista à administrer deux cuillerées à thé de pepto-mangan (gude) et deux gouttes de liqueurs de Fowler trois fois par jour. Après l'amélioration des symptômes digestifs, deux œufs crus furent ajoutés à la diète quotidienne. Au bout de cinq semaines la malade fut renvoyée complètement guérie.

Un cas de pneumonie à la suite d'une fièvre typhoïde grave: guérison d'un correspondant de Floride.

J. B. W. White, 30 ans, était convalescent d'une fièvre typhoïde grave. Le 36e jour, sa température était normale. Le 39e jour elle monta de nouveau et en quelques jours s'éleva à 104.5, pouls 140. Une forte toux, et l'hépatisation du poumon droit fit diagnostiquer pneumonie compliquante. Après les longues et graves déchéances dues à la fièvre typhoïde, sa condition fut jugée alarmante pour ne pas dire désespérée.

Une consultation fut demandée et l'on décida que sa seule chance était dans de généreuses applications d'Antiphlogistine.

Nous devons dire que pour ce premier pansement une grosse boîte de 34 onces et demie fut employée.

Les effets furent étonnamment prompts. En quelques heures la température baissa hors de danger et le pouls battit à 120. Semblable pansement fut renouvelé à toutes les 24 heures. L'amélioration fut continue et marquée et en six jours le patient était de nouveau convalescent, grâce à l'Antiphlogistine.

Le brillant résultat de ce cas m'apprit l'importance d'être attentif aux détails dans l'application de l'Antiphlogistine. Comme toute autre chose de valeur on doit l'employer convenablement, si on veut en retirer les meilleurs effets.

OCCLUSION INTESTINALE A REPETITION, PAR INVAGINATION. (1)

Par le Dr T. PARIZEAU,

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur de Chirurgie à l'Université Laval,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

L'histoire de la malade qui fait l'objet de cette communication présente, à mon avis, certains détails qui la rendent digne d'être relatée. Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, Marguerite C., presque une enfant, d'un développement retardé, plutôt malingre qu'on amène dans mon service, le 31 mai dernier. A cause des examens en cours, je ne vis la malade que le lendemain, mon interne ayant fait jusqu'à ce moment le nécessaire. Le nécessaire, de fait, avait consisté à administrer deux lavements intestinaux, le dernier sous forme d'entérolyse légère. La malade, en effet, présentait des signes d'obstruction. Le ventre très ballonné, douloureux à l'épigastre et autour de l'ombilic, les vomissements de moyenne intensité, espacés, accompagnés d'une constipation opiniâtre de huit jours, avaient laissé croire à de l'obstruction. Néanmoins le succès rapide du traitement me fit douter de l'exactitude de ce diagnostic. Le doute ne fit que s'accroître par le fait d'une diarrhée abondante qui s'accompagnait de douleurs tout justes suffisantes pour faire admettre l'idée d'une entérite infectieuse. Ces douleurs, du reste, n'avaient rien de précis, rien de localisé. Tantôt à droite, le plus souvent à gauche, le long du colon descendant, elles n'affectèrent à aucun moment le caractère pathognomonique. Leur intensité, la plupart du temps médiocre, nécessitait à peine une ou deux légères doses d'héroïne que je prescrivis tout autant contre l'insomnie complète des premiers jours que contre les phénomènes douloureux.

Ces premiers jours, 7 ou 8, n'amenèrent guère de changement dans l'état local. Le ballonnement variait avec l'abondance des évacuations toujours spontanées et quasi quotidiennes, ou l'intensité de la fermentation intestinale. Celle-ci, du reste, était très peu influencée par le calomel ou les autres antiseptiques. Bref, la malade restait dans un "statu quo" qui finissait par toucher sérieusement son état général. Le faciès n'était pas bon, le pouls se tenait aux environs de 100 pulsations; il ne dépassa jamais ce chiffre, mais il perdit de sa vigueur et de son amplitude au peu tous les jours.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 10 janvier 1905.

La température de 99° F. à l'entrée, monta le soir du 3e jour à 101, qu'elle ne dépassa jamais subissant par ailleurs des différences de un à deux degrés, du matin au soir.

Il ne se produisit un peu d'amélioration dans l'état local que vers le treize juin. Le ballonnement diminua d'une façon notable, les douleurs cessèrent à peu près complètement, les selles encore diarrhéiques étaient moins fétides.

La souplesse relative de l'abdomen me permit de sentir dans la fosse iliaque droite, partie basse, une masse ferme, mal définie, à peu près indolore. Je pensai avoir trouvé le corps de délit, mais je ne lui attachai pas tout d'abord l'étiquette qui lui convenait. J'en fis un boudin appendiculaire entouré de masses épiploïques adhérentes, l'appendicite ayant évolué sournoisement, anormalement, et s'étant accompagnée d'infection intestinale assez violente. L'enfant continuant à s'améliorer au point de vue abdominal, je pensai intervenir, mais je dus attendre quelques jours l'autorisation de sa famille que nous eûmes du mal à retrouver.

Finalement, le 18 juin, je fis l'ouverture de la paroi et je trouvai les choses en l'état suivant. Le cœcum et l'appendice étaient en parfaite condition. Plus bas, vers le ligament de Poupert, je trouvai une masse faisant saillie dans la fosse iliaque, mais contenue en grande partie dans le petit bassin. Cette masse était tout simplement l'anse intestinale invaginée que je soumettrai tout à l'heure à votre examen. Les caractères de l'invagination me permirent de comprendre l'évolution de la maladie.

L'invagination me parut tout d'abord ancienne; les adhérences du pourtour de l'anneau, d'un blanc nacré, dures, résistantes, nettement fibreuses, permettent d'affirmer que l'invagination existait déjà depuis assez longtemps. De plus, dans l'histoire de la malade, on retrouve une crise absolument identique à celle de juin dernier, qui se serait produite sept ans auparavant, et se serait terminée comme celle-ci paraissait vouloir le faire, au moment de l'intervention. Il paraît évident que ces deux crises procédèrent d'une même cause. L'intestin invaginé lors de la première attaque s'étant obstrué par suite d'engouement, d'engorgement de ses parois, n'aurait pas subi une constriction assez ferme pour supprimer dans le boudin invaginé la circulation. Grâce à la persistance de celle-ci, le dégorgeement se serait fait une premi-

Ère fois, comme il s'est opéré la deuxième, rendant à nouveau possible la circulation des matières fécales, surtout à l'état liquide.

C'est en effet ce qui s'est passé sous mes yeux: constipation opiniâtre de huit jours, vomissements, ballonnement du ventre très prononcé bref tous les signes de l'occlusion se sont manifestés, accompagnés, bien entendu, de réaction générale appropriée. Une entéroclyse provoqua une première débacle, suivie d'évacuations liquides quotidiennes suffisamment abondantes et persistantes pour éloigner l'idée d'une conclusion permanente. D'autre part, l'examen de la pièce après l'opération me permit de constater, comme vous pouvez le faire vous-même, la perméabilité partielle du boudin invaginé. Ce même examen vous permettra de constater comme moi la parfaite intégrité de la portion réséquée de la gaine aussi bien que du bout invaginé.

En présence d'une pareille situation, j'avais le choix des procédés, je pouvais facilement réduire, après rupture des adhérences, le boudin invaginé. J'aurais pu tout au moins le tenter. Je ne le fis pas par crainte d'une récurrence presque inévitable, les parties y demeurant en quelque sorte parfaitement disposées par leur long état d'invagination. Il restait donc la résection du bout invaginé à travers la gaine, ou bien encore la résection totale avec abouchement termino-terminal. C'est ce dernier procédé qui, de fait, me tenta et pour les raisons suivantes: Il n'est à mon sens guère plus long que la résection à travers la gaine il n'expose pas davantage à l'infection. Du reste, j'en suis encore à me demander si la résection à travers la gaine n'aurait pas exposé ma malade à une récurrence. En effet, ce procédé laissa en présence deux portions de tube intestinal de calibre différent par suite de l'invagination, le plus petit engainé par l'autre et tout prêt, il me semble, grâce à sa flaccidité, à télescoper ce dernier.

Avec la résection totale, ce danger, peut-être hypothétique, me paraît nul. Quoiqu'il en soit, je réséquai la portion d'intestin en litige, je fis la suture termino-terminale, le procédé latéro-latéral allongeant un peu l'opération et l'état de ma malade exigeant un dénouement rapide.

Les suites opératoires furent des plus simples. La malade, nourrie par le rectum pendant quelques jours, put prendre la qua-

trième journée une solution faible de *lacto-globulin* par petites quantités; huit jours après l'intervention, elle commença une diète légère par la bouche. Le cours des matières s'établit normalement en quelques jours. Les premières selles avaient conservé les caractères infectieux précédents. Le tout rentre dans l'ordre, et quinze jours après l'intervention, la petite malade était en pleine convalescence. Elle quitta l'hôpital le 10 juillet, ayant notablement engraisé. J'en ai eu depuis d'excellentes nouvelles.

Telle est, Messieurs, cette observation que j'ai pensé avoir le droit d'intituler comme je l'ai fait: "Occlusion intestinale à répétition par invagination."

Avez-vous le rhume?... Si oui, il n'y a rien de supérieur aux douches nasales avec la solution de *Glyco-thymoline*. Demandez en même temps l'appareil en verre fabriqué spécialement à cette fin.

OCCLUSION INTESTINALE. UNE VARIÉTÉ RARE DE HERNIE INTERNE.

Par le Docteur Z. RHEAUME
Chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Valleyfield.

La division classique des occlusions intestinales faite par Peyrot dans sa thèse d'agrégation, Paris, 1880, est généralement adoptée par les auteurs.

Peyrot divise les occlusions intestinales :

- A. *Par vices de position* (invagination, volvulus, coudures).
- B. *Par obstruction* (matières fécales, calculs biliaires, corps étrangers).
- C. *Par rétrécissement* (cicatriciel, néoplasique).
- D. *Par compression* (tumeurs, etc.; étranglement interne).

Cette dernière classe comprend les *hernies internes* (hernie mésocolique, hernie de Rieux, hernie rétro-péritonéale, hernie intersigmoïde, hernie vaginale interne, hernie du diaphragme, etc.)

* * *

Dernièrement j'ai eu l'avantage d'observer un cas de hernie interne mentionnée, je crois, par Couder.

Le patient dont il s'agit a fait une chute violente sur le dos. Lorsque je suis consulté, le malade présente des symptômes manifestes d'occlusion intestinale: vomissements, constipation, suppression des gaz rendus par l'anus, douleur, météorisme, etc.

Un examen minutieux ne révèle aucune hernie externe étranglée.

Je me décide donc à faire une laparotomie pour occlusion intestinale, et voici dans quel état je trouve l'abdomen après l'incision de la paroi abdominale et du péritoine sur la ligne médiane. Immédiatement apparaît une portion d'intestin grêle rempli de gaz. En recherchant l'épiploon que je crois refoulé dans la partie supérieure de la cavité et en manipulant l'intestin qui fait saillie, je me rends compte que cet épiploon, épaissi, est dans sa position normale, et qu'il recouvre en partie le petit intestin; mais je puis constater aussi que les anses intestinales vues à l'ouverture de l'abdomen font saillie à travers l'épiploon qui les étrangle. Cet étranglement peu serré ne résiste pas beaucoup au débridement purement digital et il aurait probablement cédé à un simple

massage abdominal si ce procédé était recommandable dans les cas d'occlusion intestinale.

Nous sommes donc en présence d'une *hernie interne due à une déchirure accidentelle de l'épiploon*. Nous avons cru que cet état pathologique est assez rare pour qu'il vaille la peine d'être rapporté.

Cette observation m'a permis de supposer que l'étranglement épiploïque, dans ces cas, n'est pas suffisant pour empêcher la circulation sanguine intestinale, et que, par conséquent, la gangrène est peu possible. L'étranglement n'empêche pas le passage des matières fécales et des gaz.

Voulez-vous être en appétit ? Demandez le *Vin de Wilson* pour les invalides. A la dose d'une à deux cuillerées à soupe avant chaque repas, il stimule les fonctions digestives.

APPENDICITES A EVOLUTION ATYPIQUE

OBSERVATIONS CLINIQUES

Par le Dr EUGENE ST-JACQUES,

Professeur agrégé, chargé du cours d'Anatomie pathologique, Chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

Les deux cas d'appendicite dont je présente ce soir l'observation clinique n'ont de particulier qu'une symptomatologie hors de l'ordinaire: si toutefois il est vrai que l'appendicite ait à son avoir une série de manifestations cliniques que nous pourrions appeler classiques.

OBSERVATION I.—Aug. C., 21 ans, nous est amené à l'hôpital pour des douleurs abdominales datant de la veille.

Antécédents; Deux attaques antérieures assez identiques à celle-ci. La première il y a 6 mois. Vomissements plus marqués à cette crise qu'aux deux autres. Retenu au lit une semaine. Traitement médical.

Deuxième attaque: il y a trois mois Douleurs et vomissements. Tout rentre en ordre dans les dix jours.

Attaque actuelle—la troisième, a débuté la veille au matin, soit 36 heures de durée.

Des douleurs dans le ventre l'ont forcé hier à quitter son ouvrage, sans qu'il ait eu aucun malaise la nuit précédente.

Pas d'indigestion, pas de diarrhée ni de constipation; ni grippe, ni autre infection à relever dans son passé récent.

Examen.—Jeune homme d'un physique bien développé, quasi athlétique. Bon teint: pas de facies péritonéal.

Ventre à peine ballonné. Le malade accuse des douleurs périombilicales. La palpation dénote une paroi abdominale presque souple. Peu ou pas de douleurs dans la fosse iliaque droite, —pas du tout à gauche; mais vives à la région périombilicale où est franchement le maximum.

Percussion: normale, nulle part de sub-matité même.

Pouls: 100. Temp. 102³.

En face d'antécédents pathologiques "*immédiats*" nuls, mais de ce passé chargé de 2 crises de douleurs identiques ayant duré une huitaine,—je conclus à une appendicite aiguë; car procédant par voie d'exclusion je ne vois rien autre chose pour déterminer cette crise.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, Séance du 22 dec. 1904.

L'absence de réaction péritonéale franche: défense musculaire et empâtement,—en regard de cette température plutôt élevée pour un lendemain de début, me fait craindre une appendicite à forme toxique aiguë et je décide pour l'intervention immédiate, classant cet appendice parmi les variétés remontantes internes.

L'opération me conduit à un appendice que je vais chercher en dedans du colon, au milieu des anses intestinales se dirigeant en haut et en dedans, sous-ombilical quasi. L'organe en érection est rouge, dur et encapuchonné de l'omentum. Je trouve une peu de pus sous ce bonnet protecteur et l'appendice apparaît avec des points d'infiltration purulente vers sa tête. Résection simple.

Convalescence sans incidents.

OBSERVATION II.—Ce cas est celui d'une jeune fillette de 10 ans, auprès de qui je suis appelé par mon ami le Dr Eugène Peltier un Dimanche après-midi: l'enfant est malade depuis le vendredi soir.

Déjà quatre attaques identiques antérieures: à aucune d'elles bien malade.

Temp.: 101°. Pouls: 110.

Pas de diarrhée, ni de constipation non plus que d'indigestions ces derniers jours. Aucune histoire de maladie infectieuse dernièrement.

Le ventre est légèrement ballonné; la sensibilité est nettement marquée "à gauche:" à peine à droite.

L'état général et les symptômes locaux s'amendant décidément depuis le matin, je conseille l'expectative armée, espérant voir le mieux continuer et pouvoir ainsi donner à l'enfant l'avantage d'une opération à froid puisqu'elle a déjà passé à travers 4 attaques antérieures.

Lundi, les symptômes s'aggravant, l'opération est d'urgence. Nous avons une défense musculaire très nette, ainsi que de la matité à gauche, tandis qu'à droite seulement un peu de sensibilité.

Temp.: 102.³. Pouls: 120.

Incision médiane. Nous trouvons l'omentum attiré en bas dans le petit bassin "*gauche.*" En le libérant, un jet de pus se fait jour, et au fond je trouve l'appendice dont la tête gangrenée baigne dans l'abcès. L'appendice, turgescant, est très long et descend du cœcum qui est en place à droite.

La température tombe en même temps que le pouls et les symptômes abdominaux s'améliorent rapidement. Mais—combien souvent en médecine nous sommes forcés d'employer cette locution—donc le cinquième jour des signes de méningite se montrèrent et en 72 heures la petite malade mourrait de son cerveau.

C'est là Messieurs le 4me enfant que je vois mourir de méningite après opération pour appendicite aiguë et alors que tous les symptômes et locaux et généraux allaient en s'améliorant franchement.

Quelles conclusions pratiques découlent de tout ceci?

1. Que toute attaque subite de péritonite sans que l'on puisse relever dans les antécédents immédiats d'entérite, fièvre typhoïde, grippe ou autre maladie infectieuse,—ni d'infection génitale, doit être rattachée à l'appendice comme cause;

2. Que parfois l'appendice donne des symptômes locaux, soit au voisinage ombilical ou même tout à fait et presque exclusivement "à gauche;"

3. Que chez les enfants le danger de complication méningitique est à craindre et doit faire poser un pronostic réservé.

POLYPE DU LARYNX.—ABLATION AVEC LA PINCE DE WALS. (1)

Par le Dr J. N. ROY.

Médecin assistant au Dispensaire d'Ophthalmologie, et d'oto-rhino-laryngologie à
l'Hôtel-Dieu de Montréal.

M. H. V. âgé de 28 ans, se présente à notre bureau en août dernier, pour nous consulter au sujet d'un enrouement.

Il nous est recommandé par un confrère qui a fait le diagnostic de polype du larynx, et celui-ci nous demande de vouloir bien l'opérer.

La maladie de M. V. remonte environ à cinq mois, et a débuté par de légers troubles de la voix.

Mon malade est étudiant en génie civil, et n'a jamais fait d'excès du côté de son larynx.

Comme antécédents personnels, il déclare avoir joui d'une excellente santé, à part une bronchite qui a duré environ quinze jours.

Il n'a jamais craché de sang, et n'a jamais eu antérieurement mal à la gorge.

Pas de tuberculose, pas de spécificité.

Comme antécédents héréditaires, il n'y a absolument rien qui puisse nous intéresser dans son cas.

Lorsque nous le voyons, il se plaint d'une sensation de corps étranger dans la gorge.

Il a aussi de l'aphonie qui a toujours été en augmentant depuis cinq mois.

Ce trouble vocal se fait sentir après avoir parlé un certain temps et est surtout marqué lorsque la température est humide.

Il dit avoir une certaine irritation de la gorge qui le porte à tousser.

La respiration est aussi un peu gênée surtout lorsqu'il monte un escalier.

Les différents traitements auxquels le malade s'est soumis ne lui ont procuré aucun soulagement.

À l'examen laryngoscopique, nous trouvons sur le bord libre de la corde vocale gauche, près de son insertion antérieure, une tumeur de la grosseur d'un petit pois, arrondie, mamelonnée, de

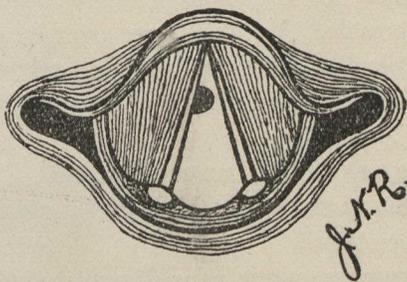
(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 7 février 1905.

couleur blanchâtre qui empêche le rapprochement des cordes vocales pendant la phonation; car, quoique soulevée par les cordes rapprochées, la base de la tumeur se trouve pincée entre leurs bords libres. La totalité du larynx est légèrement congestionné, et ce polype a produit par frottement, un peu d'irritation de la corde vocale opposée.

La grosseur de la tumeur n'est pas suffisante pour amener la gêne respiratoire qu'il accuse; et celle-ci est expliquée par irritation, et action réflexe, qui déterminent de légers accès de spasme de la glotte.

Etat normal des fosses nasales et du pharynx.

En présence de cette tumeur, nous n'avions qu'une chose à faire, c'était l'ablation; car dans un cas semblable, aucun traitement médical n'est rationnel. Cependant, vu le siège du polype qui est implanté sur la corde vocale à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen, et que nous avons reproduit aussi fidèlement que possible dans notre dessein, il nous fallait choisir l'instrument



voulu pour ce cas, et c'est cette question instrumentale qui nous a fait publier cette observation.

En effet, les instruments allemands de Schötter ou Krause sont trop volumineux pour saisir ces petits polypes de l'angle du larynx, et l'irritation produite par la friction sur la corde vocale opposée, amène un réflexe qui nous empêche de continuer l'opération. Le reproche s'applique aux pinces françaises de Mahu et Ruault qui cependant sont excellentes pour les tumeurs qui siègent sur la partie médiane et postérieure des cordes vocales. Quant au serre-nœud de Voltolini, il est très bon pour les polypes

sessiles, mais aurait certainement glissé sur la base de notre tumeur. Nous avons pu nous procurer, en Allemagne, la petite pince fabriquée par Wals, qui est construite sur le même principe que celle de Ruault, beaucoup plus connue, mais qui cependant est légèrement modifiée, et c'est avec elle que nous faisons l'opération. Étant plus délicate que les autres, elle nous est d'une grande utilité.

Après avoir expliqué à notre malade la cause de son enrouement, nous lui proposons de lui enlever sa tumeur, en le prévenant que les tentatives opératoires demandent quelquefois plusieurs jours avant de réussir, vu les réflexes laryngiens.

Il y consent.

Alors nous lui faisons l'anesthésie de son larynx avec une solution de cocaïne au 1-10, que nous appliquons pendant quinze minutes avec un pinceau laryngien. Notre malade est très docile : aussi nous sommes assez heureux de lui enlever tout son polype dès le premier essai. Il ne ressent aucune douleur, et il n'y a pas d'écoulement de sang. L'aphonie disparaît aussitôt, ainsi que les autres symptômes et le malade recouvre immédiatement son ancienne voix normale. Vu qu'il reste assez loin de la ville, nous lui prescrivons pendant quelques jours, un traitement hygiénique et des inhalations avec une solution de menthol, eucalyptus et alcool.

Nous revoyons M. V. un mois après ; il a cessé tout traitement, car il est parfaitement bien, et sa guérison se maintient toujours depuis ce temps.

L'examen microscopique nous démontre que nous sommes en présence d'un papillôme.

Conclusion.—Si je me permets de vous soumettre cette courte observation, Messieurs, ce n'est pas dans le but de faire ressortir mon mérite personnel dans l'ablation de ce polype, malgré la difficulté réelle que j'avais à surmonter d'après son implantation. Je veux seulement vous faire voir comme il est très important d'avoir une instrumentation, et si quelquefois un chirurgien ne réussit pas dans une opération, souvent ce n'est pas qu'il manque de capacité, mais bien de l'instrument voulu.

**PYONEPHROSE UNILATERALE GAUCHE. NEPHRECTOMIE,
GUERISON. (1)**

Par le Dr FRANÇOIS DE MARTIGNY,

Ancien assistant chirurgien de l'Hôpital Pénan, de Paris, Officier d'Académie.

Je fus appelé le 27 octobre dernier, dans un village, près de Montréal, auprès de Mde. H. . . , âgée de 37 ans.

Je trouvai une femme fortement charpentée, excessivement maigre, ayant une température de 105° Fahrenheit, un pouls à 150 et une respiration à 45. Elle me raconta qu'elle souffrait du côté gauche depuis au-delà de 5 ans. Les douleurs venaient par crises à des époques indéterminées, et pendant ces crises elle émettait des urines troubles. Au début de sa maladie, ces crises étaient éloignées les unes des autres par un intervalle assez long, puis peu à peu, les crises se rapprochèrent, furent plus douloureuses et durèrent plus longtemps; les urines à ces moments étaient aussi de plus en plus troubles, pour redevenir claires aussitôt la crise terminée. Depuis six mois elle souffre continuellement du côté gauche, les urines se sont maintenues troubles. La malade n'a que trois ou quatre mictions par jour. Elle me dit n'avoir jamais uriné de sang.

Depuis plus d'un mois elle est alitée. Elle est secouée de temps à autre par de grands frissons. Elle ne digère que le lait pris en petite quantité, et souvent au moment de ses frissons elle le vomit. Depuis quelques semaines une diarrhée abondante est apparue, diarrhée qui fatigue beaucoup la malade. La malade n'a jamais été enceinte.

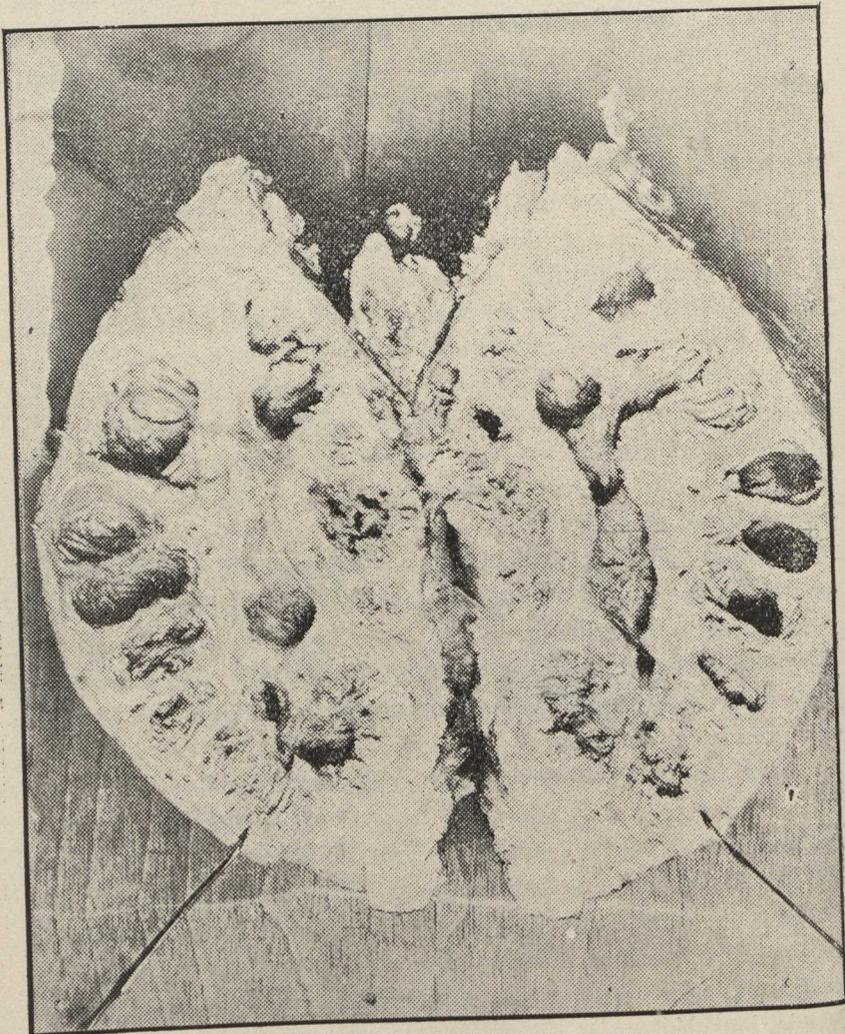
Les intestins ne l'ont jamais beaucoup inquiétée jusqu'à ces derniers temps. A l'examen, je trouve tout le côté droit du ventre indolore. Le côté gauche est très douloureux à la pression. Je sens de ce côté une tumeur mate, refoulant le diaphragme en haut et s'étendant en bas jusque dans le petit bassin; la tumeur molle, est d'une sensibilité exquise au toucher (mon examen réveille une crise douloureuse, suivie d'un grand frisson), est ankistée, bosselée.

Le rein droit n'est pas douloureux, pas augmenté de volume.

Les annexes sont saines. Je sens par le toucher une masse dure du côté du cul-de-sac gauche. La douleur que provoque le

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance de janvier 1905.

toucher m'empêche de faire un examen approfondi. Je me fais montrer les urines qui sont purulentes. L'examen des urines fait au laboratoire de l'Hôtel-Dieu indiquait des urines contenant une grande quantité de pus.



Je porte le diagnostic de pyonéphrose unilatérale gauche. Malgré l'état de la malade, malgré la gravité de l'opération, opération d'une extrême gravité dans ce cas-ci, je propose la néphrectomie qui est acceptée. J'opérai la malade le lendemain à l'Hôtel-Dieu.

DR. MURRAY MCFARLANE
18 CARLTON STREET
TORONTO

CONSULTATION HOURS:
10 A.M. TO 1 P.M.
& P.M. TO 7.00 P.M.

any copy to be published in
any lay journals. W.M.

The Lactoglobulin Co

Dear Sir

It is with great
pleasure that I give my
subscribed testimony to the
merits of Lactoglobulin as
a food product for infants
& nervous cases. It has given
such satisfaction that I feel
it should be ^{recorded} ~~given~~ an ~~indefinite~~
trial by all physicians.

A case of tubercular Laryngitis
where the pain upon swallowing
food was so intense. It was rapidly
taken owing to its bland and
mucilaginous character. It has on
my hands made good the claims
set forth as to keeping up the
weight and strength when taken
according to directions. This is
the first time that I have
ever written regarding any ^{manufacture}
product, but feel that the merits
of Lactoglobulin deserve it.

Yours truly
Murray McFarlane

Je tombai sur une grosse tumeur rénale développée, partie sous les côtes et partie dans le petit bassin, avec une périnéphrite ancienne, le rein adhérent aux organes voisins. L'urètre dégénéré et rigide, gros comme le pouce, est entouré d'une gangue sclérograiseuse, je l'enlève en totalité. Je laisse un drain.

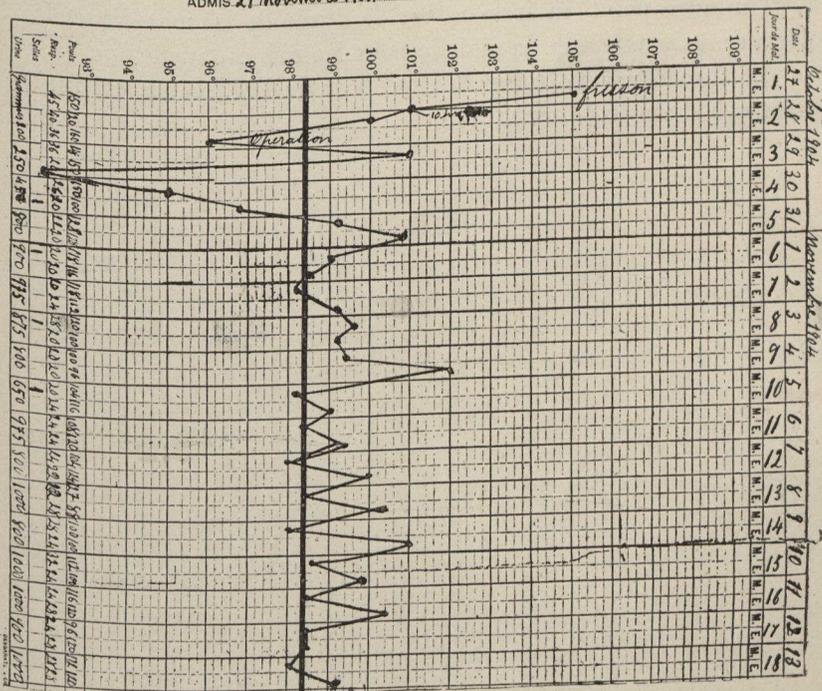
La forme de la tumeur est classique, globuleuse, allongée, présentant des bosselures et fluctuante. Elle pèse 975 grammes.

HOTEL-DIEU DE SAINT-JOSEPH

NOM ET AGE M^{de} M.

ADMIS 27 novembre 1904

SALLE St Elisabeth



La coupe nous montre une atrophie très marquée du tissu du rein. L'épaisseur de la poche est considérable. L'intérieur de cette dernière est formée par un ensemble de cavités séparées les unes des autres par des cloisons résistantes qui communiquent entre elles par une cavité, correspondant au bassinnet. La surface interne est tomentueuse avec quelques fausses membranes grisâtres et très adhérentes. La poche contient un pus épais, de couleur blanc jaunâtre. L'examen microscopique de ce pus ne révèle rien d'intéressant.

Au microscope on a trouvé que le tissu rénal présentait les altérations de la néphrite suppurée.

Les urines redeviennent claires trois jours après l'opération et sont restées limpides depuis. La malade a très bien supporté l'opération et est maintenant complètement rétablie.

Cette observation me semble intéressante à plusieurs points de vue.

D'abord en consultant le tableau de la température ci-joint on peut voir que celle-ci est tombé de 105° Fahrenheit à 92½ dans l'espace de 36 heures. C'est une des chutes de la température brusque les plus considérables que je connaisse.

Un autre point intéressant est la durée de la maladie et la tolérance de la vessie de la malade pour les urines purulentes.

La dimension de la tumeur, qui sort de l'ordinaire, est intéressante à signaler je crois.

REVUE GENERALE

SOINS A DONNER A LA FEMME APRES L'ACCOUCHEMENT ET LES JOURS QUI SUIVENT. (1)

Par le Dr J. E. DUBÉ

Agrégé, Docteur en Médecine de l'Université de Paris.

La mère vient d'être délivrée, après un accouchement normal, d'un enfant vivant et à terme, le placenta a été extrait en entier, que reste-t-il à faire maintenant, pour que cette femme "*re-lève bien*, comme on dit dans le monde?

Dans cet exposé je désire m'occuper du moyen à prendre pour obtenir des suites de couches normales; je ne ferai que mentionner les complications possibles en laissant à d'autres le soin d'indiquer leur traitement.

L'hygiène des suites de couches comprend les chapitres suivants:

1° Soins à donner à la parturiente immédiatement après l'accouchement — douche, etc.

2° Soins à donner au nouveau-né.

3° Régime alimentaire.

4° Allaitement au sein, soins des mamelons.

5° Combien de temps la parturiente doit-elle garder le lit?

6° Du choix de la garde-malade.

1° *Soins à donner à la parturiente immédiatement après l'accouchement.*

Je suppose, comme je l'ai déjà dit plus haut, que l'enfant sitôt que le placenta est extrait et que la patiente, lavée et pansée, a été placée dans un lit propre. La température est alors normale et le pouls lent, l'accoucheur est resté auprès de sa malade, assez longtemps pour prévenir tout danger d'hémorrhagie post-partum; que reste-t-il à faire maintenant?

Il faut, en premier lieu, exiger le plus de calme et de tranquillité possible dans la chambre de l'accouchée: mettre l'enfant, s'il pleure, dans une autre pièce pour que la mère ne l'entende pas et puisse reposer, défendre les visites inopportunes ou pour le moins inutiles, et exiger de la mère qu'elle reste bien immobile sur le dos pour les premières 24 heures au moins.

Quelquefois la malade a de la difficulté à uriner pour 24 ou 48 heures. Je conseille alors les applications chaudes sur la région vésicale, et je permets à la patiente de s'asseoir sur son bassin de lit.

(1) Rapport lu au Congrès Médical de Montréal, juin 1904.

Dès le deuxième jour il faut libérer l'intestin par un lavement ou un laxatif.

Faut-il donner des douches vaginales pendant les suites de couches ?

Cette question est assez embarrassante par suite d'un désaccord entre les maîtres accoucheurs. Pour Grandin et Jarman, les injections ne sont jamais indiquées pendant les suites de couches normales. Ils ne les prescrivent que lorsque les lochies présentent un peu d'odeur.

Cooke dans "Obstetrical technique," dit que les douches vaginales ont été complètement abandonnées dans les suites de couches normales.

Tarnier recommandait les injections vaginales pendant les suites de couches.

Varnier se rallie sans restriction à l'opinion de Tarnier qui disait : J'affirme que si les injections sont données avec soin, sous une faible pression, après toilette vulvaire et, bien entendu, avec un injecteur et une canule propres, si la personne qui les fait s'est aseptisé les mains au préalable, ces injections ne pourront amener aucun accident.

2° *Quelle nourriture convient-il de donner à la nouvelle accouchée ?*

L'alimentation doit être légère et liquide : lait et soupes, pour les deux premiers jours. Lorsque l'intestin a été libéré et que la montée du lait s'est faite, il faut absolument prescrire un régime alimentaire généreux. Il est inutile et même dangereux de soumettre la patiente au régime débilisant d'autrefois. En effet, la femme a besoin de s'alimenter raisonnablement pour reprendre ses forces, et en même temps fournir du lait en abondance à son nourrisson. Lorsque les suites de couches suivent le cours normal, il faut prescrire des aliments solides : viande, etc., après le deuxième ou troisième jour. Pendant qu'elle est au lit son régime doit être généreux mais composé d'aliments légers, lait, gruau, soupe, légumes, pain, et beurre et de la viande après la première semaine. Lorsqu'elle se lève, elle peut reprendre son régime habituel—viande, légumes, lait, fruits. Pas besoin de bière, malt ou alcool—le lait est meilleur.

Menstruation: cessera si l'enfant a des troubles digestifs. (p. 185 Rotch. *Grossesse*, p. 186.)

3°. *Alimentation du nourrisson.*

Le devoir du médecin l'oblige à exiger de la mère, bien portante c'est entendu, qu'elle nourrisse son enfant.

La femme vraiment digne d'être mère doit savoir sacrifier les petits plaisirs sociaux pour la santé de son enfant. Le lait maternel est et restera toujours l'aliment de choix.

Voici, d'après Rotch, les raisons qui peuvent empêcher ou gêner l'alimentation au sein. Les femmes très nerveuses, malheureuses: qui ne se résignent que difficilement à allaiter leur enfant, celles qui ont beaucoup d'occupations, qui prennent leurs repas et leur repos irrégulièrement, ne donnent souvent qu'un mauvais lait, quand même il y en aurait beaucoup. Il va sans dire qu'une mère malade ne doit pas donner le sein.

Il n'y a véritablement que la maladie qui doit empêcher l'allaitement au sein; toutes les autres contre-indications peuvent disparaître si la mère a bonne volonté et si son médecin l'aide de ses conseils.

4° *Mamelons.*—Dans quelques cas, le mamelon est petit ou rétracté, au point que l'enfant ne peut le saisir, il faut alors user d'artifice pour obtenir la quantité de lait nécessaire à l'entretien du bébé. Il existe dans le commerce des tétines à formes diverses et toutes capables de rendre de bons services. Il faut exiger de la mère une propreté et des soins tout particuliers de ces appareils.

Gerçures.—Une des complications qui empêchent assez souvent une jeune mère d'allaiter son enfant, ce sont les gerçures du mamelon. Existe-t-il un moyen d'empêcher cette complication très douloureuse souvent? Quoiqu'on fasse, il y a des mamans qui en ont à chaque accouchement. La multiplicité des traitements préventifs préconisés dans les derniers mois de la grossesse et au début de l'allaitement, ne réussissent pas toujours.

Pour la majorité des auteurs c'est l'exquise propreté, l'asepsie aussi parfaite que possible qui est encore ce qu'il y a de mieux. Laver le bout de sein et la bouche de l'enfant avant et après la tétée, l'application sur le sein de compresses stérilisées entre les tétées, voilà ce qu'on a trouvé de mieux pour prévenir les crevasse et gerçures du mamelon.

Il arrive encore assez souvent que les seins deviennent durs, bosselés, avec de la rougeur de l'épiderme et une grande sensibilité

dès les premiers jours de l'allaitement; que faut-il faire pour prévenir cette mastite légère et l'empêcher de devenir grave?

Un léger massage du sein de la périphérie vers le mamelon, ou les fomentations chaudes suffisent dans la majorité des cas pour que tout rentre dans l'ordre. Dans d'autres cas, il faut mettre le sein au repos pendant 24 heures et plus, en ayant soin toutefois d'enlever le lait au moyen d'une pompe à lait. Ces petits soins d'hygiène sont suffisants pour que les abcès de la glande mammaire restent chose du passé, et les mères ne peuvent plus apporter cet argument pour ne pas se soumettre à l'allaitement de leurs enfants.

Quand faut-il mettre l'enfant au sein?

Le premier et le deuxième jours, alors que les seins ne ferment que du colostrum, l'enfant doit être mis au sein toutes les 4 heures seulement, puis toutes les 2 heures au 2½ heures pendant le jour et une fois la nuit lorsque la montée du lait est faite jusque vers le troisième mois.

Les vieilles femmes et même quelques gardes-malades ont l'habitude de donner au nouveau-né, soit de l'huile de ricin, de l'eau de menthe ou de fleurs d'oranger, de l'eau sucrée avec ou sans lait. Il est bon, je crois, de protester contre cette manière de faire. Le colostrum fait meilleure besogne que l'huile de ricin pour vider l'intestin de son méconium, et je me demande ce que peut bien faire à l'enfant le mélange d'eau de menthe, etc. Ce n'est que dans les cas rares, où la montée du lait retarde, que j'autorise du lait coupé d'eau sucrée. Je permets, et je prescris même, l'eau pure stérilisée chaque fois que le lait n'est pas abondant dès le début, et cela avec l'intention d'éviter les troubles de lithiase rénale caractérisée chez le nourrisson par de la fièvre, parfois par de l'irritabilité souvent et par des urines denses, chargées d'acide urique chaque fois.

Je reproduis, ici, un tableau de Roth, résumant le nombre des tétées et l'intervalle entre chaque.

La journée du bébé commence le matin à 6 heures, et finit le soir à 10 heures.

Il est évident que le tableau ci-dessus n'indique qu'une moyenne à suivre.

Il y a de gros enfants qui, dès le début, se contentent d'une

tétée toutes les 2½ heures; ceux-là, il ne faut pas les mettre au sein toutes les 2 heures.

J'ai dit et je le répète, le lait maternel est le meilleur aliment pour le nouveau-né. Cependant, avec cette nourriture de choix, il arrive que des enfants sont malades et dépérissent. Malheureusement il arrive que par suite d'ignorance les jeunes mères mettent leur enfant au sein trop souvent, chaque fois qu'il pleure. Cette irrégularité fatigue l'enfant et change souvent la nature du lait.

En effet, d'après Rotch, le lait devient pauvre en eau et les sels augmentent, au point que le lait ressemble à du lait condensé. (P. 182.) De même les tétées trop éloignées rendent le lait trop fluide et indigeste.

Combien de temps la parturiente doit-elle garder le lit après l'accouchement? Voilà une question sur laquelle je tiens à m'arrêter un peu plus longuement, à cause de la distance qui sépare la pratique d'un grand nombre de médecins de l'enseignement théorique.

En effet, que voyons-nous chaque jour? Des femmes se lèvent dès les premiers jours de leurs couches, et surtout même dans les premiers dix à quinze jours. Un grand nombre cependant attendent la neuvième journée avant de sortir du lit, mais alors elles se livrent immédiatement à toutes sortes de travaux d'intérieur.

Je ne puis dire ici tous les dangers d'une telle ligne de conduite, et une chose seule me surprend, c'est qu'il n'y ait pas plus de femmes malades.

Quel est donc l'enseignement officiel sur cette partie la plus importante des suites de couches. D'après Grandin et Jardin, dans "Practical Obstetrics, 1898," la femme peut se lever dès le dixième jour et passer une partie de la journée sur un sofa. Dès ce moment l'utérus en involution a atteint le bord marginal du petit bassin. Elle ne doit pas cependant marcher avant le quatorzième jour, et alors d'une façon graduelle. Tant que l'utérus n'est pas entré complètement dans le petit bassin, et surtout si les lochies sanguinolentes tendent à revenir après quelques efforts, il vaut mieux être prudent et garder la malade au lit. Ce sont les soins qui accompagnent les suites de couches qui favorisent le

retour de l'utérus à son état normal et qui préviennent les maladies utérines, telles que déplacement, etc.

Varnier, dans son intéressant traité sur l'obstétrique journalière publié en 1900, s'arrête assez longuement sur la régression utérine. Il cite les travaux de T. A. Helm, d'Edimbourg, qui a démontré que l'accroissement de volume du muscle utérin au cours de la grossesse est dû non à un double processus de néoformation et d'hypertrophie mais uniquement, comme le disait Robin, à l'augmentation de volume des fibres-cellules préexistantes.

Quant à la régression normale physiologique, elle n'est due ni à la dégénérescence, ni à la destruction de tout ou partie de ces fibres-cellules. Tout ce qu'on voit c'est une simple diminution de volume, une régression physiologique, une atrophie complète de chacun des éléments préexistants à la grossesse et hypertrophiés par elle. En un mot, dit Varnier, l'utérus qui vient d'expulser son contenu au terme de la grossesse est composé de fibres-cellules, ayant pour ainsi dire toutes le même âge, qui toutes se sont hypertrophiées pendant la gestation et qui toutes vont subir, pendant les suites de couches, une même diminution de volume." Je passe sous silence les hypothèses qu'on a émises pour expliquer le mécanisme de la disparition du tissu conjonctif inter-musculaire et des vaisseaux, pour considérer avec Varnier le mécanisme de la réfection de la muqueuse du corps.

Le revêtement membraneux de l'utérus après l'accouchement, n'est pas autre chose que la portion la plus profonde de la caduque restée attachée à la musculuse après l'accouchement et la chute de la portion adhérente au chorion. C'est aux dépens de ces débris informes que va s'opérer la réédification d'une muqueuse neuve. Du 7ème au 9ème jour, le travail de reconstruction de la muqueuse est assez avancé, pour qu'elle soit déjà moins perméable, d'où l'extrême rareté des septicémies à début tardif. "La muqueuse est en pleine rénovation, mais encore bien fragile, bien vulnérable, d'où la fréquence des endométrites et de leurs suites éloignées chez les femmes qui reprennent à ce moment leurs occupations et le reste. Même au 15ème jour, la peune muqueuse, bien qu'en progrès notable, n'a pas achevé sa régression et sa restauration. Elle offre encore l'apparence d'une surface granuleuse, ses vaisseaux sont incomplètement soutenus et protégés,

ils cèdent facilement; aussi ne devrez-vous pas vous étonner de voir souvent se produire aux environs de cette date, une recrudescence momentanée de l'écoulement sanguin; il faut prévenir les clientes.

La coutume, dit Varnier, s'est établie de laisser les accouchées se lever à la fin de la 3^{ème} semaine, c'est-à-dire au 21^{ème} jour. C'est qu'il est difficile et non pas inutile de les garder plus longtemps au lit. Il importe que vous soyez convaincus qu'elles ne sont pas "guéries" et qu'il leur faut encore des ménagements et des soins.

Ce n'est guère que de la 5^{ème} à la 6^{ème} semaine après l'accouchement que l'involution de la muqueuse "sera parfaite."

Il me semble que la question est tranchée et qu'il faut garder la nouvelle accouchée au lit trois semaines si c'est possible. Il est évident que plusieurs femmes pauvres et chargées de famille ne peuvent prendre un si grand soin de leur santé, mais dans la classe aisée les accouchées se soumettent assez volontiers à ce long séjour au lit—c'est mon expérience—pourvu que le médecin leur donne quelques mots d'explications sur la physiologie des suites des couches et les préviennent des dangers qui peuvent résulter d'une seule imprudence.

Si les médecins veulent s'en donner la peine ils arriveront, j'en suis convaincu, à détruire le dogme des neuf jours au lit et rien de plus. Cette coutume est bien ancrée dans notre population, et même parmi des médecins. Il faut espérer que connaissant mieux nous travaillerons à la faire disparaître et à lui substituer la mode des deux et même trois semaines au lit.

Je termine en disant quelques mots sur le choix d'une garde-malade.

Jusqu'à ces dernières années nous n'avions pas de gardes-malades véritablement instruites. Depuis que nos hôpitaux des deux langues ont commencé à former des gardes-malades, nous nous avons des aides précieuses auprès de nos accouchées. Je comprends que toutes les familles ne peuvent payer \$2 et \$3 par jour, mais il existe une association. "*The Victorian Order of Nurses*," fondée spécialement pour les malades indigentes. Je puis en dire beaucoup de bien. Elles assistent au travail, prennent soin de la mère et l'enfant après l'accouchement, et font une ou deux

visites par jour comme le demande le médecin, et cela au prix de 25 cts. par visite. A cette visite, elles font la toilette de la mère et de l'enfant, et donnent tous les soins prescrits par les médecins. Il est temps que nous cessions d'employer ces vieilles commères qui n'ont, de garde-malade, que le titre qu'elles se donnent, et qui nous causent des ennuis considérables par leurs préjugés et leur malpropreté.

Monsieur le Docteur Paquin serait bien aimable de nous parler de la Confraternité Médicale dans un prochain numéro du "Bulletin de Québec."

L'ALLIANCE D'HYGIENE SOCIALE,

Par le Dr C.-A. DAIGLE,

Agrégé à l'Université Laval, Membre de la Société française d'Hygiène, Médecin des Hôpitaux.

Il a été récemment constituée en France une association que nos compatriotes du Canada ont quelque intérêt à connaître, croyons-nous. Nous voulons parler de l'Alliance d'Hygiène Sociale.

Cette association a pour but, comme son nom l'indique, de coordonner et de seconder les efforts accomplis dans ces dernières années au bénéfice de l'hygiène sociale. Elle se propose notamment de lutter contre la tuberculose, l'alcoolisme, la mortalité infantile et les maladies manifestement évitables.

M. Casimir-Périer, ex-président de la république, a accepté la haute direction de cette œuvre philanthropique. Il sera secondé par M. le Prof. Brouardel, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Paris; M. Strauss, sénateur; MM. Grancher, Landouzy, Letulle, collaborateurs de M. Brouardel; MM. Cheysson, de l'Institut; Jules Siegfried, député; Martin, Roux, Mabileau et Ed. Fuster, ce dernier en qualité de secrétaire général.

Un premier congrès, dont le comité était présidé par Mgr de Montgolfier, a été tenu en novembre 1903, à St-Etienne, département de la Loire. On y trouva réunis les chefs de toutes les grandes fédérations philanthropiques, revêtus de pouvoirs spéciaux, leur permettant d'entrer en lice, pour la grande lutte à laquelle les conviait l'Alliance d'Hygiène Sociale.

Un deuxième congrès eut lieu à Nantes, en février 1904, et fut couronné de succès comme le premier. On y fit un inventaire des œuvres déjà existantes à cet endroit; ce qui fut, pour les congressistes, une illustration vivante et pleine de suggestions.

Enfin un troisième congrès, auquel on a donné une importance plus grande encore et un programme plus défini, a été tenu à Arras, les 17 et 18 juillet dernier. La presse médicale, après avoir sollicité vivement les hygiénistes, médecins et philanthropes, à adhérer à ce congrès, nous a fait connaître ses bienfaisants résultats.

Quelques faits pourront justifier l'existence de cette organisation nouvelle et dire le bien qu'elle se propose de faire.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE.

Il est établi, en France, que sur 760,000 décès annuels, 150,000 sont dûs à la tuberculose. Il est établi en outre que 150,000 enfants meurent avant d'avoir terminé la première année de leur existence. Or, il est démontré aujourd'hui que la tuberculose et les causes de décès les plus fréquentes chez l'enfant, doivent être classées au nombre des maladies évitables. Il y avait donc lieu d'entreprendre une croisade contre ces deux causes excessives de décès, l'une fauchant l'existence à sa racine et menaçant la nation dans son avenir, l'autre la menaçant déjà dans ses forces vives.

Rappelons qu'il fut démontré par Villemin, en 1865, que la tuberculose est une maladie contagieuse. Koch fit voir, en 1882, que l'agent de cette contagion est un germe infectieux: le bacille. Ce germe répandu dans l'atmosphère va porter la maladie chez les individus en état de réceptivité. Certaines conditions favorisent la survivance du bacille dans les endroits où il a été déposé: l'humidité, l'absence d'air et de lumière. Certains individus plus aptes que d'autres à le recevoir offrent un terrain favorable à son développement et se laissent facilement infecter: tels les organismes débiles par tare héréditaire ou affaiblis par des maladies antérieures, par des erreurs commises contre l'hygiène, par certains abus, l'alcoolisme devant être signalé au premier rang.

Comment se propose-t-on de lutter contre l'envahissement de ce fléau toujours grandissant?

En donnant au logis de l'air, de la lumière et de la propreté;

En isolant le sujet contaminé et en protégeant son entourage;

En augmentant la résistance de l'organisme par une hygiène bien entendue.

Ce programme n'est pas nouveau; on en poursuivra l'exécution déjà commencée. On s'efforcera d'assainir les endroits malsains et trop encombrés. A Paris, dans certains quartiers, à Plaisance, par exemple, sur une population de 10,000 habitants, on constate chaque année une moyenne de 105 décès par tuberculose, tandis qu'à d'autres endroits où la population est moins dense, tel au voisinage des Champs Elysées, sur 10,000 habitants, il n'existe que 11 décès causés par la même maladie.

On fera l'isolement prophylactique dans les sanatoriums et les hôpitaux spéciaux, on créera des dispensaires pour les tuberculeux, on organisera une propagande active par l'enseignement à l'école et ailleurs, afin d'éclairer l'opinion sur les dangers de la contagion et les moyens de la prévenir.

Bref, toutes les bonnes mesures seront prises, toutes les initiatives secondées, et rien de ce qui pourra rendre la lutte engagée plus effective et plus intense ne sera négligé.

LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE.

Nous disions plus haut que 150,000 enfants mouraient avant d'avoir atteint leur première année d'existence. Or, on considère que les deux tiers sont enlevés par des maladies absolument évitables, et pourraient par conséquent être sauvés. La misère des parents, le surmenage et l'incertitude du lendemain apparaissent comme des causes de débilité congénitale chez l'enfant. L'alimentation défectueuse et l'absence de soins rationnels viennent compléter la liste des facteurs de cette mortalité précoce.

Il serait trop long d'entrer dans les détails et d'indiquer par quels moyens on entend lutter contre les causes nombreuses qui s'attaquent à l'existence de l'enfant. Il suffira de dire que l'on considère l'assistance maternelle à domicile ou à l'hôpital, les refuges-ouvroirs, les asiles de convalescence, les secours et indemnités de chômage maternel et d'allaitement, les crèches, les dispensaires, les pouponnats et pouponnières, les consultations de nourrissons, les gouttes de lait, etc., etc., comme les meilleures armes de combat.

On a dressé tout un programme de puériculture nationale et l'on s'adresse à l'initiative privée, à l'éducation, à l'association, à la prévoyance, sous toutes ses formes, à la mutualité, pour mettre à exécution et mener à bien cette entreprise patriotique.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME.

L'alcoolisme progressif et envahissant est signalé un peu partout comme un péril national; en France, où l'on tient à éviter ce péril, on ne le cache guère, et il serait sage que l'on fit de même ailleurs.

Il est reconnu que l'alcoolisme diminue la force productive d'un pays, qu'il détruit l'épargne et désagrège la famille; il favorise en outre l'éclosion des maladies contagieuses, en particulier de la tuberculose, à laquelle il offre un terrain tout préparé.

Sous prétexte que le mal est sans remède et qu'il est inutile de lutter contre lui, certains restent indifférents; ce qui n'est pas permis à aucun en face des calamités qu'il engendre. L'exemple de l'Angleterre et des pays scandinaves qui ont réussi, par une volonté énergique, à s'arracher aux étreintes du fléau, est là pour engager à l'action ceux qui hésitent. Il faut vouloir, là est le secret. Les moyens de lutte proposés s'adressent d'abord à l'action publique qui doit, par des lois sages, arrêter la pullulation des cabarets et assurer leur bonne administration. On demande en plus aux pouvoirs publics de s'opposer à la réclame alcoolique et de lui substituer la réclame anti-alcoolique. On demande à l'école de préserver l'enfance et de la mettre en garde contre les dangers de cette funeste habitude.

Enfin on réclame l'action privée aussi importante, aussi nécessaire que l'action publique. On demande au clergé, au corps médical d'exercer leur influence. On s'adresse aux industriels, aux syndicats qui tiennent une place de plus en plus grande dans l'organisation du travail.

On demande au sport de ne pas substituer, dans ses fêtes et réjouissances, les "punchs" d'honneur et les libations à l'excellence de ses exercices gymnastiques, devenant par là un apprentissage à l'alcoolisme.

Les institutions de prévoyance sont ici encore mises à contribution, l'alcoolisme étant leur adversaire puisqu'il leur enlève l'épargne avec la clientèle.

L'HABITATION SALUBRE A BON MARCHÉ.

Dans la lutte engagée contre la tuberculose et les maladies contagieuses, contre la mortalité infantile, contre l'alcoolisme, on a dû reconnaître l'influence du logis insalubre, et c'est là d'abord que l'on a cru devoir opérer des réformes.

La statistique démontre que, dans certaines maisons sombres et mal tenues, la mortalité atteint le chiffre annuel de 75 par 1,-

000 habitants. Dans les habitations saines, c'est-à-dire propres et bien éclairées, elle descend à 15 par 1,000. Ces chiffres sont assez éloquents, et en présence de tels résultats dit M. Siegfried, il n'y pas à hésiter à s'imposer tous les sacrifices pour s'assurer de bons logements.

Que devra-t-on faire pour que toutes les familles non fortunées puissent se loger bien et à bon marché? On compte y arriver en créant des sociétés coopératives, soit de construction, soit de crédit. Le ministre du commerce et de l'Industrie a fait préparer et mettre à la disposition des intéressés, des statuts-types devant faciliter l'organisation de ces sociétés.

Pour les vieux immeubles on s'efforcera de les assainir et de les améliorer, en ayant cette fois recours à la coopération des locataires. On fera la guerre aux lieux malsains. Chaque maison a sa valeur sanitaire, dit M. Brouardel, et puisque l'on connaît les lieux maudits, il faut qu'ils disparaissent; il faut s'opposer par tous les moyens à ce que des familles trop nombreuses soient tenues de vivre dans des logis trop étroits. Il faut surtout s'opposer à la chambre unique, la chambre mal aérée, sans soleil et sans lumière, la chambre où l'on fait tout: où l'on cuisine, où l'on mange, où l'on dort. Cette promiscuité rend le nettoyage difficile et incomplet, elle multiplie les dangers de contagion. La chambre unique pour la famille, voilà l'ennemi! Elle tue, elle démoralise l'ouvrier, elle le pousse au cabaret, et nous savons que le cabaret est le pourvoyeur de la tuberculose.

Enfin, on s'efforcera de faire l'éducation de l'occupant du logis, qui contribue souvent par sa propre négligence à faire d'un endroit sain un taudis malpropre et dangereux.

LA MUTUALITÉ ET L'HYGIÈNE SOCIALE.

Pour mettre à exécution le programme de l'Alliance d'Hygiène sociale on a cru devoir faire appel à toutes les bonnes volontés sans exclusion. La mutualité offrant un champ d'action tout préparé, où il n'y avait qu'à jeter la bonne semence, il n'eût pas été sage de le méconnaître et encore moins permis de l'ignorer. Il fallait, dit M. Mabileau, une clientèle à l'hygiène sociale; la mutualité la lui a apportée toute faite.

La mutualité s'est donc inscrite la première sur le livre d'or des adhérents de l'hygiène sociale. Elle a fait là "un grand acte," dit M. Casimir-Périer. Elle a étendu et élevé la notion de son devoir en travaillant à faire sien le programme que nous lui tracions.

Composée d'une élite où règne le dévouement autant que l'esprit de conduite et de discipline, elle est une force agissante, indéniable et utile. Elle dispose de moyens étendus; souhaitons qu'elle les utilise à promouvoir des œuvres aussi essentiellement humanitaires et parfaitement en harmonie, du reste, avec ses propres visées.

CONCLUSION.

Dans cette lutte pour la santé on a cherché à solidariser dans une action commune tous les efforts dispersés, on a fait appel à toutes les bonnes volontés, on s'est gardé surtout de décourager aucune initiative. Aussi tout est digne d'éloge, il semble, dans ce programme tracé par les maîtres de l'hygiène publique et de l'harmonie idéale, c'est ainsi que nous nous plaisons à appeler après d'autres les promoteurs de cette belle organisation.

L'Alliance d'Hygiène sociale fait ses unions au-dessus de la politique souvent étroite et mesquine, cherchant par là à créer un esprit nouveau éminemment favorable aux œuvres de solidarité publique. Elle s'adresse à tous les Français, sans vouloir rien connaître de ce qui les divise. Elle a son but, elle le poursuivra sans se laisser distraire et sans dévier. La volonté de son président en est une garantie. Nous sommes non une Académie qui disserte, mais une réunion de volontés pour agir, a-t-il dit, en débutant; "Ayons confiance les uns dans les autres; donnons-nous la main "et travaillons ensemble pour la meilleure des causes."

L'étendue du champ d'action, l'ampleur des ressources dont il faut disposer, pourraient nous rendre pessimistes sur les résultats de cette immense entreprise, mais comme l'a dit quelqu'un avec vérité, la compagne exige moins de capitaux que de dévouement. On sait que le dévouement ne manque pas en France! Et s'il y a lieu d'y ajouter du capital, on saura bien trouver les deux.

"L'humanité menacée dans sa génération future demande à "vivre encore dit M. Maurice Letulle; l'hygiène sociale travaille

“pour elle et prétend la sauver. Toutes les forces vives de la nation lui doivent apporter de mille sources, et sans compter, sans cesse, leur concours, leur aide et jusqu'à leurs plus généreuses espérances.” — (La Presse Médicale, 6 juillet 1904.)

Des paroles aussi belles ne sauraient manquer d'être entendues et de trouver leur écho.

Les médecins voués, comme dit le Prof. Landouzy, à la lutte pour la santé trouveront vraiment dans cette Alliance d'Hygiène sociale une puissante collaboratrice et ils ont raison de s'en féliciter.

On dira peut-être que les moyens suggérés étaient en partie connus et ne sont pas de la toute dernière nouveauté. Ce qui est absolument vrai. Les moyens étaient en partie connus et même appliqués déjà à beaucoup d'endroits. Le grand acte à accomplir était la réunion en un faisceau de tout ce matériel, de toutes ces ressources, afin d'en inspirer l'effort et d'en guider l'action. C'est ce qu'a fait l'Alliance d'Hygiène sociale; elle a cristallisé des molécules éparses et leur a donné la cohésion voulue. C'était la première partie de sa tâche, elle y a réussi.

Il nous reste certains rapprochements à faire en terminant, et certaines questions à poser.

La tuberculose, la mortalité infantile, l'alcoolisme exercent-ils au Canada des ravages tels qu'ils doivent nous préoccuper?

La question des habitations salubres a-t-elle son importance et devrait-elle y être discutée d'urgence?

Une Alliance d'Hygiène sociale aurait-elle chez nous son utilité et sa raison d'être?

INTERETS PROFESSIONNELS

La "Canadian Medical Protective Association"

Nous avons reçu le troisième rapport annuel de la "Canadian Medical Protective Association," qui est répandue dans tout le Dominion et a son siège à Ottawa.

Ce petit livret nous fournit une excellente leçon de chose; nous voudrions le voir dans les mains de tous nos confrères.

Cette Association de la défense mutuelle, qui a pour but de protéger ses membres, dans toutes les cours de justice, contre les attaques injustes de clients malveillants et maîtres-chanteurs, a déjà fait ses preuves.

Plusieurs causes ont été soutenues par cette Société, et chaque fois avec succès. S'il est un moment où le médecin a besoin de sympathies et d'aide, c'est bien lorsqu'il est en butte aux vilénies d'un client mal intentionné. Ceux-ci ne craignent jamais, n'ayant souvent rien à perdre, de porter des accusations parfois abominables contre leur médecin, et ils trouvent, chaque fois, l'avocat qu'il leur faut pour ce genre de besogne. Mais l'expérience, depuis trois années, a démontré à l'évidence que le maître-chanteur n'aime pas à plaider avec un médecin flanqué d'une association de protection mutuelle. En effet, une bonne partie des causes inscrites contre les membres de la "Canadian Medical Protective Association" ont été retirées avant l'audition des témoins. Les jugements dans les autres causes ont toujours été en faveur du médecin.

Le juge doit nécessairement faire grand cas du témoignage du défendeur et de ses témoins, puisque l'Association qui le défend n'a entrepris la cause qu'après une enquête minutieuse sur ce qui lui touche, de près ou de loin.

La "Canada Medical Protective Association" vit le jour en Août 1901, lors d'une réunion de la "Canadian Medical Association," à Winnipeg. Son but est de protéger ses membres contre les poursuites en justice, chaque fois que l'action intentée paraît injuste aux avocats de l'Association qui en ont fait l'étude.

M. le Docteur R. W. Powell, d'Ottawa, fut choisi comme pré-

sident et notre ami, le Dr. Camirand, de Sherbrooke, en eut la vice-présidence. Le Docteur James Grant, jr., d'Ottawa, en est encore le dévoué trésorier.

Tout médecin honorable (in good standing) peut en faire partie en versant au trésorier la somme de (\$2.50) deux dollars et cinquante centins, cotisation annuelle.

Cette somme fournie par tous les membres est versée au fond commun et ne doit en sortir que pour défrayer les dépenses encourues par la défense des membres traînés en cours de justice.

Il est évident que l'Association ne se chargera pas d'une cause rendue devant les juges avant même la demande d'entrée du défendeur dans l'Association. Ce dernier ne pourra devenir membre de la Société que lorsque cette cause aura été jugée.

Dès qu'un confrère est attaqué pour *malpractice*, il n'a, s'il est *mutuelliste*, qu'à envoyer tous les détails possibles au Comité chargé de les étudier, et l'Association se charge du reste.

L'Association compte actuellement 288 membres, recrutés dans Ontario surtout. Les autres provinces ne sont pas représentées dignement: la province de Québec n'a que 29 membres lorsqu'elle devrait en compter deux à trois cents pour le moins.

Je fais donc appel à tous les confrères, soucieux de leur intérêt, de s'inscrire immédiatement dans cette fraternité. Il est certain que tous nous ne serons pas obligés d'aller à tour de rôle plaider non coupable devant les juges de nos Cours, non! espérons; mais il y en aura tout de même, puisqu'il y en a toujours eu, qui auront cet ennui pour ne pas dire plus. Qui? Alors!... Vous ou moi? Le temps le dira! En attendant je deviens membre de la "Canadian Medical Protection Association," et, vous aussi n'est-ce pas?

J.-E. DUBÉ.

SOCIETES

SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 31 Janvier 1904.

Présidence de M. BOULET

M. DUBÉ, délégué de la Société Médicale auprès de l'Association Médicale du District d'Ottawa, donne en son nom et au nom de M. Boulet, un compte-rendu de la séance de cette Société à Buckingham, le 18 janvier. (Ce rapport a été publié dans le No. de février de l'UNION MÉDICALE).

COMMUNICATIONS.

I. M. HERVIEUX, en son nom et au nom de M. Biron (de l'Assomption), présente un cas de monstruosité. Il s'agit d'un fœtus, offrant à la naissance une éventration complète, une hernie du cœur, une hernie des organes abdominaux, une difformité des membres pelviens, et une méningocèle. (Sera publiée en avril).

DISCUSSION.

M. DUBÉ fait remarquer que dans ces cas il serait intéressant de pouvoir retracer les causes, qui sont généralement les infections et les intoxications.

M. MERCIER (OSCAR) cite le cas d'un enfant qui naquit sans paroi abdominale, les intestins faisaient hernie sous le péritoine.

M. DÉROME (W. J.), a revu l'enfant dont parle M. Mercier. Il a survécu, et la paroi abdominale s'est reformée par granulation. L'enfant continue cependant à avoir une hernie.

M. LARIN rapporte le cas d'un enfant qui vint au monde avec les doigts d'une main amputés en biseau. Le père, tuberculeux, était intoxiqué par le blanc de plomb, la mère, tuberculeuse aussi, vit au 4ième mois de sa grossesse, un manchot chantant devant sa porte. Ce manchot reçoit des boules de neige des enfants. La mère en a été très étonnée. Au terme de sa grossesse, elle accouche d'un enfant présentant cette particularité signalée plus haut.

II. M. NADEAU (St. Joseph de Beauce), *L'Hygiène dans les églises.* (Voir plus haut).

DISCUSSION.

M. DUBÉ rappelle qu'un évêque italien a déjà publié une lettre pastorale à son diocèse relativement à l'hygiène dans les églises.

M. VALIN dit que des analyses bactériologiques des eaux des bénitiers, dans trente-six églises à Turin, ont révélé la présence d'une grande variété de microbes, tels que: stéptocoques, staphylocoques, bacille de la diphtérie, et, une fois, le bacille de Koch.

A la suite de ces examens, des prescriptions hygiéniques ont été promulguées par l'évêque de Reggice.

ALBERT LARAMÉE.

N. B.— M. le Dr Normand, de Trois-Rivières, sur l'invitation officielle de la Société médicale de Montréal, donnera une conférence devant les membres, le mardi, 28 courant, à 9 hrs p. m.

NOUVELLES

UN PAS DE CLERC A QUEBEC.

Monsieur le docteur Paquin, de Québec, a fait un pas de clerc, dans le dernier numéro du "Bulletin de Québec."

A ceux qui l'ignorent nous conseillons la lecture des pièces au dossier :

(a) Discours de M. Valin, ancien président de la Société Médicale de Montréal, publié dans l'UNION MÉDICALE, de janvier 1905.

(b) La lettre critique de M. Paquin, publiée dans le dernier numéro du "Bulletin de Québec."

— Nous tirons le rideau. Allons, cher Paquin, "vous l'avez à pleurer ; nous, nous l'avons à rire" ! . . .

LE BANQUET AU WINDSOR.

Le 21 février dernier, la profession médicale des deux langues s'est réunie en un grand banquet à l'hôtel Windsor, sous les auspices des deux Sociétés médicales — anglaise et française — de cette ville.

Monsieur le Dr. Lachapelle, à titre de président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, en avait accepté la présidence.

Le succès a été franc et sincère. L'assistance était nombreuse et distinguée, les discours émaillés d'idées nobles et généreuses, l'attitude de chacun des membres pleine d'aisance et de correction.

On y a chanté, on y a fait de la musique, on y a surtout fait de l'esprit, car si le *sel gaulois* n'apparaissait pas sur toutes les lèvres, au moins on pouvait se rendre compte qu'il y en avait dans toutes les "Manches."

Remarqué. — L'absence de M. le Dr Roddick, retenu à sa chambre depuis quelques jours, et l'absence du représentant officiel de la Société Médicale de Québec, empêché de se rendre, par les glaces! . . .

Les organisateurs méritent nos éloges!

Nous en parlerons plus au long en avril.

BIBLIOGRAPHIE

Le liquide céphalo-rachidien, par le Dr MILIAN, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à Faculté de Paris, 1 vol. in-8 raisin de 272 pages avec 25 figures dans le texte et une planche en couleurs. Prix: 6 fr. — G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. Paris, VIe.

Ce livre est le condensé des connaissances actuelles sur le liquide céphalo-rachidien. Il renferme en outre une bibliographie très étendue et un certain nombre de recherches originales.

Il comprend quatre parties:

La *première partie* a trait au liquide céphalo-rachidien normal, à son origine, à sa circulation, à ses caractères physiques et chimiques, à sa physiologie. On y trouve l'anatomie normale et comparée, la structure microscopique des plexus choroïdes, glandes étalées, sécrétion du liquide céphalo-rachidien; toutes les preuves accumulées en faveur du circulus céphalo-rachidien.

La *deuxième partie* s'occupe des caractères physiques du liquide céphalo-rachidien pathologique. Le liquide hémorragique y est particulièrement étudié: technique spéciale, variations d'aspect, érythrochromie, xanthochromie, érythromolyse, xanthémolyse. La valeur sémiologique de ces différents aspects du liquide dans les hémorragies du névraxe (hémorragies méningées, fractures du crâne, plaies du crâne, etc.), y est discutée.

La *troisième partie* passe en revue la cytologie du liquide céphalo-rachidien pathologique. Après exposé de la technique histologique, est étudié le liquide céphalo-rachidien:

a) Des *processus aigus*: méningites cérébro-spinales, méningite tuberculeuse, méningisme, réactions méningées de la fièvre typhoïde, des broncho-pneumonies, des oreillons, du zona, de l'herpès, etc.

b) Des *processus chroniques*: tabès, paralysie générale, syphillis, lèpre, névrites chroniques, etc.

La *quatrième partie*, enfin, traite des trois grandes méthodes thérapeutiques issues de l'étude du liquide céphalo-rachidien; la ponction lombaire, la rachicocainisation, la méthode épidurale.

• • •

Précis élémentaire d'anatomie pathologique, par le docteur POU-LAIN, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, moniteur d'anatomie pathologique à la Faculté. Préface du docteur LEGRY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 carré de 368 pages, avec 68 figures. Paris, 1905, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. Prix, cartonné: 5 francs.

* * *

The Mattison Method in Morphinism. — A Modern and Humane Treatment of the Morphin Disease, by J. B. Mattison, M. D., Medical Director, Brooklyn Home for Narcotic Inebriates. Cloth, 12mo. Price, post paid, One Dollar.

* * *

Aide-mémoire de médecine opératoire, par le professeur PAUL LEEERT. *Nouvelle édition entièrement refondue*, 1 vol. in-8 de 315 pages, cartonné. (Librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris). Prix 3 fr.
