

PAGES

MANQUANTES

Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement : \$2.00 par année



JUIN 1909

SOMMAIRE

Travaux originaux

- 433— Tumeurs tuberculeuses. Dr Maurice Renaud.
436— Pseudo-parasites du tube digestif. A Vallée, M.-D.
439— Le traitement général de la syphilis. Prof. E. Gaucher.
456— Mortalité infantile. Dr Courmont de Lyon.
469— Emploi du sérum de Coley dans les cas de sarcôme ou
carcinome ou dans les cas de récurrence après opération.
Dr Lagueux de Lévis.
471— Cent ans de physiologie. F. Helm.
474— Conduite à tenir pendant la délivrance normale. Dr
Rudaux.
476— Traitement de la phthisie par les injections de tuberculine.
477— Bibliographie.



FURONCLES, ANTHRAX, Suppurations, Diabète, Grippe, Leucorrhée, Constipation, etc. LA **LEVURINE** de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris est le seul vrai produit de ce nom dérivé de la LEVURE DE BIÈRE En Cachets, en Poudre et Comprimés

INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 compr.
més par jour.
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN-
PARIS

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. PAQUET, Professeur d'anatomie pratique, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- M. AHERN, Professeur d'Anatomie et de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologue à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène, de médecine infantile, et de clinique de maladie des enfants.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- EUG. MATHIEU, Professeur de Physiologie, et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.
- P.-C. DAGNEAU, Professeur d'anatomie descriptive, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur agrégé à l'Université Laval, chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie.
- C.-R. PAQUIN, Membre du Bureau des Médecins.
- D. PAGÉ, Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET.
- A. VALLÉE, Professeur agrégé, Anato-pathologiste à l'Hôtel-Dieu.
- P.-A. GASTONGUAY,
- O. LECLERC.
- G. PINAULT.
- JOS. VAILLANCOURT.
- P.-A. SAVARD.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU
BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, C.-R. PAQUIN,
D. PAGÉ, A. SIMARD, A. ROUSSEAU,
N.-A. DUSSAULT, P.-C. DAGNEAU, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

TRAVAUX ORIGINAUX

TUMEURS TUBERCULEUSES

par le docteur MAURICE RENAUD

Ancien interne des hôpitaux de Paris. Chef de laboratoire de la faculté de médecine de la Salpêtrière.

Nous commençons à bien connaître le polymorphisme des lésions tuberculeuses et à nous bien rendre compte de la fréquence des tuberculoses atypiques. C'est pour apporter une contribution à l'étude de ces dernières que nous voudrions attirer l'attention sur certaines tumeurs qui se présentent avec les caractères macroscopiques des tumeurs malignes infiltrées, dont nous avons pu établir la nature tuberculeuse et qui par certains points doivent être rapprochées des tumeurs cutanées décrites sous le nom de sarcoïdes tuberculeuses. (Bœck, Parier et Roussy).

Nous avons eu en quelques mois l'occasion d'examiner quatre tumeurs de ce genre enlevées à la clinique de Monsieur le Professeur Segond et qui présentaient les mêmes caractères cliniques et anatomiques, macroscopiques et microscopiques.

Dans le premier cas il s'agissait d'une petite tumeur de l'orbite siégeant en dehors du globe de l'œil, du volume d'une petite noix d'aspect lardacé ayant envahi les muscles du globe

Syphills
Artério-sclérose, etc.
(Ioduro Enzymes)
Iodure sans Iodisme

Iodurase

de COUTURIEUX,
57, Ave. d'Antin, Paris,
en capsules dosées à 50 ctg. d'Io-
dure et 10 ctg. de Levurine.

et donnant des phénomènes de compression. On diagnostiqua une tumeur maligne et l'œil fut énucléé.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'une tumeur de la parotide siégeant en pleine glande, mal délimitée, formant un noyau grisâtre et dur.

La troisième tumeur fut enlevée dans la région sous-maxillaire chez un jeune homme. Elle était constituée par un tissu grisâtre, marbré, de consistance un peu molle, du volume d'une mandarine. Il s'agissait probablement d'une glande sous-maxillaire très augmentée de volume.

La quatrième tumeur enfin, avait envahi tout le petit bassin, et était adhérente à tous les organes pelviens. Son tissu était grisâtre lardacé, de consistance ferme et en aucun point ramolli. Elle donnait cliniquement l'impression d'une tumeur infiltrée à point de départ inconnu.

On on pouvait dans aucun de ces cas faire d'autre diagnostic clinique que celui de tumeur infiltrée et par conséquent envahissante et maligne. Seul l'examen des tumeurs au laboratoire permit d'affirmer la nature tuberculeuse de ces néoformations, grâce à l'aspect des coupes histologiques, à la présence de nombreuses cellules géantes et au résultat positif que donna l'inoculation au cobaye de la tumeur No 3.

L'aspect histologique de ces quatre tumeurs est dans l'ensemble assez semblable pour que la même description s'applique à chacune d'elles. Nous nous trouvons manifestement en présence de productions inflammatoires d'origine tuberculeuse, mais bien différentes au point de vue histologique des tubercules crus, ramollis ou infiltrés. Il s'agit en effet de productions intermédiaires aux follicules tuberculeux et aux scléroses pures. L'aspect peut être très simplement et très fidèlement décrit de la façon suivante .

Le tissu fondamental de la tumeur est constitué par un stroma conjonctif d'aspect variable soit jeune, avec beaucoup de cellules fusiformes, soit au contraire franchement fibreux. Sur ce fond se détachent des trainées de cellules rondes, volumineuses, plus semblables à des plasmazelles qu'à des leucocytes, divisant la tumeur en une série de loges. Ces trainées de cellules doivent être interprétées comme des lésions inflammatoires en foyers, nodulaires ou diffuses qui se sont édifiées dans le tissu conjonctif de l'organe envahi, et de préférence autour des vaisseaux.

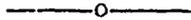
Entre ces travées nous trouvons un tissu homogène constitué par une infinité de cellules peu teintées, ovalaires, pressées les unes contre les autres, et au milieu desquelles sont semées de place en place des cellules géantes. Ces cellules doivent retenir notre attention. Elles apparaissent à un fort grossissement fusiforme à protoplasma clair, à limites peu distinctes et noyées dans un tissu fibrillaire ou grenu. Leur noyau est volumineux allongé très peu coloré mais avec un beau nucléole. Ce sont à n'en pas douter des cellules conjonctives, jeunes, analogues par leur aspect aux cellules dites épithéloïdes des follicules tuberculeuses typiques.

Les cellules géantes dispersées au milieu de ces cellules conjonctives ont les caractères des cellules géantes tuberculeuses. Enormes, constituées par un protoplasma grenu, inégal et dégénéré, elles sont bordées à leur périphérie par des rangées de noyaux en nombre considérable. Les quatre tumeurs examinées se montrent très riches en cellules géantes.

Quand on cherche à interpréter les lésions que nous venons de décrire, l'explication la plus plausible est celle qui nous fait admettre l'existence d'une forme particulière d'inflammation où la réaction est caractérisée par le développement envahissant d'un

tissu conjonctif néoformé dont les cellules prennent l'aspect de plasmazelles de cellules épithéloïdes et de cellules géantes. Il ne s'agit ni d'une infiltration embryonnaire capable de désintégration ni de sclérose tendant à donner un tissu de cicatrice lente et rétractile. Nous sommes en présence d'une multiplication des éléments conjonctifs analogue à celle qu'on observe dans les tumeurs de ce tissu. C'est en ce sens que nous avons pu dire de ces productions néoformées qu'elles étaient des tumeurs tuberculeuses.

Nous ne sommes pas à même de discuter la valeur de ces formes de tuberculose. Contentons-nous de les opposer aux tuberculoses avec follicules capables de se caséifier et de se ramollir, aussi bien qu'aux tuberculoses scléreuses où l'envahissement par un tissu conjonctif dur représente une forme de guérison et considérons-les comme une réaction primitive, atténuée et locale d'un organe à l'action du bacille de Koch.



PSEUDO-PARASITES DU TUBE DIGESTIF (1)

Nous avons eu l'occasion de rencontrer deux cas de pseudo-parasitisme des voies digestives qui ne sont pas sans intérêt. Chez les deux malades, du reste, c'est le même corps qui a été la cause du délit.

Le premier patient est un individu de plus de 60 ans, entré à l'hôpital pour des troubles de l'estomac avec diagnostic probable d'épithélioma gastrique. Or, quelques jours après son arrivée, ce malade expulsa par vomissements à deux reprises

différentes, des morceaux d'une substance brun verdâtre, ayant à première vue, l'aspect de véritables insectes. A un examen plus attentif, il fut reconnu que ces morceaux étaient formés d'une membrane basale sur laquelle venaient s'implanter des cellules oblongues, vésiculeuses, réunies à la membrane par un petit pédicule. A la coupe et à l'examen microscopique, la présence de vaisseaux spirillaires, fit diagnostiquer un tissu végétal. Il s'agissait, en effet, de débris d'oranges, les cellules secrétantes du suc implantées sur la pellicule qui les enveloppe.

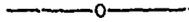
Le deuxième cas est celui d'un malade qui fut traité à l'hôpital pour entéro-colite. Peu de temps après son retour chez lui, son médecin nous fit parvenir un morceau d'une substance absolument semblable à ceux dont nous avons parlé. Ces débris d'oranges avaient, cette fois, été rendus par des selles, et l'on avait cru à un morceau de muqueuse.

Ces morceaux d'oranges, ainsi altérés par le passage dans le tube digestif, colorés en brun verdâtre par la bile comme dans notre premier cas, constituent un des pseudo-parasites les plus fréquents de l'estomac et de l'intestin. Du reste des débris alimentaires de toutes sortes peuvent être pris pour des parasites. Outre ces débris d'oranges confondus avec des hydatides, avec des œufs de parasites, il faudrait mentionner encore les grains de pollen des conifères fréquemment confondus avec des animaux moins faciles à supporter, les grains de fraises, de framboises souvent pris pour des calculs, des pellicules de raisin de corinthe comme nous avons eu l'occasion d'en examiner il y a quelques mois. Bien plus certains auteurs et des meilleurs ont décrit sous des noms pompeux des débris alimentaires des plus ordinaires. C'est ainsi que de petits larynx d'oiseaux ont pris les noms de « *sagittula hominis* », « *Physis intestinalis* », des grappes de raisin celui de « *Diacanthos polycéphalus* », des ner-

vures de salade ont été bel et bien baptisées et ainsi de suite.

Nous avons cru qu'il serait intéressant de rapporter ces quelques cas; le fait est assez fréquent pour être de quelque utilité aux praticiens en le leur rappelant.

A. VALLÉE M.-D.



LES TROUBLES DU SANG DANS LA MALARIA

Les symptômes de la malaria sont en rapport avec les viciations du sang du malade. On trouve les parasites dans les globules rouges du sang, leur abondance augmente pendant les accès. Dans les cas très avancés le nombre des globules rouges diminue de façon marquée, les pigments sont augmentés, le sang est dans un état d'anémie considérable, demandant l'emploi de médications tonifiantes énergiques. Dans la fièvre intermittente les accès sont violents mais brefs, le frisson est souvent accompagné de vomissements, et il n'est pas bon alors de forcer l'alimentation. On doit de préférence permettre le repos de l'estomac.

Ici la Bovinine trouve son indication, car elle nourrit les tissus sans fatiguer l'estomac. Quand l'accès est fini on peut donner en même temps que la Bovinine quelques aliments solides, si le malade a eu plusieurs attaques il devient généralement constipé; alors il convient de lui donner la Bovinine par petites doses pendant au moins deux semaines.

Dans les fièvres à type continu, les troubles digestifs sont généralement un symptôme important que l'on traite par la diète lactée. Ce régime est généralement insuffisant, il faut le compléter par l'adjonction de la Bovinine qui fournit ce qui manque à la nutrition. On a remarqué que l'usage d'alcool amène chez ces malades un état d'anémie grave et des troubles fonctionnels sérieux.

Il serait excellent alors de remplacer l'alcool par la Bovinine. Celle-ci en effet stimulera suffisamment et donnera les éléments nutritifs nécessaires.

LE TRAITEMENT GENERAL DE LA SYPHILIS (1)

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITQUES DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par le Professeur E. GAUCHER

Messieurs,

Au moment où certains médecins essaient d'inventer de nouveaux remèdes, ou de nouvelles préparations, ou de nouveaux modes d'introduction des médicaments dans l'organisme, pour le traitement de la syphilis, j'ai pensé qu'il serait utile de fixer dans votre esprit la thérapeutique raisonnable et efficace de cette maladie.

Il n'y a que deux médicaments de la syphilis : un médicament capital, le *mercure*, un médicament accessoire, l'*iodure de potassium*.

A ces deux médicaments primordiaux, il faut en ajouter un troisième, un médicament adjuvant, qui est un agent utilisateur et éliminateur du mercure, c'est le *soufre*.

L'or, l'arsenic, l'antimoine, la quinine, l'urane et leurs composés quelconques, les sérums organiques quelconques n'ont aucune action curative sur la syphilis. Non seulement inutiles, ces substances sont parfois dangereuses, par exemple, cette préparation d'arsenic qu'on appelle l'atoxyl, qui produit des troubles de la vue, pouvant aller jusqu'à la cécité.

Après ces éliminations préalables, nous avons donc à étudier successivement :

(1) Leçon recueillie par le Dr Ch. Fouquet, chef de clinique.

- 1° Les modes d'administration, la posologie et l'action du mercure ;
- 2° Les indications et l'action de l'iodure de potassium ;
- 3° L'emploi du soufre comme adjuvant et comme correctif de la médication mercurielle.

I. LE MERCURE. — Toujours, que ce soit par la voie digestive ou la voie sous-cutanée, il faut employer les sels solubles en vertu du principe : *Corpora non agunt nisi soluta*.

Le traitement par les sels insolubles est une médication aveugle, dangereuse, dont on ne peut mesurer les effets.

Il n'y a qu'une seule exception à cette règle. Dans le traitement de la néphrite syphilitique, j'emploie le tannate de mercure, sel insoluble, et je l'emploie intentionnellement, parce qu'il est le sel mercuriel le moins nocif pour le rein. De plus, en raison de sa faible teneur en mercure, ce sel permet de tâter la susceptibilité éliminatrice du rein, sans danger d'intoxication. Cinq centigrammes de tannate de mercure équivalent à un centigramme de sublimé. Dans ces conditions, une pilule d'un centigramme de tannate *pro die*, ne peut avoir aucun inconvénient. Peu à peu, on augmente la dose jusqu'à cinq pilules et, si le rein les supporte bien, on peut donner un centigramme de sublimé ou un centigramme de sel mercuriel soluble en injection.

Mais, avant d'arriver à cette dose et, d'une manière générale, dans tous les cas, dans toute syphilis, avec ou sans néphrite, avant de donner le mercure à forte dose, il est utile de rechercher l'élimination du mercure par l'urine et de déterminer l'état de la nutrition et, particulièrement, du fonctionnement du foie, par la recherche du rapport azoturique.

La recherche du mercure dans les urines se fait à l'aide de la pile de Smithson, suivant la méthode de Wyss. Le rapport

azoturique est, vous le savez, le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total. Ce rapport est, en moyenne, à l'état normal, de 85 ; en présence d'un rapport inférieur à 80, il ne faut employer le mercure qu'avec beaucoup de prudence.

Après ces précautions indispensables, quel sera notre choix parmi les préparations de sels mercuriels solubles ?

Nous pouvons administrer le mercure par la bouche ou par la voie sous-cutanée. Dans le premier cas, nous avons recours au sublimé en pilules, ou au lactate mercurique en solution, dans le second cas, nous employons le benzoate de mercure, ou, à défaut de benzoate, le biiodure de mercure.

Par la bouche, nous donnons les *pilules de sublimé*, selon la formule suivante :

Sublimé.....	} à à un centigr.
Extrait thébaïque.....	
Poudre de savon médicinal.....	dix centigr.
Glycérine neutre.....	Q. S.

Pour une pilule *molle*.

Nous recommandons une masse pilulaire molle, car la désintégration en est plus facile dans le tube digestif ; nous faisons les pilules assez volumineuses, afin qu'elles soient moins irritantes pour l'estomac. C'est faute de ces précautions que les pilules sont parfois mal supportées.

Les malades prennent deux de ces pilules par jour, quelquefois trois, dans les cas rebelles.

Chez les enfants, et exceptionnellement chez les adultes, nous employons une préparation liquide, le *lactate mercurique* ou *lactate neutre de mercure en solution au millième*. Nous considérons cette préparation comme supérieure à la liqueur de Van Swieten : elle n'a pas mauvais goût et n'est pas irritante pour l'estomac. Le lactate mercurique se prescrit par gouttes-

suivant l'âge : 2 fois X gouttes chez le nouveau-né, puis 3 fois X gouttes, 4 fois X gouttes, 3 fois XV gouttes pour arriver, vers l'âge de 2 à 4 ans, à une cuillerée à café.

Chez l'adulte, 5 cuillerées à café de lactate mercurique équivalent à peu près à 2 centigrammes de sublimé ou à 4 cuillerées à café de liqueur de Van Swieten.

Cette médication par la bouche suffit généralement comme traitement de fond de la syphilis, et elle est habituellement bien supportée. C'est par les pilules que je soigne le plus grand nombre de mes malades ; quand je les vois au début de leur syphilis, il m'arrive de leur donner un traitement pilulaire de quatre années ; ceux que je revois ensuite, quatre ans, vingt ans après, n'ont pas eu d'accidents. C'est véritablement la seule préparation qu'on puisse donner d'une façon continue.

Quand je suis obligé d'avoir recours à la *médication sous-cutanée*, ce sont les sels mercuriels solubles que j'emploie. Parmi ceux-ci, c'est au benzoate d'hydrargyre que je donne la préférence.

Chaque jour, les malades reçoivent une injection de deux centimètres cubes d'une solution au centième, soit deux centigrammes de benzoate.

Il est à souhaiter qu'il n'existe dans le commerce que des solutions au centième, car, outre une, préparée au cinquantième, la solution de benzoate précipite fréquemment, une solution d'un titre unique permet d'éviter les erreurs et les confusions.

Ma formule de la solution de benzoate est la suivante :

Chlorure de sodium chimiquement pur	2 gr. 50
Benzoate d'hydrargyre.....	1 gr.
Eau distillée.....	160 gr.

On m'a objecté qu'avec cette solution, j'injectais du sublimé ; cela est vrai, mais ce qui est certain, c'est que les injections

faites avec cette préparation sont beaucoup moins douloureuses que les injections de sublimé en solution. L'inconvénient du benzoate, c'est la difficulté de le préparer ; aussi chaque fois que vous ne serez pas certains d'obtenir une bonne préparation, employez le biiodure qui, lui, peut être préparé convenablement par tout le monde. Employez la solution aqueuse au centième :

Biiodure d'hydrargyre.....	1 gr.
Chlorure de sodium.....	1 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

Je vous ai dit que le traitement de fond de la syphilis, devait être institué habituellement avec les pilules. Quelles sont les *indications des injections* ? Il n'est pas douteux que les injections sont plus actives, et plus rapidement actives que les pilules, aussi devrez-vous les employer dans toutes les manifestations graves de la syphilis et pour spécifier : contre le chancre phagédénique, contre les syphilides cutanées papulo-tuberculeuses ou ulcéreuses, contre les gommes perforantes du palais ; dans la syphilis cérébrale et médullaire, en un mot dans les cas où il faut agir vite et énergiquement.

Au début de la syphilis, même sans manifestations particulièrement graves, pendant la période la plus virulente de l'infection, il y a avantage à faire des injections.

En outre, de temps en temps, dans le cours d'un traitement ordinaire, pour laisser reposer l'estomac ou l'intestin ou même, régulièrement, en cas d'intolérance des voies digestives, on peut avoir recours à la médication sous-cutanée.

Mais dans ce dernier cas, quand la médication pilulaire est absolument impossible, il me semble préférable, comme je vous le dirai tout à l'heure, d'avoir recours aux frictions mercurielles.

Le traitement général de la syphilis doit donc consister habituellement dans l'administration du sublimé par la bouche,

exceptionnellement et dans des cas déterminés, dans les injections de sels mercuriels solubles.

Telle n'est pas l'opinion d'un certain nombre de médecins, qui prétendent remplacer, comme traitement de fond de la syphilis, les pilules par les injections de sels mercuriels insolubles, espacées de semaine en semaine. En fait, aujourd'hui, c'est presque toujours les injections d'huile grise qu'on emploie. Cette préparation est destinée, non pas à remplacer les injections de sels solubles, qui ont des indications spéciales, une rapidité et une sûreté d'action que ne peuvent avoir les préparations insolubles, mais à constituer le traitement courant et continu de la syphilis. Contre les accidents graves et menaçants, il n'y a pas de discussion possible, les injections de sels solubles sont infiniment supérieures aux injections d'huile grise, mais, comme traitement de fond de la syphilis, l'huile grise peut-elle remplacer la médication habituelle : pilules de sublimé, liqueur de Van Swieten ou solution de lactate mercurique ?

A cette question, je n'hésite pas à répondre par la négative, pour les raisons suivantes :

1° L'huile grise est dangereuse.

2° L'huile grise n'est pas plus efficace que les pilules.

D'abord, l'huile grise est dangereuse : je serai bref sur ce point et je ne ferai que résumer ici ce que j'ai dit et écrit tant de fois. L'huile grise est capable — et elle seule est capable — de produire une gangrène spéciale de la bouche et du pharynx avec nécrose du maxillaire, aboutissant le plus souvent à la mort. J'ai observé et publié dix cas de cette gangrène bucco-pharyngée, dont huit mortels, et je connais d'autres cas semblables, également mortels, qui n'ont pas été publiés. M. Lasserre, dans un travail récent, a réuni 26 cas de mort, à la suite d'injec-

tion d'huile grise. C'est un bilan formidable! L'huile grise est également nocive pour le rein, et nous avons en ce moment, dans nos salles, un malade atteint de néphrite mercurielle, à la suite d'injections d'huile grise. D'ailleurs, toutes les préparations insolubles sont dangereuses; j'ai publié jadis un cas de mort par colite ulcéreuse, suivie de mort, à la suite d'injections de préparations mercurielles insolubles (salicylate d'Hg et calomel).

Donc l'huile grise est dangereuse et elle ne peut pas ne pas l'être, car son emploi est illogique et anti-scientifique. Elle réalise une accumulation de matière toxique, dont la dissolution est soumise au hasard, dont l'absorption est irrégulière, qui peut s'enkyster et se dissoudre tout d'un coup, sans que rien puisse empêcher cette dissolution et cette absorption rapides.

Enfin, l'huile grise n'est pas plus efficace que les pilules. A chacune de mes leçons cliniques, je vous montre des malades traités régulièrement par l'huile grise, qu'on emploie aujourd'hui à tort et à travers, et qui continuent à avoir des accidents, absolument comme ceux qui ont été traités par les pilules.

Quelle est donc, en définitive, la cause de la vogue de cette préparation, dont l'emploi peut être si redoutable et dont les avantages thérapeutiques ne sont pas supérieurs à ceux des autres préparations mercurielles? La vogue de cette préparation tient uniquement à la commodité.

Les injections d'huile grise ne sont pas douloureuses, elles ne donnent pas de nodosités; d'autre part, elles ménagent l'estomac et l'intestin, et il faut reconnaître, d'ailleurs, que l'on a pris grand soin d'exagérer les inconvénients de la médication pilulaire pour l'estomac et l'intestin, dans le but de faire valoir les injections d'huile grise.

En somme, les injections d'huile grise sont commodes pour

le malade, elles sont avantageuses pour le médecin : voilà pourquoi on renonce si difficilement à leur emploi ; mais elles sont dangereuses et très dangereuses : voilà pourquoi je les condamne.

Quand le malade ne peut supporter les pilules, attendu, d'autre part, que les injections quotidiennes de sels solubles sont généralement inacceptables comme traitement continu, je préfère avoir recours à l'ancien traitement de la syphilis, aux *frictions mercurielles*.

La pommade mercurielle, qu'on emploie pour les frictions, contient le mercure en nature, comme l'huile grise qui sert aux injections. Cependant, les deux médications ne sont pas comparables, car les frictions introduisent chaque fois dans l'organisme la quantité quotidienne de mercure qu'on veut faire absorber ; il n'y a donc pas d'accumulation et de réserve du médicament. Le mercure contenu dans la pommade est absorbé immédiatement, en partie à l'état de vapeurs, par les voies respiratoires, en partie par les glandes cutanées, par assimilation glandulaire.

C'est précisément pourquoi il importe de faire les frictions dans les régions où les conduits glandulaires sont larges, à orifices béants, dans les régions pileuses, dans les aines et dans les aisselles. Chaque friction doit être faite par le malade lui-même autant que possible, avec la main nue, avec 4 ou 5 grammes d'*onguent napolitain* ou pommade mercurielle double du Codex français. La friction sera faite pendant 20 minutes, dans l'aine gauche, le lendemain dans l'aine droite, le troisième jour dans l'aisselle gauche, le quatrième jour dans l'aisselle droite, de façon à revenir à l'aine gauche le cinquième jour et ainsi de suite.

Chaque série doit être de 20 frictions.

Quand les frictions sont bien faites, c'est le maximum qu'on

peut supporter sans salivation. D'ailleurs, rappelez-vous que 20 frictions à 5 grammes équivalent environ, comme effet thérapeutique, à 30 jours de pilules de sublimé, à 2 centigrammes par jour.

Telles sont, messieurs, les préparations mercurielles que je vous conseille dans le traitement de la syphilis. Avec ces préparations, vous guérirez d'une façon générale et, à part le cas rebelles à tout traitement, toutes les manifestations de la syphilis à toutes ses périodes. *L'action curative du mercure* n'est plus à prouver; elle est indiscutable et je ne perdrai pas mon temps à insister sur sa valeur

Mais, le mercure qui a une action curative si puissante, si indubitable, a-t-il une *action préventive* à l'égard des manifestations ultérieures de la syphilis? Voilà encore une question bien controversée. Il faut d'ailleurs distinguer et étudier séparément l'*action préventive immédiate* du mercure et son *action préventive tardive*. Il faut aussi examiner les faits, séparément, à la *période secondaire* et à la *période tertiaire*.

Au début de la syphilis, pendant les premières années, quand l'infection est encore généralisée et diffuse, il n'y a pas de discussion possible, le traitement doit être continu ou à peu près continu, parce que les accidents sont eux-mêmes continus ou se renouvellent sans cesse. Cependant, ce qui tendrait à prouver que le mercure n'est pas préventif, même à cette période, c'est qu'on voit les accidents récidiver pendant les courtes périodes de repos du traitement. Mais, en somme, comme les accidents, au début de la syphilis, ainsi que je viens de vous le dire, peuvent incessamment reparaitre, il faut prescrire le mercure d'une façon régulière pendant longtemps. Si le médicament n'empêche pas l'apparition de la roséole et des plaques muqueuses, il peut les atténuer, les guérir dès leur apparition, ce qui est une façon de prévention.

Toutefois, il faut reconnaître qu'un traitement mercuriel continu ne s'oppose pas parfois à la production]d'une ou de plusieurs roséoles de retour ou même d'accidents plus graves.

Vous avez vu récemment dans le service un malade très bien traité, atteint néanmoins de myélite au bout d'un an et demi de syphilis, un autre qui, depuis cinq ans, présente des manifestations syphilitiques continues et multiples, malgré un traitement très bien institué et suivi d'une façon continue. Je viens de voir un jeune homme atteint de gomme perforante du du voile du palais au bout de huit mois d'une syphilis traitée dès le début par les injections d'huile grise. ☒ Je reconnais, d'ailleurs, qu'on peut m'objecter que, dans tous ces cas, la syphilis a été plus forte que le traitement et je ne puis rien y répondre.

En résumé, pendant la période secondaire de la syphilis, même en l'absence de manifestations de la maladie, je donne le traitement mercuriel à dose modérée, parce que je ne suis pas capable de démontrer qu'il ne sert à rien, mais je ne suis pas davantage capable de démontrer qu'il sert à quelque chose pour la prévention immédiate des accidents. C'est pour cette raison que je donne le mercure pendant quatre ans, cette période étant celle pendant laquelle, comme l'expérience l'a prouvé, les manifestations syphilitiques sont exposées à reparaître de temps en temps. Mais je le donne sans avoir la conviction que ce traitement empêchera d'autres accidents d'apparaître plus tard.

Voici comment je règle ce traitement. Il faut le commencer le plus tôt possible dès que le diagnostic est certain, par l'examen clinique ou à l'aide de l'ultra-microscope, sans attendre l'éclosion de la roséole. Je prescris d'abord une série de quinze injections quotidiennes de deux centimètres cubes (2 centigrammes) de la solution de beuzoate d'hydrargyre au centième ; puis,

de suite, sans interruption, un mois et demi de pilules (2 pilules d'un centigramme de sublimé par jour). Après ces deux mois de traitement, je mets les malades au repos pendant un mois, à moins qu'il ne survienne des accidents pendant ce repos, auquel cas le traitement est repris.

Puis, pendant les deux premières années, le malade fait un mois de traitement sur deux, toujours avec la réserve de prendre le mercure pendant le repos, si des accidents reparaissent. Pendant la troisième année, un mois de traitement sur trois; pendant la quatrième un mois sur six.

Je viens de vous dire que, d'après les faits, le mercure ne semblait avoir qu'une action préventive, même immédiate, douteuse. Cependant, l'expérience a prouvé qu'un syphilitique qui est imprégné de mercure avant la conception, qu'une syphilitique qui suit le traitement mercuriel pendant sa grossesse, ont beaucoup plus de chances d'avoir un enfant qui échappe à la syphilis héréditaire que s'ils n'avaient pas pris de traitement.

Il semble y avoir là une contradiction; mais cette contradiction n'est qu'apparente. En neutralisant le virus syphilitique, aussitôt avant la conception et pendant celle-ci, en le rendant innocent ou moins actif, en détruisant ou en paralysant les parasites, le mercure permet au fœtus de se développer et de naître sans infection et d'y échapper une fois né. Au contraire, dans une syphilis acquise, le mercure neutralise momentanément le virus, mais, dès que le traitement a cessé, de nouveaux accidents peuvent se produire, parce que l'individu reste infecté. Cela est si vrai qu'un géniteur syphilitique qui, grâce au traitement a pu donner naissance à un enfant sain, est exposé néanmoins, malgré ce traitement, à être atteint de nouvelles manifestations syphilitiques, soit peu de temps, soit longtemps après la naissance de son enfant. Le mercure a été préventif pour

l'enfant parce que celui-ci, une fois né, n'est plus soumis à l'infection, tandis que le père ou la mère restent infectés et tributaires toute leur vie de leur infection.

C'est en raison de l'action manifeste du traitement mercuriel, comme préventif de la syphilis héréditaire, que je prescris, chez tous les syphilitiques, un mois de traitement mercuriel avant le mariage, et, chez les femmes syphilitiques ou chez les épouses de syphilitiques, un traitement mercuriel de trois semaines par mois, pendant toute la durée de la grossesse (2 semaines d'injections, une semaine de pilules, une semaine de repos).

Si l'action préventive immédiate du mercure, administré pendant la période secondaire d'une syphilis, ne met pas à l'abri des accidents tertiaires, quand cette syphilis est capable de les produire. Il y a autant de manifestations tertiaires chez les syphilitiques bien traités que chez ceux qui ont été peu traités ; il n'y en a pas plus chez les derniers que chez les premiers. Il y a des malades que je suis depuis vingt ans, il y en a même que je suis depuis vingt-cinq ans, qui n'ont pris de traitement mercuriel, et parfois très irrégulièrement, que pendant deux ans et même moins, parce qu'ils n'avaient aucun accident, et qui n'ont rien eu depuis le début de leur maladie.

J'en connais, au contraire, un aussi grand nombre, qui, depuis dix et quinze ans, n'ont cessé de se traiter à intervalles réguliers et qui ont encore des manifestations syphilitiques de temps en temps.

Parmi les malades atteints de tabès ou de paralysie générale, j'en connais autant de bien traités que de peu ou non traités. J'ai vu récemment un homme qui s'était soigné jusqu'à l'exagération, d'une façon continue ou presque continue, depuis quinze ans, et qui vient de se suicider au début d'une paralysie générale. C'était un malade à hérédité nerveuse, fils de neu-

rasthénique, et, en effet, c'est là, plutôt que dans l'absence de traitement, qu'il faut chercher la cause déterminante de la paralysie générale.

Je suis donc convaincu que le mercure n'a aucune action préventive tardive. Il est donc inutile, il est peut-être dangereux de gorger les syphilitiques de mercure sans raison. Le mercure a une action nocive sur le rein, et nous avons eu, il y a trois ans, dans notre service, un malade qui a succombé à une néphrite mercurielle, provoquée par un traitement intensif, prolongé et intempestif, car il n'avait aucune manifestation syphilitique.

Si le mercure, administré à la période secondaire de la syphilis, a une action préventive immédiate douteuse et une action préventive tardive nulle, à la période tertiaire cette action préventive est nulle dans tous les cas.

Nombreux et journaliers sont les exemples de malades, traités et guéris d'une lésion syphilitique par la médication mercurielle, et qui sont atteints d'une lésion nouvelle aussitôt après la guérison de leur première lésion et la cessation du traitement. Ici, c'est un malade qui, à peine guéri d'une exostose, voit survenir une gomme palatine : là, c'est un autre qui, guéri d'une syphilide cutanée, voit apparaître une ostéite syphilitique. Une malade, encore dans le service, à peine guérie d'une paralysie du moteur oculaire commun du côté droit, voit une paralysie semblable s'établir du côté gauche. Et toujours, d'ailleurs, la nouvelle lésion, comme la première, *cède au mercure qui, toujours curatif, n'a pu être préventif dans aucun cas.*

II. L'IODURE DE POTASSIUM.—L'iodure de potassium est le second médicament de la syphilis, mais, à beaucoup près, il n'a pas la valeur du mercure. On peut traiter et guérir des

manifestations syphilitiques quelconque par le mercure seul, sans iodure de potassium ; on ne peut guérir par l'iodure seul, sans mercure, qu'un nombre très restreint de lésions syphilitiques, presque uniquement les gommés, et, encore, celles-ci guérissent mieux et plus rapidement par l'association du mercure et de l'iodure de potassium.

C'est qu'en effet l'iodure est seulement un médicament résolutif, il est un adjuvant du mercure et rien de plus. Jadis on attribuait à l'iodure de potassium une action beaucoup plus étendue. Ricord en avait fait presque le remède spécifique de la période tertiaire, et beaucoup de médecins vivent encore sur cette idée erronée. En réalité, l'iodure de potassium a des indications aussi bien à la période primaire ou secondaire qu'à la période tertiaire, de la syphilis et à l'une et l'autre de ces périodes, il n'a que des indications restreintes. C'est un médicament de second ordre, qui doit être associé au mercure dans toutes les lésions ulcéreuses ou proliférantes de la syphilis, dans les néoplasies spécifiques et dans les ulcérations envahissantes ou persistantes.

Pour préciser il faut associer l'iodure de potassium au mercure, notamment dans le chancre exubérant, dans le chancre phagédénique, dans les syphilides tuberculeuses ou ulcéreuses secondaires ou tertiaires, dans les gommés syphilitiques, dans les artérites, dans la syphilis cérébrale et médullaire dans les exostoses, les ostéites, les périostites, et, d'une façon générale dans toutes les syphilis graves.

D'ailleurs dans la médication iodurée, c'est l'iodure alcalin qui agit et non l'iode. L'iodure de sodium, comme on en peut juger facilement dans le traitement des syphilites cutanées, qu'on a sous les yeux et dont on peut suivre l'évolution, l'iodure de sodium a une action indiscutablement égale à celle de l'iodure de

potassium. Il guérit des syphilides cutanées à peu près dans le même temps. Mais les préparations organiques d'iode ou l'iode métalloïdique sont sans action notable. C'est donc l'iodure de potassium qu'il faut prescrire: c'est l'iodure alcalin classique et le plus stable.

Communément, on le prescrit à la dose d'un à deux grammes par jour en deux fois; je le donne rarement à plus de quatre ou cinq grammes, car j'ai remarqué qu'une dose quotidienne supérieure n'avait pas plus d'action. Comme l'iodure de potassium s'élimine très rapidement, il est bon de le donner à dose fractionnée dans les vingt-quatre heures et pas plus d'un gramme à la fois.

Telles sont les indications, telle est la posologie, telle est l'action curative de l'iodure de potassium: c'est l'agent résolutif par excellence.

Mais ce médicament n'a aucune action préventive, ni immédiate, ni lointaine, à aucune période, pas plus à la période tertiaire qu'à la période secondaire, à l'égard des manifestations quelconque de la syphilis.

Il est donc absolument inutile de faire prendre de l'iodure de potassium à un syphilitique qui ne présente aucune lésion actuelle. Il importe d'autant plus de s'abstenir de cette pratique que l'iodure de potassium est un médicament qui peut être dangereux, car il est congestionnant et hémorrhagipare. Il est dangereux dans le traitement de certaines localisations de la syphilis et il faut se priver de son secours, malgré les avantages qu'il présente d'autre part, dans les lésions oculaires, dans les lésions du larynx et des bronches. Il peut être également funeste dans les lésions rénales et ne doit être employé qu'avec beaucoup de prudence.

III. LE SOUFRE.—Tels sont, avec une valeur différente, les deux médicaments de la syphilis : le mercure et l'iodure de potassium. Le soufre est également utilisé dans le traitement des syphilitiques, mais ce n'est pas un médicament de la syphilis. Le soufre est seulement un agent utilisateur et éliminateur du mercure.

Les composés sulfurés et, particulièrement, l'hydrogène sulfuré, redissolvant le sublimé combiné à l'albumine dans l'organisme sous forme d'albuminate de mercure insoluble.

Le soufre est employé sous forme d'eau sulfurée, de solution de monosulfure de sodium ou d'hydrogène sulfuré. On se sert habituellement d'eau sulfurée naturelle, particulièrement d'eau d'Uriage, qui est assez facile à digérer, à cause du chlorure de sodium qu'elle contient ; on en fait boire un verre tous les matins et, même, un verre matin et soir. A défaut d'eau minérale naturelle, on peut prescrire une eau sulfurée artificielle, par exemple la solution suivante dont je dois la formule à M. Desmoulière.

Faire dissoudre dans un litre d'eau.

Silicate de soude.....	0 gr. 10
Monosulfure de sodium.....	0 gr. 15
Sulfate de soude ordinaire à 10 équivalents d'eau	3 gr.
Chlorure de sodium sec	6 gr. 50

En prendre un ou deux verres par jour.

L'eau sulfurée est utile dans toute cure mercurielle, pour prévenir les accidents hydrargyriques et, notamment, la stomatite. Elle est surtout utile pendant les traitements par les injections ou les frictions mercurielles.

Elle est spécialement nécessaire quand on est obligé de prescrire une médication mercurielle intensive, à cause de la

gravité des accidents, et elle permet une tolérance beaucoup plus grande de l'organisme pour le mercure. Si l'on veut porter la dose de sublimé, en pilules, ou la dose de benzoate d'hydrargyre, en injections, à 3 centigrammes par jour, on ne le peut guère qu'avec l'aide de l'eau sulfurée.

La médication sulfurée est également indiquée dans les cas de saturation mercurielle, quand les malades ne peuvent plus supporter le mercure, et, chose remarquable, dans ces cas-là, le soufre utilise les réserves mercurielles accumulées, il déplace et dissout le mercure immobilisé dans les éléments anatomiques. On voit des malades guérir de leurs manifestations syphilitiques sans nouveau traitement mercuriel, uniquement par la cure sulfurée, et ce qui prouve bien que le soufre utilise le mercure accumulé, c'est que l'analyse chimique permet de déceler son élimination par la sécrétion urinaire.

Messieurs, ce n'est qu'un résumé succinct du traitement de la syphilis que je viens de vous exposer, mais, grâce à ce résumé succinct et en vous rappelant le mode d'action, les indications et la posologie de ces trois médicaments, le mercure, l'iodure de potassium et le soufre, j'ai la conviction, d'après l'expérience acquise, que vous pourrez traiter efficacement et sans danger les syphilitiques qui se confieront à vos soins.

(*Journal de Médecine interne*, 10 juin 1909.)

MORTALITÉ INFANTILE — REMÈDES

par le Dr. COURMONT de Lyon

Nous entendons par mortalité infantine, celle des nourrissons *de 0 à 1 an*.

Théoriquement à de rares exceptions près, un enfant de cet âge, n'a aucune raison de mourir. La mort du nourrisson devrait être tout à fait exceptionnelle. Presque toujours elle est le fait de parents ignorants ou insoucians. Pourquoi le nourrisson mourrait-il.

Si nous l'admettons bien constitué, ce qui est la règle générale, il ne peut succomber que par une faute ou une imprudence. A cet âge : pas d'initiative personnelle, alimentation uniquement lactée, pas de contact immédiat avec des contagieux, si on y prête la moindre attention, pas de refroidissements inévitables, etc. En d'autres termes, le nourrisson a des organes tout neufs et, sauf cas très rares, ne peut mourir que de maladies évitables, et, nous ajoutons, facilement évitables. Voilà donc une cause de mortalité facile à combattre.

Quant à l'importance économique et sociale de la protection du nourrisson, inutile d'insister. Il est plus rémunérateur socialement parlant, de sauver une vie d'enfant que de prolonger un vieillard ou de guérir un adulte. La défense du nourrisson devrait constituer le chapitre le plus important des budgets hygiéniques.

I.—MORTALITÉ INFANTILE.—A. *Mortalité des nourrissons en France*.—Notre mortalité des nourrissons a légèrement diminué ces dernières années. Elle est tombée de 17 à 15%. Il n'en pas moins vrai que 15 enfants sur 100 n'arrivent pas à la fin de leur première année. C'est énorme.

Nous perdons ainsi chaque année 120,000 nourrissons. C'est un déchet presque aussi considérable que celui causé par la tuberculose.

B. *Mortalité comparée à celle des autres pays.* — Certains pays à natalité très élevée, comme la Russie, comme l'Autriche-Hongrie, ont une mortalité infantine plus élevée que la nôtre. Mais d'autres sont dans de bien bonnes conditions. La mortalité en Angleterre n'atteint que 12 %, en Suède que 8 % en Norvège 7 %. Au taux de la Norvège nous gagnerions *plus de 60,000 existances par an*!

La mortalité infantine n'est donc pas à un taux fatal. Ceux qui estiment qu'on peut la réduire notablement, et gagner annuellement des milliers de Français, ne sont pas des utopistes.

Est-ce demander beaucoup que de mettre la France au rang de la Norvège.

II.—ETIOLOGIE ET PATHOGENIE DE LA MORTALITÉ ENFANTILE.—A. *Causes de la mortalité infantile en France.* — On connaît la statistique établie en 1900, par Balestra et Giletta de St-Joseph, et portant sur les villes de plus de 30,000 habitants. Voici les causes de décès (enfants de 0 à 1 an) :

Diarrhée	384
Maladies des voies respiratoires.....	147
Maladies contagieuses.....	49
Tuberculose.....	24
	<hr/>
	604

Débilité congénitale.....	179
Causes inconnues.....	35
Causes diverses.....	182
	<hr/>

TOTAL... 1.000

Il y a donc 604 décès sur 1.000 (dont près de 400 par diarrhée, absolument évitables, Ce chiffre s'augmenterait encore si on étudiait de près les morts par débilité congénitale (surmenage de la mère, etc.) Disons franchement que 7 décès sur 10 sont évitables.

Quant à la période la plus dangereuse pour le nourrisson, la statistique suivante de Budin répondra. Elle a été faite en 1895 :

	Décès
Enfants de 0 à 4 jours.....	4.341
— 5 à 9 —	1.738
— 10 à 14 —	1.249
— 15 à 30 —	1.210
— 2 mois	638
— 3 mois	490
— 4 à 6 mois.....	310
— 6 mois à 1 an.....	188
	<hr/>
TOTAL.....	10 165

Donc 6 décès sur 10 se produisent dans les 10 premiers jours de la naissance.

B. *Pathogénie de cette mortalité.*—Toutes ces causes de mortalité peuvent se ramener à deux origines principales.

1° *La qualité du lait.* — C'est le lait, qui, 9 fois sur 10, est responsable de la diarrhée infantile. Celui-ci s'observe bien sur des enfants élevés au sein mais très mal tenus; elle est surtout la maladie due au biberon. Lait contaminé, biberon sale, tételle sale, habitudes sales : voilà les causes de la diarrhée infantile, qui est une entérite infectieuse. C'est naturellement pendant les mois les plus chauds de l'année que le lait est plus contaminé et la diarrhée plus fréquente; les étés très chauds sont les plus meurtriers.

La question de la diarrhée infantile se réduit donc presque à celle de la non contamination du lait et des récipients qui le contiennent. Nous verrons comment on peut la résoudre.

2° *Les soins donnés à l'enfant.* — Pour bien se porter (en admettant une alimentation irréprochable), l'enfant doit être propre, à l'abri des refroidissements et des maladies contagieuses (rougeole, scarlatine, diphtérie). C'est très facile, mais c'est une question de soins. Seule la mère peut assumer la responsabilité de tous ces soins. Si l'enfant élevé et nourri par sa mère, a une maladie de refroidissement ou de contagion, c'est que la mère a été négligente ou ignorante

Reste la question des nourrices et du nourrissage. C'est une grande cause de mortalité infantile. Il faut lire et relire les *Remplaçantes* de Brioux : les tableaux sont vrais et saisissants.

Si la nourrice est en location, son enfant, resté chez elle, est mal soigné, quand il meurt pas du voyage (aller ou retour) au bureau de placement. Si c'est l'enfant qui est envoyé en nourrice, il risque aussi le voyage ; la nourrice a deux enfants au lieu d'un à surveiller. Pour se rendre compte du danger qu'il y a à envoyer ainsi les enfants en nourrice, il suffit de considérer le chiffre de mortalité infantile dans les départements où fleurit l'industrie nourricière. L'Ardèche reçoit les enfants assistés des Bouches-du-Rhône et un certain nombre de ceux du département du Rhône. L'Ardèche a une mortalité de 22%. Sur 4 enfants nés en Ardèche ou importés en Ardèche, 3 seulement atteignent la première année ; sur 4 enfants importés 2 seulement (la moitié) survivent.

Comment s'étonner de cela, quand on connaît les conditions du voyage des enfants assistés, envoyés par demi-douzaines au fond d'un département, par tous les temps, à 12 ou 24 heures de

leur lieu d'origine. Les enfants de particuliers, envoyés en nourrice, voyagent-ils toujours dans de bien meilleures conditions ?

On peut poser en principe, qu'un enfant de moins d'un an ne peut voyager sans risques sérieux. Tout nourrissage comporte le voyage de l'enfant envoyé en nourrice ou de l'enfant de la nourrice ; il est donc néfaste.

3° Ajouterons-nous, à un autre point de vue, mais qui a son intérêt, *l'influence démoralisatrice* pour la femme, pour le mari pour la région entière, qu'exerce l'industrie du nourrissage. Je ne veux que signaler, en passant, ce fait social bien connu.

En résumé, l'étiologie et la pathogénie de la mortalité infantile tiennent en deux propositions : trop d'allaitement artificiel, trop d'allaitement par nourrices. On peut le réduire en une seule : pas assez d'allaitement maternel, en y ajoutant : pas assez d'éducation de la femme sur les questions d'élevage.

III. — REMÈDES A L'EXCÈS DE MORTALITÉ INFANTILE. — Il semble, par les conclusions étiologiques que nous venons de formuler, que les remèdes au mal peuvent tenir en deux mots. C'est une erreur. Le problème est complexe.

Théoriquement les remèdes sont simples : favoriser l'allaitement maternel, assurer l'allaitement artificiel dans de bonnes conditions, éduquer les filles sur les lois de l'élevage. Oui, mais comment ? Théorie et pratique font deux. Commençons par la théorie.

A. *Favoriser l'allaitement maternel.* — On sait combien sont rares les femmes qui, médicalement, ne peuvent pas allaiter. La difficulté n'est pas médicale, elle est sociale.

La bourgeoisie, ne veut pas allaiter, l'ouvrière ne le peut pas.

Pour la bourgeoisie, c'est une question de mœurs, d'habitudes, de luxe, de paresse ; n'insistons pas. Reste la classe ouvrière. Comment une ouvrière peut-elle allaiter ses enfants ? C'est presque impossible. Voilà le problème posé.

Notre état social est entièrement à modifier à ce point de vue. Ce dont nous manquons le plus en France, c'est de capital humain. Toute femme enceinte ou nourrice représente donc, pour nous, une partie du plus précieux de nos capitaux ; nous lui devons aide et protection (aide et protection *matérielles*) ; nous le lui devons non pas par humanitarisme, mais par égoïsme, dans notre propre intérêt. Cette femme est dépositaire de la chose la plus rare en France, d'un enfant. Nous faisons peu d'enfants ; sauvons ceux que nous avons.

La femme enceinte ne doit pas travailler pendant les dernières semaines de sa grossesse ; elle ne doit pas travailler pendant les premiers mois de l'allaitement. Pendant tout ce temps, la société lui doit son salaire ; la mère fait un travail plus productif que celui qu'elle abandonne à l'usine. En protégeant la femme grosse et la femme nourrice, on sauve l'enfant actuel et les enfants à venir ; c'est la santé de la mère qui est en jeu c'est la possibilité et le désir d'une autre maternité.

Or, rien n'a été fait, ou presque rien. Quelques tentatives d'ordre privé ne donnent que des indications. Le plus grand malheur qui puisse arriver à une ouvrière dans notre société c'est de devenir enceinte.

Tout se réduit donc à une question d'argent. Nous sommes riches cependant. Quelques millions sauvés du gouffre de la marine, ou prélevés sur les gros traitements, suffiraient-ils, comme le croient quelques-uns. Non, il faut considérer la question de plus haut.

La seule façon de la résoudre est l'organisation de l'assu-

rance obligatoires, telle qu'elle a été conçue en Allemagne. Nous en reparlerons longuement à propos de la tuberculose. Qu'il nous suffise de dire aujourd'hui : le seul moyen d'avoir suffisamment d'argent pour donner à l'ouvrière enceinte et nourrice son salaire habituel (et même un peu plus), c'est de créer des caisses d'assurances obligatoires, où patrons et ouvriers seront tenus de verser hebdomadairement une somme proportionnelle au salaire. Il n'y a pas d'autre remède.

Qui ne se rend compte que le budget général n'aura jamais, pour les nourrissons, un chapitre comparable à celui destiné aux vieillards? Cependant, socialement parlant, un enfant n'est-il pas plus intéressant qu'un vieillard? Les dépenses faites pour lui ne sont-elles pas plus productives? L'enfant a un seul défaut : il ne vote pas!

Résumons-vous en disant : toute femme doit pouvoir se reposer pendant les derniers mois de sa grossesse ; toute femme doit pouvoir allaiter son enfant. Si sa situation sociale ne le lui permet pas, la collectivité lui doit aide et assistance. Pour cela, créons bien vite l'assurance obligatoire.

B. *Avoir du bon lait*—La question du lait est primordiale. Si la femme ne peut pas nourrir son enfant, si elle ne peut lui procurer une nourrice (nous en avons vu les inconvénients) elle le nourrira au biberon. Pour cela, elle a besoin d'acheter du bon lait. Or, en France, le bon lait, même payé très cher, est excessivement rare.

D'une part, la fraude s'exerce sur une large échelle ; d'autre part, nos agriculteurs, nos laitiers n'ont aucune des notions de propreté indispensable à la conservation du lait.

Ce n'est pas le moment de faire le procès du lait français, de raconter les tribulations des maires qui ont voulu réprimer la fraude, de discuter les mesures d'application de la nouvelle loi.

Rien n'est plus difficile que d'éviter la falsification du lait. C'est si commode, si tentant, si rémunérateur, si difficile à punir!

Certains pays sont, à ce point de vue, autrement favorisés que nous. Je veux parler du Danemark, de la Suède, de la Norvège, qui ont précisément une très faible mortalité infantile.

Il existe, à Copenhague, par exemple, des sociétés laitières qui sont de véritables modèles. Le lait est acheté dans des fermes situées souvent à 150 kilomètres de la capitale, mais surveillées, admirablement propres. Le lait est traité directement dans de grands bidons de 50 litres, envoyés stérilisés par l'usine, et ayant un double fond rempli de glace pendant les mois les plus chauds. Le tout est chargé dans des wagons frigorifiques appartenant à la société. Le lait arrive donc à Copenhague vers minuit, proprement traité, recueilli dans des bidons stérilisés, maintenu à une température de 5° ou 6°. Il est immédiatement examiné (dégustation, examen de la température du bidon), filtré (à travers du gravier stérilisé), embouteillé mécaniquement, bouché et remis dans la glace jusqu'au moment de la livraison. Un pareil lait, qui n'a subi aucune pasteurisation, peut se conserver 48 heures sans s'altérer. Il est vendu 25 centimes le litre. Les mêmes sociétés ont du lait pour enfants. Il provient de vaches spécialement surveillées et alimentées. Il est filtré sur graviers plus fins. Il est embouteillé directement dans des biberons de 150 c. c. avec addition d'eau stérilisée correspondant à l'âge de l'enfant. Ces biberons sont numérotés; la mère n'a qu'à acheter les biberons dont les numéros correspondent à l'âge de l'enfant.

Il faut avoir visité ces établissements pour se rendre compte des efforts à tenter chez nous.

C. Avoir des mères éduquées. — Il ne s'agit pas d'aider la mère et d'avoir de bonnes laiteries pour arriver au taux de

mortalité infantile de la Norvège. Il faudrait encore que les femmes (bourgeoises ou du peuple) sachent élever un enfant. On commence à créer des écoles ménagères ; c'est bien. Mais, des *écoles de puériculture* feraient encore bien mieux notre affaire. Toute jeune fille devrait connaître les causes de la mortalité infantile et les grandes lois d'hygiène qui peuvent y remédier. Toute jeune fille devrait savoir comment on alimente un enfant, comment on le soigne, comment on le maintient propre. N'est-ce pas son futur métier ? N'a-t-elle pas besoin d'apprentissage ?

Dans les pays du Nord, dans les pays scandinaves surtout, cette éducation de la jeune fille, en vue de futures maternités, est portée très loin. Ne les fait-on même pas assister à des accouchements pour que, le cas échéant, elles puissent porter un secours intelligent ?

Faisons des cours de *puériculture* dans nos écoles de filles.

IV. — APPLICATION DE CES REMÈDES. — Nous avons indiqué théoriquement les remèdes. Mais il faut arriver à l'application. Que fait-on en France contre la mortalité infantile ? Que peut-on faire ?

Il est inutile de reparler de l'assurance obligatoire, puisque nous ne l'avons pas. Il est inutile de reparler des sociétés laitières modèles puisque nous n'en avons presque pas. Parlons de ce qui est : loi Roussel et œuvre d'initiative privée.

A. *La Loi Roussel*. — Tout le monde connaît la loi Roussel. Inutile de la développer.

Tout enfant âgé de moins de 2 ans, placé en nourrice hors du domicile des parents, devient l'objet d'une surveillance légale. C'est très bien. Mais il faudrait, pour que cette surveillance soit efficace, payer un peu mieux les médecins chargés de ce service.

Nulle femme ne peut se placer comme nourrice tant qu'elle n'a pas allaité son enfant pendant 7 mois. C'est très bien. Mais la loi permet une dérogation si l'enfant de la nourrice est nourri au sein par une autre nourrice. C'est l'incohérence.

Il faudrait modifier, compléter, l'excellente loi Roussel, et surtout permettre aux médecins d'exercer avec fruit leur surveillance et leur contrôle, en relevant leur traitement.

B. *Mutualités maternelles.*—Le principe de la mutualité maternelle est excellent. La mère mutualiste reçoit, au moment de ses couches, les secours que nous réclamions plus haut. Tout le monde connaît la mutualité Maternelle de Vienne (Isère) qui a servi de modèle et a eu un grand prix à l'Exposition de Saint-Louis. Elle a été créée et est dirigée par notre excellent confrère le Dr Vivien. Depuis, les mutualités maternelles se sont multipliées. A Lyon, le Dr Commandeur, agrégé d'accouchements, accoucheur des hôpitaux, s'est voué à cette œuvre.

Je ne ferai qu'une remarque : Le nombre des femmes mutualistes est et restera infime, en regard de celui des ouvrières pauvres non mutualistes. Le principe est donc excellent, l'application fatalement insuffisante.

Ce qu'il faut, c'est de la mutualité obligatoire (assurance obligatoire).

D. *Consultations de nourrissons. — Gouttes de lait.*—Le principe est le suivant. Les mères amènent hebdomadairement leurs enfants à une consultation médicale. L'enfant est ainsi examiné, pesé, surveillé. L'allaitement au sein est favorisé par tous les moyens possibles. Du lait stérilisé est fourni aux mères qui ne peuvent nourrir. L'émulation, la vue des autres enfants, l'enseignement mutuel entre mères dans la salle d'attente, est un des facteurs de réussite de ces consultations.

C'est à tort qu'on a appelé au début ces consultations : gout-

tes de lait. Cela donnait trop l'impression d'une distribution de lait, véritable prime à l'allaitement artificiel. La distribution du lait ne doit être qu'un adjuvant. Le principe fondamental est la consultation qui favorise l'allaitement maternel et organise la puériculture hygiénique.

Je conseille à mes confrères la lecture de l'ouvrage du Dr. Jarricot. (*Le rôle social et la pratique du fonctionnement des consultations de nourrissons. — Gouttes de lait. —* Chez Georg. — Lyon — 350 pages).

L'œuvre lyonnaise des consultations Budin, qu'il décrit, fut fondée en 1905, par un groupe de jeunes femmes et de jeunes filles de Lyon. C'est *une œuvre d'hygiène et non d'assistance*, constituée essentiellement pour une consultation de nourrissons. Le lait est délivré sur ordonnance, comme un médicament, à la dose convenable. Le lait n'est pas donné, il est *vendu*, tout prêt dans le biberon, etc., etc., au prix du lait ordinaire de la ville. Les consultations sont hebdomadaires.

Les fondateurs (Professeur Fabre) insistent beaucoup sur la *vente* du lait, estimant que la collectivité doit donner les secours nécessaires à la mère, mais que ce n'est pas à l'œuvre privée à donner autre chose que le conseils et la qualité du lait. Par ce moyen, les mères sont plus assidues et plus attachées à l'œuvre.

Les consultations hebdomadaires se donnent dans plusieurs locaux appropriés (salle de stérilisation du lait, salle d'attente générale, salle d'enfants douteux, cabinet de consultations).

La vente du lait et du babeurre (journalière) couvre environ les tiers des frais. Le déficit est d'environ 12 francs par enfant, ce qui est fort peu de chose.

Du 2 mai 1905 au 30 septembre 1908 : 1.051 enfants de Lyon avaient fréquenté les consultations. La mortalité n'a été que de 4% (au lieu du chiffre moyen 15). L'allaitement au sein

a passé de 14 % (1905-06) à 49 % (1907-1908). On voit que, loin de décourager l'allaitement au sein, la consultation Budin le favorise. Ce résultat n'est pas le moins intéressant.

Il faudrait créer des consultations de nourrissons dans tous les centres urbains. Seule la question de la vente du lait ou de sa distribution gratuite pourra varier suivant les exigences locales.

Les consultations de nourrissons ne sont pas antagonistes des mutualités maternelles ; au contraire. Elles ne le seraient pas non plus de l'assurance obligatoire, qui permettrait aux mères les plus pauvres d'acheter le lait et de suivre les consultations.

D. *Crèches.*—*Lait municipal, etc.*—Bien entendu la création de crèches (celles de Lyon viennent d'être réorganisées sur un plan hygiénique excellent), la distribution dans ces crèches de lait municipal en biberons stérilisés (comme cela se fait à Lyon notamment, à l'aide de la vacherie municipale, ne peuvent qu'être très utiles. La crèche peut servir de consultations de nourrissons.

J'en dirai de même des crèches d'usines où les ouvrières peuvent allaiter leurs enfants.

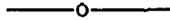
V. — CONCLUSIONS. — 1° La mortalité infantile est assez élevée en France (15 %; 120.000 nourrisson par an). Elle est le double de celle des nourrissons norvégiens.

2° Cette mortalité étant la plus facile à conjurer, le gain obtenu portant sur des enfants étant le plus profitable, le principal effort devrait être dirigé de ce côté.

3° Socialement l'assurance obligatoire est le moyen qui permettra de secourir toutes les femmes enceintes pendant les derniers mois de la grossesse et les premiers mois de l'allaitement.

- 4° Les mutualités maternelles doivent être encouragées;
- 5° La loi Roussel doit être complétée et appliquée.
- 6° La production et la vente du lait doivent être étroitement surveillées.
- 7° Les consultations de nourrissons sont le meilleur organe de protection du nourrisson.
- 8° La puériculture doit être enseignée dans les écoles.
- 9° Les crèches peuvent donner d'excellents résultats, si elles sont rationnellement organisées.

(*Le Monde Médical*), 15 mai 1909.



L'IMPORTANCE D'UN TRAITEMENT REPARATEUR

Après les maladies qui s'accompagnent de perte de poids et d'amaigrissement, ne demande pas de démonstration. Le point est de savoir quel médicament rendra dans l'espèce les meilleurs services.

Prenons comme exemple un malade atteint de tuberculose pulmonaire au premier degré : Tous les thérapeutes s'accordent à dire que pour lui faire prendre du poids, il faut les trois agents suivants : 1° De l'air pur et frais, en abondance pendant la nuit comme pendant le jour ; 2° Une nourriture saine et abondante ; 3° Le repos le plus absolu possible surtout pendant les périodes fébriles.

Toute médication est inutile à moins que ces conditions ne soient remplies, mais les remèdes peuvent aider la cure.

L'anémie, toujours présente dans ces débuts d'infection, se trouvera bien d'une préparation de fer non irritante, facilement assimilable, de digestion facile, comme le *PRPTO MANGAN* (GUDE).

En effet la médication martiale augmentant les globules rouges et leur teneur en hémoglobine facilitera l'hématose et les échanges métaboliques.

LE SERUM DE COLEY

DANS LES CAS DE SARCOME OU CARCINOME OU DANS LES
CAS DE RÉCIDIVE APRÈS OPÉRATION

J'ai le plaisir de rapporter ici deux cas de cancer du sein qui ont été traité avec succès par le serum de Coley. Je ne veux pas paraître plus enthousiaste du traitement que Coley lui-même mais avec lui et tant d'autres, je prétends qu'il y a du succès à espérer au moins dans 60% des cas traités de sarcome ou carcinomes inopérables.—Les deux cas que je vais rapporter ont été vus par plusieurs médecins, et traités conjointement par monsieur le Dr Doyon de St-Sébastien, Beauce et par moi-même.

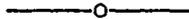
Madame T... âgée de 61 ans, a été opérée en 1906, à Québec, d'une tumeur de la paroi abdominale—d'une tumeur du sein droit— puis ablation du sein gauche (véritable chou-fleur) avec curage de l'aisselle. Elle guérit apparemment avec des cicatrices douloureuses et perte de mouvement du bras gauche. En 1907, elle fait une récurrence dans son sein droit avec ganglions dans l'aisselle. Elle est opérée à Lévis, ablation et curage de l'aisselle. Les douleurs persistent toujours et déjà dans la cicatrice gauche apparaissent des nodules douloureux et qui progressent rapidement. Nous commençons à lui donner des injections de sérum le 21 avril 1907. La malade souffre beaucoup, les mouvements de ses deux bras sont limités et douloureux, il y a récurrence dans une cicatrice. Elle fait un voyage à Montréal et est admise dans le service de chirurgie pour enlever les nodules récidivistes. Elle refuse l'intervention et se prête aux injections de sérum. Injections quotidiennes du 21 avril au 15 mai les douleurs disparaissent, les mouvements des bras sont peu douloureux. A la fin du mois, les nodules sont disparus. Nous continuons les injections jusqu'en septembre. Elle reprend de la force, elle reprend appétit, engraisse. Le 25 Juin 1909 j'ai le plaisir de la voir au bureau. Elle est très bien.

Cette malade a certainement bénéficié du traitement qui dans son cas n'était que la seule chose à employer.

Madame C... est âgée de 50 ans. Grand père mort de cancer de la gorge, opéré au mois d'août à Québec pour cancer de sein gauche avec ganglions datant de 4 ans. Elle entre à l'hôpital de Lévis le 29 mai 1909.

Récidive cicatricielle et gêne des mouvements de son bras gauche avec augmentation énorme de tout le membre gauche supérieur. Masse cancéreuse dans le sein droit grosse comme un œuf d'oie, mamelon retracts, liquide séreux de bien mauvaise odeur, s'écoulant du mamelon droit. Etat général méchant, pas d'appétit, maux de tête, lassitude, etc. Injections tous les jours du sérum de Coley jusqu'au 19 juin. Récidive disparaît dans la cicatrice, le bras diminue de grosseur, toutes les douleurs disparaissent et la tumeur du sein droit est diminuée de moitié. Elle laisse l'hôpital le 20 pour continuer son traitement chez elle. Depuis les meilleures nouvelles sous le traitement, chose remarquable dans les deux cas précités les douleurs disparaissent presque de suite après les premières injections. Le mode d'injection est déjà trop connu pour m'attarder à l'exposer ici. Mon expérience me prouve cependant qu'il ne faut pas s'attarder à de petites doses et que le plus vite nous avons une réaction de température etc., le plus tôt nous avons du succès. Les malades eux-mêmes nous disent qu'ils se sentent bien mieux une fois la température revenue à la normale.

DR P. LAGUEUX



CENT ANS DE PHTISIOLOGIE

Si j'avais à fournir la preuve de la torpeur où se complait notre vie collective, je n'en aurais pas de meilleure, certainement, que les incidents du *Congrès de Tuberculose* tenu à Washington en septembre dernier.

Organisées avec un rare talent, une activité inlassable, par nos distingués confrères Magnin et Triboulet, ces grandes assises internationales mettaient une fois de plus aux prises Français et Allemands, ceux-ci commandés par Koch, ceux-là guidés par MM. Landouzy et Arloing, de Lyon. Sous le couvert de la porte d'entrée du bacille tuberculeux, les délégués des deux pays luttèrent bien plutôt pour l'hégémonie scientifique que pour le triomphe de leurs conceptions étologiques.

Nous fûmes vainqueurs après des péripéties sur lesquelles j'aurai à revenir. Mais, comme toujours, les Allemands seuls avaient compris l'importance du combat. Chez nous, alors que le moindre orage local, le moindre scandale soulève et démonte l'opinion, c'est à peine si l'on s'intéressa aux phases de cet ardent tournoi.

Invité par le Congrès à faire une lecture, nous disons une conférence, M. Landouzy choisit l'histoire de *Cent ans de phtisiologie* (1808-1909), sujet excellent qui lui permettait, tout en restant dans les données du programme, d'apporter son haut témoignage à la sagacité et au génie de notre incomparable Ecole française. Il développa tout d'abord les idées qui nous sont à tous familières sur la transformation de la médecine, devenue communautaire, d'individualiste qu'elle était. On aurait tort toutefois de croire neuve cette évolution. Chaque fois que le troupeau humain a senti passer sur lui le souffle destructeur des grandes épidémies, peste, choléra, on l'a vu se grouper pour les mesures collectives. L'idée de contagiosité n'est pas davantage moderne, et c'est avec raison que M. Landouzy nous a montré Philippe IV, ce Bourbon de Naples, inintelligent mais

bien conseillé, publiant à son tour dès le XVIII^e siècle, instructions contre la contagiosité de la phthisie. A Rome même, Chateaubriand, alors ambassadeur de France, eut à pâtir des craintes inspirées par le contagement des tuberculeux. René était alors au plein de son aventure avec la tendre et douce Mme de Beaumont, que minait la phthisie, et dans les *Mémoires d'Outre-Tombe* il exerce sa verve grandiloquente contre les barbares dont la peur ne respecta pas la lente et triste agonie de l'aimée. Pareille plainte de George Sand expulsée de Majorque avec Chopin, le chanteur divin, mourant de tuberculose.

En médecine, les idées sur la phthisie commencent à se préciser avec les prédécesseurs immédiats de Laënnec. On parle d'eux avec discrétion, d'habitude. C'est un tort, voici pourquoi : Un génie crée rarement son œuvre de toutes pièces. Son vol est d'emblée si grand qu'il domine tout l'horizon : mais au loin, l'observateur attentif arrive toujours à percevoir ceux qui préparèrent son essor.

Prenez, par exemple, dans un tout autre domaine que la médecine, deux grands peintres, Chassériau et Puvis de Chavannes. Ces géants de la peinture décorative, admirables, tous deux dans leur art, diffèrent absolument de manière. Chacun d'eux paraît avoir fait jaillir soudain de son cerveau des procédés génialement originaux. Et cependant, là comme ailleurs, la nature n'a pas fait de saut. Entre les deux, on retrouve toute une pléiade d'artistes obscurs qui peu à peu, ont apporté une note nouvelle et différente rattachant insensiblement Chassériau à Puvis, comme les villages, à peine désignés par les cartes, relient entre elles les capitales.

Qu'il s'agisse de donner un peu plus de beauté aux humains, de soulever un coin du voile qui nous cache la vérité, le même phénomène se produit toujours. Ainsi, avant Laënnec, Morton avait eu, sous l'influence d'un humorisme grossier, l'idée de matières impures qui, sorties des vaisseaux, se localisent sur le poumon pour former des tubercules. Ceux-ci, Bayle les étudie et introduit en médecine la conception de la petite masse grise dure à la coupe,

—granulation de Bayle. Mais il en est de plusieurs sortes, d'où les quatorze ou quinze espèces de phthisie étudiées par ce grand auteur. Alors Laënnec intervient, avec son clair génie, et là où Bayle décrivait des maladies différentes, il voit, lui, les étapes d'un même processus, synthèse admirable dont nous vivons encore aujourd'hui.

Aprèment discuté par ses contemporains, et surtout par le terrible Broussais dont M. Landouzy a brossé un large et vivant portrait, Laënnec bénéficia à l'étranger du talent d'exposition et de la belle éloquence de Louis. A de rares exceptions près, je n'ai jamais parlé de Laënnec à un étranger sans être frappé de son étonnement poli, mais tout de suite mon interlocuteur m'opposait Louis avec enthousiasme : tant il est vrai que le vulgarisateur, — l'emporte souvent sur le maître qui découvre mais expose mal.

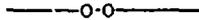
Après Laënnec, autre grande étape française avec Villemin, dont les belles expériences s'opposent aux conceptions fameuses et au dualisme du grand Virchow et de son Ecole. Enfin, c'es. Koch, le teinturier habile le technicien impeccable, qui, le premier, entrevoit isolé et cultive la bacille qui porte son nom. Ici, conception nouvelle et toute moderne de la maladie. Simple réaction de défense de l'organisme, le tubercule perd de sa prépondérance. Polymorphe dans ses manifestations, le bacille engendre chez maints malades des altérations qui n'ont rien de commun avec le granulome. « Nous apprenons chaque jour à dépister des bacillaires sous le masque de malades qu'on se contentait, hier, de cataloguer pleurétiques, répatiques, dermopathiques, rhumatisants, chlorotiques, etc. » Et la typhobacillose n'est-elle fréquemment observée depuis que M. Landouzy et ses élèves nous l'ou fait connaître ?

Donc, bacille, voilà l'ennemi. Il faut le connaître pour l'annihiler, de l'air, de la lumière partout. Et le conférencier eut bien raison, en dehors des exigences de la courtoisie, de vanter le *rush* des Américains vers les villes hygiéniques, avec leurs parcs immenses, leurs espaces libres où les enfants s'ébattent et développent leurs poumons, alors que notre jeunesse s'étiolé, alanguie dans la plus

meurtrière, la plus absurde forêt de pierres. Quand nous déciderons-nous à imiter à ce point de vue l'Amérique? Je doute, pour ma part, qu'on y réussisse jamais. Je n'ai pas besoin de dire, d'ailleurs, que l'apôtre des espaces libres chez les Anglo-Saxons, Martin était d'origine française. Sa mémoire est vénérée là-bas; on l'eut traité de fou ici.

Pour revenir à *Cent ans de Phtisiologie*, j'ajouterai, en terminant, que cette belle étude est agrémentée de portraits magnifiques, parmi lesquels je relève celui de Brouardel, le bon maître dont je voudrais un jour camper la physionomie, et que j'entends louer, maintenant qu'il n'est plus, presque autant qu'on le décriait pendant sa vie.

H. HELME in «*La revue moderne de médecine & de chirurgie.*»



CONDUITE À TENIR PENDANT LA DÉLIVRANCE NORMALE

Par le Dr RUDAUX.

La femme vient d'accoucher. Le cordon a été lié, l'enfant a été placé dans son berceau.

La main sur l'abdomen de la femme, on sent l'utérus dur, contracté (globe de sûreté). Si on mesure la hauteur utérine, on constate que son fond est à peu près au niveau de l'ombilic. Quelques instants plus tard, le fond de l'utérus, qui a conservé sa consistance, est remonté; il est à 3 ou 5 centimètres au dessus de la cicatrice ombilicale, car le placenta est passé du segment supérieur dans le segment inférieur, qui a dû se déplisser pour le loger dans sa cavité.

On doit pendant toute cette période *prendre souvent le pouls, regarder souvent la vulve.*

En se livrant à cette surveillance, on fera une injection vaginale chaude et antiseptique.

Après avoir coupé le cordon à 1 centimètre en deçà de la vulve, on appliquera sur celle-ci une nappe de coton hydrophile.

Environ trente minutes après la sortie du fœtus en recourant de nouveau à la mensuration, on constate que le fond de l'utérus s'est abaissé audessous de l'ombilic : le placenta a quitté le segment inférieur pour passer dans le vagin (deuxième temps de la délivrance). Le toucher vaginal découvre le placenta, dont il sent le plus souvent la face fœtale, quelquefois la face utérine ou le bord : *il faut alors intervenir.*

Après avoir placé le siège de l'accouchée sur un objet élevé, drap roulé ou coussin, la main droite saisit le cordon avec une compresse de gaze stérilisée ou un carré de coton et la main gauche empalme le fond de l'utérus qu'elle redresse. En combinant l'expression à la traction (méthode française) on voit bientôt apparaître à l'orifice vulvaire, qui s'entr'ouvre, une masse violacée, le placenta. A ce moment on suspend les tractions et on modère l'expression pour éviter la sortie trop brusque du gâteau placentaire et la déchirure des membranes de l'œuf encore retenues dans la cavité utérine.

Le placenta sera saisi dans la main droite et soutenu de crainte que son propre poids ne l'entraîne sans les membranes. C'est pendant cet acte qu'il faut savoir attendre. Après quelques instants, parfois plusieurs minutes, on voit les membranes glisser rapidement au niveau de la fourchette et sortir tout entières de la vulve. S'il y a un commencement de déchirure, il faut appliquer un fil sur le bout utérin et sectionner en aval.

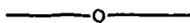
La toilette savonneuse de la vulve sera faite en employant des tampons de coton hydrophile et un liquide antiseptique tiède. Ce nettoyage local sera suivi d'une injection vaginale chaude, 45 à 48°, et antiseptique. Le coton vulvaire est ensuite maintenu en place par un bandage en T.

La délivrance est terminée en fait, mais la surveillance médicale doit continuer à s'exercer pendant une heure au moins. L'utérus doit rester dur et globuleux et ne pas dépasser l'ombilic.

On pèse l'arrière-faix. Son poids, comparé à celui du fœtus, peut mettre sur la piste d'une syphilis inconnue ou soupçonnée, ce qui peut avoir son importance dans le choix de l'allaitement. Son aspect extérieur permet de reconnaître la rétention certaine ou possible d'un ou de plusieurs cotylédons. Celle-ci peut déterminer des hémorragies immédiates ou secondaires nécessitant l'introduction de la main dans l'utérus, ou des accidents fébriles commandant aussitôt un curage digital ou un curetage.

Cet examen terminé, on peut se retirer si tout est normal.

(*La clinique*, n° 50, 1907.)



TRAITEMENT DE LA PHTYSIE PAR LES INJECTIONS DE TUBERCULINE

M. L. Rénon fait remarquer, à l'Académie de Médecine (8 juin 1909), que les diverses tuberculines préconisées en thérapeutique ne ferment pas tous les poisons du Bacille de Koch, puisque aucune n'utilise le bacillo-caséine d'Auclair. La tuberculinothérapie n'est donc pas un traitement spécifique de la tuberculose, mais seulement un traitement partiel, visant quelques uns des symptômes de la maladie. Il n'en donne pas moins des résultats importants dans certains cas que M. Rénon s'attache à préciser.

Les indications de la tuberlinothérapie, dit-il, sont limitées aux cas suivants : l'apyrexie relative du malade (37°8 au maximum le soir), les formes très lentes de la tuberculose en évolution et surtout les formes torpides déjà traitées et améliorées, dont l'état général est parfait, tandis que l'état local s'immobilise dans des signes invariables ; la tuberculine fait alors disparaître souvent des lésions fixées dans leur immobilité depuis des semaines, des mois et même plus. L'étendue et la profondeur de la lésion ne sont pas toujours un obstacle au traitement, si elle est arrêtée depuis longtemps dans son évolution et si le malade est apyrétique.

Les contre-indications sont fort nettes : les tuberculoses fébriles, les tuberculoses hémoptoïques, les tuberculoses à marche aiguë,

les tuberculoses en activité progressive, les tuberculoses très cavitaires sont aggravées par le traitement.

On peut utiliser toutes les tuberculines. On peut en employer une seule à l'exclusion des autres, la combiner ou l'alterner avec une autre. M. Rénon fait personnellement usage de la tuberculine de l'Institut Pasteur de Paris. On peut donner des doses progressivement croissantes de 1/1000 de milliigramme à 1/20 de milligramme et même plus, en les augmentant selon les effets produits. On doit s'efforcer de n'obtenir ni réaction générale, ni réaction pulmonaire locale.

Envisagée non comme une médication spécifique, mais comme une thérapeutique pragmatique applicable à des cas restreints, la tuberculinothérapie mérite d'être utilisée en France en attendant la découverte du traitement spécifique réel de la tuberculose.

BIBLIOGRAPHIE

De l'Illusion, son Mécanisme psycho-social, par le prestidigitateur ALBER, avec une préface de RAYMOND MEUNIER. — 1 vol. in-16, de la *Bibliothèque de Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Prix : 1 fr. 50 franco. 1 fr. 75. Librairie BLOUÏ et Cie, 7, place St-Sulpice, Paris (VIe), et chez tous les libraires.

Nos extrayons de la Préface de ce très curieux volume les passages suivants qui en indiquent fort bien la portée et l'intérêt.

« Depuis longtemps déjà, dit M. Raymond Meunier, je cherchais un auteur capable d'analyser psychologiquement comment il est possible de créer l'illusion. La tâche à proposer était délicate, car il fallait la fonder sur des observations précises et nombreuses et, si besoin était, sur de véritables expériences. Je me suis donc adressé à un illusionniste professionnel et je l'ai fait avec d'autant plus de plaisir que j'ai trouvé en M. Alber un homme pourvu d'une éducation scientifique particulièrement solide, très averti sur nos recherches expérimentales et que ses articles avaient déjà présenté au public scientifique.

« J'espère que son livre sera bien accueilli de ce même public, et je le signale particulièrement aux psychologues s'occupant de métapsychie..

« Il me semble en effet que tous les chercheurs consciencieux doivent reconnaître qu'il y a dans l'ensemble des phénomènes que nous comprenons sous le titre de métapsychique : 1° des phénomènes psycho-pathologiques ; 2° des phénomènes pittoresques et simulés 3° des phénomènes extrêmement intéressants, scientifiquement décelables par les méthodes, expérimentales, nous révélant des forces non connues, ou des processus encore inconnus de forces et de phénomènes connus.

« Pour aborder sans trop d'aventures le domaine mystérieux de la Métapsychie, il faut donc le délimiter, et le délimiter n'est possible que par élimination. Un livre de M. Marcel Viollet, paru dans cette bibliothèque, nous a déjà mis en garde contre l'intrusion des aliénés parmi les occultistes ; quelques pages du présent volume nous permettront de dévoiler les simulateurs et les charlatans. Cette double élimination m'a semblé, en l'occurrence, la méthodologie indispensable. »

La Rééducation physique et psychique, par le Dr LAVRAND, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille. 1 vol. in-16, de la *Bibliothèque de Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Prix : 1 fr. 50 ; *franco* : 1 fr. 75. Librairie BLOUD et Cie, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VIe), et chez tous les libraires.

Le petit livre du Dr Lavrand établit de la meilleure façon l'influence que pourront demain exercer sur la thérapeutique toute entière les progrès des sciences psychologiques et une connaissance théorique un peu plus avisée des divers mécanismes neuro-musculaires et sensitivo-sensoriels. C'est en effet en se fondant sur l'analyse psychologique que le Dr Lavrand a pu examiner de façon synthétique les diverses rééducations physiques et psychiques tentées par la thérapeutique contemporaine.

« La rééducation, dit très justement l'auteur, part de cette constatation (et ses succès en montrent la vérité), à savoir que le trouble fonctionnel dépasse toujours et souvent de beaucoup la lésion organique. Le psychisme et le physiologisme (physique ou

matériel), s'entremêlant d'une façon si intime dans tous nos actes, la rééducation efficace devra toujours être à la fois physique et psychique à des degrés divers ».

COURS DE VACANCES DE M. CALOT DU 2 AU 8 AOUT
À L'INSTITUT ORTHOPÉDIQUE DE BERCK

*En sept jours, de 8 heures du matin à 7 heures de soir, enseignement de
L'ORTHOPEIDIE indispensable aux médecins et du traitement
des TUBERCULOSES EXTERNES, déviations, maladies
des os, spina-ventosa, etc.*

*Neuf leçons avec présentation de malades, démonstrations
et exercices pratiques.*

PROGRAMME DES LEÇONS

- I. *Lundi 2 AOUT (10 h. matin). — M. CALOT. — La technique des appareils. (Plâtre. Moulage. Celluloid.) — Traitement des tuberculoses externes. Injections et liquides modificateurs. Adénites. Tuberculose du testicule et de l'épididyme.*
- II. *Mardi 3 Aout (10 h. matin). — M. CALOT. — Le mal de Pott. Indications thérapeutiques et traitement.*
- III. *Mercredi 4 Aout (10 h. matin). — M. CALOT. — Traitement de la coxalgie. Injection dans la hanche. Appareils du membre inférieur.*
- IV. *Jeudi 5 AOUT (10 h. matin). — M. CALOT. — Traitement des tumeurs blanches : genou, pied, épaule, poignet. Injections intra-articulaires. Appareils de ces régions.*
- V. *Vendredi 6 AOUT (10 h. matin). — M. CALOT. — Traitement de la luxation congénitale de la hanche.*
- VI. *Vendredi 6 AOUT (5 h. soir). — Dr PRIVAT. — Traitement de la paralysie infantile du pied-bot paralytique. Syphilis des os et des articulations.*
- VII. *Samedi 7 AOUT (10 h. matin) — Dr FOUCHOU. — Radiologie et radiothérapie. Traitement du torticolis, de l'ostéomyélite aiguë et chronique.*
- VIII. *Samedi 7 AOUT (10 h. matin). — Mlle LARSON (Diplômée de l'Institut orthopédique de Stockholm, professeur de gymnastique suédoise). — Traitement de la scoliose essentielle de l'adolescence.*

Ce cours est public et aura lieu tous les jours de 5 heures à 6 heures du soir au Grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle. (Entrée : 57, Rue Cuvier).

IX *Dimanche 8 AOUT (10 h. matin).* — M. CALOT. — Traitement du pied-bot congénital. Traitement de la tarsalgie, de la maladie de Little, des déformations rachitiques (scoliose rachitique, *genu valgum*, déviations du tibia, coxa vara, etc.)

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Chaque élève inscrit sera exercé individuellement à la construction des appareils plâtrés et aussi, dans la mesure du possible, aux diverses opérations, soit par M. CALOT, soit par les Drs PRIVAT et ROUCHOU.

Pour l'inscription, les renseignements et le mode d'installation à Berck, s'adresser dès maintenant, au Dr PRIVAT, à l'Institut Orthopédique, Berck Plage (P. de C.)

Droits à verser 100 fr. pour les leçons, démonstrations et exercices pratiques.

Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

CONFÉRENCES DE RADIUM THÉRAPIE

Sous le patronage de Monsieur le Professeur Edmond Perrier, membre de l'Institut, directeur au Muséum d'Histoire naturelle et sous la présidence de Monsieur le Professeur Gaucher, Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES

Mercredi 30 Juin. — Ouverture des Cours, par Monsieur le Professeur GAUCHER ; La Radioactivité, Monsieur MATOUT, assistant au Muséum.

Jeudi 1er. Vendredi 2. Samedi 3, Lundi 5 Juillet. — Physique médicale du Radium. — Traitement des cancers par le Radium, Dr DOMINICI.

Mardi 6 Juillet. — Application du Radium au traitement des maladies nerveuses, Dr TOUCHARD.

Mercredi 7 Juillet. — Application des boues radioactives en thérapeutique, Dr Octave CLAUDE.

Jeudi 8 Juillet. — Application du Radium en Gynécologie, Dr Sophia FABRE (Madame).

Vendredi 9 Juillet. — Emploi du Radium dans les affections de l'appareil respiratoire et du tube digestif, Dr GRISZ.

Samedi 10 Juillet. — Application du Radium au traitement des maladies cutanées, Dr Sophia FABRE (Mme), Dr Octave CLAUDE.