

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ.

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

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

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

Vol. XXXVII

1er AOUT 1908

No 8

ACTUALITES

LE SANATORIUM, LE DISPENSAIRE ET L'HOPITAL SPECIAL POUR LE TRAITEMENT DES TUBERCULEUX (1)

Par le Dr S. A. KNOPF, de New-York,

Professeur au New York Post-Graduate Medical School and Hospital ; Directeur de la Clinique
Pulmonaire, et Médecin en Chef du Riverside Sanatorium de la Ville de
New-York ; Médecin consultant des Sanatoria de St. Gabriel
Binghamton, Scranton, etc., aux Etats-Unis.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs :

Trois sortes d'institutions sont non seulement les plus importantes, mais encore absolument interdépendantes dans la lutte contre la tuberculose. Il faut parler tout d'abord du dispensaire. Au point de vue historique, le premier dispensaire, tel que nous le comprenons aujourd'hui, fut établi à Edinbourg, en 1887, par le Docteur R. W. Philip. C'est donc au Dr Philip qu'appartient l'honneur d'être le père des dispensaires pour tuberculeux. Après le Dr Philip, il faut rendre hommage au Professeur Calmette, de l'Institut Pasteur de Lille, à qui l'on doit la création, en l'année 1900, du dispensaire antituberculeux Emile Roux, à Lille.

(1) Discours prononcé devant l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, réunis à Québec à l'occasion des fêtes du Troisième Centenaire du 20-23 juillet, 1908.

Mais c'est cependant six ans avant, en 1894, aux États-Unis, que le premier dispensaire privé pour le traitement des tuberculeux fut établi par le Docteur J. Bermingham. C'est enfin dix ans plus tard, en 1904, grâce aux efforts de mon maître et ami, le Professeur Hermann M. Biggs, officier général médical de la Cité de New York, que fut établi dans cette ville le premier dispensaire municipal. J'ai l'honneur d'avoir été attaché pendant plusieurs années au dispensaire fondé par Mons. Bermingham et d'être le directeur de la clinique municipale fondée par la ville de New York, depuis son ouverture, en Mars 1904.

Il y a quelques années que l'idée de fonder des dispensaires pour tuberculeux semble avoir germé dans divers pays. Et à ce propos je suis fier de pouvoir citer pour les États-Unis les faits suivants: Nous avons, en 1905, quinze dispensaires pour tuberculeux, et aujourd'hui, d'après la statistique fournie par Mons. le Docteur Ferrand, le secrétaire de notre Association Antituberculeuse Nationale, nous avons en ce moment pas moins de 140 dispensaires antituberculeux, dont 85 établis seulement dans les derniers six mois.

Après ce court aperçu chronologique, permettez moi de vous dire quelques mots sur le but d'un dispensaire, et je ne ferai d'ailleurs que répéter ici ce que je disais, il y a quelques années, dans un discours devant l'Académie de Médecine de New York, sous le titre de "The Modern Tuberculosis Dispensary." Les buts à atteindre par un dispensaire pour tuberculeux sont donc les suivants :

1° Le diagnostic précoce et certain de la tuberculose par tous les moyens physiques, bactériologiques, etc.

2° Soigner les malades ambulants, leur donner des médicaments, les conseils hygiéniques et diététiques, leur enseigner verbalement et au moyen d'instructions imprimées les soins à prendre pour éviter l'infection des autres et d'éviter de se réinfecter eux-mêmes.

3° Leur donner des crachoirs de poche, des médicaments, du lait et des œufs gratuitement.

4° La visite et l'observation hebdomadaire des malades à leur domicile par des infirmières qui devront en faire le rapport au médecin traitant.

5° Faire entrer les malades soit dans un sanatorium, soit dans un hôpital si le traitement ne peut pas se faire avantageusement au domicile du malade.

6° L'examen physique de tous les enfants et des autres membres de la famille afin de reconnaître la contagion tuberculeuse le plus tôt possible pour mettre immédiatement le malade en traitement.

Grâce à une loi que nous possédons à New York, notre département d'hygiène publique (Board of Health) a le droit d'obliger un malade tuberculeux à entrer dans une de nos institutions hospitalières si d'après l'opinion du médecin traitant, le malade ne se trouve pas chez lui dans les conditions sanitaires suffisamment rigoureuses, pour protéger les autres.

Cela vous intéressera peut-être d'apprendre que nous avons partagé en quelque sorte la ville de New York en districts dispensaires et que le chef de chaque clinique est en communication permanente avec le Secrétaire Général de l'Association de ces dispensaires antituberculeux. Un malade ne peut donc pas ainsi se servir de plusieurs dispensaires à la fois. Et de cette façon il ne peut recevoir des médicaments, des œufs et du lait que d'une seule source.

D'autre part, un malade qui demeure au bas de la ville ne peut pas être traité au dispensaire situé au haut de la ville. Nous évitons ainsi non seulement des dépenses inutiles, mais par ce système nous évitons surtout la multiplication des efforts.

Après le dispensaire vient l'hôpital spécial. Ainsi que je viens de vous le dire, le dispensaire sert de centre distributif des malades dans les diverses autres institutions antituberculeuses : hôpitaux spéciaux et sanatoria. Comme nous l'avons vu, le dispensaire sert à soigner les malades ambulants et à leur donner les renseignements hygiéniques, diététiques et prophylactiques. Il donne en plus, sans frais aux malades, des crachoirs de poche, des médicaments, des œufs et du lait, tout cela pour obtenir la guérison certaine le plus tôt possible.

L'hôpital spécial pour tuberculeux sert à recevoir les malades qui sont trop avancés pour le sanatorium. Cet hôpital sert à diminuer les foyers d'infection et de propagation de la tuberculose, car il reçoit non seulement les malades avancés mais encore les

malades qui constituent pour des raisons diverses un danger pour le voisinage.

Parmi les malades de l'hôpital spécial, qui de préférence devrait être situé non loin des centres populeux, on peut choisir aussi des candidats pour le sanatorium, car souvent un court séjour dans un tel endroit pour un tuberculeux peu avancé le prépare efficacement pour le traitement donné dans un sanatorium.

Au Congrès de la Tuberculose de Paris, il y a trois ans, il m'a été permis de parler de la mission médicale et sociale du Sanatorium pour Tuberculeux. Permettez-moi de vous répéter ici quelques phrases de ce discours, car mes convictions, à propos de l'importance du sanatorium, ont nullement changé depuis.

Le sanatorium pour tuberculeux, tel que nous le voyons de nos jours, dans tous les pays civilisés, n'existe que depuis un demi-siècle. En 1839, Bodington de Warwickshire, en Angleterre, eut le premier l'idée de mettre les malades dans un établissement où ils trouveraient un traitement approprié: suralimentation, chambres aérées jour et nuit, etc., le tout sous la direction et la surveillance constante du médecin.

L'Allemagne doit son premier sanatorium à Brehmer, et les Etats-Unis à Trudeau. C'est à la France que revient l'honneur d'avoir construit le premier sanatorium pour enfants tuberculeux. Grâce à l'énergie infatigable et à la philanthropie de notre très regretté maître Grancher, la France tient aujourd'hui la première place dans cette grande œuvre des sanatoria pour enfants.

Des volumes ont déjà été écrits sur la question des sanatoria pour adultes et enfants tuberculeux. Le temps limité mis à ma disposition ne me permettra que de faire un court résumé de la question.

Tout danger de contagion disparaît avec l'entrée du tuberculeux dans le sanatorium, et l'établissement offre au malade toutes les chances possibles de guérison. Ces résultats sont de 25 à 75 p.e., selon le genre de ces établissements, les uns recevant tous les malades, à quelque degré qu'ils soient, les autres ne recevant que les malades de date récente. Si la maladie est arrivée à une période avancée, le patient trouve le confort dans le sanatorium, et il y est objet de tous les soins médicaux dont dispose la thérapeutique.

Le sanatorium enseigne que la phtisiophobie (peur exagérée de la présence d'un phtisique), est une injustice et une cruauté. Il

prouve que les poitrinaires qui se soignent consciencieusement ne sont nullement à craindre et que le sanatorium pour poitrinaires n'est pas un danger pour le voisinage.

Toute cure possible est opérée dans le sanatorium, et cela presque indépendamment de la question du climat. Une fois retourné dans son foyer, le malade est un bien pour son entourage, car son retour est la preuve qu'on guérit de la tuberculose.

Le pensionnaire du sanatorium apprend la nécessité et l'importance de l'air pur. Il comprend la valeur d'une nourriture simple et saine.

Les cures opérées dans les sanatoria pour enfants représentent une moyenne de 75 %.

Il en résulte que nombre des pauvres êtres portant en eux le germe de la maladie et exposés à devenir difformes et estropiés, sont ainsi épargnés grâce aux sanatoria.

En dehors de la mission purement médicale du sanatorium ainsi résumée, voici sa mission sociale.

Dans le sanatorium se développent de hauts sentiments, tels que la charité, la bienveillance, la compassion. Le sanatorium combat l'alcoolisme comme maladie sociale. On y enseigne que l'alcool n'est pas un aliment, encore moins un remède pour le tuberculeux, et que cette croyance est une erreur pernicieuse.

Ceux qui ont mené une vie déréglée apprennent à se mieux conduire, et ceux à qui l'éducation a manqué, peuvent en acquérir.

Dans plusieurs sanatoria populaires, par des conférences, des discours et des formations de clubs, on enseigne la géographie, la botanique, et d'autres sciences naturelles. On y enseigne surtout la nécessité de l'air pur et l'importance de la propreté; et ainsi on parvient à prévenir du mal, non seulement de la tuberculose, mais de bien d'autres maladies encore, dues à une atmosphère viciée, à la malpropreté, au manque d'hygiène et aux habitations insalubres.

Les jeunes médecins servant au sanatorium en qualité d'aides-médecins s'y forment sous bien des rapports. Ils deviennent très habiles en diagnostic et arrivent à reconnaître sûrement les premiers symptômes de la maladie. Le sanatorium enseigne en outre aux classes dirigeantes que l'ouvrier doit recevoir un salaire suffisant et qu'il doit habiter et travailler dans des maisons salubres.

Cette pensée a inspiré dernièrement, en Amérique, M. Phipps, qui a donné à la ville de New York, la somme d'un million de dollars pour la construction de maisons modernes, salubres pour l'ouvrier.

Le sanatorium enseigne encore que le surmenage est un mal pour l'adulte, et que le travail forcé de l'enfant est une cruauté.

Les associations antituberculeuses, les dispensaires et les hôpitaux spéciaux, tous, ont une grande mission dans cette croisade contre une maladie si répandue. Mais, entre tous, le sanatorium a sûrement la plus grande mission. Il ne se borne pas à combattre la tuberculose parmi le peuple, il améliore le sort du peuple, et développe ses bons sentiments.

On a déjà fait beaucoup dans la guerre antituberculeuse dans tous les pays civilisés. Aux Etats-Unis nous pouvons compter déjà 162 associations antituberculeuses et le nombre des sanatoria aux Etats-Unis, qui en 1905 était seulement de 96, se trouve monté aujourd'hui à 184, et celui des dispensaires antituberculeux à 140.

Le Canada n'est pas resté en arrière dans cette lutte antituberculeuse. Selon des renseignements reçus de mes amis les Docteurs J. H. Elliott de Gravenhurst, et Arthur J. Richer de Montréal, et de Monsieur Moore, secrétaire de l'Association Canadienne pour la Prévention de la Tuberculose, il se trouve en ce moment dans votre beau pays 38 associations, 12 sanatoria et 4 dispensaires.

Vous avez même quelque chose en plus, quelque chose d'unique qu'on ne trouve nulle autre part. Vous avez à Ste-Agathe des Monts, un Préventorium, c'est-à-dire, un établissement qui reçoit les malades seulement prédisposés à la tuberculose, et où on les préserve contre le développement de la phtisie pulmonaire. Ce préventorium doit son existence aux efforts de M. le Dr Richer, de Montréal, et à la bienveillance et la générosité des dames de cette ville. Le préventorium est une conception canadienne et celle d'un Canadien, qui l'a construit dans votre pays, et vous pouvez être fiers de lui.

Partout dans le monde civilisé on travaille contre ce fléau connu sous le nom de tuberculose. L'on a fait beaucoup, mais il y a encore beaucoup à faire.

Etablissons donc partout des associations antituberculeuses ayant pour but d'éduquer, d'instruire et de renseigner le peuple; bâtissons des dispensaires et des hôpitaux spéciaux; surtout bâtissons partout des sanatoria où il en est besoin.

Mais n'oublions pas de garder un sentiment de profonde reconnaissance pour le grand nombre d'humbles praticiens qui nous ont aidé et nous aident encore avec désintéressement pour l'exécution de ces grandes entreprises. Eux, plus que personne, ont travaillé et travaillent à la solution du grand problème de la tuberculose. Exprimons aussi notre profonde reconnaissance et notre admiration pour tous ceux qui, en dehors de la profession médicale, ont contribué et contribuent à cette grande œuvre, en donnant leur argent, leur labeur, leur cœur et leur temps. Et c'est aux sanatoria qu'est dû le mouvement si répandu contre la tuberculose.

Une fusion salutaire s'est opérée; le riche s'est trouvé rapproché du pauvre, le savant de l'ignorant; la pitié a été éveillée dans le cœur de l'indifférent. Les femmes et les hommes de toutes conditions ont uni leurs efforts pour combattre l'ennemi commun. Un des plus beaux résultats dûs au sanatorium dans sa double mission médicale et sociale est bien celui de l'entente internationale. Les différentes nations se sont unies fraternellement dans la grande œuvre de la lutte contre la tuberculose. Cela ne fait-il pas pressentir l'aurore de la fraternité universelle?

Le Congrès International pour l'étude de la Tuberculose, dont je suis un représentant, apporte à l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, des salutations fraternelles et respectueuses, et tous vous invitent de se joindre à nous dans les travaux du Congrès. Le Congrès aura lieu à Washington du 21 septembre au 12 octobre.

Nous espérons y voir un grand nombre et de tous les pays, des médecins ainsi que des hommes et des femmes non médecins, mais s'intéressant à la tuberculose comme maladie sociale. Mais nous espérons surtout y voir nos chers voisins, nos frères et nos sœurs du Canada, pour nous aider dans cette œuvre commune. Cette invitation, bien entendu, a déjà été adressée officiellement au gouvernement canadien, mais j'ai tenu à la réitérer ici.

Car pour combattre la tuberculose avec succès, il est besoin, de l'action commune de gouvernements sages, de médecins bien instruits et de peuples intelligents.

MEMOIRES

REGIME LACTO-VEGETAL

Par le Dr C. N. VALIN,
Professeur suppléant d'hygiène, Professeur de Dermatologie,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

RÉGIME VÉGÉTAL

Les personnes qui ne peuvent aucunement tolérer le lait peuvent remplacer le régime lacto-végétal par le régime exclusivement végétal qui a les mêmes indications et jouit des mêmes qualités que le précédent ou encore peuvent remplacer le lait par les œufs dans le régime ovo-végétal.

QUALITÉS NUTRITIVES

Le règne végétal offre à l'homme une grande variété d'aliments riches en albumine, graisse, hydrates de carbone et sels minéraux, de sorte qu'ils peuvent satisfaire tous les besoins de l'organisme tant au travail qu'au repos. Ainsi les légumineuses (pois, haricots et lentilles) contiennent de 20 à 25 pour 100 d'albumine végétale et c'est pourquoi on les a appelées avec raison *la viande des pauvres* ; ils contiennent en outre de 50 à 55 pour 100 d'hydrates de carbone et de 25 p. 100 de sels minéraux. Une même quantité donc de légumineuses fournit en somme plus de substances alimentaires que la viande, car si dans 100 parties de celle-ci il y a 20 à 21 p. 100 d'albumine, il y a très peu de sels et pas d'hydrates de carbone. Donc l'homme qui prend 100 gr. de légumineuse se trouve mieux nourri qu'avec 100 gr. de viande.

Les céréales (blé, avoine, orge, sarrasin, maïs, riz) contiennent environ 10 pour 100 d'albumine, 70 à 80 p. 100 d'hydrates de carbone et 1 à 3 p. 100 de sels minéraux. Les pâtes alimentaires, macaroni etc. entrent dans cette classe. Les légumes verts sont moins nutritifs que les légumes secs, mais ils contiennent du sels minéraux et des principes extractifs qui sont apéritifs et favorisent les évacuations intestinales. La pomme de terre contient 20 p. 100 de fécule et alcalinise le sang, ce qui l'indique dans les diathèses acides.

Quand aux fruits ils se divisent en trois classe : les fruits pulpeux, farineux et muleux. Les fruits pulpeux, qui comprennent

(1) Voir première partie dans *l'Union médicale*, 1er juillet 1908.

les pommes, les bananes, les oranges, les poires, les pêches, les prunes, les pruneaux, les dattes, les figues, les cerises, le rasiin, ont une pulpe, très pauvre en azote, il est vrai, mais assez riche en glucase et en acides organiques. Or, la lactose, la glucose, la saccharose, sont des aliments dynamogènes par excellence. C'est ce qu'on oublie trop en pratique et ce dont profite certains athlètes renseignés sur la physiologie mieux que les médecins. Ainsi le Dr Kare Moun, célèbre coureur et champion, a pour principe, à la veille d'un concours, de ne s'alimenter qu'avec des substances sucrées : fruits céréalés dextrinisés par la cuisson, légumes verts, pain ; vin non fermenté, c'est-à-dire ne contenant que de la glucose et non encore de l'alcool. Il appuie sa méthode sur la physiologie qui nous enseigne, en effet, que les hydrates de carbone, et le sucre en particulier, produisent de la chaleur nécessaire à la machine humaine et du glycogène, l'aliment dynamogène par excellence, et cela le plus facilement, le plus rapidement et le plus économiquement. En effet, le muscle a besoin pour fonctionner de glycogène, or le glycogène dérive des aliments pour la plus grande partie sucrés et amylacés. Ce glycogène emmagasiné dans le foie est distribué aux muscles selon les besoins. Les muscles ont besoin pour fonctionner d'être soignés dans une solution de 1 à 2 p. 1.000 de glucose.

Le physiologiste Clauneau a prouvé que les aliments ne valent comme générateurs de force que par le sucre qu'ils contiennent ; que c'est le sucre qui procure le potentiel indispensable à l'entretien de la chaleur animale et au travail musculaire. Dastre n'a jusqu'à dire que le sucre est un aliment essentiel à la vie presque au même titre que l'oxygène et qu'il aurait autant droit que celui-ci au titre de "*pabulum vital*."

L'expérience, avant la physiologie expérimentale, avait consacré les grandes qualités du sucre comme aliment dynamogène, car les athlètes anciens et modernes ont eu recours plutôt à une alimentation végétale. En Angleterre, dit le journal "*The Vegetarian*," oct. 1902, les végétariens détiennent tous les records de 131 à 277 milles. Les Boërs, nous dit Gardner, dans le *Brit. Med. Jour.* 1901, ont dû leur grande résistance, dans leur dernière guerre, à l'usage du sucre qu'ils consommaient pur ou mélangé au café. Dans l'armée française on a fait des expériences conclu-

tes sur la force physique que le soldat puise dans sa ration de sucre. Les Allemands également donnent à leurs soldats une ration de 50 gr. de sucre. Les troupes coloniales anglaises ont de même une ration journalière de 100 à 250 gr. de sucre sous forme de confitures. Le sous-officier Neuville dit que le sucre est un excellent moyen non seulement pour relever les forces mais encore pour calmer la soif.

Bourrette regarde le sucre comme un des meilleurs moyens à opposer au camp de chaleur. Qansen, à l'observatoire du Mont-Blanc, offrait toujours à ses visiteurs des infusions chaudes *très sucrées*, afin, disait-il, de donner des jambes pour la descente. Le capitaine Steinitzer expérimenta la puissance dynamogène du sucre en faisant des ascensions au pic Bernia. Il rapporte qu'après une ration de pain, de beurre et de sucre, il s'est senti plus dispos qu'avec toute autre alimentation. Son régime comprenait 250 gr. de pain et de beurre et 1,750 gr. de sucre dont 750 pris la veille au soir, 500 le matin et 500 pendant l'ascension. Mêmes résultats des expériences de M. Coulton en bicyclette. Ainsi donc la physiologie et l'expérience sont dans le plus parfait accord au sujet des qualités dynamogènes du sucre. Et ce sont heureusement plutôt les doses moyennes et même petites, soit 60 à 80 gr. par jour, dans des infusions chaudes, qui sont les plus efficaces.

Mais il y a plus, M. Chameau prétend que le sucre favorise l'assimilation des albuminoïdes et modère le travail de désassimilation. De là une indication du sucre dans les états de dénutrition et de consommation. Le Breton, dans son *Traité sur les propriétés et les effets du sucre*, 1789, cite plusieurs exemples de fermiers qui ajoutaient du sucre à la nourriture des animaux pour provoquer l'engraissement plus rapide et plus facile. D'autre part, Alquier et Drovineau, dans leur ouvrage (*Glycogéine et alimentation rationnelle du sucre*, 1905,) prouvent l'utilité du sucre chez les hommes de peine, les ouvriers, les soldats en campagne, les athlètes, les explorateurs.

Voilà donc, un aliment d'origine végétale, le sucre, dont les qualités colorigènes et surtout dynamogénie sont généralement trop méconnues et voilà pourquoi je me suis un peu étendu sur ses mérites. Le sucre peut être obtenu sous bien des formes : fruits sucrés, confitures, sucre blanc, sucre d'érable, sirop d'érable, miel

etc. Au lieu donc de ne considérer le sucre que comme une friandise, un simple dessert, sachons nous en servir comme aliment dynamogène pour remplacer la viande. A ceux qui, en retard dans les connaissances de la diététique, se scandaliseraient d'un tel conseil, je leur répondrai par la phrase de M. Bouchard : " Je ne veux pas qu'on fasse du travail musculaire avec de la viande." Et pour plus de détail, je renvoie mes lecteurs à mon travail présenté au Congrès des Médecins de Langue française, tenu aux Trois-Rivières en 1906, et intitulé " Corrigeons notre régime alimentaire."

Mais les fruits n'ont pas seulement le mérite de nous fournir du sucre sous forme de glucose, saccharose etc, ils contiennent aussi des acides organiques qui contribuent à rendre la nutrition plus parfaite et à alcaliniser le sang par leurs combinaisons avec les bases qu'ils rencontrent dans le torrent circulatoire ou dans les cellules. D'autre part, ces acides des fruits sont excitants pour les voies digestives et favorisent ainsi la digestion et la régularité des évacuations intestinales.

Les fruits contiennent en outre des sels minéraux en combinaisons organiques qui contribuent à l'édification de nos tissus. Ainsi, par exemple, le raisin est riche en fer, en magnésium, en phosphates. Il y a même une *cure de raisin*, indiquée dans certains troubles digestifs et hépatiques. Il y a même parmi les fruits pulpeux qui ont une réelle valeur nutritive, par exemple : les bananes, les figues, les dattes, qui contiennent de la graisse et des matières sucrées en proportions assez considérables. Parmi les fruits farineux, la châtaigne contient, à poids égal, plus d'éléments nutritifs que la pomme de terre. Aussi, dans certains pays montagneux elle joue le rôle de la pomme de terre de nos plaines.

Les fruits huileux, tels que l'olive, les noix, le coco, etc, donnent une huile végétale qui certes peut avec avantage remplacer les graisses animales. L'huile d'olive a même des effets bienfaisants particuliers dans la lithiasis biliaire.

De sorte que, le règne végétal avec ses légumineuses, ses céréales, ses légumes secs et herbacés, ses racines et tubercules, ses sucres, ses fruits, peut fournir à l'homme tous les éléments nutritifs essentiels dont l'organisme a besoin, c'est-à-dire : l'aluminium, la graisse, les hydrates de carbone et les sels minéraux et cela avec

les deux grands avantages sur les substances animales : 1° de beaucoup moins provoquer des fermentations putrides toxiques ; 2° d'imposer, par conséquent, un travail moindre aux organes éliminateurs.

Les œufs, sont quelquefois ajoutés aux régimes précédents, lorsqu'on veut utiliser la graisse phosphorique contenue dans le jaune et l'albumine du blanc, ce régime mixte s'appelle

RÉGIME LACTO-OVO-VÉGÉTARIEN

Deux substances principales entrent dans la composition de l'œuf : l'albumine pure qui est le blanc et la graisse phosphorique qui est le jaune. C'est un aliment de premier ordre et précieux. Son albumine est moins susceptible que celle de la viande de produire de la fermentation putride. Il est de digestion facile pourvu qu'il soit absorbé à l'état cru, ou battu et formant une émulsion avec du lait ou très peu cuit. Le jaune contient du phosphore organique sous forme de lecithine dans la proportion de 72 p. 100. C'est donc un aliment médicamenteux, car on sait que les substances minérales en combinaisons organiques sont plus facilement assimilables. A cause de son phosphore il est indiqué dans tous les états de dénutrition du système nerveux, et à cause de son albumine pure et sa graisse il est un des principaux éléments de la suralimentation chez des tuberculeux et convalescents.

Il est constaté aussi par l'expérimentation que le jaune de l'œuf favorise l'écoulement de la bile, et comme il est indiqué dans la lithiase biliaire d'entretenir cet écoulement de la bile, l'œuf remplacera avantageusement la viande, car l'albumine de l'œuf est moins susceptible d'entretenir des fermentations toxiques intestinales.

REVUE GÉNÉRALE

L'ALBUMINURIE ET SA SIGNIFICATION PATHOLOGIQUE

Par le Dr JCS. COTÉ,
de St-Jovite.

La présence d'albumine dans les urines constitue l'*albuminurie*. La recherche de cet élément mêlé de sérum sanguin est la première opération que fait tout analyste urinaire.—Qui ne con-

naît le procédé simple et rapide de la chaleur aidée de l'acide nitrique ! Nous vous ferons grâce de sa description.

Celui du tube d'Esbach est plus précis et presque aussi simple : cette sorte d'éprouvette à essai est marquée sur sa paroi externe, vers la moitié, de la lettre U et vers son cinquième supérieur de la lettre R — le long du tiers inférieur est gradué des chiffres 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ; le 1 se trouvant à un centimètre du fond, le 7 s'arrête à deux centimètres de la lettre U et, entre eux, les distances allant en s'amointrissant à mesure qu'ils s'élèvent. Versez de l'urine jusqu'à U, ajoutez jusqu'à R. de la solution qui suit :

Acide pierique.....	10 grammes
Acide citrique.....	20 —
Eau distillée.....	q. s. pour 1 litre

Bouchez le tube, retournez le plusieurs fois pour que les liquides se mélangent bien. Puis enfin laissez le 24 heures en position verticale, après ce temps, le chiffre auquel affleure le dépôt vous indique le nombre de grammes, au litre, d'albumine.

Si parfois, trop albumineuse, une urine se prenait en masse sous l'action du réactif il faudrait étendre cette urine de moitié eau et ne pas omettre de doubler le chiffre du précipité pour le résultat définitif.

Voici la nomenclature des états pathologiques que peut signifier une présence d'albumine :

Toutes les *maladies aiguës*, simple amygdalite comme pneumonie peuvent se traduire par de l'albuminurie. Si par exemple, elle est abondante on sera en droit — à moins que d'autres symptômes y opposent une contradiction formelle — de songer à la scarlatine, affection qui à la manière des processus se localisant aux glomérules produit beaucoup d'albumine. Cette albuminurie au cours des maladies aiguës est l'albuminurie dite "fébrile" qui est légère, presque toujours disparaît en peu de temps quand elle ne prend pas le type rénal (*néphrite aiguë*) d'un pronostic incomparablement plus sérieux puis qu'il peut passer avec une extrême facilité au *Brightisme* : Des 3 albumines, la sérine, la paraglobuline ou globuline et la nucléo-albumine, la sérine excelle dans cette dernière maladie, tandis que la para-gobuline est au contraire prédominante dans les maladies infectieuses et les néphrites aiguës, on peut le constater au moyen du sulfate de magnésie qui

précipite la paraglobuline et la nucléo-albumine. N'oublions pas les *cancers*, la *Tuberculose* et la *Syphilis* du rein. Il ne faut pas croire que les *Infections chroniques* sont étrangères à notre sujet. En face d'une albuminurie qui n'aurait pas rencontré ailleurs sa signification, il est des cas où légitimement on peut l'envisager comme un *Symptôme avant-coureur de l'invasion bacillaire*.

Comme nous avons l'*albuminurie Prétuberculeuse* nous avons également l'*albuminurie Prégoutteuse* — *maladies des voies urinaires* (Retrécis urétraux) cyste purulente ; insuffisance vésicale ; Hypertrophie prostatique.

Intoxication médicamenteuse (cantharide, etc.).

Les *auto-intoxications* dues au surménagement, au froid supprimant la transpiration, aux brûlures, aux dermatoses qui prirent la surface cutanée d'une partie de son épiderme ; au mauvais fonctionnement du foie ou du tube digestif (dyspepsie, entérites, étranglement intestinal.)

Asystolie et chaque fois que par *compression de la veine cave inférieure et des veines et artères rénales* le courant sanguin est ralenti, la pression, diminuée c'est le mode d'action des *névroses* et de la...

Grossesse : L' "Albuminurie gravidique" presque exclusive aux primipares ; l' "albuminurie du travail" et l' "albuminurie des suites de couches" qui est ordinairement une manifestation de la pyohémie puerpérale.

ÉTIOLOGIE PHYSIOLOGIQUE

Une marche prolongée, l'obésité, une fatigue musculaire, l'impression du froid, une station debout ("albuminurie orthostatique"), *la période digestive* même peuvent produire de l'albuminurie physiologique.

LE FORCEPS ET SES DANGERS (1)

Vous avez lu bien souvent, sur nos observations d'accouchements : l'expulsion tarde à se produire, le fœtus souffre ; on termine l'accouchement par une application de forceps. Cela est bien facile à dire, et même à faire, mais n'est pas aussi déparvu

(1) *Leçons de clinique obstétricale* par le Dr Quiérel, professeur à Marseille. 1 vol chez Steinheil, éditeurs, 2 rue Casimir Delavigne, Paris, 1908.

de dangers que vous pouvez le croire. Sans doute, si nous bornons nos applications de forceps aux applications à la vulve, au détroit inférieur ou même dans l'excavation, lorsque la tête y est bien descendue ; si nous faisons alors avec soin la rotation, après avoir fait une prise régulière ; si nous surveillons l'extraction de manière à ne pas léser les parties molles, nous pouvons considérer qu'en général nous n'aurons pas d'accidents. Mais il est loin d'en être toujours ainsi. Je voudrais pouvoir passer ici en revue tous les dangers que peut causer le forceps, soit à l'organisme maternel, soit à l'organisme fœtal. Mais je n'ai pas le temps d'analyser tous ces accidents. Du côté de la mère, ils sont surtout infectieux ou mécaniques : col pris entre les branches, parois vaginales labourées par le bec des cuillères, déchirures complètes ou incomplètes du périnée, etc. La plupart de ces accidents sont dus à la négligence ou à l'impéritie de l'opération.

La meilleure connaissance à avoir pour les conjurer sera celle de ce qu'il faut faire pour les éviter. Prenez d'une façon rigoureuse les précautions d'asepsie et d'antisepsie que nous ne cessons de vous recommander, sachez bien quand et comment vous devez appliquer le forceps et vous ne connaîtrez pas les lésions maternelles.

Je m'étendrai un peu plus longuement sur les conséquences pour le fœtus, suivant mon habitude de prendre dans l'observation clinique la matière de nos leçons.

J'ai fait préparer un crâne des plus intéressants. C'est celui d'un enfant mort ces jours-ci à la Maternité ; la mère y était arrivée après avoir essuyé, en ville, cinq tentatives de forceps ; au toucher il était très difficile de faire un diagnostic car on percevait comme une série de sutures qui parcouraient le pôle céphalique, et lorsqu'on déprimait celui-ci, on sentait une crépitation ayant quelque analogie avec celle de l'emphysème sous-cutané. Il fallut pratiquer le toucher manuel pour faire le diagnostic ; la tête était très volumineuse et l'extraction présenta de sérieuses difficultés.

L'enfant naquit en état de mort apparente, put être ranimé, mais mourut une heure après.

A l'autopsie, on constata, comme vous le constaterez vous-mêmes à la fin de la leçon, une série de fractures de la voûte du crâne :

il y en a cinq ou six, surtout sur les régions pariétales; elles s'entrecroisent de telle sorte qu'il est difficile et serait fastidieux d'en donner une description détaillée.

Une erreur, Messieurs, court les rues; c'est que le premier-né est le plus intelligent de la famille. C'est tout le contraire qui est la vérité, la science obstétricale nous l'affirme. Les primipares accouchent après un travail laborieux et c'est surtout à l'occasion d'un premier accouchement que l'on doit avoir recours au forceps. Si l'enfant vit, il peut présenter plusieurs stigmates, au premier rang desquels on peut placer, comme l'a si justement établi Pinard, le strabisme. Depuis les travaux surtout de Couveliare, on sait qu'à la suite des accouchements laborieux, de ceux surtout qui se sont terminés par une application de forceps, il se produit souvent non seulement des hémorragies, mais des hémorragies dans la substance nerveuse elle-même, particulièrement dans le bulbe et la moelle cervicale. Ces hémorragies peuvent ne donner des signes attestant leur présence que dans les trois à cinq jours qui suivent la naissance.

Vous voyez donc bien que, si l'on peut se féliciter d'avoir extrait un enfant vivant, il faut s'attendre à la possibilité d'un malheur que rien ne faisait présager. Ces accidents et d'autres que je passe sous silence sont surtout fréquents, lorsque le forceps est mal appliqué ou mal indiqué.

Je dois vous dire quelques mots de son histoire, avant de préciser ces indications.

Le forceps a été inventé par Pierre Chamberlen (1601-1683). Il a été successivement modifié par Jean Palfyn, par Levret, Smellie, Pajot, j'en passe et des meilleurs, et enfin par Tarnier. Au début, les recherches anatomo-obstétricales n'étaient pas poussées très loin; vivant ou non, il fallait que l'enfant fût extrait.

Le forceps était alors une véritable pince. On enfonceait cette pince dans la cavité vaginale, on cherchait à emprisonner entre les cuillères une partie fœtale, on pressait et on tirait. Plus tard on s'est préoccupé de le rendre plus favorable à l'enfant. Actuellement, le forceps est favorable à la mère et à l'enfant, mais avec une tendance très nette à prendre plutôt l'intérêt de l'enfant. Au point de vue de la pratique, il y a deux écoles, l'école allemande et l'école française.

En Allemagne, on se préoccupe surtout de la mère, quelle que soit la position du fœtus. On applique solidement la cuillère gauche à gauche, la cuillère droite à droite, on serre fortement et on tire ; il faut surtout ne pas laisser échapper la tête fœtale,

En France, on a plutôt le culte de l'enfant. C'est dans ce but que l'on est arrivé d'abord aux forceps de Levret et de Pajot, puis enfin à celui de Tarnier.

Le forceps de Tarnier présente, entre autres avantages, celui-ci que toute la force s'exerce utilement sur la tête fœtale. Nous cherchons, en France, à faire une prise régulière. Qu'est-ce donc qu'une prise régulière ? Appliquer régulièrement le forceps, c'est prendre entre les cuillères la tête fœtale aux points d'élection. Farabeuf et Varnier ont démontré que la tête pouvait être considérée comme un ovoïde. Si vous ne le saisissez par une circonférence située au-dessus de la partie la plus large, il glissera comme un œuf qu'on chercherait à retirer de son coquetier en ne le saisissant pas au delà de son ventre ou équateur. On peut considérer à cet ovoïde plusieurs méridiens, dont deux principaux. L'un passe par le menton, le nez, la suture sagittale, la protubérance occipitale externe, le trou occipital, c'est le méridien sagittal ; l'autre qui lui est perpendiculaire, passe en avant de l'oreille par l'apophyse zygomatique et la fosse pariétale, c'est le méridien latéral ; la prise doit être faite suivant ce second méridien.

Et c'est parce qu'en France nous nous attachons à faire une bonne prise que nos statistiques, au point de vue du fœtus, sont tellement supérieures à celles de l'Allemagne ; je ne parle pas de l'Angleterre ; où jadis surtout, l'on se préoccupait presque uniquement de la mère. Aussi est-ce de ce pays que nous viennent les craniotomies les plus perfectionnées.

Je ne parle pas du basiotribe Tarnier qui ne s'emploie que sur le fœtus mort.

Il faut donc que les cuillères emprisonnent les deux bosses pariétales ; la prise pourra par conséquent être oblique ou transverse, il faudra toujours la transformer en directe. Ce n'est pas, comme nous l'avons vu, ce qui est fait en Allemagne ; mais là où nous sommes irrémédiablement séparés, c'est lorsqu'il s'agit de l'application du forceps au détroit supérieur, admise en Allemagne et malheureusement encore en France par quelques accou-

cheurs attardés aux traditions scolastiques. La seule application logique serait l'application du forceps régulière par rapport à la tête. O. Farabeuf et Varnier en ont démontré de façon lucide les dangers. La tête étant généralement en position transversale, la branche postérieure pontera l'excavation ; on recommande bien de tirer en arrière, pour tirer dans l'axe du bassin, mais le forceps s'opposera à ce que la tête obéisse, à moins qu'il ne seie le périnée jusqu'au delà du coccyx. Les dangers sont encore bien plus grands dans un bassin rétréci. Parot comparait le forceps à un porte crayon qui écrase le crayon lorsqu'on pousse l'aumeau et Farabeuf a établi qu'il faut multiplier par 10 la force de traction sur la table fœtale pour avoir la pression supportée par cette tête. Si donc il faut une force d'une trentaine à une quarantaine de kilogrammes, la pression supportée par la tête sera de 300 à 400 kilogrammes. Quelle est la tête fœtale qui pourra supporter un tel poids sans être littéralement écrasée.

Il n'est pas étonnant que les accoucheurs philanthropes, qui se sont faits les apôtres de la puériculture, aient accueilli avec enthousiasme l'avènement de la symphyséotomie ; et vous avez pu juger par un cas tout récent combien les succès sont alors faciles.

Il faut donc savoir réserver le forceps pour un certain nombre de cas où les indications sont très précises.

Quelles sont, avant tout, les conditions nécessaires de façon absolue pour l'application du forceps ; elles sont au nombre de trois :

1° Il faut que l'enfant se présente par la tête ; j'ai vu des présentations de l'épaule sur lesquelles on avait tenté d'appliquer le forceps, au risque de produire des déchirures utérines et toutes sortes d'accidents. Je considère aussi comme interdite toute application sur le siège ; outre que le forceps dérape très facilement, il détermine des accidents très graves : la compression des organes abdominaux, des fractures du bassin, des cuisses, etc. Nous réserverons donc le forceps pour les présentations du sommet ou de la face et du front.

2° Il faut ensuite que la poche des eaux soit rompue. Le principal danger d'une application sur les membranes intactes serait le décollement, l'arrachement du placenta.

3° Il est de la plus haute importance que la dilatation soit

complète ; sans cela, on s'expose à de graves accidents. Supposons une dilatation non complète ; à la rigueur on a pu arriver à placer convenablement les cuillères ; le col subitement distendu se laissera déchirer ; et qui sait jamais où s'arrêtera une déchirure du col ; il n'y a pas loin de celle-ci à la rupture utérine. Ne vous laissez jamais aller à appliquer le forceps tant que la dilatation n'est pas complète, même si elle vous paraît facile à compléter.

Je n'aime pas beaucoup les dilatations digitales ou manuelles. Mieux vaut placer un ballon de Champetier de Ribes et attendre si on le peut.

Quelles sont les indications proprement dites de l'application du forceps. Si l'on consulte les livres, c'est très simple, et en effet, la plupart du temps, il en est ainsi. Ce sont :

Lorsque le fœtus souffre. Il expulse alors du méconium qui se mêle au liquide amniotique.

L'auscultation du cœur vous renseignera parfaitement. Si le rythme du cœur est modifié, si les bruits sont plus sourds, si, au lieu de 130 à 160, vous comptez au-dessus de 160 battements par minute, vous n'aurez qu'une chose à faire : Flambez le forceps, comme dit Pinard, et appliquez-le. Vous sauvez ainsi la vie à beaucoup d'enfants ; car bientôt les battements vont se ralentir, indiquant une menace sérieuse des conditions de l'hématose. Si les battements se ralentissent pour descendre au-dessous de 100, au moment où vous auscultez, hâtez-vous, il n'est que temps si vous voulez avoir un enfant vivant.

Une autre condition est réalisée lorsque le fœtus rencontre un obstacle qu'il ne peut surmonter ; c'est en général le périnée, la femme est exténuée, on applique alors le forceps au détroit inférieur ; on aide ainsi le front à rétro-pulser le coccyx et la tête à se dégager par réflexion.

Un autre cas est le suivant : après un travail régulier et très avancé, les douleurs s'épaissent, s'atténuent et cessent même complètement. Faut-il attendre et combien de temps ? Si l'œuf est entier, vous pouvez attendre ; avec un peu de patience, après un temps de repos, il y aura probablement une reprise de travail. Si la dilatation est complète, rompez les membranes, l'expulsion suivra peut-être. Si les membranes sont rompues, faut-il attendre ? Certains auteurs fixent deux heures comme temps invariable de

la période d'attente. Il n'y a rien là de mathématique ; c'est une affaire d'appréciation clinique. Je suis en effet d'avis qu'il ne faut pas attendre plus de deux heures, si la tête à nu dans l'excavation, comme le dit Pinard, reste deux heures sans progresser. Mais il est des cas où il faut agir avant ; si la femme est atteinte d'une affection cardiaque ou pulmonaire assez sérieuse, si elle est d'une constitution plutôt faible, etc. ; c'est, comme je vous l'ai dit, une affaire d'appréciation clinique.

Toutes les fois, donc, que le forceps est nettement indiqué, il vous rendra de réels services. On a même établi que c'était un instrument entocique, sa seule présence pouvant réveiller la contractilité de l'utérus.

Je ne veux pas terminer sans vous répéter, pour qu'ils restent profondément gravés dans votre mémoire, les points que je juge les plus importants : pas d'application inutile ; faites toujours une prise régulière et que cette prise soit faite sur une tête au plus haut dans l'excavation, jamais, sous aucun prétexte, au détroit supérieur.

DE LA SUPPRESSION ET DE LA REPRISE DU LAIT DANS LES DIARRHÉES DE L'ENFANCE (1).

S'il est une question qui semble rebattue, ressassée, et, en apparence, tranchée, c'est bien celle du lait dans l'alimentation infantile. Tout semble avoir été dit à cet égard, tout, sauf le dernier mot, qu'on attend toujours. Puisque le procès reste pendant, je demande à verser incidemment aux débats quelques courtes observations, résultant d'une longue expérience, et qui seraient bien heureuses si elles pouvaient apporter quelque lumière à ce gros problème d'hygiène sociale.

On a mené grand bruit dans ces dernières années — et c'était bien nécessaire — autour des garanties à prendre pour que le lait, sorti du pis de la vache, arrive à la bouche du nourrisson sain, propre et salubre. On l'a préconisé tour à tour bouilli, stérilisé, pasteurisé, refroidi et même cru. Malheureusement, sauf dans

(1) Travail présenté à l'Académie de Médecine, dans la séance du 5 mai 1907. Par le Dr Rousseau Saint-Philippe, de Bordeaux.

ce dernier cas tout exceptionnel, il cesse d'être vivant et peut-être mourissant quand il est devenu absolument aseptique, et c'est pour lui comme pour le patient humain : en visant les microbes qui l'adultèrent, on risque de détruire le contenant qui les recèle. Et l'on reste perplexe, presque aussi embarrassé que devant, tâchant seulement de faire pour le mieux. Voici que maintenant — c'est plus logique — on remet la charrue en bonne place. Qu'importe, en vérité, que le lait soit privé de germes nocifs, s'il est primitivement mal venu et de mauvaise qualité ? La chaleur, pas plus que le froid, ne sauraient lui donner ou lui restituer ce qui lui manque. Le premier soin est de veiller à l'hygiène, à la santé, à la nourriture des vaches, pour que le lait soit bon à l'origine. On sait, en effet, que le lait varie et qu'il est plus ou moins favorable suivant, particulièrement, ce que mangent en différentes saisons les vaches productrices. Donc, pour avoir du bon lait, il faudrait beaucoup surveiller, contrôler et diriger l'industrie laitière, ce qu'en France, et pour différentes raisons, on ne fait pas encore assez.

Mais il y a autre chose. Il y a un autre élément, un autre aspect du sujet qui est trop resté dans l'ombre, qu'on a peu à peu, et sans le vouloir, relégué au second plan, et qui me paraît pourtant mériter la plus sérieuse attention : c'est la façon dont l'enfant réagit vis-à-vis de l'aliment qui lui est fourni, la façon dont il se comporte à l'endroit du lait, même pur, même sain, même normal ; le résultat, enfin, du conflit physiologique qui a lieu dans la profondeur des voies digestives entre le sujet et l'objet de la digestion et de l'assimilation.

Il est bien entendu que, pour la simplicité comme pour la netteté de la démonstration, je n'envisagerai ici que l'emploi exclusif du lait de vache, que l'allaitement dit artificiel, l'allaitement mixte comportant d'autres réflexions, et pouvant, d'ailleurs, bénéficier, dans une certaine mesure, de celles que l'on peut articuler à propos du biberon seul.

En principe — il y a beau temps que je me suis hasardé à l'écrire — le lait de vache est fait pour le veau et non pour le petit être humain. Chaque espèce animale a son lait propre, et, en général, le lait de l'une ne convient pas à la progéniture de l'autre. Dans quelque cas, il lui est funeste.

Il n'y a d'ailleurs qu'à voir la manière dont le lait de vache, le seul lait vraiment pratique de nos femelles domestiques, est accepté par l'estomac de l'enfant. Dès qu'il est ingéré ou peu après, il provoque des gaz, de l'éruetation, du ballonnement, souvent des vomissements, puis de la constipation ou de la diarrhée. Les selles contiennent une grande quantité de matières crayeuses, pâteuses, mais fermes, un peu sèches, d'une couleur jaune pâle. Elles diffèrent notablement des selles de l'enfant au sein.

Aussi peut-on dire que tout enfant élevé au lait de vache présente de bonne heure de la gastro-entérite ou, tout au moins, un certain degré de dyspepsie gastro-intestinale.

Il y a là, selon moi, un double et précieux enseignement.

S'il convient de tâcher, par quelques artifices, notamment par le coupage, qui est le plus généralement admis, de rapprocher le plus possible le lait de vache du lait de femme, il importe surtout de fragmenter, de peser, de mesurer les doses pour le rendre plus digestif et partant plus assimilable. Peut-être néglige-t-on ce point. Peut-être l'abandonne-t-on un peu trop à la fantaisie des mères. Ce qu'il y a de certain, c'est que la plupart des enfants élevés au biberon sont des gloutons gorgés. Ce n'est pas comme un aliment qu'il faudrait administrer le lait, surtout pendant les premiers mois de la vie, c'est — qu'on me passe l'expression — comme un véritable médicament qu'il faut de temps en temps diminuer parce qu'il fatigue, ou supprimer parce qu'il est insupportable. L'augmentation paradoxale du poids hypnotise, pourrait-on dire, et les familles et les médecins, qui ne voient pas toujours, sous de fallacieuses apparences, naître et se développer l'infection et l'intoxication.

A mon dispensaire de Bacalan, où fonctionne une consultation d'élevage, j'ai l'habitude, quand on me présente un nouveau-né qu'il a fallu d'urgence et par force mettre au biberon, de le faire jeûner pendant le premier et quelquefois pendant le second mois. Je me résigne à ne pas le voir *grossir*, pour ne pas le voir péricliter ensuite et présenter tout à coup cette intolérance absolue qui oblige à renoncer à ce genre d'allaitement, pourtant le seul possible en de certaines circonstances. Je me le fais montrer souvent, tous les huit jours, avec ses selles, non pas seulement pour savoir, comme tout le monde, s'il profite — la balance est comme le thermomètre, c'est quelque chose, ce n'est pas tout — mais pour sur-

veiller surtout sa *médication alimentaire*, pour constater s'il digère convenablement, pour m'assurer par conséquent s'il se nourrit bien.

A la moindre alerte, on diminue la ration, on éloigne les repas. L'enfant ne veut plus de lait, entend-on dire de temps en temps à la mère. Ce n'est pas le lait qu'il faut accuser en pareil cas. Ce n'est pas toujours lui qu'il faut condamner. C'est la réplétion, c'est l'encombrement, c'est l'engorgement des tuyaux. Un repos momentané, une diète relative, quelques substances détersives viennent vite à bout de cet embargo — et la marche reprend peu après. Je suis convaincu que si l'on guettait davantage les nuages qui s'amoncellent périodiquement à l'horizon, on détournerait le plus souvent les orages qui fondent sur les petits sujets, contraignant le médecin à interrompre l'alimentation pendant un temps plus ou moins long ! Ce qui est fâcheux malgré tout.

Il est des cas très aigus de révolte absolue des voies digestives avec évacuations abondantes par le haut et par le bas, des cas de diarrhée cholériforme, de cholérine, de choléra infantile qui ne permettent pas d'hésiter un seul instant : à l'occasion d'une altération quelconque du lait, surtout à l'époque des fortes chaleurs, d'un écart de régime, d'une évolution dentaire pénible, ou de toute autre cause inconnue, le lait n'est plus toléré, il devient un poison dangereux qui menace la vie même, il faut le supprimer radicalement. Tout le monde est d'accord sur ce point. Tout le monde sait aussi qu'il faut faire abondamment boire l'enfant pour remplacer le lait dont il est privé. C'est la diète hydrique ; mais il faut s'entendre à propos de *cette diète*. On a coutume de donner au petit malade, en pareil cas, de l'eau bouillie, qui est horriblement lourde, ou du bouillon dit de légumes, qui est dangereux s'il contient du sel ou insipide et nauséeux s'il n'en contient pas. Il me paraît qu'on ne songe pas assez, à ce moment, aux effets, aux conséquences de la suspension de la dépuration organique et du filtrage rénal. Dans les entérites cholériformes, les urines se raréfient pour disparaître entièrement si le mal s'aggrave. Il y a alors comme une sorte d'inhibition des reins.

Existe-t-il un certain degré de néphrite irritative due au passage des toxines, que le foie n'arrête et ne détruit ? La rétention des chlorures joue-t-elle un rôle ? Les médicaments employés, le calomel, le naphthol, les salicylates, ajoutent-ils leur contingent ? Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on note assez souvent, à la suite

de ces diarrhées colliquatives, un grand nombre d'œdèmes, parfois même une véritable anasarque, d'ailleurs peu grave et de courte durée en général, et dont la pathogénie n'est pas encore bien élucidée. Quoi qu'il en soit, ce qu'on doit s'efforcer d'obtenir, c'est le lavage du sang que ne fait plus le lait. Aussi ai-je coutume de m'adresser, sans trop me préoccuper de savoir si elles sont aseptiques, aux boissons gazeuses, à l'eau glacée alcoolisée, au champagne frappé et dilué, à la tisane froide de café qui, avec les bains chauds, m'ont rendu plus de services que les boissons d'École signalées plus haut, auxquelles je reproche de n'être pas assez diurétiques.

Mais ce n'est pas exclusivement dans les cas aigus, dans les épisodes dramatiques que nous venons d'envisager, que s'impose impérieusement la suppression du lait. Certaines dyspepsies, certaines entérites chroniques, des états prolongés de dénutrition sont entretenus par l'usage exclusif ou non d'un lait qui a cessé de bien faire, et en l'enlevant de l'alimentation, on guérit très vite le sujet. Je crois avoir été un des premiers à signaler le fait, notamment dans un travail présenté à l'Académie en mai 1899. Il faut croire que dans ces circonstances, l'état des voies digestives, la qualité des sécrétions sont modifiées de telle sorte que l'acte physiologique d'où doit résulter la digestion, puis l'assimilation, est profondément troublé et vicié. Sous l'influence de l'altération de la muqueuse gastro-intestinale et de la chute de l'épithélium, dans le milieu fermentescible à flore microbienne multiple, l'opération est faussée, dévie et fait place à un développement anormal de gaz pudrides et d'hydrogène sulfuré, qui se traduit au dehors par des selles abondantes et fétides composées de matières jaunes brunâtres ou grisâtres, demi-liquides avec, ça et là, de petites masses plus consistantes, plus foncées, auxquelles se joignent de la mousse, des glaires et parfois même du sang. Il est de toute évidence qu'il faut soustraire l'aliment coupable, néfaste, incontestablement nuisible, puisqu'il est le seul en jeu, et le remplacer, suivant l'âge de l'enfant, par des substances amylacées, de digestion simple et facile. On est tout étonné de voir, comme par enchantement, cesser les accidents. Il faut savoir seulement ne considérer cette victoire que comme une trêve.

Qu'il s'agisse de l'état aigu ou de l'état chronique, l'enfant ne peut rester bien longtemps privé de l'aliment naturel ou du moins

de celui qui s'en rapproche le plus son milieu intérieur y est habitué, y est fait, et il ne s'accommode pas au-delà d'une certaine limite des succédanés par lesquels on a remplacé le lait. Seulement c'est ici que surgit la difficulté. Tous les praticiens la connaissent. Dès qu'on reprend le lait, la diarrhée reparaît, sinon les vomissements, et l'on se trouve aculé à ce dilemme déconcertant et insoluble : le lait est nécessaire à l'enfant, et le lait le rend malade ; il supporte mieux une autre alimentation, non appropriée, ne lui réussit pas ou ne lui réussit plus ; il maigrit, s'étiole et se cachetise. Que faire ?

Une longue et patiente observation m'a permis maintes fois de sortir d'embarras, de résoudre l'équation. Il suffit de considérer paradoxalement, et comme je l'ai indiqué plus haut, le lait comme un médicament très actif, de l'administrer comme tel, par gouttes, si je puis ainsi parler. Au lieu de le prononcer sans explication qu'il faut "reprendre le lait" et de le laisser donner au hasard "par verre ou par tasse," prescrivons strictement une demi, puis une cuillerée à café toutes les trois, puis toutes les deux heures, jusqu'à ce que l'accoutumance perdue se rétablisse ; laissez l'enfant avoir faim, laissez-le jeûner comme dans les premiers jours de son existence au biberon : n'augmentez les prises de lait — froid plutôt que chaud — que lentement, que progressivement, en tâtonnant et en examinant chaque jour et les selles et le poids. Les enfants ne meurent pas de faim.

Que si le lait pur n'est pas toléré, comme les choses se produisent surtout pour l'état aigu, l'additionner en parties égales d'infusion de malt et le sucrer avec le sirop de papaine, cette pepsine végétale ; favoriser la digestion et l'alimentation à l'aide de la teinture de rhubarbe ou par de petites doses d'acide chlorhydrique dilué. Eviter que la diarrhée ne soit remplacée par de la constipation, qui est pire, et avec de la patience, de la prudence et de la persévérance, on arrivera souvent au résultat désiré, si aléatoire, si irréalisable par les moyens ordinaires.

J'ai devers moi une centaine d'observations de faits bien étudiés et tout à fait démonstratifs. Ils se ressemblent tous, ce qui me dispense d'en donner le détail. Ce sont tous des enfants athrepsiques, dystrophiques, atrophiques, réduits à l'état squelettique, que j'ai pu véritablement ressusciter, rattacher à la vie en modifiant leur alimentation, en les remettant, après l'avoir sup-

primé, au régime lacté exclusif, mais réglé suivant la technique, suivant la méthode très précise et très sévère que je viens d'indiquer, et en y mettant le temps voulu. En pareil cas le temps est toujours nécessaire. Mais qu'importe si le succès est au bout et si ce succès réussit à abaisser le coefficient de la mortalité infantile !

Comme conclusions, je crois pouvoir dire :

1° Que le lait n'est pas cet aliment parfait, antitoxique, facilement assimilable, complet, qu'on a préconisé pour tous les cas :

2° Que notamment le lait de vache même pur, même sain, même normal, n'est pas, *ipso facto*, accepté par l'estomac de l'enfant ; qu'il faut en surveiller et en favoriser la digestion et l'assimilation ;

3° Que s'il est nécessaire de veiller à avoir du lait pur, sain et normal, il n'importe pas moins de diriger avec le plus grand soin l'administration et le dosage de cet aliment ;

4° Qu'il est des cas où le lait devenu toxique doit être supprimé sans hésitation, des cas à marche aiguë, des cas à marche chronique, où les sucédanés doivent être très soigneusement choisis ;

5° Que néanmoins le lait étant l'aliment le plus naturel, en thèse générale et à moins de contre indication absolue, de n'en pas priver l'enfant trop longtemps, surtout si l'alimentation intermédiaire ne lui est point ou ne lui est plus favorable. Les voies digestives, une fois nettoyées, désinfectées et remises en état, acceptent volontiers le lait qui leur était antérieurement nuisible ;

6° Que cette reprise du lait — et c'est là le but principal de ce travail — doit être faite à doses infinitésimales pour débiter, qu'elle doit être conduite avec prudence, précaution et patience, et qu'elle doit être aidée de substances digestives légers, mais sûres, et ayant fait leurs preuves.

LE TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIOMS PULMONAIRES AIGUES DE L'ENFANCE (1).

Je laisserai de côté les bronchites et les laryngites aiguës, avec ou sans spasme de la glotte, pour ne m'occuper que du traitement

(1) Par le Dr Deléarde, agrégé à la Faculté de Lille.

des pneumonies, des broncho-pneumonies et des bronchites capillaires.

La thérapeutique de ces affections est bien connue, mais son application laisse parfois à désirer par la négligence de certains détails ou par l'uniformité de la méthode employée qui ne convient pas à tous les cas, ce qui explique certains insuccès.

* * *

La première indication à remplir dans le traitement des maladies qui nous intéressent est la révulsion, qu'il faut faire énergique, répéter dans les vingt-quatre heures et poursuivre pendant toute la durée de la maladie, non seulement jusqu'à la défervescence définitive de la température, mais encore jusqu'à la disparition des principaux signes stéthoscopiques et, en particulier, de la bronchite des bronches moyennes.

La révulsion convient à tous les cas, elle doit être la base du traitement ; elle ne rencontre jamais de contre-indications et s'applique même aux enfants en bas âge.

La ventouse sèche n'est guère commode à appliquer sur le thorax des jeunes enfants. Les badigeonnages de teinture d'iole amènent des excoriations de la peau.

Restent la sinapisation et l'hydrothérapie : la sinapisation se fait soit avec la vulgaire feuille de papier Rigollot que l'on trempe dans de l'eau froide et que l'on applique sur la peau en la maintenant en place au moyen d'une bande, ou bien avec de la farine de moutarde.

Le papier Rigollot rend des services chez tous les petits, les nourrissons dont l'épiderme est si tendre. On le laisse en place de 5 à 10 minutes ; en changeant le lieu d'application on peut, dans l'espace de 24 heures, provoquer une rubéfaction assez marquée sur toute l'étendue de la poitrine.

Dès que le petit malade a atteint l'âge d'un an, il est préférable d'avoir recours à la farine de moutarde.

Le procédé que je considère comme le plus simple et celui que je recommande, c'est l'enveloppement sinapisé. Il présente l'avantage d'être préparé en quelques minutes ; il est de plus extrêmement actif et provoque une rubéfaction de la peau persistante pendant plusieurs heures.

Voilà comment on prépare l'enveloppement sinapisé : dans une cuvette contenant une grosse poignée de farine de moutarde on verse de l'eau froide de façon à faire une pâte assez liquide. On laisse macérer quelques minutes jusqu'à ce qu'une forte odeur de moutarde se dégage, et l'on trempé alors une serviette-éponge humide dans la cuvette pour l'imprégner complètement de farine de moutarde ; alors l'enfant étant déshabillé complètement on enveloppe tout le thorax de cette serviette qui doit faire au moins le tour complet de la poitrine et du dos.

On met l'enfant dans une couverture de laine et on le replace dans son lit en le serrant pour qu'il ne se débatte pas trop lorsque la moutarde commencera son action. Au bout de 15 minutes on dégage l'enfant que l'on plonge rapidement dans l'eau tiède d'une baignoire, ou qu'on lave avec une éponge pour le débarrasser de la farine de moutarde restée adhérente à la peau.

L'enfant, nettoyé et habillé, est placé dans son lit et la plupart du temps s'endort après l'enveloppement. Celui-ci provoque une rougeur souvent intense de la poitrine et du dos, rougeur qui dure plusieurs heures. Suivant la gravité des cas l'enveloppement est répété deux ou trois fois dans les 24 heures. Ce procédé dispense des bains chauds ou froids, mais ne les exclut pas ; car dans l'intervalle des enveloppements, on peut, si on le juge nécessaire, baigner l'enfant.

* * *

L'hydrothérapie est employée sous forme de bains chauds, froids, tièdes, de bains sinapisés ou encore de l'enveloppement froid et même chaud. Chacun de ces procédés trouve son application dans des cas particuliers, toutes les broncho-pneumonies ne tirent pas profit des bains chauds, c'est la forme de la maladie qui doit guider le médecin.

Voilà par exemple deux enfants atteints de broncho-pneumonie : l'un présente une dyspnée marquée, une légère teinte cyanotique des lèvres, un faciès vultueux, les yeux brillants, les lèvres et la langue sèches, le pouls rapide, une température de 39°, 5. L'auscultation a démontré une broncho-pneumonie étendue à un poumon presque entier et même quelques foyers disséminés dans l'autre poumon.

En un mot, c'est surtout l'extension de la lésion qui constitue la gravité du pronostic encore plus que l'infection. En pareil cas deux enveloppements sinapisés et des bains chauds à 38° au nombre de quatre dans la journée seront recommandables et représentent le traitement le plus rationnel et le plus efficace.

L'autre enfant, atteint lui aussi, de broncho-pneumonie, n'a qu'une dyspnée légère ; son pouls est faible et rapide, son facies est plutôt affaissé, pâle, anémié ; des fuliginosités couvrent ses lèvres, ses gencives. A l'auscultation on constate un foyer limité, des râles de toutes les dimensions avec un souffle léger. La température est tantôt élevée (40°), tantôt elle est redescendue à 38°.

Chez ce second malade c'est l'infection qui domine, c'est une forme ataxo-adynamique de la broncho-pneumonie, celle qui survient dans la convalescence des maladies qui ont déjà affaibli la résistance du malade : la dyspnée, la scarlatine, la fièvre typhoïde. L'état de prostration est aggravé par des bains chauds, tandis qu'il est grandement soulagé par les bains froids de 25° de quelques minutes de durée ou mieux encore par les grands enveloppements froids répétés toutes les trois heures. Sous l'influence de l'eau froide qui stimule l'état général, qui relève la tension du pouls, la diurèse est plus abondante et l'enfant boit volontiers ; les forces sont ranimées, c'est, en quelque sorte, un coup de fouet que l'on donne à l'organisme.

En présence d'un enfant de broncho-pneumonie on se souviendra donc de l'action différente des bains chauds et des bains froids. Les premiers seront réservés aux cas où l'étendue des lésions dépasse l'intensité de l'infection.

Les seconds, au contraire, trouveront leur emploi toutes les fois qu'il sera nécessaire de relever l'état général, de tonifier l'organisme profondément intoxiqué par un foyer microbien très virulent. Grâce à l'emploi combiné des enveloppements sinapisés préparés à l'eau chaude et des bains tièdes entre 35 et 37 degrés, on remplira les indications les plus urgentes pour soulager le malade.

Les bains sinapisés n'ont d'action révulsive qu'autant que leur température ne dépasse pas 30 degrés. Si on ajoute de la farine de moutarde à un bain de 37-38 degrés elle perd une grande partie de ses propriétés, c'est l'eau chaude et non la farine de mou-

tarde qui rougit le corps du patient. Les bains sinapisés sont d'excellents révulsifs: ils ne présentent aucune contre-indication, mais ils ont le désavantage de ne pouvoir être répétés plus de deux fois dans les 24 heures.

Quel que soit le mode de traitement choisi ou indiqué, le nombre des bains ne doit pas dépasser 6 par 24 heures, soit un bain toutes les 4 heures. Il en est de même pour les enveloppements froids. Toutefois le cataplasme ou l'enveloppement sinapisés ne doivent être répétés plus de trois fois par jour.

Au fur et à mesure que la température tombe et que les signes stéthoscopiques se modifient dans le sens de la guérison, on diminue et même on supprime les bains chauds ou froids, mais nous considérons comme urgent de prolonger la révulsion par l'enveloppement sinapisé jusqu'à la disparition complète des signes de bronchite des bronches moyennes.

* * *

Il est enfin un moyen de traitement qui vient compléter la thérapeutique classique des pneumonies et des broncho-pneumonies, c'est l'abcès de fixation. Il trouvera son application lorsque dans les cas graves les procédés ordinaires ne paraissent pas amener de modification dans l'état général et local, et lorsqu'un foyer étendu de pneumonie et de broncho-pneumonie est arrivé à la période d'hépatisation grise, alors qu'une suppuration abondante que l'enfant ne saura éliminer puisqu'il ne crache pas, va envahir une portion de l'appareil respiratoire. L'abcès de fixation est indiqué en un mot dans ces formes d'affections pulmonaire aiguë à marche rapide et envahissante, dans les pneumonies ou broncho-pneumonies dites infectieuses ou grippales avec association microbienne de pneumocoques et de streptocoques.

La substance à employer est l'essence de térébenthine injectée à la dose de 1 centimètre cube sous la peau de la face externe de la cuisse. L'injection doit être répétée si, le lendemain de la première injection, on ne sent pas un empâtement profond, signe de la formation de la suppuration. Lorsque l'abcès se collecte, on voit une amélioration sensible de l'état général et des modifications appréciables du côté des signes stéthoscopiques. La douleur, au niveau de l'injection, est parfois assez vive. L'ouverture

de l'abcès se fait lorsqu'on sent une fluctuation profonde évidente ou que le pus est sur le point de perforer spontanément le peau ; c'est en général vers le cinquième ou sixième jour que ces phénomènes se produisent. Il faut avoir soin de faire une asepsie absolue de la peau voisine de l'abcès et de la cavité de l'abcès afin d'éviter les infections secondaires. On draine pendant un ou deux jours. Si le pansement a été propre, la plaie est complètement cicatrisée en huit jours au maximum. On sait que le pus de l'abcès de fixation est aseptique ; quant à son mode d'action, il est encore assez peu connu.

La méthode des abcès de fixation reste un procédé thérapeutique d'exception, et sans attendre aux derniers jours de l'évolution d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie pour l'employer, elle rend de grands services dans les cas désespérés, alors que la thérapeutique ordinaire a épuisé tous ses efforts et ne paraît pas lutter sérieusement contre l'infection et l'asphyxie.

* * *

Le traitement médicamenteux des pneumonies et broncho-pneumonies aura pour but de faciliter l'élimination de l'exsudat et de soutenir l'action du cœur. La première indication sera remplie par l'emploi des expectorants, benzoate de soude, ipéca, oxymel scillitique. On pourra par exemple formuler pour un enfant à partir de 3 ans.

Benzoate de soude	3 grammes.
Acétate d'ammoniaque	3 —
Sirop de tolu.	40 —
Sirop d'ipéca.	10 —
Sirop de polygala	40 —
Julep gommeux.	q. s. p. 150 —

On remplacera le sirop d'ipéca par 15 grammes d'oxymel scillitique si l'enfant a des nausées.

A prendre par cuillerée à dessert, rue toutes les trois heures, dans une infusion tiède, thé, tisane pectorale aromatisée avec quelques gouttes d'eau de fleurs d'oranger.

La médication tonique du cœur sera favorisée par les injections sous-cutanées de 1 centimètre cube d'huile camphrée au 1/10,

une ou deux fois par jour, et la spartéine associée ou non à la strychnine, suivant la formule :

Sulfate neutre de spartéine.	0 gr. 50
Sulfate neutre de strychnine.	0 gr. 003
Eau distillée.	10 ct. c.

une injection par jour.

La caféine est à laisser de côté.

La chambre du malade doit être maintenue à une douce température, 15 à 17°. L'air sera saturé de vapeur d'eau au moyen d'une marmite pleine d'eau que l'on maintiendra toujours en ébullition et dans laquelle on jettera une pincée de bourgeons de sapin et de feuilles d'eucalyptus ou encore une ou deux cuillerées à soupe du mélange suivant :

Ac. de phénique neigeux.	1 gramme.
Thymol.	2 —
Goménol ou Eucalyptol	10 —
Alcool à 95°.	200 —

L'humidité de l'atmosphère facilite l'expectoration et la liquéfaction de l'exsudat.

Au lieu d'être couché, l'enfant sera assis dans son lit ; cette dernière position empêche les congestions passives et l'infection du poumon dans les parties déélevées.

(*Echo Médical du Nord*, 15 septembre 1907.)

INTOXICATION ALCJOLIQUE CHEZ UN NOURRISSON (1).

Il est une cause de dépérissement de l'enfant au sein que l'on a guère de loisir d'observer à l'hôpital : c'est l'intoxication par l'alcool ; elle est unanimement admise actuellement par les auteurs et les travaux de NICLOUX, qui ont démontré le passage dans le lait de l'alcool ingéré par les nourrices, n'ont fait que renforcer des preuves cliniques déjà suffisantes.

Il m'a été donné d'observer en clientèle un nourrisson dont

(1) Par le docteur Paucot, chef de clinique obstétricale à la Faculté.

l'histoire m'a paru assez typique pour être rapportée. La voici :

J'avais accouché, à la fin du mois de Mars 1908, une jeune femme âgée de 20 ans, la grossesse n'avait rien présenté qui mérite d'être signalé et l'accouchement fut des plus normaux.

L'enfant, un garçon, n'avait pas été pesé à sa naissance : mais je crois ne pas me tromper en affirmant qu'il pesait un peu plus de 3.000 gr., il était sain et vigoureux.

Dès sa naissance il fut allaité au sein par sa mère très régulièrement et pesé toutes les semaines. A la fin de la première semaine il pesait 3.120 gr.; il continua à pousser d'une façon très satisfaisante pendant trois semaines.

La quatrième semaine il n'augmenta guère que de 100 gr. et je fus appelé dans le courant de la cinquième semaine parce que l'enfant vomissait.

Il avait une légère régurgitation de lait aussitôt après la tétée mais vomissait de l'eau accompagnée ou non de petits morceaux de lait caillé une heure et demie ou deux heures après la tétée.

La mère, ayant du lait en grande abondance, je crus d'abord que l'enfant était suralimenté bien qu'il existât de la constipation. Je conseillai de le peser avant et après la tétée ; ce qui fut fait et permit de constater que le nourrisson prenait de 75 à 80 gr. de lait par tétée.

C'était une quantité normale, je la fis néanmoins diminuer légèrement pendant quelques jours sans succès d'ailleurs ; j'espérais alors de trois heures l'intervalle des têtées sans plus de résultat.

Au cours des cinquième, sixième et septième semaines, le bébé augmenta de 50 gr., maigrit de 10 gr., puis regagna 20 gr. Les vomissements étaient de plus en plus abondants, le maillot en était traversé. J'ai assisté plusieurs fois à ces vomissements et j'ai vu l'enfant régurgiter avec force grin. ces de souffrances un flot de liquide clair d'odeur acidulée qui n'aurait pas tenu dans une cuillère à soupe ; trois fois sur quatre, au dire de la mère il n'y avait pas de lait coagulé. Les deux ou trois premières têtées du matin étaient en général mieux tolérées.

Le citrate de soude, l'eau de chaux échouèrent pitoyablement.

Mais ce sur quoi la mère attira surtout mon attention c'est sur l'agitation de l'enfant, " ce n'est pas étonnant qu'il ne pousse pas, disait-elle, il n'a pas de repos, il est trop nerveux, il ne dort

ni jour ni nuit, quand il dort, c'est un quart d'heure vingt minutes, il se réveille brusquement en sursautant, en criant ; sûrement il a des coliques, car il crie et pleure constamment."

En effet, le cri de l'enfant était loin de ressembler au cri physiologique, c'était manifestement un cri de souffrance, mais l'explication de la mère, coliques et nervosité, étaient loin de me satisfaire.

Cependant, l'état de l'enfant s'aggravait ; il ne prenait plus volontiers le sein, la constipation persistait et on obtenait péniblement chaque jour une selle grâce à des suppositoires et à des lavements. Les selles étaient granuleuses ; bien que restant très compactes, elles devinrent teintées de vert au cours de la huitième semaine et l'enfant maigrit de 130 gr. Les chairs étaient flasques, les yeux cernés, le ventre restait souple et non ballonné. L'enfant avait de temps en temps dans son berceau des soubresauts convulsifs ; son état général devenait mauvais, il s'cheminait à grand pas vers l'athropsie ; et pourtant la mère avait du lait en abondance et ne donnait que le sein.

J'avais examiné à plusieurs reprises la mère sans lui trouver la moindre affection, le fonctionnement de ses organes digestifs était excellent et son hygiène alimentaire, du moins celle qu'elle accusait, était parfaite.

Elle exerçait la profession de bouchère, n'était nullement surmenée et n'était exposée à aucune intoxication.

Or, un jour de la fin de cette huitième semaine, arrivant à l'improviste, je vis ranger subrepticement dans l'armoire un petit flacon ; sur la table traînaient deux verres encore poisseux ayant contenu de l'anisette. Cette découverte fit pour moi la lumière sur la nature de l'affection dont souffrait le nourrisson et par suite sur les causes de l'échec de ma thérapeutique. Je m'apostrophai mentalement, sans indulgence, pour n'y avoir pas songé et j'argumentai sévèrement la jeune mère qui me jura ses grands dieux qu'elle était d'une sobriété exemplaire et qu'il lui arrivait "une fois à jamais de boire une goutte d'anisette quand elle avait des coliques."

Mais je n'avais plus confiance et je fis une enquête discrète. La grand'mère et la belle-sœur me fournirent des renseignements précis et précieux. La mère était une jeune femme très sérieuse et jamais on ne l'avait vue en état d'ébriété même légère, mais

elle mettait chaque matin un petit verre de cognac dans son café; elle ne détestait pas voisiner et elle ne rechignait pas à prendre l'après midi de ci, de là, quelques " bistouilles " (on nomme ainsi du café plus ou moins largement arrosé d'alcool), ou quelques verres de bière quand il faisait chaud, enfin à chaque repas elle absorbait au moins un litre de bière.

Cette dernière semaine, marquée par un amaigrissement notable de l'enfant, la mère avait assisté à deux dîners, dits de famille, où elle avait fait copieusement honneur à la table, aux vins et aux liqueurs.

J'étais édifié; mais étant donné qu'au cours de mes précédentes visites j'avais suffisamment insisté sur la nécessité absolue de l'abstinence de boissons alcooliques quand on nourrit, pour être compris, je jugeai inutile de donner à nouveau des conseils que l'on était disposé à ne pas suivre, et de formuler des prescriptions hygiéniques que l'on était tout décidé à enfreindre à mon insu.

Je pris prétexte d'une analyse d'urine pour prescrire comme seules boissons du lait et de la tisane.

Deux jours après l'enfant dormait paisiblement toute sa nuit, était beaucoup plus sage le jour; les vomissements diminuèrent et à la fin de la semaine je constatai une augmentation de poids de 90 gr.

Mais devant les déclarations de la mère, m'affirmant qu'elle ne saurait vivre avec ce régime qui lui enlevait tout appétit et toute force, à son dire; sachant qu'il est encore plus malaisé de guérir un vice qu'une maladie, je redoutai le retour progressif aux anciennes habitudes et je me décidai à mettre l'enfant à l'allaitement artificiel.

Je lui donnai, au début, du lait coupé d'un quart d'eau puis très rapidement du lait pur.

La courbe de poids montre quels furent les résultats; l'enfant augmenta régulièrement de poids; les vomissements se produisirent d'une façon irrégulière, espacée et furent de moins en moins abondants: à la fin de la dixième semaine ils avaient complètement cessé.

Il aurait certes été préférable de continuer l'allaitement naturel, mais il m'aurait fallu avoir la certitude que la mère renoncerait à son intoxication quotidienne et je ne pouvais l'avoir.

Ce petit fait clinique m'a paru mériter d'être raconté, non parce qu'il présente un intérêt de rareté, mais bien au contraire parce qu'il doit être assez fréquent.

Il ne me semble pas inutile d'attirer l'attention des étudiants, sur une cause d'intoxication du nouveau-né qui est grave et qu'ils auront fort probablement l'occasion de rencontrer plus tard dans leur clientèle.

Les cabaretières par exemple sont bien souvent des alcooliques sans le savoir et leur profession ne leur rend guère facile la vertu de tempérance.

Sans incriminer l'influence de la profession, il n'est pas rare de voir la femme s'alcooliser ; dans la bourgeoisie et la classe riche, c'est avec des vins liquoreux, sous prétexte de se fortifier.

Il faudra savoir dépister ce vice qu'elles n'avoueront pas, il faudra les sermonner ; mais si l'enfant dépérit, si elles ne peuvent se corriger, il faudra non seulement conseiller l'allaitement artificiel mais encore s'opposer à l'allaitement au sein ; car le biberon avec tous ses dangers sera encore moins meurtrier que l'empoisonnement quotidien au sein de la mère.

L'observation que je viens de relater me semble très démonstrative à cet égard : dans les trois premières semaines qui suivent l'accouchement la mère est restée chez elle, elle a été surveillée et n'a pas eu le loisir de reprendre ses anciennes habitudes d'intempérance ; l'enfant a pendant ce temps grossi normalement et s'est bien porté.

Puis, au bout d'un mois elle recouvre sa liberté et en profite pour user et abuser des boissons alcooliques ; le résultat ne se fait pas attendre pour le nourrisson, son poids reste stationnaire, il souffre, il maigrit. Le poison lui est supprimé, aussitôt il se reprend à vivre et à grossir. Les symptômes qui ont le plus rapidement disparu sont l'agitation, l'insomnie ; la mère n'était pas à un régime de tempérance depuis douze heures que déjà l'enfant était plus calme et dormait.

Les vomissements ont été plus tenaces et n'ont disparu qu'au bout de deux semaines.

Cette jeune femme avait déjà perdu à l'âge de cinq mois un enfant qui était, paraît-il, superbe à sa naissance et qu'elle avait nourri quatre mois ; il avait, disait-elle, présenté les mêmes symp-

tômes que celui-ci et n'avait jamais poussé, il était resté chétif, malingre, et était mort de convulsions.

Il n'est pas hasardeux de penser qu'il a succombé à une lente intoxication alcoolique, et nul doute que le même sort fût réservé à son second bébé s'il n'y avait été soustrait.

INTERETS PROFESSIONNELS

COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC

La réunion régulière semi-annuelle des gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, a eu lieu à Montréal, le troisième jour de juillet.

Trente-six députés répondirent à l'appel nominal, lors de la séance de l'avant-midi, et trente et un à celle de l'après-midi.

Après avoir pris note de différents avis de motions qui devront prendre cours lors de la prochaine assemblée, le Président demande la permission de suspendre momentanément les travaux afin de permettre au Collège de se conformer à un vœu émis par le docteur Laphorn Smith, et approuvé à l'unanimité, en septembre dernier à Québec, en présentant au Président sortant de charge, M. le docteur E.-P. Lachapelle, une adresse de félicitations et de remerciements.

Quelques minutes d'attente, et le distingué Doyen de notre université entre à la salle des délibérations, accompagné du Président Normand, du Régistrare Boucher et du Trésorier Jobin, qui se sont empressés d'aller à sa rencontre à la salle d'attente où l'avait mandé un message spécial.

Voici le texte de l'adresse qui lui fut présentée :

MONSIEUR LE DOCTEUR PERSILLIER LACHAPELLE,

Chevalier de la Légion d'Honneur, Président du Conseil d'Hygiène de la province de Québec, Président du Collège des Médecins, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, à Montréal,

MONSIEUR LE DOYEN,

Il y a précisément dix ans, au sortir d'une lutte très vive livrée pour les intérêts professionnels, lutte soutenue, encouragée et dirigée par vous avec succès, vous étiez unanimement élu Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Votre position éminente dans le corps médical, vos loyaux états de service comme Trésorier de ce Bureau, vos connaissances si étendues des hommes et des choses, acquises au cours d'une carrière variée, vous désignaient naturellement pour cette charge pleine de responsabilités.

L'invariable courtoisie, l'exquise urbanité, l'inlassable patience dont vous avez toujours fait preuve dans la direction de nos délibérations, l'habileté et la sûreté de jugement apportées dans l'administration des affaires du Collège, vous ont conquis le respect et l'estime de vos anciens collègues, qui saisissent l'occasion de leur réunion semi-annuelle, pour vous renouveler l'expression de leurs sentiments de gratitude pour les services rendus à la profession médicale pendant les neuf années consécutives que vous avez présidé à ses destinées.

Le changement dans le mode d'élection des gouverneurs du Bureau restera, sans conteste, l'acte le plus important de votre administration. Les résultats en ont dépassé, jusqu'à un certain point, les prévisions les plus optimistes, car la création des districts électoraux a facilité l'éclosion de ces sociétés médicales qui ont développé un esprit de corps, d'union, de solidarité jusqu'ici inconnu aux médecins de langue française de l'Amérique du Nord, dont la force et la vitalité vont s'affirmant avec chaque congrès.

Vous auriez voulu faire plus pour la profession : vous rêviez de réformes plus radicales dans nos lois et règlements, vous desiriez rien moins que la conquête de notre complète autonomie professionnelle. Des décisions judiciaires et des actes législatifs regrettables ont anéanti pour le moment nos plus chères espérances. Il faut vous rendre ce témoignage que vous avez toujours défendu nos droits avec un courage, une vigueur et une tenacité dignes de succès. Heureusement le travail accompli n'est pas perdu, vos successeurs sauront y trouver des inspirations pour mener à bonne fin l'œuvre inachevée.

Les semences lentes à lever sont souvent celles qui donnent les plus beaux fruits.

Depuis notre dernière réunion, vous avez été nommé Doyen de la Faculté de Médecine de Laval à Montréal: nous avons été très heureux de l'apprendre, et nous sommes plus heureux encore de vous en féliciter. Cette position éminente, digne couronnement d'une longue et brillante carrière professionnelle, vous ouvre un domaine où vous pourrez exercer votre inépuisable activité et votre esprit d'initiative. Sous votre énergique impulsion, nous en sommes certains d'avance, la Faculté prendra un large essor vers le progrès, en dépit des difficultés à surmonter pour perfectionner une institution nouvelle dans un pays nouveau.

Vos anciens collègues seront fiers d'applaudir à vos succès dans l'avenir, car la gloire qui en rejaillira sur l'Université Laval, elle saura la partager avec le distingué Doyen de sa Faculté de Médecine.

L. P. NORMAND, *Président C. M. et C. P. Q.*

J. A. MACDONALD, *Secrétaire.*

Montréal, 13 juillet 1908.

La réponse du héros de la fête fut des plus heureuse, et il nous fait plaisir de pouvoir ici la consigner :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

MESSIEURS,

La sympathie et l'approbation que vous me manifestez dans cette adresse, où vous faites allusion à nos communs efforts, me touchent infiniment.

Cette démonstration amicale venant de vous, mes collègues et mes collaborateurs d'hier, n'était pas nécessaire pour me révéler l'entière communion d'idées qui existe entre nous. Ne m'en aviez-vous pas donné la preuve à trois reprises différentes, en m'élisant à la présidence du Collège pendant neuf ans, c'est-à-dire pendant tout le temps que j'ai eu l'honneur de représenter ma Faculté parmi vous ? Je ne pouvais pas espérer une approbation plus entière de mes efforts, que vous avez toujours secondés, et c'est pour moi une récompense suffisante. Votre manifestation ajoutera donc un bon souvenir à la reconnaissance que déjà je vous gardais. Je

sais très bien aussi que le peu que j'ai fait pour le Collège, c'est votre collaboration qui l'a rendu possible, de même qu'il m'aurait été impossible de fonder les œuvres auxquelles vous faites allusion, si je n'avais trouvé autour de moi, des collaborateurs zélés et dés-intéressés.

J'ai toujours eu, je l'avoue, la préoccupation des intérêts professionnels. Dès mes premières années d'exercice de la médecine, je m'étais très clairement rendu compte que la profession médicale ne pouvait jamais, dans la Province de Québec, tenir le rang qui lui convient parmi les professions libérales, si l'on ne modifiait et perfectionnait ses lois organiques ainsi que l'enseignement universitaire. C'est de cette double préoccupation que sont nés, d'un côté, la loi médicale de 1876, le projet de loi (malheureusement répété) de 1888, la loi plus récente de 1900, et, d'un autre côté, l'établissement de l'Université Laval à Montréal, la fondation de l'Hôpital Notre-Dame, et, plus indirectement, la création du Conseil d'Hygiène de la Province. Permettez-moi de vous rappeler brièvement quel fut le but de ces importantes mesures, que j'ai la fierté aujourd'hui d'avoir inspirées et défendues alors, et dont vous voulez bien m'attribuer en partie le mérite.

La loi de 1876 avait pour but de rendre accessible à tous les médecins, l'inscription au registre des membres du Collège, et de leur confier par conséquent la gestion de leurs affaires. La vieille loi de 1847 était à cet égard trop exclusive; elle ne permettait l'inscription qu'après quatre années d'exercice et moyennant une contribution spéciale de dix piastres, ce qui empêchait beaucoup de médecins de s'inscrire et, virtuellement, fermait les portes du Collège au plus grand nombre. Par la nouvelle loi, tout médecin licencié devient membre du Collège et il n'a à payer que sa contribution annuelle.

C'est donc à partir de 1876, que le Collège des Médecins devient réellement la corporation des médecins de la province et que son Bureau des Gouverneurs est vraiment le représentant de toute la profession médicale.

Le projet de loi de 1888, très élaboré, visait à régler toutes les questions intéressant notre profession, dont quelques-unes ont reçu une solution ultérieure, mais dont la plupart sont encore à l'ordre du jour: le tarif des honoraires, le code de déontologie profession-

nelle, le contrôle des remèdes brevetés, la suppression des charlatans, la réciprocité interprovinciale, le bureau central d'examineurs, l'élection des gouverneurs par districts, etc. Ce projet de loi qui visait à placer notre profession au rang qui lui convient, touchait à trop d'intérêts particuliers pour qu'on ne lui fit pas une opposition vigoureuse; j'eus même le regret de voir, à la dernière minute, ceux mêmes qui l'avaient approuvé le délaissier. Aussi rencontra-t-il à la Législature une mort rapide et complète.

Heureusement, et vous le faites ressortir avec beaucoup d'appos, la loi de 1900, et celle-là, vous avez contribué autant que moi à son succès, permit au Collège d'obtenir, si le Bureau des Gouverneurs y travaille avec zèle et avec entente, la reconnaissance entière de ses droits. La loi de 1900, en effet, en abolissant le privilège des procurations, a mis fin à toute tentative de contrôle des élections. La profession peut librement élire ses représentants, et les intérêts de chaque district de la province sont protégés. Aussi les médecins, enfin libres d'agir, organisent-ils la défense de leurs intérêts; ils se groupent, ils s'associent, ils prennent peu à peu conscience de leur mission. Nous sommes entrés dans la bonne voie Messieurs; avant longtemps, grâce à vous, grâce aux associations de districts, grâce aux revues médicales, grâce aux congrès de langue française, la profession médicale fera reconnaître dans cette province l'autorité de son action et recevra le respect qui lui est dû. Ce qui nous a le plus manqué jusqu'à présent, c'est l'esprit de corps, l'émulation, la bonne entente. Nous y arriverons. Ceux qui ont lutté avec nous jusqu'à présent, ont été à la peine; vous serez à l'honneur.

En 1880, la fondation de l'Hôpital Notre-Dame était devenue nécessaire. La profession médicale avait besoin d'un hôpital où elle put exercer librement son action. Il y allait d'abord de l'intérêt des malades, à qui le progrès n'est jamais indifférent; il y allait surtout de l'efficacité de l'enseignement médical, qui avait besoin, pour s'affermir, d'agrandir son champ d'action et de donner aux élèves plus de liberté dans leurs études. J'ai consacré à cette fondation toute mon énergie et la plus grande partie de mon temps; j'ai eu le bonheur, pendant vingt-cinq ans, d'être aidé dans ma tâche par des médecins et des citoyens dévoués, généreux, désintéressés. Cet hôpital, qui jusqu'ici a toujours prospéré, est un

admirable exemple de ce qu'il est possible de faire parmi nous, avec nos seules ressources.

La création du Conseil d'Hygiène n'intéresse qu'indirectement le Bureau des Gouverneurs. Cependant, lorsque j'eus le bonheur, en 1886, à l'issue de la grande épidémie de variole, de convaincre le gouvernement provincial de la nécessité de ce Conseil, j'étais certain que l'influence médicale n'en serait pas diminuée dans la province. Ce Conseil a beaucoup contribué à faire connaître et respecter les lois, les règlements, les préceptes de l'Hygiène. N'est-ce pas par l'hygiène que l'on démontre plus facilement au public la grandeur et la noblesse de nos préoccupations professionnelles, et l'application de l'hygiène n'est-elle pas, en soi, un enseignement. D'ailleurs, ce nouveau champ ouvert à l'énergie et au dévouement de notre profession, n'est-il pas aussi une partie de notre patrimoine. Ne sommes-nous pas là, pour améliorer la santé et conserver la vie ? Comment y arriver plus sûrement qu'en prévenant la maladie !

Tels sont, Messieurs, les faits les plus importants de ma carrière médicale, ceux sur lesquels se reportent le plus volontiers mes souvenirs. Si je me permets de vous les énumérer, c'est que vous avez, aujourd'hui, l'amabilité de m'en féliciter ; c'est que surtout j'ai conscience, dans tout cela, d'avoir travaillé avec courage et désintéressement à l'amélioration des lois organiques qui régissent les médecins, et au progrès de l'enseignement médical qui les forme.

C'est en regardant en arrière qu'on s'aperçoit du chemin parcouru, des travaux accomplis. Ces transformations médicales, dont je viens de vous entretenir, ont bien coûté trente ans de peines et d'efforts. C'est à vous, maintenant, de continuer la tâche commencée, d'assurer davantage encore les droits et le prestige de notre profession. C'est d'ailleurs ce que vous avez à cœur d'accomplir, je le savais ; vous avez tenu à m'en donner l'assurance ; je vous remercie profondément du plaisir que vous me causez.

Nous aurons encore, d'ailleurs, l'occasion de travailler ensemble au bien général de la profession. La Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal, en m'appelant à son décanat, me fournit l'occasion de continuer à promouvoir le progrès de l'ensei-

gnement. J'ai, sur ce point, l'entier support de mes collègues de la Faculté et des amis de l'institution. Nous ferons donc pour le mieux, suivant nos ressources, malheureusement trop restreintes. Laissez-moi vous dire que la Faculté de Médecine compte aussi sur vous, Messieurs du Bureau des Gouverneurs, qui ne sauriez vous désintéresser de l'œuvre universitaire, si nécessaire au bon renom professionnel. Le Collège des Médecins et l'Université ne sauraient se passer l'un de l'autre. C'est en unissant nos efforts que nous atteindrons plus rapidement au résultat désiré: le progrès et le bien-être de notre profession, par une sage administration de nos intérêts professionnels et par une amélioration de notre enseignement médical.

Veuillez, Messieurs, recevoir de nouveau mes plus sincères remerciements, et soyez convaincus que je conserverai de cette démonstration, un souvenir inoubliable."

Puis, au milieu d'applaudissements enthousiastes, M. le docteur Lachapelle descend de la tribune et laisse, en proie à une émotion visible, la chambre des délibérations, non sans avoir au préalable distribué de chaudes poignées de main à droite et à gauche.

Immédiatement après ces heureux moments de répit, le Bureau reprend ses travaux :

M. LE TRÉSORIER présente son rapport semi-annuel, montrant en caisse un excédent de \$4273.19.

M. LE RÉGISTRARE fait aussi lecture de son rapport qui démontre à toute évidence le travail colossal qu'il a dû s'imposer pour arriver à d'aussi beaux résultats en si peu de temps :

Les perceptions des contributions ont rapporté.	\$3,551.00
Les registres, duplicatas de certificats.	30.60
Les amendes payées par les charlatans et irréguliers.	450.00

Formant un total transmis au Trésor, de. \$4,031.60

Devant l'évidence des faits consignés aux rapports sus-indiqués, le Bureau ne pouvait rester indifférent; aussi un vote unanime de félicitations fut-il donné à l'adresse de Messieurs Boucher et Jobin.

Après avoir pris connaissance des demandes et requêtes de moindre importance et qu'il nous sera, d'ailleurs permis de lire au

rapport semi-annuel du secrétaire, la séance est ajournée à 2 heures de l'après-midi.

2 HEURES P. M.

Proposition du docteur Laphorn Smith *re* Nomination d'un agent secret chargé, moyennant une indemnité annuelle de \$1200, d'établir les preuves dans chacun des cas de charlatanisme ou de pratique illégale.

Cette proposition soulève une vive discussion à laquelle prennent part Messieurs Foucher, Simard, Laurendeau, Marsolais et autres.

La motion Smith, n'est pas acceptée, telle que rédigée; mais le Bureau est autorisé à dépenser cette année, une somme n'excédant pas \$1,000.00, afin de permettre à notre dévoué registraire de mener à bien l'œuvre de répression qu'il a déjà si énergiquement entreprise.

M. le docteur Lessard propose que les mots "Québec" et "Montréal" soient retranchés de cette clause de nos règlements qui définit quel sera le lieu de résidence du Trésorier.

Ici, l'assemblée reconnaît, sans considérer davantage la proposition de M. Lessard que, en principe, le lieu de résidence du Trésorier pourra être à la ville ou dans un district rural.

La motion du docteur Boucher à l'effet de placer la pédiatrie parmi les matières éliminatoires est adoptée.

Le docteur Laphorn Smith propose que l'honoraire de la licence soit augmenté à \$100.00. Cette proposition soulève une vive discussion, à laquelle prend part M. le docteur Simard, qui s'oppose à ce que l'on fasse à l'étudiant une barrière d'argent, et qui préfère qu'on lui fasse au contraire, une barrière scientifique, en s'occupant de rendre les examens plus sévères, si nécessaire.

Le docteur Marsolais admire la philanthropie de M. Simard qui pousse le dévouement aussi loin vis-à-vis la classe étudiante, mais il croit qu'il ne serait pas de mauvaise politique, de viser quelque peu à la protection du corps professionnel; en conséquence, il appuie la motion Smith.

M. le docteur Foucher propose, qu'à l'avenir, l'examen préliminaire pour l'étude de la médecine soit divisé en quatre groupes, dont deux pour les sciences et deux pour les lettres;

Que le premier groupe pour les sciences comprenne l'arithmétique, l'algèbre et la géométrie ; .

Que le second groupe pour les sciences comprenne la chimie, la physique, la philosophie et la botanique ;

Que le premier groupe pour les lettres comprenne le latin, la langue maternelle, le français ou l'anglais comme langue étrangère ;

Que le second groupe pour les lettres comprenne les belles-lettres, l'histoire et la géographie.

Les candidats devront conserver au moins la moitié des points affectés à chaque groupe. sinon ils seront obligés de reprendre le groupe sur lequel ils auront échoué. Le candidat qui dans l'un quelconque des quatre groupes n'aura pas conservé dans une matière le minimum des points exigé devra recommencer tout le groupe. — Adopté.

RAPPORT DES COMITÉS

Le comité *re* "Amendements à la loi médicale," fait rapport :

Ce comité, conformément à l'autorisation qui lui fut donnée lors de la dernière réunion a, par l'entremise de son secrétaire, fait adresser à chacun des médecins de la province, une circulaire les invitant à abstenir de chacun de leurs candidats respectifs, une lettre au cours de laquelle ceux-ci s'engagent à supporter devant la législature, toute mesure approuvée par le Collège des Médecins et tendant à faire amender l'acte médical. Dix-neuf candidats qui depuis ont eu l'honneur de l'élection, se sont engagés. Le Comité espère avoir l'adhésion de plusieurs autres députés qui ont fait une promesse verbale, et conséquemment se croit autorisé à présenter séance tenante, par l'entremise de son président et de son secrétaire, l'avis de motion suivant :

Proposé par M. Laurendeau, et secondé par M. de Martigny, que le Comité *re* amendements à l'acte médical, s'adjoignant le Comité de législation, soit autorisé à présenter à la Législature, dès la prochaine session, un bill pourvoyant :

1° A la création d'un Bureau de discipline avec des pouvoirs plus définis.

2° A l'organisation d'un Bureau central d'examineurs.

3° A la répression plus effective de l'exercice illégal de la médecine.

4° A l'obligation pour les universités de porter le curriculum des études médicales à cinq années.

M. Simard s'attaque à l'existence légale de cette commission et croit que le Bureau lui refusera le droit de se réunir le 21 de juillet, à Québec tel que décidé. Les commissaires pourront, dit-il, faire rapport à la prochaine réunion des gouverneurs en septembre.

M. Laurendeau affirme les droits qu'a la Commission de se réunir lorsqu'elle le jugera à propos et attire d'ailleurs l'attention sur son avis de motion.

M. Migneault : Nous proposons à la profession de donner plus de pouvoirs aux assesseurs aux examens, c'est-à-dire de leur donner le droit d'examiner et de voter sur une question de mérite. L'assesseur serait ni plus moins qu'un examinateur nommé par la profession. Ceci devrait, il nous semble, satisfaire aux exigences du corps médical.

M. Laurendeau maintient son avis de motion qui est approuvé.

Quant à ce qui concerne l'existence légale de notre Commission, et du droit qu'elle a de continuer ses travaux et de se réunir à Québec, lors du prochain congrès, j'avais omis de dire que la question fut tranchée immédiatement, par un vote condamnant la vive opposition du docteur Simard et approuvant l'œuvre saine et réconfortante de la commission *et* amendements à la loi médicale.

Au cours des débats, un des orateurs nous a rappelé que dans toutes circonstances où la profession a cherché à revendiquer certains droits sans avoir au préalable, obtenu l'appui des universités, elle a dû échouer en route, et qu'il en sera toujours ainsi. Nous devons avouer que ces paroles nous rappelant que nous sommes en tutelle, nous ont quelque peu froissés ; car, après tout, nous sommes devenus de grands enfants maintenant, et nous

J. E. D'AMOURS,
de Papineauville.

LE CONSENTEMENT MARITAL POUR LES OPÉRATIONS

Un chirurgien peut-il opérer une femme sans le consentement de son mari ? Cette question a été assez récemment soulevée devant le tribunal de la Seine (février 1907), mais n'a pas reçu de solution ferme. La première chambre du tribunal de la Seine avait à juger un procès intenté par les époux D... à M. le Dr Hartmann, chirurgien de Lariboisière, et à M. le Dr Lecene, son interne.

Les époux demandeurs invoquaient à l'appui d'une demande en 10.000 francs de dommages-intérêts, quatre griefs :

- 1° L'opération avait été faite par un interne non docteur en médecine ;
- 2° L'opération avait été faite à l'insu de la patiente ;
- 3° Le consentement du mari de la malade n'avait pas été demandé ;
- 4° L'opération ne s'imposait pas comme une nécessité.

Le jugement du tribunal a été rendu le 5 mars et a complètement débouté les demandeurs, en faisant justice du caractère aventureux de leur action judiciaire. Dans cette affaire, un seul grief présente un intérêt général pour les médecins ; le consentement du mari n'avait pas été demandé. Ce consentement est-il indispensable et le chirurgien qui ne l'a pas sollicité est-il passible d'une condamnation ?

Bien certainement la réponse à cette question, dépendra forcément des faits.

Un chirurgien peut se trouver devoir opérer une femme séparée de son mari, ou bien l'opération présentera un caractère de telle urgence que ce serait perdre un temps précieux et exposer la malade à de graves accidents que de postposer une intervention jusqu'à la réception d'un acquiescement marital.

Dans ces cas, les tribunaux s'inspireront toujours des circonstances de la cause. Brouardel, et tous les auteurs qui ont écrit sur les questions professionnelles sont d'accord pour affirmer :

“Quand vous devez opérer une femme mariée, n'oubliez jamais de demander le consentement du mari, qui est aussi indispensable que le consentement des parents quand l'opération porte sur des enfants.”

Mais cette affirmation générale ne comporte pas comme con-

clusions que le chirurgien doit s'incliner devant un refus d'opération opposé par le mari, et n'ait pas le droit de passer outre à cette opposition lorsque la patiente affirme sa volonté de subir l'opération proposée.

Le mari aurait le droit de se plaindre que le chirurgien n'ait pas demandé son consentement, mais il ne serait pas, pour cela, fondé à lui réclamer des dommages-intérêts, si l'opération a été pratiquée sur la demande expresse de l'opérée, malgré l'opposition maritale. En effet, dans le procès intenté au docteur Hartmann, maître Millerand, son défenseur, a soulevé l'importante question de la liberté individuelle :

Prenez garde! a-t-il dit. Si l'autorisation maritale est nécessaire, elle l'est toujours, elle l'est pour toutes les opérations, graves ou non, importantes ou non, l'autorisation maritale est nécessaire au chirurgien qui va pratiquer l'enlèvement des ovaires, mais elle est nécessaire au dentiste qui va enlever une dent ; et, s'il enlève une dent à une femme sans l'autorisation de son mari, il pourra être exposé à une demande en dommages et intérêts parce qu'il aura procédé à l'opération sans l'autorisation maritale ! N'avais-je pas raison, Messieurs, de dire que les conséquences sont ridicules ?

Mais elles sont odieuses aussi. Comment ? Voilà une femme qui demande à être opérée, son mari refuse, et l'on ne pourra pas l'opérer et le médecin sera arrêté, le chirurgien ne pourra pas se livrer à une opération qu'il juge indispensable au salut de la malade, parce que le mari ne veut pas. Mais où le mari puise-t-il ce droit ? Où est la nécessité de l'autorisation maritale ?

Le ministère public a avoué que la jurisprudence est muette sur ce sujet. La liberté de la femme de disposer de sa personne et l'impossibilité d'obtenir l'autorisation maritale dans les cas qui, justement, peuvent être l'occasion d'un litige, autorisent une liberté d'action très grande chez le médecin, liberté conforme d'ailleurs, à l'intérêt même des malades.

Et c'est ce qu'a pensé avec justice la commission des hospices de Bruxelles, qui a adressé à ses médecins une circulaire de service pour les informer qu'elle les autorisait, sous sa responsabilité, à pratiquer une opération jugée urgente ou nécessaire sur patientes mariées hospitalisées dans ses services. La commission, dans un exposé des motifs, fait allusion à la liberté de la femme mariée de son droit à la vie.

Voici le texte de ce document administratif :

MONSIEUR,

Notre Conseil a été appelé récemment à examiner la question suivante :

“ Le chirurgien peut-il pratiquer une opération jugée nécessaire et urgente chez une femme consentante, lorsque le mari refuse de la laisser opérer. ”

Afin de statuer en connaissance de cause, nous avons jugé utile de demander à ce sujet l'avis du Comité consultatif de notre administration.

Nous avons l'honneur de vous transmettre copie de cet avis et de vous faire connaître que nous en avons adopté les conclusions à l'unanimité.

Recevez, M...

(S.) MERCKX.

(S.) BRABANT.

Le Conseil Consultatif.

Vu la dépêche en date du 7 avril, par laquelle le Conseil Général d'administration des hospices et secours de la ville de Bruxelles demande l'avis du Comité sur la question de savoir si une opération, déclarée par les médecins compétents, nécessaire et urgente, peut être faite à une personne mariée qui y consent, malgré le refus de son époux, celui-ci menaçant même de recourir aux voies judiciaires, s'il était passé outre à son opposition.

Considérant que, si les administrations hospitalières ne sont pas responsables des décisions qu'elles prennent dans la sphère de leurs attributions publiques, il leur appartient de veiller, en accomplissant leur mission, à ce que les opérations que les médecins et chirurgiens déclarent nécessaires ne soient faites que du consentement des intéressés ou de ceux sous l'autorisation desquels ils se trouvent.

Considérant que la seule disposition à examiner à ce point de vue dans le cas soumis au Comité, est celle de l'article 213 du Code civil imposant à la femme mariée de devoir l'obéissance à son mari.

Que cette disposition n'accorde de prééminence au mari dans la Société conjugale, qu'en ce qui concerne les intérêts collectifs de la famille, et qu'elle ne saurait lui servir pour porter atteinte

aux droits individuels de son conjoint (Fuzier-Herman, T. II, n° 2160).

Que parmi ceux-ci il faut ranger le droit à la vie, et par conséquent celui de recourir aux soins médicaux ou chirurgicaux qui lui sont conseillés et offerts par des praticiens savants, expérimentés et habiles.

Qu'il s'ensuit que, s'il convient que, par respect pour l'autorité maritale les commissions des établissements hospitaliers ne permettent pas de pratiquer sur une femme mariée une opération chirurgicale reconnue nécessaire, mais dangereuse, sans que le mari ait été consulté ou tout au moins prévenu, sauf le cas d'urgence absolue ou d'impossibilité, il ne s'ensuit pas qu'elles ne puissent l'autoriser, même en cas d'opposition du mari, lorsque la femme ayant été avisée de ce refus, persiste en toute liberté d'esprit à demander que l'opération soit faite.

Est d'avis :

Que, sauf en cas d'urgence absolue ou impossibilité, il est opportun pour les commissions des hospices de prévenir le mari, lorsqu'une femme mariée, confiée à leurs soins, est dans le cas de devoir subir une opération chirurgicale qu'elle réclame, mais d'autre part qu'il y a lieu de passer outre à l'opposition du mari, si la femme persiste dans sa volonté et si l'opération est déclarée nécessaire par les autorités médicales.

Qu'il peut, d'autre part, paraître prudent, dans la mesure de ce qu'il est possible, de se procurer la preuve de la volonté persistante de la femme appelée à subir l'opération. (*Le Scalpel.*)

Bruxelles, le 8 avril 1908.

CHRONIQUE

Latreille. — Notre excellent ami Latreille nous est enfin revenu !

Nous n'avons pas l'habitude dans ces colonnes, de faire des louanges aux premiers venus ; d'un autre côté, puisque nous y déplorons quelques fois la perte de professeurs éminents, je ne vois pas pourquoi nous nous abstiendrions de faire part à nos lecteurs

de l'apparition de jeunes collègues qui devront jeter un certain lustre sur la profession médicale de notre jeune pays.

Nous analysons un peu plus loin la thèse inaugurale de notre distingué confrère. Ceux qui auront la bonne fortune de la lire constateront que Latreille s'est imposé un travail considérable, et qu'il est sorti des banalités pour sauter tout droit à la recherche de l'inconnu.

Nous connaissons trop l'esprit chercheur de notre ami pour supposer qu'il en restera là.

Nous faisons des vœux pour qu'on lui ouvre toutes grandes les portes d'un de nos laboratoires, où il pourra continuer ses recherches et faire bénéficier de son savoir les générations à venir.

Un congrès médical à Bombay. — On annonce qu'un congrès ayant spécialement pour but l'étude des maladies tropicales, aura lieu à Bombay, en février 1909. La réunion durera quatre jours, et les travaux seront divisés en six sections.

Les principaux sujets de discussion seront: la peste, la fièvre typhoïde, les diarrhées tropicales, le diagnostic différentiel des différents types de la malaria, la part jouée par les insectes dans la dissémination des maladies particulières aux tropiques, les effets cliniques et pathologiques du venin de serpent, etc. En somme toutes les maladies spéciales à la région des tropiques y seront étudiées.

Le secrétaire général du congrès est le Lieutenant colonel W. E. Jennings, de Bombay, Indes.

Le Salon des Médecins., à Paris — Les médecins vont, eux aussi, avoir leur *Salon*. Il était intéressant de savoir quelles étaient, à ce sujet, les idées de "son promoteur," M. Ferrand chirurgien-dentiste:

— L'idée d'un Salon des médecins n'est pas nouvelle, dit ce dernier, mais, faute de temps, sans doute, personne n'a pu ou voulu se donner la peine de la réaliser.

J'ai fait cette idée mienne et je crois que nous arriverons sous

peu à nous organiser et à réunir périodiquement les œuvres de nos artistes.

Je ne puis vous les citer tous, la liste en est trop longue; mais toutes les branches de l'art y sont représentées.

Dans la sculpture, nous avons les docteurs Sabourald, Paulin, Richemont, Dessaigues. ce dernier est en même temps peintre et graveur.

Dans la peinture, les docteurs Chicotot, professeur à l'École des Beaux-Arts, Cornill, Tissier.

Dans la gravure sur bois, le docteur Colin, etc.

J'ai proposé, pour donner plus d'attrait à notre exposition, d'organiser un concert d'inauguration dont les exécutants seraient choisis dans le corps médical; la chose serait bien aisée, car nous avons parmi nous les Montoya de Gerlon, chaussonniers; Lebreton, premier prix de violon; Louis Brindel, auteur dramatique, etc.

Le jour d'ouverture n'est pas encore fixé.

Peut-être prendrons-nous le titre de "l'Appollo"; n'était-ce pas le dieu des arts et de la médecine?

Z. RÉAUME.

ANALYSES

THERAPEUTIQUE

Blennorrhagie aiguë : Traitement abortif par les injections précoces et répétées, par le Dr CARLE (de Lyon). — (*Revue des maladies des organes génito-urinaires.*) (1)

1° *L'emploi des doses faibles de permanganate de potasse.* La solution à 20 centigr. pour un litre d'eau, haussée à 25 centigr. à partir du troisième jour, donne des résultats excellents. Je n'ai rien à ajouter au savant plaidoyer de GUIARD (*Traitement abortif de la blennorrhagie*), en faveur de l'action antimicrobienne des doses minimes.

2° *Je restreins rigoureusement mes lavages à l'urètre antérieur.* Ces lavages sont de deux sortes : les uns sont faits par le médecin, deux fois par jour au début, une seule fois ensuite, à l'aide

(1) *Gazette Médicale, de Paris.*

d'une seringue de fort calibre (15 cc. environ) ou mieux d'un seau d'Esmarek avec appareil de Janet. On doit faire pénétrer la solution jusqu'au sphincter, sous une certaine tension, de façon à déplier toute la surface interne de l'urètre, qui sera ainsi d'autant mieux nettoyée. Les autres, confiés au malade lui-même, se font plusieurs fois par jour, à l'aide d'une seringue ordinaire (8 à 10 cc.) ou un peu plus volumineuse ;

3° Le point le plus important, à mon sens, est *la multiplicité des lavages*. Je cherche à établir, au cours des trois premiers jours, un courant aussi continu que possible, à travers le canal, l'arrêtant seulement pour ne pas créer une irritation excessive, préjudiciable au bon résultat. Je suis persuadé de la nécessité absolue de cette irrigation répétée toutes les deux ou trois heures, et même plus, si le malade est dans la possibilité de le faire.

4° Malgré toutes les bonnes apparences, cesser graduellement le traitement ; ne pas l'interrompre avant 15 jours.

5° Pas de traitement interne particulier (salol, santal ou copahu, ou rien). Éviter les fatigues et boire très peu. Ni lait, ni infusions, ni eaux minérales diurétiques.

Les *inconvenients* sont ici réduits au minimum, de par le fait de la simplicité du manuel opératoire. Le plus fréquent est l'échec du traitement dont on s'apercevra à la persistance du pus. Si, trois ou quatre jours après le début du traitement, on voit revenir, trois heures après le dernier lavage, une grosse goutte de pus, il est inutile d'insister, car on risque l'inflammation du canal et la rétention aiguë. Ces derniers accidents se sont présentés une fois seulement, mais le malade, croyant bien faire, avait fait des lavages avec une solution à 1/1000. Une autre fois, je dus cesser parce qu'un œdème énorme s'était déclaré en vingt-quatre heures, avec grosse lymphangite dorsale, impossibilité de décalotter, et douleurs à la miction. Tout disparut à mesure que l'écoulement urétral reprenait son cours abondant. Tels sont les seuls incidents notés.

DERMATOLOGIE

L'eczéma du nez. — (*Gazette médicale de Paris*, 15 avril 1908.)

L'eczéma de l'entrée du nez se rencontre chez les sujets atteints d'eczéma de la face, ou bien il est une conséquence du catarrhe ou de la suppuration nasale ; il est particulièrement rebelle chez les sujets scrofuleux (Chiari, *Maladies du nez*, 1905, p. 348). La

forme aiguë se rencontre surtout chez l'enfant, la forme chronique chez l'adulte ; il en résulte des démangeaisons, des épistaxis, des rhagades très rebelles, qui peuvent fournir une porte d'entrée aux germes de l'érysipèle.

Le traitement est indiqué avec détails par Ménier (*Maladie du nez*, Maloine, édit., 1906, p. 195). Dans la *forme aiguë*, on provoque la chute des croûtes par des applications répétées, chaque soir, de *cataplasmes* de fécule ou d'amidon, ou par l'introduction, dans les narines, de lanières de gaze stérilisée ou de mèches d'ouate hydrophile imbibées d'une solution boriquée tiède.

Une fois la région malade détergée, on aura soin de l'enduire d'une épaisse couche de pommade :

Oxyde de zinc	5 grammes
Lanoline stérilisée	10 gr.
Vaseline	10 gr.
Essence d'amandes amères	II gt.
Essence de roses	II gt.

Ou :

Oxyde de zinc	5 grammes
Sous-nitraté de bismuth	5 gr.
Axonge benzoinée	50 gr.

Si l'eczéma est prurigineux, on ajoute 0 gr. 50 de *menthol* à la première formule, ou bien l'on usera d'axonge salicylée :

Acide salicylique	1 gr.
Axonge	100 gr.

Pour les *formes subaiguës*, on emploiera la pâte de Lassar :

Acide salicylique	0 gr. 40
Oxyde de zinc	10 "
Amidon	10 "
Vaseline neutre	30 "

Si l'eczéma est *sec*, les pommades au goudron rendent des services :

Goudron de Norvège	1 gr 50
Acide salicylique	0 " 60
Axonge	30 "

ou de :

Huile de cade	4 gr.
-------------------------	-------

(Ou ichtyol)

Vaseline neutre	10 "
Lanoline	10 "
Essence de goudron	V gt.

L'eczéma aigu guérit souvent spontanément, lorsque la rhizite guérit.

La forme *chronique* est assez rebelle. Lermoyez conseille les *scarifications linéaires* de la peau du vestibule ; avant d'en venir là, on aura recours aux badigeonnages de nitrate d'argent (1 p. 10) ou à la teinture d'iode. Les rhagades seront guéries soit par l'application de l'emplâtre au savon salicylé, soit par les attouchements avec la pointe très fine d'un crayon de nitrate d'argent, soit par des onctions avec la pommade :

Calomel	0 gr. 35
Tannin	1 " 20
Glycérolé d'amidon	10 "

Le régime général sera institué concurremment ; pas d'alcools, d'épices, de viande, surtout pas de viandes marinées, de fromages faits. Les laxatifs répétés sont très utiles : tous les matins une cuillerée à café de sulfate de soude dans un verre à bordeaux d'eau de Vichy (Célestins).

OTOLOGIE — OPHTHALMOLOGIE

Traitement de l'otalgie. (*Journ. de méd. et de chirurgie*, mars 1908.)

Les douleurs d'oreilles peuvent être dues à bien des circonstances diverses, mais parmi ces causes, le furoncle d'une part, l'otite moyenne d'autre part jouent le principal rôle étiologique. Voici à cet égard quelques indications thérapeutiques préconisées par le Dr Molinié.

Le furoncle du conduit par sa fréquence et l'intensité de la douleur qu'il détermine joue un rôle prépondérant dans la pathogénie de l'otalgie. La douleur occasionnée par la formation d'une collection dans un tissu extrêmement dense ne s'atténue que par résorption ou évacuation de cette collection. D'où deux indications thérapeutiques, selon la marche et la période d'évolution de l'affection.

- 1° Calmer la douleur ;
- 2° Evacuer la collection.

Les remèdes populaires destinés à apaiser les douleurs d'oreilles sont très nombreux. Certains d'entre eux sont relativement efficaces :

Cataplasmes de farine de lin, huile chaude avec ou sans laudanum, morceau de lard taillé en cône passé à la flamme et intro-

duit dans l'oreille ; d'autres sont simplement safes, feuille de mauve, gousse d'ail, lait de nourrice, ou autres liquides organiques versés dans le conduit. Quant aux divers produits pharmaceutiques tels que : éther, chloroforme, alcool camphré, huile phéniquée, introduits dans l'oreille sans discernement, ils produisent le plus souvent des brûlures du tympan sans atténuer la douleur.

L'asepsie des régions malades étant la base de toute thérapeutique otologique, les remèdes populaires qui ne répondent pas à cette condition doivent être rejetés en principe. En pratique, l'acuité des douleurs autorise l'emploi des cataplasmes et de l'huile laudanisée à défaut d'autres moyens. Mais si on dispose de ressources pharmaceutiques suffisantes, il faut recourir aux moyens palliatifs qui peuvent en même temps exercer une action thérapeutique favorable sur les lésions.

Après une toilette minutieuse de l'oreille pratiquée avec beaucoup de délicatesse, on appliquera au point malade une boulette de coton imbibée de :

Chlorhydrate de cocaïne..	} à 1 gramme.
Acide phénique..	
Menthol	

Cette préparation calme la douleur et fait parfois avorter le furoncle. Si ce dernier poursuit son évolution, il faut l'ouvrir. Après anesthésie au moyen de la formule ci-dessus, ou après anesthésie générale au somnoforme, chlorure d'éthyle, protoxyde d'azote, on pratique une ouverture assez large de l'abcès. Entre les lèvres de l'incision, on introduit une fine mèche de gaze et on recouvre l'oreille d'un pansement humide. Les mesures d'asepsie du conduit seront les meilleurs moyens d'éviter la récurrence si fréquente des abcès.

L'oreille moyenne est le siège de l'otite moyenne aiguë qui, avec le furoncle du conduit, est l'une des plus fréquentes et plus violentes causes d'otalgie. Comme pour l'affection précédente la douleur est provoquée par l'infiltration inflammatoire des tissus et la formation d'un exsudat dans la caisse. Cet exsudat peut se résorber ou se fait jour à l'extérieur. Il faut donc envisager ici les deux éventualités d'un traitement palliatif et d'un traitement opératoire. Contre la douleur on emploiera une des préparations suivantes, dont l'action est variable suivant les malades et l'intensité de la douleur ; on en versera quelques gouttes tièdes dans le conduit bien détergé et aseptisé à l'avance :

Huile phéniquée à 100°	10 grammes
Laudanum	X gouttes.
Menthol	0 gr. 50 centigr.

(Certains sujets ne supportent pas le menthol).

Chlorhydrate cocaïne..	0 gr. 75 centigr.
Chlorhydrate morphine	0 gr. 75 centigr.
Acide phénique..	0 gr. 15 centigr.
Glycérine..	} à 5 grammes
Eau LL	
Essence de menthe..	1 goutte.

On peut remplacer dans ces dernières formules la cocaïne par la stovaine, on peut y ajouter le pyramidon à la dose de 1 gramme, le sulfate d'atropine à la dose de 20 centigrammes.

En cas de douleurs mastoïdiennes violentes, on mettra une ou deux sangsues à l'apophyse ou au tragus, on fera en outre des enveloppements chauds ; à l'intérieur on administrera des calmants ou des opiacés : antipyrine, pyramidon, exalgine, phénacétine, héroïne, morphine.

Si pendant les vingt-quatre heures qui suivent ces traitements, la douleur progresse, c'est que l'exsudat est en voie d'accroissement et il y a alors indication à recourir à la paracentèse du tympan. On la fera avec les précautions d'asepsie indiquées plus haut. On a ensuite drainé, par l'application d'une mèche posée dans le conduit, et l'on met l'oreille sous un pansement humide. Si les phénomènes douloureux s'aggravent, il faut recourir à la trépanation mastoïdienne.

Nouveau procédé de traitement du décollement de la rétine.—SACHS.

— *Scalpel*, 3 mai 1908.

Ce procédé que l'auteur a déjà employé avec succès, dans cinq cas de décollement de la rétine, qui tous s'accompagnaient de cécité complète ou presque complète, consiste essentiellement à pratiquer, après cocaïnisation et incision de la conjonctive et désinsertion de l'un ou l'autre des muscles oculaires, une petite incision équatoriale, intéressant la sclérotique. Une fois que, par cette ouverture, s'est écoulé le liquide épanché entre la rétine et les membranes sous-jacentes de l'œil, on réinsère le muscle sectionné en son point d'attache normal, on suture la plaie conjonctivale et on applique un pansement occlusif. Dès le lendemain, la rétine s'est réaccolée aux membranes sous-jacentes. Si l'épanchement sous-rétinien se reproduit, on procède de nouveau à sa évacuation par une autre incision, pratiquée en un autre point de l'équateur bulbaire, après désinsertion d'un nouveau muscle. Cette opération peut être répétée ainsi plusieurs fois. A la fin, il en résulte la formation d'adhérences linéaires multiples, entre la rétine et les autres membranes, adhérences qui s'opposent à tout nouveau décollement ou, tout au moins, en limitent l'étendue à la zone comprise entre l'ora serrata et les cicatrices c'est-à-dire que la vision ne peut plus en être compromise. ("La Presse méd.", n° 97, 1907).

PHARMACOLOGIE

1^e Contre le goître exophtalmique.

Sulfate neutre de quinine 1 gr. à 1 gr. 50 centigr. chaque soir au repas, en deux ou 3 fois à un quart d'heure d'intervalle pendant 15 à 20 jours chaque mois.

Dans les cas anciens, on associe l'*ergot de seigle* à la dose de 10 à 50 centigrammes par jour dans la matinée (1).

2^e Contre la dysenterie.

Poudre d'ipéca	4 grammes
Faire bouillir 5 minutes dans :	
Eau	300 —
Filtrer et ajouter :	
Sirup d'opium	30 —
Hydrolat de cannelle	20 —

Prendre par cuillerée à soupe en 24 hrs :

3^e Contre les coliques (enfants).

Teinture de belladone	1 gramme
Teinture de columbo	2 grammes
Teinture de cannelle	

4 Contre la diarrhée infantile. (2)

L'*acide lactique* ne doit être prescrit que pendant la diète hydrique de l'enfant atteint de *gastro-entérite* ; s'il est donné pendant que l'enfant s'alimente, il est peu ou pas efficace.

Toutes les demi-heures, on donne au nourrisson de première année, une cuillerée à café de la potion suivante, conservée glacée :

Acide lactique	3 grammes
Sirup de coings	25 —
Eau distillée	100 —

Après la première année, on donne une cuillerée à soupe à la fois, on espace les prises à mesure que le médicament produit son effet et on le supprime dès la reprise de l'alimentation (3). Quand la diarrhée persiste après les accidents cholériformes de la *gastro-entérite infantile*, M. MARFAN fait usage de la potion suivante :

Julep gommeux	80 grammes
Teinture de cachou	10 —
Teinture de colombo	5 —
Sous-nitrate de bismuth	2 —
Benzonaphthol	1 —

Une cuillerée à café cinq ou six fois dans les 24 heures, avant les repas.

(1) Lameneau.

(2) *Journal de Médecine* de Paris.

(3) Budin, Perret.

5° Traitement de l'Hyperidrose plantaire et palmaire. DOMBROVSKY.

Matin et soir, laver les pieds au savon. Puis, badigeonner la face plantaire avec une solution de formol à 20 pour 100 et la surface dorsale et les espaces interdigitaux dont la peau est plus délicate, avec une solution de formol à 10 pour 100.

Brocq conseille le traitement suivant. Bains locaux chauds, additionnés par litre, de trois ou quatre cuillerées à soupe de :

Vinaigre aromatique

ou de :

Eau	1000 grammes
Permanganate de potasse	0 gr. 25

ou de :

Eau	1000 grammes
Formol	15 —
Teinture de benjoin	10 —

Saupoudrer avec :

Talc	87 grammes
Amidon	10 —
Acide tartrique	3 —

ou avec :

Talc	60 grammes
Sous-nitrate de bismuth	32 —
Acide salicylique	5 —
Permanganate de potasse	2 —

BIBLIOGRAPHIE

Latreille (de Montréal). — *Contribution à l'étude des modifications de la surrénale au cours des maladies toxi-infectieuses chroniques, dans leurs rapports avec les lésions des reins, du foie, du corps thyroïde et de l'hypophyse.* (Thèse de Paris, 112 pages avec 4 planches hors texte. Editeur: Rousset.)

L'étude des glandes vasculaires sanguines, si l'on en juge par le nombre considérable de travaux parus dans ces derniers temps sur ce sujet, jouit actuellement en France d'un intérêt primordial.

Cet intérêt semble ne pas résider seulement dans l'élaboration de théories nouvelles sur la pathogénie de certains troubles morbides observés surtout dans les maladies chroniques et jusqu'à présent insuffisamment expliquées, par exemple: l'hypertension artérielle dans les néphrites chroniques; mais aussi et surtout dans la découverte et dans l'application de procédés thérapeutiques rationnels, l'opothérapie, établis sur des bases scientifiques et des résultats expérimentaux et cliniques déjà extrêmement importants.

Depuis que des auteurs tels que Rotschild et Levy, Bernard et Bigart, Oppenheim et Loepe, Lannois et Roy, Aubertin et Ambard,, Vaquez ont attiré l'attention des médecins et des savants sur les relations qui existaient entre certains états morbides rencontrés pendant la vie et les altérations anatomiques de la surrénale, du corps thyroïde et de l'hypophyse relevées à l'autopsie, des chercheurs nombreux ont apporté leur contribution à l'étude de cette question. Entre autres faits, il était intéressant d'établir s'il existait quelque *sympathie morbide* non seulement entre une glande à sécrétion interne donnée v. g. la surrénale et un organe quelconque v. g. le rein, mais systématiquement entre les principales glandes internes dont la pathologie est connue, telles que la surrénale, la thyroïde et l'hypophyse d'une part, et les principaux organes essentiels à la vie, tels que le foie et les reins d'autre part, et c'est précisément ce qui a fait l'objet du remarquable travail que nous allons maintenant brièvement analyser.

L'auteur, après avoir passé en revue dans un style clair, net et précis ce que l'on sait actuellement sur l'histologie normale et pathologique ainsi que sur les lésions expérimentales reproduites de la surrénale, se rallie à l'opinion de ses devanciers sur la classification généralement admise des surrénalites en interstitielles (lésions conjonctivo-vasculaires) et épithéliales (lésions glandulaires), ces dernières, quand le processus morbide avait été trop brutal ou trop longtemps prolongé, pouvant revêtir les caractères de l'hypofonction (atrophie cellulaire, diminution de nombre et de volume des spongiocytes, rétraction des travées avec élargissement des espaces intertrabéculaires), et pouvant au contraire prendre les caractères de l'hyperfonction (augmentation de nombre et de volume des spongiocytes, hyperplasie épithéliale nodulaire et adénomateuse), quand le processus toxico-infectieux avait été moins profond et moins longtemps continué. Donc trois stades de lésions anatomiques correspondant aux trois états progressifs de l'hyperfonction de la surrénale: la surrénalite hyperplasique simple, la surrénalite hyperplasique nodulaire et la surrénalite hyperplasique adénomateuse.

Mais c'est surtout dans la relation et l'interprétation des faits personnels que réside le principal intérêt de ce travail. Quarante observations avec autopsie et examen histologique du foie, des reins, des surrénales, du corps thyroïde et de l'hypophyse servent de base aux conclusions de l'auteur. " Comme l'histoire clinique de ces différents cas choisis au hasard dans un hospice de nerveux chroniques (La Salpêtrière) ne nous intéresse que secondairement, dit-il, nous serons très bref dans la relation des maladies présentées pendant la vie. La plupart de ces malades étant de vieux chroniques, il est permis de penser à priori qu'ils ont été plus ou moins exposés, durant leur existence, aux atteintes communes de l'intoxication (goutte, saturnisme, alcoolisme, tabac), et de l'infection (angines, grippe, troubles gastro intestinaux); mais dans quelle mesure, il est impossible, nous semble-t-il, de l'apprécier par les seuls signes morbides présentés pendant la vie. Aussi avons-nous cru devoir nous passer, dans l'appréciation des atteintes subies par l'organisme du fait d'infections et intoxications répétées, sur l'état histologique du foie et des reins. Nous diviserons donc nos quarante observations suivant l'intensité ou plutôt l'ancienneté des lésions hépato-rénales constatées au microscope en : néphrites chroniques avec lésions chroniques avancées du foie : 6 cas; néphrites chroniques sans lésions hépatiques anciennes : 7 cas; néphrites subaiguës avec lésions chroniques avancées du foie 5 cas; néphrites subaiguës sans lésions hépatiques marquées : 2 cas; poussées inflammatoires aiguës du rein (sans sclérose) avec lésions chroniques avancées du foie : 5 cas; poussées aiguës inflammatoires du rein sans lésions marquées du foie : 4 cas; congestions du rein avec lésions chroniques avancées du foie : 5 cas; congestions du rein sans lésions marquées du foie : 6 cas."

L'auteur met alors en regard de ces différents cas les lésions des surrénales concomitantes en des tableaux synoptiques parfaitement démonstratifs et sur des planches dessinées de main de maître où sont reproduites les préparations histologiques les plus typiques correspondant aux trois stades progressifs de l'hyperépinéphrie, et à la sclérose intense de la surrénale; il termine ensuite son intéressante dissertation inaugurale par les conclusions suivantes dont voici en somme la substance : Si la comparaison de l'état des surrénales et du corps thyroïde ne mène à aucune conclusion nette, au contraire, la comparaison de l'état des surrénales et de l'hypophyse montrerait un certain parallélisme entre l'hyperactivité de la surrénale et l'hypofonction de l'hypophyse. En effet, dans 60 p. c. des cas observés par l'auteur l'hypofonction de l'hypophyse accompagnerait l'hyperépinéphrie, au cours des maladies toxi-

infectieuses chroniques. Enfin si la comparaison des modifications de la surrénale avec l'état du foie et des reins montre qu'il n'y a aucun parallélisme entre les lésions de la surrénale et celles du foie, au contraire, est-on autorisé à dire que les néphrites chroniques s'accompagnent plus volontiers de l'hyperplasie des surrénales; cependant il est certain que la surrénalite hyperplasique simple ou nodulaire, ou même adénomateuse peut exister en dehors de toute altération chronique du rein (7 observations sur 40). Par conséquent, la néphrite chronique et l'hyperplasie des surrénales évoluent souvent ensemble, parallèlement; mais il n'en est pas moins vrai que ces deux lésions peuvent être nettement indépendantes l'une de l'autre.

Z. RHÉAUME.

CONGRES DE QUEBEC

20-23 juillet 1908.

L'organisation a été parfaite au point de vue du fonctionnement intime du Congrès. Nous en félicitons M. le Dr Dussault et ses amis, MM. Leclerc, Vallée, Nadeau et autres.

Le côté scientifique a été bon. Mais l'assistance n'a pas été aussi nombreuse qu'on l'aurait désiré. Nos confrères grisés de plaisir plus que de science à cause de ces airs de fête qui emplissent l'air ne faisaient que de courtes apparitions. Seule la section de médecine a montré quelque entrain le mercredi matin. Comme nous l'avons déjà écrit, ici, les congrès scientifiques ne doivent plus se réunir dans ces circonstances. Nous en causerons plus longuement dans le prochain numéro. Il y a eu à peu près 300 inscriptions.
