

JUIN 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.

- 327 — Du choix de l'opération dans le traitement des inflammations chroniques des annexes..... *Legueu*
339 — Analyse chimique des eaux potables au point de vue hygiénique..... *Chopin*
-

ACTUALITÉS MÉDICALES.

- 348 — Prophylaxie de la tuberculose..... *Lachapelle*
352 — La vaccination..... *Archambault*
-

REVUE GÉNÉRALE.

- 356 — Le traitement de la coqueluche *Hervieux*
365 — Les traitements de l'alcoolisme chronique..... *LeSage*
-

SOCIÉTÉS.

- 369 — Société Médicale de Montréal, (séances du 23 avril et du 13 mai).....
-

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

- 375 — Le Collège des Médecins et les bénéficiaires de la loi Pinault modifiée par l'amendement Roy.... .. *Benoit*
-

ANALYSES.

MÉDECINE.

- 382 — De l'emploi des procédés de laboratoire dans le diagnostic pratique de la fièvre typhoïde

CHIRURGIE.

- 384 — Abscès péri-appendiculaire contenant un calcul au centre duquel se trouve un morceau de fil de lin.— Calcul biliaire extrait de la vésicule par cholécystotomie *Marien.*

OBSTÉTRIQUE.

- 385 — Accouchement forcé pour insertion vicieuse du placenta avec hémorragie. — La chorée gravidique. *LeSage.*

PHARMACOLOGIE.

- 388 — Traitement des Hémorroïdes

MEMOIRES

DU CHOIX DE L'OPÉRATION DANS LE TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS CHRONIQUES DES ANNEXES (1)

Par M. FÉLIX LEGUEU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux.

MESSIEURS, à plusieurs reprises, j'ai opéré devant vous par des méthodes différentes des lésions de même nature, sinon identiques, des inflammations des annexes. La semaine dernière, je pratiquais ici une colpotomie pour ouvrir une grosse poche de suppuration rétro-utérine. Plus récemment, je pratiquais une hystérectomie abdominale totale pour une double salpingo-ovarite suppurée et ouverte dans le rectum. Je voudrais aujourd'hui vous dire pourquoi, pour traiter ces malades, j'ai eu recours à des voies et à des opérations différentes ; je voudrais en même temps, envisageant la question à un point de vue plus général, profiter de ces exemples pour étudier et discuter les indications de la voie à suivre, de l'opération à choisir pour traiter une lésion inflammatoire de la trompe ou de l'ovaire. Je voudrais en fin de compte vous dire quelle solution comporte la question suivante: En présence d'une salpingo-ovarite opérable, *comment faut-il l'opérer?*

Je dis "en présence d'une salpingite opérable", car toutes les salpingites ne doivent pas être opérées. Je pense au contraire que beaucoup de ces lésions sont de nature à échapper tout à fait à l'opération, et à plusieurs reprises vous m'avez vu refuser l'opération parce que je ne jugeais pas l'indication suffisamment établie. Depuis quelques années, vous le savez, la chirurgie des annexes est entrée dans une phase heureuse de réaction et de conservation ; après avoir beaucoup opéré et peut-être beaucoup trop, les chirurgiens se sont aperçus que des lésions qu'ils enlevaient autrefois systématiquement pou-

(1) Leçon clinique inédite faite à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris et adressée par l'auteur à la direction de l'Union Médicale du Canada.

vaient ou échapper à l'opération ou être convenablement traitées par une opération conservatrice: et déjà dans la première édition de mon *Traité de gynécologie*, je signalais ces tendances, que depuis lors je n'ai fait qu'accentuer. (2)

Si donc je discute en ce moment le choix de l'opération à faire à une salpingite, j'entends qu'il s'agit d'une lésion dûment justiciable de la chirurgie: j'entends que toutes les tentatives de l'expectation et de la conservation sont restées sans résultat: j'entends enfin que pour une raison ou pour une autre, l'indication d'opérer est nettement établie. Et dès lors de poser la question que je veux résoudre: Comment faut-il opérer?

Voyons d'abord quelles sont les méthodes, que nous avons à notre disposition: j'apprécierai ensuite leurs avantages et leurs inconvénients, il me sera facile ainsi d'en déduire les indications, telles que je les comprends, telles que vous me les voyez définir dans ma pratique de chaque jour.

Dans le traitement des salpingites, plusieurs méthodes se sont succédées qui appliquées d'abord presque systématiquement au traitement des salpingites ont avec des fortunes diverses persisté jusqu'à nos jours.

L'*incision* est la première en date, la plus ancienne, qu'elle se fasse par la voie haute (laparotomie sous-péritonéale) ou par la voie vaginale (colpotomie), l'incision de la salpingite ne s'adresse qu'au contenu, elle laisse la poche; méthode conservatrice par excellence, elle ne convient qu'aux salpingites suppurées aux hématomes suppurés, à toutes les lésions enfin kystiques et suppurées dans lesquelles il y a un contenu septique à évacuer.

Mais la colpotomie n'est jamais que partielle, elle ne remédie qu'à une partie des lésions, et il est tout naturel qu'elle ait fait place peu à peu à l'ablation de la poche, à la *salpingo-octomie* celle-ci, seconde en date, occupa seule pendant longtemps la faveur des chirurgiens après que Lawson Tait en eut montré les avantages et la réelle supériorité.

Mais bientôt après, vers 1887, venait un chirurgien, c'était Péan, qui disait aux laparotomistes ceci: Vous opérerez par l'ab-

(2) LAHADIE-LAGRAVE et FÉLIX LEJUEU, "Traité medico-chirurgical de Gynécologie."—Paris, 2e édition, 1901.

domen, vous enlevez à travers le péritoine le contenu souvent septique d'une trompe suppurée, vous avez chance d'infecter la séreuse. Moi au contraire, j'opère par le vagin : j'enlève d'abord l'utérus, et je débarrasse ainsi le petit bassin de la " *bonde* " qui l'obstrue. J'ouvre les poches, et le pus suivant les lois naturelles de la déclivité s'écoule à l'extérieur. Les poches annexielles, si elles sont enucléables, je les enlève : si elles tiennent trop solidement, je les laisse en place, elles s'atrophient, elles régressent et on n'a plus à s'en occuper.

Voilà le principe, voilà la raison première de l'hystérectomie vaginale, dans les lésions inflammatoires des annexes. L'opération fit fortune, non sans opposition, et pendant plusieurs années avant et après le congrès de Bruxelles, on vit des opposants de la première heure devenir les défenseurs bien sincères de la méthode ; et pendant cette période, des légions de malades ont dû à cette opération la santé et la vie.

Pendant les laparotomistes ne désarmaient pas : ils opposaient la sécurité précise de leur méthodique opération aux incertitudes souvent confuses de la voie vaginale. L'hystérectomie abdominale vint sur ces entrefaites leur apporter d'Amérique un sérieux appoint ; un des gros points noirs de la laparotomie envisagée dans ses suites éloignées, c'était la conservation de l'utérus, d'un utérus infecté, scléreux, métritique, et qui chargeait l'avenir des opérées du poids de ses souffrances et de sa suppuration.

Les Américains se mettent à supprimer l'utérus par la voie abdominale toutes les fois que l'ablation des deux annexes a été jugée inévitable et nécessaire. Et cette opération parvenait jusqu'à nous, avec la supériorité que lui confèrent ses qualités de précision et de correction. Avec elle on n'est plus obligé de toujours tout enlever comme on le faisait avec l'hystérectomie vaginale, on commence une opération, dont le terme ultime mais non nécessaire, sera, s'il y a lieu, l'hystérectomie abdominale totale. L'opération sera donc le correctif d'un diagnostic insuffisant, et à son tour, voici que l'hystérectomie abdominale s'implante parmi nous, supplante peu à peu l'hystérectomie vaginale et finit actuellement par prendre la première place dans le traitement opératoire des lésions annexielles.

Ce n'est pas tout : toutes les lésions ne sont pas justiciables de l'exérèse totale. Il en est qu'on peut et qu'on doit conserver : des tendances conservatrices légitimes ont abouti à des opérations partielles dont la salpingographie, la résection de l'ovaire représentent le type.

Telles sont, Messieurs, les différentes méthodes que la chirurgie contemporain. offre à votre choix, quand une salpingite opérable se présente à vous. Toutes ces opérations ne sont pas d'égale valeur ; elles ne répondent pas à des cas absolument semblables. Plusieurs cependant peuvent être appliquées également au traitement d'une même lésion : une salpingite suppurée bilatérale par exemple peut être opérée aussi bien par la colpotomie, par l'hystérectomie vaginale et par l'hystérectomie abdominale. Avant de préciser les conditions de votre choix, je dois donc vous dire quels sont de ces opérations les avantages réciproques et les inconvénients relatifs.

La colpotomie résume à elle seule à peu près l'incision des salpingites.

La laparatomie sous-péritonéale, par voie sous-péritonéale ne convient qu'à quelques cas rares de phlegmons pelviens, de collection haute venant faire saillie au niveau de l'arcade de Fallope ; elle est exceptionnelle dans ses applications et dans ses indications, mais elle est indiscutable quand elle est indiquée.

Il n'en est pas de même pour la colpotomie : celle-ci est regardée par certains, par l'école de Lyon entre autres, comme le traitement de choix à appliquer à un grand nombre de salpingites suppurées. La colpotomie mérite-t-elle cet excès d'honneur, cette faveur incontestable ? Je ne le pense pas.

La colpotomie n'est qu'une opération avant tout partielle ; c'est son avantage, c'est aussi son défaut. Par une incision du cul-de-sac postérieur vaginal, vous ouvrez une collection suppurée saillante à ce niveau : l'opération est simple et sans danger, je l'accorde, vous ouvrez par une incision transversale retrocervicale la poche en question, vous y placez un drain. Que va-t-il se passer ? Le foyer évacué, la poche se retracte mais persiste avec ses lésions interstitielles. Si, au-dessus de cette poche, une autre existe que vous méconnaissez, ce second

foyer n'est pas ouvert : et si la communication de plusieurs poches est minime et insuffisante, l'opération n'ouvrant qu'un foyer reste insuffisante. Au bout de quelques semaines, l'orifice se ferme, la malade se croit guérie, elle sort de l'hôpital. Mais suivez-la, recherchez-la trois mois après, et vous trouverez que derrière votre cicatrice fermée, des lésions identiques ou nouvelles poursuivent leur évolution. La colpotomie n'a été qu'une opération palliative; elle a donné, pour un temps, l'apparence et l'illusion de la guérison. Il en est ainsi dans la grande majorité des cas, et j'ai dû à maintes reprises compléter par une opération itérative le résultat imparfait d'une colpotomie préalable.

Dans certains cas, même à titre palliatif, la colpotomie est cependant très précieuse *comme opération d'attente*; dans certaines infections pelviennes diffuses, avec suppurations évidentes dans le cul-de-sac postérieur, fièvre et mauvais état général, la colpotomie m'a servi à différer pour un temps une opération plus radicale telle que l'hystérectomie; elle permet en effet aux lésions de se condenser en évacuant un foyer principal de suppuration; elle fait tomber la fièvre, et les forces se remontent. C'est alors une excellente opération, mais elle n'est alors, ne l'oubliez pas, qu'une opération palliative, d'attente; ne lui demandez pas autre chose et vous en obtiendrez d'excellents résultats.

L'hystérectomie vaginale est une opération merveilleuse de simplicité et de bénignité: dans des cas simples, faciles, l'opération s'effectue dans l'espace de quelques minutes, et les suites en sont d'une remarquable simplicité. Elle a l'avantage de guérir sans cicatrice, et toutes les objections qu'on lui a adressées, d'être une opération aveugle, rétrograde, de guérir par seconde intention, d'exposer à l'infection tombent devant les faits; j'ai fait plus de 200 hystérectomies vaginales avec une mortalité de 4% et dans cette statistique figurent des lésions extrêmement graves et compliquées et qui, opérées par la voie haute, auraient incontestablement chargé la laparotomie d'une gravité réelle, sinon d'une certaine mortalité.

Et cependant, quoique partisan convaincu de l'hystérectomie vaginale, il y a quelques années, je suis arrivé à délaisser quel-

que peu cette excellente opération et à lui préférer pour un grand nombre de cas la voie haute de la laparotomie. Voici pourquoi: Je reproche à l'hystérectomie vaginale deux graves inconvénients: elle est parfois *excessive* et elle est quelquefois *insuffisante*.

Elle est *excessive* en ce sens que souvent elle a conduit à pratiquer l'exérèse de lésions qu'on aurait pu conserver au moins partiellement. Vous savez comment le diagnostic du degré des lésions est souvent difficile à préciser, comment il est souvent impossible de retirer du seul toucher la notion exacte des désordres à traiter. Or, il est arrivé à tous les chirurgiens qui ont une certaine expérience de l'hystérectomie vaginale de trouver après l'opération des lésions moins graves qu'ils ne l'avaient pensé. On escomptait des lésions bilatérales et accentuées, et on trouve des lésions partielles, unilatérales, avec un côté intact ou à peu près. Mais de cela on ne s'aperçoit qu'au cours ou qu'après l'opération, alors que l'utérus déjà enlevé, vous êtes lancé sans arrêt possible dans la voie de l'exérèse complète. A cet excès, je le sais, d'aucuns ont voulu remédier en conseillant d'inciser d'abord le cul-de-sac postérieur, de mettre le doigt dans la plaie et d'explorer par cette voie étroite l'état des annexes incriminées. La manœuvre est d'importance toutes les fois qu'il y a doute, cette exploration est indispensable, mais êtes vous bien sûrs qu'elle vous donnera tout le contrôle de la vue, au milieu d'adhérences trompeuses, une idée toujours exacte de l'état des annexes. Pour ma part, je ne le pense pas, et c'est pourquoi je formule contre l'hystérectomie vaginale ce premier et très sérieux grief: elle est excessive, dès le premier coup de ciseau elle condamne à la castration totale, disproportionnée quelquefois avec l'intensité des lésions.

Je dis encore que l'hystérectomie vaginale est *souvent insuffisante*; et ce second grief est tout aussi sérieux que le premier.

Pour être efficace absolument, l'hystérectomie vaginale doit permettre l'ablation totale des annexes malades avec l'utérus. Toutes les fois qu'une partie grosse ou minime de ces annexes est laissée dans l'abdomen, le résultat opératoire n'est pas troublé, mais le résultat thérapeutique est frappé de nullité. La

femme continuera à souffrir et à échéance plus ou moins prochaine vous devrez faire une opération complémentaire par la laparotomie pour enlever les restes de votre première opération.

C'est ce que j'ai fait, il y a quelques jours devant vous, sur une malade à laquelle un de mes collègues avait fait, l'année dernière, une hystérectomie vaginale pour annexite. La malade continuait à souffrir à droite; on lui avait cependant affirmé que la castration avait été totale.

Je trouvais au toucher du côté droit, un peu haut, et loin de la cicatrice vaginale intacte une induration vague, qui me permit d'affirmer qu'un fragment des annexes droites restait à ce niveau et suffisait à expliquer les douleurs. J'ai fait la laparotomie et j'ai trouvé, en effet, l'ovaire droit kystique laissé par mégarde ou par nécessité accolé à la paroi pelvienne; et je l'enlevai.

A plusieurs reprises j'ai dû compléter ainsi par une laparotomie secondaire les résultats défectueux d'une hystérectomie incomplète. Et ces faits m'ont amené à cette conclusion, que les fragments d'annexes laissés au cours de l'hystérectomie persistent, continuent à vivre, et à faire souffrir. Et cette vérité est d'autant plus importante à signaler qu'elle est absolument contraire aux premières assertions de celui qui a le plus fait pour cette méthode, de Péan. Péan escomptait l'atrophie, la régression des annexes qu'il ne pouvait pas enlever. C'est là qu'est l'erreur. Quand encore il ne s'agit que de vastes poches, dont on évacue le contenu, j'admets que les parois puissent revenir sur elles-mêmes, étouffer un foyer d'infection en communication avec l'extérieur. Mais toutes les fois que des lambeaux, des fragments d'annexes ont été laissés au cours de l'hystérectomie, j'ai vu le résultat thérapeutique réduit à néant, et pour moi *l'hystérectomie vaginale incomplète est une opération de nulle valeur.*

Il est pourtant des cas où l'on ne peut faire autrement que de laisser des annexes trop adhérentes, ou des lambeaux trop haut situés. Moi-même qui suis pénétré de la nécessité, avec laquelle j'insiste, de faire une ablation intégrale, j'ai dû quelquefois, à

mon grand regret, abandonner dans la plaie des annexes où trop haut placées ou trop solidement adhérentes. A vouloir insister, je pouvais compromettre l'existence de mes malades; je me heurtais à une impossibilité matérielle, il était plus prudent, plus consciencieux de battre en retraite, de renoncer à terminer complètement une opération que j'avais eu le tort de faire par la voie inférieure, et chez toutes ces malades au nombre de trois ou quatre d'ailleurs, j'ai dû refaire plus tard la laparotomie complémentaire, et celles qui n'en sont pas encore là souffrent toujours et seront un jour opérées.

Voilà, Messieurs, l'écueil de l'hystérectomie vaginale! elle est insuffisante quelquefois, parce qu'elle ne vous permet pas de faire toujours tout ce que vous voulez, tout ce que vous devez faire; elle ne vous permet pas d'enlever toujours toutes les annexes altérées. Elle reste alors incomplète, aujourd'hui et demain elle sera défectueuse.

Il faut reconnaître au contraire que la *laparotomie* nous offre sur ces points tous les avantages que nous refuse l'hystérectomie vaginale. En opérant par la voie abdominale, *on voit ce qu'on fait*, l'opération grâce à la large incision, au plan incliné, à l'écartement de la paroi que je réalise si complètement avec mon écarteur, l'opération toute entière s'effectue sous le contrôle et avec la garantie de la vue.

Dans ces conditions, *on ne fait que ce qu'on veut*, parce que la vue renseignant mieux que le toucher on juge, d'un simple coup d'œil, de ce que valent les annexes malades, on se décide pour ou contre la conservation et cela avant que la première entame du ciseau ait rendu nécessaire le sacrifice total.

Enfin, on fait aussi tout ce qu'on veut, c'est-à-dire tout ce qui sera nécessaire: les annexes sont supprimées des deux côtés si elles sont également et suffisamment malades, leurs adhérences sont détachées sous la vue et si, après une salpingectomie bilatérale, l'utérus, isolé et inutile au milieu de l'excavation, demande à être supprimé, rien de plus simple que de donner un coup de ciseau sur son col et de le détacher au niveau ou au-dessus de ses insertions vaginales. L'hystérectomie abdominale, terme ultime d'une opération complète, opération de cor-

rection d'un diagnostic défectueux, vous permet de faire une castration totale et d'assurer aux résultats éloignés cette perfection qui les met au niveau de ce que l'hystérectomie vaginale complète donnait depuis longtemps. Cette hystérectomie abdominale par ailleurs s'effectue sans charger l'opération d'une excessive gravité.

Sur trente opérations personnelles, je compte une mort. La gravité réside toute entière dans la laparotomie elle-même, c'est-à-dire dans le degré de la virulence des lésions qui la nécessitent, mais le fait même de supprimer en plus l'utérus, l'hystérectomie abdominale n'ajoute par elle-même aucun élément de gravité à l'opération.

Il est impossible, Messieurs, de ne pas se laisser séduire par ces avantages très réels de la voie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes; ce sont ces raisons qui insensiblement et par degrés m'ont amené à étendre beaucoup depuis trois ans la pratique de la laparotomie. Cependant je ne rejette aucune méthode, chacune répond à des cas différents, elles ont des indications particulières que je vais maintenant essayer de vous définir.

On observe les salpingo-ovarites dans deux conditions différentes suivant qu'elles sont "*aiguës* ou *chroniques*", et dans les deux cas les indications de l'opération se présentent d'une façon un peu différente.

Mais, pour aujourd'hui, je veux m'en tenir aux indications fournies par les *salpingites chroniques* observées à froid, en dehors de toute poussée de réaction péritonéale. Je suppose donc une salpingo-ovarite chronique, pour laquelle le traitement d'expectation ayant été loyalement exécuté s'impose la nécessité d'une opération. A quelle opération doit-on donner la préférence ?

Il faut tout d'abord envisager à part les lésions *unilatérales* et les lésions *bilatérales*.

La lésion est franchement *unilatérale*, il n'y a qu'un côté de malade; l'intervention de choix est la laparotomie, qui permettra d'enlever la trompe malade et l'ovaire du côté correspondant presque toujours lésé en même temps. Si les lésions sont

plus minimales qu'on ne le pensait, il reste la ressource de faire une opération partielle, d'ouvrir le pavillon oblitéré de la trompe, de le réunir à l'ovaire, de conserver celui-ci, et ces opérations de conservation, quand elles s'adressent à des lésions réellement minimales, sont capables de donner de bons résultats, et, deux fois au moins, j'ai vu sur mes malades la grossesse faire suite à des tentatives de ce genre.

La voie abdominale est bien supérieure pour ces opérations d'exérèse ou de conservation à la voie vaginale; la coeliotomie vaginale pour l'ablation d'une trompe malade ne me présente aucun avantage, et je n'y ai jamais eu recours.

Mais quand la lésion que je suppose toujours unilatérale est *suppurée*, qu'il s'agit d'une poche basse située, en contact avec la paroi vaginale, il est bien tentant de l'ouvrir par la colpotomie postérieure. Je la pratique rarement cette colpotomie postérieure, car il faut à mon avis plusieurs conditions pour qu'elle soit légitime; il faut que la poche soit unique ce qui n'est pas toujours facile d'affirmer à l'avance. Il faut aussi que la poche soit facilement accessible par le vagin. En dehors de ces conditions, je préfère toujours aborder la collection par la voie abdominale et l'enlever complètement par la laparotomie.

Dans les *lésions bilatérales*, nous avons à choisir entre l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale. J'ai dit pourquoi, après avoir été plus partisan de l'hystérectomie vaginale, j'avais peu à peu restreint ses applications.

Les erreurs sur le degré des lésions sont fréquentes et d'ailleurs faciles, la laparotomie seule peut corriger à temps l'inexactitude du diagnostic. Aussi toutes les fois qu'il y a le moindre doute sur l'état du côté opposé, le doute doit profiter à la laparotomie.

Mais alors même que les lésions sont bilatérales, je donne la préférence à la voie abdominale, pour toutes les grosses et pour toutes les petites lésions. Dans les grosses lésions, dans les salpingo-ovarites adhérentes, scléreuses, fermes, qui immobilisent l'utérus dans une coulée d'adhérences, ou pour celles qui sont ouvertes dans la vessie ou le rectum, seule la laparotomie nous permet de faire complètement tout ce qu'il faut et comme il le

faut. Seule la laparotomie vous permet de disséquer ces adhérences, d'isoler l'intestin, d'enlever toutes les poches et en supprimer à la fois les annexes et l'utérus, de faire une opération suffisante. Je donne encore la préférence à la laparotomie dans les petites lésions, alors même qu'elles sont nettement bilatérales, mais là c'est pour une autre raison; ici en effet l'hystérectomie vaginale me permettrait aisément, plus rapidement même d'enlever l'utérus et les annexes, mais les lésions sont minimales, il y a chance de pouvoir conserver l'un ou l'autre côté, de laisser même un ovaire à droite et une trompe à gauche. Cette perspective sera peut-être difficile à réaliser, mais il suffit qu'elle soit possible pour enlever à la voie vaginale sa raison d'être.

L'hystérectomie vaginale au contraire me paraît convenir encore actuellement aux lésions *bilatérales basses* et *énucléables*. Ce sont les deux conditions indispensables. Il lui faut des *lésions basses*; pour tout enlever, il faut que tout soit abordable. Or si les annexes sont haut situées, si elles ont des connexions élevées dans la cavité pelvienne, j'ai souvent remarqué qu'il était fort difficile, souvent même impossible de les amener en totalité par la brèche vaginale; on les fragmente, ou les morcelle, mais il reste un pôle supérieure qu'on ne parvient pas à amener, ce qui suffira à atténuer le bon résultat de l'opération. Au contraire si les annexes sont tombées dans le cul-de-sac postérieur sans avoir de connexions élevées, la brèche vaginale de l'hystérectomie est très-suffisante pour les contourner, les détacher et les extraire.

L'hystérectomie vaginale demande encore des *lésions énucléables*; ici il est plus difficile de s'entendre, car ce terme *d'énucléable* est bien relatif et bien discutable. En fait, tout est énucléable en ce sens que même par la voie vaginale on peut détacher et extraire les lésions les plus graves, les plus complexes, et m'en suis assuré. Mais lorsque ces décortications doivent se faire sur des plans de clivage effacés, sur des adhérences solides et serrées, cette manœuvre ne s'effectue pas sans danger de lacerer ou la vessie ou l'intestin et par conséquent de créer des troubles graves et difficiles à réparer au fond d'une plaie mal

éclairée. Aussi bien dans ce cas là les lésions ne sont pas énucléables, alors que par la voie abdominale, l'opération se faisant à ciel ouvert se terminera plus facilement, avec moins de danger, avec des dangers plus évitables et plus réparables. Aussi lorsque les lésions sont adhérentes à la paroi pelvienne, lorsque tout le petit bassin est fusionné, que l'utérus au milieu de ces adhérences est immobilisé en bloc, je recours à la voie abdominale. Et au contraire j'enlève encore, par l'hystérectomie vaginale ces lésions moyennes, si je puis dire, prolabées en arrière, collées à l'utérus avec lequel elles font corps et mobiles avec lui, je les enlève par l'hystérectomie vaginale, qui dans ces cas là est complète et non excessive, qui est rapide puisqu'il faut tout au plus de cinq à six minutes pour la bien faire, ce qui, avec un minimum de choc et de gravité immédiate, nous assure dans l'avenir un parfait résultat.

ANALYSE CHIMIQUE DES EAUX POTABLES AU POINT DE VUE HYGIENIQUE

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Par le Dr A. CHOPIN

Analyste du Conseil d'Hygiène de la province de Québec.

Au cours des articles précédents (1) le côté clinique de la question a surtout été traité. Ce travail intéresse spécialement les hygiénistes qui se livrent à la pratique de l'analyse. Aujourd'hui nous interpréterons les résultats que ces expériences variées nous ont fournis. C'est une question pratique à la portée de tout le monde, par laquelle tous pourront juger personnellement de la qualité d'une eau potable d'après l'analyse qui en a été faite.

Nous avons déjà dit que l'analyse sommaire suffirait le plus souvent aux besoins de l'hygiène, parceque les éléments qu'elle dose en sont les plus importants. Dans ces analyses, en effet, le dosage des matières organiques l'emporte sur tous les autres en utilité, parceque la possibilité pour une eau de devenir contaminée par l'évolution microbienne à un moment donné (par ce fait même qu'elle peut être un bon milieu de culture) est ce qui doit le plus nous préoccuper.

Qu'une eau cuise mal les aliments, mousse mal avec le savon ou ne désaltère pas, c'est aisément constaté par le premier venu. Mais il faut être expert pour fixer la limite que les substances organiques ne devront pas franchir et au-delà de laquelle une eau devient suspecte ou peut engendrer des maladies. L'interprétation saine des résultats fournis par cette méthode d'analyse sommaire est basée sur de nombreuses observations publiées surtout en Angleterre et aux États-Unis.

Oxygène absorbé à 100° C. — Une bonne eau potable sera de première qualité et d'une grande pureté si elle absorbe moins de 3 parties égales d'oxygène par million. Elle sera bonne si l'oxygène brûlé est entre 3 et 6 parties par million. Elle sera

(1) Voir *Union Médicale* 1900, pages 518, 602, 619.

suspecte si l'oxygène varie de 6 à 10 parties par million. Au delà de 10 parties elle ne devra jamais être recommandée. Voilà notre opinion à propos de nos fleuves et nos rivières.

D'après J. A. Blair, qui est une autorité dans la matière, les eaux de première classe donneraient moins de 2 m. g. d'oxygène par litre et toute eau dont la proportion excéderait 6 m. g. serait mauvaise et condamnable. Pour les eaux canadiennes et principalement pour celles de la province de Québec, il ne serait pas sage d'accepter ces chiffres comme un critérium. L'aspect géologique et agronomique de l'Angleterre et du Canada est tout à fait différent. Ici, les fleuves et les rivières parcourent des étendues immenses à travers des forêts sans limites, de sorte qu'ils reçoivent en quantité des matériaux organiques d'origine végétale, tandis que là-bas les grandes rivières, qui ressemblent à nos moindres cours d'eau, sont bordées par une population dense, de sorte qu'elles sont plutôt polluées par des matières organiques d'origine animale.

Nous ne devons pas nous guider seulement d'après les chiffres mais encore d'après d'autres raisons étrangères, mais qui ont leur importance. L'analyse en elle-même est exacte et invariable, mais son interprétation est aussi affaire de jugement dans la plupart des cas.

L'eau de l'aqueduc de Montréal donne lors de la fonte des neiges une moyenne de 13 milligrammes d'oxygène brûlé par litre et dans les autres temps de l'année une quantité rarement inférieure à 6 milligrammes. Nous guidant sur cette seule donnée nous pouvons tout de suite en conclure que l'eau que nous buvons est suspecte pour une bonne partie de l'année et quelquefois mauvaise. Cette eau devrait subir certain traitement dans le but de la purifier avant de la distribuer. Par la purification de l'eau d'alimentation de Montréal, je suis personnellement convaincu que le nombre des cas de fièvre typhoïde diminuerait en proportion notable et que la santé publique aurait tout à y gagner.

Ammoniacque. — L'ammoniacque libre mesure l'impureté due aux sels ammoniacaux qui en général ont l'urée pour origine, et l'ammoniacque albuminoïde mesure l'ammoniacque qui naît.

au cours de l'opération chimique, des matières organiques provenant d'amides complexes, tels que les acides amidés, la tyrosine et autres dérivés, ainsi que des substances protéïques non encore finalement transformées.

L'ammoniaque libre peut aussi provenir d'une autre source qu'il est très important de ne pas ignorer, parcequ'elle n'indique plus alors une contamination par les matières organiques. C'est lorsqu'elle provient de la réduction des nitrates par le plomb, le cuivre, le fer ou le zinc dont les tuyaux des conduites d'eau sont composés. Ainsi, même des traces de ces métaux pourront augmenter le chiffre de l'ammoniaque fournie par les corps organiques surtout s'il y a beaucoup de nitrates.

Comme l'eau prise au cabinet de notre laboratoire et analysée contenait toujours une proportion notable de fer, les matières organiques évaluées en ammoniaque libre étaient donc en réalité un peu moindres.

Les eaux très pures, comme les eaux de sources profondes qui ont filtré à travers des couches épaisses de terrains granitiques ou calcaires, à moins qu'elles ne soient souillées au lieu d'émergence ou quelque part le long de leur parcours souterrain, sont totalement dépourvues de matières organiques, et ne renferment, ni l'une ni l'autre, d'ammoniaque.

Si l'ammoniaque libre dépasse une partie par dix millions, elle provient presque toujours de la fermentation de l'urée et de sa décomposition en carbonate d'ammoniaque, et l'eau qui la renferme doit, par conséquent, être tenue comme très suspecte, car ce signe indique qu'elle contient de l'urine en solution dans une condition relativement récente, surtout si l'ammoniaque albuminoïde et les chlorures sont en forte proportion. Ne soyez pas surpris si nous avons lieu de rechercher l'urine dans l'eau des fleuves ou des rivières, si vous considérez, par exemple, que la population de Montréal étant évaluée à 250.000 habitants au moins, 250.000 litres d'urine doivent être déversés journellement par les égouts dans le fleuve St-Laurent, sans compter le surplus fourni par les animaux domestiques.

Beaucoup d'ammoniaque libre, peu d'ammoniaque albumi-

noïde et absence presque complète de chlorures indiquent une eau très délétère, contaminée par des matières végétales subissant une décomposition très active. Nous nous sommes convaincu de ce fait à l'examen de l'eau d'un puits situé à Sainte-Béatrice où ceux qui en firent usage souffrirent tous de maladies d'intestin, d'entérite et de dysenterie.

Si l'ammoniaque albuminoïde excède deux parties par dix millions, l'eau dans laquelle elle entre en aussi forte proportion est condamnable. Pourtant cette forte proportion a déjà été trouvée maintes fois dans l'eau fournie aux citoyens de Montréal.

Lorsque la distillation de l'ammoniaque libre commence à se produire, mais surtout au début de la distillation de l'ammoniaque albuminoïde, après avoir ajouté le permanganate de potassium et la potasse caustique, nous voyons quelquefois s'échapper une vapeur froide par l'orifice externe du condenseur qui répand dans le tube Nessler une forte odeur de marécage. Ce phénomène indique toujours une forte proportion de matières organiques végétales. Nous pourrions tout aussi bien reconnaître de cette façon d'autres corps odorants et volatils.

Lorsque nous ajoutons le réactif Nessler aux deux premiers tubes dans lesquels l'ammoniaque albuminoïde a distillé, si le premier tube est fortement coloré et si le deuxième l'est à peine, il y a indication presque certaine que l'échantillon est contaminé par des détritits organiques d'origine animale. (Prof. Ruttan.)

D'après Vanklyn, une eau de première classe contiendrait moins de deux parties par cent millions et une eau mauvaise au-delà d'une partie par dix millions d'ammoniaque libre. Une eau d'une grande pureté donnerait moins de cinq parties par cent millions d'ammoniaque albuminoïde; une eau qui peut être bue sans danger moins d'une partie par dix millions, et une eau qui en contiendrait plus serait suspecte. Pour notre part, nous croyons que les chiffres de l'ammoniaque albuminoïde donnés par cet auteur sont un peu faibles, qu'ils pourraient être plus élevés sans que pour cela l'eau soit déclarée

mauvaise. A ce compte, l'eau d'alimentation de nos villes et de nos villages serait rarement de première classe. D'ailleurs, comme nous le disions tout à l'heure avec raison, il y a des différences sensibles dans la constitution des eaux potables des divers pays, comme il y a variété dans le climat, la végétation, la géologie.

Nitrites et nitrates. — Les nitrites et les nitrates en solution dans une eau potable, représentant ce qu'on est convenu d'appeler l'azote nitrique, sont proportionnels aux poids des matières ammoniacales ou amidées transformées par les bacilles de la fermentation nitrique. Ils indiquent donc le degré d'avancement de la décomposition naturelle de toute substance organisée.

L'acide nitreux anhydre ($\text{Az } 2\text{o}^3$) étant moins oxygéné que l'anhydride azotique ($\text{Az } 2\text{o}^5$) les nitrites indiqueront un degré ultime. La métamorphose régressive des corps azotés ne va pas plus loin. De ces faits je tire la conclusion que les nitrates démontrent une décomposition très active et la présence des microbes, et que toute eau qui en est souillée doit être rejetée de l'alimentation. Cependant, il est bon de faire remarquer qu'ils n'ont pas toujours cette mauvaise signification. C'est lorsqu'ils sont le produit, de même que pour l'ammoniac libre, de la réduction des nitrates par les métaux.

Quant aux nitrates, il est généralement reconnu que la proportion ne doit pas excéder un milligramme par litre pour les eaux de rivières, quoique de bonnes eaux naturelles, principalement des eaux de source, ont pu donner jusqu'à 6 à 20 milligrammes d'azotate de potassium par litre.

Chlorures. — Une eau pauvre en chlorures ne peut être contaminée ni par les urines, ni par d'autres détritiques organiques d'origine animale. Aujourd'hui nous attachons moins de valeur qu'autrefois à la quantité anormale des chlorures alcalins dans les eaux potables comme signe de leur mauvaise qualité. De même que les nitrates ils sont relégués au second plan, à juste titre, et ne servent qu'à confirmer les autres résultats. Mais lorsque la proportion excède 20 parties par million il faudra toujours en rechercher la cause. Ils remplissent cependant

une fonction importante dans l'interprétation des résultats, si nous considérons que les eaux de rivière, en général, doivent en renfermer peu, tandis que les eaux de source en contiennent relativement beaucoup. De sorte qu'une eau de fontaine peut encore être bonne à boire avec 30 parties de chlore par million, et une eau de rivière peut être polluée par des matières organiques d'origine animale avec 10 milligrammes de chlore par litre.

Voici l'application la plus utile du dosage des chlorures dans les eaux potables: elle s'adapte à l'examen préliminaire. Analysant l'eau d'une rivière, si nous avons prélevé les échantillons de 200 à 200 pieds de distance, par exemple, et si nous trouvons dans tel échantillon un excès de chlorures pendant qu'il y en aurait relativement bien moins dans tous les autres, nous pourrions tout de suite indiquer l'endroit où la pollution par les matières d'égouts s'est opérée. Il en est ainsi dans les analyses d'eaux de puits fixes. Si, dans toute une région, la proportion des chlorures excédait la normale seulement dans l'eau de quelques-uns d'entre eux, on pourrait avec raison soupçonner leur contamination et entreprendre des analyses plus concluantes, considérant que la nappe d'eau souterraine doit avoir une composition chimique à peu près égale partout.

Matières solides. — Avec le dosage des matériaux solides commence l'analyse chimique de plus en plus complète. Une eau hygiéniquement bonne doit tenir en dissolution des sels alcalins et alcalino-terreux en quantité notable, mais, même pour les eaux de sources réputées les meilleures à boire, cette quantité ne devra jamais dépasser par litre plus de :

Résidu total	500 mil.
Résidu volatil	100 mil.
Bicarbonate de calcium	300 mil.
Sulfates alcalins ou terreux	25 mil.
Silice et silicates	5 mil.
Sulfate ou chlorure de magnésium	15 mil.

Les eaux qui contiennent ce dernier sel en aussi forte proportion doivent être rejetées comme eaux de boisson, car elles ont l'inconvénient d'être d'un goût fort désagréable. Une eau de première qualité laisse par l'évaporation un résidu blanchâtre qui ne doit pas sensiblement changer de couleur par la cal-

mination. La carbonisation du résidu au rouge indique la présence de matières organiques, et le degré de carbonisation représente leur quantité. Les odeurs que ces corps développent s'oxydant au feu nous permettront quelquefois de remonter à l'origine de la pollution. L'odeur de corne brûlée est propre aux matières azotées. Les incandescences sont dues aux nitrates. Cette fusion des nitrates sur le charbon ardent rend l'eau des plus suspecte, car elle démontre par le fait même et leur abondance et la grande quantité de matières organiques, quand bien même le phénomène de carbonisation serait relativement peu développé.

Densité spécifique et degrés hydrotimétriques. — Les eaux naturelles de première qualité, celles qui sont peu minéralisées, comme les eaux de pluie qui ont dissout dans le sol une proportion à peu près toujours semblable de matières minérales, pèsent 1005 à 1015. Les eaux fortement minéralisées pèsent 1015 à 1040 ou même un peu plus. Ce sont les eaux naturelles dont l'acide carbonique libre en solution a dissout une plus forte proportion de matières minérales alcalino-terreuses. Ces eaux peuvent être bonnes à boire, agréables au goût et dépourvues de matières organiques, mais si elles sont rejetées de l'alimentation c'est à cause de leur dureté.

Les degrés hydrotimétriques sont en rapport avec ces sels calcaires et leur sont proportionnels. Ils ne doivent pas dépasser 30° pour les eaux potables servant à tous les usages domestiques et même ce chiffre est considéré comme trop élevé. Nous devons faire ici remarquer que l'échelle anglaise est à l'échelle française comme 0.70 est à 1, fait que nous ne devons pas ignorer lorsqu'il s'agira de comparer les analyses faites par des chimistes de nationalité différente.

Gaz atmosphériques dissous dans l'eau. — Une bonne eau potable doit contenir de 20 à 55 c. c. de gaz libre, dont la moitié est de l'acide carbonique et dont le reste est un mélange d'oxygène et d'azote dans la proportion de 30 à 33 parties du premier pour 70 parties du second. Il faut que le volume de l'oxygène en rapport avec celui de l'azote en solution dans l'eau potable excède de beaucoup la proportion de l'oxygène en mé-

lange avec l'azote dans l'air. Plus il y a d'oxygène en solution dans une eau, moins les microbes anaérobies ont chance de se multiplier. L'excès d'oxygène favorise l'évolution des saprophytes aux dépens des microbes pathogènes. Alors du moment que la surface de l'eau ne vient plus librement en contact avec l'air extérieur, l'oxygène avec les saprophytes sont en baisse et les microbes qui s'accommodent de la vie sans air entrent en scène. Voilà certainement la raison pour laquelle la glace qui se forme à la surface des eaux contre-balance l'avantage de la basse température, en favorisant l'éclosion des microbes anaérobies et explique la transmissibilité par l'eau de maladies contagieuses (fièvre typhoïde) même en hiver.

Substances délétères. — Toute eau dans laquelle l'analyse chimique révélera des traces de plomb ou d'arsenic, ou bien, la présence du cuivre, du zinc ou de tout autre métal lourd, est dangereuse à boire et quelquefois toxique.

Toutes les eaux très douces peuvent attaquer le plomb des conduites d'eaux. L'expérience prouve qu'il est inutile de le rechercher dans les eaux dont le carbonate de chaux en solution excède quarante parties par million, car, avec ce degré de dureté elles ne peuvent point dissoudre ce métal. La première eau qui s'échappe d'un robinet rarement ouvert en est quelquefois saturée. Cette dissolution s'opère aisément avec l'eau du fleuve St-Laurent qui est une eau très douce.

Le cuivre est attaqué par l'eau avec beaucoup de difficultés. Aussi les sels de ce métal, moins toxiques que les sels de plomb, sont-ils exceptionnellement rencontrés au cours des analyses. Nous pourrions faire les mêmes observations à propos des sels de zinc.

Une eau d'une grande pureté ne devrait pas non plus renfermer de fer comme la majorité de nos eaux potables. Cependant je suis d'opinion qu'une faible proportion de ce dernier métal dans une eau naturelle n'enlève rien à sa valeur hygiénique. C'est peut-être la bonne voie que la nature a prise pour introduire ce corps dans l'organisme animal, parce que sous cette forme il est très dilué et ingéré d'une manière ininterrompue ; mais il ne devra pas excéder dix milligrammes par litre, sinon

l'eau qui le contiendra ne pourra pas servir comme breuvage habituel, quoiqu'il soit réputé favoriser la métamorphose progressive des tissus. Les phosphates feront toujours soupçonner une contamination par les urines.

Tant qu'à l'hydrogène sulfuré libre, les sulphydrates et les sulfures, nous pouvons dire, en thèse générale, que toutes les eaux, autres que les eaux de sources qui les renferment, sont mauvaises; que celles-ci sont plutôt rangées dans la classe des eaux minérales et ne devraient servir qu'à des usages médicaux; enfin, qu'elles peuvent être bues sans danger seulement dans les cas où il n'y a que des traces et lorsque les autres épreuves chimiques ont été satisfaisantes.

(À suivre.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE (1)

Par le Dr E.-P. LACHAPELLE

Chevalier de la Légion d'Honneur, professeur à l'Université Laval, président du Collège des Médecins de la province de Québec, président du Conseil d'Hygiène provincial.

*M. le Président,
Messieurs,*

L'honneur que vous me faites, en m'appelant à prendre la parole à cette séance, m'est très sensible, et je vous en remercie très sincèrement au nom de la province de Québec. Mais, j'ai conscience, en même temps, qu'ayant à vous adresser la parole dans une langue qui n'est pas la mienne, ce serait abuser de votre bienveillance, que de dépasser les quelques minutes qui me sont allouées. Je me contenterai donc, parlant de la prophylaxie de la tuberculose, de vous exposer succinctement comment je comprends la question, et quel est, selon moi, l'ensemble des mesures à prendre pour la mener à bonne fin dans son application.

La fréquence si considérable de la tuberculose, le fait qu'elle apparaît le plus souvent chez des enfants, jeunes ou âgés, issus de parents tuberculeux, avaient amené les auteurs à classer cette maladie parmi les affections héréditaires. De plus, comme la nature de la maladie est demeurée inconnue pendant une longue période, cette notion d'hérédité avait pris, aux yeux d'un grand nombre, un caractère de fatalité presque absolue. Tout enfant, né de parents tuberculeux, était condamné d'avance; toute tuberculose apparaissant chez une personne, faisait immédiatement accuser les parents, directs ou collatéraux.

L'étude de la tuberculose, poursuivie à la lumière des découvertes de Villemin, de Pasteur et de Koch, a fait sortir la pathologie interne du cercle étroit où elle s'immobilisait. Ce

(1) Communication lue à la séance d'ouverture du Congrès américain contre la tuberculose, tenu à New-York les 15 et 16 mai 1901.

n'est plus seulement une maladie de la nutrition, une consommation des tissus, une ulcération des organes par défaut de vitalité, déterminés chez un être vivant par l'influence héréditaire; c'est une maladie microbienne, par conséquent transmissible, commune à l'homme et aux animaux, et communiquée le plus souvent par contact direct. Sur ce point, la médecine humaine et la médecine vétérinaire se sont mises d'accord, apportant à l'appui de leurs assertions des preuves irréfutables. Tout comme les soldats de la garde impériale observés par Villemin, on peut devenir tuberculeux avec un physique irréprochable, et quand jamais la tuberculose n'a existé dans la famille. Il suffit pour cela de respirer la poussière d'un crachat tuberculeux ou d'avalier un aliment tuberculisé.

Sans doute, il y a des causes prédisposantes. La contagion des maladies infectieuses n'est pas plus nécessairement fatale que l'hérédité pathologique. La tuberculose n'échappe pas à la loi des infections générales; à côté de la virulence du germe, il faut tenir compte de la prédisposition du terrain. C'est là surtout ce en quoi consiste l'hérédité tuberculeuse. L'enfant, né de parents tuberculeux, n'hérite pas nécessairement et habituellement du bacille de Koch; le fait est possible, mais des plus rares: il hérite d'une prédisposition de terrain ou constitution tuberculeuse. Issu d'un ou de deux organismes envahis et débilités par le bacille de Koch, il se développe avec une nutrition modifiée, qui le rend très sensible à la tuberculose et le prédispose à la maladie. Mais, la maladie ne peut pas éclater chez lui sans la présence du microbe, et ce microbe, dans la plupart des cas, devra venir de l'extérieur. La loi est la même que pour ceux qui ne sont pas nés de parents tuberculeux.

En fait de tuberculose, l'influence du terrain joue un grand rôle: c'est elle qui, par prédisposition héréditaire, par débilité générale, par surmenage, par intoxication alcoolique, rend facile l'infection tuberculeuse: c'est elle aussi qui règlera en grande partie l'évolution de cette infection, et en fera, soit une maladie plus ou moins bénigne se terminant par la guérison, soit une infection progressive évoluant plus ou moins rapidement vers la mort. Car, le fait est aujourd'hui démontré, le tu-

berculeux peut guérir, de même qu'il est possible de corriger la prédisposition du terrain. N'est-ce pas d'ailleurs au terrain que s'adressent avec le plus de succès les thérapeutes, pour obtenir la guérison de la maladie ? Ne combattent-ils pas l'infection tuberculeuse par un traitement hygiénique basé sur le grand air, la suralimentation, le repos, c'est-à-dire, tout ce qui peut reconstituer le terrain ?

Appuyés sur cette base scientifique, il devient facile, il me semble, de s'entendre sur les mesures à prendre pour établir une prophylaxie rationnelle de la tuberculose. Cette prophylaxie, pour être complète, devra couvrir les deux points étiologiques reconnus : 1° empêcher l'organisme de se débilitier, ou le corriger, si la prédisposition tuberculeuse existe déjà ; 2° prévenir la contagion par la bacille de Koch.

Comme moyen de conserver et d'améliorer la santé, c'est-à-dire, de prévenir ou de faire disparaître la prédisposition de terrain, nous devons avoir recours aux mesures suivantes, qui s'adressent à l'enfant sain, à l'enfant prédisposé et à l'adulte :

1° Donner aux poumons de l'enfant, partout et toujours, au logis, à l'école, au pensionnat, de l'air pur en quantité suffisante. Ne fournir à son estomac que des aliments sains, facilement assimilables, et appropriés à son âge. Développer sa force physique par des exercices modérés. Éviter chez lui l'épuisement musculaire ou nerveux, le surmenage.

2° Si l'enfant est un prédisposé par hérédité tuberculeuse, par scrofule, par rachitisme, redoubler d'attention dans l'application des mesures ci-dessus, et lui imposer, quand la chose est possible, une hygiène spéciale, tel que le séjour à la campagne, au bord de la mer.

3° Chez les adultes, combattre les causes spéciales qui, en diminuant la résistance vitale, préparent la venue de la tuberculose pour eux et pour leurs enfants ; l'alcoolisme, le surmenage, la mauvaise alimentation, l'encombrement et le défaut d'air pur. A ce dernier point de vue, surveiller d'une manière spéciale l'hygiène des logis, des pensionnats, des ateliers, des magasins, des théâtres, des prisons, etc., et en régler le cubage d'air pour chaque habitant.

Comme moyens de protection contre la transmission du ba-

cille tuberculeux, nous devons avoir recours aux mesures suivantes :

1 La déclaration des cas de tuberculose, qui, en signalant à l'autorité sanitaire les foyers d'infection, lui permettra de prendre les mesures appropriées pour la protection publique, tout en sauvegardant les intérêts du malade et de sa famille.

2 La lutte contre la dissémination de la maladie par les crachats desséchés des tuberculeux et, pour cela : la désinfection des lieux ayant été habités par eux, la proscription du balayage et de l'époussetage à sec, la défense de cracher sur les planchers, sur les trottoirs, dans les voitures publiques, etc.

3 La lutte contre la dissémination des germes par les aliments tuberculés et, pour cela : la stérilisation du lait, l'inspection des viandes, la réglementation des laiteries, des abattoirs et des étaux de bouchers.

4 La création de nombreux sanatoria populaires, où les tuberculeux pauvres seront isolés, apprendront à se traiter en vue d'une guérison possible et, aussi, de façon à ne pas être une source de danger pour les autres.

Mais, comme toutes les mesures que je viens d'énumérer, et qui n'ont été établies qu'après de patientes observations par les autorités sanitaires d'Europe et d'Amérique, ne peuvent devenir réellement effectives qu'avec le concours volontaire des malades et du public, il faudrait, pour asseoir la prophylaxie de la tuberculose sur une base solide, en faire avant tout et par-dessus tout, une question de conviction. Le moyen qui s'impose, c'est l'éducation des masses. Rendez obligatoire dans toutes les écoles, l'enseignement de la prophylaxie des maladies contagieuses, de la tuberculose en particulier, et vous aurez dans vingt ans un peuple convaincu, prêt à donner son plus cordial appui à l'effort humanitaire des médecins et des hygiénistes. Et comme en attendant, les générations actuelles ne peuvent être ignorées, multipliez pour la propagation de la vérité : les ligues, les conférences populaires, les brochures, etc. C'est ainsi, par la démonstration des faits, par la persuasion, que vous vous assurerez l'adhésion du public, que vous ferez accepter les lois et les règlements nécessaires, et que vous préparerez l'âge d'or de l'hygiène en Amérique.

LA VACCINATION (1)

Par le Dr GUSVAVE ARCHAMBAULT, de Montréal

Depuis la grande découverte de Jenner, en 1796, tous les médecins reconnaissent que l'inoculation du vaccin est le seul préservatif de la variole et il est de notre devoir d'en propager la pratique et d'aider les autorités de cette ville d'obtenir du gouvernement une loi qui rendrait obligatoire la vaccination et la revaccination.

Presque régulièrement tous les dix ans, Montréal est visité par une épidémie de variole: les autorités effrayées recommandent alors une vaccination générale et ordonnent aux propriétaires de manufactures et aux supérieurs de nos maisons d'éducation de ne recevoir dans leurs établissements aucun ouvrier, aucun élève ne pouvant fournir un certificat de vaccination récente. Les vaccineurs publics avec des aides se mettent à l'œuvre, vaccinent des milliers de personnes, jusqu'à ce que l'épidémie après avoir fait des ravages considérables s'arrête par le fait que tous ceux qui restent ou bien ont eu la variole ou ont été immunisés par le vaccin.

Dix ans s'écoulent, la population augmente et se renouvelle et pendant tout ce temps la vaccination est lettre morte et on oublie par quelles terribles épreuves on est passé jusqu'à ce que l'horrible fléau, trouvant de nouveau le champ libre, nous arrive tout-à-coup et fa se disparaître comme en 1885 presque un quart de la population de Montréal.

Si nous avions en Canada comme dans beaucoup d'autres pays le vaccination obligatoire, jamais ces épidémies ne se répèteraient et tous les enfants avant l'âge de 3 à 4 mois seraient par la vaccination, rendus réfractaires à la variole.

Comme il n'est pas probable que nous puissions avoir bien tôt cette loi bienfaisante, unissons au moins nos efforts pour faire connaître les heureux résultats de la vaccination, recommandons-la à nos patients et surtout démontrons aux mères de famille qu'il est de leur devoir de faire vacciner leurs enfants dès le bas âge et avant l'époque de la dentition.

(1) Communication lue à la Société Médicale de Montréal, séance du 14 mars 1901.

Comme le vaccin est une chose très délicate, pouvant vite se détériorer, il faut choisir une préparation recommandable, offrant toutes les garanties de pureté et prendre pour vacciner les précautions aseptiques nécessaires afin d'éviter tout accident. Quand on se sert de vaccin sec sur pointes d'ivoire, il faut l'employer très frais, car il perd vite son activité et peut se contaminer; aussi à cause de cela est-il préférable de n'employer que de la lymphé vaccinale glycerinée qui a l'avantage de bien se conserver, d'être très-effective et qui, bien préparée, dans des tubes capillaires, ne peut se contaminer ni causer d'accident.

Dans presque tous les pays du monde on ne sert aujourd'hui que de cette préparation et les docteurs Delobel et Cozette dans leur ouvrage "vaccine et vaccination" disent que la pulpe vaccinale glycerinée est la préparation de choix, qu'elle doit être recommandée de préférence au vaccin conservé sur lancettes, sur épines, sur plumes ou sur pointes d'ivoire, parce que tous ces derniers procédés de conservation sont défectueux et que non seulement le vaccin perd alors ses principes actifs mais qu'il peut se charger de germes capables de causer les accidents les plus graves de septicémie, tandis que le vaccin glyceriné n'expose pas à ces dangers.

On peut vacciner à tout âge, même l'enfant naissant et je me rappelle que lors de l'épidémie de 1885, alors que j'avais sous mes soins plusieurs variolés et que je craignais pour ma famille, j'ai vacciné avec succès à sa naissance un de mes propres enfants, et je suis d'opinion que plus les enfants sont jeunes, mieux le vaccin réussit et moins il produit d'inflammation.

En temps d'épidémie il est important que tous soient vaccinés et il n'y a aucune contre-indication à le faire, mais quand il n'y a pas urgence il vaut mieux ne pas vacciner dans les cas de syphilis infantile, dans les maladies de peau, surtout eczéma, impétigo, en temps d'érysipèle et chez les enfants scrofuleux ou souffrant de maladies inflammatoires.

On hésite parfois de vacciner une femme pendant sa grossesse ou pendant la lactation, mais je n'y vois aucun inconvénients, et après avoir passé par plusieurs épidémies de variole

et avoir vacciné un grand nombre de femmes enceintes, je ne me rappelle pas d'un seul accident et je crois vraiment que le vaccin immunise non-seulement la mère mais souvent aussi l'enfant qu'elle porte.

Le printemps et l'automne sont les saisons les plus favorables pour vacciner, tandis qu'au contraire pendant les froids excessifs de l'hiver et durant les grandes chaleurs de l'été, le vaccin se développe avec moins de succès.

A moins d'absolue nécessité, on n'emploie plus le vaccin humain qui peut transmettre des maladies constitutionnelles : comme la lèpre, la syphilis, la tuberculose, mais on se sert toujours du vaccin animal, surtout glyciné, qui ne peut transmettre ces maladies.

La vaccination doit être pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques et aseptiques qu'on observe pour une opération chirurgicale très sérieuse. Les sous-vêtements des personnes à vacciner devront être très propres. Le champ opératoire sera lavé avec de l'eau chaude et du savon, puis de l'alcool, les scarifications seront superficielles et très petites, de pas plus d'un huitième de pouce de diamètre et seront faites avec des instruments bien stérilisés et quand le virus sera absorbé et bien séché, il faudra recouvrir le tout d'un léger pansement de coton absorbant stérilisé.

Un grand nombre de médecins font encore des scarifications très grandes et même des incisions très profondes qui souvent causent beaucoup d'inflammation et produisent même des ulcérations difficiles à guérir. Tout cela peut s'éviter facilement en faisant, comme je viens de le dire, les scarifications superficielles et très petites qui réussissent aussi bien, n'effraient pas les enfants et évitent aux parents beaucoup de trouble et d'anxiété et aux médecins de grands ennuis.

Depuis deux ans nous avons à Montréal un institut vaccinal fondé dans le but de remédier au besoin qui se faisait sentir depuis longtemps dans la province de Québec, de la fabrication de la vaccine glycinée, préparation reconnue par tous, comme la meilleure par son efficacité et sa pureté. Presque tous les médecins, au lieu d'employer le vaccin sur pointes d'i-

voire faisaient venir à grands frais des États-Unis et de France le vaccin glycérimé. L'Institut Vaccinal de Montréal est venu combler cette lacune et fabrique maintenant en cette ville la pulpe vaccinale glycérimée selon toutes les méthodes modernes et ne le cède en rien aux meilleures institutions de vaccine de l'Europe et de l'Amérique.

Tout y est fait correctement, suivant les règles hygiéniques, aseptiques et antiseptiques et une visite à cette institution qui est pour ainsi dire publique, fait comprendre de suite que rien n'y a été épargné pour en faire un établissement de premier ordre, capable de fournir en aucun temps à toute la Puissance du Canada un vaccin pur et efficace, sans être obligé de recourir à l'étranger.

vaporisations de liquides antiseptiques, l'inhalation de gaz médicamenteux.

Nous passerons en revue ces différents traitements locaux. L'une de ces méthodes qui a le plus vivement attiré l'attention a été préconisée par Michaël (de Hambourg). — Elle consistait en insufflations nasales de différents médicaments. — Les substances expérimentées par lui furent nombreuses, les unes antiseptiques, d'autres analgésiques, quelques unes inertes : Chlorhydrate de quinine et acide benzoïque, sulfate de quinine et bromure de potassium, iodoforme, acide borique, poudre de benjoin, cocaïne, bicarbonate de soude et jusqu'à de la poussière de marbre.

Les poudres qui ont donné les meilleurs résultats sont celles de quinine et de benjoin en parties égales.

Michaël au congrès de Wiesbaden, 1887, donne la statistique suivante: 250 cas, résultats assez décisifs et quelquefois surprenants dans 75 pour 100 des cas; dans 7 pour 100, la guérison fut obtenue en 2 ou 3 jours.

Guerder, en France, faisait faire deux insufflations par jour de café torréfié pulvérisé et d'acide borique en parties égales. Le nombre des quintes doit s'abaisser rapidement.

Moizard, faisait faire trois insufflations par jour, à l'aide d'une poire ou d'un simple tube en verre, du mélange suivant :

Benjoin pulvérisé	} aa 1} drachme.
Salicylate de bismuth	
Sulfate de quinine.....	

Les badigeonnages du pharynx et du larynx ont compté quelques partisans. Labric a utilisé les badigeonnages à la cocaïne au $\frac{1}{500}$ e et même au $\frac{1}{200}$ e ; Moncorvo : les badigeonnages à la résorcine à $\frac{1}{100}$ e répétés à toutes les 2 ou 3 heures ; Rosenberg : les instillations et les badigeonnages d'huile mentholée à 1 ou 2 pour 100; enfin, Letzerich a insufflé de la poudre de sulfate de quinine sur les cordes vocales.

Ces traitements nécessitent des manœuvres auxquelles les enfants résistent et dont le résultat le plus sûr est de provoquer des quintes. Ils sont par conséquent peu recommandables et ne seront employés que dans des cas particuliers.

Les pulvérisations ont été faites avec différentes solutions antiseptiques: eau phéniquée au $\frac{1}{500}$ e, eau boriquée à 3 pour 100, eau salicylée à 1 ou 2 pour 1000, eau bromurée à 5 pour 100, etc. Goldsmith, (de Strasbourg), a surtout vanté les pulvérisations phéniquées qu'il faisait répéter à toutes les 2 ou 3 heures.

Le Dr. Dutremblay a, d'autre part, préconisé les inhalations d'oxygène chargé de vapeurs de bromoforme, d'eau de laurier-cerise et de bromure de camphre à parties égales, $2\frac{1}{2}$ drachmes de chaque. Il fait inhaler par jour en moyenne 12 à 15 gallons d'oxygène ainsi chargé de vapeurs médicamenteuses.

Citons pour mémoire les inhalations d'air comprimé (Schliep, de Baden-Baden), les fumigations d'acide sulfureux (Mohn, Weisgerber), les lavements gazeux d'acide carbonique (Bergeron).

Nous verrons maintenant les mesures antiseptiques générales à prendre dans le traitement de la coqueluche.

L'isolement est illusoire et nous ne pouvons la plupart du temps recourir à ce moyen de prophylaxie. Nous aurons donc recours à la désinfection.

L'on stérilisera les crachats et les matières vomies avec une solution de sublimé à 1 pour 1000 ou une solution d'acide phénique à 5 pour 100. Cette mesure est plutôt en vue de l'exemption pour les autres que de la guérison pour le malade.

La désinfection générale concourt à ces deux buts. Il ne faudra pas se contenter de désinfecter la chambre du malade, mais toute la maison si possible et le linge de literie de même que le linge de corps du ou des petits malades. Cette désinfection sera faite à l'acide sulfureux, en la manière ordinaire et sera répétée plusieurs fois de suite, s'il y a lieu, en laissant un jour ou deux d'intervalle.

Il faut avouer que la médication antispasmodique reste jusqu'ici supérieure à la médication antiseptique à cause probablement des difficultés nombreuses d'application de cette dernière.

II. Le traitement par les antispasmodiques sera réalisé par quatre médicaments principaux: la Belladone, l'antipvrine, le bromoforme, les sels de quinine.

C'est Trousseau qui a rendu classique le traitement de la coqueluche par la belladone et depuis il est douteux que l'on ait réussi à trouver un médicament plus actif. Il convient cependant de surveiller les effets de la belladone et de suspendre dès qu'il y a des symptômes de saturation (mydriase excessive, sècheresse de la gorge, coloration des joues, etc.).

Trousseau prescrivait l'extrait et la poudre :

R

Extrait de Belladone	} àâ 1-12e grain.
Poudre de Belladone.....	

Pour une pilule. Aux enfants en dessous de 4 ans, Trousseau donnait une pilule le matin à jeun et aux enfants plus vieux 2 pilules. Si au bout de quelques jours les quintes restaient intenses et fréquentes, il doublait la dose en insistant sur ce point que la dose quotidienne quelle qu'elle fut devait être administrée en une fois le matin.

La Teinture de Belladone se donne à la dose de 5 gouttes à un an; de 5 à 6 gouttes, 3 fois par jour, chez un enfant de deux ans, il faut augmenter de une goutte à chaque dose, de manière à administrer 20 à 30 gouttes dans les vingt-quatre heures.

Martan prescrit :

Sirop de Belladone	6 drachmes.
Sirop de tolu.....	3 onces.

Les doses initiales seront comme suit selon l'âge de l'enfant :

De la naissance à 2 ans	1 à 2 cuillerées à café par jour.
De 2 ans à 5 ans.....	3 — —
Après 5 ans	5 — —

Ces doses peuvent être augmentées jusqu'à être doublées parfois, pour obtenir une sédation des quintes.

Cadet de Gassicourt formule le sirop suivant :

Sirop de te	5½ onces.
Sirop de belladone.....	1½ once.

Une cuillerée à café de ce sirop contient 20 gouttes de sirop de belladone. Une cuillerée à café par jour aux plus jeunes enfants, en deux doses le matin et le soir. Les doses sont augmentées par demi cuillerées à café, à intervalles réguliers dans la journée jusqu'à sédation.

Il est utile quelquefois d'associer l'antipyrine au sirop de belladone.

Chez les enfants au-dessus de quatre ans l'on peut associer la belladone au sirop d'opium :

Sirop de belladone.....	} à à ½ once.
Sirop d'opium.....	
Sirop d'éther.....	
Sirop de fleurs d'oranger	

Une cuillerée à café, toutes les quatre heures jusqu'à sédation.

Voici encore quelques formules de sirops belladonnés pour les enfants :

R

Sirop de belladone.....	.1 once.
Sirop de Desessartz.....	.2½ onces.

M. Quatre à six cuillerées à café par jour.

R

Sirop de codéine.....	} à à 6½ drachmes.
Sirop de fleurs d'oranger	
Sirop de belladone.....	
Sirop de tolu.....	3½ onces.

M. Deux à six cuillerées à café par jour.

L'Antipyrine est en grande vogue depuis quelques années dans le traitement de la coqueluche. Elle est bien supportée par les enfants et peut remplacer la belladone quand l'organisme est saturé par ce médicament.

Sonnenberger en prescrit autant de centigrammes ($\frac{1}{10}$ de grain) que l'enfant a de mois, autant de décigrammes ($1\frac{1}{2}$ grain) qu'il compte d'années, 3 fois par jour. Après un an, on peut aller jusqu'à 0. gr. 50 centig. (10 grains) par année d'âge, comme dose maxima.

Schnirer, de Vienne, est plus réservé sur l'efficacité de l'antipyrine.

M. Dubousquet-Laborde a publié les résultats obtenus chez un nombre considérable de malades (plus de 300) : l'antipyrine a été très-efficace dans 197 cas; 15 fois il y a eu de l'intolérance gastrique ou des éruptions.

M. Comby n'a pas obtenu de résultats bien décisifs de l'anti-

pyrine, par contre M. Marfan recommande l'antipyrine au même titre que la belladone.

M. Marfan emploie la formule suivante :

Antipyrine.....	45 grains.
Sirop de belladone.....	5 drachmes.
Eau distillée.....	3½ onces.

Chez les enfants de moins de deux ans, il donne par vingt-quatre heures, une cuillerée à dessert à une ou deux cuillerées à soupe, par doses fractionnées jusqu'à sédation.

Le bromoforme proposé par Stepp, de Nuremberg, Neumann, Lowenthal, est très en faveur de nos jours. C'est un médicament très actif qui n'est cependant pas infaillible. Le nombre des quintes diminuent à la suite de son emploi et habituellement dès le troisième jour l'on constate une détente manifeste. Le bromoforme est poison et peut déterminer le coma à doses excessives. Il est indiqué plus spécialement au début de la coqueluche.

Au-dessous de six mois on peut le prescrire à la dose quotidienne de deux à trois gouttes pour commencer; de six mois à un an, trois à quatre gouttes. Au-dessous de six ans, autant de fois quatre gouttes par jour que l'enfant a d'années. Après six ans, vingt gouttes par jour en augmentant de deux gouttes par jour, jusqu'à sédation.

Marfan prescrit :

Bromoforme.....	5½ drachmes.
Huile d'amendes douces.....	1 once.
Gomme arabique.....	1 once.
Jirop de fleurs d'oranger.....	1 once.
Eau distillée.....	10 onces.

Chaque cuillerée à thé contient quatre gouttes.

L'on peut encore prescrire :

Bromoforme.....	88 gouttes.
Huile d'amendes douces.....	½ once.

Ajoutez :

Gomme arabique.....	½ once.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	½ once.
Eau distillée q. s. pour faire.....	4 onces.

Chaque cuillerée à thé contient deux gouttes.

L'eau bromoformée saturée peut servir de véhicule au sirop de belladone :

Eau bromoformée	3½ onces.
Sirop de belladone	6 dr. à 1 once.

Par cuillerée à café.

Les sels de quinine agissent comme antispasmodiques et peut-être exercent-ils aussi une action sur l'agent infectieux.

Dès 1888, Binz, avait constaté l'efficacité de fortes doses de quinine contre la coqueluche. D'après lui les succès ne seraient dûs qu'à l'insuffisance des doses. Binz donne la préférence au tannate de quinine qui est insinide.

En administrant autant de grains par jour que l'enfant compte d'années, l'on remarque une amélioration prononcée dès le troisième jour.

Ungar, de Bonn, prescrit le chlorhydrate et insiste sur la nécessité de doses élevées :

A 3 mois.....	1 grain.
A 6 mois.....	1½ grain.
A 12 mois.....	2 grains.
A 18 mois.....	3½ grains.

Ces doses seront répétées deux ou trois fois par jour.

De deux à cinq ans, autant de décigrammes (1½ grain) que l'enfant a d'années.

30 centigrammes (5 grains) à trois ans et 50 centigrammes (9½ grains) à cinq ans. Cette dernière dose ne doit pas être dépassée en une prise même chez les enfants au-dessus de cinq ans.

Sitôt que l'amélioration se montre, au bout de 5 à 6 jours, il faut diminuer les doses, progressivement jusqu'à disparition complète des quintes. L'on masque le goût par la glycerine sucrée avec sirop tartrique, par le café noir, les gelées, confitures, etc.

Bichlohydrate de quinine	40 grains.
Extrait de réglisse	75 grains.
Sirop de fleurs d'oranger.....	½ once.
Eau distillée.....	2½ onces.

2 grains de sel environ par cuillerée à café.

L'on peut prescrire les sels de quinine en suppositoires.

Certains médecins ont associé la quinine à l'antipyrine.

Les bromures moins efficaces que les médicaments précédents, sont surtout indiqués chez les enfants nerveux prédisposés aux convulsions :

Bromure de potassium $\frac{1}{4}$ drachmes.
Sirop d'écorces d'oranger amer $6\frac{1}{2}$ onces.

Une à cinq cuillerées à thé.

Le chloral est surtout utile comme hypnotique à la dose de deux à cinq grains suivant l'âge.

Le chloroforme à l'intérieur selon la méthode de Henri Roger est d'une efficacité douteuse. En inhalation il peut modérer l'intensité et la durée des quintes. Il faut être prudent.

L'éther en sirop peut aussi être un utile adjuvant.

Les opiacés sont dangereux chez les enfants, l'on ne peut guère employer que le sirop diacode, ou le sirop de codéine et jamais d'une façon trop suivie.

Les préparations de Valériane sont répugnantes et peu actives, la teinture de drosera paraît à peu près inefficace ainsi que la teinture de grindelia robusta.

Voilà à peu près à quoi se résument nos moyens thérapeutiques médicamenteux contre la coqueluche.

Les soins hygiéniques convenables au traitement de cette maladie sont le séjour dans une chambre vaste et bien aérée et bien exposée au soleil. Si possible faire coucher l'enfant dans une autre chambre que celle où il demeure pendant le jour.

Si l'enfant n'a pas de fièvre, on le fera sortir au soleil dans les belles journées, sans lui permettre d'exercices violents qui déterminent des quintes. S'il existe de la fièvre, non-seulement l'enfant restera à la maison, mais il vaudra mieux le tenir au lit.

Le changement complet d'air est quelquefois l'unique moyen de faire cesser une coqueluche qui se prolonge, mais il n'est utile qu'au déclin de la seconde période.

L'alimentation doit être sagement réglée. Les vomissements sont quelquefois un grand obstacle qu'il faudra savoir tourner. Il faudra multiplier le nombre des repas, profiter de l'accalmie qui suit une quinte pour faire prendre de la nourriture à l'enfant; si c'est un nourrisson on le fera têter immédiatement après une quinte, s'il vomit, la mère devra lui redonner le sein aussitôt la quinte passée.

Les enfants plus grands prendront en petite quantité, des

aliments nourrissants: purées de viande ou de légumes, œufs, jus de viande, lait, crème, etc., etc.

Pendant la quinte il faut entourer l'enfant de petits soins; le faire asseoir, lui soutenir le front, et si l'enfant est très jeune, débarrasser sa bouche, à l'aide de tampons de coton hydrophile, des mucosités qu'il ne peut expulser. L'on s'assurera qu'il n'est pas gêné par des vêtements trop serrés, au niveau du cou ou du thorax.

Les complications de la coqueluche réclament quelquefois un traitement spécial. Les vomissements s'ils sont assez nombreux pour amener la dénutrition, seront traités par le café noir qui constitue le moyen le plus simple et le plus efficace pour les combattre. L'on peut encore prescrire :

Caféine.....	30	grains.
Benzoate de soude.....	45	grains.
Extrait de réglisse.....	2½	drachmes.
Sirop de tolu.....	5	drachmes.
Eau distillée.....	2½	onces.

Une cuillerée à dessert après chaque quinte.

On peut encore employer les sels de cérium en pilules de 1 centigramme ($\frac{1}{10}$ de grain, 2 ou 3 fois par jour), le parégorique, le chlorhydrate de cocaïne, aux doses appropriées, les eaux gazeuses.

L'ulcération sublinguale sera traitée par un attouchement au nitrate d'argent Sol au $\frac{1}{30}$ e et les soins antiseptiques ordinaires.

Les hémorragies ne réclament pas en général de soins particuliers, si l'épistaxis se prolongeait après la quinte, on traitera par tampons imbibés d'une solution d'antipyrine ou autre, irrigations chaudes, etc.

S'il y a asphyxie durant les quintes, on flagelle la figure avec des linges mouillés, on applique des sinapismes aux jambes, l'on fait la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue.

Si une attaque d'éclampsie succède à la quinte, quelques gouttes d'éther ou de chloroforme sur un mouchoir.

Le traitement de la broncho-pneumonie si grave au cours de la coqueluche, n'entre pas dans le cadre de cette courte revue.

H. HERVIEUX.

LES TRAITEMENTS DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE

L'alcoolisme est d'actualité; aussi, je crois utile de résumer succinctement les principales méthodes de traitement aujourd'hui en usage.

Depuis longtemps, des esprits supérieurs, surtout en France, (Lanceraux, Laborde, etc.) effrayés des proportions alarmantes qu'il prend chaque jour, ont jeté le cri d'alarme et ont essayé d'y intéresser les gouvernements par des mesures qui sont demeurées stériles jusqu'ici. Les intérêts des grands syndicats *alcooliques*, si je puis m'exprimer ainsi, ont annihilé, pour un certain temps du moins, les louables efforts des protecteurs de la santé publique. Cependant, la propagande continue, des associations se fondent dans le but de protéger l'ouvrier contre lui-même, en l'éclairant, par la parole ou par le pamphlet illustré, sur les dangers auxquels il s'expose.

Au Canada, nous avons ménagé nos forces sur ce point. Et pourtant, le danger est aussi grand. La démonstration en serait facile si je voulais, pour esquisser à grands traits le tableau des ravages exercés par l'alcool au sein des familles jusqu'ici paisibles et heureuses, consulter les sombres pages des cours de justice, les registres des différents *hôtels du gouvernement* et les statistiques de nos hôpitaux où tant de ruines s'achèvent sous le couvert des insuffisances cardiaques, hépatiques ou rénales, à côté de la tuberculose pulmonaire, ce grand *terminus* pour les alcooliques de tout âge et de tout rang!...

Une seule tentative a été faite ici pour enrayer les progrès de l'alcool: c'est la *prohibition*. C'est une mesure qui est destinée à être stérile, parce qu'elle est étroite dans sa conception et plutôt empreinte de snobisme que de sincérité. On pourrait dire avec raison que c'est la lutte de l'*alcoolisme en chambre* contre l'*alcoolisme en salles publiques*. Or, je ne vois pas au tout en quoi l'un vaut mieux que l'autre.

Il y a quelques mois, des essais de sérothérapie n'ont donné aucun espoir d'un traitement curatif. Nous attendons de nouvelles expériences avant d'étudier sérieusement cette nouvelle méthode.

Nombreux sont les traitements de l'alcoolisme chronique. Martinis, un auteur italien auquel nous empruntons de nom-

breux détails, a fait une étude particulière de ces cas d'alcoolisme chronique, et a édifié une méthode que nous exposerons plus loin et dont il a retiré de grands bénéfices pour ses malades.

Avant tout, dirait LaPalisse, supprimez toute boisson spiritueuse, ce qui veut dire: en premier lieu, soustrayez votre patient au milieu habituel.

En effet, toute guérison, toute amélioration même, sont impossibles, dans les conditions de vie ordinaire, et nous arrivons nécessairement à l'isolement dans les hôpitaux spéciaux ou autres. C'est dans ces endroits, uniquement là, qu'il sera possible d'appliquer avec quelque chance de succès les différentes méthodes que nous allons successivement passer en revue.

L'hypnotisme inspire peu de confiance. Ce sont des guérisons passagères, et l'alcoolique retombe promptement dans les habitudes d'autrefois dès qu'il est soustrait à l'influence du médecin qui l'a momentanément guéri.

La prophylaxie vaut mieux, c'est-à-dire, ligues de tempérance et réduction des débits de boisson.

I Méthode de Kahlbaum. — C'est l'isolement à outrance. Le docteur Kahlbaum avait proposé d'envoyer tous les ivrognes dans une île lointaine, sous le contrôle des gouvernements, où toute fabrique ou importation de boissons alcooliques seraient interdites.

Ce projet équivalait tout simplement à une "prise de corps". Je ne sache pas que les gouvernements soient disposés à employer de semblables procédés. Ce serait porter atteinte aux principes fondamentaux du libre arbitre. C'est une utopie.

II Méthode de Keely. — C'est la méthode du docteur Keely de Chicago. Elle a joui d'une vogue extraordinaire, et a permis à certains confrères de Montréal d'espérer dans des guérisons rapides et assurées. Mais... il y eut des déceptions, et chacun retourna à ses moutons, les médecins à leurs malades, et les malades à leurs vignes!...

Voici en quoi consiste cette méthode. Elle comprend trois préparations:

1° Chlorure d'or... .. 0 g. 70 centigr.
Nitrate de strychnine... .. 0 g. 06 centigr.

Sulfate d'atropine....	10 milligr.
Chlorhydrate d'ammoniaque..	0 g. 30 centigr.
Aloïne....	0 g. 06 centigr.
Hydrastine....	0 g. 12 centigr.
Glycérine.	30 g.
Extrait fluide de quinquina....	90 g.
Extrait de coca....	30 g.
Eau distillée....	30 g.

Dose: 15 gouttes, huit fois par jour.

- 2° Nitrate de strychnine.... 0 g. 05 centigr.
 Eau distillée.. 10 g.
 Permanganate de potasse, pour colorer, q. s.
- 3° Chlorure d'or.... 0 g. 05 centigr.
 Eau distillée.. 10 g.

On prend cinq gouttes de la solution (2) que l'on mélange avec trois gouttes de la solution (3), et on injecte le tout sous la peau.

On essaie de persuader le malade que son estomac ne peut plus tolérer l'alcool.

A cette fin, on lui fait ingérer un ou deux verres d'alcool; aussitôt après on lui injecte la solution (2) à laquelle on a eu le soin d'ajouter à son insu 0/006 (milig.), d'apomorphine. Un vomissement pénible et violent se produit bientôt: le malade, convaincu qu'il ne peut plus faire usage d'alcool, se considère guéri: la cure est terminée quelque temps après.

III Méthode Clouston. — Le docteur Clouston, d'Édimbourg, emploie la méthode suivante. Le malade à son arrivée est d'abord mis au lit et prend comme nourriture du lait coupé d'eau gazeuse et du thé de bœuf. On le force à manger, même s'il s'y refuse. Le lendemain, premier jour, promenade au grand air durant une heure, repas ordinaires sans médicaments. Le second jour, même traitement. Le troisième jour, on administre généralement de la quinine et de l'acide nitro-muriatique. Peu à peu l'état général s'améliore, le délire, le tremblement disparaissent, les idées se lient et la guérison s'opère après huit ou dix jours de traitement environ.

IV Méthode Martinis. — Le docteur Martinis, médecin à l'asile de Cery, préconise le traitement suivant. Il isole d'abord

le malade. Si l'agitation est trop forte, il l'enferme, tout nu, dans une cellule bien chauffée, avec un lit de paille. La tranquillité revient peu à peu. Il met alors le malade dans un lit à ficelle, c'est-à-dire un lit entouré d'un treillis en ficelle; pour provoquer le sommeil, il donne le chloral à la dose de 1 à 5 gr. à la fois. Si le malade refuse de prendre son chloral, il injecte la duboisine ou l'hyoscine à la dose de un à dix millig., il prescrit l'usage de la morphine associée au chloral. Il continue à donner de l'alcool durant la première semaine v. g. deux verres de vin par jour, il diminue ainsi graduellement pour cesser définitivement.

Il faut surveiller les intestins et le poumon. Lorsque le calme se rétablit, on commence l'usage des bains tièdes, dont la durée est de $\frac{1}{2}$ heure à 1 heure. Peu à peu la guérison s'opère tant à cause des soins immédiats que de l'influence morale qu'il exerce sur l'esprit du malade.

Suivant le docteur Martinis, l'alcool est indispensable, mais, tout en approuvant le principe de la lutte anti-alcoolique, il ne faut pas tomber dans l'excès opposé. Les Chinois, les Turcs et les Juifs ne font aucun usage de boissons alcooliques et cependant, ils n'occupent pas le premier rang dans la civilisation. Au contraire, les Français et les Allemands font usage d'alcool depuis un temps immémorial, et cependant, leurs écoles ont une influence prépondérante dans le monde. Il conclut que "c'est la tempérance et l'usage modéré qu'il faut prêcher."

J.-A. LESAGE.

EN EUROPE.

Monsieur le Docteur Mercier, chirurgien en chef de l'Hopital Notre-Dame, est en Europe pour deux mois. Il est accompagné de Messieurs les Docteurs Ricard et Huguenin.

Le Docteur E. H. DANSEREAU, pour cause de santé et après 32 ans de pratique à St. Louis de Gonzague, Comté de Beauharnois, vendrait sa propriété à quelqu'un désirant pratiquer à la campagne. Très bonne clientèle payante, beau poste.

S'adresser, Pharmacie Dansereau, 1980 St. Jacques, St. Henri. Montréal.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 23 Avril 1901.

Présidence de M. HERVIEUX.

Après la lecture des minutes de la dernière assemblée, M. Dubé a lu un travail sur la "Non-hérédité" dans la tuberculose pulmonaire." Le rapport de cette assemblée a été fait dans le dernier numéro de l'UNION, nous le complétons aujourd'hui.

— M. DEMERS. Je n'ai que quelques mots à ajouter au travail sérieux de Monsieur le Docteur Dubé. D'après les recherches que j'ai faites, de même que des faits que j'ai eu occasion d'observer, l'enfant hérite plutôt d'un terrain favorable au développement de la graine de la tuberculose, non pas du germe lui-même. Si je me rappelle bien, en 1891, Schreiber a eu l'idée de déceler, à l'aide de la tuberculine, la tuberculose latente héréditaire chez les issus de consomptifs. Il a choisi quarante enfants nouveaux-nés dont les parents portaient des bacilles de Koch à différentes périodes. Aucun sujet n'a présenté de réaction. Pour moi, voilà un fait important, il irait à prouver que les nouveaux-nés ne sont pas porteurs, ou en puissance si vous le préférez, de germes tuberculeux.

La tuberculose du jeune âge serait donc plus souvent acquise qu'héréditaire.

— M. DAIGLE. La question de l'hérédité tuberculeuse est très importante au point de vue des assurances sur la vie et elle intéresse un grand nombre de médecins, attendu que la plupart sont appelés à faire des examens pour les compagnies d'assurance. Dans les cas qui sont soumis à leur appréciation, il en est dont la solution est facile. Si le sujet présente une histoire de famille fortement entachée de tuberculose, le père, la mère ou des frères et sœurs étant morts de cette maladie, et lui-même étant doué d'une constitution plus ou moins délicate et affaiblie, il est évident qu'il devra être refusé. Mais il en est

d'autres où la question est plus difficile à résoudre; s'il y a, par exemple, un seul cas de tuberculose dans la famille, ou s'il y en a eu deux et plus mais chez des parents éloignés, et que le sujet, du reste, paraisse doué d'une assez bonne constitution, jusqu'à quel point alors faut-il tenir compte de l'influence héréditaire? Il est aujourd'hui démontré que la contagion est la condition *sine qua non* de toute tuberculose; il est aussi démontré que l'hérédité vraie, c'est-à-dire, la contagion de la mère à l'enfant qui naît porteur de tubercules, est l'exception, mais l'hérédoprédisposition ou cette tendance à contracter la maladie qui existe chez les issus de tuberculeux est également établie et démontrée. Il y a d'ordinaire chez ces derniers un vice de nutrition qui les rend plus aptes à recevoir le bacille et ils offrent un terrain favorable à son évolution. Le point important et difficile est d'établir jusqu'à quel degré cette hérédoprédisposition existe et quelles circonstances pourront favoriser l'évolution de la maladie dans un cas donné. Il faut, croyons-nous, tenir compte de l'âge du sujet, de la nature de ses occupations et de l'influence du milieu dans lequel il vit, de même qu'il faut tenir compte de son histoire de famille, de ses antécédents personnels et de l'état actuel de sa santé. C'est plutôt par un ensemble de considérations que par une considération unique, que le médecin peut, dans ces cas, formuler une opinion et prendre une décision qui soit équitable pour le candidat et conforme aux intérêts de la compagnie qu'il représente.

— M. DUBÉ. Je suis heureux que ma communication ait donné lieu aux remarques faites par MM. les docteurs Demers, Lecavalier, LeSage et Daigle. La suggestion de mon ami LeSage, est excellente, il n'y a pas à en douter, et il serait à désirer que nos gouvernants fussent aussi bien disposés que ceux des provinces voisines. Mais je crois que nos députés ne se prêtent guère aux choses scientifiques qu'ils abhorrent à en juger par l'empressement qu'ils ont toujours mis à jeter au panier toutes suggestions venant de la profession médicale. Ah! s'il s'agissait de chemins de fer... ce serait autre chose! Je crois donc que la Société Médicale adresserait en pure perte une demande au Gouvernement, le priant de s'occuper de l'œuvre des tuberculeux.

Pour répondre au docteur Daigle, la chose est assez difficile, et je dois avouer que la question de la tuberculose et des assurances n'a pas encore été mise au point. C'est une question très intéressante pour tous les médecins qui ont des examens à faire pour les compagnies d'assurances et les sociétés de bien-faisance.

Les instructions fournies par ces compagnies et ces sociétés, à leurs médecins examinateurs, sont très explicites et surtout très sévères vis-à-vis le candidat qui a un père, ou une mère, ou un frère, ou une sœur morts de tuberculose ; ce candidat est généralement refusé. Nous ne pouvons blâmer ces gens de se tenir sur la réserve et de veiller aux intérêts des autres assurés. Cependant, ces règles sentent le vieux, et il est évident qu'elles ont été faites avec l'idée que la tuberculose est une maladie essentiellement héréditaire.

La réaction se fera, je devrais dire qu'elle est déjà commencée. Lisez les comptes-rendus des réunions annuelles de la "British Medical Association" et vous constaterez que, depuis une couple d'années, il y a des assemblées partielles entièrement consacrées aux choses d'assurances. Vous verrez que la tuberculose et les affections cardiaques sont à l'ordre du jour et que beaucoup de préjugés tendent à disparaître. Les Compagnies d'Assurances Anglaises qui s'intéressent à ces discussions scientifiques, commencent à recevoir sous conditions et à des taux spéciaux, les candidats porteurs d'une lésion au cœur avec compensation parfaite, et à se montrer moins sévères pour les descendants de tuberculeux.

Dans le cas d'un candidat ayant un ou des tuberculeux dans sa famille, il convient, il me semble, de considérer les points suivants : 1° son âge ; 2° son état de santé actuelle ; 3° ses antécédents personnels ; 4° ses occupations ; 5° enfin, ses habitudes.

— *L'âge.* Un individu qui a passé l'âge où l'on meurt de tuberculose dans sa famille a de bonnes chances de s'en sauver.

— *L'état de santé actuelle.* Il faut absolument tenir grand compte de l'état de santé d'un candidat au moment de son examen.

Si son poids est réglementaire, au-dessus plutôt qu'au-des-

sous de la moyenne, si tous ses organes sont sains et leur fonctionnement parfait, il ne faut pas plus que raison, discuter ses antécédents héréditaires.

— *Les antécédents personnels.* Tout candidat ayant souffert de ses poumons doit être bien examiné et rejeté s'il s'est agi de tuberculose avérée et dont on voit encore des traces.

— *Occupations.* Il y a des professions et des métiers qui poussent vers la tuberculose pulmonaire. Les employés de magasins et de bureau se tuberculisent plus facilement que le boucher et le menuisier.

— *Habitudes.* Les buveurs d'alcool même en petites quantités généralement permises par les compagnies d'assurances, les grands fumeurs, et ceux qui mènent une vie irrégulière : nuits blanches, etc., devraient être refusés lorsqu'il y a de la tuberculose dans leur famille.

Lorsque la chose est possible, il faut prendre les mêmes informations au sujet des membres de la famille, emportés par la tuberculose. Bien souvent il s'agit d'un père ou d'un frère alcooliques où la tuberculose est venue clore la scène. Ou bien c'est une sœur entrée en religion et emportée par cette maladie après quelques années de vie de couvent.

Est-ce que l'alcool n'est pas une des causes les plus grandes de la propagation de la tuberculose, et demandez aux statistiques des maisons religieuses la cause principale de la mortalité chez elles. Vous le savez tous, les religieuses meurent de tuberculose pulmonaire 8 fois sur 10, et c'est précisément leur genre de vie qui en est la cause principale.

Rapport.

— M. ST-JACQUES. J'ai l'honneur de vous communiquer l'observation suivante :

Un nommé R., vieillard dans la soixantaine, se présente à l'hôpital pour une grosseur à la cuisse. — En effet à l'examen nous constatons à la partie interne de la cuisse, dans son $\frac{1}{2}$ moyen, une tumeur de la grosseur d'une moyenne orange. Cette masse présente elle-même deux petits nodules extérieurs, où la peau est de coloration vineuse, violacée quasi. La tumeur adhérente à la peau, et bien que prise dans les tissus

sousjacents ne paraît pas faire corps avec le femur. Elle est indolore, — comme également elle a été lente d'évolution.

Rien d'ailleurs à noter chez le sujet, — sauf que c'est un artério-scléreux et qu'il fait de la myocardite.

Le diagnostic est posé par Sir W. Hingston de sarcôme et l'excision généreuse en est faite. Une large et longue ellipse cutanée est enlevée et avec elle la tumeur qui intéresse le vaste interne. Celui-ci est sacrifié et le long et moyen adducteurs sont partiellement réséqués. Le femur ne paraissant pas intéressé, le périoste n'est pas touché. La plaie, pansée à ciel ouvert granule bien et rapidement. Mais vers la fin du second mois il est évident que l'élément néoplasique gagne du terrain. Une deuxième fois au thermo cautère, — ou troisième à l'écraseur de Chassaignac, les noyaux de granulations sont excisés.

Le malade devient oppressé surtout par crise, — un bon jour il se plaint d'une douleur très vive au côté droit en même temps que son oppression augmente. — Pouls intermittent, et fort, — difficulté respiratoire, — apyrexie. — Un examen attentif nous fait découvrir un épanchement pleural à droite.

Nous concluons à pleurésie, probablement d'origine néoplasique: la ponction nous donne raison et nous évacuons une première fois 1500 grammes d'un liquide séreux franchement hémorragique. Soulagé pour quelques jours, le malade reprend bientôt ses crises dyspnéiques. Une seconde ponction évacue 1000 grammes. Mais le malade affaiblit graduellement, sans appétit qu'il est, et avec tant de difficultés respiratoires. Il meurt d'asthénie.

A l'autopsie, nous trouvons un corps robuste fort amaigri.

Des bourgeons néoplasiques à la plaie fémoral. — L'artère fémorale est quasi complètement solidifiée par une masse charnue néoplasique, qui se continue dans l'iliaque. A l'iliaque primitive nous suivons ce noyau endartérien qui a fait bourgeon dans l'iliaque du côté opposé, tandis qu'il se continue en haut dans l'aorte abdominale.

Dans la cavité thoracique bien des choses intéressantes: le poumon droit — côté de la pleurésie hémorragique — n'est plus qu'une " masse tout à fait solide ", d'un tissu lardacé. Les

adhérences pleurales sont marquées surtout en avant mais ne sont difficiles à dissocier qu'au lobe inférieur. Quand au poumon gauche il est encore à peu près dans sa totalité perméable à l'air et l'on n'y trouve que des noyaux épars. En un endroit les adhérences pleurales sont si fortes que pour enlever le poumon je fais la résection de deux côtes, afin de ne pas déchirer le tissu pulmonaire. En un autre point de ce même poumon, nous trouvons un noyau sous-pleural extériorisé comme une cerise.

Le cœur est hypertrophié, surtout le gauche, mais également le droit. Des signes de dégénérescence scléreuse de l'aorte et des coronaires.

Particularité intéressante, — nous trouvons une péricardite "sèche" marquée. Le péricarde à sa face interne est granuleux, granulations que nous sentons sous le doigt et voyons nettement. Il va sans dire que le péricarde est épaissi.

Séance du 18 Mai 1901.

Présidence de M. HERVIERX.

Communications.

— *La vaccination*, par M. le docteur GUSTAVE ARCHAMBAULT. (Voir plus haut.)

— *Les sinusites aiguës et chroniques ; symptomatologie et traitement*, par M. le docteur BOULET. (Ce travail très-élaboré sera publié en entier en juillet.)

M. le président annonce que cette séance est la dernière pour l'année scolaire.

— M. MARIEN, secondé par M. LeSage, propose que des remerciements soient adressés à M. le président pour la manière digne et courtoise avec laquelle il a conduit les débats durant le cours des séances précédentes. — Adopté.

— Il est résolu unanimement que des remerciements soient adressés à l'Université qui a bien voulu mettre ses salles à la disposition de la Société Médicale de Montréal, pour l'année scolaire finissant le 31 mai 1901.

— M. le président annonce que la Société Médicale ajourne ses séances au premier mardi d'octobre 1901.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE COLLÈGE DES MÉDECINS ET LES BÉNÉFICIAIRES DE LA LOI PINEAULT MODIFIÉE PAR L'AMENDEMENT ROY

Le Collège des Médecins vient d'être condamné par les tribunaux de Québec à délivrer une licence de médecin à sept jeunes docteurs de l'Université Laval, à Québec, et, en outre, à payer à six d'entre eux une amende de cent piastres pour la leur avoir refusée. Le Collège des Médecins n'avait pas refusé la licence à ces jeunes gens, mais il exigeait, pour la leur donner, qu'ils remplissent les formalités voulues par la loi médicale de la province de Québec. Les tribunaux déclarèrent, contrairement à l'affirmation du Collège, que toutes les formalités avaient été remplies et ordonnèrent de délivrer la licence aux requérants. La question, on le voit, est très sérieuse, car elle met directement en jeu, en substituant l'autorité judiciaire à l'autorité médicale, non seulement les intérêts généraux de la profession, mais surtout les privilèges accordés par la loi à la corporation des médecins, et par conséquent l'autorité de son Bureau Provincial. Aussi croyons-nous de notre devoir d'expliquer les faits à nos lecteurs, et d'en tirer l'enseignement qu'ils comportent.

Voyons d'abord ce que disent les statuts refondus de la province sur la manière d'obtenir la licence du Collège :

ART. 3978. — " Nul ne peut être admis à étudier la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique avant d'avoir obtenu un certificat de capacité du Bureau Provincial de Médecine.

" Personne n'a droit à une licence du Collège sur présentation d'un diplôme à moins qu'il n'ait été préalablement admis à l'étude de la médecine, conformément aux dispositions de la présente section, à moins qu'il ait subi un examen préliminaire équivalent devant un collège, etc..."

Cette dernière phrase concerne les bacheliers. L'article

3978 nous paraît donc très clair, et peut se résumer en disant que tout étudiant qui n'a pas fait inscrire son nom sur le registre du collège en présentant son diplôme de bachelier ou son brevet *n'a pas d'existence légale*, c'est-à-dire n'est reconnu ni par la loi, ni par le Collège des Médecins et ne saurait obtenir la licence, quand bien même il aurait subi ses examens universitaires.

L'étudiant régulièrement inscrit, au contraire, quatre ans après son inscription, a droit à sa licence, s'il subit avec succès son examen de doctorat à la Faculté de Médecine où il a fait ses études, ainsi que le veut l'article 3977 des statuts reformatés :

ART. 3977. — " Toute personne qui a obtenu un degré ou un diplôme de médecine, dans une des universités ou écoles mentionnées dans l'article 3972, a droit à telle licence, sans subir d'examen sur ses connaissances et ses aptitudes spéciales, *pourvu que le diplôme n'ait été donné qu'après quatre années d'études médicales, depuis la date de l'admission à l'étude, et suivant les exigences de la présente section, etc.*..."

Cela veut-il dire que l'étudiant non inscrit ne pourra plus obtenir la licence du Collège. Non : mais il s'est placé, en ne s'inscrivant pas, dans une position assez difficile. N'ayant pas d'existence légale, comme étudiant en médecine, au moment où il subissait son examen universitaire, il est resté ignoré des assesseurs du Collège, *qui ne sont autorisés ni par la loi, ni par les règlements du Collège à tenir compte de son examen.*

Remarquez que la loi oblige le Collège à passer de tels règlements :

ART. 3983. — A cette fin, le Bureau Provincial nomme ou élit des assesseurs, dont deux ou plus doivent assister aux examens de chaque université, collège ou école de médecine constituée en corporation, *d'accord avec un ou plusieurs règlements qu'il est du devoir du Bureau de passer.*

Voici à ce sujet ce que disent les règlements, d'après les résolutions sanctionnées en 1894 par le lieutenant-gouverneur en conseil :

Pour avoir droit de subir l'examen primaire devant les assesseurs, tout candidat doit prouver qu'il est admis à l'étude de la médecine par ce Bureau depuis au moins deux sessions universitaires. . . . Pour avoir droit de subir l'examen final devant les assesseurs, les candidats devront avoir étudié dans une université, collège ou école de médecine de cette province pendant pas moins de

quatre sessions à dater du brevet d'admission à l'étude par ce Bureau ; ils devront s'être en tous points conformés aux règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province, et de plus ils devront avoir subi l'examen primaire à la satisfaction des assesseurs du Bureau.

L'étudiant non inscrit quitte l'université avec un diplôme nul au point de vue de la licence. Pour être reconnu du Collège des Médecins, il lui faut faire ce par quoi il aurait dû commencer : inscrire son nom sur le registre officiel des aspirants à la licence, et, pour cela, subir les examens voulus devant les examinateurs du Collège.

De plus, comme la loi dit que l'étudiant inscrit n'a droit à la licence qu'en autant que le diplôme n'a été donné qu'après quatre années d'études médicales, depuis la date de l'admission à l'étude, l'étudiant non inscrit doit, après avoir subi son examen de brevet devant le Collège et inscrit son nom sur le registre, attendre les quatre ans prescrits avant de passer l'examen d'admission à la pratique devant les examinateurs du Collège et obtenir sa licence. C'est en quelque sorte une pénalité imposée à ceux qui ne se sont pas conformés aux statuts.

Mais ce délai de quatre ans, paraît-il, dans bien des cas, présentait de graves inconvénients. Beaucoup de jeunes docteurs, dûment diplômés par les universités, mais non brevetés par le Collège des Médecins, demandaient à la législature de Québec de les exempter de ces quatre années d'attente. Ils alléguaient, pour ne pas s'être conformés à la loi, toutes espèces d'excuses : la maladie, la pauvreté, l'absence du pays, etc. . . La législature, très compatissante, leur accordait un bill privé, leur permettant d'obtenir la licence du Collège après examen, mais sans délai. Et comme les bills privés augmentaient tous les ans, elle s'efforça d'y mettre fin en autorisant le Collège à supprimer le délai de quatre ans. C'est la loi Pineault (1898) qui se lit comme suit :

“ Nonobstant l'article 3978 des Statuts refondus, le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec est autorisé à admettre à la pratique les étudiants en médecine qui, au premier novembre 1896, avaient commencé à suivre les cours de médecine dans une université dûment qualifiée en cor-
“ poration dans la Province de Québec, avant d'avoir obtenu le brevet les
“ admettant à l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique

“ dans cette province, après avoir subi les examens requis pour l'admission à l'étude et pour l'admission à la pratique. ”

On le voit, la loi Pineault a supprimé ni l'examen du brevet, ni l'examen de la licence pour les étudiants non inscrits: elle leur fait seulement grâce des quatre ans qui doivent s'écouler entre l'un et l'autre.

L'amendement Roy, adopté en 1900, va plus loin :

“ Néanmoins le dit Collège pourra, chaque fois qu'il croira que les circonstances le justifient d'en agir ainsi, exempter tout tel étudiant de l'examen requis pour l'admission à l'étude. ”

Cette fois-ci, il n'y a pas d'erreur; la loi autorise le Bureau de Médecine à délivrer, *quand les circonstances le justifient d'en agir ainsi*, la licence du Collège à ceux qui n'ont pas de brevet. Mais ceci ne s'applique qu'au brevet, et la loi n'ordonne pas au Collège de reconnaître l'examen universitaire des étudiants qui ne sont pas inscrits au registre; si l'examen du brevet est supprimé pour les élèves non inscrits, l'obligation de subir l'examen professionnel devant le Bureau de Médecine subsiste encore pour eux, et le fait demeure en dépit de la loi Pineault, que pendant toutes leurs études, ces étudiants n'avaient pas d'existence légale. Le Bureau ne peut donc leur accorder la licence qu'en leur faisant subir l'examen professionnel devant son comité.

Maintenant, que nous connaissons la loi médicale, examinons les faits mis en cause.

Dès que la loi Pineault eut été modifiée par l'amendement Roy (février 1900), un bon nombre de jeunes gens, ayant fait leurs études médicales sans être inscrits au registre du Collège des Médecins, demandèrent à être exemptés de l'examen d'admission à l'étude. A son assemblée de juillet 1900, le Bureau prit en considération la requête de 34 de ces jeunes gens, et il décida de leur accorder à tous le bénéfice de la loi Roy, pourvu qu'ils subissent l'examen professionnel devant le Bureau, tel qu'exigé par les statuts. La motion se lit comme suit :

“ M. le Dr Marsolais propose, secondé par M. le Dr Jobin, qu'un examen professionnel devant le jury d'examineurs du Bureau des Gouverneurs soit

“ exigé de tous les candidats auxquels le Bureau permettra de bénéficier de la loi Pineault (1898) modifiée par l'amendement Roy en 1900. ”

Il est ensuite résolu à l'unanimité que le privilège de l'amendement Roy soit accordé à tous les candidats irréguliers qui ont soumis leur demande au Bureau.

Cette résolution ne fait que confirmer les prescriptions de la loi médicale et des règlements du Collège; en même temps, elle laisse à tous ces jeunes gens le bénéfice de la loi nouvelle. Jusqu'ici tout est donc normal; il y a entente parfaite entre la législature et le Collège des Médecins.

M. Joseph Gosselin, élève de la Faculté Laval, à Québec, refusa, après avoir été exempté de l'examen du brevet, de subir l'examen professionnel devant le Collège, alléguant qu'il avait passé, bien qu'étant élève non inscrit, son examen universitaire devant les assesseurs du Collège, par suite d'une permission spéciale à lui accordée en 1898 par le président de l'ancien Bureau Provincial de Médecine. M. Gosselin prétendit que le Bureau devait lui donner la licence, puisqu'il avait subi son examen de doctorat devant les assesseurs.

Le Bureau refusa d'accéder à la demande qui lui était faite pour trois raisons: 1^o parce que, en 1899, M. Gosselin, étudiant en médecine non inscrit, n'avait pas d'existence légale, que les assesseurs du Collège ne pouvaient pas tenir compte de son examen; 2^o parce qu'aucun officier du Collège, même le président, n'a le pouvoir de changer, pour quelque raison que ce soit, les lois de la province et les règlements de la corporation, lesquels définissent d'une manière très claire les devtirs des assesseurs; 3^o parce que la loi Pineault-Roy n'exempte pas les étudiants non inscrits, et M. Gosselin en était un en 1899 (avant l'adoption de l'amendement Roy), de l'obligation de subir l'examen professionnel devant le Bureau Provincial de Médecine. Le Bureau, en raisonnant ainsi, s'appuyait sur ses statuts et règlements; il lui était impossible, croyons-nous, d'adopter une autre position que celle qu'il avait toujours prise dans les circonstances semblables.

En septembre 1900, M. Gosselin intenta une action au Collège, pour le forcer à lui délivrer sa licence, et le juge Bonaventure Caron lui donna gain de cause (décembre 1900).

Le Collège en appela de ce jugement devant la cour de révision de Québec, qui confirma le premier jugement rendu :

“ Attendu que le demandeur allègue qu'il a subi avec succès tous les examens requis ;

“ Attendu que l'intimé . . . plaide que le requérant n'est pas et n'a jamais été dans les conditions voulues par la loi et les règlements à cette égard pour être admis à l'étude et à la pratique. . .

“ Considérant que le demandeur et requérant . . . est dans les conditions voulues pour bénéficier des dispositions du chapitre 31 des Statuts de la Province de Québec passés en 1898 (*Loi Pineault*) tel que, complété par le 63 Victoria, chapitre 27 (*Loi Roy*) et qu'il a rempli toutes les conditions exigées pour l'admission à la pratique de la médecine ;

“ Considérant que l'intimé n'a pas établi les moyens invoqués par sa dite défense . . .

“ Renvoie la dite réponse, maintenant le dit bref de mandamus et le déclare péremptoire, enjoignant au dit Collège . . . d'accorder au requérant une licence, etc . . . ”

Voici donc le Collège des Médecins condamné pour avoir voulu se conformer aux statuts et règlements de la Corporation. D'après ce jugement, un officier du Collège peut changer à sa volonté les lois et les règlements du Bureau, et la loi Pineault, modifiée par l'amendement Roy, exempte les candidats irréguliers non seulement de l'examen d'admission à l'étude devant le Bureau Provincial de Médecine, mais aussi de l'examen à la pratique devant ce même Bureau.

On comprend la gravité de la situation. La loi médicale a déjà été profondément modifiée par la législature de Québec ; si, maintenant, les tribunaux enlèvent au Collège le peu de pouvoirs qui lui restent, l'utilité du Bureau Provincial de Médecine devient très restreinte. Autant vaudrait reculer jusqu'en 1847, époque où les juges seuls délivraient les licences médicales. De plus, c'est ouvrir la porte à toutes les ambitions de ceux qui ne se sont pas conformés à la loi, ce qui peut avoir des conséquences incalculables.

Heureusement que la question n'est pas définitivement réglée. En effet, la cour d'appel aura bientôt à se prononcer sur ce sujet, et voici comment.

Le jour même où M. Gosselin gagnait, en cour de révision, sa cause contre le Collège, (ce qui rend ce jugement définitif.

en autant que M. Goselin est concerné) MM. Chabot, Bernard, Branet, Paradis, Fillion et Millette s'adressaient à leur tour au juge Caron; ils réclamaient non seulement leur licence, mais encore \$1000 de dommages chacun; le juge accorda à chacun \$100, plus la licence. Le Collège en a immédiatement appelé de ce sextuple jugement, devant la cour d'appel, où les causes sont inscrites pour le prochain terme.

Il y avait lieu de s'attendre à ces poursuites. Du moment que les tribunaux civils ouvrent aussi largement la porte de la Corporation, accordent à la loi Pinault-Roy une portée qu'elle n'a pas, qu'on n'a jamais voulu lui donner, légalisent les permissions bénévoles non autorisées par les statuts, accordent même des dommages-intérêts aux pétitionnaires, la partie devient vraiment trop belle pour tous les irréguliers, dont un grand nombre, paraît-il, se proposent d'exiger la licence du Collège, en s'appuyant sur le jugement précédemment rendu.

Le Collège des Médecins peut-il, sensément, se prêter à ces transactions? Certainement non. Les intérêts de la corporation sont en jeu; c'est au Bureau Provincial de Médecine à les défendre. Nous espérons sincèrement que les tribunaux supérieurs reconnaîtront ses droits, ses règlements, ses statuts, et couvriront du manteau de la justice ceux qui ont obéi aux prescriptions de la loi, et non pas ceux qui ont cherché, pour une raison ou pour une autre, à les éluder. Les quinze cents médecins de la Province de Québec qui, à l'heure actuelle, exercent légalement leur profession, et qui, pour cela, se sont imposé tous les sacrifices de travail, de temps et d'argent qu'exige la loi, ont droit à ce que le Bureau Médical et les tribunaux les protègent en exigeant que les irréguliers se conforment *au moins* à la loi telle qu'amendée.

E. P. BENOIT.

risée par une teinte orangée ou brune, la réaction positive par une coloration rose ou rouge qu'il faut rechercher surtout au niveau de l'écume produite. Les solutions doivent être assez fréquemment renouvelées.

Quelle est la valeur de cette méthode? La diazo-réaction, pour M. Masbrenier, est capable de rendre de grands services, mais elle n'est nullement spécifique, puisqu'on la rencontre dans la tuberculose, dans les infections streptococciques ou pneumococciques, dans la diphtérie, la rougeole, la scarlatine, etc.

11. *La recherche du bacille d'Eberth dans le sang et dans les selles donne-t-elle de meilleurs résultats?* Lesensemencements de sang retiré par ponction de la rate sont évidemment faciles à pratiquer; mais la ponction de la rate est loin d'être inoffensive et l'on ne devra avoir recours à cette méthode que dans quelques cas exceptionnels. Quant à la recherche du bacille dans les selles, elle ne saurait, avec les milieux habituels, donner de résultats: aussi s'est-on évertué à trouver un milieu tel que le bacille d'Eberth pût s'y développer à l'exclusion de toutes bactéries ensemencées en même temps que lui. C'est dans ce but que l'on a successivement proposé la gélatine phéniquée, le milieu d'Elser modifié, etc. Mais ces méthodes restent exclusivement des méthodes de laboratoire, aussi le praticien a-t-il le droit de les ignorer.

IV. *La valeur diagnostique du procédé de Widal dans la fièvre typhoïde de l'enfant* peut rendre les plus grands services. Rappelons la technique à employer (voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1379). Le sang est obtenu par piqûre de la pulpe du pouce, au moyen d'une lancette. La région est préalablement nettoyée à l'éther, la compression circulaire du doigt rend la douleur insignifiante et facilite l'écoulement de sang. Les quelques gouttes de sang sont recueillies dans un tube à essai et mises à reposer. Au bout de quelques heures, le sérum est aspiré avec une pipette, on en dépose une goutte dans un verre de montre et on mélange à un nombre donné de gouttes de culture d'Eberth. Les préparations sont examinées à l'objectif n° 7, de Leitz, et à l'oculaire n° 1. Les cultures doivent, autant que possible, être sur bouillon et ne dater que de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Il convient d'employer une dilution à 1/30, et de suivre la réaction au microscope au moins pendant deux heures. Ainsi pratiquée, la séro-réaction possède une haute valeur diagnostique. Par sa constance et sa précocité, la réaction agglutinante constitue le signe de certitude le plus important de la dothiéntérie.

V. *Le fibrine diagnostique*, c'est-à-dire la recherche de l'exagération de la production de la fibrine dans certaines affections fébriles, sa diminution, au contraire, dans d'autres cas, est depuis longtemps connu, mais n'a été que récemment appliqué à la dothiéntérie. Le fibrine-diagnostique est facile à pratiquer: il suffit, en effet, de prendre une lamelle bien plane et une lame creusée d'une rigole circulaire, isolant en son milieu un petit disque dont la surface se trouve à un niveau un peu inférieur au niveau du reste de la lame. Le sang est recueilli par piqûre et recueilli immédiatement sur le disque central de la lame à rigole: on recouvre avec la lamelle et on examine à l'objectif n° 7.

Dans la fièvre typhoïde, le réseau fibrineux est totalement absent, ou du moins réduit à des fibrilles très ténues, occupant principalement les plus petites des lacunes interglobulaires, et les leucocytes sont rares dans le champ de la préparation. Comme la réaction est inverse dans la pneumonie, on peut

se fonder sur cette méthode pour confirmer le diagnostic clinique. Mais: *a.* il est des cas intermédiaires où l'on reste dans le doute; *b.* la fibrine-réaction, ni elle ou atténuée, existe aussi dans la tuberculose et dans les fièvres éruptives. Ces réserves faites, il faut considérer le fibrine-diagnostic comme un procédé de très grande valeur.

L.

CHIRURGIE

Abcès péri-appendiculaire contenant un calcul au centre duquel a trouvé un morceau de fil de lin.—(Présentation à la Société de Chirurgie de Paris, séance du 15 mai 1901).

M. Guinard présente à la Société un calcul trouvé libre dans un abcès péri-appendiculaire. Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, entrée le 6 mai dans son service; elle avait depuis huit jours des signes manifestes d'appendicite à forme suraiguë. Sept jours après il intervint pour évacuer un abcès volumineux. L'incision faite au centre du gâteau, il s'écoula un grand verre de pus épais, infect, contenant des débris de l'appendice sphacélé. Dans ce pus fut recueilli un calcul de la forme et du volume d'un noyau de datte. En écrasant ce calcul et en l'examinant avec soin, l'on mit à découvert un morceau de fil de couturière de deux centimètres de long.

Voici le troisième corps étranger vrai de l'appendice que M. Guinard présente depuis quelque mois. Il lui semble vraiment que si on cherchait avec soin dans les calculs appendiculaires, on trouverait très souvent de petits corps étrangers vrais qui ont servi de centre de cristallisation pour la formation des calculs. Ici, ce bout de fil a fait absolument le même office que le fil de chanvre ou de lin qu'on met dans le sirop pour fabriquer le sucre candi.

La malade dit maintenant qu'elle a l'habitude d'avaler des morceaux de fil de lin; elle apprend la couture et a constamment du fil dans la bouche.

Calcul biliaire extrait de la vésicule par cholécystotomie, par MM. ALBERT MAUCHET et PAUL HALLOPEAU.—(Communication à la Société Anatomique).

Ces Messieurs présentent à la Société un volumineux calcul uniforme (45 grammes) extrait de la vésicule biliaire d'une femme de 56 ans. La malade qui fait l'objet de cette observation est mère de 7 enfants; elle entre à l'hôpital pour une crise douloureuse dans le côté droit de l'abdomen, accompagnée de vomissements, surtout bilieux et de constipation opiniâtre. Ces douleurs étaient surtout marquées depuis 4 jours.

Des phénomènes analogues s'étaient déjà manifestés deux ans auparavant et s'étaient terminés par une guérison spontanée et complète.

Elle présente en ce moment un facies déjà un peu altéré, les yeux creusés, la langue saburrale à la base, sèche à la pointe; le pouls est fréquent (105), assez faible, la température s'élève à 37°, 8.

L'abdomen est ballonné, dans la fosse iliaque droite, une palpation même superficielle, réveille une douleur vive, spécialement localisée au point de Max Burney. A ce niveau, une pression plus profonde permet de délimiter une tu-

méfaction ovoïde du volume d'une grosse orange, à surface lisse et régulière; profondément la tumeur paraît appliquée sur la fosse iliaque.

La percussion nous permet de reconnaître l'indépendance du foie dont la zone de matité un peu abaissée, mais d'étendue normale est séparée de la tuméfaction par une zone étroite de sonorité.

Le diagnostic porté est celui de collection suppurée péri-appendiculaire, et l'intervention chirurgicale est pratiquée. Incision sur le bord extrême du grand droit. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une faible quantité de liquide. L'épiploon est adhérent à la tumeur qui apparaît comme une poche lisse très-étendue, certainement kystique. On voit cette tumeur se prolonger en haut sous la face inférieure du foie; il s'agit de la vésicule biliaire très-distendue et très-abaissée; les anses intestinales la recouvrent en partie au voisinage du bord antérieur du foie. Elle est attirée hors de la plaie abdominale et incisée sur une petite étendue.

Il s'écoule une grande quantité de liquide clair, transparent et, à la suite de celui-ci, un pus filant, visqueux, verdâtre.

En explorant, avec le doigt introduit sous le foie, le canal cystique, on sent une tuméfaction dure que la pression mobilise: c'est un gros calcul engagé dans le col de la vésicule, que l'on fait sortir par l'incision agrandie de la vésicule; l'exploration digitale de la face inférieure du foie, ne fait pas sentir d'autre induration.

Comme la vésicule biliaire très-épaissie, semble adhérente au parenchyme hépatique sur une grande étendue, comme ses parois ne sont pas altérées, l'on préfère l'abandonner à la paroi par une cholécystomie, après l'avoir partiellement réséquée.

Le lendemain la température tombe, l'état général s'améliore rapidement; il s'écoule par la plaie une faible quantité de liquide biliaire. Malheureusement, le surlendemain soir, la malade est prise d'une congestion pulmonaire double-qui l'emporte en vingt-quatre heures.

L'autopsie a permis de reconnaître, outre le *purfait état de la bouche vésiculaire*, l'intégrité absolue du péritoine, la perméabilité complète des voies biliaires. Le foie était normal comme volume, mais très gros à la coupe; cœur gros; un peu de liquide dans le péricarde. Congestion pulmonaire des lobes inférieurs des poumons droit et gauche.

A. MARIEN.

OBSTÉTRIQUE

Accouchement forcé pour l'insertion vicieuse du placenta avec hémorragie, par le professeur FOURNIER, d'Amiens, dans *l'Obstétrique*, novembre 1900.

Le pronostic de l'insertion vicieuse est sombre, 25 à 40 p. 100 de mortalité pour la mère; 70 p. 100 pour l'enfant lorsqu'on n'intervient pas.

Les méthodes suivantes ont été conseillées: tamponnement, rupture des membranes, introduction du ballon de Barnes, de Champetier, version de Braxton-Hick etc.; elles ont réduit la mortalité de 20 à 10 p. 100 et même au-dessous.

Tout en rendant justice à ces méthodes, l'auteur affirme qu'il n'y a qu'un seul traitement pour les hémorragies placentaires: l'accouchement forcé.

L'auteur laisse de côté l'éclampsie et les vomissements inévertés.

Il rapporte sept observations où il a pratiqué avec succès l'accouchement forcé: 7 mères vivantes, 4 enfants morts.

Il emploie la *dilatation forcée* d'abord, et la *version podalique* ensuite. "Seule leur réunion constitue la méthode."

L'auteur affirme que l'urgence opératoire est aussi grande ici que si l'artère radiale était sectionnée.

C'est une méthode logique car, si on n'intervient pas, la femme exsangue menace de succomber, et en vidant l'utérus toute hémorragie cessera.

"Après dilatation du col, on extrait le fœtus, le placenta et les membranes on *extraît tout*, on vide complètement l'utérus, afin qu'il régresse, afin qu'il pince lui-même ses vaisseaux, afin qu'il se fasse à lui-même son hémostase: l'accouchement forcé est la seule méthode qui donne ce résultat."

Elle est efficace, car on arrête l'écoulement du sang; il n'est plus à craindre. Deux conditions sont nécessaires à cette opération: l'*antisepsie* et les *injections salines*.

L'*indication unique* est l'apparition d'hémorragies importantes à la fois de la grossesse ou au commencement du travail.

Voici en quoi consiste le manuel opératoire conseillé par le professeur Fournier:

1° Désinfection des parties génitales et des mains, anesthésie de la parturiente;

2° Dilatation du col avec les doigts, une main ou les deux mains chez une *multipare*; dilatation avec les bougies d'Hégar, puis l'index. puis la main ou les deux mains de préférence aux instruments chez une *primipare*;

3° Quand la dilatation est suffisante pour laisser passer la main entière, pratiquer la version podalique en longeant le côté du placenta s'il est marginal, ou en le perforant s'il est central, saisir un pied qu'on abaisse rapidement pour éviter un écoulement trop abondant et ne précipiter l'extraction que s'il y a espoir d'obtenir un enfant vivant;

4° Vider l'utérus, placenta et membranes, et donner une injection intra-utérine antiseptique.

Et l'auteur publie une statistique de sept cas: mortalité maternelle 0 p. 100; mortalité infantile 43 p. 100.

Puis l'auteur publie trois observations inédites où cette méthode a été rigoureusement mise en pratique avec le succès que nous connaissons. Dans deux cas, on a injecté 1 litre 1-2 de sérum artificiel, sous la peau. L'antiseptique employé a été le sublimé en solution faible.

La chorée gravidique, par Our, agrégé de Lille, dans la *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, novembre 1909.

"Au cours de la grossesse, dit l'auteur, certaines femmes sont affectées d'une maladie caractérisée par des contractions musculaires involontaires, persistant pendant le repos et par une incoordination frappante des mouvements volontaires. C'est dire que ces malades présentent les symptômes habituellement constatés dans la chorée."

L'auteur pense que la grossesse joue un rôle dans la génèse de cette maladie et il affirme que la chorée gravidique existe dans les proportions de 1 p. 1000 environ, d'après une statistique faite à Beaudelocque.

La chorée se rencontre plus souvent chez les primipares et il arrive même qu'elle est une récidive d'une chorée de l'enfance. Les émotions vives en sont, le plus souvent, la cause occasionnelle: frayeur, colère, etc.... surtout lorsqu'elles évoluent sur un terrain névropathe: hystérie...

Au point de vue *pathogénique*, l'auteur, laissant de côté, à cause de leur incertitude, les théories d'hypoglobulie, d'embolie, de rhumatisme, etc, cherche à démontrer l'importance et le rôle considérable que joue l'auto-intoxication ou hépato-toxémie, suivant l'expression du professeur Pinard, dans la pathologie de la grossesse. Ces intoxications favorisent l'écllosion et l'évolution du ptyalisme, des vomissements incoercibles, de l'éclampsie, de la *chorée*.

"Quelle que soit la cause, dit Oui, le fait existe: la grossesse peut être la cause d'une chorée véritable, qui se présente avec les mêmes symptômes que la chorée observée hors l'état de gravité." —

Elle apparait pendant les quatre premiers mois de la grossesse, soit brusquement, soit progressivement, en envahissant les membres supérieurs qui deviennent maladroits, etc.... puis la tête, la face, le cou, les membres inférieurs, le tronc qui sont animés de mouvements *involontaires* et qui peuvent cesser pendant le sommeil dans les cas légers, ou qui, dans les cas graves, se continuent sans interruption et empêchent la malade de dormir.

Les troubles de l'intelligence accompagnent quelquefois les troubles de la mécanique: irritabilité, indifférence, hallucinations; ils indiquent un mauvais pronostic. La chorée disparaît généralement après la délivrance ou dans les 30 jours qui suivent.

La mortalité varie de 17   25 p. 100. Oui, dit que ces chiffres sont trop élevés.

Les accouchements prématurés et les avortements arrivent dans 30 p. 100 des cas. La mortalité infantile de 10   12 p. 100.

Le *traitement* exige d'abord une tranquillité absolue; l'isolement dans les conditions les plus favorables; le régime lacté en cas de mouvements très violents.

Parmi les médicaments employés, on a donné le bromure de potassium, l'oxyde de zinc, la val ri ne, l'hyosciamine, l'antipyrine, la plupart sans succès.

Le *chloral* a donné des résultats excellents. Le professeur Pinard, le donne à la dose de 6, 8, 10 grammes par jour. "Le chloral doit être administré, dit-il, de telle sorte que la malade soit plongée dans un sommeil continu; on ne la réveillera qu'au moment des repas. Le traitement sera continué dans toute sa vigueur jusqu'à ce que l'on constate une amélioration notable. Alors, on pourra diminuer les doses: mais le médicament ne sera supprimé que lorsque la chorée aura disparu complètement."

L'auteur, Oui, cite plusieurs observations où le chloral a été donné à la dose de 6, 7, 8 et 10 grammes par jour, pendant 8, 10 et 11 jours consécutifs. Il rapporte une observation personnelle d'une femme, enceinte de deux mois, névropathe, qui fit prise de chorée à la suite d'émotions très vives. Les symptômes étaient des plus violents. Après un traitement bromur  inutile, le docteur Oui la mit au lait, 4 grammes de chloral par jour durant cinq jours. On l'alimenta avec des œufs et du lait. Au bout de ce temps on diminua à 2 grammes à la suite d'une légère amélioration.

Le 7e jour. recrudescence, 4 grammes de chloral que l'on continue du 28 février au 15 mars, époque à laquelle on cesse le chloral. La malade était assise tranquille dans son lit.

Le 5 avril elle sortait en parfait état, et elle accouche à terme le 6 septembre, d'un enfant vivant.

L'auteur recommande donc le régime lacté, les œufs, le chloral comme traitement de la chorée gravidique.

Quant à l'avortement ou accouchement prématuré provoqué, l'auteur les désapprouve. "L'intervention obstétricale, dit-il, ne doit se produire qu'après l'échec bien constaté du traitement médical rigoureusement appliqué, et lorsque la gravité de la maladie ne laisse pas d'autre espoir de salut."

J.-A. LESAGE.

PHARMACOLOGIE

TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES.

I. Externes :

Saupoudrer les bourrelets avec du *Calomel* et donner aux malades des laxatifs.

II. Internes :

Laver soigneusement l'anus avec l'eau boriquée, puis appliquer soir et matin dans l'anus une des pommades suivantes :

Extrait d'hammelis	0 gr. 50 centigrammes.
Extrait de ratanhia	0 gr. 75 centigrammes.
Extrait de belladone	0 gr. 10 centigrammes.

Où bien :

Vaseline	15 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20 centigrammes.
Antipyrine	1 gr. 50 centigrammes.
Salol	1 gramme.
Cire, q. s. pour consistance.	

En appliquer dans l'anus gros comme une noisette.

Quand les hémorrhoides ont de la tendance à sortir, on emploie la pommade suivante aux mêmes doses :

Vaseline	20 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 15 centigrammes.
Tanin	1 gramme.
Extrait de ratanhia	0 gr. 50 centigrammes.
Extrait de belladone	0 gr. 10 centigrammes.

A l'intérieur on conseille de prendre vingt à trente gouttes par jour de teinture de Marron d'Inde. Nous avons une préparation à peu près équivalente sur le marché, ici, appelée *Marronine*.

COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Avis est par les présentes donné que l'élection des Membres du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, aura lieu MERCREDI, le 4 septembre 1901.

Les Officiers Rapporteurs des 27 divisions électorales de la province de Québec, sont :

District de Québec.

- No. 1—Québec, centre, — Dr P. V. Faucher, 392, rue St-Jean, Québec.
" 2—Québec ouest, Québec est, St-Sauveur. — Dr AZ. BÉDARD, 1039 St-Valier, Québec.
" 3—Lévis, Lotbinière, — Dr PHILIPPE LORD, Lévis, Co. Lévis.
" 4—Montmorency, Québec, Portneuf, — Dr A. LAVOIE, St-Colomb de Sillery, Co. Québec.
" 5—Charlevoix, Chicoutimi, Lac St-Jean, — Dr E. F. FLEHMANN, Roberval, Co. Chicoutimi.
" 3—Beauce, Dorchester, — Dr E. M. DÉCHÈNE, St-François, Co. Beauce.
" 7—Bellechasse, Montmagny, L'Islet, — Dr B. BLOUIN, Montmagny, Co. Montmagny.
" 8—Kamouraska, Témiscouata, — Dr P. PICARD, Fraserville, Co. Témiscouata.
" 5—Rimouski, Matane, Gaspé, Bonaventure, Isles de la Madeleine, — Dr J. A. COTE, Matane, Co. Rimouski.

District de Montréal

- No. 1—Montréal, Nos. 1 et 2, — Dr S. BOURCER, 1133, rue Ontario, Montréal.
" 2—Montréal, Nos. 3 et 4—Dr E. P. BENOIT, 476, rue Sherbrooke, Montréal.
" 3—Montréal, Nos. 5 et 6 — Dr JAMES M. JACK, 56, Beaver Hall, Montréal.
" 4—Joliette, L'Assomption, Montcalm, Berthier, — Dr A. M. RIVARD, Joliette, Co. Joliette.
" 5—Terrebonne, Argenteuil, Deux-Montagnes, Laval, — Dr DANIEL PLOUFFE, St. Martin, Co. Laval.
" 4—Ottawa, Pontiac, — Dr T. B. DAVIES, Chelsea, Co. Ottawa.
" 7—Beauharnois, Chateauguay, Huntingdon, Soulanges, Vaudrouil, — Dr D. F. WALKER, Huntingdon, Co. Huntingdon.
" 8—Shefford, Brome, Missisquoi, — Dr K. COWLEY, Granby, Co. Shefford.

- No 9—St-Jean, Chambly, Napierville, Iberville, Laprairie, — Dr P. H. LE SAGE, Longueuil, Co. Chambly.
- No 10—St-Hyacinthe, Bagot, Rouville. — Dr EMILE OSTIGNY, St-Hyacinthe, Co. St-Hyacinthe.
- No 11—Richelieu, Yamaska, Verchères. — Dr ISAIE SYLVESTRE, Sorel, Co. Richelieu.
- No 12 Hochelaga-est, comprenant : Pointe-aux-Trembles, Longue-Pointe, Rivière-des-Prairies, Sault-au-Racellet, Maisonneuve, Delormier, Petite Côte, St-Léonard-de-Port-Maurice, St-Louis du Mile-End et les quartiers Hochelaga, St-Denis et St-Jean-Baptiste dans la ville de Montréal. — Dr C. BERNIER, No 1181, rue St-Denis, Montréal.
- No 13—Hochelaga-ouest, comprenant : le comté de Jacques-Cartier, Verdon, Ville St-Paul, Côte St-Paul, St-Henri, Ste-Cunégonde, Westmount, Outremont, Notre-Dame des Neiges, Notre-Dame de Grâce, Montréal, Ouest et le quartier St-Gabriel, dans la ville de Montréal. — Dr E. G. ASSELIN, No 137 rue Vinet, Ste-Cunégonde.

District de Trois-Rivières

- No. 1—Drummond, Arthabaska, Mégantic, — Dr J. E. BLONDIN, Arthabaska-ville, comté d'Arthabaska.
- No. 2—Trois-Rivières (ville), Champlain (comté), — Dr E. F. PANNERON, Trois-Rivières, comté des Trois-Rivières.
- No. 3—Saint-Maurice, Maskinongé, Nicolet, — Dr H. TRUDEL, Saint-Grégoire, comté de Nicolet.

District de Saint-François

- No. 1—Sherbrooke (ville et comté), — Dr F. A. GADBOIS, Sherbrooke, comté de Sherbrooke.
- No. 2—Compton, Stanstead, Richmond, Wolfe, — Dr J. A. McCABE, Windsor Mills, comté de Richmond.

MONTRÉAL, 27 Juillet 1901.

A. R. MARSOLAIS, M.D.,

Registraire C. M. et C. P. Q.

NO 159, RUE ST-DENIS.