

# L'Union Médicale du Canada

PARAISANT LE 1er DE CHAQUE MOIS

## DIRECTEURS

**A. Bernier**  
Professeur de bactériologie.  
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

**R. Boulet**  
Gouverneur du Collège des Médecins. Inspecteur en chef de l'Institut Ophthalmique.

**E. P. Chagnon**  
Agrégé. Chargé de la clinique des maladies nerveuses à l'Hôpital Notre-Dame.

**L. J. V. Cléroux**  
Agrégé. Médecin de l'Hôtel-Dieu.

**R. DeCotret**  
Professeur suppléant d'obstétrique.  
Accoucheur de la Maternité.

**J. E. Dubé**  
Agrégé. Médecin de l'Hôtel-Dieu.

**A. A. Foucher**  
Professeur d'ophtalmologie, d'otologie et de rhinologie. Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

**L. de L. Harwood**  
Professeur de gynécologie.  
Surintendant de l'Hôpital Notre-Dame.

**H. Hervieux**  
Professeur de thérapeutique.  
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

**E. P. Lachapelle**  
Professeur d'hygiène et de déontologie. Président du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

**A. Lesage**  
Agrégé. — Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

**A. Marien**  
Chargé de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

**O. F. Mercier**  
Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôpital Notre-Dame.

**T. Parizeau**  
Professeur de pathologie externe. Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

**C. N. Vallin**  
Professeur suppléant d'hygiène. Chargé de la clinique des maladies de la peau à l'Hôpital Notre-Dame.

## COLLABORATEURS

**J. E. Bourgois**  
Assistant à l'Hôtel-Dieu.

**A. Brisset**  
Assistant accoucheur à la Maternité.

**I. Cormier**  
Chargé de la consultation des Enfants-Malades à l'Hôpital Notre-Dame.

**J. P. Décarie**  
Assistant à la clinique de l'Hôtel-Dieu. Professeur d'histologie à l'École Dentaire.

**A. Ethier**  
Assistant à la clinique de gynécologie de l'Hôpital Notre-Dame.

**E. J. C. Kennedy**  
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

**H. Lasnier**  
Chirurgien et radiologiste.

**R. Masson**  
Maladies des Enfants.

**A. Mercier**  
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

**L. Parizeau**  
Chargé du laboratoire d'électricité et des Rayons X à l'Hôpital Notre-Dame. Professeur à l'École Polytechnique.

**Z. Rhéaume**  
Assistant à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.



## ABONNEMENTS PAYABLES D'AVANCE

|          |         |           |         |
|----------|---------|-----------|---------|
| Un an    | -\$2.00 | Etudiants | -\$1.00 |
| Etranger | -\$2.50 | Le numéro | 50 Cts  |

Rédacteur en chef : Dr A. LESAGE, 46, Avenue Laval

Secrétaire de la rédaction : Dr Z. RHEAUME, 787, rue St-Denis

Administrateur : T. VALIQUETTE, 88, rue St-Jacques, ou Boite Postale, No 2189

Téléphone Bell, Main 3785

# PRODUITS FREYSSINGE

Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe — Licencié-ès-Sciences  
Ex-Préparateur à l'école de Médecine et à l'école de Pharmacie de Paris  
Ancien élève de l'institut Pasteur, 83, rue de Rennes (anc<sup>t</sup> 105) Paris

## Glycérophosphate de Chaux, *GRANULÉ FREYSSINGE*

Granulé contenant 25 centigrammes de glycérophosphate de chaux chimiquement pur par cuillerée à café.

## Polyphorine Freyssinge : Anémie, Chlorose.

*Polyglycérophosphate granulé*, contenant par cuillerée à café 25 centigrammes de glycérophosphate composé à base de chaux, soude, fer et magnésie. (3 à 6 cuillerées à café par jour.)

## Nevrosthénine Freyssinge : Neurasthénie, Convalescence

*Polyglycérophosphate* en gouttes concentrées sans sucre ni alcool. X gouttes contiennent 20 centig. de glycérophosphate composé à base de soude, potasse et magnésie. (XX à XI, gouttes par jour).

### **PILULES DE**

## Quassine Fremingt : Anorexie, Dyspepsie, Constipation.

Chaque pilule contient 2 centigr. de quassine amorphe pure et 8 centigr. d'extraits amers qui augmentent leur assimilation et leur efficacité. (1 à 2 pilules 10 minutes avant chaque repas.)

## Capsules Dartois : Bronchites, Catarrhes, Tuberculose.

Chaque capsule contient 5 centigr. de véritable créosote de hêtre redistillée et titrée dissoute dans 20 centigr. d'huile de foie de morue. (1 à 2 capsules par jour au milieu des principaux repas.)

*Procédé spécial de fabrication évitant toute irritation des voies digestives.*

**EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES**

DEPOT EXCLUSIF POUR LE CANADA :

**ROUGIER FRÈRES**

1597, RUE NOTRE-DAME, - MONTREAL



Nous sommes informés qu'un comité sera formé à cette fin; nous lui apporterons notre concours.

La Faculté de Médecine Laval, à Montréal, fera des changements importants dans son Conseil Suprême. Le professeur Rottot résignera ses hautes fonctions de doyen à cause de sa santé et de son grand âge. Nous rendons hommage à son honorabilité et à sa droiture au moment où il va quitter le fauteuil qu'il a occupé durant plusieurs années.

À son successeur incombera la tâche de continuer les réformes opérées déjà dans notre enseignement supérieur et de les compléter, afin d'assurer à notre jeunesse universitaire la place qu'elle mérite dans le mouvement intellectuel de notre époque.

L'avenir doit être une préoccupation constante pour ceux qui assument de telles responsabilités, aussi, attendons-nous avec confiance le verdict des membres du Conseil dans le choix du nouveau doyen, soucieux avant tout des intérêts scientifiques et nationaux de l'Institution qu'ils représentent.

Cette année, nous avons agrandi notre cercle. La direction scientifique s'est assurée le concours effectif d'un certain nombre de confrères-studieux qui ont assumé, chacun, leur part du travail mensuel. Nos lecteurs nous en sauront gré, sans doute, car ils bénéficieront de cet apport nouveau.

M. le Dr Rhéaume, un de nos collaborateurs actifs, a bien voulu nous aider tout particulièrement en acceptant la charge onéreuse du secrétariat que notre ami le Dr LeSage ne peut plus remplir seul. Ils seront désormais deux à la roue.

Enfin, nous travaillerons d'un commun accord au développement général de notre belle profession médicale, tant au point de vue du haut enseignement que des intérêts professionnels, en nous inspirant toujours des règles de la saine critique - l'amie sincère - qui vaut mieux à notre sens que les fadeurs de la basse flatterie!...

---

# MEMOIRES

## TUMEUR OVARIENNE (1)

Par le Dr T. PARIZEAU

Professeur de pathologie externe, chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame

Le 28 septembre dernier, entrant dans mon service, madame D. . . ., envoyée par un collègue de la campagne avec un diagnostic de tumeur abdominale, justifiable d'opération. Examinée une première fois en mon cabinet, elle me parut constituer un diagnostic plutôt délicat, et je remis jusqu'à plus ample informé la décision thérapeutique.

L'intérêt et la curiosité des faits m'ont paru dignes d'attirer votre attention comme ils fixèrent alors la mienne, c'est pourquoi je me permets aujourd'hui de vous soumettre le cas.

La malade s'était aperçue, onze mois auparavant, d'un embonpoint naissant qui lui fit croire qu'elle se trouvait enceinte. L'entourage et le médecin consulté eurent la même impression. D'autant que les menstruations, jusqu'alors régulières, étaient devenues depuis quelques mois, rares, intermittentes, et de peu de durée dans leurs manifestations. Leur persistance néanmoins, laissait un doute à la malade et l'amenèrent à consulter à droite et à gauche, comme c'est l'usage, nous en avons tous fait l'expérience, en pareille occasion. Confirmée par les uns, mise en doute par les autres, l'étrange grossesse continue d'évoluer jusqu'à ce qu'enfin elle finit par dépasser les limites admises par l'obstétrique et par le gros bon sens.

Du reste, à ce moment-là, le ventre déjà de belles proportions subit une recrudescence d'embonpoint qui allait encore compliquer la question, c'est-à-dire qu'au moment où la malade se croyait sur le point d'accoucher, l'abdomen, dont le volume était resté stationnaire depuis quelque temps, se reprit à augmenter d'une façon régulière et anormale.

Les choses en étaient à ce point quand la malade vint me consulter. Un premier examen me permit de constater les faits suivants: La tuméfaction abdominale remontait jusqu'au creux épigastrique, au voisinage duquel semblait s'être réfugiée toute sonorité. A la percussion, matité des flancs, de la partie basse du ventre et de la région périombilicale. J'eus au palper de cet abdomen une sensation absolument étrange et qui me fit presque

(1) *Comptes rendus à la Société Médicale de Montréal, séance du 11 novembre.*

douter de la véracité de la malade. Les deux mains appliquées sans précaution sur la masse développaient une sorte de choc à ressort, absolument identique aux mouvements brusques du fœtus. J'avoue avoir éprouvé à ce moment la méfiance que tous les chirurgiens ont ressentie en face de pauvres malheureuses qui cherchent la délivrance chirurgicale. Néanmoins, je poursuivis l'examen et je vis qu'en rasant en quelque sorte avec l'abdomen, je faisais disparaître cette sensation, j'appliquais les deux mains bien ensemble, et du coup, j'immobilisais une masse dure, volumineuse, de forme ronde, très mobile (la malade se rendait compte elle-même des déplacements incessants de la tumeur). Cette masse était noyée dans un ascite considérable. La présence de cet ascite et l'extrême mobilité de la tumeur expliquaient très bien par le choc en retour, les pseudo mouvements du premier contact. Pour ne courir aucun risque, j'auscultai soigneusement, sans parvenir à localiser aucun bruit cardiaque. J'insistai d'autant plus, que dans l'histoire de la malade, cette augmentation des derniers temps pouvait bien signifier une grossesse greffée sur une tumeur préexistante.

Je gardai la malade sous observation durant quelques jours. Puis je décidai d'intervenir après avoir acquis la conviction qu'il s'agissait d'une tumeur à point d'attache utérin, pédiculée, sa mobilité m'en était gage, vraisemblablement de nature maligne, myosarcome, l'allure du développement, et la présence d'ascite, me permettant cette opinion.

L'examen vaginal répété, ne révélait rien du côté des culs-de-sac. L'utérus très haut placé était difficile à mobiliser mais était influencé par les mouvements de la masse.

Rien dans l'histoire antérieure de la malade ne me parut pouvoir fixer les idées sur la nature de la présente affection.

Née d'un père actuellement âgé de soixante ans, bien portant, et d'une mère cardiaque, paraît-il, dyspeptique et nerveuse, cette femme possède trois frères et deux sœurs, vivants et en bonne santé, une quatrième frère étant mort à 13 ans d'appendicite avec occlusion intestinale. Elle-même a fait à 15 ans une grippe légère. Ses règles, dès la quinzième année ont affecté la régularité qu'elles devraient garder jusqu'à ces temps derniers. Elles évoluaient en l'absence de toute douleur. Mariée à 21 ans (elle en a 28), elle

est accouchée, trois ans après, d'une enfant de belle venue, sans aucunes complications. Quelques pertes blanches intermittentes. Le facies a conservé les apparences d'une bonne santé, l'amaigrissement est sensible, mais pas en proportion de ce qu'on est habitué à le constater en pareilles conditions. Le teint est encore excellent. L'appétit et les fonctions digestives sont en très bonne situation. Bref, la malade paraît être de celles qui supportent on ne peut mieux l'intervention.

Je l'opère donc le 1er octobre. L'ouverture abdominale nous débarrasse tout d'abord de quatre ou cinq litres d'une ascite rougeâtre, légèrement poisseux. Je reste en présence d'une tumeur retenue au ligament large du côté droit, par un assez court pédicule, au lieu et place de l'ovaire dont il n'existe aucune trace. Sur la partie basse de la tumeur, on retrouve étalé ce qui reste des franges de la trompe. Celle-ci est transformée en un cordon blanchâtre enclavé dans le pédicule.

La tumeur est d'un blanc rosé, d'aspect lisse, rompu çà et là par les cordons de grosses veines sinuées. Sa consistance est celle d'un fibro-myôme, son volume celui d'une forte tête d'adulte. Après l'extirpation d'une facilité plutôt consolante, j'examinai la pièce de plus près, et je la trouvai microscopiquement formée de faisceaux entrelacés d'un blanc nacré, à vaisseaux béants sous la coupe, tout le tissu dense et serré d'un fibro-myôme. Détail curieux, à la périphérie de la masse existait un certain nombre de petites cavités aplaties, à parois lisses, sorte de kystes dont le contenu liquide aurait manqué.

Toujours avec le souvenir du développement rapide de la néoplasie et malgré son apparence macroscopique, je continuai à penser qu'il s'agissait d'un sarcome, ou tout au moins d'un myôme ayant subi la transformation sarcomateuse. Pour en avoir le cœur net, j'ai demandé au microscope de trancher la question.

Notre collègue et ami Bernier, avec la compétence et la bonne volonté que nous apprécions si hautement, a bien voulu se charger de cet examen. Après lui, et en conformité d'opinion avec lui, je suis obligé d'avouer qu'il s'agit ici d'un fibro-myôme développé aux dépens de l'ovaire.

Ce serait un échantillon assez rare, étant donné la rapidité du développement et le volume considérable de la tumeur. A quelques exceptions près, les fibromyômes ovariens n'atteindraient

jamais un fort volume, ils évolueraient lentement, et dans le cas contraire, il s'agirait de fibro sarcômes. Or, il nous a été impossible, au docteur Bernier et à moi, de découvrir aucune trace de structure sarcomateuse dans les échantillons prélevés.

J'ajoute pour mémoire que l'intervention, on devait s'y attendre, vu sa simplicité, a donné plein succès, la malade ayant quitté l'hôpital trois semaines après son opération. J'en ai du reste les meilleures nouvelles.

---

### DE L'IMPORTANCE DE LA DIETETIQUE (1)

Par le DR C. N. VALIN

Professeur suppléant d'Hygiène, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Le médecin est toujours fort embarrassé lorsque, après avoir prescrit des remèdes, on lui demande : " et quelle nourriture le malade va prendre, docteur ? " Pour se tirer d'affaire et masquer son ignorance en matière de diététique, le médecin répond habituellement l'une des deux choses : " diète générale " ou " diète légère ", laissant aux profanes le soin de composer le régime convenable, comme si la diététique était simplement affaire de cuisine et non l'une des branches des sciences médicales devant concourir pour son humble part aux traitements des malades. Je conçois qu'il y eut un temps où la diététique, manquant des bases scientifiques qu'elle a aujourd'hui, pouvait être traitée aussi légèrement par le praticien, mais de nos jours, cela n'est plus excusable. La diététique a fait d'énormes progrès et j'ose dire qu'actuellement elle s'appuie sur des bases aussi solides que celles de la thérapeutique. En effet, tout comme le médicament, l'aliment a été étudié dans sa composition chimique, dans son action physiologique et pathologique, et dans ses indications thérapeutiques. De sorte qu'il y a une bromatologie clinique.

Les bases de la diététique moderne sont : la chimie analytique, la chimie biologique, la physiologie normale et pathologique. La chimie analytique, ayant étudié tous les aliments, nous renseigne sur leur teneur en principes albuminoïdes, en graisse, et hydrates de carbone, en substances minérales et en eau. De ces analyses est résulté une division ou classification des aliments selon leur

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 19 novembre 1907



composition chimique. D'un autre côté la chimie biologique a étudié leur utilisation par l'organisme, c'est-à-dire les changements qu'ils subissent depuis leur entrée jusqu'à leurs dernières transformations dans l'économie.

La physiologie nous explique par quels moyens ces changements s'opèrent au sein de nos organes et de nos cellules. La pathologie indique les desiderata de l'organisme malade et inspire le choix de tel ou tel régime alimentaire soit pour combattre des manifestations morbides générales soit pour mettre un organe malade en repos. De là sont nés des régimes généraux applicables à divers états maladifs de l'organisme et des régimes spéciaux applicables à des organes malades.

L'étude et l'application de la diététique scientifique offre de plus un grand avantage au praticien : c'est de le forcer à connaître le fond pathologique de chaque cas qu'il traite. En effet, l'application raisonnée d'un régime quelconque présuppose la connaissance préalable de la pathogénie spéciale de chaque cas. Ainsi, par exemple : à quoi servirait de combattre l'hypertension artérielle par un médicament hypotenseur quelconque si l'alimentation continue à verser constamment dans la circulation un flot de toxines et autres principes hypersthénisants et s'oppose ainsi à l'effet de la médication ? A quoi servirait de combattre l'albuminurie par un médicament — s'il existe — pendant que l'alimentation défectueuse continue à fabriquer des principes irritants pour les reins malades ? A quoi sert de traiter les hémorroïdes par des hémostatiques internes et externes si un régime alimentaire convenable ne fait pas baisser la tension de la veine porte. Et la constipation arrive-t-on à la guérir par toutes les pilules imaginables si l'alimentation reste défectueuse ? Au contraire n'obtient-on pas des résultats permanents par un régime approprié ? Vient-on à bout d'un eczéma, d'un prurit généralisé et même localisé, si l'alimentation reste stimulante et irritante ? Arrête-t-on les troubles gastro-intestinaux chez les enfants simplement par un médicament désinfectant du tube intestinal si on ne modifie pas en même temps l'alimentation peccante ? Peut-on guérir les lithiases par des dissolvants chimiques au sein du foie ou des reins si on ne tarit pas en même temps la source des calculs qui est dans des erreurs de régimes ? La dyspepsie ne se guérit-elle pas plutôt par un régime approprié que par les médicaments ? Et il serait

facile d'allonger encore la liste des maladies pour la guérison desquelles la diététique est soit une auxiliaire nécessaire à la thérapeutique soit la base même du traitement. Savoir appliquer un régime raisonné à telle ou telle maladie est pour moi aussi important, et souvent plus, que de savoir prescrire des remèdes, car la diététique va plus au fond des processus pathologiques et donne des résultats plus permanents.

On peut définir la diététique: la science qui règle *l'usage raisonnée* des aliments en vue de prévenir ou de guérir les maladies.”

Or, pour pouvoir raisonner sur quoique ce soit il faut avoir des bases de raisonnements, en un mot, des règles ou des principes.

Or, les principes qui servent de base à tout régime sont de trois ordres : 1° la composition chimique des aliments ; 2° les besoins de l'organisme ; 3° l'utilisation des aliments par l'organisme.

### 1° *Composition des aliments.*

On ne peut connaître la valeur nutritive des aliments sans connaître leur composition chimique. La chimie analytique réduit les aliments, de quelque provenance et diversité qu'ils soient, à trois groupes primordiaux ou fondamentaux : 1° Substances azotées, 2° Substances hydro-carbonées, 3° Substances grasses. Les substances azotées sont ainsi appelées parce que, seules, elles contiennent de l'azote N, elles sont appelées aussi quaternaires parce que leur molécule primordiale est composée de quatre éléments essentiels : C O N H, auxquels s'ajoutent du soufre et du phosphore.

Les substances hydro-carbonées et les graisses sont appelées ternaires parceque trois corps simples forment leur molécule fondamentale C. O. H.

Les aliments azotés sont en outre appelés “ *aliments plastiques* ” parce qu'ils sont essentiellement édificateurs et réparateurs des tissus nobles et fondamentaux de notre organisme. Ils sont fournis par le règne animal (fibrine, albumine, myosine, caséine), par le règne végétal, (légumine, gluten).

Les substances hydro-carbonées sont appelées *dynamogènes* à cause de leur grande richesse en oxygène qui rend leur oxydation facile et intense et à cause de leur production de glycose qui est l'aliment par excellence du muscle. Ce sont des *producteurs de force*. Ce sont les substances végétales qui nous fournissent ces

aliments, sous forme de **sucres divers**, amidons, fécules, dextrines, gommes, mucilage, toutes substances **susceptibles** de se transformer en glycose. Les substances grasses sont appelées **aliments d'épargne** et **calorigènes** parceque d'une part étant pauvres en oxygène leur combustion est lente et qu'ils s'emmagasinent facilement; d'autre part exigeant beaucoup d'oxygène pour leur combustion celle-ci est très active quand elle a lieu et développe beaucoup de chaleur, dans le rapport de 9, 3 calories par gramme de substance grasse contre 4, 2 de substance azotée et 4.1 de substances hydrocarbonnée.

Enfin dans la composition chimique des aliments il faut aussi tenir compte de leur teneur en substances minérales car l'organisme a grand besoin de sels minéraux.

Les substances minérales sont nécessaires parceque nous en perdons par jour environ 30 gr. dont 15. de chlorure de sodium. Les plus nécessaires sont le phosphate de chaux, de soude, de potasse et le chlorure de sodium qui se trouve en grande quantité dans toutes nos humeurs.

Le phosphore se trouve sous forme de phosphate dans le jaune d'œufs (lécithine), dans la cervelle des animaux, dans les céréales, et légumineuses, dans le lait surtout de vache, dans le fromage. Il joue un rôle considérable comme agent biogène puisqu'il entre dans la composition protoplasmique de presque toutes nos cellules, il est aussi accumulateur de forces potentielles dans la cellule organique surtout nerveuse. Il augmente la force vitale, la résistance contre la maladie dans le règne animal et végétal. Il faut utiliser les aliments riches en phosphore chez ceux qui souffrent de débilité nerveuse, d'indigence vitale. Or, le phosphore organique est plus facilement assimilable.

L'eau est aussi nécessaire dans l'alimentation. On ne peut se passer d'eau. Nous perdons par nos organes éliminateurs 1,500 à 2,000 gr. d'eau, il faut la remplacer. Les aliments que nous considérons solides contiennent une forte proportion d'eau mais pas assez pour satisfaire aux besoins de l'organisme. L'eau, non seulement, fait partie essentielle des tissus, dans la proportion de 75% mais elle est encore un intermédiaire nécessaire pour les échanges entre les cellules. En effet elle favorise les échanges nutritifs en véhiculant de cellule en cellule les substances nutritives élaborées par les divers ferments, elle entraîne les déchets cellulaires et égalise la température.

2 *Besoins de l'organisme.*

A l'état normal ou d'équilibre, l'organisme a plus besoin de substances hydro-carbonnées et grasses que de substances azotées, parce qu'il a à satisfaire plutôt des besoins physico-chimiques ou mécaniques que de réparation plastique. C'est-à-dire que la machine humaine fait plus de dépense calorifique et mécanique que d'usure de tissus. M. Richet a résumé cela dans un tableau très clair et qui nous fait voir que presque toutes les dépenses de l'organisme se résument à une perte de chaleur, irradiée par la surface cutanée, perdue par l'évaporation cutanée et pulmonaire absorbée par l'échauffement de l'air inspiré et des aliments, par les divers mouvements mécaniques de la machine humaine tels que contraction musculaire, friction artérielle, fonctionnement glandulaire. Comme on le voit, la machine humaine dans l'état normal a besoin plutôt d'aliments calorigènes et dynamogènes que d'aliments plastiques, l'usure des éléments organiques ne comptant pas pour beaucoup dans les dépenses quotidiennes.

De grandes controverses ont eu lieu parmi les physiologistes dans ces dernières années au sujet de la proportion d'albumine qui doit entrer dans le régime d'équilibre de l'adulte. Plus on étudie ce problème plus on abaisse la quantité d'albumine nécessaire à l'homme normal. D'abord, des physiologistes allemands, Voit, Rubner et autres, avaient fixé le taux d'albumine à 150 gr. par jour, Munk à 110 gr. mais subséquemment, A. Gauthier l'a abaissé à 80 gr. et Richet, Hirschfeld, Lapique l'ont abaissé au taux de 50 à 60 gr. Et M. H. Labbé pense qu'on peut l'abaisser encore. Il en est ainsi pour l'adulte de poids moyen et à l'état de repos. Il est évident alors que le besoin d'albumine changera selon certaines circonstances telles que croissance, convalescence, travail modéré ou dur, grossesse, lactation, car dans tous ces différents états il y a un besoin spécial de réparation et d'édification de tissus. Nous entrerons dans les détails plus loin, à l'occasion du régime de chacun de ces états particuliers.

Quant aux besoins de l'organisme pour les autres aliments ils sont beaucoup plus considérables surtout en hydrates de carbone puisque le fonctionnement de la machine humaine entraîne une dépense plutôt en force et en calorifique. La proportion des hydrates de carbone est de 350 à 400 ou 500 gr. Selon l'état de repos ou

de travail. Quant à la graisse elle doit entrer dans le régime pour 50 à 100 gr., selon que le travail s'accomplit au froid ou à la chaleur. Les corps gras étant essentiellement calorigènes on en augmente la proportion à mesure que la température ambiante s'abaisse. Il s'en suit que la proportion de graisse différera selon les saisons et les climats. On peut résumer ces données dans ce tableau :

|   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| Régime d'équilibre<br>ou<br>d'entretien | } | Hydrates de carbone. 350 à 500 gr. |
|   |   | Graisse. . . . . 50 à 100 gr.      |
|   |   | Albumine. . . . . 50 à 80 gr.      |

Comme on le voit l'albumine ne doit entrer dans le régime que pour un huitième ou un cinquième. Nous allons voir dans le paragraphe suivant que l'exagération d'albumine entraîne un manque d'utilisation parfaite et conséquemment des inconvénients et des dangers.

### 3° Utilisation des aliments par l'organisme.

Les aliments sont des combustibles. Mais ils ne sont pas tous également et parfaitement combinés et utilisés par la machine humaine. Il y en a qui laissent moins de déchets que les autres. A ce point de vue les aliments albuminoïdes sont inférieurs aux deux autres comme combustibles parce que leur utilisation n'est pas parfaite et laisse des déchets qui encombrant la machine humaine, l'encrassent et finalement nuisent à son fonctionnement. L'albumine animale, si elle est prise en excès, n'est pas complètement utilisée et laisse dans l'organisme des déchets tels que : acide urique, des matières extractives, des principes toxiques qui perturbent le système nerveux régulateur de l'équilibre organique. Lorsque la quantité d'albumine au contraire est proportionnée aux besoins réels de la machine humaine l'utilisation des aliments azotés est parfaite et l'on retrouve leur dernière transformation dans l'urine, l'urée.

|                    |       |              |
|--------------------|-------|--------------|
| 110 gr. d'albumine | donne | 16 gr d'urée |
| 80 gr.             | “     | “ 14 gr. “   |

Quant aux substances grasses et hydro-carbonées elles sont d'une utilisation plus parfaite et donnent comme dernier terme de

leur transformation de l'eau et de l'acide carbonique. *Ne formant pas de déchets toxiques* ces dernières substances même prises en excès, n'engendrent pas les mêmes inconvénients que les albuminoïdes. Voilà pourquoi il y a avantage à puiser plus largement dans ces deux groupes d'aliments.

La ration d'entretien ou régime d'équilibre est celui donc qui maintient l'équilibre entre la recette et la dépense de l'organisme. En d'autres termes c'est celui qui garde le poids normal de l'individu ou qui fournit les calories suffisantes au fonctionnement de la machine humaine. Mais cette ration variera selon plusieurs circonstances : repos, travail, chaleur, froid, sexe, âge, race, état de santé ou de maladie, en un mot selon les besoins de chaque organisme. Ainsi l'homme qui ne travaille pas ne doit pas manger autant que l'homme qui travaille ; celui qui travaille modérément pas autant que celui qui travaille durement ; la femme pas autant que l'homme ; l'adolescent en croissance doit prendre une nourriture variée et abondante égale en quantité à celle de l'adulte et constituée surtout d'éléments plastiques et minéralisateurs.

En somme, la ration d'entretien au régime d'équilibre doit entretenir le poids normal de l'individu ou en d'autres termes fournir le nombre de calories nécessaires de façon à éviter que les tissus eux-mêmes fassent les frais de ces calories. C'est dire que toute ration alimentaire se détermine par un certain nombre de calories variant avec les circonstances que nous avons mentionnées : âges, sexe, climat, saison, sédentarité, travail. On trouve facilement le nombre de calories d'une ration en sachant que 1. gr. d'albumine donne 4.2 calories, 1 gr. d'hydrate de carbone 4.1, 1 gr. de graisse 9.3. et en sachant ensuite combien pour cent il y a d'albumine, de graisse et d'hydrate de carbone dans un aliment, ce que donnent les tableaux d'analyse. Ainsi il y a 21 p. 100 d'albumine dans la viande de bœuf, donc ces 21 gr. donneront, si on absorbe 100 gr. de viande,  $21 \times 4.2 = 88.2$  calories.

(A suivre)

---

## LA CONSTIPATION CHRONIQUE ET SON TRAITEMENT. \

Par le Dr J. C. BOURGON

Pour bien traiter la constipation chronique il faut, de toute nécessité, savoir remonter à la cause qui entretient la paresse intestinale. La chose n'est pas toujours facile, tant à cause du grand nombre de maladies qui agissent sur le tube digestif, que sur leur mode d'action.

Il n'est donc pas inutile, avant d'instituer un traitement convenable, de passer en revue et de classer les causes de la constipation.

Ces causes sont de plusieurs espèces. Voici les principales dans l'ordre qui nous paraît le plus rationnel :

1° *Causes mécaniques. Extrinsèques* : Grossesse, rétroposition, fibrôme, kyste de l'ovaire, hypertrophie de la prostate, tumeurs et déplacement du rein, péritonite, etc.

*Intrinsèques* Rétrécissement cancéreux, tuberculeux ou syphilitique de l'intestin, actynomycose ou tuberculose du cœcum, entéropose, etc.

2° *Causes dyscrasiques*. Brightisme, goutte, diabète, obésité, arthritisme en général, éthylisme, saturnisme, sénilité, hérédité.

3° *Causes nerveuses directes ou réflexes* : Tabès, méningites chroniques, myélites, hystérie, neurasthénie.

Les lésions du système génito-urinaire, telles que les métrites et cystites, agissant par voie réflexe, doivent entrer dans cette catégorie, de même les fissures à l'anus, les fistules et les hémorroïdes, bien que ces dernières puissent agir aussi mécaniquement.

4° *Causes d'origine digestive*. Les différentes cirrhoses, l'obstruction des voies biliaires, les affections du pancréas, les gastrites et les entérites, les erreurs de régime, enfin l'abus des médicaments, surtout des purgatifs.

Certains auteurs décrivent une sorte de constipation que nous pourrions appeler essentielle, idiopathique, dépendant d'un trouble purement fonctionnel de l'intestin, sans qu'on puisse faire intervenir une des causes citées plus haut.

Cette théorie ne peut être acceptée que sous bénéfice d'inventaire; avant de l'admettre, il faudrait pouvoir affirmer, dans le cas qui nous occupe, la parfaite intégrité de l'intestin. Nos moyens

(1) Communication à la société médicale de Montréal, séance du 19 novembre 1907.

cliniques ne nous le permettent pas encore. M. Hayem a d'ailleurs démontré, qu'il existe certaines gastrites latentes que l'analyse du suc gastrique seule, permet de découvrir. Pourquoi n'existerait-il pas aussi des entérites, dont la seule manifestation serait la constipation ?

Quoiqu'il en soit, le médecin devra d'abord s'attaquer à la cause, s'il peut la découvrir, puis il visera directement l'intestin, tout en faisant suivre au patient un régime qui modifiera avantageusement son état général.

Ce régime variera quelque peu selon que l'on aura affaire à de la constipation spasmodique ou atonique, tout en tenant compte du bon ou mauvais fonctionnement de l'estomac.

Voyons les principaux symptômes de ces deux sortes de constipation ; nous n'en serons que mieux armés pour les traiter.

#### LA CONSTIPATION SPASMODIQUE.

Elle dépend ordinairement d'un état général nerveux ou d'un réflexe : fissure ou fistule, d'une lésion génitale, mais surtout d'une dyspepsie stomacale, la gastronévrose particulièrement. Les vers intestinaux et le saturnisme engendrent aussi cette forme.

En examinant le malade, on trouve ordinairement le ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression ; les muscles abdominaux sont tendus. Le spasme paraît siéger au gros intestin, au niveau des courbures. On perçoit souvent aux fosses iliaques ce que M. Mathieu appelle les cordes coliques ascendante et descendante. Il n'est pas rare de trouver, surtout au cœcum, des cybales de vieille date.

Le patient a des vertiges, de la céphalée. Il éprouve parfois un état nauséux, auquel s'ajoutent quelquefois des crises de vomissements et des débâcles diarrhœiques, pour peu que la constipation se prolonge. On trouve alors dans les selles des cybales et des débris de muqueuse, signe évident de l'entérite muco-membraneuse. Dans l'intervalle des crises, la colique fait rarement défaut et les selles, quand le patient parvient à en expulser, sont rubannées ou ovilées, indice du spasme colique.

#### LA CONSTIPATION ATONIQUE.

Elle peut faire suite à la constipation spasmodique. C'est alors une véritable dégénérescence de la paroi intestinale, tout comme



la dilatation atonique de l'estomac. Plus souvent, elle s'établit d'emblée. La paralysie peut n'être alors que temporaire et le traitement a des chances de succès.

La paroi abdominale est flasque et le ventre tombant, l'estomac est descendu, presque toujours dilaté. En examinant le malade debout, on voit le paquet intestinal se porter en bas. C'est le ventre en besace.

La palpation déplace les gaz qui encombrant l'intestin. On trouve aussi des cybales, surtout dans le rectum.

En donnant de vigoureuses chiquenaudes sur l'abdomen on parvient parfois à réveiller l'intestin paralysé et l'on voit très bien les ondes de Kussman.

Les symptômes subjectifs sont moins bruyants que dans la première forme. Les coliques sont plus rares. Le patient éprouve plutôt une pesanteur dans tout l'abdomen.

C'est dans cette forme surtout, que les patients, souvent des vieillards, arrivent parfois à avoir une selle presque quotidienne, qui peut tromper le médecin : ces malades ne font que rejeter le trop plein de leur intestin, on dit qu'ils défèquent " par régurgitation."

Voyons maintenant les moyens thérapeutiques dont nous disposons. Nous n'aurons en vue que le traitement de la constipation elle-même, quelque en soit l'origine. Dans presque tous les cas il sera un précieux adjuvant au traitement étiologique, mais sera surtout efficace quand le tube digestif seul est en cause, nous étudierons l'hygiène, l'alimentation, les médicaments, les agents physiques et les eaux minérales.

*Hygiène.* Le constipé devra se présenter à la garde-robe, tous les jours à heure fixe. Si ses efforts ne sont pas couronnés d'un légitime succès, il n'insistera pas autre mesure mais attendra au lendemain, à la même heure, pour tenter un nouvel effort. Il est bien entendu que si, dans l'intervalle, le besoin se faisait sentir, il ne devra, à moins de circonstances incontrôlables, différer d'obéir à cet ordre venu... d'en bas.

L'hydrothérapie lui sera d'un grand secours, sous forme de douche ou bain froid, pris le matin au lever et suivi d'une friction vigoureuse au gant de crin.

Il devra durant sa cure, se coucher tôt et se lever de même, s'abstenir d'alcool et de tabac, si ce dernier nuit à sa digestion

stomacale. Il abandonnera la vie mondaine et évitera les excès de toutes sortes. On proscrira à la femme le port du corset.

Si l'estomac semble en cause, le patient fera une sieste d'une demi-heure après ses repas, en s'appliquant sur l'estomac une compresse humide, chaude ou froide, suivant sa susceptibilité, si le sommeil est mauvais, la compresse sera gardée toute la nuit.

Le matin à jeun, un grand verre d'eau froide amènera souvent dans la journée une selle spontanée.

S'il y a de l'entéroptose, on fera porter la sangle de Glénard que le patient s'appliquera couché.

*Alimentation.* Elle variera suivant l'état de l'estomac et la forme de la constipation.

Si l'estomac n'est pas trop dilaté, sans clapotage ; si les symptômes subjectifs font à peu près défaut, on pourra s'attaquer directement à l'intestin. Trouve-t-on, au contraire, un estomac fortement dilaté, atone, clapotant, contenant du liquide, à jeun, on traitera d'abord la dyspepsie stomacale, cause probable du mauvais fonctionnement de l'intestin. On instituera un régime restreint, pour reposer l'estomac, en se contentant de provoquer l'évacuation de l'intestin par un lavement quotidien à l'eau savonneuse ou à l'huile d'olive. Quand l'estomac est amélioré, on traite directement la constipation. S'il s'agit de constipation spasmodique, on donnera une alimentation qui laisse peu de résidus dans l'intestin. Le lait, les pâtes alimentaires, le riz, aliments plutôt constipants, n'y entreront que pour une faible part. On s'adressera de préférence aux potages légers au topioca, au sagou, aux tomates passées, aux huîtres. Les purées de pois, de lentilles, de haricots, de pommes de terre seront permises. Les céréales préparées (porridge etc.,) le gruau et la fleur d'avoine surtout, laxative par elle-même, seront très utiles.

Les fromages frais et les œufs, sous toutes formes, feront également parti du menu.

On tolérera un seul repas de viande, où entrera soit le bifteck, le jambon, le poulet, le bœuf rôti, le ris de veau ou la cervelle.

Comme desserts: compotes de fruits variés, fruits mûrs, surtout les prunes et les pruneaux, qui ont certaines propriétés laxatives, blanc-manger, gélatine, crème retournée, le miel et le sirop d'érable sont aussi laxatifs.

Le beurre n'est pas supprimé. On permettra 100 à 150 grammes de pain par jour.

Comme boissons : eau pure ou légèrement rougie thé ou café très léger ; pas de chocolat.

Dans la constipation atonique, la base de l'alimentation reste la même, mais on donnera la préférence aux aliments qui laissent plus de déchets dans l'intestin, afin d'y créer une excitation en quelque sorte artificielle.

On insistera sur les légumes herbacés : choux-fleurs, asperges, carottes, navets, épinards bouillis, la laitue crue ou cuite. La soupe au chou sera permise avec prudence, ainsi que le bœuf à la mode et le pot-au-feu.

On donnera la préférence au pain de son et on fera boire du petit lait.

*Médicaments.* Bien que l'arsenal thérapeutique contienne un nombre presque incalculable de médicaments contre la constipation, nous devons être plus que réservés, dans l'emploi de ces agents, nous dirons même, qu'à part les cas tout à fait spéciaux, nous devons nous en abstenir.

Ils ne se comptent plus les patients qui ne sont devenus des constipés opiniâtres que pour avoir abusé des médicaments purgatifs ou autres !

Si l'abus des médicaments est manifeste, on donnera une série de lavages stomacaux et intestinaux, tout en mettant le malade au régime. On fera cesser tout médicament et l'on s'adressera, pour provoquer la défécation, aux graines végétales de lin ou de plantain (semences de psyllium).

Ces graines se donnent à la dose d'une à deux cuillerées à soupe par repas, dans un liquide quelconque, lait, soupe, etc. Leur action est double : elles agissent d'abord mécaniquement par leur propre poids et sont expulsées comme corps ; puis, par leur sécrétion mucilagineuse, elles lubrifient l'intestin, facilitant le glissement des matières fécales. Employées méthodiquement, nous les avons vues rarement échouer.

Il sera bon, ou préalable, de nettoyer le gros intestin par un grand lavement. Puis on diminuera progressivement les doses, quand l'effet commencera à se faire sentir. M. Hayem conseille aussi de faire prendre, tous les matins, à jeun, un verre d'eau

tiède contenant 10 grammes de sulfate de soude et 5 grammes de chlorure de sodium par litre.

Cette eau minérale n'a aucune action sur la sécrétion stomacale. Elle est légèrement laxative et ne crée pas d'accoutumance. Son point cryoscopique est voisin de celui du sang ; son action n'entraîne donc pas de violents échanges osmotiques. Elle est un précieux adjuvant au début du traitement.

Si toutefois ces moyens échouaient, on serait évidemment forcé de s'adresser aux médicaments les moins nuisibles.

L'extrait fluide de *Rhamnus frangula* (4 à 5 grammes par jour) sera le médicament de choix. Il semble dépourvu de tout effet nuisible éloigné. La lactose (10 à 15 grammes par jour dans du lait ou du café) pourra rendre aussi quelque service.

*Agents physiques. Massage, électricité.*

Le massage sera d'abord fait par le médecin, puis par le patient ou une tierce personne au courant de la technique. Il se fait le matin avant le lever. Il comprend les 4 temps ordinaires ; effleurage, tapotement, malaxation et pétrissage faits dans le sens du courant digestif. Il vise surtout le gros intestin.

On pourra encore avoir recours à l'électricité. Méthodiquement appliquée elle triomphe de presque tous les cas rebelles.

On s'adresse ordinairement au courant continu. Il réussit habituellement bien. Nous avons eu l'occasion de voir, dans le service de M. Hayem, des malades avoir des selles spontanées, après quinze jours de traitement et dont la guérison se prolongeait après plusieurs mois.

Voici la méthode de M. Lebon : il place de chaque côté de l'abdomen, deux grands électrodes enveloppés d'ouate trempée dans une solution saline ; il élève progressivement l'intensité du courant, jusqu'à 80 milliampères, fait deux ou trois interventions et termine la séance après quinze à vingt minutes.

M. Delherm emploie le courant galvano-faradique. Sa méthode diffère un peu de la première. Les résultats sont sensiblement les mêmes.

*Eaux minérales.* Nous rappelons en passant l'action nettement purgatives de certaines eaux, telles que Carabana, Rubinat, Hunyadi-Janos, etc. Ces eaux seront strictement réservées au cas de constipation accidentelle. Leur effet est trop connu du public qui en abuse fréquemment. Elles ne devraient, à notre

avis, n'être délivrées aux clients, que sur prescription du médecin. On conseillera plutôt les eaux de Vichy (source de l'Hôpital) de Chatel-Guyon, de Plombière et de Santenay. Leur effet tonique général et local est incontestable, bien que le régime qu'on fait suivre dans les établissements, contribue pour une large part au bon résultat.

Nous aurions voulu pouvoir mentionner certaines sources canadiennes, qui doivent avoir, elles aussi, leur efficacité. Le manque de documentation nous force de remettre ce travail à plus tard. Nous dirons, cependant, que l'eau de l'Épiphanie, pour ne parler que de celle que nous connaissons un peu, — nous a paru douée de certaines propriétés laxatives dont on aurait tort de négliger les bons effets.

#### RAPPORT DE LA COMMISSION DU BON LAIT.

Par le Dr RAOUL MASSON  
Secrétaire de la Commission, rapporteur

La Société Médicale de Montréal n'a pas oublié, qu'en janvier 1907, fut formée une commission qui devait étudier les moyens à prendre pour améliorer la qualité du lait livré à la consommation, dans la ville de Montréal.

La Commission du Bon Lait ayant terminé son travail, vous présente ce soir son rapport et soumet à votre appréciation, les conclusions pratiques qui en découlent.

La Commission du Bon Lait a tenu 14 assemblées régulières; neuf sous-comités furent formés pour étudier les questions suivantes:

- I. Règlements concernant le fermier producteur de lait.
- II. Transport du lait.
- III. Règlements concernant le marchand détailleur.
- IV. Correspondances et renseignements, Canada et étranger.
- V. Couloir et couvercle spécial s'adaptant à la chaudière à lait.
- VI. Maladies contagieuses chez le fermier producteur de lait.
- VII. Des différentes qualités du lait.
- VIII. Centralisation du lait et compagnies privées.
- IX. Règlement municipal.

Dès le début, la Commission a établi qu'il n'y a qu'un seul mode d'action qui puisse être véritablement efficace.

Ce moyen est, par des règlements sages et raisonnables, de forcer les producteurs, détailliers et consommateurs de lait, à observer les lois de l'hygiène. . .

Pour atteindre ce but, il faut :

- 1° Des règlements provinciaux ;
- 2° Des règlements municipaux ;
- 3° Exercer un contrôle par le département d'hygiène provincial ;
- 4° Combattre l'ignorance et les préjugés du public en général.

1° *Pourquoi est-il nécessaire de faire des règlements provinciaux, et que doivent-ils comprendre?* ,

Vous ne devez pas ignorer que le lait consommé à Montréal n'est pas fabriqué sur place, mais qu'il nous vient presque exclusivement des campagnes environnantes, et même des campagnes très éloignées, souvent jusqu'au delà de 100 milles. Vous devez vous rappeler que la Commission, dans un rapport précédent, a démontré que le lait venant parfois de très loin, et par conséquent, très vieux, est de plus produit dans des conditions presque toujours défectueuses, souvent dangereuses, à cause de la mauvaise qualité du troupeau, de l'état trop souvent infect des étables et du matériel, de l'ignorance et de la malpropreté du personnel.

Il est évident que pour couvrir notre grand territoire d'approvisionnement, il faut un règlement provincial qui seul peut atteindre les producteurs de la campagne et contrôler la marchandise qu'ils nous livrent.

Ce règlement doit ordonner que le producteur de lait soit placé dans des conditions convenables pour produire un aliment aussi parfait que possible.

Les principales conditions que doit exiger ce règlement sont : la bonne composition du troupeau et son alimentation, la propreté et l'entretien des étables et des ustensils ; l'âge du lait, sa conservation à une température froide, l'éloignement de toute personne ou animal atteint de maladie contagieuse.

Après avoir fait une étude approfondie des règlements en force dans des grandes villes, tant des Etats-Unis que de l'Europe, la Commission a élaboré un règlement provincial pouvant contrôler suffisamment la production du lait nous arrivant de la campagne, et nous assurer un aliment de première qualité.

Voici une copie de ce règlement provincial que vous soumet la Commission du Bon Lait:

### REGLEMENTS PROVINCIAUX

*Concernant l'industrie laitière proposés par la Commission du Bon Lait.*

#### LE PRODUCTEUR

1° Les vaches seront gardées dans un local propre à cette fin, c'est-à-dire une étable suffisamment grande et éclairée et convenablement drainée.

a) Le nombre d'animaux occupant une vacherie sera limité de manière à assurer un cube d'air d'au moins 800 pieds à chaque animal. Ce cube d'air pourra être réduit à 600 pieds, si le bureau municipal le permet après avoir constaté qu'il existe une ventilation de l'étable qu'il aura jugée suffisante.

b) Les vacheries seront éclairées par des fenêtres dont la surface vitrée devra être égale au moins à un dixième de la surface des planches.

c) Le sol de l'étable doit être étanche et doit incliner vers une rigole qui aura au moins 6 pouces de profondeur. Cette rigole sera prolongée jusqu'en dehors de l'étable, à moins que l'étable soit reliée à une canalisation d'égout et que la rigole s'y déverse.

d) Tout branchement d'égout pénétrant dans une étable sera muni d'une case de sûreté.

e) L'intérieur de l'étable sera blanchi à la chaux au moins une fois l'an, à moins qu'il ne soit peinturé à l'huile, et dans ce dernier cas, un lavage complet remplacera le blanchissage prescrit ci-dessus.

2° Le fumier sera enlevé trois fois par jour, les vaches devront être pourvues d'une litière qui sera changée tous les jours, et l'étable sera entièrement nettoyée une fois par semaine.

3° La traite et les manipulations du lait ou des ustensiles devront être faites de manière à ce que le lait soit à l'abri des souillures fécales ou autres.

a) La traite ne devra pas se faire moins d'une heure après qu'on aura ramué la litière, le fourrage, le fumier, etc.

b) Avant de traire les vaches, on devra leur laver et leur assécher le pis et les trayons.

c) Les personnes qui traitent les vaches devront se laver et s'assécher les mains avant l'opération.

d) Pendant la traite il est interdit formellement à l'opérateur de se cracher dans les doigts.

e) Si par accident le lait d'un vaisseau venait à être souillé le contenu de ce vaisseau ne devra pas être livré à la consommation.

4° Le lait des vaches atteintes d'aucune maladie ne sera pas vendu tant que dure la maladie et la convalescence. Il en sera de même du lait produit pendant les trente jours qui précéderont la parturition et pour au moins les dix jours qui la suivront.

5° L'eau dont on se servira pour abreuver les vaches devra être pure et exempte de toute contamination.

L'abreuvoir commun est interdit dans les étables, chaque vache devant avoir son auge particulier et séparé.

6° Les puits où l'on prend l'eau destinée aux vaches ne doivent jamais être creusés dans le sous-sol d'une étable, ils ne doivent pas non plus être situés à une distance moindre de quarante pieds de toute étable ou porcherie et de tout amas de fumiers ou de déchets.

7° Il est interdit de donner comme nourriture aux vaches laitières, des eaux de cuisine, des rebuts solides ou liquides provenant des distilleries, brasseries ou vinaigreries, ni aucune substance en état de putréfaction ou de fermentation.

Cependant les municipalités peuvent permettre les *drèches* sèches, après avoir constaté que les brasseries sont aménagées de manière à les sécher efficacement.

8° La laiterie où l'on dépose et où l'on conserve le lait destiné au commerce, doit être un appartement séparé et spécial ne servant qu'à cet usage. Cette laiterie doit être située à 100 pieds au moins de toute étable, porcherie, lieux d'aisance, amas de fumiers ou de déchets.

Le sol, les murs, plafonds devront être en matériaux que l'on pourra laver à grande eau ou blanchir à la chaux, et ce lavage ou blanchissage devra être fait au moins deux fois l'an.

9° Les fenêtres et les portes des laiteries ou de tout établissement où l'on manipule le lait seront du 1er mai au 1er novembre protégées par des moustiquaires.

10° Tous les bidons, vaisseaux et ustensiles à l'usage de la traite et de la laiterie devront être en métal et leurs jointures parfaitement bien remplies et soudées. Ces ustensiles ne devront servir à aucun autre usage et doivent être nettoyés et lavés après chaque service, conservés dans un endroit propre à l'abri des poussières, et de plus, rincés à l'eau bouillante au moment de s'en servir de nouveau.

11° Immédiatement après la traite, le lait doit être refroidi à 50° Fahrenheit et maintenu à cette température jusqu'à la livraison, chaque producteur devant avoir pour cette fin une glacière convenable.

12° Il est interdit de livrer au consommateur, du lait dont l'âge dépasse (24) vingt-quatre heures, à moins qu'il ne s'agisse de lait qui, immédiatement après la traite et sur le lieu de production, aura été stérilisé à 160° Fahrenheit et conservé sur la glace jusqu'à livraison, ou qui aura subi tout autre traitement qui pourra être approuvé par le Conseil d'hygiène de la Province de Québec.

13° Quand les vaches sont mises à l'étable on doit leur tendre le pis et l'arrière train et les panser tous les jours.

14° Tous les animaux accusant des symptômes de maladie doivent être isolés du troupeau immédiatement, et le lait de ces animaux ne doit pas être mis en vente avant que le vétérinaire n'en ait donné l'autorisation.



15° Deux fois par année, un vétérinaire compétent fera subir au troupeau de tout producteur de lait l'épreuve de la tuberculine et tout animal reconnu tuberculeux sera isolé du troupeau et son lait ne pourra plus être utilisé.

16° Deux fois par année, un vétérinaire compétent fera l'examen du troupeau du producteur de lait et lui délivrera un certificat.

17° Quand un producteur de lait achète des vaches laitières, avant de les admettre dans son troupeau, il devra leur faire subir l'épreuve de la tuberculine par un vétérinaire compétent et se procurer un certificat concernant leur santé.

18° Aucun lait devant servir à la consommation ne pourra être transporté à une température dépassant 40° F.

19° Lorsqu'un cas de maladie contagieuse se déclare dans la famille ou le personnel d'un producteur de lait, ce dernier devra notifier le bureau d'hygiène provincial et cesser son commerce jusqu'à ce qu'il en ait obtenu une autorisation écrite.

*Pourquoi faut-il un règlement municipal — Que doit-il comprendre ?*

La production du lait étant ainsi réglementée et contrôlée par le règlement provincial que nous venons d'étudier, il ne faut pas que ce lait puisse être contaminé ou altéré par les livreurs et marchands détailliers.

Nous atteindrons cette seconde classe de gens par un règlement municipal qui complètera le règlement provincial et contrôlera le lait vendu, jusqu'à sa livraison, au consommateur.

Les voitures des laitiers, les bidons et ustensiles divers servant à la manipulation du lait devront être d'une propreté parfaite, les transvasements inutiles, les modifications ou altérations sévèrement punis. Les épiciers devront être pourvus de glacières convenables pour conserver le lait à une température ne dépassant pas 40°F., le coupage ou le mouillage du lait sera particulièrement prohibé. Le contrôle s'exercera d'une façon suffisante par l'inspection suivie et répétée que feront les officiers du bureau d'hygiène municipal.

Voici un copie de ces règlements municipaux que vous soumet la Commission :

**PROJET DE REGLEMENT REGISSANT LE COMMERCE DU LAIT  
DANS LA CITE DE MONTREAL**

Sect. I. : INSPECTEURS DE LAIT. — Le Bureau d'Hygiène nommera des inspecteurs de lait et leur confèrera les pouvoirs de visiter toutes les étables, vacheries, laiteries ... s dépôts des fournisseurs de lait ou de crème dans la

Cité, les gares de chemin de fer et même les wagons qui transportent le lait, et d'y ouvrir les bidons pour des fins d'inspection, d'arrêter et d'inspecter les voitures dont on se sert pour charroyer et délivrer le lait ou la crème. Les dits inspecteurs lorsqu'ils le jugeront à propos pourront prendre des échantillons de lait ou de crème pour des fins d'épreuve ou d'analyse.

Sect. 2 : LAITIERS VACCINÉS. — Tout Laitier ou fournisseur de lait ou de decin licencié, attestant, que lui et les membres de sa famille, ses employés et decin licencié, attestant, que lui et les membres de sa famille, ses employés et serviteurs ont été vaccinés avec succès.

#### Vacheries, Laiteries.

Sect. 3 : VENTILATEUR. — Dans toute étable ou vacherie, chaque animal devra avoir un volume d'air d'au moins 800 pieds cubes, chaque étable ou vacherie sera pourvue d'un ventilateur de pas moins de 16 pouces carrés (4 x 4) d'ouverture par tête pour la sortie de l'air vicié et une ouverture proportionnelle pour permettre l'entrée de l'air neuf.

Sect. 4 : EGOUTS. — Les fenêtres des vacheries et des étables devront avoir une surface vitrée égale à un dixième au moins de la surface du sol. Ce sol devra être étanche, imperméable et à plan incliné vers une rigole, cette rigole devra avoir une pente suffisante pour permettre l'écoulement des liquides, la partie la plus profonde de cette rigole sera reliée à la canalisation d'un égout, s'il en existe un à proximité, et tout embranchement d'égout pénétrant dans une étable devra être muni d'un siphon. S'il n'y a pas d'égout, l'extrémité la plus déclive de la rigole sera prolongée jusqu'au dehors de l'étable et les liquides seront reçus dans un fossé qui les transportera à distance.

Sect. 5. — Les murs et les plafonds des étables devront être blanchis à la chaux au moins 2 fois par année, ils devront être nettoyés au moins une fois par semaine pour enlever les poussières et les toiles d'araignées. Tous les fumiers seront sortis de l'étable au moins 3 fois par jour.

Sect. 6 : AÉRATION. — Les vaches seront sorties de l'étable au moins une fois par jour, et pendant ce temps, l'étable sera aérée en tenant les portes et fenêtres largement ouvertes.

Sect. 7 : PROPRIÉTÉ DU PIS ET TRAYONS. — Les personnes qui font la traite des vaches doivent toujours se laver les mains à l'eau savonneuse avant cette opération ; le pis et les trayons des vaches seront convenablement lavés et asséchés avant de procéder à la traite ; pour ce lavage il faudra se servir d'eau tiède et renouveler pour chaque vache.

Sect. 8 : NOURRITURE ET BREUVAGE DES VACHES LAITIÈRES. — Il est interdit de donner comme nourriture aux vaches laitières, des rebuts solides ou liquide provenant des distilleries, brasseries ou vinaigreries, ni aucune substance en état de fermentation ou de putréfaction. Cependant les drèches bien desséchées pourront être données aux vaches laitières. Il est expressément défendu d'abreuver les vaches avec des eaux stagnantes malpropres ou bourbeuses.

**Lait.**

**Sect. 9 : PERMIS.** — Quiconque désire vendre de la crème et du lait dans les limites de la Cité doit obtenir du Bureau d'Hygiène un permis à cet effet. Ce permis ne sera accordé que lorsque le requérant aura fourni au dit bureau la preuve par écrit sur une formule qu'il est en état de vendre et de livrer aux consommateurs du bon lait ou de la bonne crème. Le Bureau d'hygiène devant s'assurer de l'exactitude de cette déclaration.

**Sect. 10 : LAIT VENANT DE LA CAMPAGNE.** — Quiconque désire vendre du lait et de la crème provenant de la campagne, devra en obtenir le permis tel que prévu dans la clause précédente, et fournir la preuve par écrit sur une formule spéciale que son ou ses producteurs de lait sont en état de lui procurer et de lui livrer du bon lait. Cette déclaration sera accompagnée du nom de l'adresse des dits producteurs et sera approuvée par le Bureau d'Hygiène local où résident son ou ses fournisseurs ou par un inspecteur provincial.

**Sect. 11 : RESPONSABILITÉ. — BIDONS SCÉLLÉS.** — Le laitier ou le vendeur de lait est responsable pour le lait qu'il offre en vente, que ce lait provienne de son propre troupeau ou qu'il ait été acheté de la campagne ; dans ce dernier cas il est de son devoir de s'assurer si son fournisseur de lait se conforme aux prescriptions du Bureau d'Hygiène. Dans le but de se protéger et d'éviter toutes chances d'adultération pendant le transport de ce lait, il devra exiger que les bidons de lait qui lui sont expédiés de la campagne soient scellés, que le lait qu'il renferme soit à une température de pas plus de 50.0 fht. et que chaque bidon porte le nom de l'expéditeur et celui du laitier à qui il est expédié.

**Sect. 12 : EPREUVE DE LA TUBERCULINE.** — Tout laitier ou fournisseur de lait ou de crème, devra produire au Bureau d'Hygiène un certificat d'un vétérinaire dûment qualifié, attestant que les vaches qui produisent le lait qu'il offre en vente dans la Cité, ont été soumises à l'épreuve de la tuberculine, que celles qui ont réagi à cette épreuve ont été exclues du troupeau, et, que leur lait, ou crème n'est pas vendu, livré ou distribué dans la Cité.

**Sect. 13 : LAIT PROVENANT D'ANIMAUX MALADES.** — Aucun laitier ou fournisseur de lait ne devra offrir en vente ou envoyer à la Ville du lait provenant d'une vache malade. Il est aussi défendu d'offrir en vente du lait obtenu dans les trente jours qui précéderont et les dix jours qui suivront la parturition.

**Sect. 14 : REFRIGÉRATION.** — Immédiatement après la traite, le lait doit être refroidi et maintenu à une température plus basse que 50.0 fahrenheit.

**Sect. 15.** — Il est défendu de remplir les bidons, ou les bouteilles de lait ou de crème dans tout autre endroit que dans la laiterie.

**Sect. 16.** — Il est défendu de laisser les bidons remplis de lait ou de crème séjourner sur les quais des gares de chemin de fer ou sur les quais d'autres compagnies de transport.

**Sect. 17 : POURCENTAGE DE MATIÈRE GRASSE, ETC.** — Il est défendu d'offrir en vente du lait dont on aura soustrait en tout ou en partie l'un de ses prin-

cipes constituants, de même que tout lait frelaté falsifié, ou contenant des substances dites préservatives ou autres substances étrangères. Le lait offert en vente devra contenir 3.50% de matières grasses et 9% de matières solides en tout 12.50% de matières solides totales et 85.50% d'eau ; la densité devra varier entre 1029 et 1033 à la température de 60.0. fahrenheit.

Sect. 18 : LAIT MALPROPRE. — Il est défendu d'offrir en vente du lait dont l'odeur ou la saveur révèle une souillure quelconque que ce soit due à la malpropreté du laitier ou à la nourriture particulière des animaux.

Sect. 19. — Il est également défendu d'offrir en vente du lait qu'on a raison de soupçonner être un véhicule d'infection ou de contagion.

Sect. 20. — Le lait devra être livré au consommateur aussitôt après son arrivée dans les limites de la Cité.

Sect. 21 : ACIDITÉ. — Il est défendu d'offrir en vente pour l'alimentation, du lait qui aura plus de 20 degrés d'acidité ou qui serait à une température au-dessus de 50.0 fhrt.

Sect. 22. — Il est défendu d'offrir en vente pour l'alimentation du lait contenant plus de 300.000 bactéries par centimètre cube ou tout lait contenant des streptocoques ou des cellules de pus.

Sect. 23. — Tout épicier ou propriétaire d'un dépôt de lait ou de crème, devra voir à ce que ce lait ou cette crème, soit gardés dans une glacière qui sera exclusivement réservée au lait, à la crème et au beurre.

Sect. 24. — Lorsqu'un cas de maladie contagieuse se déclare dans la famille d'un laitier, ou parmi ses serviteurs, ce dernier est tenu d'en avertir immédiatement le Bureau d'Hygiène et de cesser de vendre du lait jusqu'à ce que le dit Bureau l'ait autorisé par écrit à reprendre son commerce.

#### Laiteries.

Sect. 25. — Le lait, la crème destinés à être vendus dans la Cité, devront être déposés et gardés avec soin dans un local ou compartiment séparé et spécial qui ne devra servir qu'à cette fin. Lorsque le lait ou la crème est conservé dans une bâtisse spéciale dite laiterie, cette laiterie doit être située à 20 pieds au moins de toute étable ou porcherie et de 40 pds de tout amas de fumier ou de déchets.

Sect. 26. — Les portes, les fenêtres ou autres ouvertures des laiteries et de tout établissement où l'on conserve ou manipule le lait, seront du 1er mai au 1er novembre protégées par des moustiquaires.

#### Les Ustensiles.

Sect. 27. — Les ustensiles servant à la traite ne seront apportés dans l'étable qu'au moment de la traite et en seront sortis immédiatement après. Lorsque les bidons, receptacles ou autres ustensiles sont de ferblanc les joints devront être parfaitement remplis, bien soudés et repolis afin d'en rendre le lavage facile. Dans le cas où les bidons, receptacles ou autres ustensiles servant au

transport du lait ne seront pas jugés propres à cette fin, les inspecteurs devront les confisquer.

Sect. 28. — Tous les bidons, receptacles ou autres ustensiles à l'usage de la laiterie ne devront être employés qu'à cette usage. Ils devront être lavés avec de l'eau bouillante contenant un alcali et devront être bien aérés après chaque service, de plus ils seront soumis à l'action de la vapeur ou de l'eau bouillante avant de servir de nouveau. Les bidons vides avant d'être renvoyés à la campagne, devront être bien nettoyés ; il sera du devoir de l'inspecteur de confisquer les bidons retournés à la campagne sans être convenablement lavés.

Sect. 29. — Il est interdit de faire servir à une nouvelle distribution de lait ou de crème, les flacons ou autres vaisseaux remis par les familles, avant qu'ils aient été au préalable lavés à l'eau bouillante.

Sect. 30. — Il est défendu de se servir pour la livraison du lait, de mesures ou de vaisseaux qui auront servis à la livraison de la crème. Ces vaisseaux ou mesures devront être tenus dans les boîtes bien fermées et à l'abri de la poussière.

Sect. 31. — Toute voiture servant à la livraison du lait ou de la crème dans la Cité devra porter dans un endroit visible, le nom et l'adresse de son propriétaire, en lettre de 3 pouces de longueur et d'une largeur proportionnelle. Ces voitures devront être couvertes et fermées sur les côtés. L'intérieur sera subdivisé en compartiments fermés pour recevoir les bidons. Ces voitures seront construites selon un plan approuvé par le Bureau d'Hygiène. Le laitier devra tenir sa voiture toujours très propres.

Sect. 32. — Le commerce du lait écrémé sera toléré dans les limites de la Cité à condition que les mots : "Lait écrémé" soient affichés sur chaque bidon qui contiendra de ce lait, et que la livraison du dit lait ne soit jamais faite en même temps que celle du lait non écrémé.

Sect. 33. — On pourra vendre dans les limites de la ville deux sortes de crème, mais les bidons contenant cette crème devront indiquer quelle crème l'on offre en vente :

1. — Crème dite TRES RICHE, devra contenir 29% à 33% de matière grasse.
2. — Crème dite COMMERCIALE pourra contenir de 18% à 21% de matière grasse.

Tels sont, messieurs, les moyens que la Commission du Bon Lait croit être les plus efficaces pour améliorer la qualité du lait dans la ville de Montréal.

Il est encore un point important qu'il ne faut pas laisser de côté, c'est de combattre l'ignorance et les préjugés du public en général.

Quelque parfaite que soit une loi, quelque application que l'on apporte à son observance, il y a toujours et partout des malins qui réussissent à la contourner d'une manière ou d'une autre.

L'homme, qui fait les lois d'après l'expérience acquise, et de son

propre arbitre, cherche souvent à s'y soustraire quand il le peut sans danger.

C'est un fait psychologique assez curieux mais qui ne peut être nié. Nous sommes très enclins à cette manie de tromper l'autorité souvent sans y trouver d'avantages, tout en nous exposant à des ennuis considérables.

Vous tous qui avez plus ou moins voyagé, n'avez pas oublié les inquiétudes causées par la visite des douaniers, quelles ruses n'avons-nous pas inventées pour passer aux frontières sans acquitter les droits, une provision d'alcool, ou quelques douzaines de mauvais cigares.

Quelles émotions procurent au pêcheur à la ligne, quelques petits poissons pris en temps prohibé; ce sont les meilleurs que nous n'avons jamais mangés.

Je ne parle pas des chasseurs, car chez eux c'est passé à l'état de seconde nature.

Quel agrément nous procure une promenade en tramway quand on réussit à ne pas payer sa place, ou à faire accepter une correspondance ne valant plus.

Que d'autres péchés n'avons-nous pas commis sciemment envers la loi et l'autorité? Ce sont là, cependant, des peccadilles qui, somme toute, ne causent à personne des préjudices importants. Mais si nous tous, qui sommes la classe éclairée, nous nous laissons si facilement entraîner sans y trouver de bénéfice, comment, lorsque surtout il y trouvera un bénéfice réel, le commerçant peu délicat pourra-t-il résister à l'entraînement?

Dans la question qui nous intéresse de petites causes peuvent produire de grands effets.

Si le laitier, qui pollue son lait en le coupant avec de l'eau malpropre, ou le transportant dans des bidons défectueux et infects, était renseigné sur la responsabilité qu'il assume et sur les torts qu'il cause fatalement à ses clients, nul doute qu'il serait plus circonspect.

Si le client savait combien le lait est un aliment délicat à manipuler et facile à transformer en véritable poison, il ne le laisserait pas croupir sur le portique ou dans l'escalier, exposé aux poussières de la rue, dans des récipients malpropres.

C'est pourquoi la Commission du Bon Lait croit qu'il est né-

cessaire d'instruire le peuple par des communications fréquentes, pratiques et répétées, que le corps médical devrait contrôler et diriger.

Enfin, comme tout ce travail a surtout pour but la protection de la première enfance et la lutte contre la mortalité infantile la Commission croit qu'il faut préconiser l'entreprise d'un hôpital d'enfants où les petits malheureux recevraient avec une alimentation parfaite, une direction sage et des soins éclairés.

#### CONCLUSIONS.

Après les rapports des différents sous-comités, la Commission du Bon Lait en est venue aux conclusions suivantes :

Le seul moyen pratique d'améliorer la qualité du lait dans la ville de Montréal, est d'en contrôler la production et la vente par les règlements présentés ce soir à la Société Médicale.

La Commission du Bon Lait suggère que la Société Médicale de Montréal, après en avoir pris connaissance, adopte les règlements qui viennent d'être lus, et nomme un Comité composé de quelques-uns de ses membres, dont feraient partie MM. le Président, et le Secrétaire du Bureau d'hygiène Provincial, et M. le Président de la Commission d'Hygiène de la ville de Montréal.

Ce comité aurait pour mission d'entrer en relations avec le Premier Ministre de la province de Québec et ses collègues, avec le maire et les échevins de la ville de Montréal, de leur démontrer l'utilité et l'urgence qu'il y a d'adopter ces règlements. Le même comité devrait également répandre et vulgariser cette idée dans le public en s'appuyant sur l'autorité et s'assurant le concours actif de tout le corps médical.

La Commission du Bon Lait a reçu une somme de \$10.00 de la Société Médicale; sur ce montant \$5..00 ont été dépensés, il reste en caisse une somme de \$6.00 que nous tenons à la disposition du Secrétaire de la Société Médicale.

---

# REVUE GENERALE

---

## INFECTION PUERPERALE (Suite).

Par le M. le DR E. A. RENÉ DE COTRET  
Professeur adjoint d'obstétrique, accoucheur de la Maternité.

---

### AUTO-INFECTION.

Mon précédent article traitait des infections associées, de la vitalité et de la virulence des germes, de l'influence des doctrines étiologiques sur l'infection puerpérale et d'une partie de la pathogénie de cette infection. Vous vous rappelez la division que j'ai faite de la pathogénie, qui reconnaît une origine, soit hétérogène, soit autogène. La moitié de mon travail a été employée à démontrer que l'infection d'origine hétérogène est la plus fréquente et la plus importante des deux, et que même certains accoucheurs nient ou plutôt niaient l'infection ayant une origine autogène, autrement dit l'*auto-infection*. Aujourd'hui, je vais essayer de prouver la possibilité de cette *auto-infection*.

Si tous les auteurs sont aujourd'hui à peu près unanimes sur ce point de la possibilité de l'*auto-infection*, tous ne donnent pas la même signification à ce mot. Pour les uns, l'*auto-infection* est celle qui prend naissance au niveau du canal génital, grâce à des germes y existant au préalable, ou y étant venus d'un point quelconque de l'organisme, en dehors de toute cause de contagie extérieur. Cela veut dire que l'*auto-infection* peut naître de deux sources variées, *extragénitales* ou *génitales*. Dans la *première variété ou extragénitale*, les microbes siégeant dans des organes voisins de l'utérus (dans l'urétrite, la cystite, la pyélonéphrite, la coprostase), peuvent envahir secondairement les parois de la matrice, en gagnant le tractus génital, soit à la faveur de déchirures recto-vaginales, soit par la voie vaginale ou périnéo-vulvaire, ou en déterminant d'abord une infection généralisée, et venant secondairement, par l'intermédiaire du torrent circulatoire, se fixer au niveau de l'endomètre. Ils peuvent encore gagner l'utérus en suivant les adhérences intestino-génitales. La pneumonie, la scarlatine, l'érysipèle, le choléra, la grippe, en un mot toutes les mala-



dies infectieuses, peuvent, en contagionnant la femme enceinte ou la nouvelle accouchée, produire des complications génitales. Certains foyers de suppuration (galactophorite, mammitte, panaris, pustules d'acné, ecthyma), sont parfois le point de départ d'une infection utérine.

Dans la *seconde variété ou génitale*, les lésions annexielles (oophoro-salpingites, abcès pelviens) joueraient un certain jeu, quoique rarement. C'est dans cette seconde variété qu'entre la question importante de savoir si une femme absolument saine, n'ayant pas été examinée, peut être atteinte d'infection puerpérale. Voilà l'unique question qui constituerait pour beaucoup d'auteurs la véritable auto-infection. D'après ces derniers auteurs toutes les voies d'infection énumérées plus haut sont rares, et passent pour anormales, et ce serait plutôt dans ces cas de la réinfection que de la véritable auto-infection.

Enfin, d'après un certain nombre d'accoucheurs, la véritable auto-infection est celle qui peut ou est supposée prendre naissance dans les voies génitales elles-mêmes.

La question de l'auto-infection peut donc se poser de deux manières, que voici : 1° une femme saine, n'ayant pas été examinée, peut-elle être atteinte d'infection puerpérale ? 2° dans les voies génitales proprement dites (vulve, vagin et utérus) existe-t-il des microbes pathogènes ou capables de le devenir et de donner ainsi spontanément naissance à une infection puerpérale ?

On peut bien répondre qu'en 1899, Ahlfeld a pu réunir dans la littérature allemande 23 cas de mort par infection puerpérale chez des femmes n'ayant jamais subi ni toucher, ni injection ; et depuis, on en a rapporté plusieurs autres observations ; mais ce n'est pas répondre complètement à la première question, car on ne prouve pas que ces femmes étaient saines avant d'accoucher. On peut encore répondre que la morbidité est sensiblement la même dans les maternités, où tout examen interne a été supprimé et, dans celles où l'on pratique le toucher. La conclusion n'est pas plus nette dans ce cas. Pour avoir une réponse claire, non ambiguë, il faut savoir quand la femme est saine, ou encore mieux, il faut connaître la flore microbienne des organes génitaux, et c'est ce que je vais essayer d'étudier en faisant l'histoire de cette question. Je l'étudierai au point de vue bactériologique et clinique.

Cette question de l'auto-infection a eu ses champions pour ou contre, et les noms de ses vaillants défenseurs ou de ses adversaires acharnés ne sont pas des moins en vue. Cependant, les résultats obtenus par ces investigateurs bactériologiques les plus compétents sont déconcertants et diamétralement opposés. Qu'avons-nous à faire, nous petit accoucheur d'une bien petite Maternité, dans cette galère battue de tous côtés ? Rien, absolument rien, si ce n'est ce que fait le juge impartial devant les jurés : résumer le pour et le contre de la cause ; rapporter les arguments de chaque partie adverse ; ne pas se prononcer de peur d'ébranler la conviction de quelques-uns. Je n'ai jamais cru que dans cette question je pouvais avoir droit de vote. Je pouvais tout simplement suivre les discussions, laissant à d'autres plus compétents, la direction à donner. Un certain nombre d'accoucheurs, plus savants et plus expérimentés que moi, ont fait comme moi ; ils attendent le résultat de recherches nouvelles et plus probantes, soit d'un côté ou de l'autre ; et, dans leur attente, ils continuent, non par conviction, mais presque par routine, ce qu'ils ont pratiqué depuis quelque temps. C'est ainsi qu'à propos d'auto-infection et d'injections prophylactiques, ils en sont encore dans l'indécision. Cependant, le nombre de ceux-là, déjà très petit, va en diminuant de jour en jour ; tandis que le nombre de ceux qui ont abandonné complètement, ou peu s'en faut les injections prophylactiques, va sans cesse grandissant. Si le nombre de ces derniers est bien plus considérable, leur qualité comme accoucheurs n'est pas moindre non plus ; vous le verrez quand je citerai plus tard les noms.

L'auto-infection étant l'infection spontanée d'un sujet par ses propres germes, nous allons tout d'abord chercher si normalement les voies génitales (urèthre, vulve, vagin, utérus), contiennent des germes pathogènes.

*Urèthre.* — D'après Savor, l'urèthre de la femme enceinte serait plus souvent stérile que celui de la femme non gravide (33.3 % contre 26 %). Schenk et Austerlitz, qui étaient arrivés à des conclusions notablement différentes, renouvelèrent leurs examens et en vinrent enfin aux résultats suivants 52% d'urèthres stériles chez les gestantes, et 47% chez les non gravides. Piltz en donne les chiffres suivants, chez les premières 20 %, et chez les secondes 87%. Aucun de ces expérimentateurs n'a pu isoler le streptoco-

que chez les gravides, tandis qu'ils l'ont trouvé 2 ou 4 fois chez les autres. Jamais ils n'ont découvert de germes pathogènes. Bien entendu que dans ces différentes séries on a toujours éliminé les femmes gonorrhéiques.

La *glande de Bartholin*, stérile à l'état normal, contient en cas de bartholinite, de multiples espèces aérobies et anaérobies.

*Vulve.* — La flore microbienne de la *vulve* est toujours abondante et variée (streptocoques, pyogènes, colibacilles, staphylocoques, etc.). D'après la plupart des auteurs, on trouverait à peu près les mêmes espèces microbiennes avant ou pendant la grossesse.

Bensis, chez 15 femmes enceintes, a constaté chez toutes des espèces pyogènes. Mlle Dubendorfer, a isolé chez la femme enceinte des streptocoques dans 72 % et des colibacilles dans 48 % des cas. Chez la femme non gravide, elle trouve les chiffres 40 et 47 %. M. Piltz ne trouve pas beaucoup de différence entre les deux états de la femme: chez la femme enceinte, la vulve n'est jamais stérile, et chez la femme en dehors de la gravidité elle le serait dans 2% des cas. Piltz dit que les microbes pathogènes sont plus nombreux chez la femme non enceinte. D'après lui, les streptocoques font complètement défaut chez les femmes gravides. Bergholm ne rencontre pas beaucoup plus souvent le streptocoque (2 %) dans le même état de non gravidité, pendant que Natvig en trouve 30%.

On rencontrerait donc des germes pathogènes à la vulve seulement chez certaines femmes enceintes. C'est le gonocoque qui est particulièrement commun.

A l'état pathogénique la flore vulvaire devient d'une richesse extrême, tant en aérobies qu'en anaérobies stricts et facultatifs.

*Vagin.* — Les premières recherches touchant la *flore microbienne du vagin* furent faites par Kehrer, qui, ayant inoculé des sécrétions vaginales à des animaux, a vu se produire des petits abcès avec formation de gaz.

Gonner, en 1887, découvrit, dans les sécrétions vaginales, plusieurs variétés de micro-organismes, principalement des bacilles dont la culture était extrêmement difficile dans les milieux de culture ordinaires. Les cocci, dont plusieurs purent être cultivés facilement, étaient non pathogènes. Il en conclut que les sécré-

tions vaginales ou cervicales des femmes saines et non touchées ne contenaient pas de germes pathogènes, et qu'en conséquence il y avait impossibilité d'auto-infection et par suite *inutilité des injections vaginales prophylactiques*. Bumm était du même avis que Gonner.

Cette opinion fut bientôt combattue par Winter, Steffek et Burguburu. Winter (1888) opéra sur 20 femmes dont dix enceintes. Il découvrit dans leurs sécrétions génitales (col et vagin), jusqu'à 27 espèces microbiennes différentes, parmi lesquelles le streptocoque et les différentes variétés de staphylocoques (40 à 50 %). Cependant, Winter jugea ces germes pathogènes de virulence atténuée.

Steffek (1890), étudiant spécialement les sécrétions des femmes enceintes, trouve dans près de la moitié des cas des staphylocoques ou des streptocoques et, contrairement à Gonner, il conseille les *injections prophylactiques*, auxquelles il faut joindre l'action mécanique d'un ou deux doigts.

Doderlein (1892) reprend l'étude de ces sécrétions sur 195 femmes grosses. Dans l'examen des différents échantillons, on prend note de l'apparence bactériologique et de la réaction des sécrétions; et, d'après le résultat obtenu on classe les sécrétions en *normales* et en *pathologiques*. Dans ces deux conditions, la flore microbienne était complètement différente. Les *sécrétions normales* (55 p. 100 des cas), se présentent sous la forme de liquide blanchâtre, aqueux, de consistance de lait caillé, formant un enduit sur la muqueuse du vagin. Ces sécrétions sont *nettement acides* et contiennent un *bacille*, à l'exclusion de toute autre espèce microbienne (excepté l'oidium albicans). Ce bacille, que Doderlein appelle *bacille vaginal*, est la cause de l'acidité de la cavité vaginale. Dans les *sécrétions pathologiques* (45 p. 100 des cas), qui ont une couleur jaunâtre ou verdâtre, une consistance de crème, une réaction alcaline ou faiblement acide, qui sont beaucoup plus abondantes et mélangées de mucons et contiennent souvent des bulles de gaz, on trouve le bacille vaginal en moindre abondance (ou même pas du tout) et d'autres micro-organismes, parmi lesquels un bacille gros et court, des cocci, et dans 8 cas sur 195, le streptocoque pyogène.

Bien qu'un certain nombre d'observateurs aient trouvé avant Doderlein des bacilles dans les sécrétions vaginales, personne

n'avait encore si bien étudié que lui leurs caractères, leurs fonctions et leur culture ; voilà pourquoi on les appelle *bacilles de Doderlein*.

Le bacille de Doderlein ou bacille vaginal, est anaérobie. Il n'a pas de mouvement. Il produit par son genre de vie un milieu acide par la formation d'acide lactique. Il est assez souvent associé à l'*oidium albicans*. Le bacille vaginal est l'antagoniste du staphylocoque, qu'il a le pouvoir de détruire, comme Doderlein l'a prouvé par plusieurs expériences, entre autres celle d'infecter le vagin d'une vierge avec des cultures abondantes de staphylocoques qui étaient complètement disparues après 48 heures. Doderlein trouve la cause de cette puissance bactéricide dans l'acidité de la sécrétion normale.

Au point de vue pratique Doderlein tirait de ses recherches les conclusions suivantes :

*Chez les femmes enceintes à sécrétion normale, vous pouvez sans crainte pratiquer le toucher. Si, par hasard, vous apportez quelque germe pathogène, il ne tardera pas à disparaître. Le bacille vaginal y mettra bon ordre.* Doderlein, concluant aussi de ses travaux que le vagin ne contenant que rarement des germes pathogènes (8 fois sur 195 examens), prétendait qu'il *valait mieux, pour éviter la contamination de ce conduit, supprimer les injections vaginales pendant et après l'accouchement.*

Dans les cas où il faut désinfecter le canal parturient, ce qui est très difficile mais non impossible, selon Doderlein, il est nécessaire

1° de rincer, à l'aide de deux doigts, la portion inférieure du col et le vagin ;

2° de faire ensuite toutes les deux heures une injection avec, par exemple, un litre de solution de sublimé à 1 p. 1000.

Doderlein, avec ses idées, fut le chef d'une école ou d'un courant d'opinions qui furent combattues quelques années plus tard par Kronig, champion d'une nouvelle école.

A la suite des recherches de Doderlein, apparurent plusieurs études minutieuses, dont les principales conclusions peuvent ainsi se résumer :

Dans des séries d'examens faits par Burgubru, Williams, Stroganoff et Burkhardt, et dont le total s'élève à 542 femmes exa-

minées, on a trouvé des streptocoques 27 fois. Ce qui prouve que, dans une faible proportion des cas, des germes pathogènes dangereux existent dans les sécrétions vaginales de la femme enceinte. En acceptant comme justes les résultats de Doderlein et de Winter, il faudrait croire que dans les rares cas où l'on a trouvé des streptocoques, un bon nombre de ceux-ci n'étaient pas virulents.

De 1894 à 1897, Kronig reprenait à la clinique de Leipzig, le travail que Doderlein y avait fait. Il accusa d'abord ses devanciers d'erreurs techniques, dues surtout à l'introduction des germes dans le vagin par l'emploi de valves ou de spéculums. Kronig répartit les sécrétions des femmes grosses en deux catégories :

(a) Celles 56,8 % où dominent les bâtonnets de moyenne grosseur (sécrétion normale de Doderlein).

(b) Celles 43,2% où dominent les bâtonnets fins ou les cocci (sécrétion pathologique de Doderlein).

D'après Kronig, ce caractère soi-disant normal ou pathologique du mucus vaginal ne signifie rien à l'égard des prédispositions morbides d'une femme, parce que, comme le remarque Burkhardt lui-même, si l'on rencontre 50 % des frébitantes dans la série des sécrétions pathologiques, on en rencontre aussi 23,3 % dans l'autre série à sécrétions normales.

Kronig n'a jamais trouvé la réaction neutre ou alcaline des sécrétions pathologiques. Toutes les sécrétions vaginales ont une réaction acide, plus faible dans un cas que dans l'autre. Que les sécrétions renferment ou non le bacille de Doderlein ou vaginal, elles se montrent également vierges de bactéries pathogènes. Kronig examine avec le plus grand soin, en cultures aérobies ou anaréobies, la flore vaginale de 167 femmes et il arrive à la conclusion qu'en dehors du gonocoque, de quelques levures et d'espèces anaréobies non virulentes, le vagin de toute femme enceinte, non touchée, était aseptique ou du moins ne contenait aucun germe pathogène.

Mais d'où vient cette stérilité d'une cavité qui cependant est forcément souillée (coït, lavages, touchers, etc.). Il faudrait admettre que les microbes sont détruits sur place; il fallait bien admettre avec Doderlein la *propriété bactéricide de la sécrétion vaginale des femmes grosses*. C'est ce que Kronig voulut prouver par des expériences. Il injecta dans le vagin de femmes enceintes

ayant une sécrétion normale ou pathologique, des cultures du bacille pyocyanique (26 fois), de staphylocoque doré (18 fois), et de streptocoque pyogène (3 fois). Il constate que ces microbes disparaissaient dans un temps variant de onze à vingt heures. Le streptocoque disparaissait notablement plus vite que les autres.

Kronig attribue la propriété bactéricide du vagin, principalement au courant vers le dehors de la sécrétion vaginale, et nullement à aucun microbe spécial du vagin. Selon cet observateur, que les sécrétions soient acides, neutres ou alcalines, elles ont toutes des propriétés bactéricides. Même plus, Kronig a constaté que, si une heure après avoir infecté le vagin avec des bacilles pyocyaniques et des staphylocoques, il donnait une douche avec 2 litres de solution de sublimé à 1 0/00 ou de Lysol à 1%, non seulement les microbes infectants n'étaient pas disparus, mais que la force bactéricide de la sécrétion vaginale se trouvait amoindrie, et qu'il fallait à celle-ci 12 à 13 heures de plus pour faire disparaître les microbes.

Si les auteurs suivants ont rencontré des streptocoques dans la sécrétion des femmes enceintes, Burkhardt (4 %), Burguburu (8 %), Wahle (10 %), Witte (12 %), Kottmann (13 %), Walther (27 %), c'est, dit Kronig, qu'ils les avaient transportés de la vulve, de la portion cutanée du tractus vaginal. En 1893, Withridge Williams avait trouvé 20 % de streptocoque; en 1898, il reprend ses expériences d'après les méthodes de Kronig, et il ne trouve plus une seule fois le streptocoque, et 2 fois seulement le staphylocoque blanc.

C'était donc, d'après Kronig et Williams, la faillite de l'auto-infection d'origine vaginale par streptocoque, staphylocoque, *bac-térium coli*. Mais d'un autre côté, d'après les mêmes auteurs, c'était la possibilité de l'auto-infection d'origine vulvo-périnéale, parce que de la vulve ou du périnée les microbes peuvent pénétrer dans le canal vagino-utérin. En effet, Kronig s'est assuré que le flux lochial doit être considéré, contrairement à la sécrétion vaginale de la femme enceinte et de la parturiente avant la rupture des membranes, comme un terrain de culture favorable. La propriété bactéricide du flux lochial ne semble se récupérer qu'après quelques jours.

Les résultats de Kronig ont été confirmés par Menge en 1894,

dans une étude sur la propriété bactéricide des sécrétions vaginales chez la femme non gravide, à cette seule différence que Menge a trouvé quelquefois des streptocoques dans le vagin. De ces nombreux observations et expériences, Menge tire les conclusions suivantes sur les causes de ce pouvoir bactéricide et il les place dans l'ordre d'importance qu'il croit leur être due :

(a) L'antagonisme entre la flore microbienne normale du vagin et les micro-organismes pathogènes qui peuvent y être déposés ;

(b) Les produits du genre de vie du bacille vaginal ;

(c) L'acidité des sécrétions ;

(d) La puissance germicide des éléments anatomiques du vagin ;

(e) La leucocytose provoquée par l'action chemotaxique soit des sécrétions vaginales, soit des micro-organismes infectants qui envahissent le vagin ;

(f) La phagocytose qui suit la leucocytose ;

(g) L'absence d'oxygène libre dans le vagin.

Il faut bien penser qu'une question aussi importante que celle de l'auto-infection n'en pouvait rester ainsi à ce point de contradiction, et elle semble aujourd'hui résolue. En effet, la présence des germes pathogènes dans l'intérieur du vagin des femmes enceintes non touchées et saines semble avoir été prouvée aujourd'hui par la majorité des auteurs. Sur 100 femmes enceintes n'ayant subi ni exploration, ni manœuvres intra-vaginales, Walthard découvre des staphylocoques dans 40 à 50 % des cas, et des streptocoques dans 27%. Vahle admet la proportion de 33 % de staphylocoques et 10 % de streptocoques ; Koblanck, 10 % de streptocoques. Kottmann trouve des staphylocoques et des streptocoques. Gonner reprend cette étude et fait les mêmes constatations que les auteurs précédents. Wadsworth, Stahler et Winckler, Mlle Dubendorfer, Bumm, Sigwart et Stolz en arrivent aussi aux mêmes conclusions.

Les études de Walthard sont assez intéressantes. Walthard dit, au point de vue bactériologique, les organes génitaux de la femme en deux zones : une infectée et l'autre stérile. La zone supérieure, qui comprend la partie supérieure du col, le corps de l'utérus, la trompe, est stérile ; l'autre zone située au-dessous de celle-ci est richement peuplée de microbes.

Les causes de cette division du canal génital sont les suivantes :

1° *Le bouchon muqueux* qui ferme le col ; ce bouchon, tout en



n'étant pas germicide par lui-même, est pauvre en matière albuminoïde et ne fournit pas d'élément nutritif aux micro-organismes;

2° *Les leucocytes*, qu'on trouve en grand nombre là où la sécrétion cervicale se mêle à la sécrétion vaginale, au niveau de l'anneau externe du col.

La stérilisation dans l'utérus est donc due au bouchon muqueux et aux nombreux leucocytes qu'il contient. Si l'on examine en effet ce bouchon muqueux, on voit qu'on peut le diviser en trois zones : l'une, inférieure, qui est remplie de microbes et de leucocytes ; l'autre, moyenne, où l'on trouve des leucocytes sans microbes ; enfin, la troisième, supérieure, qui ne contient plus ni microbes, ni leucocytes.

Walshard a constaté que les microbes (streptocoques, staphylocoques, coli-bacilles, gonocoques) trouvés dans le vagin pendant la grossesse ou dans les suites de couches, sont complètement dépourvues de virulence et comparables aux saprophytes qui habitent les autres cavités naturelles (bouche, nez, intestins). Ils ne deviennent virulents que dans certains cas spéciaux *d'infériorité de terrain*.

De ses expériences Walshard conclut qu'il ne faut pas donner d'injections vaginales aux femmes en couches, sauf quand l'exploration de l'accoucheur doit dépasser le col ou quand l'organisme de la femme a été affaibli par une complication quelconque.

De son côté, Stroganoff émet les conclusions suivantes :

On trouve toujours dans le vagin de la femme enceinte une quantité de micro-organismes ; la forme principale, dans les cas normaux, c'est le bacille, mais il y a en plus ordinairement d'autres formes ; les micro-organismes qui liquéfient la gélatine se rencontrent assez rarement dans les cas normaux, et alors en petit nombre ; la condition pathologique de la muqueuse vaginale altère la flore normale ; la sécrétion vaginale de la femme enceinte est fortement acide ; sous le champ du microscope, on voit ordinairement, à côté des micro-organismes, des cellules épithéliales et des globules blancs du sang ; le col ne contient pas normalement de germes ; quand il y en a, le nombre en est petit ; la réaction de la sécrétion du col est alcaline ; jamais il ne fut trouvé dans le col de germes capables de liquéfier la gélatine ; le col externe est la limite

entre les deux portions du canal génital, celle qui contient des germes et celle qui est stérile.

Bensis, dans une étude sérieuse, fondée sur l'examen de 15 femmes, distingue, au point de vue de ses résultats, l'entrée et le ~~fond du vagin~~ : à l'entrée, la seule variété pyogène qu'il rencontra fut le *B. coli* commune; dans le fond, il ne trouva jamais d'aréobies pyogènes, mais parmi les anaérobies il en observa un qui était pathogène pour les animaux.

Bergholm se rallie généralement aux conclusions de Kronig. Enfin, Natvig ne trouva qu'une seule fois des streptocoques.

*Comment le praticien peut-il sortir de ce chaos? Quelle conclusion pratique peut-on tirer de cette masse confuse de faits contradictoires? Essayons de nous débrouiller un peu. Et d'abord, personne, je crois, ne voudra contredire les assertions de Gonner, de Doderlein, de Winternitz et d'autres, que les sécrétions normales d'un utérus sain, qu'il soit gravide ou non, sont exemptes de micro-organismes pathogènes; même, si le résultat des examens du contenu d'un col sain n'était pas si convaincant, on devrait encore garder la même croyance dans cette stérilité de l'utérus, parce que le col est fermé par un bouchon muqueux qui oppose une barrière à l'invasion de l'utérus par les germes de vagin. D'une part, Stroganoff prétend que ce bouchon muqueux possède des propriétés bactéricides; d'autre part, Walthard croit que les germes ne peuvent s'y multiplier. Ce dernier auteur soutient que les micro-organismes, trouvés dans la sécrétion du col par un certain nombre d'observateurs, y ont été apportés du vagin, par le spéculum.*

Quant à la question des sécrétions d'un *vagin sain*, les opinions sont grandement partagées, et la première impression qu'on ressent en l'étudiant est très décourageante. Dans les deux camps de ceux qui ont livré les batailles acharnées, on trouve des noms également autorisés. Même quand les sécrétions du vagin paraissent pathologiques, on se trouve encore dans le même embarras, puisque d'un côté les uns y ont rencontré des organismes pathogènes et d'un autre côté les autres n'y ont rien vu. Maintenant, qu'est-ce donc chez les femmes qui ne sont pas saines?

Pour me tirer d'embarras, je ne puis rien faire de mieux que de citer R. de Bovis (*Semaine Médicale*, 1906).

" Tout d'abord, dit-il, il n'y a pas lieu de s'arrêter auquantum

(des micro-organismes) trouvés par chaque auteur, en dépit de ses variations. Celles-ci peuvent tenir à des causes multiples: au milieu qui a fourni les sujets explorés, à l'opérateur, à ses méthodes.

“ En ce qui concerne le premier, par exemple, il est très possible que, d'une ville, d'une saison, d'une condition sociale à une autre, les résultats soient différents.

“ Mais les causes principales des variations précitées tiennent assurément à l'opérateur ou aux méthodes qu'il emploie. Chaque opérateur, évidemment, manie le fil de platine ou les pipettes, inocule ses milieux de culture avec un tour de main particulier; il est donc naturel d'admettre avec M. Schauenstein que c'est une des principales causes de divergence: tel recueillera beaucoup de mucus vaginal et tel autre fort peu; si donc, une espèce microbienne est rare, elle aura grande chance de faire défaut dans les cultures du dernier.

“ De plus, le segment supérieur du vagin est beaucoup plus pauvre en espèces pyogènes que le segment inférieur: on n'y trouve guère que des bactéries anaérobies. Le lieu de prélèvement des cultures peut donc grandement influencer sur les résultats des expérimentateurs. . . .

“ Les instruments et les milieux de culture employés ont une influence considérable.”

Maintenant, d'après ce qui précède peut-on plaider pour ou contre la possibilité de l'auto-infection puerpérale? On l'a vu, les uns prétendent, et ils suivent en cela l'école de Krongi que le vagin est aseptique; d'autres, que le vagin possède des propriétés bactéricides; et, d'autres enfin, que si l'on rencontre des micro-organismes, leur virulence est nulle ou presque. Pour la plupart donc l'auto-infection est impossible; c'est toujours de l'exo-infection.

Mais attendez, il y a peut-être moyen de trouver un point où l'accord se fera, et je cite Varnier: “ Mais alors si Kronig et Williams peuvent nier l'auto-infection d'origine vaginale par streptocoque, staphylocoque, bactérium coli, ils démontrent du même coup la possibilité de l'auto-infection d'origine vulvo-périnéale.

“ La question est simplement déplacée. Il s'agit de savoir si ces bactéries vulvo-périnéales peuvent, pendant l'accouchement ou les premiers jours des suites de couches, pénétrer dans le canal vaginal-utérin.

“ Une fois là il suffira qu’elles ascensionnent, soit par extension en surface de solutions en olutions de continuité, soit par pullulation dans les lochies, pour gagner l’air placentaire et donner naissance à une auto-infection.

“ Kronig croit ce processus possible.”

*A suivre.*

---

## CHRONIQUE

---

*A propos des derniers incidents à la Faculté de Médecine de Paris.* — La prise de possession d’une chaire à la Faculté de Paris s’opère rarement sans provoquer quelques manifestations, plus ou moins hostiles, de la part des souteneurs, des inévitables mécontents.

Nous nous rappelons encore l’installation mouvementée du professeur Poirier à la chaire d’anatomie !

Dernièrement, c’était le tour de MM. Nicolas et Prenant, professeurs démissionnaires à la Faculté de Nancy, et nouveaux titulaires à la Faculté de Paris.

Lorsque le doyen, M. Debove, a voulu procéder à leur installation, tout ce qu’il y a de projectiles susceptibles de causer moins de traumatismes sérieux, que de sales éclaboussures sur l’habit sifflets, chahuts indescriptibles, etc. Le scandale a été tel qu’un décret du ministre de l’instruction publique clot les portes de la Faculté jusqu’au 31 décembre.

Inutile de dire que Messieurs Nicolas et Prenant ont paru bien surpris du genre de réception qui leur a été fait. Poirier, lui, était d’autant plus à son aise que l’amphithéâtre était plus houleux.

\* \* \*

Ce qui nous frappe le plus dans cette échaffourée irréfléchie et illogique des étudiants de Paris, c’est la cause qui l’a provoquée. Personne ne met en cause la valeur des nouveaux titulaires ; chacun rend hommage à l’éminence de leurs travaux, à l’honorabilité de

leur vie. Tout ce qu'on leur reproche et qu'on ne leur pardonne pas, c'est *d'arriver de province*.

Peut-on concevoir une raison aussi futile, et d'un exclusivisme aussi absolu !

La Faculté de Paris, à notre avis, a pris une sage décision et a établi un précédent qui doit réjouir toute la profession médicale de France. Elle permet, en un mot, au plus modeste professeur de la plus modeste Ecole de trouver, dans l'espoir de passer dans une chaire plus importante, un stimulant à son activité et une juste récompense de ses travaux.

Les deux nouveaux professeurs possèdent des qualifications à leurs titres, que ne peuvent pas fournir les agrégés de Paris. En effet, en outre de leurs travaux, ils ont subi la significative épreuve de plusieurs années d'enseignement couronné de succès.

Ils se sont soumis, en outre, aux exigences de la Faculté, qui veut que le candidat ne fasse que son métier.

Il est évident qu'un homme qui se consacre uniquement à étudier et à enseigner l'anatomie la saura et l'enseignera mieux que celui qui va donner une heure de cours, entre deux courses que lui réclame une grande clientèle échafaudée sur l'éclat même de son titre de professeur.

Ce que la Faculté de Paris vient d'exiger de ses nouveaux professeurs devrait être rigoureusement suivi dans toutes les universités, même à notre Faculté de Laval, et cela pour le plus grand bien général. Mais, à la condition, bien entendu, que les professeurs soient suffisamment rémunérés pour ne pas avoir à redouter la visite de Messieurs les huissiers, ni le cauchemar de l'obsédante obligation du lendemain.

---

*Prix Nobel.* — Le prix de chimie, cette année, a été décerné à Sir William Crookes, de Londres. Celui-ci a découvert, récemment, un procédé qui permet l'extraction de la nitroglycérine de l'air atmosphérique, tout en le rendant utile et pratique à l'usage humain.

A ce propos il serait peut-être intéressant de rappeler en quoi consiste ce prix, dont il est si souvent question, et en quelles circonstances il fut fondé.

Alfred Nobel, chimiste suédois, à qui on doit l'usage courant de

la nitroglycérine, l'invention de la dynamite et une poudre sans fumée, laissa, en mourant, une fortune considérable. Il disposa par testament, en 1896, de presque toute cette fortune pour la fondation de cinq prix annuels de 300,000 francs : les trois premiers pour être attribués aux trois personnes de nationalité quelconque qui, dans le domaine de la physique ou de la chimie, ou dans celui de la physiologie ou de la médecine, auront fait la découverte ou l'amélioration la plus importante; le quatrième prix doit être attribué à la personne qui, dans le domaine des lettres, aura produit la plus belle œuvre au point de vue de l'Idéal; enfin, le cinquième à la personne qui aura le mieux agi pour la fraternité des peuples, la diminution des armées permanentes, et la propagation des congrès de la paix.

Ce dernier prix est décerné par la Diète norvégienne, les autres par les académies suédoises.

Le dernier prix a probablement été créé dans le but de détruire l'effet meurtrier que les découvertes de Nobel ont pu produire sur l'humanité, mais qui n'était pas l'objet de ses recherches purement scientifiques.

---

*Des écus pour l'avancement de la science.* — Rockefeller, pour n'être qu'un simple marchand d'huile enrichi, mérite doublement de l'humanité, et il est au moins l'émule du savant Nobel par les dons fabuleux qu'il fait pour l'avancement de la science médicale. Ainsi, après avoir versé \$1,200,000 pour la fondation d'un Institut de recherches médicales, il vient de faire un autre grand geste en déliaut largement les cordons de sa bourse, gonflée comme les deux hémisphères, pour en laisser couler la somme colossale de \$2,600,000. Ce dernier don est destiné à assurer la longévité de l'Institut qu'il avait fondé.

Quand donc aurons-nous un Crésus à nous, qui fera naître, d'abord, et stimulera, ensuite, l'esprit de recherche scientifique chez nos compatriotes canadiens.

Une autre fondation, non moins importante que la précédente, et qui devra rivaliser par sa similitude avec l'Institut Pasteur de Paris et l'Institut Lister de Londres, est en train de se réaliser en Allemagne.

Afin d'immortaliser le nom et l'œuvre de Koch, un comité s'est

formé dans le but de recueillir des souscriptions pour fonder un institut de recherches scientifiques.

Il est entendu que l'institut sera destiné à des recherches ayant pour objet d'enrayer le fléau de la tuberculose; il servira, en même temps à commémorer d'une façon permanente la précieuse découverte du bacille de la tuberculose, que Koch fit il y a vingt-cinq ans.

*Historique du café* (Dr E. Mesnard, *Progrès Méd.*). — “ Le café fut apporté de la Perse aux Arabes, en l'an 1412. Ce fut un berger qui observa le premier les propriétés du café. Ses chèvres en ayant mangé dans un petit champ de caféiers, furent agitées au point de ne pouvoir dormir. Le berger renouvela l'expérience sur lui-même (mais, de quelle manière, la légende ne le dit pas), puis il en parla à des moines qui étudièrent la plante.

D'Arabie, le café passa en Egypte, puis en Turquie.

Le premier Français qui l'importa en France fut un voyageur du nom de Thévenot.

Au commencement du XVIIIe siècle, il n'y avait pas dans Paris vingt maisons où l'on distribuât de l'infusion de café. Vers 1825, il y en avait plus de dix mille.

Je renonce à chercher et à savoir combien il en existe en 1907!

En 1714, Louis-le-Grand reçut d'un bourgmestre d'Amsterdam, le premier plant de caféier, qui depuis, a fourni aux immenses plantations des colonies françaises d'Amérique

Déclieux, enseigne de vaisseau, qui fut chargé du transport de ce précieux arbuste, se priva, dit-on, pendant la traversée, d'une grande partie de sa ration d'eau pour arroser la plante confiée à ses soins.”

Z. RHÉAUME.

#### PEPTO-MANGAN (“GUDE”)

On a longtemps cherché une préparation ferrugineuse qui soit utile au point de vue médical et agréable au goût. Le *Pepto-Mangan* (“Gude”) réunit ces avantages précieux.

Qu'il s'agisse d'une chlorose avec troubles dyspeptiques, d'une anémie consécutive à une perte de sang, d'un neurasthénique avec hypotension, le *Pepto-Mangan* (“Gude”) est également toléré par les uns et par les autres. Il stimule les fonctions digestives en améliorant rapidement les qualités du sang; il favorise la nutrition chez tous et ne cause aucun des troubles inhérents quelquefois à la médication ferrugineuse elle-même.

# SOCIÉTÉS

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

*Séance du 19 novembre 1907*

Présidence de M. le DR MARIEN

### 1° *Tumeur ovarienne.*

M. PARIZEAU (T.), rapporte l'histoire d'un cas de tumeur ovarienne opérée dans son service quelques semaines auparavant. Il s'agissait d'un fibro-myôme comme l'a révélé l'examen histologique. Ce qu'il y a eu de remarquable, ce fut la rapidité du développement de l'abdomen, dû à la présence d'un liquide ascitique considérable dans la cavité abdominale. La tumeur était implantée par un pédicule court et large, sur le ligament large droit, — pas de traces de l'ovaire, — les restes de la trompe s'étendaient sur la masse. (Voir plus haut.)

### 2° *Un cas de rupture de l'utérus.*

M. DE COTRET rapporte un cas de rupture de l'utérus survenue chez une femme en travail, morte dans son service.

La malade est amenée à la Maternité dans un état de faiblesse telle, qu'elle succombe avant toute tentative d'intervention, vingt minutes après son entrée.

Le rapporteur donne une étude très élaborée de ces accidents graves, qui, bien que rares, sont néanmoins encore trop nombreux.

3° M. LOIR présente trois petites masses noirâtres et luisantes trouvées dans les selles d'un malade, et qui lui ont été remises pour être analysées.

Après examen, M. Loir a reconnu avoir affaire à des comprimés de sulfate de quinine insolubles, et nous fait connaître la manière de différencier les comprimés solubles, des comprimés insolubles.

ALBERT LARAMÉE.

---

### *Séance du 3 décembre 1907*

Présidence de M. MARIEN

L'élection du bureau pour l'année 1908 a donné le résultat suivant :

MM. Albert LeSage, *Président*; T. Parizeau, *Vice-président*; B. G. Bourgeois, *Secrétaire*; J. E. Dion, *Assistant-Secrétaire*; J. C. Bourgoin, *Trésorier*.

*Comité de régie* : MM. Hervieux, Demers, Dubé, Valin, Mercier (O. F.) Boulet, Marien.

ALBERT LARAMÉE.

---



*Séance du 17 décembre 1907*

Présidence de M. MARIEN

M. MASSON (RAOUL). *Rapport de la Commission du Lait Pur.*

Le rapporteur résume le travail fait par la Commission dans le cours de l'année. Il fait la lecture d'un projet de règlement municipal et d'un projet de règlement provincial, pour l'amélioration d'approvisionnement de lait.

Après les rapports des différents sous-comités, la Commission du Bon Lait en est venue aux conclusions suivantes:

1° Le seul moyen pratique d'améliorer la qualité du lait dans la ville de Montréal, est d'en contrôler la production et la vente par les règlements présentés à la Société Médicale de Montréal.

2° La Commission du Bon Lait suggère que la Société Médicale de Montréal, après en avoir pris connaissance, adopte les règlements qui viennent d'être lus, et nomme un comité dont feraient partie MM. le Président et le Secrétaire du Bureau d'Hygiène provincial, et M. le Président de la Commission d'Hygiène de la ville de Montréal. Ce comité aurait pour mission d'entrer en relations avec le premier ministre de la province de Québec et ses collègues, avec le maire et les échevins de la ville de Montréal, de leur démontrer l'utilité et l'urgence qu'il y a d'adopter ces règlements.

Le même comité devrait également répandre et vulgariser cette idée dans le public en général, en s'appuyant sur l'autorité et en s'assurant le concours actif de tout le corps médical.

#### DISCUSSION.

M. DE GRANDPRÉ, félicite M. Masson de son intéressant travail, et propose que le rapport soit adopté.

M. LESAGE, dit quelques mots au sujet des drèches dans l'alimentation des vaches. Il demande si la Commission a eu la main forcée au sujet des drèches qui constituent une nourriture dangereuse, à moins qu'elles soient parfaitement asséchées. Il croit aussi que l'idée de la création d'un hôpital pour enfants devrait être lancée dans le public.

M. LOIR, signale l'avantage au point de vue hygiénique des sols en ciment, pour les laiteries, les vacheries.

M. MARCIL, insiste sur l'importance qu'il y a de dépister de bonne heure la tuberculose chez les vaches laitières, au moyen des injections de tuberculine.

M. PARISEAU (LÉO), fait remarquer les conditions défectueuses de l'analyse chimique du lait. Dans bien des cas, le scelage des bouteilles se fait mal. Les laitiers se plaignent que le résultat de l'examen de leur échantillon de contrôle ne leur est pas remis.

M. MASSON, réplique, à propos des drèches qu'en effet, ils ont dû arriver à une entente sur ce point afin de se ménager de fortes influences. En exigeant qu'elles soient bien associées ils ont cru qu'on pouvait les permettre sans danger.

M. ETHIER, dépose le rapport financier de l'année, qui accuse un surplus très satisfaisant dans les recettes.

M. LARAMÉE fait le compte rendu des travaux de l'année. La Société Médicale de Montréal, dans le cours de l'année 1907 a tenu quinze séances. Vingt-trois communications ont été présentées. Quatre commissions ont été formées. Trois rapports ont été présentés.

La Société Médicale de Montréal, comme par le passé, a été en relation de correspondance avec les autres sociétés médicales de la province. Ces échanges d'opinions entre les différentes sociétés médicales ne peuvent avoir que d'excellents résultats, non seulement au point de vue purement scientifique, mais surtout au point de vue des intérêts généraux de la profession.

Le Secrétaire finit son rapport en exprimant à ses collègues du Bureau et du Comité de Régie, l'expression du bon souvenir qu'il conservera de ses cordiales relations avec eux.

Il mentionne tout spécialement ceux sous la présidence desquels il s'est trouvé dans l'exercice de sa fonction.

Que MM. Ethier, trésorier, et Bourgeois, assistant-secrétaire, veuillent bien accepter une très large part de ses remerciements, pour l'aide précieux qu'ils lui ont procuré.

A son successeur, il souhaite de rencontrer chez nos collègues de la Société médicale le même zèle à fournir des travaux, la bienveillance et la courtoisie qui ont caractérisé jusqu'ici les rapports entre les différents secrétaires et les membres de la Société Médicale de Montréal.

M. MARIEN prononce une allocution au cours de laquelle il signale le travail opéré dans la Société Médicale de Montréal, surtout depuis sa réorganisation d'après des statuts et règlements nouveaux. Il engage les membres à se rendre en nombre aux séances et à présenter des communications. Il insiste spécialement sur l'importance qu'il y a de produire autant que possible des pièces anatomiques avec résultat des examens histologiques.

Il adresse ses félicitations à ses collègues du Bureau et du Comité de régie, à ceux qui l'ont précédé dans le fauteuil présidentiel; et présente ses meilleurs souhaits de bienvenue à son successeur.

M. DE GRANDPRÉ présente au bureau sortant, les remerciements des membres de la Société Médicale, pour le travail fait durant l'année. Il constate aussi avec plaisir et satisfaction les progrès considérables réalisés dans la Société médicale depuis sa fondation.

AEBERT LARAMÉE.

---

#### ALLOCUTION DE AMEDEE MARIEN,

Président sortant.

Messieurs et chers Collègues,

Je dois offrir et céder, ce soir, le fauteuil de la présidence à mon distingué successeur Monsieur Albert LeSage. Je craindrais de blesser sa modestie en faisant son éloge. Vous avez su apprécier son grand mérite, son talent et son honorabilité professionnelle en lui confiant la présidence de notre Société. Je suis aussi heureux de souhaiter la bienvenue aux autres membres de notre nouveau Bureau.

Avant de faire la clôture de cette dernière séance, permettez-moi de vous exprimer ma reconnaissance sincère et ma vive gratitude pour la bienveillante confiance que vous m'avez accordée dans la direction de notre compagnie. Grâce à votre généreux appui, grâce à l'œuvre parfaite de mes prédécesseurs, qui ont rédigé les Statuts et Règlements de notre Société, mes fonctions ont été rendues faciles et des plus agréables.

D'ailleurs, Messieurs, la plus grande courtoisie, la plus cordiale sympathie n'ont-elles pas toujours été l'âme dirigeante de nos discussions et de nos réunions scientifiques.

Certes, je ne m'illusionne pas sur nos mérites, mais j'ai le sentiment que, pendant l'année 1907, la Société Médicale de Montréal a beaucoup travaillé. Les savantes communications et les intéressants rapports, qui nous ont été faits à chaque séance, nous ont toujours beaucoup instruits, tout en stimulant notre ardeur scientifique.

L'intéressant compte rendu annuel des travaux de la Société, que nous a lu notre Secrétaire, nous montre bien quelle somme considérable de travail vous êtes arrivés à fournir.

Mais, Messieurs, si c'est une satisfaction légitime de constater le travail scientifique accompli, n'est-ce pas aussi un encouragement moral pour chacun de nous, qui a à cœur le succès de notre Société, et qui a grand souci du prestige de notre belle profession.

Je crois être l'interprète de tous mes collègues, en remerciant notre sympathique secrétaire M. Laramée, de la façon très brillante dont il a rédigé nos comptes-rendus.

Vous avez admiré, comme moi, la concision, la clarté, la délicatesse, avec lesquelles chacune de nos séances était résumée, et chacune de nos discussions bien mise au point.

Comme vous l'avez entendu, il y a quelques instants, notre dévoué M. Ethier, nous a exposé le bilan de notre Société, et vous m'approuverez, j'en suis sûr, si j'affirme que notre situation financière n'est pas moins bonne que notre situation morale.

Je vous prie de croire, Messieurs, que c'est avec un sentiment bien sincère d'admiration que je vous ai félicités et remerciés de vos excellents travaux de l'année 1907, mais je craindrais de manquer à mon devoir de président et à ma sincérité, si je ne vous faisais pas la critique des lacunes et des fautes qui empêchent notre Société de faire tout le bien qu'elle a pour but d'accomplir.

C'est un peu dans cet esprit critique, que doit résider, je crois, Messieurs, la véritable force de notre Société.

Je commencerai par me permettre de reprocher à un certain nombre de membres, d'être un peu avarés de leurs travaux et de leurs communications scientifiques. Les présentations de malades et de pièces anatomiques, autrefois si nombreuses, semblent à peu près proscrites à l'ordre du jour.

D'autres membres, enfin, soulèvent avec feu et enthousiasme, une question, mais ils la laissent retomber aussitôt et se perdre dans l'oubli et l'indifférence.

C'est ainsi que je me vois dans la regrettable obligation d'exter-

miner cinq commissions sur sept, qui avaient été nommées, au commencement de cette année, pour étudier des questions importantes. J'aime mieux dissoudre ces commissions, que de laisser des débris inutiles à mon successeur.

Comme vous avez eu l'avantage de le constater par la lecture du rapport très élaboré de notre collègue, M. Masson, la Commission du Bon Lait s'est acquittée consciencieusement de la tâche que vous lui aviez confiée.

Qu'il me soit permis de remercier en votre nom, le dévoué rapporteur, qui en a tout le mérite.

Si vous lisez l'article 2 de nos Statuts, vous verrez que la Société Médicale de Montréal a pour but l'étude de la Médecine, de la Chirurgie et des questions dites d'intérêt professionnel.

Eh bien, mes chers collègues, sommes-nous assez indifférents, assez apathiques, lorsqu'il s'agit de travailler à l'amélioration matérielle des intérêts de notre profession. L'on se retranche toujours, avec un beau geste, derrière ce fameux lieu-commun, "La médecine est un sacerdoce."

C'est une grande erreur, et je dirai plus, c'est presque la confession d'une malhonnêteté.

En effet, l'exercice de la médecine et de la chirurgie modernes et scientifique ne peut plus être fait, comme au moyen-âge, par des mendiants ni par des barbiers.

L'accouchement le plus banal, le plus ordinaire, a besoin, pour offrir à la pauvre patiente toutes les garanties de la science obstétricale, d'être pratiqué avec les mêmes précautions et avec le même luxe aseptique que la laparatomie la plus ordinaire.

D'ailleurs, dans le grand mouvement du *socialisme moderne*, chez toutes les classes de la société, les professions et les associations ne s'organisent-elles pas pour s'entr'aider, se soutenir et améliorer le sort de leurs membres ?

Le mouvement est commencé en Europe, par nos confrères, qui organisent des associations et des congrès d'intérêts professionnels. Ils comprennent que pour relever le niveau moral de notre belle profession il faut s'occuper de ses intérêts matériels.

Si les idées que j'é mets ce soir pouvaient, un jour, arriver à une réalisation, je m'estimerais heureux d'avoir répondu à votre haute bienveillance en contribuant, dans la mesure de mes forces, à assurer la prospérité et l'œuvre de notre Société.

---

## ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE.

*Séance du 9 décembre 1907*

Présidence de M. le Dr BERNARD

Le comité re "Exercice illégal de la médecine," fait rapport :

Que toute les actions judiciaires prises antérieurement contre des rebouteurs et des charlatans sont réglées; — puis il soumet trois plaintes contre le récidiviste Mireault. L'Association recommande unanimement de prendre sans délai trois actions contre ce rebouteur dont la justice de notre pays rendra le nom légendaire sans doute.

*Re Tarif des compagnies d'assurances.* — M. le Dr Marion annonce qu'il a le plaisir d'informer l'Association que la "Royal Victoria" lui a payé pour un certain nombre d'examens médicaux sur des risques de \$1,000.00, \$5.00 chacun.

M. le Président appuie sur le fait que actuellement l'Equitable, la Mutual de New-York, la Sauvegarde, la Travelers, et enfin la Royal Victoria accordent \$5.00 aux médecins pour leurs examens, quelque soit le montant de la police émise. Puis il fait un chaleureux appel aux médecins du district, au nom de la dignité de la profession, de la solidarité de ses membres, pour bien faire comprendre au public médical toute l'indélicatesse, toute l'injustice qu'il y a pour un membre de la profession vis-à-vis de ses confrères, et vis-à-vis des compagnies d'assurances qui nous traitent avec justice, à faire des examens au rabais, dans un but de concurrence déloyale. — Il est certain que \$5.00 n'est pas de trop pour un bon examen consciencieusement fait, de même qu'il est certain que ce tarif ne restreindra pas le nombre d'applications, c'est-à-dire d'examens médicaux.

Et en conclusion, M. le Président demande que tous les médecins accordent leurs sympathies aux compagnies qui nous traitent avec équité.

Considérant, que dans l'intérêt du "Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord," il serait préférable de faire coïncider la prochaine réunion de ses membres avec les fêtes du troisième centenaire de la fondation de Québec;

Proposé par le Dr S. Roch, secondé par le Dr Th. Gervais:

Que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette approuve entièrement la suggestion faite par les officiers du Con-

grès, de renvoyer la prochaine réunion en juin 1909. — Adopté unanimement.

Proposé par M. le Dr A. Rivard, secondé par M. le Dr Paquet:

Que MM. les Drs J. Marion, de Joliette, Th. Gervais, de Berthierville et J. A. Barolet de Joliette, soient choisis comme assesseurs aux examens universitaires. — Adopté.

M. le Dr J. Marion, de Joliette, donne une conférence sur l'Ophthalmo-réaction à la tuberculine.

Il fait l'histoire de cette jeune découverte, rappelle le travail de M. le Dr A. Calmette de Lille, présenté à l'Académie des Sciences le 17 juin 1907, puis expose sa méthode. Il décrit l'effet de la tuberculine sur la conjonctive palpébrale et oculaire, et en donne la signification. Il décrit la technique qu'il a suivie dans l'application de ce nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose, puis il passe à la description de ses cas personnels, déjà assez nombreux, et enfin, il insiste sur les nombreux avantages que les médecins peuvent retirer de cette merveilleuse méthode de diagnostic.

M. le Dr S. Roch. —Après avoir félicité M. le Dr Marion, cite une observation personnelle de l'emploi de l'oculo-réaction. Il dit avoir vu à l'Hôtel-Dieu, plusieurs malades, chez lesquels l'on avait pratiqué l'oculo-réaction, et les résultats en furent positifs. A l'Hôtel-Dieu, l'on a d'abord employé le "Tuberculin Test," pour l'ophtalmo-réaction, de l'Institut Pasteur de Lille, tel que préparé par Calmette. Il semble que la tuberculose de l'Institut Pasteur de Paris est supérieure à celle de Lille, et pour le prouver, M. le Dr Roch cite quelques statistiques de Mantoux de Paris.

M. le Dr Pirquett dit que pour les jeunes enfants et les nourrissons, la cuti-réaction est préférable à l'oculo-réaction, parce que cette dernière manque souvent chez eux. Jules Lemaire dit que quand l'oculo-réaction est négative, une injection sous-cutanée de la même tuberculine, de deux décimilligrammes provoque une oculo-réaction positive.

En résumé: 1° L'oculo-réaction est très utile pour certaines étiologies douteuses dans le cas de maladie mentale; 2° Pour faire la classification des malades et isoler les tuberculeux des non-tuberculeux; 3° Pour les examens médicaux des assurances; 4° Pour les examens d'écoliers soumis à l'inspection médicale.

Comme on le voit, l'oculo-réaction est appelée à de très sérieux

sérieux et immenses services dans le diagnostic du terrible fléau qu'est l'infection Kochique et nous mettre en position de lutter avec profit.

M. le Dr Laurendeau dit: — Qu'il y a sur le marché plusieurs espèces de tuberculine, mais que toutes ne sont pas utilisables pour l'oculo-réaction. Dès qu'il eut pris connaissance des procédés de Von Pirkett (Cutiréaction) et de Calmette (ophtalmo-réaction), tel qu'exposés par M. le Dr Marion, il eut l'idée de s'adresser à l'établissement américain Parke Davis, pour obtenir ce produit ou quelque chose de similaire. Il reçut des comprimés de tuberculine titrés depuis 1-5 de milligramme jusqu'à 5 milligrammes chacun. Malheureusement la tuberculine sous cette forme n'a aucune valeur; de plus, il est impossible de faire une bonne solution au centième avec ces tablettes parce que la quantité de sucre de lait qui sert de support à la tuberculine est trop considérable; une certaine quantité de lactose demeure en suspension. Le Dr Laurendeau a aussi fait des expériences avec une autre tuberculine (Parke Davis), préparée en vue de l'usage vétérinaire; et il a obtenu de bons résultats avec cette préparation; mais il existe une objection: c'est qu'elle est douloureuse au moment de l'application dans l'œil, ce qui est attribuable à la glycérine qui sert de véhicule à la toxine.

Vous trouverez sur le marché deux variétés de tuberculine française, — du moins quant à la morphologie: la "Tuberculin-Test" de l'Institut Pasteur de Lille, sous forme de poudre sèche et la "tuberculine," solution mère au centième de l'Institut Pasteur de Paris; Cette dernière est livrée au commerce dans des ampoules de verre contenant un centimètre cube (15 gts environ), et se vend un prix très modéré: 30 cts chacune, livrées à Montréal. Les deux ont à peu près la même valeur, mais la solution en ampoule est beaucoup plus facile à manier: il suffit de briser l'extrémité de l'ampoule, d'y introduire une aiguille hypodermique un peu longue, d'aspirer deux ou trois gouttes de liquide, puis de les déposer dans l'œil du patient à examiner. Si l'on doit procéder à un seul examen, il est important de bien stériliser la balance qui reste dans l'ampoule. A cet effet, comme la tuberculine n'est pas très fragile, l'on conseille dans les instructions qui accompagnent chaque paquet, de fermer l'ampoule à la lampe à alcool, puis de la maintenir dans l'eau bouillante une dizaine de minutes; — mais



il est plus pratique d'entourer solidement l'extrémité du col de l'ampoule d'un peu d'ouate aseptique, puis de procéder à sa stérilisation en la plaçant dans un vase étroit, afin que l'ouate dépasse la surface de l'eau bouillante: l'auteur recommande ce procédé dont il n'a eu qu'à se louer.

Il ne faut pas trop se hâter, lorsqu'il s'agit de consigner l'effet de la tuberculine; ainsi le Dr Laurendeau a vu survenir le symptôme caractéristique, c'est-à-dire la congestion conjonctivale, dans un cas, seulement 48 heures après l'instillation de la tuberculine, — et cela après avoir déclaré à la famille d'une jeune fille soupçonnée atteinte de bacillose qu'elle était indemne de toute tare sous ce rapport, ce qui fut particulièrement désagréable à l'auteur.

Maintenant, comment agit la tuberculine? en quoi consiste l'ophtalmo-réaction? — En une réaction de défense. Chez les tuberculeux, chez ceux du moins qui ont encore des moyens de défense à leur disposition, sous l'effet lent de petites quantités de toxine fabriquées par les bacilles logés dans l'économie, toxines dispersés dans tous les organes par le sérum sanguin surtout, il se produit de l'anti-toxine, et cette anti-toxine, circulant dans tout l'organisme, est le premier acte de la réaction de défense. Lorsque nous jetons dans l'œil une solution de tuberculine au centième, c'est comme s'il existait là tout une grosse colonie de bacilles, du moins quant à la production de tuberculine. Dès ce moment, l'économie fait un effort et pousse sur le terrain menacé tous ses moyens de défense, elle commence d'abord par affaiblir l'ennemi avant d'engager la bataille que nous appelons phagocytose en l'espèce. Ces escarmouches préliminaires sont conduites par des substances que l'on appelle: alexine, sensibilisatrices, anticorps, opsonines, etc. Il est certain que dans ces substances, il existe un principe vasodilatateur, facteur de la congestion révélatrice de l'infection. — C'est donc, en résumé, par une feinte, que l'on provoque cette réaction préparatoire à la défense de la république cellulaire qui compose tout individu, puis, les lymphocytes, les phagocytes se rendant compte de la fausse alerte, se retirent et retournent à la caserne: tout rentre dans l'ordre en un jour ou deux généralement.

Et maintenant, jusqu'à quel point le médecin peut-il compter sur ce procédé de diagnostic? Malgré sa nouveauté, l'on peut dire

que l'oculo-réaction donnera des indications précises et exactes, chez les adultes au moins, dans 90 à 95 pour cent des cas. Lorsque cette réaction sera positive, alors le médecin pourra affirmer avec certitude que le sujet soumis à cette expérience est porteur de bacilles tuberculeux dans quelque endroit de son économie. Mais dans la négative, il ne faudrait pas interpréter ce manque de réaction à l'absence certaine de tuberculose. D'abord il est connu que chez les cachectisés, les phthisiques à la dernière période, il n'y a plus de réaction, sans doute, parce que l'économie a épuisé ses moyens de défense, ou peut-être parce que les toxines du bacille sont tellement abondantes qu'ils suffisent à neutraliser complètement les alexines, les anticorps. Mais il est d'autres cas de non-réaction inexplicables, chez lesquels l'examen clinique ou microscopique dénote de la bacillose. Mais, l'on pourra essayer de la cuti-réaction de Von Pirkett, puis comme dernière ressource, une injection hypodermique de tuberculine. Et il n'y a pas de doute que l'emploi de ces trois procédés successifs sera suffisant à dépister le microbe de Koch.

A trois heures p. m. le public est admis dans la salle de délibérations du Conseil de l'Hôtel de Ville, et M. le Dr Barolet fait une conférence sur "Le matérialisme condamné par la science."

Le Dr Laurendeau lui donne la réplique.

Et la séance est ajournée au mois de mars prochain.

ALBERT LAURENDEAU.

---

## ANALYSES

---

**De l'emploi de la strychnine dans la tuberculose.** — M. le Dr Georges Petit :

L'auteur préconise l'emploi de la strychnine "cet incitant vital," dans tous les cas de tuberculose déclarée ou probable. La strychnine a été préconisée par Huchar dans l'asthénie — post-grippe. Or, il existe un rapport intime entre cet état et la tuberculose; l'asthénie n'étant souvent que le premier symptôme de l'éclosion bacillaire. L'action de la strychnine est très favorable dans le traitement de la tachycardie sans lésion, et surtout d'origine tuberculeuse; son action se porte sur la maladie générale, dont elle entrave l'évolution par sa puissance énergétique et dynamogène.

**La tuberculose conjugale.** — MM. les Drs Samuel Bernheim et L. Dieupart.

D'après ces auteurs, la tuberculose est contagieuse et l'hérédité ne confère qu'une réceptivité particulière. Dans la vie conjugale, outre toutes les

causes banales de contamination, poussières, inhalation, aliments bacillaires, il y a des causes intimes qui touchent d'abord les organes de reproduction, pour se propager ensuite aux poumons. La tuberculose génitale primitive est fréquente chez l'homme comme chez la femme. Toutes les statistiques des cliniciens, sauf celle de M. Thömm de Dusseldorf, évaluent approximativement la contagion conjugale pulmonaire de 40 à 50 % des tuberculeux examinés. Les tuberculeux à forme torpide peuvent faire succomber successivement plusieurs conjoints.

D'après MM. Bernheim et Dieupart, il y a lieu de prendre toutes mesures nécessaires : suppression de la poussière, ne cracher ni à terre, ni dans le mouchoir, désinfection du linge et des couverts servant au malade, lit séparé enen cas de tuberculose ouverte, soustraire les enfants s'il y en a au milieu familial.

Interdiction absolue du mariage aux tuberculeux avancés, retardement jusqu'à guérison complète pour les tuberculeux de début.

---

## CHIRURGIE

**Influence des injections chlorurées sodiques sur l'action du chloroforme, pendant et après la narcose.** (M. Burchardt, Arch. f. Flin, 1907.) (*Tribune Méd.*)

Une série d'expériences et d'observations cliniques ont démontré à l'auteur qu'une injection de sérum physiologique avant la narcose diminue la toxicité du chloroforme, qui est moins aisément absorbé par le sang, d'où conservation de la pression sanguine aux environs de la normale. En outre, les phénomènes classiques qui suivent la narcose sont diminués dans une large mesure. La pression sanguine restant élevée, le narcotique est rapidement éliminé par le poumon.

A la clinique de Wurzburg, tous les grands opérés reçoivent, depuis quelques mois, une injection de 1500 à 2000 cc. de sérum physiologique, quinze à trente minutes avant l'intervention. On choisit la voie intra-veineuse, avec anesthésie locale. On n'observa jamais, au cours de l'opération consécutive, d'hémorragie trop abondante ou quelque autre trouble.

Ces injections sont surtout indiquées dans les cas où le cœur est faible, les reins anormaux, quand la teneur en hémoglobine du sang est abaissée, et quand il s'agit de pratiquer de grandes opérations dans le domaine urinaire.

---

**De la picrotoxine comme préventif des vomissements post-chloroformiques.** (*Lancet*, Septembre 14, 1907.)

M. P. Paterson recommande l'emploi de la picrotoxine comme préventif des vomissements qui succèdent souvent à la chloroformisation ou à l'anesthésie par l'éther.

L'auteur constate la difficulté qu'il y a de déterminer la valeur exacte de tout remède dans ces circonstances, vu que beaucoup de patients ne vomissent jamais. Mais il affirme qu'une comparaison, entre une série de cas où la picrotoxine a été donnée et une autre série où elle n'a pas été donnée, montre

une différence marquée. Cette différence est spécialement constatée chez les patients qui, ayant été chloroformisés plusieurs fois, n'ont échappé aux vomissements que quand le médicament leur fut administré.

La picrotoxine doit être donnée aussitôt que l'anesthésie est suspendue.

L'auteur emploie une solution à l'eau stérilisée de 0.2 pour cent.

Pour un adulte il donne en injection hypodermique 20 minimes de cette solution; pour un enfant de quatre ans, une dose de 5 minimes est suffisante.

L'auteur est tellement convaincu de l'efficacité de la picrotoxine, dans les conditions plus haut mentionnées, qu'il l'emploie systématiquement dans tous ses cas de chloroformisation.

### Traitement des abcès de la prostate non-tuberculeux. (Albarran, Association franç. d'urologie, 10 octobre 1907).

Albarran distingue quatre variétés principales d'abcès de la prostate au point de vue du traitement.

1° *Abcès aigus collectés*, avec rétention ou dysurie et phénomènes fébriles. Dans ce cas la voie rectale lui paratt devoir être repoussée; si certains malades guérissent assez rapidement il en est d'autres qui présentent des fistules uréthro-rectales, enfin chez un grand nombre la guérison est incomplète, et il a dû lui-même intervenir secondairement par le périnée. Dans ces cas aigus l'incision périnéale donne d'excellents résultats même dans les cas où l'urètre est rompu, la guérison sans fistules se fait habituellement en quelques semaines.

#### 2° *Abcès avec phénomènes moins pressants.*

Dans ce cas il faut encore ouvrir par le périnée sans attendre des accidents graves. On peut toujours craindre des accidents graves, notamment de la phlébite. Le mieux qui pourrait arriver c'est l'ouverture spontanée dans l'urètre; or, si lorsque l'abcès siège autour de l'urètre, ou lorsqu'il est collecté et se vide largement, on peut observer la guérison rapide, on voit trop souvent, dans d'autres cas, la persistance de la prostatite et sa désespérante ténacité.

Parfois encore on observe à la suite de l'ouverture mitrale des accidents graves de périprostatite et d'infection générale.

Parfois encore on observe à la suite de l'ouverture urétrale des accidents autant que possible.

3° *Les prostatites chroniques suppurées à foyers multiples vidés plus ou moins complètement dans l'urètre*, sont justiciables du massage et des lavages. A cette forme se rattachent ces cas d'anciens abcès ouverts dans l'urètre et incomplètement guéris.

Dans ces variétés de prostate chronique qui ne guérissent pas par les moyens ordinaires, il a employé avec succès le curetage de la prostate par la voie périnéale sans ouvrir l'urètre et en respectant les canaux éjaculateurs. Il a opéré ainsi cinq malades dont 4 ont complètement guéri, le 5e présente encore quelques phénomènes de prostatite.

#### 4° *Les abcès dans l'hypertrophie de la prostate.*

Il a opéré 14 de ces cas par la prostatectomie périnéale: 12 ont été guéris rapidement, un autre a eu une fistule périnéale pendant 6 mois, le dernier con-

serve sa fistule après 2 ans. Lorsque la prostate hypertrophiée suppure, si les conditions du malade le permettent on pourra faire avec succès la prostatectomie périnéale qui lui paraît préférable, dans ces cas, à la prostatectomie hypogastrique. Si l'abcès est collecté on pourra parer au plus pressé par l'incision périnéale simple.

---

**Quelques perfectionnements en chirurgie pleuro-pulmonaire.** Tuffier, Congrès français, F., 12 octobre 1907. (Chevrier, *Gaz. Méd.*).

Tuffier voudrait que dans tout empyème, on fit l'*endoscopie pleurale* en regardant la plèvre éclairée par une petite lampe, on la voit tantôt lisse, sans fausses membranes, qu'il y a avantage à enlever de suite, tantôt graveleuse, chagrinée, plus irrégulière sur son feuillet viscéral que sur sa lame pariétale; on voit aussi parfois l'obstacle à l'expansion pulmonaire; on ne constate presque jamais les carapaces diffuses étreignant le poumon, mais plutôt des plaques indurées ou des brides, sur lesquelles on pourra un jour intervenir localement.

Dans la thérapeutique des empyèmes chroniques, il essaye de déterminer l'expansion du poumon, non par décortication, mais par aspiration: elle n'est possible que dans les cas récents. Il applique sur l'orifice fistuleux une grosse ventouse et y fait le vide lentement (3 ou 4 minutes pour éviter une congestion pulmonaire trop brusque), jusqu'à une pression négative de 5 à 6 centimètres cubes de mercure: il maintient le vide pendant trois quarts d'heure chaque matin: par cette gymnastique pulmonaire, il a pu obtenir des guérisons assez rapides, et éviter la sclérose pulmonaire secondaire, si fréquente et contre laquelle on ne peut rien.

---

**Traitement des péritonites aiguës par l'aspiration péritonéale immédiate.** (Villard, Congrès français de Chirurgie F., 12 octobre 1907.)

L'auteur croit à l'utilité de l'évacuation complète, qui évite des résorptions septiques et favorise les accollements intestinaux, un des meilleurs processus de défense.

Pour arriver au but, les lavages sont mauvais, le tamponnement à sec difficile, peut-être dangereux, les incisions multiples insuffisantes; il préconise l'aspiration par un petit dispositif spécial qui obvie à la fermeture de l'orifice du tube par un contact intestinal, au moyen d'un grillage protecteur. Dans six cas de péritonite appendiculaire, la sédation des symptômes fut immédiate.

Z. RHÉAUME.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Lésions traumatiques des Articulations**, par L. Cahier, médecin principal de l'armée, professeur agrégé au Val-de-Grâce. 1 vol. in-8 de 332 pages, avec 136 figures. Broché, 6 fr.; cartonné, 7 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

L'étude des *traumatismes articulaires* a fait de grands progrès ces dernières années en ce qui concerne le diagnostic et le traitement. Dans les cas qui, autrefois, auraient été pour le chirurgien une source de doutes et d'incertitudes, la puissance de pénétration des rayons ce est venue apporter une clarté inconnue jusqu'alors, en disséquant le squelette sur le vivant et en projetant sur un écran ou sur une plaque, l'image anatomo-pathologique des lésions osseuses articulaires que, autrefois l'acte opératoire ou la nécropsie pouvaient seuls dévoiler.

Cette matérialisation du diagnostic, qui, pour les luxations, permet la réduction sous le contrôle de l'œil, ne pouvait qu'activer, en les guidant, les tendances interventionnistes de la chirurgie moderne dans les traumatismes articulaires. Ainsi a progressé le traitement dont les indications se sont précisées, grâce aux enseignements fournis par des opérations quotidiennes aujourd'hui. En ce qui touche les coups de feu des articulations, les guerres récentes ont aussi, de leur côté, apporté un contingent important de leçons et d'observations et montré ce qu'il fallait et ne pas faire.

Avec la loi sur les *accidents du travail*, l'étude des traumatismes articulaires et des troubles fonctionnels qui en dérivent a pris une importance plus grande que jamais. Il est indispensable pour la responsabilité du praticien et aussi pour l'équitable appréciation des intérêts antagonistes en présence, de savoir, avec précision, quelle peut être l'action réelle du traumatisme accusé par le blessé, quelles conséquences en découlent, dans quelle mesure les lésions sont imputables à l'accident. Il faut décider si les désordres fonctionnels présents ou éloignés sont sincèrement traduits ou volontairement exagérés.

Dans son volume du *Nouveau Traité de Chirurgie*, M. Cahier a particulièrement développé l'étude des symptômes cliniques, les indications et la technique opératoire, de façon à permettre au praticien de faire, en face d'un cas donné, un choix raisonné entre les différents modes de traitement et d'en appliquer la technique sans difficulté.

Un premier chapitre est consacré à l'étude de l'*entorse en général*, un second à l'exposé des entorses de chaque articulation en *particulier*.

Les *plaies* des articulations, y compris les *coups de feu*, font l'objet du troisième chapitre : les moyens thérapeutiques applicables aux blessures par *armes de guerre* sont étudiés à part.

La 4e partie comprend les *luxations en particulier* et est subdivisée en douze chapitres : mâchoire, clavicule, épaule, coude, poignet, main, métacarpe, phalanges, phalangettes, hanche, genou et pied.

Ce volume de M. Cahier continue dignement la série des volumes du *Nouveau Traité de Chirurgie*, publié en fascicules sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet, dont 5 volumes ont déjà paru en moins de six mois.

---

**Les Ferments Métalliques et leur emploi en thérapeutique**, par M. le Professeur ALBERT ROBIN, membre de l'Académie de Médecine. Paris J. RUEFF, Editeur, 6 et 8 rue du Louvre. Un volume in-18 avec nombreux graphiques. Prix : 4 fr.

Le professeur Albert Robin résume dans ce petit volume les recherches qu'il a entreprises depuis 1901 sur l'action thérapeutique des métaux infiniment divisés. "Quand les premiers résultats en furent publiés, dit l'auteur dans sa préface, ils ne rencontrèrent que l'incrédulité. On ne pouvait concevoir que quelques centièmes de milligramme d'or, de platine, de palladium ou d'argent fussent capables de produire les puissants résultats annoncés et que rien, dans la pharmacodynamie connue de ces métaux, ne laissait pressentir. Mais depuis lors, les faits ont parlé par eux-mêmes et entraîné déjà bien des convictions ; aussi l'heure ne tardera pas où ces agents thérapeutiques, si curieux et si actifs, entreront définitivement dans la pratique courante. Si le nom de ferments métalliques leur a été donné, c'est parce qu'il existe une similitude aussi complète que possible entre leur action et celle des diastases organiques qui prennent une part si importante dans l'accomplissement de tant de phénomènes de la vie organique normale et pathologique.

Au cours de ses recherches, l'auteur a eu l'occasion de constater qu'il y avait de grandes analogies entre les effets des ferments métalliques et ceux de quelques sérums médicamenteux, ce qui donne à penser que les sérums, devant leur puissance à la présence de diastases organiques, pourraient être remplacés par les ferments métalliques. Etudiant ensuite l'influence qu'ils exercent sur les échanges généraux et respiratoires, sur la constitution chimique et morphologique du sang et sur la température, il lui a été permis de déterminer des réactions sanguines, urinaires et thermiques, caractéristiques de leur activité et de démontrer en même temps, que celle-ci se manifeste par un accroissement très notable des actes d'hydrolyse et d'oxydo-réduction qui dissocient les matières albuminoïdes, sans l'intervention de l'oxygène que les globules rouges empruntent à l'air inspiré.

L'auteur termine son livre en fixant les indications et contre-indications thérapeutiques actuelles des ferments métalliques et les règles de leur application pratique. On verra qu'ils doivent figurer à juste titre parmi les moyens plus énergiques et les plus sûrs de la thérapeutique fonctionnelle.

---

**Liotard Manuel Pratique & Simplifié**, d'analyse des urines, et de quelques produits d'origine organique, chez A. MALOINE, Editeur, 25-27, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 25-27, Paris, in-18, 1908. . . . . 3 fr.

---

**Calculs des Voies biliaires et Pancréatites**, par le Dr RENÉ GAULTIER, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 de 100 pages, avec 16 figures. Cartonné : 1 fr. 50. (*Actualités médicales*). (Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hauteville, à Paris.)

M. le Dr Gaultier présente, d'après ses propres recherches et d'après l'enseignement magistral de M. le professeur Dieulafoy, dont il est l'assistant, une étude des pancréatites compliquant la calculose hépatique dans laquelle

sa méthode de coprologie clinique, telle qu'il l'a exposée dans son récent *Précis de Coprologie*, apporte sa part contributive tant pour l'établissement d'un *diagnostic* que pour la fixation du *pronostic* dont dépend l'intervention thérapeutique.

Pour mieux envisager l'importance du diagnostic du déficit pancréatico-biliaire, dans les cas de lithiase biliaire, tout d'abord il indique par le schéma de quelques exemples, comment se présente ce diagnostic en clinique. Puis il étudie à quelles lésions ce syndrome est subordonné, et cherche à envisager les causes qui le déterminent. Cela fait, il expose d'une façon didactique les variétés de ce syndrome et en établit, avec le diagnostic, le pronostic et les indications du traitement.

C'est surtout la *sémiologie chimique* que peut rendre d'utiles services dans ces cas, sémiologie qui repose sur l'analyse des urines ou l'examen des matières fécales suivant la *méthode de coprologie clinique* de l'auteur. Cette dernière, en indiquant le coefficient d'utilisation des graisses dans le tube digestif, en analysant la *stéatorrhée* et l'*hypostéatolyse*, renseigne d'une façon quasi-certaine sur le fonctionnement de la glande pancréatique, et peut servir non seulement pour le *diagnostic*, mais aussi pour le *pronostic*. En effet, le diagnostic bien établi, l'intervention chirurgicale s'impose : le *drainage de l'hépatique* ou, mieux, du cholédoque avec ou sans cholécystectomie, *drainage que l'on ne doit cesser que lorsque la fonction pancréatique a repris toute sa valeur première* (ainsi que l'indique l'examen coprologique) et l'on est sûr, en conséquence, que la cause déterminante de la pancréatite n'existe plus.

---

### CONGRES DE TROIS-RIVIERES

---

Le rapport des travaux du 3e Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord est paru.

C'est un fort beau volume de près de 800 pages, qui fait honneur à la profession médicale et au Bureau qui en a dirigé la publication, tout particulièrement à M. le Dr DeBlois, le très dévoué secrétaire général, à qui nous adressons nos félicitations.

---