

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for scanning. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of scanning are checked below.

L'Institut a numérisé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

- Coloured covers /  
Couverture de couleur
- Covers damaged /  
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated /  
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing /  
Le titre de couverture manque
- Coloured maps /  
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) /  
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations /  
Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material /  
Relié avec d'autres documents
- Only edition available /  
Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion  
along interior margin / La reliure serrée peut  
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la  
marge intérieure.
  
- Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /  
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/  
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /  
Qualité inégale de l'impression
  
- Includes supplementary materials /  
Comprend du matériel supplémentaire
  
- Blank leaves added during restorations may  
appear within the text. Whenever possible, these  
have been omitted from scanning / Il se peut que  
certaines pages blanches ajoutées lors d'une  
restauration apparaissent dans le texte, mais,  
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas  
été numérisées.

# TRAVAUX · ORIGINAUX

---

## LE DANGER DES COURANTS ÉLECTRIQUES. <sup>(1)</sup>

---

Par le Professeur FOUCHER.

---

Messieurs,

Aux demandes réitérées de notre dévoué secrétaire, d'entretenir le Comité d'Études des questions se rattachant à l'électricité médicale, j'ai opposé, depuis un an, un refus<sup>2</sup> motivé; ou plutôt, j'ai promis de me rendre à son invitation aussitôt que l'installation du laboratoire d'électricité médicale serait suffisamment avancée pour me permettre d'illustrer pratiquement ce que j'aurais à vous dire sur ce sujet. Ce moment n'est pas encore arrivé; malgré la somme de travail que j'ai consacrée à l'organisation du laboratoire, je prévois qu'il s'écoulera encore six mois avant d'être outillé de ce qui est nécessaire pour donner un cours qui soit à la fois instructif et intéressant. J'ai cru cependant que la question du danger des courants électriques pourrait être exposée immédiatement et c'est sur ce sujet que je désire vous entretenir ce soir.

La question n'est pas nouvelle: depuis longtemps on connaît le danger des bobines de Ruhmkorff, des bouteilles de Leyde, et depuis le commencement du monde on connaît les effets de la foudre; mais les applications industrielles de l'électricité à l'éclairage et à la force motrice ont emporté avec elles un martyrologe qui dépasse de beaucoup celui du calendrier et on s'est ému avec raison, dans tous les pays, du grand nombre de victimes qu'a fait cet agent mystérieux. Dans notre seule ville de Montréal, il ne se passe guère un mois sans que nous ayions à enregistrer des accidents fatals causés par le contact d'une partie quelconque du corps humain avec un fil chargé d'électricité. En face de cet état de chose, il est intéressant de rechercher la cause de ces accidents et de connaître quelles

---

(1) Communication au Comité d'Études Médicales, séance du 18 janvier 1900.

sont les conditions qui rendent les courants électriques aussi redoutables.

Il existe deux sortes de courants électriques destinés aux usages industriels : le courant continu et le courant alternatif.

Le premier, comme son nom l'indique, circule d'une manière continue : le pôle positif d'un côté et le négatif de l'autre ; le second change de polarité, c'est-à-dire que le courant est alternativement positif et négatif au même pôle et ce avec une fréquence variable de 1500 à 15000 par minute. Le premier est employé surtout comme pouvoir moteur, c'est celui qui fait circuler les tramways ; le second sert principalement à l'éclairage des rues et des maisons privées, c'est celui qui est distribué ici, à Montréal, par les Compagnies Royale et de Lachine. Le courant continu de la Compagnie des tramways circule dans le réseau aérien à un potentiel de 500 volts ; le courant alternatif circule dans les lignes principales sous une pression de 2000 volts, mais il subit avant d'entrer dans les maisons privées une transformation à l'aide d'un *step down transformer*, qui diminue son potentiel à 104 ou 52 volts.

D'un autre côté, le courant arrive de Lachine et de Chambly à Montréal par quelques réseaux qui portent le courant à 5000 volts et peut-être davantage. Ce potentiel élevé est réduit à 2000 volts par un premier transformeur et à 104 ou 52 volts par un second transformeur. Les fils qui portent ces différents courants sont plus ou moins isolés. Ainsi le fil électrique des chars urbains est complètement dénudé, le fil qui porte le courant à 2000 volts est fortement isolé, enfin celui qui nous apporte le courant de 52 ou 104 volts est faiblement recouvert d'un enduit protecteur. La plupart des substances isolantes employées sont pratiquement effectives aussi longtemps qu'elles restent intactes, mais le contact des fils entre eux, le frottement des corps étrangers, des branches d'arbres, des morceaux de glace, la pluie, la gelée et mille autres causes entraînent à la longue une usure, une érosion qui enlève le pouvoir protecteur de ces gaines isolantes. On pourrait ajouter qu'il n'existe pas d'isolants parfaits et que la circulation de l'électricité à travers l'isolant se produit avec d'autant plus de facilité que le potentiel est plus élevé ainsi que le degré d'alternation.

Un fil portant électricité peut donc être dangereux même sous le couvert trompeur d'un isolant. Il suffit que cet isolant soit érodé ou simplement humide. On sait en effet que l'humidité diminue la résistance de l'épiderme et qu'un fil isolé médiocrement pourra encore trouver assez de résistance dans l'épiderme sec, tandis qu'il

pourrait laisser passer un courant fatal lorsque la peau est humide.

Le degré plus ou moins considérable d'érosion de l'enveloppe isolante, ou le degré plus ou moins prononcé d'humidité de la peau rend compte de ces accidents non funestes observés chez des sujets qui sont venus en contact avec des fils vivants chargés à un potentiel élevé. Si la peau est épaisse, calleuse comme elle l'est généralement dans la paume de la main des ouvriers, si elle est sèche ou si elle est huilée comme cela arrive souvent chez ceux qui travaillent dans les usines, les machineries, le contact avec un fil insuffisamment protégé, quoique chargé à un haut potentiel, peut être inoffensif. Au contraire, si le même fil est touché par un épiderme mince, humide, ou si le contact est énergique, il peut en résulter des accidents fatals. Le danger, en somme, résulte du courant qui pénètre le corps humain et cette pénétration est d'autant plus effective que le voltage est plus élevé, que la quantité d'électricité est plus considérable, que le fil sera moins bien protégé, que l'épiderme offrira moins de résistance. Il est évident aussi que le courant circulera avec plus de facilité si une partie quelconque du corps humain ferme le circuit sur lui-même. La quantité d'électricité qui passe à travers le corps humain est soumise à cette simple formule  $\frac{F E M}{R} = C$  ou  $\frac{\text{Volts}}{\text{ohm}} = \text{ampère}$ .

Ainsi, un fil chargé à 200 volts rencontrant une résistance de 400 ohms laissera passer  $\frac{1}{2}$  ampère, ce qui est considérable pour l'être humain.

Pour bien comprendre les effets de l'électricité en rapport avec le voltage, la résistance et l'ampérage, il n'y a qu'à assimiler l'électricité à l'eau qui nous vient du réservoir. Elle arrive dans nos maisons avec une pression variable selon la position que nous occupons par rapport à la hauteur du réservoir. Ainsi chez moi la pression de l'eau est évaluée à 60 livres au pouce carré; cette pression en électricité est représentée par le voltage. L'eau qui arrive au robinet dans des tuyaux de  $\frac{1}{2}$  pouce peut mettre en mouvement un moteur disons de  $\frac{1}{3}$  de force. Pour obtenir plus de pouvoir il faudrait augmenter le diamètre des tuyaux; alors sous la même pression, la quantité d'eau qui passe serait plus considérable et donnerait plus de pouvoir. Cette quantité de pouvoir dépend donc de la pression et de la quantité. En électricité, avec un voltage donné, la quantité d'électricité qui peut circuler dans un fil fin ne produira pas les mêmes résultats que celle qui peut circuler dans des fils de diamètre plus élevé. C'est pour cette raison qu'on emploie des fils pour les téléphones, pour l'usage médical, etc., tandis que les fils qui portent

l'électricité destinée à l'éclairage, offrent à leur entrée dans la maison un diamètre plus élevé, en rapport avec le nombre de lampes à alimenter. On ne peut faire circuler de grandes quantités d'eau dans une petite conduite, sans éprouver les inconvénients de la friction, de la résistance, mises en évidence davantage par le robinet qui réduit à volonté le diamètre du tuyau et l'écoulement. Ainsi en est-il de l'électricité, les fils fins opposent de la résistance à la circulation du courant et ce phénomène se traduit par l'échauffement du fil.

L'expression de voltage ou de pression du courant électrique n'est donc pas suffisante pour expliquer le degré du danger auquel s'exposent ceux qui viennent en contact avec un courant électrique. On peut toucher au pôle d'une bobine d'induction donnant six pouces d'étincelle, représentant à peu près 150,000 volts, sans être foudroyé, tandis qu'il serait téméraire de tenter la même expérience avec le courant de 2000 volts de la Royale Electric. Dans le premier cas, le secondaire de la bobine est composé avec un fil très fin, le N° 30 à 40, ne laissant passer que de petites fractions d'ampère, tandis que dans le second cas le fil est gros N° 0 ou davantage et l'amperage est très élevé.

Avec ces quelques détails préliminaires j'aborde maintenant la question du danger comparé des courants continus et alternatifs.

Il s'est élevé à ce sujet de vives polémiques à New-York entre H. P. Brown, Edison d'une part, pour le courant continu, et le professeur Morten, Westinghouse d'autre part, pour le courant alternatif. Il s'agissait, au début de l'introduction du courant alternatif, d'intérêts à sauvegarder entre les représentants de deux compagnies puissantes et rivales intéressées chacune à survivre aux dépens l'une de l'autre.

Edison avait déjà aux Etats-Unis et au Canada un grand nombre d'installations de dynamos et de moteurs à courants continus, et la compagnie de Westinghouse n'avait pas tardé, avec les avantages que présente le courant alternatif au point de vue économique, de prendre une rapide extension à côté de son aînée.

Cette lutte pour l'existence et la suprématie eut pour effet d'amener sur le tapis la question du danger comparatif des courants continus et alternatifs. Pour arriver à un résultat concluant il fallait des expériences sur les animaux; quant aux expériences sur l'être humain le grand nombre de morts humaines causées par le contact avec des fils chargés à un haut potentiel d'électricité, avait été une démonstration suffisante *prima facie*. L'adoption par l'Etat du courant électrique pour tuer les criminels avait achevé de convaincre ceux qui doutaient encore que l'on pût mourir instantanément d'un choc électrique.

Des expériences furent faites et poussées activement surtout par H. P. Brown en faveur des courants continus. Il est évident qu'Edison se sentait fort de sa cause et de la supériorité de son courant sur celui de son adversaire. Cette fois comme toujours, ce fut sur la race canine que portèrent les expériences; des gros, des petits, des poils ras, des poils longs, ce fut une hécatombe qui suscita même la colère de la société protectrice des animaux. Mais je dois ajouter que l'intervention eut lieu en pleine séance publique, intervention suscitée par les adversaires de Brown dans le but évident d'empêcher la preuve contre les courants alternatifs. Ceci n'empêcha pas le bouillant défenseur du courant continu d'intéresser à sa cause le bureau d'hygiène de New-York et de reprendre ses expériences, et cette fois au nom de l'humanité et sous la protection de la loi.

Les expériences eurent donc lieu, elles furent publiques et eurent un certain retentissement. Il serait trop long d'entrer ici dans le détail de toutes les expériences qui eurent lieu. qu'il me suffise de vous citer les principales et les plus concluantes.

*1ère Expérience.*—Un chien bien portant, pesant 61 livres, mesurant 24 pouces de haut et 42 pouces du nez au bout de la queue, offrant 14,000 ohms de résistance de la patte droite de devant à la patte gauche de derrière fut mis en contact pendant 5 secondes avec un courant alternatif de 288 volts alternations par seconde. Le chien demeura silencieux et sans mouvement pendant la durée de l'application; 30 secondes plus tard il fit quelques mouvements spasmodiques, et 90 secondes plus tard le cœur avait cessé de battre. L'autopsie faite immédiatement ne révéla rien du côté des nerfs et des muscles.

*2ème Expérience.*—Un chien terreneuve pesant 53 livres, 24 pouces de haut et 42 pouces du nez au bout de la queue, avec une résistance de 30,000 ohms fut soumis pendant 5 secondes au même courant alternatif à 220 volts. Quatre minutes après l'animal n'était pas mort mais il était rigide, et sans mouvement. Vu sa résistance plus grande à l'introduction du courant, on le soumit de nouveau pendant 30 secondes au même courant, et cette fois l'animal expira immédiatement.

*3ème Expérience.*—Un cheval vigoureux, pesant 1280 livres, fut tué par le même courant alternatif à 700 volts.

*4ème Expérience.*—Un chien de 37½ livres, offrant 200,000 ohms de résistance, a supporté un courant continu de 304 volts pendant 30 secondes sans accident.

*5ème Expérience.*—Une chienne pesant dix livres, 7500 ohms de

résistance, soumise à 800 volts courant continu pendant 2 secondes, crie et s'agite à la fermeture et plus à l'ouverture du circuit, vit peu près  $\frac{1}{2}$  d'heure.

6ème Expérience.—Un chien de 13 $\frac{1}{2}$  livres, 12 pouces de haut, est soumis pendant 3 secondes à un courant continu de 600 volts, il absorbe 1,710 ampère sans accident ; le même chien est soumis à un courant de 800 volts et absorbe 0,15 ampères, il jappe mais ne meurt pas. On le soumet alors à un courant de 1000 volts, il absorbe 0,23 ampères. Le chien crie pendant 2 minutes puis paraît mort. Disséqué immédiatement, on constate que le cœur bat encore et qu'il aurait pu être ramené à la vie.

Ces expériences et un grand nombre d'autres analogues quant aux résultats, que je passe sous silence, semblent prouver bien clairement les prétentions de H. P. Brown. Il n'y a pas à douter de l'exactitude de ces observations et M. Westinghouse n'a pas que je sache fait de contre-preuve. Il a attaqué le rapport sur des questions de détail, mais le fond est resté intact.

Enfin, pour terminer cette querelle commerciale et scientifique, M. Brown a lancé le défi suivant à M. Westinghouse, je traduis littéralement : " Je défie M. Westinghouse de me rencontrer en présence d'électriciens compétents et de supporter le courant alternatif pendant que je supporterai le courant continu. Le courant alternatif devra avoir 300 alternations à la seconde. Je commencerai avec 100 volts et augmenterai graduellement le potentiel 50 volts à la fois ; chaque contact devant durer 5 secondes et ce jusqu'à ce que l'un de nous ait crié suffisamment pour admettre publiquement son erreur. J'avertis M. Westinghouse cependant, que dans le cours de mes expériences 160 volts de courant alternatif, appliqués pendant 5 secondes, ont été funestes et que plusieurs personnes ont été tuées par le courant alternatif de basse tension de Jablockoff." Le défi n'a pas été accepté.

Pendant que ces discussions avaient lieu, l'Etat de New-York adoptait le courant alternatif à 2000 volts pour exécuter les criminels, admettant par le fait que ce courant est plus effectif pour obtenir la mort, que cette dernière est plus rapide et s'effectue sans douleur.

Ces faits étant admis, il reste à étudier comment agissent les courants sur les tissus vivants, comment se produit la mort, quels sont les moyens de l'éviter, quels sont les moyens de remédier aux accidents produits par l'électricité. Ces questions seront traitées dans une prochaine séance.

## UNIVERSITÉS ALLEMANDES. (1)

## BERLIN.

Par le Dr Eugène ST-JACQUES, M. D.

L'Université de Berlin, est-il besoin de le dire, est la première en importance de la confédération germanique, bien qu'elle ne soit pas la plus vieille. Il n'en a pas toujours été ainsi, et Heidelberg et Leipsick, sœurs plus âgées, tiurent longtemps le sceptre. Mais on comprend facilement les progrès rapides et l'importance de l'Université berlinoise, car la capitale devait avoir à honneur de prendre la tête.

Il n'en est pas partout ainsi cependant, et si les Universités de Paris, Vienne, Rome, Bruxelles sont les premières de leur pays, en revanche l'Université de Moscou est la plus célèbre de la Russie, la faculté médicale d'Edimbourg est reconnue la meilleure en Angleterre, Zurich a l'Université la plus fréquentée et la faculté de médecine la meilleure de la Suisse.

Puis, qui ne sait l'ambition de l'Empereur pour sa Berolina, d'en faire la plus belle des capitales de l'Europe ! A la vérité, Berlin est une belle ville. Elle est ancienne en certaines parties, mais on sent surtout la ville moderne, la ville parvenue, je dirais. Les nouveaux quartiers ont poussé comme par enchantement ; les résidences sont agréables à l'œil, sans avoir l'élégant et plus imposant aspect des nouveaux quartiers de Paris.

C'est depuis 1870 que Berlin a pour ainsi dire surgi. Les rues sont larges et très bien pavées,—sales aussi à plaisir—évidemment les Prussiens n'ont pas rapporté tout ce qu'il y avait de bon à Paris ; —mais en revanche elles sont parcourues par un système excellent de tramway, complété par un " Elevé-circulaire " qui laisse Paris en arrière et est on ne peut plus appréciable pour courir aux hôpitaux.

L'Université est un bel édifice, datant du 18e siècle, ancien palais du prince Henri, frère de Frédéric II :—Un corps de logis central, flanqué de deux ailes, l'ensemble d'un bel effet et superbement situé. Elle s'élève sur l'Unter den Linden,—les Champs-Élysées de Berlin, et coudoie les résidences impériales. Tout en face, le palais de l'em-

(1) Université de Bonn, sur Rhin.—*Union Médicale du Canada*, Nov. 1895.



pereur Guillaume I, l'Opéra, et la cathédrale de Ste-Hedwige, la plus belle église catholique de Berlin, sur le plan du Panthéon de Rome.

Les deux Humboldt, Alexandre et Guillaume, graves et majestueux dans leur marbre, ornent le jardin à la façade de l'Université.

L'Université de Berlin possède, cela va sans dire, toutes les facultés, mais non toutes les plus fameuses de l'Allemagne. C'est ainsi que Fribourg est reconnue pour tenir la tête dans l'enseignement théorique et pratique de la géologie et des mines; les arts plastiques, peinture et sculpture, ont leur foyer à Munich, en cette Bavière du roi Louis;—Leipsick a la faveur des musiciens. La médecine est la force de l'Université de Berlin, qui cependant brille aussi par ses autres facultés.

L'éducation universitaire étant sous contrôle gouvernemental, la nomination des professeurs relève aussi conséquemment du ministre de l'Instruction Publique. Le conseil d'une université quelconque peut suggérer un nom pour remplir une vacance résultant du décès ou de la résignation d'un de ses professeurs. Mais le ministre n'est nullement obligé de suivre ce vœu d'un conseil universitaire et est libre dans ses nominations: un poste vacant pouvant être occupé par un professeur venant d'une autre université.

*Berlin est le sommet* et je placerais ainsi la gradation par importance universitaire: Fribourg, Heidelberg et Wurtzburg, Bonn, Munich, Leipsick et Berlin.

Le *Privat-docent*, correspond à ce qu'est chez nous l'agrégé. En Allemagne, ce titre n'est pas purement honorifique, mais doit se gagner, je dirais, à la pointe de l'épée, par une thèse soutenue devant le conseil universitaire et comportant discussion. Puis vient le Professeur extraordinaire, c'est le Professeur agrégé, qui lui aussi, comme en France d'ailleurs et dans toutes les grandes Universités, doit avoir passé par le feu du concours. Plus haut, le Professeur, et tout au-dessus le *Geheimerat*.

Il faut assister à ces concours pour en voir la portée, et se convaincre que ce n'est pas là jeu d'enfant. D'ailleurs le concours sérieusement fait n'est-il pas la pierre de touche du mérite. J'ai mémoire des belles luttes scientifiques auxquelles j'ai assisté à la Faculté de Paris, pour la nomination de Professeurs agrégés. J'ai grande admiration pour le système français, que je trouve encore plus juste et parfait que le système allemand.

Toutes les positions, depuis l'assistant élémentaire jusqu'au Professeur, sont données au concours et enlevées au mérite. Le premier

examen commence pour l'externat, suivi de celui pour l'internat. Puis c'est le service des hôpitaux, médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux ; plus tard l'agrégation et enfin le professorat.

Quand l'on voit des hommes tels que Pozzi, Segond, Bouilly, Kirmisson, Albarran, Tuffier, pour n'en citer que quelques uns, encore à l'agrégation, on ne saurait penser autrement que ces concours sont sérieux, et qu'ils préparent des maîtres.

Voilà les deux grands avantages de ce système de concours : mérite, en ce sens que si le concours est conduit avec équité, l'élue arrive par sa valeur réelle et non par simple protection ; le second, c'est que par le fait que les concurrents occupent graduellement des positions de plus en plus importantes et où leur champ d'action s'élargit peu à peu, ce système *prépare* pour le professorat. On a déjà vu le feu, on a prouvé sa capacité par quelques travaux soit de mise à point d'une question, soit de nouveauté, en un mot l'on est préparé et compétent. Ce que je dis du système français, s'applique aussi aux méthodes allemandes, quoique pas aussi précisément.

La grande force des études médicales en Allemagne.—je parle au point de vue de l'étudiant—est surtout dans les *branches fondamentales*, à savoir la physiologie et l'anatomie, la chimie et la physique, l'histologie normale et pathologique, et la bactériologie. Tous les noms que je citerais sont connus ou à peu près. La chimie est sous l'enseignement supérieur des Professeurs Salkowski et Thierfelder ; la pharmacologie est donnée par Liebreich. En physiologie, Engelmann et du Bois-Raymond sont connus par leurs travaux.

Est-il besoin de citer Koch qui donne à la science allemande la renommée que Roux et Metschnikoff soutiennent tout aussi brillamment en France.

Les travaux d'anatomie normale sont sous la direction des professeurs Waldeyer et Hertwig, noms si connus.

L'anatomie pathologique a toujours son doyen VIRCHOW, petit vieillard, fragile, à la voix cependant encore bien vivante. Le regard est calme, la parole un peu lente, mais le doigt qui dessine ce que la prune a vu sous la lentille du microscope, est encore bien sûr. Tout dernièrement l'Université célébrait le cinquantenaire de professorat du fondateur de la pathologie cellulaire. Nous eûmes des fêtes touchantes, par les hommages de respect et d'estime venant du corps enseignant et des élèves du vieux doyen. Malgré ses 78 ans, Virchow est d'une activité étonnante. A 9 heures il était là, en hiver nous donnant son cours. Et il faut voir les travaux qui se pour-

suivent sous sa direction par ses assistants Israel, Kaiserling et Ostterreich. Le musée d'anatomie pathologique est en installation dans un édifice de construction toute récente. On ne peut le visiter qu'avec permission spéciale de Virchow. J'ai pu y examiner des collections superbes de reins, poumons et foies pathologiques. Les affections cardiaques étaient aussi fort bien représentées. Parmi les plus intéressants spécimens, des pièces du système osseux.

L'étudiant qui veut travailler ici a un champ d'études superbes: il aura des bases sérieuses qui lui permettront de poursuivre des études de valeur. Que tous en profitent et savent à fond ces matières avant d'attaquer la pathologie, je n'ai pas la ridicule audace d'essayer de vous le faire croire. Car à Berlin et en Allemagne, comme en tout autre pays et "autant qu'à Paris," l'on trouve l'étudiant bon viveur, faisant le moins possible de médecine,—mais aussi le travailleur. Et celui-ci a des opportunités merveilleuses ici.

L'on sait, plus ou moins vaguement du moins, qu'en Allemagne, il est laissé à l'étudiant une *latitude absolue* de conduire ses études comme il l'entend. Il paie individuellement pour chaque cours: la somme est versée à la trésorerie universitaire qui la déverse en partie au professeur. Ainsi l'étudiant peut suivre autant de cours qu'il le désire par jour, 2, ou 6, ou 8; prendre pour ses primaires deux ans ou quatre même si le cœur lui en dit peu: recevoir son instruction de celui-ci ou celui-là, il est libre: on l'attend aux examens. Le fait est que l'étudiant allemand est *nomade*, dans la force du mot. L'hiver il le passe aux universités des grandes villes, Berlin, Leipsick, Munich...; l'été, de mars à août, le temps des chaleurs, il va aux universités de provinces, où le pays est agréable, l'eau et la montagne lui offrent des distractions: à Bonn, Heidelberg, Freiberg, Halle, Giesen... C'est l'absolue vérité et les cadastres universitaires enregistrent d'ailleurs avec une régularité parfaite cette fluctuation du "flot étudiant."

*L'assistance à toute clinique doit être payée*, et l'élève reçoit en retour un numéro l'assignant à un siège fixe. Bien différent de notre système et surtout des méthodes françaises, n'est-ce pas, où tout est *absolument gratis*. A tour de rôle les élèves sont appelés au parquet de l'amphithéâtre, où ils viennent examiner chacun un malade et ont à répondre aux questions du professeur. Si c'est un cas de chirurgie, l'étudiant demeure près de la table pour l'opération.

Beaucoup de cours théoriques en pathologie, me demandez-vous?—Peu, très peu, *le moins possible*. Car l'on se dit avec grande raison, que le meilleur et plus pratique enseignement est à l'hôpital.

et que c'est le contact répété et journalier du malade qui fait le médecin. Deux cliniques de chirurgie, deux de médecine, deux d'accouchement et de gynécologie par jour, voilà ce qui attend le choix du Final.

Mais cependant nous touchons ici l'un des points faibles de l'enseignement allemand : les étudiants ne peuvent aller dans les salles, ni suivre les malades au cours de l'évolution de l'affection. Il est vrai cependant qu'on leur remontre de ci de là le malade qui a donné lieu à la clinique, mais rarement, et même souvent pas du tout. Quel est pour l'étudiant l'avantage "pratique ou clinique dans son vrai sens" d'un cas de maladie de cœur ou d'affection pulmonaire, par exemple, présenté à l'amphithéâtre, s'il n'est qu'un ou deux étudiants qui peuvent corroborer pour eux-mêmes les dires du chef. Et puis, qu'est-ce que voir une affection aiguë une fois et de loin encore, au cours de son évolution ! Le matériel est ample, très ample, mais il n'est pas employé au plus grand avantage de l'étudiant, alors même que le malade n'aurait pas à en souffrir.

C'est ici l'un des points, et l'un des plus importants, où l'enseignement allemand n'est pas à l'égal des méthodes françaises. Tout observateur consciencieux et juste reconnaîtra les avantages à *nul autre pays pareils* accordés en France pour l'accès auprès des malades. Je n'indique ce détail qu'en passant, me réservant d'y revenir dans une étude de comparaison entre l'enseignement français et anglais, allemand et autrichien. L'on y verra que chaque école a ses points caractéristiques et que à tour de rôle chacune a supériorité sur sa voisine. J'ai dit pour l'étudiant, mais le médecin a plus d'avantages. L'étranger est très bien reçu en Allemagne, et c'est certainement là une des raisons de l'extension de l'influence allemande à l'étranger. À quoi je joins ceci en plus : aucun pays ai-je vu encore — et je crois en avoir visité un certain nombre en Europe — où l'on parle autant les langues étrangères au pays qu'en Allemagne. L'anglais et le français sont compris et beaucoup parlés, dans la haute classe instruite, cela va sans dire. Dans le commerce aussi, les langues étrangères sont fort courantes.

Je n'ai pas l'intention d'entrer dans des détails au sujet de chaque grand nom, que l'on sait déjà ; ils sont légion ici, les maîtres allemands, mais tout de même quelques détails pourront intéresser.

Certainement, pour celui qui s'intéresse *spécialement à la chirurgie*, les avantages sont nombreux ici. Plus facile est l'accès aux salles chirurgicales qu'aux chambres médicales. Mais tels avantages sont plutôt réservés pour les médecins étrangers que pour l'étudiant allemand.

En chirurgie, vous vous attendez tout naturellement à ce que je parle de Kœnig et von Bergmann ;—le premier doyen de la faculté et chirurgien à la Charité,—le second, le chirurgien militaire, celui qui a hérité de la réputation du maître Viennois, du grand Billroth.

Qui dit Kœnig, dit affections osseuses ! En effet, ses travaux sur la tuberculose osseuse sont connus de tous. J'en ai d'ailleurs déjà parlé dans cette même *Union Médicale* au cours de quelques notes sur les ostéo-arthrites tuberculeuses. C'est un vert vieillard, une tête blanchie sur des épaules robustes et bien cambrées. Le gonococque n'est certainement pas bien vu aux yeux de Kœnig, qui le tient responsable d'une foule de méfaits, mis au compte du rhumatisme : arthrites rhumatismales, si vous voulez, dit Kœnig, mais d'origine blennorrhagique.

Von Bergmann préside à l'Institut clinique chirurgical, 150 à 200 étudiants et médecins se pressent sur les banquettes et envahissent les allées. Vingt assistants sont là au parquet et les choses vont leur train rondement.

Chez Kœnig, comme chez Bergmann, en présentant un malade, on lit son histoire : aucun malade, soit dans la salle, soit devant un auditoire clinique, sans son histoire écrite. Partout la même méthode sans exception. Que de tâtonnements évités, de temps gagné, de précision, de suite, puis l'on a là des documents où puiser par la suite et sur lesquels asseoir une opinion. On ne ménage ni tableaux, ni dessins propres à éclairer. Bergmann a une méthode très pratique : elle serait parfaite fut-elle complétée par la visite des salles, où les étudiants prendraient plus souvent encore contact avec le malade.

La variété de la clinique vient de la variété des hospitalisés. Les hôpitaux *universitaires* ne sont *pas des hospices* comblés d'incurables qui y traînent de longs jours miséreux. La clinique universitaire demande la variété et dès lors l'on reçoit les malades à cet effet. Toute affection aiguë est toujours reçue : mais la porte d'entrée générale pour l'hôpital est par la policlinique, le *out-door department* des anglais.

Mais là où vraiment le chirurgien étranger trouvera mieux et plus pratique pour lui, c'est aux *hôpitaux non universitaires*. La municipalité de Berlin possède une série d'hôpitaux dans les quartiers excentriques, superbement installés, d'après les dernières données modernes. Elles portent les noms de Stadt Krankenhaus. Tous des pavillons isolés, à un ou deux étages, pas plus. Salles bien éclairées et aérées, plancher de tuile ou ciment ; nulle part de rideaux, pas d'accroche pour les poussières et les microbes, l'air doit circuler.

A celui de Moabit, 1200 lits, dont une moitié pour la chirurgie, sous la direction de Sonnenberg ; Am Friedrichs Haim, 850 lits, professeur Hahn ; Am Urban, 600 lits ; c'est Kœrte, pour ne citer que les trois plus importants. Il m'a été donné à la vérité toutes les facilités possibles pour visiter ces différents services et voir les détails d'installations allemandes.

Je connaissais Kœrte de réputation pour en avoir entendu parler très favorablement par un des maîtres de New-York, Gærster, du *Mount Sinai Hospital*. Un mot d'introduction me valut du chirurgien un très obligeant accueil, et j'ai grand plaisir à reconnaître son affabilité pour les étrangers. Sa réputation est solide, et aussi sérieuse que solide. De tous les chirurgiens que j'ai vus à Berlin, il n'en est aucun que j'admire à l'égal de Kœrte pour la précision du diagnostic et surtout le manuel opératoire. Il est d'une rare perfection de technique, et d'une prudence non moins remarquable que sa sûreté. Plusieurs fois il est intervenu devant nous pour des cas de pleurésie. Ici, comme auprès de Witzel et Schede à Bonn, de même que dans le service de Kœnig à la Charité, je me suis convaincu davantage de la nécessité d'intervenir et d'intervenir promptement au cours d'une pleurésie purulente confirmée. Ce n'est plus une simple ponction aspiratrice, cela sert à fixer le diagnostic, rien de plus. Les membranes fibrineuses fort organisées déjà, que j'ai vu retirer de la plèvre dans tous ces cas, montrent le peu d'effet possible de la simple ponction et la nécessité d'une intervention non seulement précoce, mais création d'une large voie d'évacuation.

*En affections génito-urinaires*, les noms de Nitze, Posner et Casfer sont aussi connus de tous. J'ai visité les trois cliniques et assisté aux conférences. Ce sont tout d'abord des installations privées, comme elles sont si nombreuses à Berlin. Nitze est l'homme de valeur ici, après lequel vient Posner. Mais quel matériel limité pour la clinique, et combien moins pratique que le Necker de Guyon et sa Terrasse, ou St-Louis, à Paris. Ce sont Guyon de Paris et Thomson de Londres, qui ont fait la pathologie et la thérapeutique fondamentales des affections génito-urinaires chez l'homme. Ils ont fondé et mené à perfection l'œuvre : on en complète les détails maintenant à droite et à gauche, rien de plus.

*En gynécologie*.—Olshausen, le successeur de Schröder, le compagnon aux premiers jours de la nouvelle science de Fritsch (à Bonn), de Hégar (à Fribourg), de Gusserow (à la Charité de Berlin), représente l'école de débuts. Mais elle ne s'en est pas tenue là et elle a suivi aussi le progrès. Parmi la jeune école, c'est Duhrsen ; c'était

Martin, depuis quelques mois à Greifswald; c'est Ortmann, c'est Landau. Tous fort accueillants.

En Allemagne, accouchement et gynécologie sont deux services toujours unis, tant à l'hôpital qu'en pratique privée. Rendons grande et due justice à l'école allemande de voir l'importance qu'elle attache à l'enseignement gynécologique. Lorsque l'on sait la fréquence des affections génitales chez la femme, lorsque l'on sait si bien que pas un jour ne se passe sans que le praticien général n'ait l'occasion et la nécessité d'un examen gynécologique, il est étonnant de voir certaines universités négliger si foncièrement son enseignement pratique. Je me plais à reconnaître les grandes facilités de Berlin à cet effet,—meilleures que celles de Paris.

La clinique d'OLSHAUSEN est aussi intéressante que pratique. Elle tire son sujet des cas actuels en traitement, tant dans le service d'accouchement, que dans celui de gynécologie proprement dite. Au-delà de 100 médecins et étudiants assistent aux cliniques quotidiennes du maître. Trois ou quatre élèves sont appelés auprès de la malade qui est amenée dans son lit ou sur la table d'examen, la figure recouverte d'un voile. Si ce sont des cas très importants, ou douloureux, la malade est mise sous chloroforme. J'ai de même examiné, et avec moi une cinquantaine d'élèves, une cancéreuse de l'utérus que Fritsch, de Bonn, avait fait anesthésier afin de permettre à tous les élèves le diagnostic personnel. Je ne discute pas l'apropos de cette chloroformisation, qui aux yeux de quelques uns peut paraître hors de place, je veux par là indiquer l'importance attachée ici à l'enseignement gynécologique.

Sauf curetages et tels traitements élémentaires qui sont faits à l'amphithéâtre clinique, les opérations importantes ont lieu en salle privée. Sur invitations, j'ai souvent assisté aux opérations du maître allemand. Olshausen porte très alertement ses 65 ans; il est étonnant tout simplement ce petit homme, par son activité: sa parole ne languit pas, le geste est vif et l'œil excellent. Matinal aussi; c'est à 7.30 heures ou 8 heures qu'il commence ses opérations; et c'étaient les *jeunes* qui s'en plaignaient! Je l'ai dit déjà; en causant de gynécologie à l'Université de Bonn, chez Fritsch, l'on se sert très peu de pinces à demeure pour l'hystérectomie vaginale, en Allemagne. L'on craint l'hémorrhagie, voilà la raison. Je ne suis pas pour ma part convaincu de la supériorité du procédé de la ligature sur la pince. Que celle-ci donne lieu à des hémorrhagies secondaires,—oui, parfois;—que la ligature en soit tout à fait exempte et ne lâche

jamais?—non. Sans compter que l'opération par la ligature est beaucoup plus longue.

Landau est l'un des très rares chirurgiens allemands qui emploient les pinces à demeure, le procédé de Péan-Richelot-Segond. Cette clinique est assez bien installée, mais malheureusement on y cherche à exploiter les étrangers. Un coup d'œil d'ailleurs suffit pour savoir à qui l'on a affaire.

La voie vaginale est de prédilection ici : elle a le choix dans les cas indifférents. En France la laparatomie semble et décidément prendre le dessus sur le vagin.

DURHSSEN dans la quarantaine est aussi à la tête d'un hôpital particulier. Fort accueillant pour les étrangers, que d'ailleurs l'on rencontre souvent chez lui, il est, je dirais le chef de la jeune école. Il est par excellence le promoteur de la vagino-fixation utérine pour rétroversion ou flexion. Son procédé actuel date de 1895—que je me réserve de décrire et de préciser par des planches—et je dois dire diffère par des points essentiels des descriptions et pourtant les plus autorisées que j'avais lues. Depuis qu'il emploie cette dernière méthode, il a occasion d'accoucher plus de 30 malades ainsi opérées : "toutes, dit-il, ont bien mené à terme la grossesse et accouché de même." Il est intéressant de remarquer que l'école des pionniers, que ni Olshausen, ni Fritsch, ne veulent, au point de vue accoucheur, de la vagino-fixation.

Au cours de cette opération, Durhssen examine les annexes, les enlève—par la brèche vaginale—si besoin, ou ponctionne au thermo, tout comme Pozzi, les ovaires kystiques. Fritsch fait, lui, la ventro-fixation ou l'Alexander.

Olshausen fait le raccourcissement des ligaments ronds par voie vaginale. Evidemment il ne faut pas juger haut la main et légèrement un procédé employé par un homme d'expérience comme Olshausen. Mais je me demande ce que peut vraiment faire pour élever et maintenir en haut du petit bassin et en bonne position un raccourcissement des ligaments ronds "fait à la vulve ou plutôt en dehors"? Ce ne serait pas la première fois qu'il est dit que plusieurs routes peuvent conduire au même but.

MARTIN, qui au moins à l'égal de Durhssen est au premier rang de l'école plutôt moderne, a aussi une belle installation moderne. Nommé professeur à l'Université de Greifswald, cet automne, il se fait temporairement remplacé par Ortmann, son ancien assistant.

Mais je m'aperçois que ma plume est fort babillarde et a déjà trop longuement jaser.



Deux mots encore, ne serait-ce que pour vous mentionner quelques noms.

La *médecine interne* est fort brillamment enseignée à Berlin. C'est Von Leyden, Gehrhardt, Senator, tous noms si familiers ; la névropathie a son chef avec Jolly ; les enfants sont sous la garde de Heubner, qui donne vraiment de belles cliniques, par la variété des cas et l'intérêt qu'il y met.

Je me hâte—vous ajouterez lentement—de terminer. Je ne voulais pourtant pas abuser de votre indulgence ; que voulez-vous, les bonnes intentions... ! cela s'oublie si vite parfois !

Berlin, janvier 1900.

Dr GAUTIER.—*Tableaux synoptiques de symptomatologie clinique et thérapeutique*, par le Dr GAUTIER. 1 vol. gr. in-8 de 200 pages, cartonné, 5 fr. ( Librairie J.-B. Baillièrè et fils. 19, Rue Haute-feuille, à Paris. )

Condenser sous le plus petit volume possible la somme des connaissances nécessaires et suffisantes à tout praticien, tel a été le but poursuivi par le Dr VILLEROY, en publiant ces *Tableaux synoptiques* où tous les sujets de la science médicale se trouvent exposés sous une forme concise, frappant l'œil et l'esprit. Cette idée de mettre la *Médecine en Tableaux synoptiques* a obtenu un grand succès.

La collection Villeroy comprend déjà des *Tableaux synoptiques de Pathologie interne*, de *Pathologie externe*, de *Thérapeutique*, de *Pathologie générale* et de *Diagnostw*, d'*Anatomie* (2 volumes) de *Médecine opératoire*, d'*Obstétrique* et d'*Hygiène*.

Chaque volume comprenant 200 pages est publié au prix uniforme de 5 francs pour les volumes sans figures et de 6 francs pour les volumes illustrés. (*Médecine opératoire et obstétrique*).

La symptomatologie est la partie de la médecine qui traite des troubles fonctionnels qui révèlent les maladies. La première chose qui frappe le médecin au lit du malade, c'est le symptôme. Longtemps la thérapeutique n'a été que symptomatique avant de devenir physiologique et pathogénique ; mais l'observation du symptôme reste toujours le point de départ du raisonnement qui conduit le médecin à établir la thérapeutique.

Les *Tableaux synoptiques de symptomatologie* ont pour but de mettre en regard de chacun des principaux symptômes ou syndromes cliniques le tableau des affections où il se rencontre, sa pathogénie et les indications qui en résultent, avec les moyens physiologiques de le combattre.

On y trouvera : la définition et la description de chaque symptôme ; les maladies où on le rencontre ; et pour chacune d'elles : sa pathogénie ; sa physiologie pathologique ; son traitement.

## ARTHRITE AIGUË BLENNORRHAGIQUE.

## SYMPTÔMES ET TRAITEMENT.

Par le Dr T. PARIZEAU, Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame,  
Professeur agrégé à l'Université Laval.

La blennorrhagie est maintenant reconnue comme la cause directe de l'arthrite aiguë blennorrhagique. Dès 1869, M. le professeur Fournier écrivait ce qui suit : " La blennorrhagie est la cause essentielle, efficiente, indispensable des accidents rhumatismaux dont l'ensemble compose le rhumatisme blennorrhagique ; c'est elle qui les détermine et elle suffit par elle seule à les produire indépendamment de toute provocation appréciable."

Cette opinion encore contestée au moment où elle était émise réunit peu à peu tous les suffrages et on peut la voir aujourd'hui écrite un peu partout. Du reste M. le professeur Duplay et M. Brun, décrivant l'arthrite aiguë blennorrhagique, admettaient aussi la gonorrhée comme cause primordiale de l'affection : " Il suffit d'avoir observé avec attention un certain nombre d'arthrites blennorrhagiques, d'avoir analysé avec soin les caractères spéciaux et l'évolution particulière des arthropathies dites blennorrhagiques, pour être bien dûment convaincu que c'est dans la blennorrhagie que réside la cause première, essentielle, de leur apparition " (BRUN).

L'opinion est donc fixée sur ce point. Mais il en est un autre sur lequel les idées sont partagées, à savoir, l'action secondaire plus ou moins active de certains éléments invoqués à titre déterminant, tels la diathèse rhumatismale si fortement soutenue par Peter et complètement niée par le professeur Fournier et Quinquaud. Dans un même ordre d'idées, le froid, les traumatismes, la fatigue et le surmenage sont mis en cause par les uns et dédaignés par les autres.

En général on n'admet guère l'action provocatrice de la diathèse rhumatismale, et pour ce qui regarde les malades que nous avons eus sous les yeux, ils ne présentaient aucunement matière à pareille interprétation. L'un d'eux pourtant semble avoir eu une attaque de rhumatisme aigu ordinaire, il y a quelques années.

Quant au froid et à l'humidité, ils sont assez souvent invoqués par les malades désireux de trouver la raison de leur état. Mais nous savons quelle défiance il faut apporter dans l'appréciation de ces dires. Cependant, en dehors des cas où le besoin d'expliquer leur mal ou l'exagération fournissent aux patients cette cause toute simple mais insuffisante, il existe certainement des faits où le refroidissement peut être invoqué tout au moins à titre adjuvant.

De même en est-il, sans aucun doute, des traumatismes. Et, par là, il faudrait comprendre non seulement les chocs, coups et chutes, mais encore une fatigue excessive, un véritable surmenage d'une articulation, agissant en ce point à la façon d'un traumatisme chronique et y créant un lien de moindre résistance.

Au point de vue du sexe, on admettait autrefois avec Ricord la prédominance chez l'homme de l'arthrite blennorrhagique. Mais on a depuis reconnu l'égalité à peu près complète réalisée entre les deux sexes par l'arthropathie en question. C'est la reconnaissance d'un droit dont la femme se serait bien passée.

Ricord n'eut pas souvent l'occasion d'observer le rhumatisme blennorrhagique chez la femme, pour la raison suivante, qu' n donne M. le professeur Fournier. On ne recherchait pas alors systématiquement, comme on le fait partout maintenant, l'affection vénérienne chez les femmes qui présentaient une arthrite à physionomie suspecte. De plus, une malade qui souffre au coude ou au genou ne se rend pas compte du point de départ génital de son affection, et jamais elle ne songera à solliciter son admission dans un service spécial. Il a donc fallu que l'attention des observateurs fût appelée sur quelques cas frappants, pour mettre la clinique en éveil et produire ce revirement d'opinion.

L'âge des malades atteints varie quelque peu. Si la majorité d'entre eux accusent une jeunesse relative, on a vu l'affection s'attaquer à des vieillards d'un âge avancé. Par contre, on a souvent eu à la combattre chez de malheureux enfants, des nouveau-nés ou d'autres, dont l'âge variait depuis 2, 3 et 4 ans jusqu'à 10 et 12 ans. Pour les tout petits c'était la suite et la complication de l'ophtalmie purulente. On a eu de cette façon la preuve que l'urétrite blennorrhagique n'était pas indispensable à l'éclosion des accidents rhumatismaux. Quelques observations très précises de la thèse de Raynaud auxquelles on pourrait joindre un grand nombre d'autres, sont à ce sujet absolument concluantes. Les fillettes fournissent le plus grand nombre des victimes dans la seconde enfance, et dans la plupart des cas, le point de départ est génital. On sait en effet com-

bien sont fréquentes chez les petites filles, même en dehors de tout attentat, les vaginites gonococciques. L'origine et la pathogénie de ces vaginites sont diversement expliquées, mais quel qu'en soit le point de départ, il a été constaté de leur fait des arthropathies blennorrhagiques avérées.

On a beaucoup discuté l'époque d'apparition de l'arthrite blennorrhagique et les rapports qui existent entre l'âge de la chaudepisse et l'écllosion de sa manifestation articulaire. Mais, on sait maintenant qu'une jointure peut être prise en pleine période aiguë de l'urétrite, comme aussi le simple écoulement chronique, la goutte militaire peut être le point de départ de manifestations articulaires très aiguës. Chose curieuse la gravité de la complication n'est souvent pas le moins du monde imputable à l'abondance de l'écoulement, à l'état aigu de l'urétrite, et tel malade qui présentait une chaudepisse de toute moyenne intensité se voit cloué sur un lit de douleurs par la plus aiguë des arthrites. Nous avons observé le fait chez un de nos malades, à qui, au moment des accidents articulaires, il ne restait qu'une minuscule goutte matutinale, un rien, comme il disait. On a donc vu l'arthrite blennorrhagique se produire à des époques variables. Dans les débuts les plus précoces, elle apparaît vers le cinquième ou sixième jour. En général, c'est vers le dixième ou le quinzième qu'elle débute. Mais il lui arrive assez souvent d'attendre jusqu'au trentième et même au soixantième pour se déclarer. Dans l'ordre de fréquence c'est le genou qui est le plus souvent pris. Ensuite viennent le coup-de-pied, l'épaule, le poignet, le coude et les petites articulations.

En résumé, l'on peut dire que l'arthrite blennorrhagique a pour cause la blennorrhagie soit uréthrale, soit oculaire, et que secondairement elle peut naître à l'occasion d'un refroidissement, d'un traumatisme ou d'un surmenage quelconque, sans toutefois que son existence soit dépendante de ces causes secondaires. Si parfois, à sa naissance, on peut trouver la trace de ces éléments, dans la plupart des cas il est impossible d'y arriver.

Depuis l'époque lointaine où Selle et Swediaur firent remarquer la connexion intime de certaines affections articulaires avec la blennorrhagie, les discussions et les travaux se sont multipliés autour de cette question si intéressante et difficile en même temps, la pathogénie du rhumatisme blennorrhagique.

De toutes ces discussions, il est depuis longtemps ressorti que le rhumatisme blennorrhagique fait partie d'une entité morbide ayant pour point de départ l'affection uréthrale. Les faits se sont groupés

à l'appel des cliniciens et des expérimentateurs et on fait justice des théories contraires. La coïncidence purement accidentelle des deux affections, le réveil d'un rhumatisme plus ou moins latent à l'occasion d'une blennorrhagie, ne sont plus guère que du domaine de l'histoire. On accepte franchement aujourd'hui l'opinion légèrement modifiée de Lasègue qui faisait du rhumatisme blennorrhagique une pyohémie à la porte d'entrée uréthrale. Les acquisitions de la microbiologie ont changé, quant à la forme, l'énoncé de Lasègue, mais le fond est resté le même.

Si l'on s'entend bien sur les origines du rhumatisme blennorrhagique, il faut se hâter d'ajouter qu'il n'en est plus ainsi lorsqu'il s'agit d'expliquer le "*modus agendi* de l'affection uréthrale." La muqueuse uréthrale se laisse forcer, tout le monde est d'accord. Elle laisse passer des agents pathogènes, lesquels iront se fixer en un point faible quelconque pour y faire leur œuvre. Mais quels sont ces agents ? Voilà où les opinions se partagent. On en compte jusqu'à trois bien tranchées.

La première veut que le microbe spécifique de la blennorrhagie le gonocoque, soit seul mis en cause. Agissant de lui-même et localement disent les uns, à distance et par ses toxines affirment d'autres, il est la cause efficiente des manifestations extra-uréthrales de la blennorrhagie. Il existe même une variante admise par M. le professeur Fournier et M. Mauriac et basée sur des faits très curieux. Le gonocoque dans certains cas agirait sur les centres nerveux, lesquels à leur tour provoqueraient, par action réflexe, des troubles articulaires,

Nous n'avons jamais été à même de constater le fait, mais l'autorité de tels observateurs nous fait un devoir de citer cette opinion.

La seconde théorie met en cause les microbes ordinaires de la suppuration à qui le gonocoque aurait ouvert la porte par son action destructive sur la muqueuse uréthrale.

Il existe un troisième avis fait de moyen terme entre les deux premiers et que l'observation clinique et la bactériologie rendent vraisemblable au moins dans certains cas. Du reste, il n'a rien qui contredise absolument l'opinion qui fait du gonocoque un agent actif du rhumatisme blennorrhagique. Le microbe spécifique coexisterait souvent dans une articulation malade avec d'autres micro-organismes, les uns et les autres travaillant de concert.

Depuis quelques années le nombre des faits qui plaident en faveur de la première théorie est devenu de plus en plus considérable. Le gonocoque aurait été bel et bien trouvé dans les articulations malades. Faut-il en conclure qu'il y est toujours et que les

difficultés de technique empêchent seules qu'on l'y décèle. Nous ne le croyons pas et les faits négatifs publiés par M. le professeur Dieulafoy et M. Widal, M. le professeur Guyon et M. Janet, MM. G. Roux, Jacquet, Hasiund, Bockard, Bumm, Wertheim et d'autres encore, ne peuvent être traités à la légère et méritent une sérieuse considération. C'est pour ces cas sans doute que serait vraie la théorie des toxines admise par quelques observateurs, notamment par le professeur Guyon et M. Janet.

Trop souvent, la difficulté d'atteindre le gonocoque et de le cultiver, sa faible vitalité au sein des liquides articulaires nettement constatée, rendent les recherches décevantes et les résultats peu concluants. Ces difficultés font que les cas négatifs sont la règle. Mais, ajoute M. Sée, un cas bien établi suffit à aliéner cette règle.

Mais passons en revue quelques-uns des faits qui plaident en faveur de l'infection gonococcique.

Petrone, en 1883, trouve le gonocoque dans le sang de deux blennorrhagiens atteints d'arthrites du genou. Il répète l'expérience avec le liquide de l'épanchement et obtient les mêmes résultats. Mais les caractères qu'il attribue à ces micro-organismes empêchent M. Sée de conclure dans le même sens que Petrone, ou tout au moins lui font paraître ces cas douteux.

Déjà l'année précédente, M. le professeur Bouchard avait présenté quatre cas où l'examen du sang s'était trouvé affirmatif.

Puis Hamonic, Leroy, Tédénat, cités par Dézanneau, avaient fait les mêmes recherches avec le même succès.

Bousquet, en 1885, trouva du gonocoque dans le pus d'une arthrite sterno-claviculaire qu'il décrit du reste tout au long.

Un épanchement datant de deux jours est ponctionné par Kammerer qui y décèle le gonocoque. Un deuxième cas, ponctionné au sixième jour, ne lui donne rien. D'où Kammerer, s'appuyant sur d'autres faits de même nature, conclut à la faible vitalité du gonocoque dans les articulations.

En 1886, Hall retire du pus d'un genou, l'examine et y reconnaît le gonocoque.

Hartley présente quatre cas de même nature.

Ses observations sont consignées dans le *New-York medical Journal*.

Ceppi et Wertheim découvrent en 1887 le gonocoque dans le pus d'un abcès pelvi-péritonéal.

Deutschmann examine deux cas, dont l'un sans résultat. Quant à l'autre, une arthrite compliquant une ophtalmie purulente, il lui

fournit des diplocoques présentant un certain nombre des caractères du gonocoque. Il n'a manqué à cette expérience, pour être parfaitement concluante, qu'une culture sur milieu spécial.

Dans quatre échantillons de liquide articulaire séroumuqueux, incolore et limpide, Jacquet ne trouva rien. Un cinquième épanchement à liquide louche, lui permit de voir une cellule à noyaux, gorgée de diplocoques aplatis en grain de café.

M. Rendu présentait en 1893 à la Société médicale des hôpitaux un cas d'arthrite à épanchement nettement purulent. On en fit des lamelles. Les micro-organismes se décolorèrent par le Gram, et, par des cultures sur sérum et gélose, on obtint une belle colonie de microcoques disposés en tétraèdres et possédant la plupart des caractères du gonocoque.

Le liquide de deux ponctions faites pour arthrites du genou, fournit à Höck des préparations de diplocoques en forme de haricots, qui ne prenaient pas le Gram, qui ne poussaient, ni sur gélatine, ni sur gélose simple, mais seulement sur milieu spécial; enfin ces organismes paraissaient en tout semblables au gonocoque. Quelque temps après, il présentait deux enfants atteints successivement d'ophtalmie purulente et d'arthrites à épanchement, lesquels épanchements contenaient du gonocoque avéré. Höck renouvela plusieurs fois ses examens, et il fait remarquer la tendance du gonocoque à la raréfaction et même à la disparition à mesure que vieillissait l'affection.

Finger, Gohn et Schlagenhauer publièrent, en 1894, un cas bien curieux. Il s'agissait d'un enfant qui dix jours après sa naissance présenta une ophtalmie purulente et des arthrites multiples, du genou, du cou-du-pied, de l'articulation temporo-maxillaire, ainsi que diverses autres manifestations d'infection. Il mourut bientôt d'un phlegmon du cou. On fit l'autopsie précoce et l'on ensemença le pus des différents foyers. Pour ce phlegmon du cou, l'arthrite temporo-maxillaire et le sang pris au niveau de l'oreille, on trouva du streptocoque pur. Le pus d'une périchondrite costale contenait du gonocoque pur. Quant à l'épanchement du genou, il fournit un mélange de gonocoque et de streptocoque.

Neisser (cité par M. Sée) trouve dans une arthrite du cou-du-pied des diplocoques qui ont tous les caractères du gonocoque et poussent très bien sur agar glycérimé.

Ici se place un des rares faits où l'inoculation soit venu confirmer l'examen microscopique et le résultat des cultures. Il appartient à Bordoni. On en trouve l'observation très détaillée dans la thèse

de M. Sée. Il s'agit d'une arthrite du cou-du-pied dont le pus examiné sur lamelles contenait des gonocoques. On ensemença sur le milieu de Wertheim et l'on obtint de belles colonies de gonocoque pur. On poussa plus loin ; l'inoculation de ces cultures fut pratiquée chez un jeune homme robuste et sain dont les derniers rapports sexuels remontaient à quatre mois, et qui de ce fait devint propriétaire d'une magnifique uréthrite spécifique. Le produit en fut ensemencé et donna naissance à de petites colonies demi-transparentes de gonocoque pur. Les milieux ordinaires ne donnèrent aucun résultat.

Manley (*American Journal of medical Sciences*, juillet 1894) rapporte dix cas d'arthrites blennorrhagiques dont quelques-uns furent examinés bactériologiquement. C'étaient les moins graves et ils donnèrent du gonocoque.

Burci et Respighi ayant examiné le liquide louche d'une arthrite n'y trouvèrent pas de micro-organismes. On en fit cependant des cultures sur agar-glycériné, mais sans succès. Quelques jours plus tard l'articulation fut ouverte et une parcelle de la synoviale ensemencée. Résultat : colonies de gonocoque pur.

Les observations publiées par Hewes dans le *Boston medical and surgical Journal* (1894) sont très précieuses. Il a examiné le sang de quatre blennorrhagiques et l'un de ces examens lui a fourni du gonocoque absolument authentique. Voici du reste résumée l'histoire de son malade.

Il le vit pour la première fois le 14 mars, à ce moment en pleine puissance de blennorrhagie et présentant tous les signes d'une infection généralisée. Plusieurs jointures furent successivement envahies. L'examen plusieurs fois répété de son sang donna constamment les mêmes résultats. Chaque fois, il trouva un diplocoque cultivant bien sur un milieu spécial favorable au gonocoque et ce micro-organisme ne poussa pas sur la gélose ou la gélatine, et se comportait vis-à-vis des colorants exactement comme le microbe de Neisser. Les colonies blanchâtres réensemencées un jour après leur apparition se reproduisirent très bien, mais devinrent stériles quelques jours après. Les mêmes examens du sang pratiqués les 20 et 24 mars donnèrent des résultats identiques. Vers le 1er avril, toute trace d'infection disparut.

Au mois d'août suivant, Hewes examina cinq nouveaux cas dont deux furent concluants. Le premier le fut particulièrement. Il est comparable à celui de Bordonna par le contrôle de l'inoculation qui fut ici pratiquée sur une chienne et donna des résultats positifs. Le malade présentait une uréthrite intense et une polyarthrite qui



écrolata, paraît-il, à l'occasion d'un traumatisme, un coup de pied de mule qui le renversa violemment. Ici encore infection générale intense. On ensemence le sang sur la gélatine de Truro et l'on voit s'y former au bout de trois jours des colonies blanc jaunâtre, sans grande tendance à s'accroître, qui ne donnèrent aucun résultat par le passage sur d'autres milieux, mais se reproduisirent parfaitement sur le même. Ces colonies étaient formées de diplocoques. On refit des cultures du sang le 25 et le 30 août, le 4, le 8 et 20 septembre et, à l'exception de la dernière tentative, toutes donnèrent les mêmes résultats. Les colonies du 30 août furent même reproduites jusqu'à quatre fois et la dernière génération inoculée à une chienne produisit une vaginite à gonocoques. L'expérience fut répétée chez un autre sujet avec d'autres cultures et le résultat fut le même.

Enfin, dernier fait de cette longue série, rapporté par Griffon. Une petite fille fut atteinte presque simultanément d'une vulvo-vaginite, d'une conjonctivite grave des deux yeux et d'une double arthrite suppurée du poignet et de la hanche. On fit l'examen des divers liquides pathologiques et l'on trouva :

*Dans le pus vaginal.*—Du gonocoque, d'autres diplocoques et des bâtonnets prenant le Gram.

*Dans le pus oculaire.*—Du gonocoque pur sur lamelles et par les cultures, du staphylocoque blanc et des bacilles prenant le Gram.

*Dans le pus de la hanche.*—Du staphylocoque blanc qui poussa sur gélose additionnée de liquide ascitique.

Il y eut un " post mortem " qui permit de trouver dans le pus du poignet du gonocoque, mais à la culture on ne trouva plus que du staphylocoque blanc et quelques bâtonnets de même nature que ceux de l'œil et du vagin. Le liquide de la hanche fournit exactement les mêmes résultats.

A cette longue énumération des cas où l'existence du gonocoque en tant qu'agent infectieux a paru incontestable ou tout au moins fort probable, on pourrait opposer un grand nombre d'exemples où des résultats négatifs furent obtenus par les observateurs. Nous avons déjà mentionné les cas de M. le professeur Dieulafoy et M. Widal, ceux de M. le professeur Guyon et M. Janet. On pourrait y ajouter les sept cas sans résultats de Hewes observés pourtant dans des conditions absolument identiques à celles de ses cas heureux, les quatre examens infructueux de Jacquet et nombre d'autres.

Mais il est un autre genre de faits plus en harmonie avec les observations que nous présentons dans cette thèse. Ces faits nous paraissent répondre assez bien à l'idée pathogénique que l'on peut

se faire de certaines arthrites aiguës blennorrhagiques. Nous voulons parler des cas où l'on a trouvé les microbes de la suppuration dans le liquide des épanchements. Ils sont nombreux et bien établis. Nous nous contenterons d'en citer quelques-uns en y ajoutant un mot des résultats obtenus chez nos malades.

Nous trouvons dans la thèse de Raynaud l'histoire d'une suppuration périarticulaire extrêmement curieuse. Deux abcès apparaissent chez un malade en puissance de blennorrhagie, le premier à la face interne du genou, l'autre à la face externe; l'articulation elle-même paraissait indemne. Dans l'un on trouve du gonocoque, dans l'autre, incisé quelques jours plus tard, on ne décèle que des cocci et des diplocoques absolument différents du microbe de Neisser.

Si nous nous reportons au cas de Finger, Gohn et Schlagenhauer, cité plus haut, nous trouvons l'infection mixte (gonocoque et streptocoque) dans une arthrite du genou et du streptocoque pur dans celle de l'articulation temporo-maxillaire.

(A suivre).

SAULIEU ET DUBOIS.—Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8 de 720 pages. illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels depuis le 1er Janvier 1900. Chaque fascicule 1 fr. Souscription à forfait : 15 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris.

Deux internes des hôpitaux de Paris. MM. Saulieu et Dubois ont réuni un choix des questions d'anatomie, de pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hôpitaux posent aux candidats du *concours de l'externat* et dont ils jugent par là même la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débiter dans la pratique hospitalière.

Leur but a été de faciliter la tâche de l'étudiant; non seulement ils lui donnent, sous une forme aussi synthétique que possible, la matière des questions qui sont données d'une façon courante, mais ils ont surtout voulu montrer comment, pour faciliter le travail de la mémoire, il est possible de ramener à un plan uniforme presque toutes les questions. Persuadés que l'ordre est la première condition d'un travail fructueux et que beaucoup d'élèves perdent, par le manque de méthode, un temps parfois considérable, ils ont dégagé de l'ensemble des sujets, sous forme de *schéma*, quelques plans types, qui seront comme des *moules* auxquels on pourra adapter telle ou telle question particulière, et qui devront ainsi aider la mémoire dans son travail de recherche.

## DES SOINS À DONNER À LA FEMME AVANT, PENDANT ET APRES L'ACCOUCHEMENT.

Par Elphège A. René de COTRET, M. D., médecin de la Maternité.  
Professeur adjoint d'Obstétrique.

(Suite et fin.)

*Interrogatoire et examen de la malade.*—Deux cas peuvent se présenter. Le médecin, appelé auprès d'une parturiente, connaît ou ne connaît pas cette patiente. Il est mandé pour la première fois auprès d'elle ; il ignore complètement chez qui il se rend ; il ne sait pas ce qui l'attend ; il n'a pas été averti d'avance, il est appelé parce que le médecin de famille est absent ou incapable de se rendre, ou encore, parce que, selon la mauvaise coutume, la détestable manie, on ne veut pas aller voir le médecin pendant la grossesse : les femmes sont trop honteuses (fausse honte), trop gênées, (gêne déplorable). Hélas ! elles regrettent souvent cette honte ou cette gêne, parce qu'au moment de l'accouchement, le médecin est obligé de leur faire subir certaines opérations obstétricales dangereuses qui auraient pu être évitées par un examen antérieur. D'un autre côté, le médecin, appelé, se rend chez une ancienne patiente ou chez une nouvelle parturiente de ses clients, parturiente qu'il a suivie de près ; qu'il connaît bien ; chez ses deux dernières malades il sait ce qu'il fera. Il les a palpées depuis longtemps, il les a auscultées : il a examiné leurs urines ; il leur a fait suivre un régime spécial suivant les circonstances : il apporte les instruments nécessaires à chacune d'elles.

est évident que, dans ces deux cas tout à fait dissemblables, l'arrivée et la présentation de ces deux médecins auprès de leurs patientes ne seront pas les mêmes. En effet, le médecin, qui voit pour la première fois sa patiente, n'aura pas à se présenter comme celui qui arrive dans une maison où tout lui est connu. Le premier aura plus de réserve à observer, le second sera plus à l'aise, plus chez lui ; le premier aura beaucoup à apprendre, le second sait presque tout ; le premier questionnera beaucoup plus longuement avant d'en venir à faire l'examen par le toucher et le palper, afin de mettre sa patiente

à l'aise, afin de l'habituer à sa présence ; le second n'a qu'à s'informer du début des douleurs, de leur caractère et enfin de se renseigner par lui-même sur l'état du col ou si réellement la femme est en travail.

Le médecin nouveau doit avoir beaucoup de délicatesse chez la femme qu'il ne connaît pas encore ; son langage, ses manières doivent être plus réservés. L'expérience de la pratique nous apprend combien il est difficile, dans certains cas, d'habituer la femme à notre présence. Quelles variétés de caractère ! quelle humeur maussade on rencontre parfois chez les femmes enceintes, surtout chez certaines parturientes ! et c'est ces différents tempéraments ou perversion de tempérament qu'il faut s'étudier à ne pas froisser ; car si une fois, on déplaît à ces bizarres natures, on ne sait où s'arrête leur impolitesse et même leur grossièreté. Parfois c'est la surprise ou le désappointement qui les font manquer à leur retenue habituelle. En effet, une malade habituée à son vieux médecin qu'elle aime, qu'elle considère comme son ami et son conseiller, comme son accoucheur ancien, s'imagine que tout lui manque quand celui-ci est absent. On vous mande auprès de cette femme parce que vous étiez sur le chemin ou faute d'autres. Vous êtes jeune, votre figure n'est pas sympathique et puis, que sais-je, il vous manque quelque chose dans le regard, dans la voix, la femme est surprise, étonnée de votre arrivée, elle vous reçoit mal, répond d'une manière brusque à vos questions quand elle y répond. Il faut s'attendre à tout dans ces moments, même de la femme la mieux élevée. Il faut savoir prendre les choses sur le bon côté et faire face d'une manière polie et engageante à ces petites hostilités.

Un jour, j'étais appelé auprès d'une parturiente. Son mari, un de mes amis, lui avait parlé favorablement de moi. Il lui avait dit que j'étais médecin ici et là, que j'avais telle charge, tel honneur, que j'avais accouché une telle et une telle, que partout on était satisfait de mes soins, enfin un tas de bonnes choses plus ou moins vraies qui devaient me gagner certainement les bonnes grâces de madame sinon son affection et sa confiance. Madame se met dans la tête que, puisque j'étais au dire de son mari, l'accoucheur de toutes les femmes, je devais être un beau grand vieux à barbe blanche, aux regards paternels. Imaginez-vous la tête qu'elle me fit à mon arrivée auprès d'elle. Quelle déception ! quand elle vit ce maigrelet imberbe. Les bras lui tombent de stupéfaction ; elle perd contenance ; ses douleurs cessent ; elle ne veut plus accoucher. Elle fait comme le patient qui veut entrer chez le dentiste pour se faire extraire une

dent et voit son mal disparaître lorsqu'il saisit le cordon de la clochette. N'empêche que j'ai cependant accouché cette femme trois ans de suite à même date et si je ne l'ai pas revue plus tard, c'est qu'elle demeure maintenant à la campagne, loin de la ville.

Le médecin s'informerait de tout ce qui peut lui être utile touchant le diagnostic de la grossesse, de la présentation de l'enfant, de la marche de l'accouchement, de l'expulsion. Il s'enquerra des habitudes de la patiente, de sa vie, de sa santé avant et pendant la grossesse et dans le bas âge. Il s'inquiètera des grossesses et des accouchements antérieurs, des suites de couches, de la santé des enfants, s'il ont été nourri au sein ou artificiellement. Le médecin doit observer minutieusement les conformations du squelette, et la constitution de sa malade. Il doit faire un examen complet et méthodique.

D'abord, il s'assurera si la femme est réellement enceinte, et à quel âge de la grossesse elle est rendue. Les exemples de femmes appelant le médecin pour les accoucher quand elles n'étaient pas enceintes ne sont pas rares. J'en ai examiné un grand nombre se croyant en état de grossesse et d'une grossesse âgée de cinq, six, sept et huit mois, et qui ne l'étaient pas du tout.

Quand la femme est réellement enceinte, est-elle à terme ou non ? quand a-t-elle vu ses dernières menstrues ? quand a-t-elle senti les mouvements actifs du fœtus ? Si elle n'est pas à terme, est-elle vraiment en travail ? le travail est-il avancé ? ne peut-on espérer enrayer ce travail prématuré ? Les membranes sont-elles rompues ? le col est-il dilaté ? le fœtus est-il mort ?

La grossesse est-elle à terme, la femme est-elle réellement en travail ? comment est le col ? quelle présentation y a-t-il ? Le bassin est-il bien conformé ? N'y aura-t-il pas d'obstacle à la sortie du fœtus ? Quel est le caractère des douleurs ? C'est par le toucher, le palper et l'auscultation qu'on répondra à ces différentes questions. Le toucher vous dit l'effacement du col, sa dilatation, sa dilatabilité ; le toucher nous renseigne sur l'état du périnée, du vagin et de l'excavation, sur la hauteur de la présentation ; il nous fait connaître cette présentation et sa position et variété de position.

Quand doit-on pratiquer le toucher ? Pendant la contraction ou dans l'intervalle de deux douleurs. Pendant la contraction, le toucher n'est pas plus pénible, mais, il peut paraître plus douloureux à la patiente qui vous accuse de son mal. C'est surtout pendant la contraction qu'on s'assurera de l'intégrité ou de la rupture de la poche des eaux, de l'engagement réelle de la tête, de sa tendance à des-

centre et à exercer son mouvement de rotation; on verra aussi le caractère des contractions par l'état du col.

Dans l'intervalle des contractions, on se rend compte de la dilatabilité du col, de la position du fœtus, de la présence ou non du cordon, d'un membre. Le col, souple alors, laisse pénétrer plus facilement entre le doigt qui explore la partie fœtale et le segment inférieur de l'utérus. Pendant l'intervalle des contractions, il y a moins de danger de rompre la poche des eaux.

Quand on touche la présentation et qu'on la trouve bonne et favorable, il n'est pas absolument nécessaire dès le début du travail de rechercher la position, quand la tête du fœtus est haute, que le col n'est pas très dilaté et que les membranes ne sont pas rompues; c'est exposer la femme à des douleurs inutiles.

Le palper est quelquefois plus instructif que le toucher et il nous donne des renseignements au moins tout aussi justes sur la présentation et la position, sur la grossesse simple ou multiple. L'auscultation, pour n'être pas aussi exacte, sur ce point, n'est pas à négliger, elle nous dira la santé de l'enfant, son état de souffrance, et le moment de l'intervention armée.

Une question qu'on doit toujours s'attendre à répondre est celle-ci: "Docteur, en ai-je encore pour longtemps à souffrir?" Il faut être très prudent dans notre réponse, parce que l'accouchement nous réserve souvent des surprises; si l'on est trop prompt à répondre, si l'on donne une solution trop sûre à cette demande on pourra perdre quelquefois sa réputation. Faisons comme les anciens oracles, disons toujours des mots qui peuvent prêter à équivoque, c'est-à-dire répondons évasivement de manière à avoir toujours raison: "Madame, telle chose arrivera si telle autre se fait de telle manière; votre accouchement a commencé à telle heure, elle devra finir, en suivant l'expérience, à telle autre heure, parce que les douleurs sont bonnes; tout fait présager que vous en serez quitte à cette heure, mais il faut que les contractions soient bonnes, etc."

Pour fixer le pronostic et la terminaison de l'accouchement, on se basera sur les trois éléments qui sont en jeu pendant le travail: le *mobile*, la *force expulsive*, le *canal à parcourir*. Et même on sera encore réservé parce que tant d'incidents modifient le cours de l'accouchement.

1° Le *mobile est l'œuf*.—L'œuf se compose des membranes, du liquide amniotique, du placenta, du cordon, du fœtus. Chacun des éléments peut changer le cours de l'accouchement; aussi, si la poche des eaux se rompt prématurément ou tardivement, l'heure de l'accou-

chement peut en être retardée. Si le liquide amniotique est en quantité trop considérable, il est une cause de faiblesse dans les contractions utérines ; il sera un obstacle à la terminaison rapide du travail. Le placenta est-il inséré normalement ou d'une manière vicieuse ? chose très importante à considérer et qui fait varier l'heure et le pronostic de la délivrance. Le cordon ou un des membres font-ils providence ? le pronostic ne sera pas le même. Le fœtus a-t-il vie ? est-il mort ? et depuis quand ? est-il bien développé ? son volume est-il en-dessous ou en-dessus de la moyenne ? quelle est la réductibilité de la tête ? quelle est la présentation et la position ? Voilà autant de points à résoudre et qu'on ne doit pas négliger quand il s'agit de répondre à la parturiente qui nous harcèle de ses questions.

2° La *force expulsive* est fournie par le muscle utérin et la paroi abdominale. Tous les utérus n'ont pas la même force, la même puissance. Cette dernière dépend de l'organisation primitive de l'utérus, de son développement (à terme ou avant terme) de son état normal ou morbide, de sa direction dans l'axe du détroit supérieur, de son obliquité plus ou moins prononcée, de la fréquence et de la régularité des contractions

L'énergie de la *presse abdominale* dépend de l'état général de la femme, de sa constitution, de son tempérament, de son courage, de la présence ou de l'absence de tumeurs ou d'anomalies locales.

3° Le *canal à parcourir* est constitué par des parties dures et molles. Le bassin osseux peut présenter un vice de conformation par suite de maladie des os ou des articulations. Il peut être trop long ou trop étroit, trop large ou trop étroit.

Il y a trois points à considérer dans les parties molles : le col utérin, le canal vaginal et la vulve. Chez la multipare ces parties n'ont pas le même caractère que chez la primipare. Elles sont généralement plus larges, plus souples, plus dilatables, moins sensibles chez la première. Il faut considérer la fermeté des tissus, la lubrification et le ramollissement du canal vulvo-vaginal, la situation du col et son aspect.

D'ordinaire, la dilatation du col est le temps le plus long, le plus difficile. Charles, de Liège, donne à ce sujet les particularités suivantes. " Lorsque le segment inférieur de l'utérus est presque hémisphérique, le col mince, mou, extensible, au centre du bassin, la dilatation est rapide et peu douloureuse. Quand ce segment est très abaissé, tendu et le col fortement porté en haut, et en arrière, la dilatation est lente, pénible. On la facilitera, en accrochant avec

l'index la lèvre antérieure pour attirer le col en bas et en avant, en ayant soin de ne pas déchirer les membranes.

“ Si le col n'est pas complètement effacé et a conservé une forme tubulée, la dilatation est longue, douloureuse.

“ Dans tous les cas où les lèvres du col sont épaisses et fermes, ou résistantes et sensibles, la dilatation exige du temps et de la patience. Si on voulait la hâter au moyen des doigts, on n'aboutirait qu'à provoquer des douleurs, de l'inflammation, un spasme de l'orifice.”

On peut rencontrer du côté du col, du vagin et de la vulve différentes maladies ou anomalies qui font varier le pronostic de l'accouchement.

“ Dans le cas le plus heureux, nous dit encore Charles, dans l'accouchement naturel, type en quelque sorte, la femme est bien portante, bien constituée, parfaitement conformée; le fœtus est à terme, de volume ordinaire, le sommet est en première position et déjà engagé dans le haut de l'excavation; le col est au centre, tout à fait effacé, dilatable; la poche est plate et résiste jusqu'à la dilatation plus ou moins complète, les contractions sont régulières; le canal est normal, ramolli, lubrifié; enfin, aucune anomalie ne peut être relevée. Plus un accouchement s'éloigne de ce type, moins il y a de chance qu'il se termine facilement, rapidement.”

*Position de la femme.*—La position varie suivant les périodes du travail. Au début et pendant toute la dilatation du col, la femme peut rester debout et marcher. Il y a même avantage à le faire, parce qu'en général, les douleurs sont plus fortes et plus fréquentes quand elle ne reste pas en place. Cependant, dans certains cas, il vaut mieux la mettre dans le décubitus dorsal parce que les contractions sont meilleures dans cette posture. C'est à l'accoucheur à choisir pour sa malade la position la plus convenable pour chaque cas. Néanmoins, la parturiente devra rester dans le décubitus dorsal: 1° quand les membranes se sont rompues prématurément. Il faut conserver le plus d'eau possible dans l'utérus;

2° Quand la poche des eaux étant intacte, on veut supprimer l'action de la pesanteur sur cette poche pour en retarder la rupture, quand il y a doute sur la présentation;

3° Pour ramener l'utérus dans l'axe de la filière génitale dans les cas de ventre en besace;

4° Si les accouchements antérieurs ont été trop prompts et suivis d'hémorrhagie;

5° S'il y a procidence du cordon ou d'un membre, prolapsus, varices volumineuses, hernie, hémorrhagie;



6° Quand la femme est faible, fatiguée, sujette aux syncopes.

Dans certains cas, il faut lui faire prendre des positions irrégulières, déviées; par exemple on mettra la femme dans un décubitus latéral pour ramener vers le centre du détroit la tête fœtale logée dans une des fosses iliaques.

Pendant la période d'expulsion, il est prudent de faire garder à la patiente le décubitus dorsal, afin de prévenir la sortie trop rapide de l'enfant. Toutefois, quand la présentation est encore élevée, les douleurs peu fréquentes et que la tête bouche bien le canal de sorte que les eaux ne puissent s'écouler, la femme peut marcher encore; mais il faut la surveiller. Quand l'enfant exécute sa sortie, la femme est dans la position obstétricale française, c'est-à-dire, couchée sur le dos, les cuisses sont légèrement écartées et modérément fléchies sur le bassin; les jambes sont aussi semi-fléchies et les pieds prenant un point d'appui sur le lit.

Au dernier moment, il faut ménager la pudeur de la patiente, comme on a dû le faire pendant tout l'accouchement. On se garde de découvrir la femme.

*Nourriture.*—La nourriture doit être légère pendant tout le temps du travail. On doit éviter les aliments solides et se contenter des liquides: consommés, bouillons, potages, lait, tisanes, grog, thé léger, café, limonade, eau gazeuse, eau vineuse, infusion de tilleul, lait de poule, jaune d'œuf dans le bouillon.

La boisson la plus simple et le plus souvent la mieux tolérée et la meilleure pour étancher la soif vive que beaucoup de femmes éprouvent, c'est l'eau fraîche, glacée même, s'il y a des nausées; seulement, on la donne par petits coups, jamais une grande quantité à la fois.

Les aliments solides favorisent les vomissements.

*Rôle de l'accoucheur.*—L'accoucheur doit-il rester constamment près de sa malade? Tout dépend de la parturiente. Certaines femmes préfèrent retenir le médecin auprès d'elles; sa seule présence paraît leur inspirer de la confiance. D'autres n'y tiennent pas du tout. Elles sont plus contentes quand elles le voient s'éloigner, parce qu'elles sont gênées devant lui; leurs douleurs sont moins fortes et moins fréquentes. De son côté le médecin en est même plus satisfait, parce qu'il n'a pas toujours à répondre la même chose, à répéter fréquemment les examens. Il vaut généralement mieux qu'il s'éloigne si le travail n'est pas avancé. Il reviendra une heure ou deux plus tard constater les progrès de l'accouchement. Si le médecin ne quitte pas la maison, il doit autant que possible se tenir en dehors

de la chambre de la malade. D'une façon générale, la présence du médecin est nécessaire, chez la primipare, quand la poche des eaux est rompue et quand le col a atteint une dilatation d'une pièce de cinq francs. Chez la multipare il ne faut pas attendre aussi longtemps. Le médecin ne devra pas quitter sa patiente si le diagnostic de la présentation n'est pas fait ou s'il est douteux. Quand le médecin s'absente il doit dire où l'on pourra le trouver au besoin.

*Rupture artificielle des membranes.*—Le plus souvent la rupture des membranes se fait spontanément. Mais si ces membranes sont trop résistantes et tardent trop à se déchirer il faut en prariquer la rupture, soit avec l'ongle ou mieux avec un perce-membrane, dans l'intervalle ou à la fin d'une contraction pour éviter la procidence du cordon ou d'un membre. La rupture artificielle des membranes se fait généralement quand la dilatation est complète.

*Expulsion du fœtus.*—Il faut engager la femme à pousser pendant la contraction et à se reposer dans l'intervalle des contractions. La femme qui pousse bien doit fermer la bouche et pousser pendant la contraction d'une façon continue par le bas comme si elle voulait aller à la garde-robe. La partie fœtale en descendant dans l'excavation presse le rectum et la vessie ; de là des envies illusoires d'uriner et d'aller à la selle. Il faut alors empêcher les femmes de se lever et leur faire comprendre que c'est la descente et la sortie de la partie fœtale engagée qui en est la cause et qu'elles doivent rester couchées.

Pendant les douleurs expulsives, les femmes éprouvent très souvent des crampes au mollet ou à la cuisse. On les soulage par des frictions ou la compression de la partie contracturée.

Les femmes doivent pousser pendant la contraction jusqu'au moment où l'extrémité fœtale qui se présente se dégage à la vulve. Au dernier moment elles doivent cesser tout effort pendant la contraction, se tenir la bouche ouverte et respirer largement. On leur commande de pousser pendant l'intervalle des contractions ; on peut ainsi protéger plus facilement le périnée et donner à la vulve le temps de se dilater.

Si l'expulsion se termine dans le délai ordinaire, c'est-à-dire en une demi-heure chez les multipares, en une ou deux heures chez les primipares, le rôle de l'accoucheur se borne à encourager la patiente, à l'engager à pousser et à veiller au périnée pendant le dégageement.

Le médecin doit ausculter souvent pendant la période d'expulsion, et voir si l'enfant ne souffre pas, ce dont il s'apercevra par les battements ralentis du cœur de l'enfant et par la sortie du méconium.

Un dernier mot : l'accoucheur doit être patient, doux, honnête,

et par-dessus tout propre, d'une propreté minutieuse. Avec ces qualités, il est sûr de presque toujours réussir dans les accouchements même les plus difficiles.

Avez-vous examiné attentivement la physionomie de la femme qui pousse son dernier cri de douleur et entend le premier vagissement du bébé qui naît ? Tantôt, cette mère, fatiguée, épuisée, écrasée sous un travail long, laborieux, est complètement immobile ; elle tombe comme le soldat, qui a fourni une longue course, après une rude campagne, et qui s'abat aux portes de la ville qu'il a forcée. L'annonce de la victoire ou de la délivrance ne les ranime pas plus l'une que l'autre parce qu'ils semblent complètement anéantis. Tantôt au contraire, le travail court et facile ne semble pas laisser d'empreinte sur les traits de la femme forte et courageuse. Ces jours derniers, j'accouchais une *Spare*, femme d'un caractère froid. Il était complètement impossible de lire sur la figure la moindre trace de douleur. Au milieu des plus grandes contractions, des douleurs expulsives, ses traits avaient conservé une douce expression. Elle souriait toujours. Tantôt enfin, la femme est rouge, couverte de sueur ; elle a la peau chaude. On dirait que les dernières douleurs ont surexcité tout son être. J'ai vu des mères, et des mères chrétiennes, repousser avec horreur leur enfant naissant. Chez elles le mal avait étouffé pour un moment l'instinct maternel qui reprenait bientôt le dessus avec le repos des nerfs.

Généralement la mère exprime tour à tour la joie et l'angoisse parce qu'elle est heureuse d'être mère et qu'elle craint déjà pour son enfant.

Si une hémorrhagie, ou l'éclampsie survenait au moment de la délivrance, il est évident que l'expression de la figure ne serait pas la même.

Presque toutes les accouchées, surtout les primipares, se plaignent de courbature. Elles accusent un sentiment de cuisson, de brûlure, d'endolorissement au niveau des organes génitaux et surtout du côté de la région coccygienne. Ces sensations désagréables et quelquefois bien douloureuses sont dues au passage de la tête à travers ces organes. Elles s'éteignent généralement quelques heures après l'accouchement, mais il n'est pas rare de les voir persister pendant plusieurs jours.

Combien souvent vous verrez les accouchées demander à se reposer. Bien cruel le médecin qui n'obtempère pas à ce désir légitime des malades. Pourquoi troubler ce repos réparateur ? Mettez de côté les histoires de vieilles femmes ; surveillez le pouls de vos

malades, palpez leur utérus, et vous saurez à temps si leur immobilité et leur anéantissement sont dus à une hémorrhagie grave. Ce sommeil paisible soulage et repose.

Je veux vous mettre en garde contre les terreurs que peut vous inspirer une manifestation tapageuse du début de l'état puerpéral. Il ne faudra pas vous en laisser imposer et par contre il faudra rassurer l'entourage et même prévenir l'accouchée d'un phénomène tout à fait physiologique assez fréquent. Je veux parler du *frisson* parfois violent qui peut suivre la délivrance. Un bon drap et une tasse d'une boisson chaude en ont vite raison, même quelques paroles d'encouragement suffisent. Ce frisson n'est pas dangereux. Il ressemble au tremblement qu'éprouve la corde de l'arc qui a été fortement tendue sous la main du chasseur qui vise et lance sa flèche vers le but. Nos gardes-malades avaient l'habitude de dire : " Nous ne craignons point les fièvres chez la nouvelle accouchée qui ressent un violent frisson." A vous donc de tranquilliser l'entourage effrayé de ce phénomène plus bruyant que dangereux.

Après la délivrance, le médecin doit examiner *attentivement*, DE SES YEUX, le vagin et le perinée de l'accouchée. S'il existe des déchirures, il pratiquera des sutures. Il veillera aux toilettes vulvaires et fera suivant les cas des injections intra-utérines ou vaginales s'il y a lieu. Il fera débarrasser la chambre de l'accouchée de tous les linges sales. Le médecin ne quittera sa malade qu'une heure au plus tôt après la délivrance, et au moment du départ, il donnera à travers la paroi abdominale *une poignée de main* à l'utérus pour voir s'il est bien rétracté.

Il ne faut pas oublier, en partant, d'indiquer le régime alimentaire à suivre et les soins à donner à la nouvelle accouchée.

362, Dorchester.

---

## MARIAGE

---

Le docteur Arthur Trudeau, de la rue Dorchester, coin avenue Hôtel de Ville, a conduit à l'autel, le 21 courant, Melle Eugénie, fille du Dr Gaboury, de Saint-Martin. La bénédiction nuptiale a été donnée par l'abbé Orevier du collège Saint-Laurent.

Après la cérémonie, les jeunes époux prirent le déjeuner chez les parents de la mariée, puis partirent pour un voyage aux États-Unis.

Samedi soir, les nombreux amis du docteur lui firent une jolie démonstration et lui présentèrent de jolis cadeaux.

## COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Séance du 11 Janvier 1900

*Présidence de M. Benoit.*

## DÉVIATIONS DE LA CLOISON DU NEZ.

M. BOULET fait sur la question une intéressante causerie, avec dessins au tableau. Il signale, parmi les causes de déviations, le traumatisme et le défaut de développement. Il fait voir que la difformité s'établit aux points faibles, le cartilage d'abord, le point d'articulation des pièces osseuses ensuite. Après avoir passé en revue les diverses variétés de déviations de la cloison du nez (épaississement et courbure), il étudie les traitements en usage (trait de scie, cautérisation, etc.) et préconise, pour les déviations par courbure, un procédé nouveau (Éscat). Le procédé consiste à injecter de l'eau bouillie sous la muqueuse à la partie concave de la déviation, afin de soulever cette muqueuse en la décollant, et de l'amener dans la ligne verticale : la cloison dégagée est alors plus facile à réséquer, et la muqueuse qui reste s'épaissit par bourgeonnement et forme une cloison suffisamment forte.

## UN CAS D'APPENDICITE.

M. BOUCHER est appelé le lundi, à 11 heures du matin, auprès d'un malade qui avait passé la nuit à vomir et à souffrir du ventre, mais qui se sentait alors un peu mieux. Le pouls était à 96, la température à 101 2/5°, et le maximum de la douleur siégeait au point de McBurney. Bien qu'en faveur de l'intervention chirurgicale précoce, M. Boucher décide de temporiser à cause de l'amélioration des symptômes.

Dans l'après-midi, le malade est pris d'un frisson violent qui dure un 1/2 heure. La température monte à 102°, le pouls s'accélère, la douleur abdominale devient plus forte. En raison de l'heure avancée, l'intervention chirurgicale est remise au lendemain.

Le mardi, le malade n'a plus de fièvre, le pouls est à 76, mais la douleur persiste au point de McBurney, et l'on constate de la défense musculaire à la paroi de l'abdomen. Le malade est porté sur la table d'opération à deux heures de l'après midi.

M. MARIEN ouvre le ventre du malade et trouve un appendice très congestionné, très rouge, très gonflé et paraissant fluctuant. À l'ouverture, on constate que les parois de l'appendice sont épaissies considérablement, et que la cavité est remplie de sang. La lésion

fait penser à la trompe hémorrhagique que l'on trouve dans la grossesse tubaire. Si ce malade n'avait pas été opéré, M. Marien est convaincu que l'appendice aurait suppuré.

Incidentement, M. Marien se demande si l'on ne confond pas quelquefois la grossesse tubaire avec des cas d'apop'xie simple de la trompe. M. HARWOOD admet que la confusion soit possible à la simple inspection, mais l'examen au microscope fera reconnaître les débris du fœtus perdus dans la masse hémorrhagique.

#### CHIRURGIE CONSERVATRICE.

M. HARWOOD a opéré, il y a 18 mois, une jeune femme pour des ovaires kystiques, mais il a eu soin de ne pratiquer qu'une ovariotomie partielle, en laissant de chacun des ovaires la partie qui paraissait saine. A la suite de cette opération, qui a fait disparaître toute douleur, la femme a été réglée pendant six mois, et dernièrement elle est devenue enceinte. C'est avec le plus grand plaisir que M. HARWOOD cite ce cas heureux.

---

Séance du 18 Janvier 1900.

*Présidence de M. Lefebvre.*

---

#### DANGER DES COURANTS ÉLECTRIQUES.

M. FOUCHER lit une communication que nous publions *in extenso* dans cette livraison même (voir page 129).

A la suite de cette communication, et en réponse aux questions posées par les membres du comité, le professeur Foucher donne les renseignements suivants.

Les enveloppes des fils électriques ne sont pas toutes de même qualité. Avec un fil bien isolé, on peut supporter un gros courant au toucher. Quand l'enveloppe est humide ou poreuse, une certaine quantité d'électricité se dégage et produit des picotements. Une enveloppe vieille peut être crevassée, ce qui devient alors très dangereux. Dans ces cas, si l'on ne touche pas à la partie dénudée, le choc ne sera pas fatal; souvent d'ailleurs ce n'est pas le choc, mais la chute qui tue les ouvriers.

L'épiderme joue aussi un rôle dans la résistance; plus il est sec et dur, plus il est résistant (200,000 ohms). Au contraire, si l'on enfonce des aiguilles dans la peau, l'organisme supportera à peine 1000 ohms.

---

Séance du 6 Février 1900.

*Présidence de M. Villeneuve.**Présentation de pièces pathologiques.*

M. DUBÉ présente les organes abdominaux et thoraciques d'un homme de 75 ans, ancien aubergiste, décédé à l'Hôtel-Dieu. La rate et le foie sont normaux, les reins atteints de néphrite. On constate des ulcérations à l'intestin et des lésions tuberculeuses aux poumons. L'aorte est calcifiée, indurée, ainsi que les artères coronaires, mais les branches principales de l'aorte, qui se rendent aux différents organes, sont indemnes. Les artères radiales du malade cependant étaient dures.

M Dubé signale cette distribution de la sclérose artérielle à l'aorte primitive et aux radiales. Cela confirme les affirmations de Brault et de Letulle, qui disent que la sclérose peut être dissiminée. On croyait autrefois que l'inflammation envahissait successivement, par propagation, l'aorte et ses branches. Fait à signaler aussi, c'est que le foie ne présente pas de lésions cirrhotiques, du moins à l'inspection, et que le malade était de son vivant un alcoolique confirmé; il avait avoir pris, de 12 à 60 ans, une moyenne de 15 à 20 verres de whisky blanc par jour.

Ce malade offrait comme symptômes prédominants de la toux avec expectoration et de la diarrhée, et a succombé à la cachexie tuberculeuse.

M. DUBÉ présente aussi les poumons d'un italien, âgé de 35 ans, entré à l'Hôtel-Dieu pour une uréthrite compliquée de cystite purulente, et qui mourut pendant un accès de dyspnée.

Le poumon gauche, très congestionné, offre des foyers tuberculeux à sa base. Les deux plèvres sont adhérentes, et l'on trouve un foyer hémorragique au-dessus du diaphragme. Les plèvres du côté droit sont indemnes, mais le lobe supérieur, congestionné, est adhérent au péricarde, à l'aorte et à la trachée, et renferme une masse dure, néoplasique, qui s'étend jusque dans le lobe moyen. Ce néoplasme se développait surtout dans le médiastin, et l'examen histologique dira si nous avons affaire à un cancer primitif du poumon.

*Discussion.*

DE L'ADHÉRENCE INTESTINALE APRÈS LAPAROTOMIE  
AVEC DRAINAGE.

Le Dr HARWOOD désire rapporter deux cas malheureux à cause de leur enseignement pratique. Il s'agit dans le premier cas d'une femme de 45 ans souffrant de métrorrhagie et d'hydrorrhée, sans écoulement infecté, et ayant un col gros, dur, bourgeonné. Le corps de l'utérus était ni adhérent, ni augmenté de volume. L'état général de la malade était satisfaisant, l'amaigrissement très peu pro-

noncé. La lésion paraissait limitée au col, le docteur décida de pratiquer une hystérectomie vaginale. A sa grande surprise, il constata que la paroi utérine était infiltrée par le néoplasme, et il éprouva la plus grande difficulté à descendre le corps utérin, le tissu mou rendant les tractions malaisées. L'utérus enlevé, il plaça des pinces sur les ligaments, deux à droite, trois à gauche, et les isola de l'intestin avec de la gaze iodoformée.

Le deuxième jour, la malade étant bien, le docteur enleva les pièces et constata qu'il y avait peu de suintement. Mais en enlevant ces pièces, il a dû abaisser la gaze qui garnissait le cul-de-sac, et les anses intestinales durent venir en contact avec les pédicules, car dès le lendemain la malade offrit des symptômes intestinaux : tympanisme, pouls rapide, vomissement. Il fallut pratiquer une laparotomie ; les intestins remplis de gaz furent ponctionnés avec un trocart fin, et l'on trouva trois anses repliées à angle aigu et agglutinées par la lymphe inflammatoire exsudée. La malade succomba quatorze heures après cette seconde opération.

Le second cas concerne une jeune fille, prostituée, qui fut atteinte de métrorrhagie après 2½ mois de suppression des règles. On sentait une masse à droite, dans le cul-de-sac, et comme le côté gauche était absolument indemne et non douloureux, on écarta l'idée d'une infection pour penser à une grossesse extra-utérine.

Ayant ouvert le ventre, le docteur trouva la trompe remplie de pus et adhérente dans le cul-de-sac de Douglass ; il fallut, pour la dégager, briser des adhérences intestinales, surtout avec le rectum. Il fit un lavage de l'abdomen, et, craignant une infection, établit un drainage à la gaze iodoformée par le vagin. Il est sûr à ce moment de n'avoir pas perforé le rectum, car il n'observa ni odeur ni matières fécales.

Deux jours après, en tirant la mèche, il se fit une perforation, et la température monta à 103°. Après élargissement de l'ouverture du cul-de-sac, le docteur trouva des matières fécales. Il fit par le rectum passer un tube jusqu'au-dessus de la lésion, pratiqua des lavages, et laissa un drain à la gaze dans le vagin. Il y a de cela quinze jours, et la malade se porte aujourd'hui suffisamment bien pour laisser espérer une guérison complète, malgré une congestion pulmonaire double et une éventration de la paroi abdominale à la suite d'un accès de toux qui sont venus compliquer la convalescence. La paroi abdominale avait été suturée en trois plans.

M. MARIEN croit que les mèches de gaze sont généralement bien tolérées dans l'abdomen ; il ne serait pas prêt à les incriminer exclusivement dans la dernière observation de M. Harwood. La paroi de l'intestin était certainement ulcérée, et depuis un certain temps déjà. M. MERCIER est très en faveur du drainage par les mèches de gaze ; il a déjà eu une perforation intestinale avec un tube en verre. Cependant dans certains cas les mèches causent des désagréments. Il se rappelle un cas d'appendicite laparatomisé où se montra du ballonnement et des symptômes d'obstruction ; il était sur le point d'opérer de nouveau, lorsque l'idée lui vint d'enlever les mèches, de poser un tube et d'irriguer l'abdomen avec du sérum artificiel chaud. Le



malade eut une selle le lendemain. M. HERVIEUX est d'opinion que la laparatomie est dangereuse quand le bassin est infecté, et qu'il vaut mieux dans ces cas drainer par le vagin.

En réponse, M. Harwood affirme que les mèches de gaze peuvent dans certains cas adhérer aux plaies opératoires et contribuer à aucune des perforations, comme cela est arrivé dans son premier cas. Clarke, du John Hopkins Hospital, dans sa statistique de 1600 cas étudiés à ce point de vue, signale ce danger. Chez le patient de M. Mercier, il est fort probable que les mèches ont produit des symptômes d'obstruction par compression. Quant aux irrigations abdominales, souvent si utiles, on peut les faire avec du sérum, ou, comme le conseille Webster, avec une solution de formaline. Pour ce qui est de la voie à choisir, c'est une question importante qui doit être décidée suivant les cas. Quand la collection purulente est basse et pointée vers le vagin, il vaut mieux choisir cette voie, à l'exemple de Bouilly. Le docteur, dans son cas a choisi la laparatomie, d'abord parce qu'il pensait avoir affaire à une grossesse extra-utérine, ensuite parce que la masse, dure, indiquait des adhérences solides.

M. MERCIER.—On a vu des compresses laissées dans le ventre adhérer fortement à l'intestin; il est permis de croire que des mèches de gaze peuvent en faire autant. Reclus, dans les salpingites purulentes, ouvre l'abdomen, à moins qu'il ne puisse facilement les atteindre par le vagin.

---

Séance du 13 Février 1900.

*Présidence de M. Ranger.*

---

*Présentation de pièces pathologiques.*

#### INSUFFISANCE AORTIQUE.

M. DUBÉ présente un gros cœur avec foyer ancien d'endartérite sur l'aorte; la valvule aortique postérieure est très rétractée. À la crosse, on trouve dans la paroi un sac anévrysmal. Il y a à l'aorte descendante un anévrysme vrai qui avait usé les 3e, 4e et 5e vertèbres dorsales. Les reins sont sclérosés. Le malade offrait les symptômes classiques de l'insuffisance aortique et est mort par œdème des poumons.

#### NÉCROSE SYPHILITIQUE DU CORNET INFÉRIEUR.

M. FOUCHER présente le cornet inférieur d'un malade syphilitique depuis deux ans. Ce malade s'est présenté à la consultation avec une inflammation locale considérable: écoulement, odeur infecte, os dénudé au styilet. Après un traitement local de quelques jours, le cornet nécrosé s'enlève facilement. Il est heureux que la lésion se soit ainsi limitée; il n'y aura pas d'affaissement du nez.

*Lecture d'un travail.*

## CONSTIPATION HABITUELLE.

M. DUBÉ lit sur ce sujet un travail intéressant. Il attribue la constipation des enfants principalement à un défaut de diète, et trouve que la même cause agit fréquemment chez les grandes personnes, avec en plus la paresse intestinale d'origine nerveuse. Les personnes constipées en général boivent très peu, leur diète alimentaire est trop chargée de viandes, et ne contient pas suffisamment de végétaux. Le traitement doit être avant tout hygiénique : modifier l'alimentation, augmenter la quantité d'eau ingérée, refaire l'éducation de l'intestin. Les médicaments n'ont qu'une action transitoire.

*Discussion.*

## DE L'IRRIGATION DE L'ABDOMEN DANS L'INFECTION ABDOMINALE.

M. HERVIEUX, rappelant les cas rapportés par le Dr Harwood à la dernière séance, se demande s'il ne serait pas indiqué, dans les affections de l'abdomen, de faire de grands lavages continus légèrement stimulants, lorsque les autres moyens d'intervention opératoire ont échoué. M. MARIEN est de cet avis. Ces grands lavages, par leur action mécanique en même temps qu'antiseptique, ne pourraient avoir qu'un bon effet. Il y aurait moyen d'irriguer l'abdomen très lentement et de faire des ouvertures à la paroi pour laisser couler le liquide. En employant le sérum, on éviterait l'action toxique du bichlorure. Il se propose d'essayer cette méthode à la prochaine occasion, lorsque la péritonite généralisée enlève toute crainte de propager l'inflammation dans l'abdomen. À Paris, le docteur a vu Doyen obtenir d'excellents résultats de la douche légère continue dans les plaies aux jambes accompagnées d'ostéo-myélites. M. DUBÉ ne voit pas pourquoi la méthode ne serait pas applicable, puisque l'on fait l'irrigation continue de l'utérus dans la fièvre puerpérale.

M. MERRILL ne croit pas que l'on puisse obtenir de bon résultat lorsque la péritonite s'est trop généralisée; il faudrait appliquer le traitement très à bonne heure. M. HARWOOD prévoit des objections sérieuses. On ne peut pas comparer la cavité péritonéale à celle de l'utérus. Il faut tenir compte du choc qui peut surgir. Il y a le danger de disséminer les germes par une large injection, et de n'avoir qu'une action antiseptique faible, car le péritoine ne supporterait pas l'action d'une substance énergique. Les incisions latérales dans la paroi de l'abdomen ne permettraient qu'une injection partielle; une grande irrigation, faite dans la position de Trendelenburg, courrait chance d'atteindre le diaphragme et de provoquer de l'asphyxie.

---

# REVUE DES JOURNAUX.

## GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

### DU SOI-DISANT FŒTICIDE THÉRAPEUTIQUE.

Par M. le Professeur PINARD.

MESSIEURS,

Après avoir consciencieusement étudié et appris la thérapeutique des viciations pelviennes, telle qu'elle est appliquée et enseignée dans cette clinique, peut-être vous croyez-vous suffisamment préparés pour lutter victorieusement dans la pratique, en face d'accouchements rendus difficiles par rétrécissement du bassin. Si vous avez cette croyance ou cette illusion, je dois vous désabuser, car vous pouvez rencontrer des difficultés d'un ordre spécial, avec lesquelles vous ne m'avez jamais vu aux prises ici, et qui, cependant, peuvent inopinément surgir devant vous, et rendre votre situation encore plus angoissante. Or, comme j'ai la responsabilité de votre instruction et de votre éducation professionnelles, je considère comme un droit et un devoir d'aborder, d'exposer et de discuter devant vous, toute question pouvant vous intéresser, si délicate, si grave qu'elle puisse être, dut-elle nous obliger, comme dans l'espèce, à sortir du domaine de l'obstétricie pure, pour faire une excursion sur celui de la sociologie ou de la morale, et cela afin d'éclairer votre jugement et de ne pas vous laisser prendre au dépourvu.

La difficulté que vous ne connaissez pas et que vous êtes exposés à voir se dresser devant vous comme praticien, la question que vous pouvez être appelés à résoudre, se trouve toute entière contenue dans le cas suivant :

*Femme en travail ne pouvant accoucher spontanément, par suite de rétrécissement du bassin ; l'enfant est à terme et vivant ; l'intervention que vous jugez indiquée, nécessaire et indispensable, vous est interdite, soit par la parturiente elle-même, soit par son entourage ; une autre intervention vous est imposée, et cette intervention implique la mort de l'enfant.*

Que devez-vous faire en pareille occurrence ?

Inutile d'insister pour vous faire comprendre qu'il n'est pas de question d'un ordre plus élevé et qui soit plus importante quant aux intérêts qu'elle concerne.

Aussi, pour la résoudre, est-il absolument nécessaire de rechercher si le *jus vitæ necisque*, le droit de vie et de mort sur l'enfant, appartient ou peut appartenir, dans certaines circonstances, légitimement ou scientifiquement à quelqu'un. Peut-il appartenir au père ? peut-il

appartenir à la mère ? peut-il appartenir au médecin, peut-il appartenir à d'autres personnes ?

Tels sont les points que je vais d'abord exposer.

Le droit de vie et de mort sur l'enfant peut-il appartenir au père ?

Voyons à ce propos ce que nous apprend d'abord l'histoire concernant la puissance paternelle.

L'existence du droit de vie ou de mort (*jus vitæ necisque*), qui appartenait, chez les Romains, au *paterfamilias*, est attestée, en particulier, par Denys d'Halicarnasse. À l'origine du droit romain, le *paterfamilias* possédait effectivement le "*jus vitæ necisque*" sur tous les membres de la famille : femme et enfants.

Mais ce pouvoir sur la personne, il ne pouvait et ne devait s'en servir que comme juge, c'est-à-dire pour punir. Or, dans l'espèce, on ne peut se prévaloir de cette coutume antique et barbare pour donner au père le droit de vie et de mort sur un enfant qui, n'ayant pas vécu, ne peut s'être rendu coupable d'aucune faute.

Du reste, les progrès de la civilisation atténuèrent progressivement la puissance paternelle, et le droit de tuer l'enfant disparut avec Trajan et Adrien. Bientôt, aux termes d'une constitution de Constantin, le père meurtrier de son fils devait subir la peine du parricide.

Ai-je besoin de vous dire que nos lois actuelles, bien loin de donner au père le droit de vie et de mort sur son enfant, visent surtout à protéger ce dernier ?

Donc, on ne peut s'appuyer ni sur les lois anciennes, ni sur les lois actuelles pour soutenir le privilège qu'aurait le père du droit de vie et du droit de mort sur l'enfant *in utero*. Malgré cela, il résulte de la tradition et surtout de notre éducation qu'aujourd'hui encore, certains pères se croient en puissance de ce droit. Mais, ils ne l'exercent pas pour punir, il se croient en droit de l'exercer pour sauver, comme je vais vous le faire comprendre par certains exemples.

Écoutez ces paroles, prononcées le 16 mars 1852 à la tribune de l'Académie de médecine : " Un grand événement allait s'accomplir. La France attendait avec impatience la naissance de cet enfant qui devait consolider sa gloire et peut-être changer les destinées de l'Europe.

" L'Empereur touchait enfin à ce moment tant désiré qui allait fonder sa dynastie. Ant. Dubois se présente devant lui et lui témoigne quelques inquiétudes sur le résultat de l'accouchement.

" Aussitôt le grand homme oublie toutes ses espérances d'avenir, et lui qui a répudié la femme de son cœur, lui qui donnerait toutes ses victoires pour voir vivre cet enfant si désiré, n'a plus qu'une pensée, ne trouve plus qu'un cri : *Sauvez la mère !* Ce cri partait du cœur, c'était le cri de la nature : l'empereur n'était plus qu'un homme. "

C'est avec cet exemple et ce langage que Cazeaux essayait de démontrer à l'Académie que le fœticide n'est pas immoral et ne blesse pas tous les sentiments humains. Et pour entraîner la conviction de

ses auditeurs, il ajoutait : " Faut-il dire qu'il n'est peut-être pas un accoucheur répandu qui n'ait entendu vingt fois ce cri retentir à ses oreilles. Toutes les fois, en effet, que nous nous trouvons en présence d'un cas grave, et que nous manifestons les craintes légitimes que nous imposent de sérieuses difficultés, qu'elle est la première recommandation qui nous est faite par le pauvre comme par le riche, par l'artisan et le grand seigneur : " Avant tout, Monsieur, *savez la mère !* "

Si, en prononçant ces paroles pour soutenir sa thèse, Cazeaux était dans le faux comme philosophe, comme moraliste et comme médecin, ainsi que je vous le démontrerai tout à l'heure, il était dans le vrai comme historien, car ce qu'il avait entendu, nous l'entendons encore à l'heure actuelle, témoin la lettre que je recevais *hier* et que je vous demande la permission de lire :

9 octobre 1899.

" Mon cher docteur, voyant que " l'événement " tarde à se produire et craignant que ce retard entraîne des complications, je vous envoie cette lettre qui, malheureusement, aura peut-être encore le temps d'arriver, pour vous dire que, s'il y a danger sérieux et qu'il faille que vous *sacrifiez* quelqu'un, je vous demande d'*abandonner* le second et de conserver la mère...etc. "

Cette lettre est signée d'un nom très légitimement grand dans l'histoire, et qui appartient aujourd'hui à un homme instruit, profondément honnête, de grand cœur et qui jamais ne croira devoir transiger avec sa conscience, en un mot un *romain* dans la belle acception du mot.

Et cependant, de par l'imprégnation traditionnelle et classique, de par l'histoire ancienne, de par une fausse éducation, cet homme, que j'estime et que j'aime, obéissant à un sentiment qu'il croit élevé, montre tout au moins un manque absolu de jugement en condamnant son enfant à l'*abandon*, c'est-à-dire à la mort, alors qu'il n'est ni renseigné, ni compétent.

Pourquoi a-t-il agi ainsi ? Parce qu'il croit, parce qu'il a entendu dire, suivant une opinion communément répandue, que, dans certains cas, le sacrifice de l'enfant pouvait être le salut de la mère.

Mais ainsi que le fait remarquer Nægelé dans une dissertation à laquelle je ferai dans le cours de cette leçon de nombreux emprunts, le père peut avoir, dans ces circonstances, d'autres mobiles que le salut de la mère ; aussi ne reconnaît-il à ce dernier aucun droit dans ces circonstances pas plus qu'aux autres parents.

De ce que je viens de vous exposer déjà, il résulte :

- 1<sup>o</sup> Que l'on ne peut s'appuyer sur aucune loi pour reconnaître au père le droit de vie ou de mort ;
- 2<sup>o</sup> Que, malgré l'opinion de Nægelé, il est cependant de croyance générale à l'heure actuelle, que le père possède ce droit ;
- 3<sup>o</sup> Qu'en exerçant ce droit, le père n'a en vue que le salut de la mère.

Le droit de vie et de mort appartient-il, peut-il appartenir à la mère ?

A cette question, traitée par les représentants les plus illustres de l'obstétrique : Nægelé, dans son fameux discours : " *Disseritur de jure vitæ et necis quod competit medico in partu* " ( 18 novembre 1826, Heidelberg ); Cazeaux, Danyau, Dubois, etc., dans la mémorable discussion de l'Académie de médecine en 1852 ; L.-G. Hubert à l'Académie royale de médecine en Belgique (1852), la réponse a été contradictoire.

Nægelé et Cazeaux sont nettement pour l'affirmative ; Danyau et Dubois sont plus réservés ; L.-G. Hubert est résolument pour la négative.

Examinons donc les raisons—non, j'ai tort d'employer ce mot—les arguments fournis par Nægelé et Cazeaux et sur lesquels ils s'appuient pour légitimer leur manière de voir.

Il est une loi qui donne à la mère le droit de vie et de mort sur son enfant, c'est la loi naturelle, définie ainsi par Cicéron, dit Nægelé " *Est igitur hæc non scripta, sed nata lex : quam non didicimus, accepimus legimus : verum ex natura ipsa arripimus, hausimus, expressimus : ad quam non docti, sed facti ; non instituti sed imbuti sumus : ut si vita nostra in aliquas insidias, si in vim, si in tela aut latronum, aut inimicorum incidisset, omnis honesta ratio esset expediendæ salutis* " (CICERO ; *pro Milone*, cap. 4).

" Cette loi suprême, impérieuse, dit Cazeaux, qui cite également Cicéron, est l'instinct de la conservation ; elle nous donne le droit de faire tout ce qui est nécessaire à la conservation de notre être ; c'est le cas de nécessité... "

" La femme, placée dans la grave alternative de sacrifier sa vie à celle de son enfant ou de l'immoler à sa propre conservation, est bien évidemment dans le cas de nécessité... "

" Le cas de légitime défense n'existe pas seulement, en effet, lorsque le danger résulte d'une attaque volontaire, raisonnée et dirigée par l'agresseur dans le but bien réfléchi de porter atteinte à notre existence ; il suffit que la vie soit compromise pour qu'on ait le droit de se défendre ; et s'il n'est d'autre moyen de se garantir d'un fou furieux, il est permis de le tuer. Le pauvre insensé n'est pourtant pas plus coupable des coups dirigés contre vous que le *factus* n'est responsable des dangers dont il n'a nullement conscience."

Sur ce point, comme vous le voyez, Næglé et Cazeaux sont absolument d'accord. Mais ce qui les sépare, c'est que pour Nægelé, la mère doit être seule et souveraine juge " *Mater sola discernendi jus habet, nec ulla in terris potesta jure eam cogere potest, ut de vita dimicet.* " Tandis que, comme je vous l'ai dit, Cazeaux donne également au mari voix au chapitre. Ainsi, pour Nægelé et Cazeaux, et pour tous ceux qui adoptent ce principe, la femme qui accouche est, vis-à-vis de son enfant, en état de légitime défense, et cet état lui donne droit de vie et de mort sur cet enfant.

Pour L.-G. Hubert : " On n'a jamais le droit de tuer un être complètement innocent, comme l'est l'enfant *in utero*, pour se soustraire à un danger quelque grave qu'il soit, et, moins que jamais, quand ce danger est éloigné et éventuel. Ce droit n'existe ni au point de vue naturel, ni au point de vue religieux." Mais, pour

Hubert, la mère n'est pas *obligée* de se soumettre à telle ou telle opération.

Entre ces accoucheurs, dont les opinions sont si nettement formulées, peuvent être placés ceux dont les opinions ne sont pas caractérisées, et qui agissent suivant les occasions et les circonstances et non suivant les principes.

On peut donc dire aujourd'hui :

1° Que, pour certains accoucheurs, la mère possède, au moment de l'accouchement, le droit de vie et de mort sur son enfant ;

2° Que pour eux, ce droit s'appuie sur la loi naturelle et ne doit s'exercer qu'en cas de légitime défense ;

3° Que pour d'autres accoucheurs, ce droit n'existe pas, ou est contesté.

Le droit de vie ou de mort appartient-il au médecin pendant l'accouchement ?

“ Si, dit Nægelé, la mère a le droit de tuer son enfant ou de demander qu'on le tue, le médecin a, lui-même, le droit de pratiquer cette destruction... Pour cela même que le médecin obstétricien a reçu le pouvoir de venir en aide par son art à la mère, et que celle-ci a le droit d'exiger qu'il accomplisse l'œuvre qu'il a entreprise, son *devoir* est de lui porter secours, alors que la parturiente a invoqué son aide ; par ces motifs, il est hors de doute et plus clair que le jour qu'il est dans l'obligation de supprimer le fœtus.”

Vous voyez par cette citation, que, pour l'auteur, le médecin a le *droit* et le *devoir* de tuer l'enfant dans certaines circonstances.

Cazeaux cherche, de la façon suivante, à établir le droit de vie ou de mort du médecin pendant l'accouchement : “ Puisque nous avons démontré que la loi suprême, la loi inhérente à tout notre être, l'instinct de la conservation, en un mot, loi antérieure et supérieure à toutes les conventions sociales et religieuses, *légitime*, quand il ne blesse en rien les intérêts de la société, tout effort fait pour son propre salut, je crois pouvoir conclure que la femme, et par conséquent le *médecin*, peut sacrifier la vie de l'enfant toutes les fois que *très probablement* elle est incompatible avec celle de la mère.”

Nægelé essaie aussi de justifier ce droit et ce devoir dans une longue discussion où la rhétorique, jointe à une morale spéciale, joue le plus grand rôle. Je dois cependant vous la résumer, car sa manière de voir est encore adoptée, suivie et soutenue par un grand nombre d'accoucheurs contemporains.

Voici ce que dit Nægelé : “ Les droits de la mère et de l'enfant non encore né ne sont pas égaux ; en cas de conflit, ceux de la mère dans l'exercice de sa défense doivent l'emporter sur ceux du fœtus. Le fœtus enfermé dans le sein de sa mère ne vit pas encore de la vie véritable, de la vie intégrale.”

Cette interprétation a été paraphrasée à l'infini, depuis 1826 jusqu'à nos jours, ainsi que je vais vous le faire voir :

“ Je ne rappellerai pas, dit Cazeaux, que la vie si faible, si incertaine d'un enfant qui ne tient au monde que par sa mère, qui n'a encore ni sentiment, ni affection, ni crainte, ni espérance, peut être difficilement mise en balance avec celle d'une jeune femme que mille

liens sociaux et religieux attachent à tous ceux qui l'entourent..."

Et aujourd'hui vous pourrez trouver dans les comptes rendus des Congrès, des Sociétés savantes, partout enfin où cette question est traitée, la même idée formulée pour la défense du fœticide, à savoir que le fœtus à terme n'a pas la valeur de la mère : ce n'est qu'un *devenir*, ou la *possibilité d'un semblable* ! Je crois même avoir lu quelque part que la vie de la femme équivalait, au point de vue social et économique, au moins à trois enfants à terme !

Vous trouverez aussi quelque chose de plus, c'est que, dans la clientèle privée, il faut résolument donner la préférence à la perforation de l'enfant vivant sur les autres opérations.

Vous trouverez enfin que les indications du fœticide peuvent résulter : de la vigueur, de la situation sociale, de l'état de primiparité ou de multiparité de la mère, de son entourage familial, de son mobilier, etc., etc.

Il résulte de ce qui précède :

1<sup>o</sup> Que Nægelé, Cazeaux et même pour beaucoup d'accoucheurs contemporains, le médecin a le devoir de se faire exécuteur des hautes ou basses œuvres de la mère ;

2<sup>o</sup> Que le médecin possède, par l'exercice de sa profession, le droit de vie et de mort sur l'enfant.

Le droit de vie et de mort peut-il appartenir à d'autres personnes ?

Au début de mes études médicales, j'avais entendu dire que, dans les maternités, l'accoucheur était lié par les règlements administratifs, et qu'il ne pouvait prendre de détermination, au point de vue d'une intervention opératoire, qu'en présence du directeur de l'établissement hospitalier.

Bien que je n'aie jamais vu mes maîtres avoir recours, dans leur pratique hospitalière, à cette intervention directorale, je sais que la croyance au règlement existe, et j'ai appris que, tout récemment encore, un de nos collègues, accoucheurs des hôpitaux, se trouvant en face d'une femme ne pouvant accoucher par suite de rétrécissement du bassin, avait troublé le sommeil du directeur de l'établissement pour lui exposer la situation et lui demander son avis.

Désirant savoir exactement à quoi m'en tenir sur ce point, j'adressai, le 29 mars dernier, la lettre suivante à mon ami le Dr Napias, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique :

MONSIEUR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL,

J'ai l'honneur de vous demander s'il existe, dans les cartons de l'Administration, des règlements sur lesquels un accoucheur chef de service puisse et doit s'appuyer pour déterminer son intervention dans les circonstances suivantes : femme en travail ne pouvant accoucher spontanément, par suite de rétrécissement du bassin, et refusant toute opération autre que le broiement de son enfant, alors que ce dernier est vivant.

Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire comprendre combien la question que je vous adresse est grave, et je vous prie d'agréer, etc.



Le 4 novembre, c'est-à-dire il y a deux jours, je recevais la réponse suivante :

MON CHER AMI,

Si je ne vous ai fait parvenir jusqu'ici aucune réponse relativement à la question que vous avez posée à l'Administration par votre lettre du 29 mars dernier, c'est parce que le Conseil de surveillance, à qui je l'ai soumise, n'a pu, après l'étude que sa commission en a faite, émettre un avis ferme sur un cas qui lui a paru, par son essence même, échapper à toute réglementation. La Commission du Conseil a, en effet, considéré qu'il s'agissait là d'un cas de conscience, estimant qu'il n'était pas possible de passer outre à la volonté de la femme qui se refuserait à laisser pratiquer sur elle toute opération pouvant présenter quelque danger pour sa vie et que, en présence de cette situation, le médecin était seul juge de décider, sous sa responsabilité, de l'attitude qu'il avait à tenir.

Signé :

NAPIAS.

Cette lettre, extrêmement intéressante, démontre :

1° Qu'il n'existe aucun règlement administratif déterminant la conduite que doit tenir un accoucheur en face du cas précité;

2° Que l'Administration de l'Assistance publique actuelle, représentée par la Commission du Conseil de surveillance (Commission qui renferme, parmi ses membres, des accoucheurs et des juriconsultes), estime qu'on n'a pas le droit d'imposer à une parturiente une opération pouvant présenter quelque danger pour sa vie, et que le médecin est le seul juge de décider, sous sa responsabilité, de l'attitude qu'il a à tenir.

Donc, de par cette réponse officielle, nous savons déjà, d'une façon nette et définitive, qu'il est inutile de réveiller et de consulter le directeur d'une maternité dans le cas qui nous occupe. Nous savons, de plus, que, probablement, l'Administration se raille à l'opinion que Nægelé exprime en ces formes :

“ Quant aux médecins qui demandent aux magistrats d'établir pour eux, dans les cas de cette nature, des lois qui leur servent de guides et choisissent les remèdes qu'ils doivent employer, ceux-là montrent clairement qu'ils ont encore besoin d'un tuteur. Oh! quelles perturbations désastreuses occasionnerait l'introduction d'un laïque dans l'intérieur sacré de notre art... ! ”

En résumé, je viens de vous démontrer que le droit de vie et de mort n'appartient à aucun représentant de l'Administration.

Après vous avoir exposé l'état de la question, après vous avoir résumé l'opinion de nos devanciers, après avoir montré la conduite tenue par eux, le moment est venu de vous donner les raisons sur lesquelles je m'appuie et sur lesquelles vous vous appuieriez—je me plais à le croire—pour suivre une conduite différente.

Je dois vous avouer que je fus tout d'abord un élève docile et classique. Je mis en œuvre ce qu'on m'avait enseigné. Et pendant des années, dans maintes circonstances, hélas ! je pratiquai l'embryotomie sur l'enfant vivant. Mais ce ne fut jamais sans souffrance et sans révolte de ma conscience que je me résignais à broyer des enfants pleins de vie et que j'avais mission de sauver.

Interne, chef de clinique, chef de service, j'ai tellement souffert

en voyant pratiquer et en pratiquant moi-même d'abord des céphalotripsies, et ensuite des basiotripsies sur des enfants vivants, que j'ai toujours cherché à faire disparaître ce supplice au point de vue humain, cet aveu d'impuissance au point de vue scientifique, en un mot cet opprobre obstétrical. De là deux voies dans lesquelles je suis entré : les applications de forceps au détroit supérieur, l'accouchement provoqué

Je ne tardai pas à être convaincu que ce procédé et que cette méthode, quoique donnant des résultats supérieurs à ceux obtenus précédemment, ne représentaient l'idéal ni au point de vue scientifique, ni au point de vue moral. L'un donne trop de morts ou de blessés, l'autre trop de débiles, de prématurés inaptes à vivre, sans compter également les morts.

Au point de vue scientifique, l'impuissance persistait ; au point de vue moral, rien n'était changé, car je ne me reconnaissais pas plus le droit de provoquer des infirmités que de provoquer la mort, et mes angoisses restaient les mêmes lorsque je me trouvais en face d'un rétrécissement du bassin.

Enfin, se produisit la révolution résultant de la connaissance des découvertes de Pasteur et des travaux de Lister, révolution dont les bienfaits ne furent pas moindres en obstétrique qu'en chirurgie, et qui fut, en particulier, le point de départ d'une ère nouvelle dans la thérapeutique des viciations pelviennes. De même que la mortalité devint une rareté dans les accouchements spontanés, de même elle est devenue une exception dans les accouchements artificiels. L'obstétrique opératoire n'a plus et ne doit plus avoir, à mon avis, que le but suivant : être essentiellement conservatrice.

De là ces mots que j'ai fait inscrire sur nos murs il y a quelques années :

“ L'EMBRYOTOMIE SUR L'ENFANT VIVANT A VÉCU.”

Cette manière de comprendre ainsi le rôle actuel de l'accoucheur n'est pas encore admise par tous. L'imprégnation traditionnelle résiste et s'appuie dans sa réaction sur l'argument suivant qui déjà, vous est connu :

*Vous ne devez pratiquer une opération sur une parturiente que si cette dernière y consent.*

C'est là aujourd'hui le grand cheval de bataille, car on n'ose plus proclamer le droit du père et je vous ai montré ce qu'il fallait penser du droit dont certains ont voulu investir le directeur d'une Maternité.

Nous nous trouvons donc en face du célèbre aphorisme de Nægelé : *mater sola*, etc. Eh bien, cet aphorisme, je ne l'admets en aucune façon et ne saurais assez protester contre sa fausse légalité morale.

Avant d'aller plus loin, je veux qu'il soit bien entendu ici qu'il n'y a aucune similitude à établir entre la situation d'une femme qui ne peut accoucher qu'à l'aide d'une intervention opératoire et celle d'un être humain quelconque, homme ou femme, majeur ou mineur,

qui se trouve, de par un accident, justiciable d'une opération. Là, il y a deux êtres en jeu ; ici, il n'y en a qu'un seul, qui peut plus ou moins se réclamer de sa liberté pour refuser une opération proposée par le chirurgien. Cela dit, je continue

Autant que qui que ce soit, je suis partisan de la liberté de chacun et je m'efforce de la respecter. Or, j'ai appris que la liberté consiste à tout faire sauf ce qui peut nuire à quelqu'un. Ceci posé, peut-on admettre que la mère puisse refuser de laisser pratiquer sur elle une opération qui seule permettra l'extraction de son enfant vivant, invoquant le danger éventuel de cette opération et sous le prétexte qu'en laissant tuer l'enfant elle courra moins de danger ? Si oui, vous donnez alors à la femme le droit d'interrompre sa grossesse quand elle voudra, c'est-à-dire le droit à l'avortement, vous lui donnez le droit à la castration, vous lui donnez le droit de ne plus cohabiter avec son mari, car elle pourra toujours invoquer le danger éventuel que lui fera courir un accouchement. Cette concession ne mène à rien moins qu'à la disparition de l'espèce !

Ne croyez pas que j'exagère et laissez-moi vous citer un fait que j'ai rapporté, il y a plus de vingt ans, dans mon article "Forceps" du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, p. 547, et qui montre de quelle façon peut être exercé le droit qu'auraient les parturientes de refuser une opération :

"Exceptionnellement, on peut rencontrer des femmes qui, mises au courant de la situation et de celle de leur enfant, refusent obstinément toute opération, espérant de cette façon être débarrassées des charges de la maternité. Bien qu'il soit difficile de comprendre et qu'il répugne d'admettre que des cas semblables puissent se présenter, il faut s'incliner devant la réalité et, quoique monstrueux, ces faits existent.

"Nous eûmes l'occasion d'en constater un l'année dernière à l'hôpital de la Charité, dans le service du docteur Bourdon. Appelé par ce savant médecin pour délivrer une femme en travail chez laquelle on avait constaté une procidence du cordon avec un sommet encore au niveau du détroit supérieur, nous ne pûmes faire accepter l'opération à cette malheureuse qui, nous ayant entendu dire que son enfant souffrait et succomberait rapidement, si l'on n'intervenait pas, ne répétait que ces mots : "Eh bien, tant mieux ! s'il meurt, je n'aurai pas la peine de l'élever !" Devant ce parti pris, après en avoir conféré avec M. Bourdon, nous fîmes donner du chloroforme, l'opération fut faite pendant l'anesthésie, et l'enfant put, de cette façon, être sauvé.

"Nous pensons, en effet, que l'anesthésie est la seule ressource à employer quand, malgré tout, l'opération étant urgente, la femme la repousse, quel que soit le mobile qui la fasse agir."

Je ne comprends pas davantage ce pseudo-respect de la liberté individuelle, qui fait dire à quelques accoucheurs : avant de pratiquer une opération sur une parturiente, vous devez toujours lui faire connaître cette opération et être autorisé par elle à la pratiquer.

J'avoue, Messieurs, que ceci me stupéfie. Comment ! avant de faire une application de forceps, je dois prendre les branches de l'ins-

trument et expliquer plus ou moins éloquemment à la parturiente que je vais les lui introduire dans le corps! Je dois procéder de la même façon avec le perforateur, et lui montrer que je vais d'abord perforer la tête de son enfant et ensuite la broyer avec les branches du basiotribe. Ou bien je dois lui dire que je vais lui fendre le bassin et lui ouvrir le ventre! Vous allez ainsi ajouter aux angoisses de cette malheureuse, inconsciente, ignorante, les affres de la terreur! Je trouve, quant à moi, cette conduite insensée.

Avant de pratiquer une opération quelconque, en ville comme à l'hôpital, je n'ai jamais dit autre chose que ceci : " Madame, vous ne pouvez accoucher seule, il faut vous aider, et c'est ce que je vais faire," et je vous engage à procéder de la même façon. Pour formuler une opinion saine, pour porter un jugement droit, il faut être compétent, et, dans l'espèce, seul l'accoucheur peut l'être.

Si le droit de vie et de mort pouvait appartenir à quelqu'un, il ne pourrait être dévolu qu'au médecin. Alors, la question, envisagée de cette façon, doit être posée ainsi : le médecin a-t-il le droit de tuer un enfant, sous le prétexte qu'en agissant ainsi il va sauver la mère ?

Je n'hésite pas à répondre, en droit et en fait, par la négative et cela pour les raisons suivantes :

1° Le médecin ne doit jamais tuer. Tout médecin qui, délibérément, tue, n'est plus un médecin.

2° Aucun accoucheur ne peut affirmer qu'en sacrifiant l'enfant, c'est-à-dire en pratiquant l'embryotomie, il va sauver la mère.

Je vous en donne comme preuve les chiffres suivants :

L'embryotomie a été pratiquée dans mon service (depuis 1892 exclusivement sur des enfants morts), 81 fois.

Résultats : 72 femmes guéries, 9 mortes.

Mortalité pour 100 : 11, 5.

Permettez-moi de mettre en regard de ces résultats ceux donnés par les opérations conservatrices.

J'emprunte à mon collègue Paul Bar le tableau ci-dessous rapporté dans son remarquable mémoire " *De l'opération césarienne conservatrice* "

AUTEURS	NOMBRE DE CAS	FEMMES MORTES	PROPORTION	ENFANTS MORTS	PROPORTION
LEOPOLD.....	76	7	9.21 p. 100	5	6.58 p. 100
REYNOLDS.....	22	0	0	0	0
PASQUALI.....	9	1	11.11 p. 100	?	?
OLSHAUSEN.....	29	2	6.89 p. 100	3	10.34 p. 100
ZWEIFEL.....	14	0	0	1	7.14 p. 100
CHARLES.....	10	0	0	0	0
BAR.....	10	1	10 p. 100	0	0

“ En somme, dit Bar, pour 170 opérations, 159 femmes ont survécu ; sur 161 enfants dont on connaît le sort, 152 sont sortis vivants.

“ Soit une mortalité de 6,41 p. 100 pour les mères et une mortalité de 5,59 p. 100 pour les enfants. ”

Mais, me dira-t-on, ces cas sont choisis, et dans bien des circonstances on a pratiqué l'embryotomie. Je ne le nie point ; pour la plupart des statistiques ci-dessus rapportées, cela est vrai, mais je vais répondre par une autre statistique complète, intégrale, fournie par un service où la thérapeutique des viciations pelviennes est essentiellement conservatrice ; cette statistique, vous la connaissez, c'est la mienne.

Sur 100 femmes symphyséotomisées, 88 guéries, 12 mortes.

Et je répète que nous avons à la Clinique Baudelocque opéré tous les cas, et lutté dans toutes les circonstances pour conserver la vie.

Messieurs, j'ai fini et je me résume.

Pour moi, l'accoucheur n'a le droit, ni moralement, ni légalement, ni scientifiquement, de pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant.

Croire que sacrifier l'enfant c'est sauver la mère est une légende qui doit disparaître.

Le droit de vie et de mort sur l'enfant n'appartient à personne, ni au père, ni à la mère, ni au médecin, ni même... au directeur de l'hôpital.

Le droit de l'enfant à la vie est un droit imprescriptible et sacré que nulle puissance ne peut lui ravir.

Le droit de choisir l'opération appartient seul au médecin.

Et l'accoucheur doit rester médecin dans tous ses actes, c'est-à-dire qu'il doit toujours et partout éviter de provoquer des maladies et des infirmités et s'efforcer de conserver la vie chez les êtres qui se confient à lui ou qui lui sont confiés.

C'est là ma profession de foi.

*International Clinics* : A Quaterly of Clinical lectures on Medicine, Neurology, Surgery, Gynecology, Ophthalmology, Laryncology, Pharyncology, Rhinology, Otology and Dermatology, and specially prepared articles on treatment and drugs : by professors and lecturers in the leading medical Colleges of the United States, Germany, Austria, France, Great Britain and Canada, edited by Judson Daland, M. D., (Univ. of Penna.), Philadelphia.—Volume IV, ninth series. 1900.—J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1900. Collaborateurs au volume IV.—Neuvième série.—Bear<sup>d</sup> Beck, Benedict, Brown, Mark, A., Bulette Cole, Collins, Duckworth, (Sir Dice) Elliott, Allopeau, Hamilton (Charles S.) Haven Hectoen, Henry (Frederick. P) Hill, Ingals, Jackson, Jolly, Lautenback, Maknen, Maukopff, Marshall, Martins, Mayer, Mayo, Maudel, Mosler, Muller, Newman, Palmer, (Chancey D.), Pick, Rinehart Roy (Dunbar) Sattler, Schlesinger, Spivak, Walsh (James, J.).

Octavo de 337 pages illustré de dessins et photographies. Cet ouvrage, d'une exécution typographique parfaite, est une admirable compilation de la Clinique cosmopolite contemporaine.

Chaque volume est complet en lui-même.

## REVUE D'HYGIÈNE

## LE RAPPORT ANNUEL DU CONSEIL D'HYGIÈNE.

Nous venons de recevoir le cinquième et volumineux rapport du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, et nous avons pu, en le parcourant, nous faire une idée des progrès que le Conseil a accomplis dans son organisation depuis sa fondation, il y a bientôt treize ans (1887). On constate aisément, et par les points principaux dont parle M. le Secrétaire dans son rapport, et par les recherches importantes poursuivies au laboratoire de chimie et de bactériologie, que le Conseil étend son action à tout ce qui touche à l'hygiène dans cette province, et que son administration à ce point de vue se fait activement sentir. Seule, sa tenue des statistiques fait voir avec quel degré de précision il est parvenu à se renseigner. L'action du Conseil d'Hygiène semble d'ailleurs bien reconnue aujourd'hui, puisque de toutes parts on requiert les services de son inspecteur dans les questions municipales qui tombent dans son domaine. Les municipalités comprennent que, pour régler à l'avantage de tout le monde certaines questions d'ordre public, l'avis du Conseil ne peut leur rendre que d'importants services.

Chose étrange, il semblerait, d'après le rapport du Secrétaire, que ce soit dans certains cas les médecins qui refusent de seconder les municipalités dans les efforts louables qu'elles font pour mettre en pratique les mesures d'hygiène. Ce que dit le Dr Pelletier sur l'importance du rôle du médecin dans la famille, en cas de maladie infectieuse surtout, offre pour nous autres médecins pratiquants un intérêt tout particulier, et nous ne pouvons pas résister au désir de citer textuellement le rapport.

*La profession médicale et l'hygiène municipale.*

“ La correspondance du bureau, dit le Secrétaire, nous fait constater à regret que la profession médicale en général ne prête pas suffisamment son concours aux autorités sanitaires municipales..... Nous voudrions des médecins, dont l'honneur professionnel ne peut être mis en doute, une coopération plus grande encore avec les autorités sanitaires que celle que nous leur créditons déjà avec le plus grand plaisir.

“ C'est surtout pour ce qui regarde les maladies contagieuses que nos bureaux locaux d'hygiène ont besoin du concours actif de la profession médicale. Le médecin d'une famille possède toute sa confiance, il est son conseiller naturel, et elle acceptera de lui toutes les instructions et recommandations qu'il lui fera dans le but de la protéger,

car elle l'appelle pour la guider en matière qu'elle ne connaît pas ou connaît trop peu. C'est précisément cette confiance et cette influence du médecin sur les familles que les bureaux d'hygiène ont besoin d'utiliser pour les aider dans leurs opérations. Sans ce concours, les efforts que fera le bureau local, même le plus effectif, resteront souvent stériles ; nous en avons des exemples tous les jours.

“ Pour dire toute notre pensée, nous croyons que la profession médicale de cette province a entre ses mains le pouvoir de réduire le chiffre énorme de maladies contagieuses que nous avons à enrégistrer chaque année, et voici comment : Ce n'est, en effet, que pour les trois maladies contagieuses les moins fréquentes dans la province (variole, choléra, typhus) que les règlements de quarantaine de la maison entière peuvent être appliqués par l'autorité sanitaire ; nous pourrions même dire “ pour la variole seulement ” car la génération adulte actuelle n'a pas encore vu de typhus et de choléra asiatique dans le pays. Pour toutes les autres maladies contagieuses l'autorité municipale doit le plus souvent ne compter pour l'isolement que sur l'impression favorable qu'elle réussira à créer à son sujet lorsqu'elle envoie son agent visiter le logis infecté après la déclaration du cas par le médecin traitant. Les circonstances ne permettent pas, en effet, de faire plus, dans ces maladies, que de demander l'isolement du malade et de son garde-malade dans une chambre séparée et de laisser les autres membres de la famille libre, ou à peu près, de vaquer à leurs occupations. Et ainsi, comme il ne peut être question de placer un agent sanitaire à l'intérieur de la maison pour surveiller le maintien de l'isolement, il s'ensuit que l'efficacité de l'isolement sera en raison directe du bon vouloir des occupants de la maison de l'observer, après le départ de l'agent sanitaire.

“ Ce simple exposé de la situation suffit à faire comprendre combien alors serait précieux pour l'autorité sanitaire le concours du médecin traitant. Il arrive le premier sur le terrain et peut obtenir par conséquent l'isolement du malade dès l'apparition des premiers symptômes suspects, sans risquer qu'entre son départ de la maison et l'arrivée de l'agent sanitaire, les autres membres de la famille se soient déjà contagionnés, sans souvent s'en rendre compte. En outre, par les instructions qu'il pourrait donner, par les recommandations qu'il pourrait faire, la famille serait déjà préparée à recevoir l'agent sanitaire non pas comme un intrus, comme cela arrive que trop souvent, mais comme un conseiller de plus qui vient compléter son instruction, avec de minutieux détails sur les moyens de protéger ceux des membres de la famille que, heureusement, la maladie n'a pas encore atteints.

“ Et ensuite, pendant toute la durée de la maladie, combien de conseils utiles le médecin pourrait donner à la famille lors de ses visites, pour suppléer aux instructions de l'agent sanitaire, car il surgit toujours, au cours de la maladie, certaines situations qui n'ont pu être toutes prévues par l'agent sanitaire.

“ Il n'est pas besoin d'insister davantage sur cette question pour que la profession médicale comprenne l'importance de faire bénéficier les familles et le pays des connaissances d'hygiène qu'elle pos-

sède à un aussi haut degré, et nous croyons sincèrement que si elle répondait à l'appel que nous lui faisons avec instance, nous verrions diminuer considérablement les ravages que font dans notre province les maladies contagieuses ; car il n'y a pas à en douter, nombre d'infections ne sont pas dues à l'infraction volontaire des règlements sanitaires par les familles, mais bien au manque de savoir exactement ce qu'il faut faire pour se protéger."

C'est bien là, en effet, le point important, " savoir exactement ce qu'il faut faire pour se protéger." Nous avons bien les règlements d'hygiène, mais ils ne sont pas toujours très bien compris par tous lorsqu'il s'agit de leur application pratique. Aussi avons-nous lu avec plaisir les excellents renseignements que le Secrétaire nous donne sur la désinfection par la formaline, dont il affirme la supériorité sur la fumigation par l'acide sulfureux.

Nous citons de nouveau :

*" Désinfection par le gaz formaldéhyde.*

(La formaline, liquide dont on fait usage pour la production de ce gaz, est une solution saturée du gaz formaldéhyde ; elle doit en contenir pas moins de 35 0/0 au poids. Les quantités prescrites dans cette cédule sont calculées pour de la formaline ainsi titrée).

*Pour la fumigation d'un appartement.*

" 1ère méthode : Vaporiser au moyen de la chaleur pas moins de huit onces de formaline pour chaque 1000 pieds cubes d'espace, employant un des appareils que le Conseil d'Hygiène de la Province pourra approuver de temps à autre.

" 2ème méthode : Suspendre des draps par un de leurs coins, dans la chambre à désinfecter, et puis arroser (humecter) ces draps avec de la formaline, en employant pas moins de huit once pour chaque 1000 pieds cubes de la chambre.

" Soit que l'on emploie l'une ou l'autre des méthodes ci-dessus, toutes les crevasses, fentes, trous et fissures devront au préalable avoir été soigneusement bouchés, au besoin, par des bandes de papier bien collées. La chambre restera fermée pendant 6 à 24 heures.

" Pour désinfecter des vêtements ou autres effets, qui n'ont pas été traités par les méthodes ci-dessus ou qui requièrent un traitement spécial :

" 1ère méthode : Arroser les vêtements ou effets avec de la formaline puis les mettre en pile pour six heures.

2ème méthode : les faire tremper pendant 15 minutes dans une cuvette contenant 1½ once de formaline pour chaque gallon d'eau.

" Pour vaporisation sur les meubles, pour mêler aux restants de nourriture, aux évacuations, etc. : Se servir d'une solution 1½ once de formaline pour chaque gallon d'eau.



“ Pour les bains, la désinfection des mains, etc. : Se servir d'une solution de formaldéhyde,  $\frac{1}{2}$  once pour chaque gallon d'eau.”

*Des maladies contagieuses.*

Un fait qui montre bien l'importance du rôle du médecin dans un cas de maladie contagieuse est le suivant : la variole fait son apparition à Coteau du Lac, dans le comté de Soulanges, le 10 décembre 1898 ; aucune mesure n'est prise jusqu'au 6 janvier 1899, époque à laquelle la maladie est signalée au Conseil d'Hygiène et diagnostiquée ; aussi la voit-on faire son apparition dans trois municipalités voisines et atteindre 14 personnes, en même temps qu'elle passe la frontière et gagne la province d'Ontario. Un diagnostic plus précoce suivi aussitôt de quarantaine aurait enrayé la maladie beaucoup plus vite.

Ces épidémies partielles de variole, nous en avons encore une à l'heure qu'il est, nous prouvent bien que le danger est toujours en éminence, et que la vaccination et la revaccination resteront toujours des mesures préventives usuelles. Malheureusement il existe encore des préjugés sur la vaccination, et le Secrétaire du Conseil constate avec regret que cette pratique est nullement encouragée par les municipalités. On fabrique pourtant aujourd'hui du vaccin absolument aseptique, et les complications inflammatoires sont devenues des plus rares quand on vaccine avec précaution.

Des autres maladies contagieuses habituelles à notre province, la diphtérie et la rougeole ont diminué ; par contre, la scarlatine a augmenté : il y en a eu 1084 cas durant l'année 1898-1899 contre 800 cas l'année précédente. Voici d'ailleurs la récapitulation des intéressants tableaux que contient le rapport (pages 8 à 25).

		Variole.	Diphtérie.	Fièvre scarlatine.	Fièvre typhoïde.	Rougeole.
1898	Juillet.....		111	78	66	29
	Août.....		94	48	113	17
	Septembre.....		140	45	215	19
	Octobre.....		275	56	199	18
1899	Novembre.....		276	79	154	68
	Décembre.....		363	147	75	67
	Janvier.....	11	323	115	45	110
	Février.....	3	249	114	34	176
	Mars.....		274	144	39	130
	Avril.....		182	125	36	121
	Mai.....		196	68	24	173
	Juin.....		134	65	30	110
		14	2,617	1,084	1,030	1,038

Grand total pour ces 5 maladies..... 5,783

*Hygiène scolaire.*

Une grande partie du rapport est consacrée à l'hygiène scolaire, et est abondamment illustrée. Le Secrétaire du Conseil a fait précéder ce chapitre de remarques très judicieuses. Un grand nombre d'écoles sont défectueuses au point de vue hygiénique, et sont mauvaises pour la santé des enfants. Cela dépend, dit-il, de ce que toute initiative est laissée aux commissions scolaires, qui souvent sont opposées à toutes réformes, et qui toujours cherchent avant tout à ménager l'argent et à diminuer les taxes. Ces commissions, lorsqu'elles veulent échapper à l'autorité du Département de l'Instruction Publique, n'ont qu'à renoncer à la subvention du gouvernement, et elles administrent alors leurs écoles comme elles l'entendent. Ce fait se répète assez souvent et est de nature à nuire à l'uniformité du contrôle scolaire. Aussi le Dr Pelletier demande que le Département de l'Instruction Publique ait le pouvoir, pour le bien général de la population, "d'ordonner directement, aux frais de la commission scolaire intéressée, toute construction ou réparation devenue nécessaire pour que telle ou telle école soit mise dans les conditions voulues par les règlements édictés par le département." Ce contrôle nous paraîtrait assez juste, et de nature à améliorer l'état déplorable dans lequel certaines commissions scolaires maintiennent volontairement leurs écoles.

*Champs d'épuration.*

Nous attendions avec impatience des nouvelles du champ d'épuration du quartier St-Denis. Malheureusement ce champ d'épuration ne fonctionne pas encore, la ville n'ayant pas encore terminé la construction des canaux qui doivent raccorder ce champ d'épuration à son réseau d'égoûts, de sorte qu'on ne peut encore juger des résultats que donnera la nouvelle méthode. Un point à signaler, c'est que les frais d'installation ont coûté \$6,000 pour l'achat du terrain, \$17,000 pour l'établissement du champ d'épuration et \$70,000 pour la construction d'un collecteur de 2½ milles de longueur, soit en tout \$93,000, alors que pour établir une canalisation d'égoûts jusqu'au St-Laurent ou jusqu'à la rivière des Prairies, il aurait fallu \$375,000. Ce champ d'épuration est donc une grande économie, d'autant plus qu'il pourra être mis en culture et donner par lui-même des revenus. Reste à prouver son efficacité. Sur ce sujet, le Secrétaire du Conseil n'a aucun doute, car, dit-il, "l'expérience faite au Collège St-Laurent a démontré la possibilité des champs d'épuration dans nos climats." Si cette nouvelle tentative, faite sur une plus grande échelle, réussit aussi bien que la première, la ville de Montréal aura un moyen économique et efficace d'assurer son drainage sans polluer le fleuve.

*Progrès de l'hygiène au Canada.*

Il est évident comme nous le disions au début de cet article, que l'hygiène fait de grands progrès dans notre province, et que le Conseil d'Hygiène y est pour beaucoup. Le fait a même été reconnu à

l'étranger, et c'est "pour la direction sage et éclairée que, comme président du Conseil." nous apprend le Secrétaire, "le Dr Lachapelle a toujours su donner à l'hygiène officielle en cette province," que le Président de la République Française l'a créé chevalier de la Légion d'Honneur, à l'occasion de l'inauguration du monument élevé à la mémoire du fondateur de Québec. Le Conseil d'Hygiène, d'ailleurs, poursuit toujours sa tâche éclairée et utile. Après avoir étudié et consulté les lois sanitaires de l'Angleterre, de la France, de l'Italie, des Etats-Unis, du Canada et de l'Australie, il a codifié et révisé les lois d'hygiène de la province et les a soumises à l'approbation de notre gouvernement, qui a inscrit ce projet de loi sur le programme de la présente session.

Pour démontrer la surveillance exercée par le Conseil sur toute la province, il suffit de citer le rapport de l'inspecteur qui a, durant l'année, non seulement surveillé, en janvier et février 1899, le territoire infecté ou menacé par la variole, mais qui a encore fait, de Montréal à la baie des Ha! Ha!, 71 inspections qui se décomposent comme suit : 30 inspections pour choix de terrains pour cimetières, 20 inspections pour projets d'aqueduc ou de système d'égoûts, 15 inspections pour nuisances diverses, 4 inspections pour cas de maladies contagieuses, 2 inspections d'écoles.

Dans une autre partie de son rapport, le Secrétaire se plaint que les municipalités n'aient pas recours assez souvent au laboratoire du Conseil pour les analyses bactériologiques. Dans les maux de gorge suspects, par exemple, le diagnostic serait fixé par ce moyen, et on pourrait encore s'en servir pour constater que la maladie est passée, et qu'on peut faire la désinfection. Nous reviendrons dans un prochain article sur cette partie du rapport qui concerne le laboratoire.

---

# Simeon Mondou

AGENT DU

Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Édifice de la Cie d'Assurance London & Lancashire.

**164, Rue St-Jacques,**

Tel. Bell Main 1833  
Boite Postale 756.

Au 5ième

# FORMULAIRE

---

## GASTRO-ENTÉRITE des enfants.

R <sub>y</sub> Acide lactique.....	1 gramme
Eau chloroformée au 200ème.....	80 grammes
Essence de cammouille.....	2 gouttes
Sirop d'anis.....	20 grammes

Sig. Une cuillerée à bouche toutes les 2 heures.

## TUBERCULOSE AIGUE.

R <sub>y</sub> Tannin à l'alcool.....	5 drachmes
Glycérine.....	6 onces
Alcool.....	2 —
Vin de Banyals.....	25 —

Sig. Un verre à bordeaux après chaque repas.

## IDEM.

R <sub>y</sub> Créosote.....	2½ drachmes
Tannin à l'alcool.....	5 —
Phosphate de chaux.....	2½ —

Pour 40 cachets.

Sig. Deux à quatre par jour, au milieu des repas.

## TUBERCULOSE PULMONAIRE.

R <sub>y</sub> Baume de tolu.....	} àâ 2 grammes
Térébenthine de mélèze.....	
Créosote de hêtre.....	3 —
Gomme adragante.....	2 gram. 50
— arabique.....	3 grammes
Extrait d'opium.....	25 centigr.
Iodoforme.....	50 —
Magnésie.....	6 grammes

Pour 100 pilules dont on donne 5 à 10 par jour.—(Potain).

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - Dr J. B. A. LAMARCHE

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, MARS 1900

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### L'OPPOSITION AU BILL RODDICK.

Notre article du mois de janvier sur " le projet de licence inter-provinciale " nous a valu de longues répliques de la part de ceux qui dirigent l'opposition contre ce projet de loi. Nous avons, on s'en souvient, déclaré que nous trouvions le principe sur lequel ce projet est basé bon en lui-même, et exprimé notre espoir qu'on parviendrait à le mettre en pratique d'une manière satisfaisante. " Il serait très avantageux, disions-nous, pour la profession en général de rendre aussi libre que possible la pratique de la médecine sur le territoire canadien en exigeant toujours, bien entendu, les qualifications voulues." En nous prononçant de la sorte, nous ne faisons qu'approuver un principe déjà accepté à deux reprises par le Bureau des Gouverneurs (voir *L'Union Médicale* de février), et nous avons en vue non seulement l'avantage des médecins habitant près des frontières d'Ontario, mais encore un grand nombre d'autres qui seraient heureux d'aller gagner leur vie dans les centres canadiens de l'ouest, des provinces maritimes et d'Ontario même.

On nous a fait le reproche de ne pas avoir parlé plus tôt de ce projet de loi. La raison en est facile à donner. Nous avons, avec le Bureau Médical, accepté le principe du projet de loi, principe que nous croyons encore bon aujourd'hui. Nous attendions, avant d'en parler davantage, la rédaction et la distribution du projet de loi; il nous eût été alors facile de l'analyser posément, sans parti pris, en

faisant ressortir les avantages qu'il aurait présentés, en signalant aussi les points faibles qu'il pouvait offrir, et nous n'avons aucun doute qu'une discussion faite de cette manière eût aidé beaucoup le comité du Bureau Médical dans son œuvre, et aurait été de nature à guider l'opinion publique médicale sur cette question. Mais il était important de ne pas se préjuger d'avance, si l'on voulait porter un jugement impartial. Il était bon aussi, en matière aussi sérieuse, de ne pas s'acheminer hâtivement vers des conclusions basées sur des hypothèses. Nous savions d'ailleurs que le Bureau suivait la chose de très près, et nous ne croyions pas devoir, comme on le fait ailleurs, mettre en doute la bonne foi et le désintéressement de nos gouverneurs ou de leurs officiers.

Il fallait donc attendre d'abord la rédaction définitive du projet de loi, qui fut terminée en décembre, époque à laquelle tous les gouverneurs, représentant la corporation médicale, en reçurent une copie. Ensuite serait venue la critique dans la presse médicale ainsi que la discussion à Ottawa du projet tel que formulé, discussion qui aurait été faite par les députés représentant les diverses provinces, au nombre desquels se trouvent un bon nombre de médecins, et qui aurait mis à jour les intentions réelles de tous et de chacun. N'était-ce pas la meilleure manière d'aller au fond des choses, et de savoir à quoi s'en tenir ? C'est alors que les délégués des Bureaux Provinciaux auraient fait valoir les droits des provinces, et que le comité de la province de Québec se serait trouvé en mesure de prendre l'attitude voulue pour protéger nos droits et ensuite renseigner d'une manière complète le Bureau des Gouverneurs à sa prochaine séance. Cela valait mieux, à notre avis, qu'une discussion de presse prématurée, qui risquait fort de ne pas être judiciaire et de nuire à l'action du Bureau des Gouverneurs ou de son comité.

Mais on s'est écrié aussitôt : " Ne laissons pas présenter le projet de loi à Ottawa, ne le laissons pas discuter par le parlement, car c'en est fini de nous. On va sacrifier tous nos droits et nos privilèges, et nous imposer une loi qui fera disparaître toute notre organisation provinciale !" Pour justifier cette attitude prise par les oppositionnistes, il faudrait admettre : 1° Que le projet de loi avait pour but ou du moins pour effet de sacrifier les droits des provinces, ou de notre province en particulier ; 2° Que ce projet devait infailliblement être adopté par le parlement ; 3° Que le parlement avait le pouvoir de l'imposer aux provinces. Et c'est ce que soutiennent avec persistance, ou admettent implicitement, M<sup>M</sup>. Sirois et Simard dans leurs articles.

Nous ne sommes pas prêts à aller aussi loin. Nous croyons que, sans mettre en danger les droits de notre province, on aurait pu laisser le projet de loi suivre sa marche naturelle et subir la discussion en Comité de la Chambre des Communes. Nous aurions ainsi connu tous les arguments invoqués pour et contre, nous eussions mieux connu le sentiment des autres provinces. Nous ne doutons pas que si nos délégués, ainsi parfaitement éclairés, eussent jugé à propos de faire remettre le projet de loi à une autre session, la chose eût été très facile. Nous ne doutons pas non plus que si le parlement fédéral eût voulu passer outre, la législature de Québec, conseillée par le Bureau Médical, n'aurait pas accepté une telle législation.

Ce premier point étant admis : que les provinces désirent une licence interprovinciale ; le projet de création d'un Conseil Médical du Canada est-il mauvais en principe et incompatible avec les intérêts du Collège des Médecins et les droits de notre province ? Si oui, il faut rejeter le projet de loi ; si non, il faut l'accepter et le perfectionner puisqu'il rencontre un désir exprimé par la profession. Il est donc nécessaire de discuter ce point avec impartialité, afin de sauvegarder d'un côté les droits provinciaux, afin de l'autre côté de ne pas priver les provinces d'un avantage désirable. Or, ce n'est pas ce que l'on a fait lorsqu'on a affirmé tout d'abord, dès le mois d'octobre 1899, que tout est mauvais dans le projet de loi du Dr Roddick ; au lieu d'attendre qu'il fut rédigé et publié pour l'analyser avec impartialité, on a accumulé tout de suite hypothèses sur hypothèses, suppositions sur suppositions, pour démontrer que chaque clause, que chaque mot même devait offrir un danger ; et l'on a condamné tout, même le principe du bill. Ce n'est pas avec un tel parti pris que l'on peut arriver à la vérité, et MM. Sirois et Simard, ayant leur opinion toute formée d'avance, ne sauraient être des guides impartiaux. Leurs écrits d'ailleurs le démonstrèrent. Donc, il aurait mieux valu, dans l'intérêt général de la profession, attendre la publication du Bill, l'étudier et le discuter sans parti pris et laisser juger la question par les délégués officiels du Bureau. Ces délégués, n'étant pas préjugés d'avance, auraient agi d'une manière impartiale, puis, ayant aussi à cœur les droits de leur province, n'auraient pas accepté de mesures arbitraires ou injustes. Leur décision, si elle eût été favorable au projet de loi, restait subordonnée à l'action du Bureau des Gouverneurs sur l'intervention nécessaire de la Législature provinciale. Ceci eût été, nous le répétons, la ligne de conduite normale à

tenir, et c'est pourquoi *L'Union Médicale* s'est abstenue de discuter un projet de loi qui n'était pas encore rédigé et sur lequel par conséquent il nous était impossible de nous prononcer, à moins de vouloir approuver ou condamner sans savoir.

L'une des hypothèses faites par MM. Sirois et Simard, c'est que le bill Roddick aurait été adopté à Ottawa mot pour mot, tel que rédigé. Cette hypothèse était nécessaire pour justifier leur opposition au projet de loi, en s'appuyant sur une critique détaillée, clause par clause, phrase par phrase, de ce bill, mais elle n'en est pas moins fautive. Il est bien rare qu'un projet de loi subisse la discussion parlementaire sans être modifié d'une manière ou d'une autre. Voilà pourquoi, ici encore, les délégués officiels du Bureau étaient les mieux postés pour surveiller le bill et prendre soin de nos intérêts.

Enfin, si toute cette période préliminaire eût abouti à l'adoption du projet de loi, ce qui n'était pas sûr le moins du monde, il nous restait une garantie suprême et inattaquable : le parlement fédéral ne peut pas imposer aux provinces une loi touchant l'éducation. On a dit : " Cela est bel et bon, mais ce n'est pas exprimé dans le projet de loi." Evidemment non, puisqu'il s'agit de droit constitutionnel. Avoir écrit : " mais le parlement n'imposera pas cette loi aux provinces," c'eût été admettre qu'il pourrait l'imposer, ce qui lui est impossible en l'espèce. La constitution ne s'écrit pas dans les lois, elle les domine et les contrôle. Le parlement ne peut pas nous imposer des lois en matière d'éducation, ni enlever aux provinces le contrôle de ces matières. En soutenant le contraire, MM. Sirois et Simard nient la constitution, ce qui nous paraît pour le moins exagéré.

Non, plus nous y pensons et plus nous maintenons les conclusions de notre précédent article : cette polémique est prématurée et injuste. Le dernier article du *Bulletin Médical de Québec* nous a de plus fait voir que cette polémique est intéressée. En effet, nous avons relevé, dans les dix longues pages du Dr Simard fils, des insinuations où l'on devine un ardent désir de représenter certains officiers du Bureau actuel sous un jour défavorable. On y parle " du but patiemment poursuivi par un certain groupe dans ce pays," de la confiance des médecins " surprise," de renseignements fournis " à quelques privilégiés," de mesures adoptées " entre chien et loup (?)" ; on a même parlé quelque part de " complot." M. le Dr Paquin, secrétaire de la *Société Médicale de Québec*, est encore plus affirmatif lorsqu'il dit (rapport de la séance du 23 janvier, page 343) : " Il est entendu que Messieurs les Gouverneurs du Collège de Québec AURONT à sur-



veiller le bill devant les législatures, vu que le Dr Lachapelle, qui en avait été chargé, s'est déclaré favorable à ce projet de loi." On ne peut pas plus délibérément fausser les faits. Le Bureau, à deux reprises, accepte le principe du bill Roddick; il charge les Drs Lachapelle, Fiset et Craik, de surveiller ce bill et de voir à ce que les droits provinciaux soient protégés; il possède le droit de juger en dernier ressort et de ratifier ou rejeter ce qu'aura fait son comité, en donnant ou en refusant son concours à une ratification nécessaire par la législature provinciale. On n'en tient pas compte. Prenez garde, nous crie-t-on à Québec; on est en train de comploter pour vendre la province de Québec aux anglais! Et le Dr Simard, se rappelant qu'il fait partie de la maison du premier ministre, nous dit d'un ton solennel: "Nous vous attendons à Québec, messieurs les traîtres à la nationalité canadienne-française!"

De ce côté comme de l'autre, la discussion dépasse toute mesure. L'un, pour aucune raison, ne veut trouver quelque chose de bon dans le bill Roddick; l'autre profite de l'occasion pour calomnier le Bureau des Gouverneurs et ses officiers. Nous nous permettrons de conclure que ni l'un ni l'autre ne peut être un témoin impartial dans la cause et que, comme on dit au Palais, nous avons le droit de récuser leur témoignage.

---

P. S.—Le manque d'espace nous empêche de parler aujourd'hui des bills Tellier et Roy, présentés à la législature de Québec. Le premier a été pratiquement défait et le second essentiellement modifié, grâce à l'intervention du Collège des Médecins. Nous exposerons cette question dans un prochain article. Le bill modifiant la loi électorale a été adopté sans amendement par la Chambre et par le Conseil Législatif; il ne reste plus qu'à y apposer la signature du Lieutenant-Gouverneur en Conseil pour le mettre en force. L'année prochaine, selon toute probabilité, les élections triennales auront lieu au bulletin secret, et dans chaque district. Nous reviendrons sur le sujet.

---