

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE:

MM. A. BERNIER,	MM. L. E. FORTIER,	MM. A. Le SAGE,
R. BOULET,	A. A. FOUCHER,	A. MAHIEN,
E. P. CHAGNON,	L. de L. HARWOOD,	O. F. MERCIER,
R. DE COTRET,	H. HERVIEUX,	E. ST-JACQUES,
J. E. DUBÉ,	E. P. LACHAPELLE,	C. N. VALIN.

COLLABORATEURS DE L'ANNEE 1906:

MM. Benoit,	MM. Heinck,	MM. Rhéaume,
Bourgoin,	Joyal,	Rousseau,
D'Amours,	Laramée,	Roy,
DeBlais,	Lauzier,	Sirois,
Desjardins,	Laurendeau,	St-Pierre.
Gauthier,	Marsan,	
Gregor.	Pelletier,	

*Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Secrétaire,
36, Avenue Laval, Montréal.*

Vol. XXXVI

1er AOUT 1907

No 8

MEMOIRES

LES DIARRHEES INFANTILES.

NOURRISSON — ENFANT NOURRI ARTIFICIELLEMENT
ENFANT DE 2 ANS ET PLUS.

Par
J. E. DUBÉ et A. LE SAGE
agrégés
Médecin de l'Hôtel-Dieu, Médecin de l'Hopital Notre-Dame.

Chaque année nous enregistrons des décès d'enfants par milliers, nous déplorons ces morts prématurées — véritables hécatombes — nous jetons le hauts-cris pendant quelques semaines durant les mois d'été, nous proposons quelques réformes qui restent à l'état de projets, et les enfants meurent toujours à cause de tout et de tous — préjugés et incurie.

Dans le travail succinct que nous publions ici, nous étudions les différentes causes de la diarrhée infantile, et nous synthétisons les notions élémentaires de l'alimentation des enfants, que le médecin a l'occasion d'appliquer à la campagne ou à la ville

I. — *Diarrhées de l'enfant au sein maternel.*

Les enfants nourris au sein maternel exclusivement ne sont pas tous à l'abri de troubles gastro-intestinaux.

Disons, d'abord, qu'un enfant bien portant ne doit pas avoir plus de deux à trois selles par jour; elles sont généralement jaunes, presque inodores, de consistance molle et homogènes, ne contenant ni grumeaux, ni caillots de lait, etc.

Les causes de diarrhée chez ces enfants sont multiples:

(a) *D'origine maternelle.*

Toutes les mères qui ont beaucoup de lait ne sont pas nécessairement de bonnes nourrices: les unes, à cause d'une alimentation abondante, trop riche, et mal ordonnée: bière, alcool, thé et café en grande quantité, excès de viande ou de matières grasses — Ne voit-on pas, en effet, trop souvent, des jeunes mères, anxieuses de donner à leur enfant un bon lait, se livrer à des excès dans le boire et le manger?... Or, nous savons avec quelle facilité le lait modifie sa teneur en beurre ou en caséine, etc., sous l'influence du régime. Donc, dans tous les troubles gastro-intestinaux chez l'enfant nourri au sein, *cherchez la mère*, c'est-à-dire, détaillez le régime alimentaire qu'elle suit, et modifiez-le suivant les circonstances: trop de matières grasses dans le lait provoquent de la diarrhée chez l'enfant, etc.... Généralement cette diarrhée ne s'accompagne pas de fièvre ni d'aucun symptôme alarmant. Le nombre des selles est augmenté plus ou moins; elles sont liquides, et peuvent contenir des grumeaux. Ces enfants ont quelquefois des vomissements, ils sont agités et dorment mal, surtout si la mère prend de la bière et autres stimulants en trop grande quantité.

Dans une autre catégorie, nous voyons des mères fournir un lait très riche, à cause de la vie trop sédentaire qu'elles mènent. Elles ne prennent pas assez d'exercice. Au médecin d'y voir.

(b) *D'origine diététique.*

"*L'enfant pleure, il veut son castoria*".... Parodions cet axiome populaire au Canada, et disons avec un trop grand nombre de mères: "*l'enfant pleure il veut le sein.*" Et c'est ainsi que nous voyons ces mères généreuses donner le sein de quart d'heure en quart d'heure, et même les y laisser des nuits entières....

Erreur ou préjugé regrettable qui épuise la mère, tarit la sécrétion lactée et provoque, chez l'enfant, les vomissements et la diarrhée avec ses conséquences. (1)

Quelques-unes, enfin, tout en observant les intervalles normaux entre chaque tétée, commettent l'erreur de donner les deux seins au lieu d'un seul, à chaque repas, provoquant ainsi, au nom d'une hygiène mal comprise, les troubles que nous avons signalés ci-dessus.

Comme conclusion sommaire de ce chapitre, disons que les mères qui allaitent devront, en cas de diarrhée chez leurs enfants, observer une hygiène alimentaire appropriée, éviter les excès dans le repos ou l'exercice, et enfin donner, alternativement, un sein à chaque repas, suivant les intervalles fixés ci-dessous :

1° *Durant les six premières semaines*, l'enfant doit boire au sein toutes les deux heures durant le jour, et une fois *seulement* la nuit.

2° *De six semaines à trois mois*, l'enfant doit boire toutes les 2½ heures. Après ce temps il faut supprimer la tétée la nuit.

3° *De trois à six mois*, l'enfant doit boire toutes les trois heures, le jour *seulement*. Cette règle s'applique jusqu'à l'époque du sevrage.

4° La journée d'un enfant à sein commence à 6 hrs du matin et se termine à 10 hrs du soir.

5° Contrairement à l'opinion admise dans tous les milieux, il faut *absolument réveiller l'enfant lorsque l'heure du repas est arrivée*, et agir ainsi jusqu'à ce qu'il en ait contracté l'habitude: ce qui arrive toujours. L'enfant qui n'est pas réveillé pour boire est privé d'une quantité de lait dont il a besoin, il arrive ainsi qu'il en prend trop à la fois, lorsqu'il s'éveille, il surcharge son estomac, il pleure, il crie jusqu'à ce qu'enfin fatigué il s'endorme de nouveau, comme auparavant, pour s'acheminer rapidement vers cet état particulier où il prend la nuit pour le jour. *Physiologiquement*, l'enfant doit, durant les 24 heures, boire et dormir. Il est tout naturel qu'il boive le jour et qu'il dorme la nuit, mais il faut l'y habituer.

6° L'enfant doit boire au sein *raisonnablement*, ni trop, ni

(1) Lorsqu'un enfant pleure voir 1° si l'heure du repas est arrivée, 2° si ses langes ne sont pas souillés ou mouillés, 3° quand l'enfant a eu sa dernière selle, donner un petit lavement au besoin, 4° si la bande abdominale n'est pas trop serrée ou si une épingle ne le pique pas quelque part, 5° si les pieds ne sont pas froids, ou s'il n'est pas couvert trop lourdement.

trop peu. On sait que les enfants ne prennent pas tous la même quantité de lait dans un espace de temps donné, soit qu'ils n'aient pas une égale force de succion, soit que le sein n'offre pas les mêmes facilités à l'écoulement du lait. Dans ces conditions il est évident que la durée de la tétée peut et doit varier : courte, c'est-à-dire, 5 à 10 minutes pour les enfants forts avec sein facile, 15 à 20 minutes pour les enfants faibles avec sein laborieux. Il ne faut pas laisser les enfants s'endormir au travail et allonger plus de 20 minutes le temps de la tétée.

7° Dans le cas où l'enfant s'éveille et pleure, la nuit, alors que l'heure de la tétée n'est pas arrivée, nous conseillons aux mères de donner un peu d'eau bouillie légèrement sucrée. Excellente précaution qui empêche la surcharge de l'estomac, qui a, lui aussi, besoin de repos.

II. *Diarrhées de sevrage.*

Ces diarrhées sont dues à plusieurs causes : ici l'enfant est sevré durant les chaleurs de l'été, ce qui ne doit jamais se faire ; là il est sevré trop brusquement, alors qu'il faut opérer graduellement, car il faut habituer peu à peu l'enfant au régime nouveau qu'on lui impose.

Dans les cas de troubles gastro-intestinaux dûs au sevrage, le médecin, après le traitement indiqué plus loin, doit conseiller de mettre de nouveau l'enfant au sein pour quelque temps, et attendre qu'il soit rétabli pour le sevrer de la manière suivante ; car il est prouvé que le sein peut donner, de nouveau du lait, même après un repos de 15 jours et plus, à condition d'exercer des succions fortes et répétées.

Le sevrage doit se faire graduellement et non subitement, comme autrefois et même aujourd'hui. Lorsqu'on a décidé de sevrer un enfant, on supprime une tétée au cours de la journée, que l'on remplace par une quantité de lait, propre à l'âge de l'enfant, et dilué au $\frac{1}{3}$ ou $\frac{1}{2}$. Si l'enfant tolère bien ce régime nouveau, on diminue le coupage. Deux ou trois jours après on supprime une seconde tétée dans les mêmes conditions, etc. . . jusqu'à la suppression complète du lait maternel que l'on remplace par le lait de vache.

En procédant ainsi, la glande mammaire sécrète de moins en moins, et le lait s'en va sans troubles.

Si l'allaitement au sein ne peut pas être repris, on fera bien de suivre les quelques conseils sur l'alimentation, que nous indiquons dans le chapitre suivant.

III. — *Diarrhées de l'enfant nourri artificiellement au lait de vache.*

(a) *Gavage.*

Une des causes les plus fréquentes de diarrhée chez les enfants de cette catégorie, c'est *le gavage*.

En effet, l'expérience nous a enseigné que les mères donnent à leurs enfants des repas trop fréquents le jour, et sans trêve la nuit, et que la quantité de lait donnée à chaque repas est, bien souvent, trop abondante.

Si le meilleur lait, *même stérilisé*, pris dans ces conditions conduit invariablement à des troubles gastro-intestinaux, tels que : dilatation de l'estomac avec vomissements, fermentation intestinale avec diarrhée, etc., que ne fera pas un lait frelaté et trop vieux, dans les mêmes conditions, surtout dans les grandes villes comme Montréal, où l'approvisionnement est si défectueux ?

Avant donc de parler du traitement de ces diarrhées, il importe de fixer les règles de l'alimentation artificielle chez le bébé en bonne santé privé du sein maternel pour des raisons valables.

Notre ami et collaborateur, le Dr Masson, a déjà traité cette question en détail ici même. Nous y renvoyons nos lecteurs. Mais elle est d'une telle importance que nous donnerons sous forme de tableaux des chiffres approximatifs qu'on oublie facilement et qu'il est important d'avoir présents à la mémoire.

Avant tout *il faut préférer le lait d'une nourrice au lait de vache*. Ici, au Canada, on ignore trop les nourrices. Lorsqu'une mère ne peut pas nourrir son enfant, on s'empresse de donner le lait de vache. Il faudrait introduire dans notre pays une coutume qui rend de grands services en Europe où elle est passée, avec raison, dans les mœurs.

Nous n'insistons pas davantage sur ce point, nous tenons seulement à attirer l'attention sur cette coutume, afin qu'on y pense à l'occasion.

Nous donnons ci-dessous un tableau emprunté à Ladd's, dans l'excellent livre de Cotton sur les maladies de l'enfance. (1).

(1) Diseases of infancy and childhood, (Cotton) Lippincotte, Philadelphia, 1906.

REGLES DE D'ALIMENTATION ARTIFICIELLE

de 6 heures du matin à 10 heures du soir.

Age de l'enfant	Intervalles des tétées	Repas en 24 heures	Repas la nuit	Quantités à chaque repas (onces)	Quantités dans les 24 heures
1 semaine	2	10	1	1	10
2 "	2	10	1	1½	15
4 "	2	9	1	2½	21½
6 "	2½	8	1	3	24
8 "	2½	8	1	3½	26
3 mois	2½	7	0	4	28
4 "	2½	7	0	4½	31½
5 "	3	6	0	5½	33
6 "	3	6	0	5¾	34½
7 "	3	6	0	6½	37½
8 "	3	6	0	7	42
9 "	3	6	0	7	42
10 "	3	5	0	8½	42½
11 "	3	5	0	8¾	43½
12 "	3	5	0	9	45

Ces chiffres ne sont qu'approximatifs tant qu'à la quantité de lait. Le médecin est le juge dans chaque cas ; il devra se guider d'après la courbe du poids de l'enfant.

Des auteurs modernes ont fait des rapprochements entre la quantité de lait que l'on doit donner à chaque repas et le poids de l'enfant. Ainsi, deux bébés du même âge mais de poids différent prendront des quantités de lait différentes, car un enfant plus gros, ayant un estomac plus grand, tolérera une quantité de lait plus considérable qu'un enfant plus petit : toutes choses égales d'ailleurs.

Mais nous insistons particulièrement sur les chiffres qui fixent les intervalles entre les repas : ils sont invariables ou à peu près ; il faut bien le retenir, et en faire comprendre la nécessité et l'importance aux mères ou à leur entourage.

Comme chez l'enfant nourri au sein, il faut aussi que l'estomac se repose la nuit, et les chiffres qui apparaissent au tableau doivent être observés rigoureusement. Trop souvent on constate que des enfants de 6 à 8 mois boivent 10 et 12 bouteilles de 6 ou

7 onces par jour, alors qu'ils ne devraient prendre, s'ils sont bien portants, que 6 bouteilles contenant 5 onces $\frac{3}{4}$ de lait, soit 35 onces, à peu près en 24 heures, au lieu de 70 onces et plus, dans certains cas que nous avons présents à la mémoire.

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE CHEZ LES ENFANTS NOURRIS
ARTIFICIELLEMENT AU LAIT DE VACHE.

C'est ici que nous rencontrons la diarrhée infantile sous la forme la plus grave.

Quelle est la conduite à tenir en présence d'un bébé souffrant de diarrhée ?

Que les selles soient plus ou moins fréquentes, plus ou moins mauvaises d'aspect, plus ou moins odorantes; qu'il y ait peu ou beaucoup de fièvre; qu'il y ait ou non des vomissements, que la diarrhée date de quelques jours ou plus, le traitement ne varie guère dans ses grandes lignes.

1° Il faut cesser l'alimentation par le lait et le remplacer par de l'eau stérilisée aux heures indiquées, et d'après les quantités données dans le tableau ci-dessus, et continuer cette diète hydrique jusqu'à ce que les selles soient devenues normales, c'est-à-dire durant un ou deux jours.

Il faut savoir, contrairement à un préjugé très répandu, que l'enfant souffre plutôt de boire que de manger, dans ces cas, et que l'eau seule est mieux supportée que le lait qui l'empoisonne.

2° En même temps il faut vider l'intestin par un purgatif, de préférence l'huile de ricin, à la dose purgative, ou le calomel à la vapeur, à petites doses répétées: de 1-6 grain d'heure en heure jusqu'à concurrence de 1 grain. Ces purgatifs peuvent être répétés au besoin suivant l'effet.

3° Lorsque les selles sont devenues normales, il faut reprendre l'alimentation au lait *graduellement*, en procédant de la façon suivante:

(a) On remplace l'eau bouillie par de l'eau de riz, que l'on prépare de la façon suivante: on prend 2 cuillerées à soupe de riz que l'on fait macérer durant 3 heures dans une pinte d'eau à laquelle on ajoute une pincée de sel. On porte ensuite à l'ébullition durant 1 heure, en ayant soin de maintenir au même niveau par

l'addition de petites quantités d'eau pour compenser la perte par l'évaporation. On passe au tamis, on sucre légèrement, puis on conserve au frais. Cette eau se donne comme ci-dessus. (Voir tableau.)

On peut aussi donner de l'eau d'orge (barley). — A une pinte d'eau froide on ajoute une cuillerée à soupe le barley (ou orge perlé lavé), faire bouillir 2 heures en ajoutant de petites quantités d'eau pour maintenir l'eau au même niveau, on y jette une pincée de sel; tamiser et conserver sur la glace ou au frais.

4° Si cette alimentation est bien tolérée, après 24 heures on peut songer, alors, à donner du lait. Le meilleur lait, ne l'oublions pas est, avant tout, celui d'une nourrice, quand la chose est possible, sinon on ajoute une petite quantité de lait de vache — $\frac{1}{4}$, puis $\frac{1}{3}$ — à l'eau d'orge ou de riz, en augmentant graduellement suivant la tolérance et la marche de la maladie. Mais il faut absolument surveiller le lait, en connaître la provenance et la pureté. Si ce lait repris ainsi n'est pas toléré on le supprime pour le remplacer par l'eau de riz ou de barley que l'on donne alternativement pendant un jour ou deux avec de la gelée d'orge ou de farine d'avoine préparée de la façon suivante:

2 cuillerées à soupe de farine d'orge dans une pinte d'eau, additionnée d'une pincée de sel, porter à l'ébullition pendant un temps suffisant pour réduire à une chopine; filtrer à chaud, laisser refroidir, conserver au frais et donner par petites portions légèrement sucrées (de une à deux cuillerées à soupe), suivant l'âge de l'enfant. La gelée de farine d'avoine se prépare de la même manière.

Après deux jours, plus ou moins, si tout va bien, reprendre le lait additionné à l'eau de riz, comme ci-dessus. On voit alors — si le lait est frais, l'enfant aller de mieux en mieux.

* * *

Mais il arrive que, malgré le lait frais et le régime ci-dessus bien observé, les troubles digestifs réapparaissent.

Que devons-nous faire dans ces cas?

Nous conseillons de recourir alors au lait maternisé, c'est-à-dire, un lait modifié dans ses principes constituants (beurre, caséine, sucre de lait), suivant la tolérance du petit malade.

A Montréal, nous pouvons nous procurer facilement un lait maternisé d'après le système Walker-Gordon, de Boston (1).

Ce lait est délivré chaque matin chez les clients dans des paniers spéciaux.

Le médecin n'a qu'à téléphoner au laboratoire en indiquant le nombre de bouteilles, la quantité et la qualité du lait, c'est-à-dire la proportion de crème, de caséine et de sucre qu'il peut varier suivant les circonstances. (Voir tableau ci-dessous).

Ce lait, qui nous a rendu de grands services en clientèle, n'a qu'un défaut, son prix élevé: 40 sous par jour.

Nous ajoutons qu'il peut être expédié au loin sur la glace. On le prescrit d'après des formules consacrées par l'expérience. Mais, quelque soit l'âge d'un enfant, — 2, 4 ou 8 mois — s'il souffre de troubles digestifs, il faut toujours procéder, au début du traitement, comme s'il s'agissait d'un bébé de quelques semaines en ce qui concerne la quantité, la qualité du lait et le nombre des repas. Par exemple, un enfant de 7 mois qui vient de traverser une crise de gastro-entérite traitée et améliorée par l'usage de l'eau de riz, au point de pouvoir reprendre l'alimentation lactée, etc., ne doit pas comme un enfant de son âge en bonne santé, recevoir en 24 heures six bouteilles de 6½ onces chacune (voir tableau ci-dessus), mais 8 ou 9 bouteilles (une toutes les 2 heures) d'un lait maternisé dont la formule est plutôt faible; on change tous les 2 ou 4 jours en les augmentant, la formule et la quantité du lait pour chaque repas, que l'on espace de plus en plus de façon à arriver graduellement aux règles qui président à l'alimentation d'un enfant de son âge.

Voici quelques formules appropriées aux différents âges de l'enfant en bonne santé:

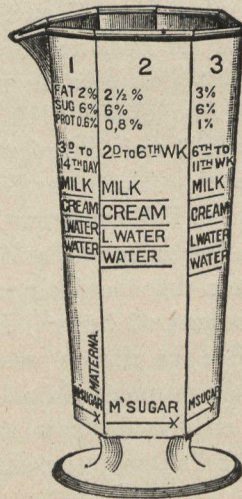
Formules	1	2	3	4	5	6
	3e au 5e jour	2e à la 6e semaine	6e à la 11e semaine	11e semaine au 5e mois	5e au 9e mois	9e au 12e mois
M. grasses....	2 0/0	2½ 0/0	3 0/0	3½ 0/0	4 0/0	3½ 0/0
Sucre de lait....	6 0/0	6 0/0	6 0/0	7 0/0	7 0/0	3½ 0/0
Caséine.....	06 0/0	08 0/0	1 0/0	1½ 0/0	2 0/0	2½ 0/0

(1) Représenté, à Montréal, par J. D. Duncan Co., 61, rue Drummond.

Ces formules donnent la qualité du lait qui convient aux différents âges. Quant à la quantité, qu'on veuille bien consulter le tableau que nous publions plus haut page 444.

A la campagne, les choses se passent autrement, parce que nous pouvons toujours nous procurer du lait frais. Dans ces cas, nous conseillons de préparer le lait maternisé à la maison, de la manière suivante :

1° *Le Materna* (Estraus). C'est le vase ci-contre qu'on peut se procurer facilement (1) et au moyen duquel on peut préparer un lait suivant les formules données ci-dessus :



Le Materna Estraus.

Qu'on lise attentivement les chiffres et directions donnés sur chacune des sept faces extérieures du vase, et l'on verra combien il est facile de préparer un lait suivant l'une quelconque des formules appropriées.

Nous ajoutons que ce lait, une fois mis en bouteilles *doit être stérilisé au bain-marie*, au moyen des stérilisateurs ordinaires en vente chez tous les pharmaciens. (2).

(1) A la pharmacie Lecours et Décarie, à Montréal.

(2) A la pharmacie Lecours et Décarie ou à la Compagnie des Méd. Franc. à Montréal.

Pour faciliter la tâche aux médecins qui ne peuvent pas se procurer le *malerna*, nous donnons ci-dessous quelques formules empruntées à Rotch et qui donnent des résultats équivalents. (1)

FORMULE (a).

Utile après gastro-entérite, lorsque le lait peut être repris.

M. grasses	1.00		Crème	2 onces
Sucre de lait	5.00		Lait	2 —
Caséine	0.75		Eau de chaux	1 —
Eau de chaux	5.00		Eau	15 —
				<u>20 onces</u>
			Sucre de lait, 7 cuillerées à the.	

FORMULE No 1.

Indiquée après 2 ou 4 jours d'alimentation avec formule No (a). Aussi convient à l'enfant en bonne santé du 3^e au 14^e jour.

M. grasses	2.00		Crème	4 onces
Sucre de lait	5.00		Lait	nul
Albuminoïdes	0.75		Eau de chaux	1 once
Eau de chaux	5.00		Eau	15 onces
				<u>20 onces</u>
			Sucre de lait, 8½ cuillerées à the.	

FORMULE No 2.

Pour l'enfant de 2 à 6 semaines.

M. grasses	2.50		Crème	5 onces
Sucre de lait	6.00		Lait	nul
Caséine	1.00		Eau de chaux	1 once
Eau de chaux	5.00		Eau	14 onces
				<u>20 onces</u>
			Sucre de lait, 8½ cuillerées à the.	

(1) Pediatrics.

FORMULE No 3.

Pour l'enfant de la 6me à la 11me semaine.

M. grasses..	3.00	Crème..	6 onces	
Sucre de lait..	6.00		Lait..	nul
Caséine..	1.00		Eau de chaux..	1 once
Eau de chaux..	5.00		Eau..	13 onces
				20 onces
		Sucre de lait, 8½ cuillerées à thé.		

FORMULE No 4.

Pour les enfants, de la 11me semaine au 5me mois.

M. grasses..	3.50	Crème..	7 onces	
Sucre de lait	6.50		Lait..	1 once
Caséine	1.50		Eau de chaux..	1 —
Eau de chaux..	5.00		Eau..	11 —
				20 onces
		Sucre de lait, 8½ cuillerées à thé.		

FORMULE No 5.

Pour les enfants de 5 à 9 mois.

M. grasses..	4.00	Crème..	8 onces	
Sucre de lait	7.00		Lait..	2½ —
Caséine..	2.00		Eau de chaux..	1 once
Eau de chaux..	5.00		Eau..	8½ onces
				20 onces
		Sucre de lait, 8½ cuillerées à thé.		

FORMULE No 6.

Pour les enfants de 9 à 12 mois — formule de transition qui conduit au lait de vache, pur.

M. grasses..	4.00	Crème..	8 onces	
Sucre de lait..	7.00		Lait..	5 —
Caséine..	2.50		Eau de chaux	1 —
Eau de chaux..	5.00		Eau..	6 —
				20 onces
		Sucre de lait, 8 cuillerées à thé.		

Ces quantités, dosées pour 2 % onces, seront augmentées en proportion lorsque la quantité totale dépassera ce chiffre.

La crème nécessaire au lait ainsi formulé est obtenue en prenant le ¼ supérieur d'un flacon de lait qui repose sur la glace de puis 5 à 6 heures.

Nous le répétons, de nouveau, ce *materna* ne vaut qu'en autant que le lait employé est essentiellement frais. C'est pourquoi — à moins d'exceptions rares — son usage est restreint en ville où le lait est presque toujours frelaté.

Dans le cas où le médecin n'aurait pas de *materna* à sa disposition, il peut arriver au même résultat en consultant le tableau suivant :

Formules	1	2	3	4	5	6
	3e au 14e jour	2e à la 6e semaine	6e à la 11e semaine	11e semaine au 5e mois	5e au 9e mois	9e au 12e mois
	Parties	Parties	Parties	Parties	Parties	Parties
Lait	1 $\frac{1}{4}$	1 $\frac{5}{8}$	2	4 $\frac{1}{2}$	6	9 $\frac{1}{4}$
Crème	1 $\frac{1}{4}$	1 $\frac{5}{8}$	2	2	2	1
Eau de chaux..	1	1	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$	5 $\frac{1}{4}$
Eau	12 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{4}$	1 $\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$
Sucre de lait...	1	1	1	1	1 $\frac{1}{4}$	

La crème que l'on emploie doit être prélevée sur un lait frais qui repose depuis 5 à 6 heures au plus. Il ne faut pas prendre de la crème de 24 heures, elle est déjà trop âgée. . .

Lorsqu'il est impossible de se procurer un bon lait, suffisamment frais pour que l'enfant puisse le digérer, même lorsqu'il est préparé comme ci-dessus, on emploie, alors, les différentes préparations alimentaires bien connues, *v. g. Horlick's malted food milk, etc.* Laites et crèmes condensés en vente chez tous les pharmaciens.

Il ne faut pas oublier que ces aliments ne peuvent pas remplacer le bon lait, c'est un pis-aller qui devra rendre de grands services en maintes occasions.

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE LA GASTRO-ENTERITE.

Nos lecteurs remarqueront que nous avons passé sous silence, et pour cause, les lavages de l'estomac et les irrigations de l'intestin, préconisés il y a quelques années. Ce mode de traitement n'a pas donné les résultats auxquels on s'attendait, et il a été abandonné à cause des difficultés qui tiennent tant de l'enfant que de son entourage.

— *L'antisepsie intestinale.* — Salol, benzo-naphtol, acide borique, etc., . . . tant prônée, il y a quelques années, n'est plus aussi en faveur aujourd'hui. Nous croyons, avec la majorité des auteurs que le meilleur moyen de désinfecter un intestin, c'est de cesser un mauvais lait, cause première de l'infection, et de nettoyer l'intestin dans toute son étendue par un purgatif (huile de ricin, calomel, etc., tel que nous l'avons indiqué p. 445.

Les antiseptiques intestinaux sont superflus, lorsque le lait est bon, et inutiles en cas de mauvais lait, qui reste mauvais quand même.

— *Le Bismuth* à la dose de 0.50 centig. à 1 gramme d'heure en heure, est indiqué lorsque des selles fréquentes, aqueuses et inodores persistent malgré les purgatifs et la diète hydrique. Ce médicament n'est utile qu'en autant qu'on a commencé par supprimer le lait — cause de la diarrhée.

— *L'opium* (poudre de Dover), à petites doses peut rendre des services appréciables lorsqu'il y a des selles fréquentes et peu abondantes — ténésme — . . .

Le cognac à petites doses répétées: les injections sous-cutanées d'huile camphrée à 10 cc, stérilisée; 1 c.c. par jour; le sérum artificiel, 10 grammes de sel pour 1000 parties d'eau bouillie — à la dose d'une once chaque jour (30 grammes), sont des moyens adjuvants précieux que le médecin pourra utiliser en temps et lieu.

* * *

Nous avons souvent répété au cours de cet article que le lait des villes est généralement mauvais. L'UNION MÉDICALE a mis la chose devant le public depuis plusieurs mois, (voir articles de Marien, Masson, Laberge, Dubé). Depuis ce temps, une Commission a été formée dans le but de saisir les autorités de cette question vitale, et de les inviter à prendre les moyens nécessaires pour remédier au mauvais état de choses actuel. Bientôt nous verrons le Gouvernement de Québec mettre la question à l'étude. Nous espérons que nos députés médecins — MM. Lemieux, Pelletier, Daignault, Lanetot et plusieurs autres dont les noms nous échappent, se feront les champions de cette cause éminemment nationale puisqu'il s'agit de la vie de nos futurs citoyens fauchés en herbe par milliers, surtout dans les grandes villes de notre province.

Dans un prochain article nous terminerons ce travail en étudiant les troubles gastro-intestinaux chez l'enfant de 12 mois et plus.

A PROPOS DU CATHETERISME DE LA VESSIE.

Par B. G. BOURGEOIS
Chirurgien-assistant à l'Hotel-Dieu.

Le cathétérisme de la vessie est une opération courante que le praticien, comme le spécialiste, est appelé à pratiquer chaque jour; il doit le faire avec une technique irréprochable sous peine des plus déplorables conséquences! Que de malades trouvent chaque année la mort dans les suites d'un cathétérisme meurtrier! Que d'autres qui ne passent qu'avec beaucoup de peine à travers les complications sérieuses d'un sondage mal fait.

De quelque réputation d'innocuité qu'il jouisse dans le monde médical, le cathétérisme est une opération toujours sérieuse, quelquefois très difficile. Pour bien montrer la réalité de cette affirmation je n'ai qu'à évoquer le souvenir du vieux maître de Necker, — le professeur Guyon — disant plaisamment à sa clinique de la Terrasse: "S'il se présente à votre consultation un individu qui n'a jamais été sondé et dont l'urine est encore limpide, avez l'habileté de le diriger à votre voisin; il vaut mieux que ce soit lui qui l'infecte d'abord et vous qui le guérissez en suite."

Que le cathétérisme doive être pratiqué à travers un urètre purulent, dans une vessie déjà malade, ou dans un appareil urinaire indemne de germes pathogènes, il doit l'être avec le même soin, avec la même propreté; c'est un tort de croire que parce qu'une vessie est déjà infectée elle ne se trouvera pas plus mal des germes extérieurs que peut introduire une intervention mal-propre.

La *propreté* ou *l'asepsie*, voilà, je crois, la condition la plus essentielle d'un cathétérisme inoffensif; c'est la *muraille de Chine* au delà de laquelle se montre le spectre épouvantable de l'infection urinaire si redoutable avec ses cystites, ses calculs, ses pyélonéphrites, etc.

Si donc l'asepsie est à ce point nécessaire, il est important de savoir à quelles conditions elle peut être obtenue. Ces dernières sont au nombre de trois: il faut que le *matériel d'instrumentation soit propre*, — que le *champ opératoire soit propre*, — que les *mains de l'opérateur soient propres*.

Il existe beaucoup de procédés de stérilisation pour les instruments. Tous sont également bons; le plus sûr, le plus simple et

le plus réalisable en clientèle est à mon avis l'ébullition. Les instruments métalliques et en caoutchouc bouillent sans préjudice aucun; les cathéters en soie gommée après un bon savonnage, ne souffrent pas trop d'une ébullition de quelques minutes, laquelle est suffisante à leur stérilisation.

L'eau, servant aux solutions, doit avoir été bouillie pendant 20 à 30 minutes, mais *il ne faut pas qu'ensuite, — trop chaude, — elle soit refroidie avec de l'eau prise au robinet.*

Pour obvier à cet inconvénient de chaleur, il sera bon de la bouillir à l'avance; quelques minutes d'attente la refroidissent d'ailleurs suffisamment. C'est un tort de croire que parce que l'on projette une tablette antiseptique dans un bassin plein d'eau, celle-ci se trouve immédiatement transformée en milieu aseptique. L'action microbicide peut être plus lente à se produire et souvent la solution est déjà antiseptique qu'elle n'est pas encore aseptique.

Il serait bien inutile de mettre des instruments et des solutions propres dans des bassins, et des mains qui ne le sont pas. Aussi il faudra que les bassins, après avoir été bien nettoyés et dégraissés avec un peu de térébenthine soient libéralement flambés à l'alcool; les mains, après un bon brossage au savon, pendant quelques minutes, seront immergées pendant quelques instants dans une solution antiseptique, phéniquée ou sublimée.

Le *champ opératoire* est ici représenté par le gland, le méat et l'urètre. Dans les cas où l'urine ne contient pas de pus, nous sommes justifiables de penser que l'urètre est propre, et il peut être dès lors suffisant de laver le gland et le méat avec des tampons imbibés de solution antiseptique. Mais si, au contraire, il y a du pus, il faut alors, commençant par le lavage du gland, laver l'urètre successivement jusqu'à la vessie, avec la seringue vésicale et une solution phéniquée à $\frac{1}{2}$ p. c.

Les instruments, pour être introduits facilement et ne pas torturer inutilement, doivent être abondamment lubrifiés. C'est ici, je crois, que se rencontre l'échec le plus fréquent de l'asepsie urinaire. Les substances les plus ordinairement employées sont l'huile d'olive et la vaseline; mais outre que ces corps sont d'une stérilisation difficile, il n'est pas plus facile de les garder purs — l'huile ne tarde pas à vieillir et rançit, — la vaseline, trop souvent de qualité inférieure, est conservée dans des pots dont la tu-

bulure large et mal fermée permet un ensemenement facile par l'air extérieur, quand ce ne sont pas les doigts qui souvent mal-propres vont directement charger le corps gras et infectent à la fois la sonde qui *vient de bouillir* et le contenu du pot qui cultivera jusqu'aux cathéterismes ultérieurs. Il faut donc que la vaseline ou l'huile stérilisée soit très fréquemment renouvelée et conservée dans des récipients bien fermés. Toutefois, c'est une mauvaise pratique que celle de plonger la sonde ou quoi que ce soit dans le récipient — bouteille ou pot — et il est plus recommandable de verser sur une compresse ou sur la sonde directement, et de refermer immédiatement.

J'emploie depuis plusieurs mois, et avec une satisfaction complète, un glycérolé antiseptique contenu dans des tubes de plomb identiques à ceux qui contiennent des pâtes dentifrices. Une légère pression fait tomber sur la sonde quelques gouttes du glycérolé et permet de conserver indéfiniment aseptique l'intérieur du tube et son contenu. De plus, ce glycérolé, soluble dans l'eau, n'encrasse pas les instruments comme l'huile et disparaît par un léger savonnage.

Si le cathéterisme doit être aseptique, *il ne doit pas non plus blesser le malade*, et c'est pour réaliser cette deuxième condition qu'il faut le faire précéder d'une reconnaissance du canal et le pratiquer avec des instruments à *surface lisse, de consistance souple, flexible*.

Il faut, en effet, lorsqu'on est appelé à sonder un malade pour la première fois, commencer par explorer et calibrer l'urètre et voir s'il n'existe pas de rétrécissements, de corps étrangers, d'obstruction mécanique quelconque au passage de l'urine ou des instruments. Cette exploration se pratique au moyen des explorateurs à boules de Guyon dont il existe des grosseurs sériées. Ces instruments, très flexibles, ne peuvent blesser. Ils pénètrent jusqu'à l'obstacle quand il existe, le franchissent quelquefois lorsqu'il s'agit de rétrécissements. C'est au retour par la résistance et le ressaut que donne le talon de la boule plus abrupt que son sommet, que l'on peut reconnaître la présence, le nombre, le site et la longueur des rétrécissements.

Cette exploration terminée, et la topographie du canal étant

connue, il en faut déduire les indications quant à la nature et à la forme des instruments à employer.

Disons de suite que nous rejetons comme dangereuse et inutilement cruelle, la sonde métallique. Il fut un temps, trop long peut-être, où cet instrument était très en honneur et où le *tour du maître* brillamment exécuté, affirmait l'habileté du médecin; mais aussi que de ruptures de l'urètre, que de fausses routes et d'abcès de la prostate, que d'infiltrations urineuses. Actuellement nous croyons que la sonde métallique doit être réservée exclusivement à quelques rares cas (urètre très allongé, hypertrophie considérable du lobe mélian repoussant l'orifice de la vessie sous le pubis, etc.), lorsque tout autre instrument a échoué.

Les sondes qui donnent le plus de satisfaction sont celles de Nélaton, en caoutchouc mou et les cathéters en soie gommée, qui ont une force de pénétration plus grande. Il existe de ces derniers des modèles multiples dont deux sont à retenir :

1° La sonde *coudée* — béquille — dont l'extrémité vésicale fait un angle variant de zéro à 45° sur l'axe longitudinal. On comprend que par cette disposition, le bec de la sonde suit exactement la paroi de l'urètre sur laquelle il est dirigé et enjambe facilement les obstacles situés sur la paroi opposée. C'est l'instrument recommandé dans l'hypertrophie de la prostate.

2° La sonde à bout conique, fin, coiffé d'un renflement olivaire, — qui rend surtout de précieux services chez les rétrécis. Sa pointe se trouvant dans l'axe de la sonde se trouvera dans l'axe de l'urètre et devra porter au centre de tout obstacle périphérique.

L'instrument choisi et lubrifié doit être introduit très doucement et très lentement, pour ne pas réveiller la douleur et ne pas déterminer de spasme. Si celui-ci vient à se produire, quelques secondes d'attente le font cesser. La verge est en même temps bien tendue pour allonger et déplier l'urètre et faire disparaître les angles et les culs-de-sac de la paroi postérieure. Toutes ces manœuvres se font le malade étant couché sur le dos, les jambes légèrement fléchies et en rotation externe, et les poings ramenés sous les hanches, de manière à soulever le bassin.

Le cathéter introduit doit *vider complètement la vessie*, hormis certains cas spéciaux sur lesquels je reviendrai. Pour assurer cette troisième condition du bon cathétérisme, il faut que la sonde

ne soit pas poussée trop haut, et n'évacue pas seulement les couches supérieures du liquide. L'urine en effet dépose sur le fond de la vessie le pus ou les sels calcaires dont elle est saturée. Aussi, est-il important sur la fin de la miction d'imprimer à la sonde des mouvements de pénétration et de sortie, — de la mettre au *goutte-à-goutte*. C'est qu'alors elle débouche à l'endroit le plus déclive de l'entonnoir vésical, et il n'est pas rare de voir arriver à ce moment, du pus en abondance ou des sels calcaires déposés. On comprend que l'évacuation insuffisante de ces substances entretient une cause d'infection, d'irritation, sans compter les calculs dont ces détritüs sont souvent le point de départ.

Chez la femme le cathétérisme est en général facile, sauf peut-être les cas de déviation par tumeur pelvienne — prolapsus génital — ou exostose de l'arcade antérieure du bassin. Ces difficultés seront en général tournées si l'on a soin d'employer un cathéter flexible, qui, s'adaptant aux sinuosités, contourne les obstacles et peut être impunément poussé dans la vessie.

Il est important de ne pas se départir ici des conditions d'asepsie énumérées plus haut, et le nettoyage du champ opératoire est d'une importance spéciale. La vessie de la femme, par sa disposition anatomique est facile d'accès pour le cathéter, mais aussi pour les germes. L'urètre est *large et court*. De plus, il s'ouvre au bord d'un infundibulum peuplé de germes nombreux et le cathéter n'ira pas sans danger fouiller le vagin à plusieurs reprises avant de pénétrer dans l'urètre. On comprend de là, combien est important le contrôle de la vue dans cette opération, et combien est condamnable cette pratique d'un certain nombre de médecins qui cathétérisent *sous le drap* après avoir à peu près localisé la saillie de l'urètre sur l'index.

Il est vrai que la femme saura gré à son médecin de ne pas la découvrir inutilement, mais elle sera reconnaissante à celui qui la découvrira suffisamment pour lui éviter les ennuis et les dangers de l'infection urinaire.

Le médecin, en clientèle, est appelé à faire le cathétérisme dans des circonstances très variées, mais les cas qui le nécessitent le plus souvent sont : pour la vessie, la recherche des corps étrangers et l'hypertrophie de la prostate ; — pour l'urètre, les oblitérations

de ce canal par rétrécissement, par tuméfaction inflammatoire de la muqueuse, par rupture traumatique. Je ne parle pas ici, du cathétérisme par le lithotriteur, par l'endo-diviseur ou par le cystoscope. Ces instruments sont d'un emploi plus spécial qui nécessite une installation que n'ont pas les praticiens et les cas qui en relèvent appartiennent à la spécialité.

La recherche des *corps étrangers* de la vessie se pratique avec une sonde métallique pleine (explorateur vésical de Guyon), à courbure courte afin de faciliter ses mouvements en tous sens dans la vessie. Le pavillon de l'instrument est muni d'un tambour résonnateur qui exagère les bruits et permet à l'oreille de contrôler souvent les sensations perçues par la main. Il est important, — lorsque la chose est possible, — de distendre préalablement la vessie par une certaine quantité de liquide (100 à 150 c.c.). On transforme ainsi la vessie en une cavité sphérique et unie qui permet la flottaison du corps étranger et son contact plus certain avec l'explorateur. La vessie flasque, revenue sur elle-même constitue un labyrinthe dont les anfractuosités peuvent recéler des corps étrangers et que la sonde fouillera inutilement. Je ne comprends pas la pratique de certains médecins qui s'obstinent à explorer la vessie vide.

Il se peut que malgré cette distension la cavité présente des loges ou des diverticules inexplorables (vessies à colonnes). Aussi, l'exploration positive permet d'affirmer la présence d'un corps étranger, mais l'exploration négative ne permet pas de la nier.

Dans l'*hypertrophie de la prostate*, l'évacuation de la vessie présente quelquefois de réelles difficultés. L'hypertrophie du lobe médian, projetant en avant l'orifice urétral, détermine la formation d'une loge pré-prostatique au fond de laquelle vient irrémédiablement butter le bec des instruments. Une pression intempestive peut le faire alors cheminer, à travers l'urètre perforé, dans le tissu glandulaire; de là les hémorragies et les infections. C'est pour obvier à cet accident que l'on emploie la *sonde coudée* qui garde son contact avec la paroi antérieure de l'urètre et passe au-devant de l'obstacle.

Il se peut quelquefois que la coudure soit insuffisante, à cause d'une hypertrophie plus considérable. On peut alors l'accentuer

et la modifier à l'aide des *mandrins de Guyon* qui sont des instruments précieux dans cette circonstance.

Il est rare qu'avec leur concours on n'arrive pas à cathériser les urètres les plus déformés.

En cas d'échec, la sonde métallique à grande courbure sera notre dernière ressource. C'est son indication la plus rationnelle, et pour bien dire unique. Le moindre mouvement de bascule imprimé au pavillon de cette sonde amène le bec en arrière du pubis et au-devant du lobe prostatique.

Le prostatique peut être en rétention complète, ou en rétention partielle, c'est-à-dire qu'il n'urine pas du tout ou bien qu'il urine mais ne vide pas sa vessie. Dans le premier cas il y a indication d'évacuer la vessie deux à trois fois dans les 24 heures; dans le second il sera bon d'évacuer tous les jours ou au moins tous les deux jours le bas-fond vésical du pus ou des détritiques qui stagnent en arrière du promontoir prostatique.

Un vieillard consulte quelquefois pour incontinence d'urine. A vos questions il répond qu'il urine bien, il pisse presque tout le temps. C'est un prostatique à vessie distendue; il ne passe que le trop plein. Une évacuation par 24 heures fera disparaître cette infirmité.

Il arrive parfois que nous sommes appelés par des malades en rétention complète depuis 24, 36 ou 48 heures, et dont le globe vésical remonte jusqu'à l'ombilic. Nous sommes en présence d'une *vessie forcée* et il faut user ici de beaucoup de prudence. La musculature vésicale a perdu sa contractilité et la vessie évacuée rapidement ne se rétractant pas aussi vite, il se produit sur les vaisseaux gorgés et variqueux, une succion qui peut déterminer une rupture avec des hémorrhagies considérables qui peuvent devenir mortelles. J'ai vu mourir de la sorte un individu dans le service de Necker.

La technique recommandée en cette circonstance pour soulager le malade et combattre l'infection est la suivante: enlever 100 à 200 c. c. d'urine et les remplacer par 50 à 100 c. c. d'eau boriquée ou de solution saline. Recommencer au bout d'une à deux heures et ainsi de suite en augmentant graduellement l'évacuation, ainsi que l'écart qui existe entre la quantité évacuée et la quantité injectée. Au bout de 3 à 4 heures la contractilité sera revenue et l'on pourra compléter sans danger l'évacuation.

Dans notre beau pays, les *rétrécis* attendent qu'ils ne puissent plus pour venir consulter, et la dilatation qui aurait été facile et effective au début est maintenant impossible, — du moins momentanément. Il faut que le rétrécissement se soit ré-ouvert de lui-même auparavant que soient entreprises la dilatation et la dissection. On obtient généralement ce relâchement en introduisant et en laissant à demeure, une ou plusieurs bougies filiformes dans la lumière du rétrécissement ou dans son voisinage.

Cette introduction n'est pas toujours facile. Elle demande souvent beaucoup de patience et de temps. Un truc qui réussit assez souvent, consiste à introduire à la fois jusqu'à l'obstacle deux ou trois bougies que l'on pousse ensuite successivement. Il est rare qu'une d'elles, guidée par les autres ne trouve pas la lumière de l'urètre. C'est ce qu'on appelle le *cathétérisme en faisceau*. L'urine appelée par capillarité et souvent poussée par en arrière, se fraye un passage entre la sonde et le rétrécissement qu'elle dilate graduellement. On peut déjà le lendemain introduire une sonde plus grosse et même commencer la dilatation forcée au bout de 2 à 3 jours.

Il arrive qu'au cours d'une blennorrhagie floride, la tuméfaction de la muqueuse urétrale oblitère complètement la lumière du canal et que l'individu fasse de la rétention. Cet état peut n'être que passager et céder à un bain chaud, à un lavage froid de l'utère, etc., mais il peut aussi se prolonger suffisamment et nécessiter l'emploi de la sonde. On comprend qu'il faut être ici d'un luxe de précautions — lavage prolongé et désinfection du canal au permanganate de potasse et à l'acide phénique, et malgré tout la vessie est bien en danger. Aussi cette opération n'est-elle qu'une mesure de stricte nécessité.

Un individu qui a fait une chute sur le siège ou a reçu un coup sur le périnée vous fait appeler. A la suite de l'accident, il a pissé un peu de sang mais il n'a pas uriné depuis. Cet homme souffre d'une *rupture de l'urètre*, et dans ce cas, il faut s'abstenir, en règle générale, des manœuvres du cathétérisme. Tout au plus peut-on faire une très délicate tentative avec une grosse sonde, mais à la condition d'arrêter au premier obstacle. Le bec de l'instrument butte dans la plaie et toute insistance ne peut qu'accroître les délabrements qui existent déjà. Il faut mettre le malade

au repos avec des applications chaudes sous la forme de bains, compresses, etc., qui puissent aider la malade à uriner. Si au bout de quelques heures le cours de l'urine ne s'est pas rétabli, et surtout s'il existe de la tuméfaction périnéale ou scrotale, vous avez de grandes chances que ce soit un début d'infiltration d'urine. Le cas est grave et relève d'un traitement chirurgical qui consistera, soit dans l'ouverture et le drainage du foyer urinaire, soit dans la réparation de l'urètre sur une sonde à demeure.

CORRESPONDANCE

LE RECRUTEMENT DU PERSONNEL HOSPITALIER EN FRANCE (1)

Par le Dr DARDÉL, d'Aix-les-Bains.

(Fin).

L'administration des hôpitaux a toujours confondu les classes qui devraient être absolument séparées dans un hôpital. La jeune fille qui balaye les couloirs ou la fille de cuisine peut prétendre à être l'infirmière de demain. C'est affaire d'examen, de temps et de protection. De même, pour les hommes, il n'y a pas de différence réelle entre les scribes du bureau, les infirmiers, le garçon d'amphithéâtre ou le concierge. Cette lamentable confusion maintient tout le personnel à l'état domestique, l'empêche de conquérir une véritable position sociale. Tant qu'il en sera ainsi, jamais une jeune fille ayant reçu une certaine éducation n'entrera de gaieté de cœur dans les hôpitaux.

Ce personnel si mal traité matériellement et socialement est soumis à un dur surmenage. Les salles qui comportent 30 lits en comptent souvent 40 ou 50, grâce à l'adjonction des brancards ou lits supplémentaires. Le service de nuit, le plus délicat de tous, est confié à des débutantes, sans expérience, et non acclimatées à la vie pénible de l'hôpital.

Ces fâcheuses conditions d'hygiène produisent leur résultat habituel : la mortalité par tuberculose est énorme parmi les infirmières des hôpitaux parisiens.

(1) Voir 1re partie, *Union Médicale* 1er juillet 1937.

Signalons encore d'autres défauts qui résultent de cet état de choses. Le personnel n'a qu'une idée insuffisante de ses devoirs moraux. Le pourboire est admis comme une chose naturelle dans les hôpitaux, et les malades ou leurs parents trouvent tout simple de donner quelque menue monnaie pour avoir droit à de meilleurs soins. Cependant ces femmes sont en général des femmes pleines de cœur, affectueuses, mais le mal vient du milieu, de l'état social qui ne leur montre rien de dégradant dans le fait d'accepter un pourboire.

La permission de se marier donnée aux infirmières est des plus fâcheuses ; il en résulte une perte de temps et, en tout cas, un surcroît de fatigue, les femmes mariées devant prendre sur leur temps de repos les heures nécessaires aux soins de leur ménage.

L'avancement n'est pas toujours accordé au mérite. La faveur, les recommandations politiques ont une influence fâcheuse. Ceci étonnera sans doute un étranger, car il paraît au premier abord, que la politique devrait être étrangère à ces questions. Mais les infirmières sont, dans une certaine mesure, des fonctionnaires dépendant du Conseil Municipal ; elles ont un mari ou des parents qui sont électeurs et à qui il faut faire plaisir.

On a beaucoup critiqué la conduite de certaines infirmières. Tout n'est pas parfait, sans doute, et certains écarts de conduite sont regrettables, mais les faits ont été bien exagérés et nous croyons qu'on a eu tort, en tout cas, de conclure du particulier au général.

Un point très fâcheux dans l'organisation des hôpitaux parisiens, est l'absence d'une direction féminine analogue à celle de la *matrone* des hôpitaux anglais. Tout le personnel masculin et féminin est soumis à un directeur. Ce fait a de nombreux inconvénients et tous les gens qui se sont occupés de questions hospitalières s'accordent à reconnaître qu'il est mauvais pour la discipline et le bon ton de placer des femmes sous la direction d'un homme.

Pour apprécier sainement, il faut juger les faits dans leur milieu, et avec les idées du pays. C'est ainsi que bien des choses qui choqueraient en Angleterre ou dans les pays du Nord semblent naturelles en France. Certains sentiments de pudeur sont sentis moins vivement en France alors qu'ils sont peut-être exagérés ailleurs. L'usage du paravent est presque inconnu dans nos salles,

et on voit des infirmières donner à des malades des soins intimes presque au vu de tous, sans que personne n'en soit choqué. Des hommes employés comme infirmiers portent dans leurs bras des malades femmes et en chemise à la salle d'opération ou au spéculum. Nul n'y trouve à redire : autre pays, autres mœurs.

N'oublions pas que dans les hôpitaux français les hommes sont nombreux, infirmiers ou ouvriers employés à toutes sortes de travaux et habitant l'hôpital. Enfin, souvent, les infirmières mariées sont logées avec leur mari dans l'intérieur de l'hôpital.

* * *

Nous venons de passer en revue les causes qui rendent difficile le recrutement du personnel hospitalier en France ; examinons comment cette situation pourrait être améliorée et quels efforts ont déjà été tentés.

L'Angleterre a été citée avec raison comme un modèle tant au point de vue du recrutement des *nurses* que de leur valeur professionnelle.

Nous ne saurions décrire ici la vie intérieure des hôpitaux anglais. Les jeunes filles qui désirent se consacrer à la profession d'infirmière, de nurse, demandent à entrer dans un hôpital ; elles subissent un examen très sévère au point de vue santé, instruction, éducation, moralité, et si elles sont admises, elles s'engagent à rester 2 ou 3 ans dans l'hôpital.

Tout le personnel féminin est sous la direction d'une infirmière en chef, la matrone, qui est responsable vis-à-vis du comité de l'hôpital. C'est une véritable supérieure jouissant d'un prestige et d'une autorité complète et qui décide de l'admission et du renvoi des débutantes.

Il n'y a presque pas d'hommes employés dans les hôpitaux anglais ; par contre, le personnel féminin y est bien plus nombreux que chez nous ; aucune nurse n'est mariée. Toutes habitent un quartier spécial de l'hôpital où l'on cherche à leur assurer un vrai confort et à rendre leurs heures de repos aussi agréables que possible.

En résumé, voici les traits caractéristiques du système anglais. Personnel d'une moralité parfaite, recruté dans un bon milieu social, et considérant le séjour à l'hôpital comme un temps d'étude,

le moyen de se créer une situation. Cette combinaison est économique pour l'hôpital qui paye le personnel permanent et peut le faire aider par un personnel étudiant coûtant fort peu. Dignité, considération assurées au personnel, soumission de ce personnel à la matrone ; discipline d'une part, et indépendance vis-à-vis de toutes les autres influences.

L'idée devait venir naturellement d'appliquer en France les méthodes anglaises, mais, nous l'avons déjà dit, il faut tenir compte des différences de pays, de mœurs, d'habitudes.

Tout le monde admet que nos hôpitaux ne sont point aussi bien tenus qu'ils devraient l'être, mais on est moins d'accord sur les moyens de procéder à une réforme.

La question, pour être envisagée équitablement, doit l'être en dehors de toute question politique, de toute question religieuse pour ou contre — et même de tout parti pris sur les questions sociales. Malheureusement, ce sont ces à côtés de la véritable question qui l'ont toujours faussée et qui ont empêché des hommes de bonne foi et de bon vouloir de s'entendre pour le bien de tous.

Nous pensons que la réforme est possible, mais à la condition de nous défaire de la manie de centralisation et de symétrie absolue qui exige que tous les hôpitaux possèdent une organisation identiquement égale. Encore une différence bien profonde avec l'Angleterre, où chaque hôpital a sa vie et ses règles propres.

En ce qui concerne les hôpitaux de Paris, il ne faudrait pas songer à réformer tous les hôpitaux à la fois, sous peine d'échouer à coup sûr. La réforme devrait, au début, porter sur un seul hôpital et, de préférence, sur un hôpital nouvellement construit, où il serait plus aisé de créer des organisations nouvelles. Il importe, en effet, que le personnel nouveau recruté et formé d'après des données nouvelles ne soit pas mêlé au personnel actuel des hôpitaux parisiens.

Le plus sage serait de partir du principe anglais, qui est, croyons-nous, le vrai principe pour obtenir un bon personnel hospitalier laïc : offrir à des jeunes filles un moyen de s'instruire, de conquérir un diplôme qui leur permette de gagner leur vie, et en échange, leur demander leurs soins pour les malades hospitalisés.

La question d'argent n'est pas, comme on le croit trop en France, la seule difficulté qui empêche la solution du problème. Ce sont

des réformes *morales* qu'il importe d'accomplir avant tout : modifier le recrutement, l'instruction des infirmières, et la façon dont elles sont dirigées et traitées.

Pour faire une bonne infirmière, il faut tout d'abord procéder au recrutement dans un milieu social différent du milieu actuel, s'adresser à la petite bourgeoisie, à des jeunes filles ayant reçu une certaine instruction et une certaine éducation.

On devra exiger le célibat des jeunes infirmières. Cette réforme rencontrera sans doute bien des difficultés au début, car elle heurte certains préjugés, certaines idées admises, mais elle est *indispensable*. Une infirmière mariée a besoin de temps pour soigner son intérieur, et ce temps, elle le prendra ou sur son travail, ou sur son repos. L'hôpital ne permettrait pas que les heures de travail fussent diminuées c'est donc le repos qui souffrira ; or, le repos est nécessaire dans une profession aussi pénible, et il doit être imposé à celles qui n'en comprendraient pas d'elles-mêmes l'absolu besoin.

Soutenir cette opinion, c'est aller contre les idées régnantes en France, mais nous pensons que la question est primordiale. N'oublions pas que dans les hôpitaux anglais le célibat des nurses est une règle absolue ; toute nurse qui annonce son intention de se marier donne implicitement sa démission.

Il faut, pour le personnel féminin, une directrice analogue à la *matrone* des hôpitaux anglais, ou à la supérieure des communautés religieuses. Aujourd'hui, tous les employés d'un hôpital dépendent directement d'un homme, économe ou directeur. Une femme serait mieux à sa place comme responsable du personnel féminin et chargée exclusivement de tous les rapports avec lui.

L'infirmière a besoin d'une instruction pratique donnée dans les salles par d'autres infirmières qui exécutent elles-mêmes la tâche qu'elles enseignent. Les leçons théoriques du médecin ne sont que le complément et non le principal. Une garde-malade ne peut être bien instruite, ni même bien jugée par le médecin qui ne la voit que peu d'instantants au moment de la visite. Un médecin a trop de tendance à voir dans la garde-malade l'aide du médecin, alors qu'elle est plus encore l'aide du malade. C'est toute la journée qu'une infirmière peut s'instruire dans le contact permanent des malades et cette instruction ne peut être acquise

qu'avec de la pratique et sous le contrôle d'autres garde-malades plus anciennes et plus expérimentées. L'instruction théorique a sans doute son importance, mais en France, on lui fait une part un peu exagérée.

Le rôle des garde-malades doit être bien défini et complètement séparé de celui des filles de salle chargées du gros œuvre; donc, plus de confusion possible entre les personnes qui touchent aux malades et les serviteurs. On aura ainsi un personnel supérieur aux domestiques et qui jouira de plus de considération.

Le nombre des hommes employés dans un hôpital peut être fort réduit. Certains employés sont nécessaires, mais il ne devrait pas, en règle générale, y avoir des hommes comme infirmiers; les femmes seules doivent être appelées à soigner les malades. On tend, du reste, dans tous les pays, à renoncer aux hommes comme infirmiers, car la femme est plus douce, plus attentive, et son emploi est plus économique. A part certains services (urinaires, vénériens), le rôle des hommes devrait être réduit au minimum dans les hôpitaux civils.

Il est encore plus inutile de loger dans l'hôpital des hommes ou bien de nombreux ménages comme cela se passe dans les hôpitaux parisiens. Rappelons à ce sujet que dans les hôpitaux anglais, le portier est le seul homme qui habite l'hôpital.

La façon dont les infirmières sont traitées dans l'hôpital a besoin d'être changée du tout au tout. Elles devront, autant que possible, être logées dans un quartier spécial, où elles jouiront d'une chambre à part, d'une salle à manger, d'une salle de repos, toutes ces pièces convenablement meublées. Il est indispensable qu'une femme, après ses heures de travail, possède un intérieur confortable, agréable même, où elle puisse se sentir chez elle.

Du reste, les heures de repos et de sortie doivent être obligatoires; elles ne sont pas faites seulement pour l'agrément de l'infirmière, mais sont nécessaires à sa santé. C'est ainsi qu'une division spéciale devra toujours être affectée aux infirmières chargées du service de nuit. Ces jeunes filles ont besoin de goûter en paix leurs heures de repos et de sommeil, dans leur intérêt et dans celui de l'hôpital.

* * *

A première vue, ces réformes paraissent bien coûteuses, mais il n'en reste rien, et nous pensons que, somme toute, elles seraient une économie.

Des dépenses supplémentaires s'imposeraient à vrai dire pour assurer un confort plus grand aux garde-malades, et pour posséder un personnel plus nombreux ; mais le traitement des infirmières n'a guère besoin d'être élevé. Pour s'inspirer encore des hôpitaux anglais, il faudrait faire de l'hôpital *une école* formant des infirmières pour les hôpitaux civils et la clientèle privée.

Au début, pendant les premiers mois de séjour, peu ou pas de paiement, peut-être même arriverait-on à recruter des élèves payantes. On ne rémunérerait que le *talent acquis*, c'est-à-dire les diplômées en état de diriger le service ou de l'assurer avec compétence.

Une grande partie du travail serait fait par des élèves coûtant fort peu, et considérant leur séjour à l'hôpital comme un moyen de se créer une carrière pour l'avenir. Le personnel instruit qui dirigerait les salles serait seul à coûter plus cher. C'est absolument ce qui se passe dans les hôpitaux anglais où les élèves ne reçoivent aucun salaire, et où seules les infirmières effectives coûtent à l'hôpital. Enfin, la directrice (matrone), substituée au directeur, serait une sensible économie, sans compter qu'on pourrait aisément se passer de certains employés du bureau qui coûtent très cher.

L'Administration de l'Assistance Publique a fait récemment de sérieux efforts pour améliorer la situation du personnel (1907). Les réformes décidées ont certainement beaucoup de bons côtés, mais on a pensé surtout à augmenter la solde des infirmières, au lieu d'augmenter leur bien-être, d'élever leur situation. La réforme qu'il faut accomplir est surtout une réforme morale. Elle ne sera possible que le jour où l'administration aura le courage de laisser de côté les préjugés, les idées absolues de centralisation, et de tenter une réforme sur un petit terrain, dans un hôpital unique. Le personnel actuel des hôpitaux ne peut être transformé, il faut se contenter de l'améliorer, mais la création d'un personnel nouveau doit être tentée sur des bases radicalement nouvelles.

Pour difficile qu'elle paraisse, la réforme est pourtant réalisable, mais il faut pour l'accomplir un homme assez puissant et assez indépendant pour aller contre les idées administratives où l'on ne redoute rien tant qu'un changement.

* * *

Plusieurs essais pratiques ont été tentés, en dehors de l'Assistance Publique, pour la création d'un personnel hospitalier d'après des idées nouvelles. Leur succès prouve qu'on peut, à condition d'en prendre les moyens, recruter et instruire en France de bonnes infirmières laïques.

Les hôpitaux de Lyon, dont l'administration a toujours été si intelligente, ont créé en 1899 une école d'infirmières où une instruction pratique est donnée aux élèves. Cette école est suivie par des jeunes filles aussi bien laïques que religieuses, et le diplôme commence à être recherché dans la région Lyonnaise.

À Paris, l'initiative privée a fondé rue Amyot une école d'infirmières annexée à un petit hôpital. Cette école est conduite d'après les meilleures règles des écoles anglaises. Les élèves payent une pension pendant deux ans, si bien qu'elles ne coûtent rien à l'hôpital. L'école, très intelligemment conduite, est encore peu connue ; son seul défaut est de ne posséder qu'un petit hôpital, où l'instruction pratique est insuffisante, mais elle se développe et donnera certainement d'excellents résultats.

Il existe à Bordeaux deux écoles d'infirmières, l'une à l'hôpital du Tondu, hôpital municipal ouvert aux étudiants, l'autre dans un hôpital privé protestant. La durée des études est de deux ans ; pendant ce temps, les élèves sont attachées aux salles d'hôpital où elles assurent le service. L'enseignement théorique est donné par les médecins et chirurgiens de l'hôpital ; une directrice, infirmière diplômée, avec le concours des anciennes élèves déjà diplômées, sert de monitrice aux jeunes élèves pour les leçons et les exercices pratiques. Ces deux écoles fonctionnent d'une façon satisfaisante ; elles ont un recrutement de choix, plus de candidates que de places et beaucoup d'élèves payantes. Mlle Hamilton, directrice de l'école annexée à l'hôpital protestant, nous assure que les résultats ont dépassé ses espérances ; les élèves ne grèvent pas le budget de l'œuvre ; elles s'instruisent pratique-

ment et théoriquement et plusieurs d'entre elles ont pu trouver, grâce au diplôme, de bonnes situations dans les hôpitaux de la région.

Il est à souhaiter que ces efforts se généralisent, qu'ils soient compris, encouragés par les médecins et par le grand public. Il est au pouvoir des femmes de faire beaucoup, et leurs efforts seront certainement couronnés de succès, mais à la condition de ne pas faire œuvre confessionnelle et encore moins de sembler faire œuvre anti-confessionnelle.

REVUE GENERALE

LES ALBUMINURIES INTERMITTENTES.

Voici une question de pathologie médicale trop peu connue ici, et dont on s'occupe beaucoup en ce moment en Europe.

L'albuminurie est-elle toujours grave, et indique-t-elle toujours une lésion rénale progressive et permanente? Voilà ce que nous allons étudier brièvement. (1)

Je laisse de côté les albuminuries *post-infectieuses* qui apparaissent à la suite des maladies endémo-épidémiques ou qui les accompagnent — bien connues — pour m'arrêter à l'étude des albuminuries *dites essentielles*, qui ne sont consécutives à aucun état infectieux immédiat.

(a) *Albuminurie orthostatique*. — C'est une albuminurie qui apparaît lorsque le malade se lève seulement. L'urine de la nuit — chez ces malades — ne contient jamais d'albumine. Ils sont à peine levés depuis 15, 20 ou 30 minutes qu'aussitôt l'albumine apparaît pour augmenter progressivement et atteindre son maximum vers 2 heures p.m. Elle diminue de même pour disparaître quelquefois complètement à la fin du jour, ou après $\frac{3}{4}$ d'heure de repos. L'exercice musculaire n'y fait rien; c'est la verticalité qui fait tout; ainsi, prenez un malade, immobilisez-le dans une Gouttière de Bonnet et placez-le verticalement, 20 minutes après, l'albumine peut être décélée.

(1) Voir sur ce sujet, Presse Médicale 6 février et 4 mai 1907, et thèse du Dr Daversin, Paris 1907.

Comme contre-épreuve, provoquez chez le sujet qu'on observe, et que vous gardez au lit, une fatigue musculaire quelconque, l'albuminurie n'apparaît pas.

Elle n'est influencée ni par le régime lacté, ni par les repas. La quantité varie entre 0.50 centig. à 1 ou 5 grammes par 24 heures.

Au point de vue clinique elle passe inaperçue, et ce n'est que par accident qu'on en décèle la présence.

Elle apparaît presque exclusivement chez les sujets jeunes, exceptionnelle à 35 ou 40 ans.

L'école lyonnaise professe qu'elle est bénigne au point de vue pronostic; mais l'école française soutient que, peu à peu, cette albuminurie perd ses caractères d'orthostatique pure pour devenir brightique, par conséquent gravé,

Le professeur Teissier, de Lyon, qui a fait une étude spéciale de cette question (1), l'a classifiée dans le chapitre des albuminuries névro-motrices: "tous semblent, dit-il, compter dans leurs antécédents une *hérédité nerveuse extrêmement chargée*."

De plus, il observe que l'urine rendue par ces malades est plutôt louche; elle est, aussi, plus dense et laisse déposer rapidement un gros nuage de mucus qui flotte ou se condense au fond du verre; elle est neutre ou alcaline, riche en oxalates et en phosphates ammoniac-magnésien, ce qui correspond, suivant lui, à un catarrhe des voies urinaires supérieures, qui ne manque jamais en l'espèce. Un autre point important, c'est qu'il est rare de rencontrer des cylindres hyalins ou granuleux. Donc, dit Teissier, il ne saurait s'agir de néphrite puisque rien, dans l'appareil symptomatique correspondant, ne saurait justifier cette hypothèse.

L'école de Lyon considère l'albuminurie orthostatique comme une fluxion rénale, d'origine nervo-motrice accompagnée de catarrhe des voies urinaires supérieures. Et le professeur Teissier en donne une explication aussi ingénieuse que logique... "En exprimant cette opinion, dit-il, je me base sur le fait de la présence simultanée chez de pareils malades de l'*élément fluxionnaire* et de l'*élément catarrhal*: élément fluxionnaire démontré par le passage à la permanence de l'albuminurie transitoire chez la femme sous l'influence du molimen menstruel; élément catarrhal, révélé par les caractères spéciaux de l'urine, trahissant l'irritation

(1) Teissier. Albuminuries curables. *Actualités médicales*, 1900, Baillière et Fils, Paris.

de la muqueuse vésicale ou urétérale; élément nervo-moteur enfin prouvé par les phénomènes vaso-moteurs sympathiques et sécrétoires qui accompagnent, chez bien des sujets, l'apparition de l'albumine, et qui ne sauraient surprendre, étant donné la prédisposition névropathique qui figure dans toutes les observations jusqu'ici produites."

Les résultats de l'*intervention thérapeutique* donnent raison au Professeur Teissier. En effet, ce sont les nervins, les antispasmodiques et les vaso-constricteurs qui agissent le mieux dans ces cas: le bromure, l'antipyrine et la quinine.

Quant au régime, il faudra éviter la diète lactée exclusive qui favorise la dilatation de l'estomac, condition favorable à la persistance de l'albuminurie. On prescrira une alimentation reconstituante en excluant les mets irritants et toxiques, etc.

Le côté hygiénique ne sera pas négligé: repos sur chaise longue pendant la période digestive et dans l'après-midi; vie au grand air, séjour à la montagne durant l'été. L'hydrothérapie tiède ou chaude est utile aussi. Enfin, chez les cérébraux, il faudra restreindre le travail cérébral, car il devient parfois un facteur important de la sécrétion albumineuse.

Comme conclusion de ce chapitre, j'ajoute avec l'école de Lyon que le pronostic de l'albuminurie orthostatique pure est bénin. Elle guérit généralement. Le professeur Teissier a suivi de ces cas près de 20 ans et, chez tous ses malades, sauf un qui a été perdu de vue, la guérison complète a été réalisée.

Voilà un côté de la médaille qui est rassurant pour tous. Mais, même à Lyon, l'accord n'est pas parfait au point de vue pathogénique et pronostique. Dernièrement, un élève du Prof. Poncet, de Lyon, a publié un travail important sur cette question. Après une analyse consciencieuse de tous les travaux publiés sur ce sujet, il arrive à la conclusion que les albuminuriques orthostatiques doivent être considérés comme des rénaux. Il trouve dans l'histoire de ceux-ci des maladies infectieuses qui ont d'abord provoqué l'apparition d'une albuminurie passagère qui disparaît avec la maladie qui en est la cause, puis qui réapparaît plus tard pour une cause quelconque, jusqu'à ce qu'enfin elle s'installe en permanence pour évoluer vers la néphrite classique. Et il cite, entre autres,

le cas d'un médecin atteint de cette affection qui ne se soigne pas et meurt d'urémie à l'occasion d'une grippe légère.

Mais ce n'est pas tout. Poncet, de Lyon, a remarqué que cette albuminurie s'associe, souvent, à des manifestations tuberculeuses telles que : tumeurs adénoïdes, lymphatisme, chlorose, neurasthénie, rétrécissement mitral, etc. Teissier, de Lyon, a observé que sur 34 de ces malades observés par lui, 6 sont morts de tuberculose pulmonaire à forme aiguë et rapide. Un seul a fait de la tuberculose rénale, 3 des manifestations osseuses.

Comme conclusion, dans toute albuminurie orthostatique, il faut rechercher la cause de la lésion rénale qui la produit, et, en l'absence de facteurs étiologiques ordinairement incriminés (scarlatine, fièvre typhoïde, diphtérie), on devra fortement suspecter la tuberculose. De même que le rétrécissement mitral pur est dû à la toxine tuberculeuse qui s'y fixe comme lieu d'élection, de même le rein — ce filtre bien connu — peut être touché de la même manière, car il est le foyer principal de l'élimination des toxines et des bacilles.

Done, l'albuminurie orthostatique ne doit plus être considérée comme un phénomène banal, et si le pronostic en est plus souvent favorable, il doit être réservé pour les raisons que je viens d'énumérer.

(b) *Albuminuries digestives et albuminuries étrangères.* —

Les albuminuries digestives sont celles qui apparaissent ou sont entretenues par le travail de la digestion, quand celle-ci est pénible ou défectueuse. C'est depuis les travaux du Prof. Bouchard, de Paris, sur la dilatation de l'estomac, que cette question est mise à l'étude. Elle représente 25 % des faits d'albuminurie non brightique. Le foie, même, joue ici un rôle important, car on sait bien aujourd'hui que c'est chez les dilatés à gros foie que l'on rencontre les urines albumineuses.

Au point de vue clinique, l'albumine est décélée durant le jour, plutôt, au moment où la digestion est à sa phase la plus intense, elle atteint 0g. 60 centig., 0g 80 cent. même 1 gramme. L'urine est limpide, de densité moyenne, plutôt pâle. Elle contient des phosphates en proportion très élevée.

“Les sujets affectés de ce genre particulier d'albuminurie, dit Teissier, sont tantôt des adolescents à la période de croissance ou

à la fin de leurs études, tantôt des sujets plus avancés en âge — 30 à 40 ans et plus — devenus dyspeptiques à la suite de surmenage, de chagrins, de fatigues exagérées, nerveux, dilatés, hypocondriaques. Ils se plaignent de lassitude, d'inaptitude au travail, ils sont irritables; bref, ils présentent tous les signes de la dilatation de l'estomac, vertiges, palpitations, etc. Ajoutons que chez eux *la soif est particulièrement vive.*

De plus, ces sujets sont plutôt pâles, avec une pression artérielle basse qui persiste. On ne constate chez eux ni bruits de galop, ni hypertension artérielle, la toxicité urinaire est exagérée; ceci est dû à l'élimination des toxines élaborées dans l'estomac et non détruites par le foie.

Quant au *pronostic*, on peut affirmer que la majorité de ces cas guérissent. Il suffit de mettre ces malades à un régime convenable pour faire disparaître les malaises que je viens de signaler.

La pathogénie de cette albuminurie est plus intéressante et plus satisfaisante depuis les travaux récents de Chiray, de Paris, dans une thèse qu'il a publiée sur ce sujet en 1906.

A la suite d'expériences, il a démontré que des albumines étrangères peuvent s'éliminer en nature. Ainsi, si on introduit le blanc d'œuf par la voie sous-cutanée, rectale, veineuse ou intra-musculaire, on peut en décèler la présence dans l'urine quelque temps après. Grâce à la grande perméabilité de la muqueuse intestinale, ces substances albuminoïdes alimentaires passent dans le courant sanguin et lymphatique sous-jacent, puis dans la circulation générale, elles arrivent enfin au rein qui les élimine en nature.

Ainsi, le gros mangeur s'écartere une quantité donnée de ferments digestifs qui transforment une quantité donnée d'albumines alimentaires. Dépassez la limite assimilable et vous verrez aussitôt le surplus non assimilé passer dans les urines à l'état naturel, tel qu'il a été ingéré et absorbé par l'intestin.

On saisit immédiatement l'importance primordiale de ces faits.

La pathogénie ainsi comprise devra nous guider dans la thérapeutique.

J'en exagère pas en affirmant que la majorité des médecins font souvent le raisonnement suivant: albumine = néphrite: néphrite = régime lacté. Or, ici, ce régime serait défectueux, car le lait qu'on donne en pareil cas vient augmenter le taux de l'albumine à cause de son élaboration qui est mauvaise ou insuffisante.

Je le dis en passant, ils vaut infiniment mieux, dans ces cas, diminuer les albuminoïdes, et augmenter la ration de légumes et d'eau; vous verrez bientôt disparaître tous ces troubles. Le pronostic est donc bénin si l'on veut bien se donner la peine de l'interpréter dans son sens véritable.

(c) *Rapport des albuminuries intermittentes avec l'assurance sur la vie.* — Dans quelles mesures les sujets dont nous venons de parler peuvent-ils être admis dans les compagnies d'assurance sur la vie?

En général c'est court. Les compagnies les refusent. Est-ce juste?...

Je crois qu'il faut faire une distinction.

Si, après un examen suivi d'un sujet albuminurique j'acquies la conviction que j'ai affaire à un gros mangeur, doublé d'un constipé susceptible de guérison par un régime convenable, il me semble que la compagnie peut l'accepter comme un risque de seconde classe, lorsque toute trace a disparu après une diète appropriée, car cette albumine décélée dans l'urine n'indique nullement une lésion rénale, mais simplement un surplus d'alimentation inutilisé et rejeté en nature. Il suffit de couper la ration pour la faire disparaître.

Je pourrais en citer des observations tant personnelles qu'étrangères.

On admet, souvent, des pleurétiques guéris depuis plusieurs années. Et pourtant on sait que les pleurésies développent de la tuberculose dans 35 à 40 % des cas, tandis que l'albuminurie digestive est un trouble plutôt mécanique qui disparaît promptement avec une hygiène convenable.

On a dit que ces albuminuries évoluaient vers la néphrite.

Pas nécessairement, car il faudrait dire alors que les bronchites évoluent vers la tuberculose parce qu'il en est ainsi dans certains cas.

Quant à l'albuminurie orthostatique, elle demande une observation un peu plus longue.

Teissier, de Lyon, prétend qu'elle est guérissable. Il en a suivi des cas durant 20 ans. Quelques-unes sont devenues mères sans accident et leur santé est excellente.

Comme conclusion, en face d'une albuminurie intermittente, nous devons nous inspirer de l'état général et ne jamais la considérer isolément. Nous devons fouiller l'histoire du sujet, examiner méthodiquement tous les organes, faire des examens répétés de l'urine, se renseigner sur la perméabilité du rein, en un mot, faire des examens répétés durant un laps de temps convenable avant de s'empresse d'opposer un "non" injustifiable qui ne s'appuie sur aucune donnée sérieuse de pathologie médicale.

Les compagnies modifieront peu à peu leurs vues sur ces points au fur et à mesure que les médecins sauront mieux observer.

Il importe donc de mettre ces questions à l'étude.

ALBERT LESAGE.

Agrégé, médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

DIPHTÉRIE ET ROUGEOLE,

REAPPARITION DE LA DIPHTÉRIE SOUS L'INFLUENCE DE LA ROUGEOLE, CHEZ DES MALADES TRAITÉS ANTÉRIEUREMENT POUR UNE DIPHTÉRIE, OU AYANT ÉTÉ EN AVEC LES DIPHTÉRIQUES, ET AYANT SUBI UNE INOCULATION PRÉVENTIVE. (1)

J'ai à plusieurs reprises attiré l'attention sur les diphtéries prolongées ou les récidives de la diphtérie.

Parmi les causes des unes et des autres j'ai signalé l'influence certaine qu'exerce sur leur apparition l'invasion postérieure ou contemporaine d'une fièvre éruptive comme la *rougeole* ou la *scarlatine*.

La coexistence d'une de ces deux fièvres éruptives avec la diphtérie n'a donc pas seulement pour effet de créer des types cliniques compliqués ayant une évolution plus sérieuse et un pronostic plus grave; mais elle modifie la marche de la diphtérie en rendant celle-ci moins sensible à l'action curative du sérum. Voilà un fait. Mais ce n'est pas le seul.

(1) Revue française de médecine et de chirurgie, juillet 1907. — Cet article, éminemment pratique met en lumière des faits que nous avons observés dernièrement, et qui nous avaient intrigué.

Celui sur lequel je veux attirer aujourd'hui l'attention, c'est le *réveil* d'une diphtérie passée ou latente sous l'influence d'une de ces fièvres éruptives et en particulier celle de la rougeole, et ceci dans deux conditions :

1° Lorsqu'un enfant a été exposé à une contagion diphtérique et pour laquelle il a reçu en temps voulu une inoculation sérothérapique préventive ;

2° Lorsqu'un enfant a été atteint antérieurement d'une diphtérie qui a été soignée convenablement et dont il est guéri.

Dans ces conditions, lorsqu'une rougeole survient *dans les semaines qui suivent*, il est possible de voir réapparaître des manifestations diphtériques, pour lesquelles il est nécessaire de faire une nouvelle inoculation de sérum : et on peut observer cette récurrence de diphtérie dans les trois semaines qui suivent l'inoculation sérothérapique du début, c'est-à-dire pendant la période de temps pendant laquelle le sujet devrait être théoriquement immunisé par elle.

Voici le résumé de trois exemples que j'ai recueillis dans ces derniers temps : les deux premiers concernent des enfants inoculés préventivement 40 et 30 jours auparavant, et l'autre un malade ayant eu antérieurement une diphtérie traitée par le sérum et guérie bien avant l'apparition de la rougeole.

I. — *Diphtérie nasale, au cours d'une rougeole secondaire à une scarlatine. Inoculation six semaines auparavant de 30 centimètres cubes de sérum.*

II. — *Diphtérie oculaire, au cours d'une rougeole chez une cachectique tuberculeuse inoculée trente jours auparavant par le sérum anti-diphtérique. — Mort.*

III. — *Croup et angine diphtérique. — Guérison le 3e jour. — Le 5e jour scarlatine, rougeole le 17e jour. — Réapparition de la diphtérie le 17e jour sur la bouche — Guérison.*

Comme on le voit, la réapparition de la diphtérie sous l'influence d'une rougeole peut se faire du 15e au 50e jour après l'inoculation sérothérapique préventive ou thérapeutique. Et bien que de pareils faits ne soient pas très fréquents, cependant je pense qu'on doit y faire attention, la gravité de ces diphtéries récidivantes pouvant contribuer à amener la mort, comme dans une de nos observations.

Il faut en tous cas en tirer les règles pratiques suivantes :

1 : *Lorsqu'une rougeole survient chez un enfant convalescent d'une diphtérie depuis moins de deux mois, la rougeole peut faire réapparaître la diphtérie, et il est prudent, dès l'apparition de la rougeole, de faire à l'enfant une nouvelle inoculation de sérum antidiphtérique.*

2° On doit agir de même lorsque, dans une famille ou ailleurs, la rougeole apparaît chez des enfants ayant été en contact antérieurement avec des cas de diphtérie, même quand on les a isolés à temps, même quand ils ont reçu à ce moment une inoculation préventive, même quand le temps théorique d'immunité de celle-ci n'est pas écoulé.

Les localisations de ces diphtéries réveillées par la rougeole semblent, dans nos observations du moins, un peu anormales et frapper de préférence les muqueuses buccale ou oculaires, mais ce n'est là qu'une particularité à laquelle il ne faut peut-être pas attacher une importance trop grande.

Par le Dr H. BARDIER,
Médecin de l'hôpital du Héroid, à Paris

LES BOUILLONS DE LEGUMES, L'EAU DE RIZ ET LA DIÉTÉ HYDRIQUE

DANS LE TRAITEMENT DES DIARRHÉES DES ENFANTS. (1)

I.

C'est une croyance populaire que les décoctions de légumes frais ont une action rafraîchissante sur le tube digestif.

On donne des bouillons aux herbes pour calmer les effets irritants des purgatifs sur l'intestin. Déjà à la fin du xvii^e siècle, Rosen de Rosenstein conseillait, dans les diarrhées graves, d'user du bouillon aux herbes avec épinards, cerfeuil, endive et oseille; il conseillait aussi de recourir au gruau d'orge, d'avoine, et au lait de beurre, notre babeure d'aujourd'hui.

Nos herboristes vendent maintenant des jus de plantes dépuratives et rafraîchissantes, et nous avons rencontré, à la *Goutte de Lait* de Belleville, des femmes de la classe ouvrière qui ajoutaient au lait dans le biberon de l'eau de mouton, toujours dans le but de rafraîchir leurs enfants.

Le terrain étant ainsi préparé, il n'est donc pas surprenant que le bouillon dit de légumes proposé, il y a quelques années, par M.

(1) Rosen de Rosenstein. *Traité des maladies des enfants*. Traduction française de Lefebvre de Villebrune, p. 106 dans la Clinique Infantile, de Paris juillet 1907.

de Méry, agrégé suppléant de la chaire des maladies infantiles à Paris, a été accueilli avec confiance par les mères pour combattre les entérites.

Voici la formule qui peut être considérée comme le prototype pour préparer les bouillons de légumes: elle est distribuée sur des feuilles autographiées par M. de Méry à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades.

Supprimer le lait :

Ne donner à l'enfant que du bouillon de légumes préparé selon la formule suivante :

Eau	1 litre
Pommes de terre	65 grammes
Carottes	65 —
Navets	25 —
Haricots et pois secs	25 —

Faire cuire pendant 3 heures et ajouter 5 gr. de sel en ayant soin de ramener la quantité au litre.

Passer le bouillon.

Ensuite, ajouter une cuillerée à café de farine de riz pour 100 gr. de bouillon et laisser cuire $\frac{1}{4}$ d'heure (1).

Le succès, disons même la vogue tout à fait extraordinaire dans le public de cette préparation culinaire cependant tout à fait primitive, a fait trouver à M. Méry des imitateurs, même parmi nos collègues des hôpitaux.

En mettant 20 grammes en plus ou en moins de navets ou de carottes, il n'était pas bien difficile de modifier la formule et d'avoir chacun son bouillon de légumes.

Cependant M. Comby s'est écarté notablement de la formule de M. Méry, et il a adopté pour le traitement des gastro-entérites une décoction végétale connue sous le nom de bouillon de légumes secs. L'ordonnance ci-dessous, imprimée à la machine à écrire, est dis-

(1) Voici, par comparaison, la recette du *potage aux légumes* empruntée à la *gastronomie pratique* d'Ali-bah, ouvrage récent et déjà célèbre dans le monde de l'art culinaire.

Pour six personnes, prenez :

- 1.500 gr. de bouillon ;
- 500 gr. de cœur de choux coupé en morceaux ;
- 500 gr. de carottes coupées en rouelles ;
- 100 gr. de navets coupés en rouelles ;
- 60 gr. de petits pois fraîchement écossés ;
- 60 gr. de haricots verts émincés ;
- 25 gr. de beurre ;
- 15 gr. de farine ;
- 125 gr. de crème ;
- Un filet de vinaigre, sel, poivre.

tribuée aussi aux mères qui fréquentent la consultation externe de l'hôpital des enfants.

Nous avons donc ainsi le bouillon de légumes frais de M. Méry, le premier en date, et le bouillon de légumes secs de M. Comby.

BOUILLON DE LEGUMES SECS.

Gastro-entérites infantiles.

- 1° Cesser l'usage du lait et le remplacer par la décoction végétale ;
- 2° Donner, chaque 3 heures, un biberon de 150 gr. ou une tasse de 200 à 250 gr. (suivant l'âge) de la décoction végétale pure ou additionnée de crème, d'orge ou de riz (une cuillerée à café ou à dessert). Faire une bouillie ;
- 3° Faire bouillir 3 heures dans 3 litres d'eau une cuillerée à soupe (30 gr.)

Blé	
Orge perlé	
Maïs concassé	
Haricots secs	bruts ou décortiqués.
Pois secs	
Lentilles	

Les légumes décortiqués donnent un bouillon plus nourrissant. A la fin de la cuisson, ajouter 5 gr. de sel. On passe; il reste environ un litre de bouillon qu'on ne gardera pas plus de 24 heures.

4° Pour les enfants sevrés, on pourra faire des potages plus épais, avec riz, semoule, tapioca, pâtes, etc.

Pour nous rendre un compte exact de la valeur nutritive du bouillon de légumes de M. Méry, nous avons prié M. Chevalier, préparateur au laboratoire de pharmacologie de la Faculté de Médecine, de vouloir bien en faire une analyse chimique sommaire.

Ce bouillon contient pour un litre :

Matières organiques totales.	4 gr. 50
Matières azotées.	0 gr. 705
Sels minéraux.	7 gr. 80

Il n'y a donc, en réalité dans cette décoction, qu'une proportion extrêmement réduite de substances organiques, et ce serait une grave erreur d'admettre qu'il peut être *nourrissant*.

C'est cependant ce que croient volontiers les mères et même aussi certains médecins.

J'ai vu dans la clientèle plusieurs enfants inanitiés par l'usage prolongé de ce bouillon de légumes considéré à tort comme un aliment: dans un cas, un enfant de neuf mois était hypoalimenté au point que chaque soir sa température s'abaissait à 35,5: il prenait cependant un litre de bouillon de légumes frais.

Il suffit de lui rendre une quantité convenable de lait stérilisé pour que la température se régularisât.

Je sais bien que M. Méry a pris la précaution d'ajouter à son bouillon de légumes une cuillerée à café de farine de riz pour 100 grammes. Mais alors nous revenons à l'eau de riz, et nous ne nous ne voyons plus guère l'utilité de compliquer cette décoction en ajoutant des légumes variés.

D'ailleurs, n'est-il pas évident à première vue que fixer arbitrairement la dose de carottes à 65 grammes, celle de navets à 25 grammes, pour un litre, c'est introduire la posologie là où elle n'a que faire ? La cuisinière qui met une carotte, une pomme de terre, ou un navet dans son pot, n'y regarde pas de si près, et son bouillon n'en est pas plus mauvais.

Les mères soigneuses aiment à ce qu'on leur donne des instructions très précises, et c'est là sans doute la cause de la vogue du bouillon de légumes dans la classe aisée ; on croit à tort que cette précision mathématique dans les proportions de légumes a une importance réelle.

Quant aux mères pauvres qui fréquentent les hôpitaux, quand on leur remet une ordonnance sur laquelle est énumérée une série de légumes, qu'il faut peser à 1 gramme près, elles doivent déplorer amèrement de n'avoir pas de balance chez elles. Elles ne peuvent cependant pas aller chaque jour chez le pharmacien pour faire peser 65 gr. de pommes de terre et 25 gr. de navets.

Cette remarque montre une fois de plus qu'il faut toujours chercher à simplifier la médecine populaire.

II.

Nous sommes toujours restés fidèles à l'eau de riz dans le traitement des gastro-entérites et particulièrement dans les diarrhées estivales. Cette décoction, surtout riche en amidon, est d'une préparation extrêmement simple, il suffit pour l'obtenir de faire bouillir deux cuillerées à soupe de riz dans un litre d'eau pendant une heure.

Voici, d'après M. Chevalier, préparateur à la Faculté, quelle est la teneur de l'eau de riz en principes fixes.

Eau de riz.

Eau de riz avec 50 grammes de riz par litre d'eau additionnée de 4 grammes de sel.

Extrait sec à 100° après filtration sur une étamine, 8 à 17 grammes par litre très variable suivant la qualité du riz et suivant la manière dont on le fait cuire. Les riz glacés fournissent un extrait plus important.

Par filtration sur papier Chardin.

Extrait à 100°, 3,60 environ ; une partie du chlorure de sodium reste fixée sur le riz.

L'extrait est constitué en grande partie par de l'amidon hydraté ou partiellement solubilisé. Il ne contient qu'une très faible quantité de matières azotées et de sels.

Lorsqu'un enfant est atteint d'une diarrhée intense, nous supprimons entièrement le lait et nous remplaçons les tétées par des prises d'eau de riz ; nous faisons donner en outre des lavements matin et soir avec une poire en caoutchouc chargée d'eau de riz. Depuis longtemps nous avons renoncé à faire pénétrer profondément des sondes en gomme dans l'S iliaque et dans le colon ; la muqueuse de ces régions est très vascularisée au cours des entérites graves, et le contact des sondes pourrait être offensif.

Sauf le cas où les enfants vomissent et où nous administrons par cuillerées à soupe la solution de citrate de soude à 5 p. 300, nous ne prescrivons aucun médicament, surtout aucune préparation opiacée. La plupart des gastro-entérites doivent être considérées comme des toxi-infections d'origine alimentaire, et il est préférable de laisser les évacuations intestinales s'effectuer librement que de paralyser par l'opium les contractions du tube digestif. La meilleure manière d'éviter la résorption des poisons intestinaux est de laisser libre cours à la diarrhée.

Il est bien probable que l'action sédative de l'eau de riz sur la muqueuse digestive est due à l'amidon cuit qu'elle contient ; mais son efficacité dans les gastro-entérites, connue de temps immémorial, est absolument incontestable.

Nous prolongeons l'usage exclusif de l'eau de riz pendant 24 ou 48 heures, suivant la gravité du cas et suivant l'apparence des selles ; puis nous commençons par faire ajouter prudemment à l'eau de riz un tiers de lait stérilisé, puis la moitié, les deux tiers, et nous revenons ainsi graduellement à l'alimentation antérieure (1). Cette pratique extrêmement simple nous a réussi

(1) Nous réservons les injections sous-cutanées de sérum artificiel pour les cas graves de choléra infantile.

dans l'immense majorité des cas, et, durant l'été, à la *Goutte de Lait* de Belleville, notre mortalité par diarrhée estivale n'a pas excédé 2 % ces dernières années, suivant les statistiques relevées par le Dr Paul Roger sur des centaines de nourrissons, dont un bon nombre cependant nous ont été apportés en état d'atrophie, à la suite de gastro-entérite chronique.

III.

Etant donnée la quantité extrêmement faible de principes fixes dans l'eau de riz, son emploi exclusif pendant un jour ou deux, au cours des gastro-entérites, équivaut à peu près à la *diète hydrique* proprement dite. Celle-ci consiste à ne donner à l'enfant que de l'eau pure bouillie ou stérilisée pour éviter d'introduire dans le tube digestif aucune substance fermentescible.

Dans les formes très graves de gastro-entérites, cette diète rigoureuse peut être nécessaire, mais elle est très difficile à faire accepter par les mères pour peu qu'on la prolonge : C'est là ce qui fait la fortune des bouillons de légumes concoués que l'on a substitués, à tort selon nous, à l'eau de riz qui remplit les mêmes indications et qui a fait ses preuves de tout temps et en tous pays.

Bon gré mal gré, il faut que nous tenions compte de l'état d'esprit du public et nous avons beaucoup de peine à lui faire admettre que l'eau pure puisse être une médication suffisante pour une maladie grave du tube digestif. L'eau de riz a l'avantage de paraître une boisson alimentaire, et il était vraiment bien inutile de compliquer la décoction du riz par l'addition de morceaux de carotte ou de navets pesés à un gramme près. Nous sommes obligés dans la pratique de faire des concessions aux habitudes et aux préjugés populaires et bon nombre d'infusions, de décoctions de plantes n'agissent guère autrement que par l'eau chaude.

LA TOUX D'ORIGINE NASALE.

Nous extrayons du compte rendu de la Société Médicale des hôpitaux de Paris, du 7 juin dernier, l'intéressante communication de M. Lermoyez, qui comprend d'une part une observation, d'autre part des réflexions cliniques précieuses. Les deux points méritent d'être mis en lumière. (1)

* * *

Voici tout d'abord le résumé de l'observation :

Il s'agit d'une femme qui, il y a onze ans environ, au cours d'une excellente santé, se mit à tousser d'une toux sèche et quinteuse. En l'absence de tout symptôme d'auscultation, un premier diagnostic fut posé, celui de toux pharyngée : la malade fut soumise pendant plusieurs années à des traitements locaux dont le résultat fut nul. Cinq ans plus tard, comme la toux persistait et s'aggravait, un second diagnostic fut posé, celui de toux rhumatismale, et l'état général fut attaqué par différentes médications dont le résultat fut également nul. Un troisième diagnostic fut posé dans la suite, celui de toux nerveuse, et il entraîna un troisième mode de traitement dont l'effet fut aussi inefficace que les deux précédents.

Au bout de onze ans, la toux était devenue intolérable, les quintes empêchaient le sommeil et provoquaient dans le jour des nausées incessantes. M. Lermoyez fut alors consulté, et il constata la présence de quelques polypes muqueux pédiculés très flottants qui siégeaient dans la fosse nasale gauche. La malade refusa tout d'abord l'intervention, mais revint d'elle-même un an plus tard, la vie lui devenant impossible. L'ablation de ces polypes, qui fut faite en une séance, eut pour résultat éclatant de faire cesser la toux instantanément, et depuis un an, la guérison s'est maintenue.

* * *

Voici maintenant la réflexion de M. Lermoyez. Il attire l'attention sur l'existence de la toux d'origine nasale, beaucoup plus

(1) Tribune Médicale, juin 1907, par C. Laubry.

fréquente que ne le croient les médecins. Elle est généralement désignée par eux sous le nom de toux nerveuse, ce qui entraîne à la fois une erreur de diagnostic et une insuffisance de traitement.

La toux est un acte réflexe dont le point de départ à l'état normal siège uniquement sur le territoire du pneumogastrique. C'est le mode de défense constant des voies aériennes inférieures. Les voies aériennes supérieures ont d'autres modes de réaction: vis-à-vis d'une irritation équivalente le larynx tousse et le nez éternue.

La toux nasale est donc une toux pathologique. Si l'on irrite les muqueuses du larynx ou de la trachée chez un sujet sain, on provoque invariablement une quinte de toux. Si l'on porte une même irritation sur la pituitaire, on éveille la toux seulement une fois sur cent.

La toux nasale, en tant que toux pathologique, se produit quand se réalisent simultanément deux conditions morbides: hypéresthésie spéciale de la pituitaire: une cause d'irritation locale. Cet excitant nasal, metteur en marche indispensable de la série des mouvements réflexes de la toux nasale, est tantôt d'origine exogène (rhume des foins), tantôt endogène (polypes du nez, etc.).

La toux nasale a certains caractères capables de la faire soupçonner. Elle est: 1^o sèche; 2^o convulsive; 3^o progressive; 4^o irrésistible.

Ce qui trompe souvent sur le point de départ des quintes, c'est une illusion subjective banale: le toussEUR nasal sent sa toux nettement sollicitée par un léger picotement laryngé et ne perçoit au contraire aucun chatouillement dans le nez.

Aussi bien doit-on examiner systématiquement les fosses nasales de tous les toussEURS. Tantôt on y trouve une grosse lésion, polypes flottants qui titillent incessamment la pituitaire: tantôt la muqueuse nasale semble normale, mais on y rencontre en certains points des zones tussigènes qui se révèlent par deux signes complémentaires: 1^o production de la toux par l'irritation des dites zones; 2^o suppression de la toux par la cocaïnisation des dites zones.

Diagnostiquer l'origine nasale d'une toux en atténue considérablement le pronostic: méconnue, cette toux nasale continue presque

indéfiniment: reconnue, elle cède presque toujours au traitement le plus rationnel: parfois elle disparaît avec une étonnante rapidité.

Il serait à souhaiter, dit M. Lermoyez, que les étudiants en médecine puissent distraire un peu du temps considérable qu'ils consacrent à l'étude de l'auscultation thoracique pour connaître la technique élémentaire d'exploration des autres cavités, en particulier la rhino-laryngologie.

Si tout médecin savait lire dans un nez, on ne verrait plus, comme dans le cas présent, une femme tousser pendant onze ans, sans rencontrer aucun soulagement dans la thérapeutique, alors qu'il suffisait d'une intervention aussi banale que l'ablation de quelques polypes du nez pour lui apporter un soulagement immédiat et définitif.

NOUVELLES

COMMISSION PERMANENTE DE LA TUBERCULOSE,

Nous recevons les informations suivantes sur cette commission qui a siégé en juillet, à Montréal.

"Sollicité par M. le directeur de l'UNION MÉDICALE de préparer, pour cette revue, un compte-rendu de la dernière réunion de la Commission Provinciale de la Tuberculose, j'ai cru que si un tel exposé devenait nécessaire, il importait qu'il fut bref. . . . , nos quotidiens s'étant déjà suffisamment. . . . étendus sur le sujet.

Je ne ferai donc qu'indiquer les grands traits de la délibération générale de cette assemblée.

C'est mercredi, le 3 juillet, dans une des salles de l'Université Laval, qu'eut lieu la deuxième réunion de la Commission Provinciale de la Tuberculose.

Étaient présents: Messieurs les docteurs Albert Laurendeau, président; Frs de Martigny, secrétaire; Lessard, Daigle, Dagenais, Guy et d'Amours.

Le président fait l'historique de la Commission, et indique clai-

rement le but à atteindre, et les meilleurs moyens de réaliser les vœux du public médical de cette province, touchant la répression de la tuberculose et instruire le peuple des méfaits de la terrible maladie, lui inculquer des notions précises touchant sa contagiosité, ainsi que les meilleurs moyens de se prémunir contre elle, secouer l'apathie du peuple et lui enseigner à se défendre contre la tuberculose, fléau social. Faire sortir de leur inertie les classes dirigeantes, les philanthropes et les gouvernants, demander l'aide des collectivités et des individus, en faveur de la cause. Il adresse tout particulièrement des félicitations à deux sociétés de secours mutuel qui, déjà, se sont engagées à souscrire des sommes importantes destinées à venir en aide à l'érection de sanatoriums pour tuberculeux indigents. Il accorde une mention honorable à l'Association des Dames Patronesses des tuberculeux qui s'est dévouée à l'œuvre et qui a déjà souscrit généreusement une somme relativement considérable, pour son bon fonctionnement.

Messieurs les docteurs De Martigny, Dagenais, Daigle et d'Amours prirent ensuite part à la discussion, et comme du choc des idées jaillit la lumière, il s'en suivit que les résolutions suivantes furent mises à jour et adoptées: — 1° Réaliser l'union morale de la Ligue anti-tuberculeuse et de la Commission de la Tuberculose; 2° insister auprès du Gouvernement, afin de faire construire, si possible, un sanatorium provincial sous son haut patronage; mais surtout et, c'est là l'essentiel, je présume;... 3° nommer immédiatement une commission spéciale, dont le rôle sera de préparer l'acte d'incorporation de la société, et d'obtenir, le plus tôt possible, une charte, lui conférant une existence légale (Messieurs De Martigny, Laurendeau et Daigle, font partie de cette commission).

La prochaine réunion aura lieu à Québec, durant la session prochaine de la Législature.

J. E. D'AMOURS, de Papineauville,
Membre de la C. de la T.

**ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE
L'AMÉRIQUE DU NORD.**

Monsieur le rédacteur de l'UNION MÉDICALE vient de recevoir du président de cette association une communication que nous nous empressons de communiquer à nos lecteurs, presque tous membres actifs de cette société savante.

Québec, 18 juin 1907.

“ Cher monsieur,

“ Il a été décidé à l'assemblée de Trois-Rivières que la prochaine réunion de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord aurait lieu à Québec, en juin 1908. Québec fut choisie comme lieu de réunion parce que, conformément au vœu unanime, l'on désirait faire coïncider notre congrès avec les fêtes du Tricentenaire de la fondation de la ville qui avait vu s'implanter pour la première fois sur la terre d'Amérique la langue et l'esprit français.

“ La date de la tenue de notre congrès était donc subordonnée à celle des fêtes. Or, pour des raisons jugées équitables et péremptoires par le Comité Exécutif, la célébration du Tricentenaire a été remise en 1909. Il en découle, ce me semble, qu'il doit en être de même pour notre réunion, si l'on veut se conformer au vœu émis à Trois-Rivières.

“ Je désirerais avoir votre opinion à ce sujet. Si nous en venons à la conclusion qu'il est préférable qu'il en soit ainsi, j'ai l'intention d'en informer la profession par la voix des journaux médicaux et politiques du Canada et des États-Unis.

“ En attendant votre réponse, veuillez agréer, cher confrère, l'expression de ma parfaite considération.”

Le président, ARTHUR SIMARD.

Il est vrai qu'au Congrès de Trois-Rivières il avait été décidé que la prochaine réunion aurait lieu à Québec, et coïnciderait avec

les fêtes du Tricentenaire, mais il y a une décision antérieure à celle-là qui veut que l'Association se réunisse tous les deux ans. Laquelle de ces deux décisions devons-nous mettre de côté?

De deux choses l'une, ou le programme scientifique doit dominer dans un congrès médical, ou les fêtes et les amusements doivent primer la réunion.

Si le programme scientifique doit passer avant tout, il n'y a pas à hésiter. "Les Médecins de Langue Française" devraient se réunir, tel que convenu, au mois de juin 1908; si les amusements deviennent le principal objet de réunion des médecins, nous n'aurons certainement pas de meilleure occasion que celle que nous offre le Tricentenaire de Québec. Mais il est fort à craindre que le programme des fêtes du Tricentenaire soit plus brillant et plus attrayant que le congrès médical lui-même, et que les salles de délibérations soient, en partie, désertées. De sorte qu'il se ferait, peut-être, moins de bonne besogne que si le congrès avait eu lieu à une époque où il aurait été la principale attraction.

Dans presque tous les congrès il y a toujours trop de fêtes qui viennent paralyser et entraver la marche des travaux.

Ce que nous désirons avant tout c'est le succès scientifique de nos réunions.

Voilà notre humble opinion!

Nous croyons que les Sociétés médicales devraient être appelées à se prononcer sur cette question avant de décider quoi que ce soit.

Canadian Medical Association. — La réunion annuelle de cette association aura lieu à Montréal, du 11 au 13 septembre.

Les autorités de McGill ont mis les bâtisses de l'Université à la disposition du comité local, et il a été décidé que l'assemblée générale aurait lieu dans la salle Molson. La section de médecin se réunira dans la salle de lecture du Redpath Museum, tandis que les sections de chirurgie et de pathologie se réuniront dans les salles de lecture de "l'Art building."

Tous les matins, à 8.30 hres, il y aura des cliniques dans les différents hôpitaux de la ville, où des membres du congrès auront l'occasion de voir des cas rares et intéressants.

Nominations à McGill. — M. le docteur Andrew MacPhail, rédacteur au *Montreal Medical Journal*, vient d'être nommé titulaire de la nouvelle chaire d'Histoire et de Médecine. Le nouveau professeur est l'auteur de deux ouvrages littéraires fort appréciés: "Essays in Puritanism" et "The Vine of Sibmah." L'UNION MÉDICALE se joint aux autres confrères pour féliciter le distingué professeur.

En raison de l'importance croissante de la parasitologie, le docteur John L. Todd, de la "*Liverpool School of Tropical Medicine*", a été nommé professeur adjoint de parasitologie. Le docteur Todd est un gradué de McGill.

A la même assemblée des gouverneurs de l'Université on a accepté la démission du professeur Roddick, qui se retire après 32 années de bons services à l'enseignement de la chirurgie. Il est remplacé par les Drs Geo. E. Armstrong et James Bell: le premier avec le titre de professeur de clinique chirurgicale, et le second avec le titre de professeur de chirurgie.

Nouveaux diplômés du McGill. — 74 étudiants ont reçu le diplôme de docteur en médecine aux derniers examens. De ce nombre 21 viennent des Provinces Maritimes, 20 viennent d'Ontario et 16 de Québec.

M. le docteur J. A. Rouleau vient d'être nommé inspecteur d'anatomie en remplacement de feu le docteur G. E. Roy. Nos félicitations à notre bon ami.

Licence provinciale. — Nos plus sincères félicitations à M. le docteur Louis Henri Renaud, qui vient d'obtenir la licence provinciale après avoir passé d'emblée l'épreuve du brevet.

M. Renaud, qui a exercé quelques années à l'étranger, s'est imposé tous les sacrifices pour satisfaire les exigences du Collège des médecins de notre province. A l'encontre de gens voyageurs

et peu scrupuleux, qui pratiquent illicitement, au lieu de braver la considération des confrères, au lieu de braver la justice et l'incapacité du Collège des médecins, M. Renaud a agi en homme courageux et soucieux des conventions et des exigences de notre profession. Aussi aura-t-il la considération et l'estime de tous ses confrères de Montréal.

Premier Congrès français de stomatologie. — Le 1er août s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le premier congrès français de stomatologie, qui durera jusqu'au 5 août et sera suivi immédiatement de la première réunion de la Fédération stomatologique internationale.

Nécrologie... Charrin. — Le docteur Charrin,, professeur de pathologie générale et comparée au Collège de France, est mort.

L'œuvre de Charrin est considérable. On lui doit notamment d'avoir établi que les accidents des maladies infectieuses relèvent généralement des poisons sécrétés par les microbes, d'avoir réalisé la vaccination par produits solubles, d'avoir démontré un phénomène dont les conséquences furent considérables, l'agglutination des microbes. Dans ces dernières années Charrin s'était surtout attaché à l'étude des auto-intoxications.

Monument Tillaux. — Il a été décidé que le monument élevé à la mémoire du professeur Tillaux, et dont l'exécution a été confiée à M. Chaplain, membre de l'Institut, serait érigé dans la cour de l'amphithéâtre des hopitaux (Clamart). L'inauguration de ce monument aura lieu dans le courant de l'année 1908.

Faut-il fermer Lourdes? — Depuis les récentes guerres religieuses en France, il a été fortement question de fermer au public la grotte de Lourdes, sous prétexte que cet endroit de pèlerinage était un danger au point de vue de l'hygiène et de la médecine.

Or, voici que le *Journal des sciences médicales de Lille* institue une espèce de plébiscite pour connaître l'opinion de la profession médicale de France et de Belgique à ce sujet.

Un grand nombre de médecins ont déjà répondu qu'il n'y a pas lieu de fermer la grotte de Lourdes, au nom de l'hygiène et de la médecine, parce qu'ils ne connaissent aucun motif de contagion imputable à l'exode des pèlerins, ni à l'usage que ceux-ci peuvent faire de l'eau de Lourdes, soit en boisson, soit aux piscines. Ils sont d'avis que médicalement Lourdes n'est pas un danger public.

Il est tout probable que les médecins opposés à Lourdes feront connaître leur opinion.

Z. RHÉAUME.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DISTRICT DE SAINT-HYACINTHE,

Séance du 26 juin 1907

Présidence de M. E. TURCOT.

Membres présents: J. C. S. Gauthier, vice-président; Eug. St-Jacques, E. Ostigny, P. Ostigny, G. Turcot, J. H. L. Pagé, Emile St-Jacques, O. Jacques, P. Fournier, G. Lecomte, L. A. Beaudry, de St-Hyacinthe; Michaud, St-Hugues; Milette et Vanasse, St-Liboire; Lafrenière et Birtz, St-Simon; Archambault, St-Dominique; Leduc et Primeau, Marieville; Bernard, St-Césaire; Trudeau, Richelieu.

Le procès-verbal de la dernière séance est mis aux voix et adopté.

Le Secrétaire donne lecture, 1° d'une lettre de Lady Hingston, remerciant la Société des résolutions de condoléances qui lui ont été adressées à l'occasion de la mort de Sir W. D. Hingston.

2° D'une lettre de l'hon. L.-P. Brodeur, ministre de la Marine

et des Pêcheries, accusant réception des minutes de la Société; réunion du 31 janvier 1907, approuvant la résolution adoptée par l'Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette, concernant le projet de loi soumis au Parlement pour la réglementation du commerce et de la fabrication des médecines brevetées; dans laquelle il promet sa plus sérieuse considération.

3° D'une lettre de A. M. Beauparlant, M.P.P., de St-Hyacinthe.

4° D'une lettre de J. L. Marcile, M.P., de Bagot. Ces deux dernières sont écrites dans le même sens que celle de l'Hon. Ministre de la Marine et des Pêcheries.

M. P. Ostigny se proposant de partir pour la France, où il devra séjourner plusieurs mois, déclare qu'il ne peut continuer d'occuper la position de secrétaire de l'Association, et il remet sa démission entre les mains du Président qui l'accepte.

Un vote de remerciements est immédiatement proposé par M. G. Turcot, secondé par M. Primeau, en faveur du secrétaire sortant de charge. Adopté.

La position de secrétaire étant vacante, on procède à l'élection d'un nouvel officier pour l'année.

M. L. A. Landry est élu unanimement.

COMMUNICATIONS.

M. Eug. Turcot: Quelques remarques sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.

Dans un travail très élaboré et très pratique, le conférencier nous retrace les symptômes les plus importants que l'on rencontre dans ces maladies; il nous fait le tableau du diagnostic et termine en nous donnant les grandes lignes de la thérapeutique stomachale,

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. L. A. BEAUDRY présente une malade atteinte de myxœdème infantile spontané, et fait en même temps une étude sommaire du myxœdème infantile.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Proposé par M. LEDUC, secondé par M. PRIMEAU, que l'on fasse des démarches auprès des Sociétés de Secours Mutuels pour que ces dernières paient deux dollars pour les examens médicaux. Adopté.

Une question importante était inscrite sur l'ordre du jour, c'était la création d'un tarif médical dans ce district.

Proposé par M. E. OSTIGNY, secondé par M. J. C. S. GAUTHIER, qu'un comité de 4 membres, dont 2 seront choisis dans la cité de St-Hyacinthe, 2 dans les paroisses du district, soit nommé pour étudier et formuler un tarif d'honoraire médical, et qu'il fasse rapport à une assemblée spéciale qui aura lieu le 24 juillet prochain.

Qu'une copie du tarif adopté par le comité soit envoyé à chacun des membres quelques jours avant l'assemblée spéciale, en même temps que l'avis de convocation de l'assemblée. Adopté.

Comité nommé: MM. Eug. St-Jacques, A. Bernard, J. C. S. Gauthier, L. A. Beaudry.

L. A. BEAUDRY,
Secrétaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU COMTE DE MASKINONGE.

Séance du 15 juin 1907

La deuxième assemblée régulière de l'Association Médicale du comté de Maskinongé s'est tenue à Louiseville, jeudi, le 15 juin dernier. Assistaient: les Drs Plante, Hamelin et Milot de Louiseville; Ferron, St-Paulin; Grenier, St-Lin; Bellemare et Duhamel, Ste-Ursule.

Le Dr Coulombe de St-Justin s'était excusé par lettre de ne pouvoir assister à cette réunion.

Le principal but de l'assemblée était la nomination d'un secrétaire, en remplacement du Dr Paquin, démissionnaire. Le Dr Duhamel, sur proposition du Dr Milot, appuyé par le Dr Grenier, fut unanimement désigné à cette charge.

D'autres questions d'une nature intime furent ensuite traitées et résolues avec une entente de bon augure.

Puis, le docteur Milot, secondé par le Dr Hamelin, s'élève avec véhémence contre l'attitude étroite de notre député à la Législature, M. Georges Lafontaine, relativement aux amendements à la loi médicale présentée à la dernière session. Ce dernier est vertement censuré pour n'avoir pas tenu compte, dans son vote, des sentiments qui lui avaient été nettement formulés par la profession, sous forme d'une résolution *ad hoc* de notre Association. A ce sujet, M. le Secrétaire est chargé de lui transmettre, sous le plus court délai, copie de la résolution, adoptée haut la main, que, si dorénavant ce député ne faisait pas plus de cas des vœux émis par ses commettants du corps médical, nous nous verrions forcément obligés de combattre activement sa réélection.

Enfin la prochaine réunion de l'Association est fixée au 15 août 1907, à Louiseville, et l'on décide d'adresser une invitation d'y prendre part à tous les médecins du comté de Saint-Maurice pour, entre autres questions importantes, y débattre le choix du prochain gouverneur de la région.

Et l'on se sépare enchantés de l'esprit d'union et de courtoisie qui a marqué nos délibérations. Nous y voyons le gage assuré du succès de notre Société et le pronostic infaillible d'un achèvement certain vers la concentration, si longtemps souhaitée, des phalanges médicales canadiennes-françaises.

A. A. DUHAMEL, M.D.,

Sec. Ass. Méd. du C. de Maskinongé.

ANALYSES

CHIRURGIE

Albuminurie transitoire au cours de l'anesthésie lombaire expérimentale par la stovaine.

MM. Piquand et Dreyfus ont observé parfois, à la suite de la rachistovainisation chez le lapin, une albuminurie tantôt légère, tantôt assez abondante, et pouvant atteindre un gramme.

La pathogénie de cette albuminurie n'est pas encore élucidée.

Mais sa simple constatation prouve que la question d'un anesthésique absolument inoffensif chez les rénaux n'est pas encore résolue. (Soc. de Biologie, Séance 18 mai 1907.)

Torsion en masse de l'intestin grêle. (Soc. Chirurgie, Paris, 20 mai 1907).

M. Delbet fait un rapport sur une observation de M. Tesson (d'Anvers), relative à un cas d'occlusion intestinale par torsion en masse de l'intestin grêle. Il s'agit, dans ce cas, d'un malade qui avait été opéré d'appendicite, de telle sorte qu'on peut se demander si les adhérences résultant de cette opération n'ont pas été pour quelque chose dans la production de la torsion du grêle.

M. Delbet, en 1897, a fait une étude spéciale de la torsion de la totalité de l'intestin grêle. Il entre dans une discussion très étendue des cas qui ont été publiés, mais dont l'interprétation est difficile par ce fait que le sens dans lequel la torsion s'est faite n'est pas assez nettement indiqué, certains auteurs se basant sur la gauche et la droite de l'opéré, d'autres se basant sur la droite ou la gauche de l'opérateur.

Pour éviter cette erreur, M. Delbet avait indiqué, dans une observation qui lui est personnelle, que la torsion s'était faite dans le sens des aiguilles d'une montre. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle peut se faire dans les deux sens, soit de droite à gauche, soit de gauche à droite. Les symptômes signalés par M. Delbet sont les suivants: ballonnement du ventre, épanchement péritonéal, tympanisme, pas de vomissements fécaloïdes. M. Delbet passe en revue chacun de ces symptômes et en donne la pathogénie.

Le salut de ces malades est au prix d'une intervention précoce et rapide.

De l'appendicite dans la grossesse. (Vineberg, *New-York Med. Journal*, mai 1907).

L'auteur rapporte la statistique de huit années au Mt. Sinai Hospital.

Pendant cette période, 2,003 cas d'appendicite furent traités, dont 731 cas chez la femme. L'association de l'appendicite à la grossesse ne fut constatée que neuf fois. Deux de ces cas ne furent pas opérés, et le diagnostic n'avait été posé que d'après des manifestations cliniques.

L'auteur conclut que la grossesse ne prédispose pas à l'attaque d'appendicite aiguë.

Le diagnostic différentiel nous amène à considérer les états possibles suivants: Douleur au côté droit de l'abdomen, chose qui n'est pas rare chez la femme enceinte; rupture d'une grossesse ectopique au début; grossesse avec infection; annexite droite; fièvre typhoïde.

En ce qui regarde le traitement, l'auteur considère que, lors même qu'il y a grossesse évidente avec appendicite, on ne doit pas nécessairement opérer immédiatement dans tous les cas. Si l'attaque est légère, la patiente peut être soumise à un traitement palliatif en attendant d'autres développements. Si une autre attaque survient dans un court espace de temps avec des manifestations symptomatiques plus sérieuses, alors on ne doit pas remettre l'intervention chirurgicale, dans l'espoir qu'il n'aura pas d'autre attaque. Dans une attaque aiguë grave on doit agir de la même façon que si la patiente n'était pas en état de grossesse. Il est bon d'administrer des opiacés les sept ou huit jours après l'opération, afin d'éviter l'accouchement prématuré.

Si l'accouchement prématuré devient inévitable, on doit suivre la méthode de traitement reconnue, qui consiste à vider l'utérus complètement. En présence d'un large abcès appendiculaire ou rétro-cœcal, on ne doit pas tenter de

faire plus qu'inciser et drainer, en conservant autant que possible les rapports de la cavité de l'abcès.

Le procédé absurde recommandé par quelques-uns de vider l'utérus de force immédiatement après l'opération a subi le sort qu'il méritait, il est universellement condamné.

Avec des précautions ordinaires l'utérus, même dans les cas d'abcès, ne devra pas expulser son contenu avant un laps de plusieurs jours, alors que les conditions locales seront telles qu'il n'y aura aucun danger à craindre des déplacements de la cavité de l'abcès.

Z. RHÉAUME.

Les blennorrhoides. — Jullien, dans *Journal de Méd. et Chirurg.* Paris, Avril 1907.

Dans une brochure sur la "Blennorrhagie, formes rares et peu connues," M. le Dr Jullien, chirurgien de Saint-Lazare, consacre une leçon aux blennorrhoides, c'est-à-dire aux écoulements de l'urètre, non gonococciques, qui simulent la blennorrhagie, mais s'en distingue complètement par leur nature; elles forment, parmi les urétrites, un groupe à part, bien distinct et qui n'est pas encore très bien connu de la majorité des médecins.

Les causes de cette urétrite sont assez variées : on l'a vue survenir dans la fièvre typhoïde, dans la tuberculose, le paludisme, le diabète, la syphilis, le rhumatisme, et la goutte. De toutes ces causes, M. Jullien cite des exemples.

On doit signaler encore les traumatismes, puis les excès vénériens.

En dernier lieu, il faut citer encore les *urétrites vénériennes septiques*, mais qui sont causées par d'autres microbes que les gonocoques, et par conséquent appartiennent encore à la classe des blennorrhoides.

On peut les voir survenir à la suite de rapports normaux par contagion génitale. Aubert, signala, le premier, en 1884, l'urétrite bactérienne. Depuis, le fait a été constaté par Legrain, Rauzier, Noguès et Jullien. Ces écoulements n'offrent pas de caractères spéciaux, ils n'augmentent pas par le coït ou l'alcool. Les microbes qu'on y rencontre sont très variés: on y a trouvé le micrococcus albus, le micrococcus aureus, le coli-bacille, des diplocoques. Cela se conçoit d'ailleurs, le vagin contenant normalement des microbes multiples et ceux-ci pouvant, dans certaines conditions particulières, devenir plus nombreux encore, comme dans le cas de cet étudiant qui fut contaminé au cours de rapports avec une femme atteinte de phlegmon péri-utérin. Les espèces microbiennes les plus diverses peuvent se rencontrer dans l'urètre et y coloniser quand les conditions de défense normale ont disparu.

Ces écoulements peuvent être provoqués aussi par des actes vénériens anormaux. Ces catarrhes sont peu contagieux, n'amènent pas de trouble de l'état général et disparaissent spontanément. Lécuyer a noté un cas analogue dans lequel la douleur était très intense, syncopale.

Ainsi qu'il est facile de le comprendre, les microbes des écoulements urétraux peuvent s'associer à des espèces pyogènes dont la virulence se trouve ainsi exaltée, mais cette association n'est même pas nécessaire: à eux seuls les microbes des blennorrhoides peuvent rendre contagieux les écoulements dans lesquels ils pullulent.

La question de la contagion est beaucoup plus délicate à résoudre pour les urétrites non microbiennes.

Il ne serait pas impossible que la contagion pût avoir lieu même avec des écoulements et dans des conditions en apparence aseptiques.

Les blennorrhoides, moins graves que la blennorrhagie dans leur évolution normale, sont aussi beaucoup moins graves dans leurs complications. Elles sont d'ailleurs peu fréquentes et peu nombreuses. Macaigne et Vanverts ont cependant signalé une orchite; Legrain, Bockhardt, ont observé un malade dont les vésicules séminales étaient infestées de *bacterium coli*, et qui eut une orchite. Dans un cas de Boedlander, l'inflammation urétrale se compliqua de prostatite avec ischurie. Le rhumatisme a été signalé par plusieurs auteurs; dans le dépouillement de 1000 observations d'urétrite, M. Jullien a trouvé trois cas d'orchite, et un cas de rhumatisme, survenus au cours de blennorrhoides.

A cause de la contagion possible, et pour éviter les accidents plus graves dont elles peuvent favoriser l'apparition, les blennorrhoides ne devront pas être négligés, on doit les traiter avec soin.

Les urétrites non microbiques, celles qui succèdent par exemple à la phase gonococcique d'une blennorrhagie, seront traitées, lorsqu'elles seront récentes, par le nitrate d'argent en instillations à 1 ou 2 p. 100, ou en lavages à 0.50 p. 1000; quand elles sont anciennes, elles s'accompagnent presque toujours de lésions anatomiques du canal contre lesquelles la dilatation par les béniqués donnera de bons résultats.

Les urétrites microbiques seront justifiables du traitement antiseptique. Janet emploie les grands lavages au permanganate, associés au massage quotidien; 5 ou 6 lavages suffisent en général pour amener la disparition des germes septiques. Minet préconise l'emploi des injections d'acide picrique à 50 p. 100, ou d'acide pyrogallique à 2 ou 4 p. 100.

PHARMACOLOGIE

1° *Gercures du sein.*

Les gercures sont une des causes indirecte de la diarrhée infantile. Une mère ne nourrit pas par crainte des gercures; une autre abandonne à cause des douleurs qui les accompagnent. Voilà comment beaucoup d'enfants sont nourris artificiellement et tombent malades.

(a) *Trophylaxie.* — Le massage préventif du mamelon est discutable. On peut le conseiller durant les derniers mois de la grossesse.

(b) *Début de la lactation.* — Une propreté minutieuse du mamelon suffit à éviter les gercures durant les tres semaines. Si la mère ou la garde-malade a le soin de nettoyer le mamelon et la bouche de l'enfant au début et à la fin de chaque tétée, si, à cette mesure de précaution, on a le soin de tenir en permanence entre chaque tétée de petites compresses aseptiques — eau bouillie et boriquée ou autre — il est rare qu'on ait des accidents.

(c) Le traitement radical de la gercure consiste dans la cessation de l'allaitement du côté malade, joint aux pansements humides — compresses de bichlorure à 1 p. 1000, avec gutta-percha et compression légère du sein malade — Si les deux mamelons sont légèrement atteints, on guérit l'un avant l'autre. Ce n'est que dans le cas de gercures des deux côtés qu'il faille condamner les deux seins. On remplace temporairement l'allaitement maternel par du lait de vache, pour revenir à l'allaitement maternel, ce qui est possible 8 et même 15 jours après.

Il importe dans la plupart des cas de soutirer une certaine quantité de lait chaque fois que les seins sont douloureux.

2° *Traitement* du muguet.

(a) *Prophylaxie*: propreté minutieuse de la bouche de l'enfant après chaque tétée.

Médicaments.

Avant et après chaque repas, laver la bouche avec l'une des solutions suivantes, avec un tampon de ouate.

Borax	20 grains (1 gr. 30 centig.)
Glycérine	2 drachmes (7 gr. 50 —)
Eau de roses	2 onces (60 c. c.)

ou bien:

Bic. de soude	10 grains (0.60 centig.)
Eau bouillie	1 once (30 c. c.)

3° *Intertrigo.*

Maladie locale des b. b. b. caractérisée par une rougeur plus ou moins vive des fesses et de la région péri-anale. Elle est causée, souvent, par le contact des couches souillées (urine ou selles), et laissées trop longtemps en place.

La diarrhée est une cause fréquente d'intertrigo, qui est une maladie bénigne mais douloureuse.

Voici quelques formules utiles:

Poudre d'amidon	6 drachmes (23 grammes)
Oxyde de zinc	1 $\frac{1}{2}$ drachme (6 —)
Poudre de camphre	1 $\frac{1}{2}$ drachme (2 —)

ou bien:

Oxyde de zinc	2 drachmes (8 grammes)
Poudre de semence de lycopode	6 drachmes (23 —)

En application locale après lavage doux avec savon à l'huile d'olive.

DUBÉ ET LESAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau Traité de Chirurgie, publié en fascicules sous la direction de A. LE DENTU, professeur, et P. DELBET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. *Vient de paraître*: **Maladies des muscles, aponévroses, tendons, tissus péri-tendineux, bourses séreuses**, par L. OMBREDANNE, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 198 pages avec 45 figures. Broché: 4 fr.; cartonné, 5 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le *Traité de Chirurgie clinique et opératoire* a reçu du public médical un accueil si favorable que, peu de temps après la publication du dernier volume, la nécessité se faisait sentir d'en préparer, à bref délai, une nouvelle édition.

MM. LE DENTU et DELBET ont, tout en restant fidèles au respect du passé, ouvert la porte aussi grande que possible aux recherches scientifiques propres à éclairer les points en litige, aux innovations utiles de la médecine opératoire, en un mot au progrès sous toutes ses formes. De plus, ils ont adopté pour ce *Nouveau Traité* la publication en fascicules séparés. Ceux-ci repré-

sentent autant de monographies où se groupent naturellement les affections ayant entre elles des connexions plus ou moins étroites, au point de vue de leur nature ou de leur siège. Leur indépendance absolue permettra d'en poursuivre la publication plus rapidement que s'il s'agissait de faire paraître plusieurs volumes dans un ordre conforme au plan général de l'ouvrage.

Le premier fascicule, dû à MM. PIERRE DELBET, CHEVASSE, SCHWARTZ et VEAU était consacré aux *Grands Processus morbides* (Traumatismes, infections, troubles vasculaires et trophiques, cicatrices). (Prix: 10 fr.).

Le nouveau fascicule qui paraît à un mois d'intervalle est consacré aux *Maladies des muscles, aponévroses et tendons*.

M OMBREDANNE expose les notions classiques sur les affections chirurgicales des muscles, des tendons, des aponévroses et des bourses séreuses, en y ajoutant les faits récemment acquis et aussi ses idées personnelles. Voici un aperçu des matières dont il traite:

Muscles: Contusion, Plaies, Luxations, Ruptures musculaires, Ostéomes musculaires, Hernies musculaires, Myosites, Tuberculose, Syphilis et Actinomycose musculaires, Kystes hydatiques des muscles, Ladrerie, Trichinose, Tumeurs.

Aponévroses. Tendons: Plaies, Ruptures tendineuses, Désinsertion, Arrachement, Luxations, Lésions inflammatoires, Syphilis, Néoplasmes.

Tissu cellulaire péri-tendineux et gaines synoviales péri-tendineuses: Ténocellulites, Ténosynovites, Tuberculose, Syphilis, Tumeurs des gaines synoviales tendineuses.

Bourses séreuses: Plaies, Contusion, Hygromas, Tuberculose, Syphilis, Néoplasmes.

SUPPLEMENT

ANÉMIE — CHLOROSE. — Une des meilleures préparations à donner dans ces cas est le *Kina Pepto-fer* Lachance, à la dose d'une cuillerée à soupe trois fois par jour. Il n'amène pas la constipation et il augmente rapidement la matière colorante du sang.

LE TRAITEMENT DU CANCER INOPÉRABLE DE L'ESTOMAC. CARCINOME. — Madame S, 50 ans, souffre de douleurs à l'estomac depuis une année: gazes, brûlements d'estomac, etc. Elle a perdu en poids. A la suite d'un traitement palliatif, les troubles augmentent. Les vomissements apparaissent, la diarrhée devient permanente, les selles sont noires. On constate, à la suite de l'analyse chimique la présence d'acide lactique et l'absence d'acide chlorydrique.

Localement, on constate la présence d'une tumeur dans la région pylorique.

On porte le diagnostic de *carcinôme de l'estomac*.

Comme *traitement*, on donne, par la bouche la solution à 2 pour 100 d'*hydrozône*, à la dose d'une demi chopine $\frac{1}{2}$ heure avant le repas; on lui conseille, en même temps, de se tenir couchée sur le dos durant 5 minutes, puis sur le côté droit durant 25 minutes.

Ce traitement fut continué durant plusieurs semaines. Au bout d'un mois la malade allait mieux. Cinq mois plus tard, elle vaquait à ses occupations habituelles et paraissait en bonne santé.

BRAND CO. MEAT JUICE. — C'est le meilleur reconstituant du système nerveux. Une cuillerée à thé dans un verre à sherry d'eau pure ou d'eau saline.

Ce suc de viande est un aliment de première valeur, obtenu par la compression, à froid, d'une viande de première qualité. Notre mode de préparation nous permet de conserver intacts les sucs de la viande, ainsi que son goût et son odeur. L'analyse a donné le résultat suivant:

Eau, 60.00 p. cent.

Suc de viande, 29.65 p. cent.

Sels minéraux, 10.35 p. cent.

Ces sels sont en grande partie des phosphates et du chlorure de sodium.

La valeur nutritive de cette préparation est évidente.

Traders Agency limited. — Si vous avez des comptes en souffrance et en dehors des limites de votre district, adressez-vous à cette agence, bâtie de la New York Life Ins. Co., place d'Armes, à Montréal. Elle a une longue expérience, et elle réussit là où vous échouerez.

A VENDRE

Un médecin pratiquant depuis 12 ans, vendrait sa clientèle à un confrère. Bien bâti, riche paroisse de 300 familles, à deux heures de Montréal. Le chemin de fer traverse le village, pas de compétition, charges publiques. PRIX : \$2.000, conditions, comptant. S'adresser par lettre à F. N. X. Boite postale No 2189, Montréal.