

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. (1)

Par le docteur J. Albert LESAGE,

de la Faculté de Paris,

Médecin au dispensaire de l'Hôpital Notre-Dame.

Il n'y a pas de traitement spécifique de la fièvre typhoïde. Assurément, on peut dire que telle ou telle méthode donne les meilleurs résultats lorsque les hasards de la clientèle nous fournissent l'occasion de l'appliquer dans toute sa rigueur, mais personne n'a le droit de revendiquer exclusivement pour la fièvre typhoïde un mode de traitement qui ne puisse convenir qu'à elle seule. L'hydrothérapie, si appréciée de nos jours, peut s'appliquer à d'autres maladies thermiques et donner des résultats aussi satisfaisants.

Cependant rien n'empêche un très grand nombre de praticiens d'avoir des préférences pour une méthode qui leur aura donné les plus beaux succès et comme telle de la préconiser comme la meilleure. C'est ce que nous aurons l'occasion d'étudier au cours de ce chapitre important.

La première partie sera consacrée à l'étude de la *sérothérapie* appliquée au traitement de la fièvre typhoïde. Quoique les résultats soient encore très problématiques au point de vue clinique pur, il n'est pas juste de passer sous silence les travaux remarquables qui ont été dirigés dans ce sens, et qui ont permis d'espérer, à un moment donné, dans la spécificité d'un sérum non seulement préventif, mais même curatif. Malheureusement, les succès de laboratoire n'ont pas

(1) Communication faite au Comité d'Etudes Médicales, séance du 2 juin 1899.

été confirmés en clinique hospitalière, et, si l'avenir est plein de promesses pour ceux qui furent les promoteurs de cette œuvre, le présent ne permet pas d'escompter au bénéfice de nos malades une thérapeutique spéciale ou sérothérapique.

Avec votre permission, je passerai en revue analytique les principaux travaux qui ont été publiés à ce sujet, et les résultats qu'ils ont donnés.

I. Sérothérapie.

En 1888, MM. Chantemesse et Widal, en France, (1) réussirent à vacciner des souris par des injections répétées de petites doses de bouillon de culture typhique stérilisée par filtration.

En 1891, en Allemagne, Briegner, Kitasato, Wassermann, et Bitter en 1892, publièrent des travaux dans le même sens. Cependant, au lieu de filtrer leurs cultures, ils en extrayaient par l'alcool un principe actif, les cultures étant concentrées et chauffées à 80° centigrade.

En 1892, en Italie, Sanarelli et Bruschetti publièrent également un travail sur le même sujet, mais leurs cultures étaient stérilisées par la chaleur à 120°.

Tous ces essais, nouveaux alors, démontrèrent que le sérum des animaux vaccinés contre cette maladie jouissaient de propriétés préventives et curatives contre celle-ci. Que le sérum soit injecté avant ou après le virus typhique, il empêche quand même le développement du bacille d'Eberth. Tout le secret réside dans la dose à administrer. Si, par exemple, le sérum et le virus sont injectés en même temps et au même endroit, un demi-centimètre cube suffira au succès thérapeutique ; si, au contraire le sérum est injecté avant ou après le virus et en un point autre que celui choisi pour injecter ce dernier, il faudra porter la dose à deux centimètres cubes environ. Donc, ce sérum était préventif, puis qu'une dose antérieure empêchait le développement du bacille d'Eberth, et il était auss. curatif, puis qu'il arrêtait une infection typhique en évolution, même si l'injection était faite deux, trois et six heures après. Ces résultats suggéraient l'idée de recherches complémentaires et explicatives. Aussi, vers le même temps, 1892, Stern en Allemagne, Chantemesse et Widal en France, expérimentant avec le sérum sanguin d'individus ayant eu déjà la fièvre typhoïde, cherchèrent si ce sérum était doué au même point de propriétés préventives ou curatives. De fait, leurs expériences furent positives, et le pouvoir curateur se manifesta d'une façon très

(1) Annales Institut Pasteur, 1888.

énergique ; ils constatèrent aussi que ce même pouvoir diminue au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'injection primitive. Autre détail : au cours de leurs recherches, ils notèrent que le sérum d'individus n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde était doué, dans certains cas, de propriétés immunisantes indiscutables.

En 1895, Beumer et Peiper, immunisant des moutons auxquels ils injectaient des cultures typhiques stérilisées par la chaleur à 55° et 60°, en obtinrent un sérum actif à tel point qu'une goutte et demie a suffi pour immuniser une souris contre la dose mortelle ; un cobaye de 100 grammes a été prémuni contre quatre fois la dose mortelle avec 0. c.c. 07. Quant à son action curatrice, elle n'a pas été moins nette, car le sérum a enrayé l'infection typhique du cobaye même au bout de quatre heures, résultat très remarquable, si l'on réfléchit que la fièvre typhoïde expérimentale est en pleine évolution au bout de une à deux heures et se termine généralement par la mort en douze à vingt-quatre heures. (1)

Enfin, en 1896, Loeffler et Abel publièrent un travail remarquable où ils disaient avoir réussi expérimentalement à immuniser des chèvres contre l'infection typhique et colibacillaire au moyen d'un sérum de même nature.

En face de ces résultats de laboratoire si remarquables, il était tout naturel de penser à en faire l'application au lit du malade, et le succès semblait assuré d'avance ; mais on avait compté sans le caprice des réactions humorales, et je vous ai déjà prouvé antérieurement qu'il n'était pas sage de conclure de l'animal en expérience à l'homme malade ; aussi les tentatives faites en 1892 et 93 furent-elles infructueuses entre les mains de MM. Chantemesse et Widal. Je dois dire ici, que des expériences ultérieures ont donné des résultats plus satisfaisants aux mêmes auteurs ; ce que nous verrons dans un instant. On pensa alors qu'il fallait tenir compte du rôle joué par le *bacterium coli* auquel on devait attribuer ces succès, et on fit des "essais de sérothérapie dans la fièvre typhoïde à l'aide du sérum d'animaux immunisés contre le coli." Une communication sur ce sujet fut faite au Congrès de Rome en 1894 par Demel et Orlandi. Ces auteurs auraient obtenu quelques résultats favorables par ce moyen.

Des cultures de bacille pyocyanique furent employées par Presser, en Allemagne, en 1895, mais les résultats furent médiocres, et il semble même que le mal se soit aggravé à certain moment.

(1) Landouzy, loc. cit. Sérothérapie des maladies infectieuses.

Rumpf, en Autriche, même année, fit également des essais de même genre avec le bacille pyocyanique. Les résultats furent équivalents aux précédents à peu de chose près. Ses recherches toutefois établirent un point important à connaître : les cultures du bacille pyocyanique n'agissent pas en vertu d'un pouvoir spécifique antagoniste contre le bacille typhique, mais simplement en excitant les moyens naturels de défense de l'organisme. (1)

Au cours de la même année, 1895, deux allemands, Klemperer et Levy s'étadièrent à la fabrication d'un sérum spécifique. A cette fin, ils augmentèrent chez le chien son immunité naturelle contre le bacille typhique en lui injectant des doses virulentes de culture d'Eberth dans le péritoine ; ils recueillirent ainsi un sérum tellement actif, que, non seulement il avait le pouvoir d'empêcher l'infection éberthienne, mais même d'amener la guérison si on l'injectait un certain espace de temps après l'infection. Alors, avec ce même sérum, ils traitèrent cinq typhiques au premier septenaire et tous les cinq eurent une maladie des plus bénignes!..... A-t-on le droit d'invoquer l'action bienfaisante du sérum ou bien doit-on penser que le hasard s'est chargé pour cette fois de donner à chacun de ces malades une simple fièvre bénigne qui se serait passée de toute thérapeutique ?..... On ne saurait être affirmatif ni dans un sens ni dans l'autre ; mais il est facile de constater ici que le sérum n'a eu aucun effet désagréable.....

En 1896, Funck de Bruxelles, fit des tentatives d'immunisation chez la chèvre par des inoculations de dose graduelles de cultures d'Eberth tuées par l'acide phénique. Par l'action de ce sérum, il a pu prémunir des cobayes contre l'infection de cultures typhiques tuées également par le chloroforme ou le phénol. (Landouzy.) Des expériences plus complètes lui ont également permis d'affirmer que son sérum jouissait de propriétés curatives.

Enfin, en 1896, Chantemesse a fait à la Société de Biologie, à Paris, une communication qui attira l'attention du public médical. Après avoir réussi à immuniser des chevaux contre un virus toxique de bacille d'Eberth tuant un cobaye en six heures après douze heures de culture et avec une dose équivalente à 1/100 de centimètre cube, il recueillit un sérum assez puissant pour qu'un cinquième de goutte injectée 24 heures avant la dose mortelle pour les animaux témoins, protégéât sûrement l'animal en expérience contre les atteintes du virus. Suivant l'exemple de Klemperer et de Levy rapporté ci-des-

(1) Landouzy, loc. cit. Sérothérapie des maladies infectieuses.

sus, il traita exclusivement par ce sérum trois malades atteints de fièvre typhoïde confirmée. Chez l'un d'eux, la forme ataxique et délirante fut jugulée le jour même de l'injection ; chez les trois malades, la température a baissé graduellement tous les jours à partir de ce moment et " sept jours après le début du traitement, les malades étaient rendus à l'apyrexie et à la santé." (Chantemesse).

Comme vous le voyez, messieurs, ces résultats méritaient d'être rapportés. Si le succès n'a pas répondu à l'attente générale, il est suffisant malgré tout pour vous inspirer une réelle confiance dans la sérothérapie, non seulement de la fièvre typhoïde, mais aussi d'autres maladies réputées incurables !.....

II. *Traitement hygiénique.*

Les idées pasteurienues ont assigné à l'hygiène un rôle tellement prépondérant qu'elle trouve partout en médecine, aujourd'hui, une place d'honneur qu'elle occupe de droit, par les services immenses qu'elle a rendus à l'humanité toute entière en restreignant dans ses limites étroites le champ d'action des maladies épidémiques et contagieuses si redoutées il y a à peine quinze ans !.....

Aussi, je lui donne ici le premier rôle, et je me plais à lui reconnaître une bonne part des succès que nous enregistrons assez souvent au cours des maladies thermiques, spécialement dans la fièvre typhoïde. Un des premiers soins à prendre, autant que possible, est d'*isoler* le malade dans une chambre vaste, bien aérée, n'ayant ni tentures, ni tapis, si possible, et suffisamment éclairée ; une lumière vive est nuisible, car le malade ne peut la supporter. Comme le conseille Dujardin-Beaumetz, " il faut que le lit soit étroit, peu élevé, débarrassé de tout rideau ou de toute tenture de manière qu'on puisse donner au malade tous les soins que comporte son état. Si vous le pouvez même, vous choisirez deux chambres de telle façon qu'on puisse alternativement transporter le malade de l'une à l'autre." La température de la chambre doit être *peu élevée* ; c'est une erreur de croire qu'il faille la surchauffer, le malaise éprouvé par l'entourage est également ressenti par le malade et l'observation ne tarde pas à constater le mieux d'une température plutôt basse. Épargnez à votre malade le bruit et surtout les *visites importunes* qui exercent la plus fâcheuse influence sur la marche de toute maladie quelle qu'elle soit !.....

La *position* doit varier à l'infini et suivant son caprice, aucune n'a d'inconvénient particulier. La *propreté* est essentielle au bien

être de tout malade, et les personnes preposées à cette fin doivent s'astreindre avec minutie à en observer tous les détails. Les draps du lit doivent être changés aussi souvent que le besoin s'en fera sentir ; il sera bon d'interposer une toile cirée ou de caoutchouc entre le drap et le matelas. Des lotions vinaigrées seront faites une ou plusieurs fois par jour dans le but de favoriser les fonctions des glandes sudoripaires qui sont exagérées à ce moment ; les lavages locaux des parties souillées soit par l'urine, soit par les matières fécales sont d'urgence. Les soins de la bouche ont une grande importance dans le but de prévenir les infections secondaires si fréquentes au cours de la fièvre typhoïde, et dont la plupart ne sont dues qu'à une exaltation de virulence des microbes habituels qui y séjournent à l'état physiologique. Les dents seront brossées une ou deux fois par jour avec les poudres ou eau dentifrices usuelles ; la cavité buccale sera aseptisée au moyen de gargarismes répétés avec des eaux alcalines (Vichy, Vals, Pougues) ou une solution boriquée à 2 0/0 ou de chlorate de potasse, 20 grammes pour 1000 grammes d'eau. Tous ces conseils si faciles d'exécution ont une réelle importance, car "la guérison d'un typhique est souvent une affaire de *petits détails thérapeutiques*." (Thoinot).

Le régime d'un typhique entre aussi dans le cadre de l'hygiène qui lui sied le mieux. Il y eut un temps où le typhique était condamné à une diète absolue ; on ne lui permettait de boire qu'avec une très grande réserve, dans la crainte de voir "ses humeurs perdre tout pouvoir sur les causes de l'inflammation par une trop grande dilution de ses principes actifs." Qui aurait pensé alors qu'il viendrait un moment où la vérité adopterait comme sienne une formule justement opposée : mais on était encore loin à cette époque de la conception actuelle de la médecine !..... C'est Graves qui s'éleva le premier contre l'arbitraire de ces théories en prescrivant à ses typhiques un régime alimentaire encore conseillé de nos jours.

L'alimentation du typhique doit être exclusivement *liquide et commencée dès le début* : le lait bouilli ou frais, l'eau vineuse, les eaux minérales aromatisées avec un peu de sirop, les limonades acides, les bouillons *dégraissés*, le café ou le thé au lait feront les frais de l'alimentation du début.

Le lait est généralement bien accepté, mais il arrive aussi qu'un certain nombre de malades manifestent à son égard une répugnance invincible ; on s'efforcera alors d'en masquer le goût à l'aide d'un peu de cognac, de citron, de kirsch, etc. L'intolérance peut provenir de ce que le malade en absorbe une trop grande quantité à la fois ;

il convient alors de l'écrémer avec soin, et de le donner en petite quantité à chaque fois v. g., un demi-verre toutes les deux heures. A défaut de lait, on peut prescrire le *Képhir*, qu'il est possible de se procurer dans les villes. (1)

Les bouillons de veau ou de poulet sont préférables, il faut les *dégraissier*. Les grogs sont bien tolérés, mais il faut se garder de gorger d'alcool ceux des typhiques qui ont une température modérée. L'abus entraîne chez eux de l'insomnie, de l'agitation, et en plus quelquefois, une gastrite intense. Il faut réserver ce genre de traitement aux formes adynamiques avec affaiblissement cardiaque ou aux alcooliques invétérés.

Juhel-Renoy formule ainsi la pratique qu'il recommande : " 2 litres de lait cru et froid quand on est sûr de sa provenance, 1 litre de bouillon très léger et bien dégraissé ; 1 litre d'eau fraîche et 1 litre de limonade vineuse. Le lait et le vin sont donnés avant, pendant et après le bain ; les autres boissons sont administrées dans l'intervalle par très petites quantités à la fois toutes les dix minutes quand le malade est éveillé." Ces quantités sont données dans les 24 heures et durant la phase critique de la maladie.

(1) *Le Képhir*, très peu connu ici, vient de la Russie où il est employé dans le traitement de la phthisie. Hayem l'a vulgarisé le premier en France comme aliment médicament chez les dyspeptiques. C'est un lait fermenté dont le fermet est une graine provenant du Caucase ; cette graine est constituée par le mélange d'un bacille (*dispora caucasia*) et d'une levure qui n'est autre que la levure de la fermentation alcoolique (*saccharomyces cerevisiæ*). On recueille les graines de *Képhir* sur les parois des outres qui servent à la conservation du lait. Suivant la durée de la fermentation on obtient un *Képhir* faible, moyen ou fort, désigné dans le commerce par les numéros 1, 2, 3. Il se présente sous forme d'un liquide épais, ayant la couleur du lait et pétillant comme le Champagne. Son goût n'a rien de désagréable, il présente une saveur aigre-douce. Sa composition est constituée par les éléments suivants :

1° Acides.....	} lactique } carbonique.
2° Alcool	
3° Matières albuminoïdes.....	} caséine } albumine } syntonine.

"L'action du *Képhir*, dit Gaston Lyon, doit être attribuée probablement à l'acide lactique libre ainsi qu'aux matières albuminoïdes en voie de transformation, de sorte qu'il a un caractère d'aliment en partie digéré et se trouve indiqué par conséquent toutes les fois que l'on veut restreindre le travail digestif de l'estomac."

Plus tard, quand la maladie est entrée dans la phase d'apyrexie relative, on donne des aliments un peu plus substantiels : potages légers à la crème d'orge, ou de tapioca, bouillies espacées et en petite quantité, jus de viande, poudre de viande à dose restreinte. Ce genre d'alimentation est souvent supportée pour le plus grand bien du malade qui entre promptement en convalescence ; mais il faut la mesurer sagement et progressivement en se basant sur la marche de la température ; à la moindre recrudescence fébrile on abandonnera tout pour revenir au régime liquide.

Les boissons doivent être données en abondance, quelle que soit l'intensité de la fièvre. Elles ont l'avantage de procurer au malade un bien être réel en humectant sa bouche, et d'activer la diurèse : elles favorisent ainsi " l'élimination des déchets de la combustion fébrile et des toxines accumulées dans l'organisme. C'est un véritable lavage interne d'autant plus efficace que l'état typhoïde dépend pour une bonne part de la rétention de ces principes toxiques dans le sang et les tissus." (Albert Robin.)

Nous verrons plus loin comment le principe énoncé ci-dessus a pu être systématisé et érigé en une méthode de traitement qui a donné des résultats magnifiques entre les mains du professeur Debove.

J'ajoute que le repos au lit est *absolu*. Aucune conversation sans motif, prendre la température au moins deux à trois fois le jour. Dans le but d'enlever les fugilosités des lèvres on fera des attouchements fréquents avec de la vaseline boriquée ou même de la glycérine phéniquée. Il faut exercer une surveillance active et constante autour de ces malades, surtout, il ne faut *pas perdre de vue ces typhiques délirants* que l'inconscience du moment porte souvent à des accidents regrettables qui entraînent des pertes de vie. Voilà pour le malade. Mais il faut aussi prévenir la contamination de l'entourage et la dissémination des germes ; à cet effet, il faudra établir comme règle invariable de *désinfecter* par les moyens à sa disposition *tout objet qui aura servi au malade en traitement ou à son entourage immédiat*. C'est ce principe bien compris et appliqué aux cas échéants qui a fait la force de l'hygiène et qui doit être d'un usage courant dans la pratique pour tout médecin soucieux des intérêts publics et jaloux de sa réputation.

Ainsi, toutes les pièces de lingerie seront, immédiatement après changement, plongées dans une cuve d'eau bouillante avant d'être livrées au blanchissage. Les objets de literie, les vêtements seront désinfectés à l'étuve lorsque la chose sera possible. Les matières

fécales seront reçues dans des vases contenant déjà une certaine quantité d'eau de chaux préparée comme suit ; on prend un kilogramme de chaux éteinte (1 livre) que l'on délaye dans quatre litres d'eau (4 pintes) ; ce liquide est alors versé en petite quantité dans le vase qui reçoit la garde-robe, et sert en même temps à la désinfection des fosses d'aisances.

Enfin, comme dernier détail, il est nécessaire que les garde-malades ou toute personne attachée au service du malade portent des vêtements spéciaux qu'ils puissent abandonner au sortir de la chambre ou de la salle et qu'elles prennent le soin de se laver les mains dans une solution de sublimé au 3 0/100 ou tout autre antiseptique après chaque contact avec le malade.

Telles sont, je pense, les prescriptions hygiéniques que nul autre traitement spécifique ne pourra détrôner et que nous devons connaître pour en bien faire l'application aux cas qui les réclament lorsque éclatent subitement des endémo-épidémies qui menacent de se généraliser.

III. *Traitement par les médications.*

Il est inutile de refaire l'histoire complète de toutes les méthodes qui se sont partagé la faveur des praticiens du siècle présent ; l'histoire thérapeutique des trente ou quarante dernières années suffira pour vous convaincre que la systématisation pour chacune d'elles leur a été funeste. Les succès que quelques-unes ont obtenus dans le temps étaient plutôt dûs à la grande renommée des maîtres qui les préconisaient qu'à la valeur clinique de la méthode elle-même. Toutefois, il est nécessaire de rappeler brièvement les médications qui furent le plus en honneur en ces dernières années et auxquelles on est resté fidèle en certains quartiers même encore aujourd'hui.

La conclusion que nous en tirerons prouvera à l'évidence la supériorité des méthodes actuelles et nous convaincra, je pense, que la dernière en date est la meilleure et la plus féconde en succès éclatants.

1° *Médication tonique.*—Tood, Stokes et Graves en furent les pères. L'alcool à hautes doses était leur grand cheval de bataille, (rhum, cognac) ; on y ajoutait aussi quelquefois le *quinquina* auquel on n'attachait qu'une valeur secondaire. Murchison rapporte que des médecins anglais ne craignaient pas d'en porter les doses au chiffre énorme de 1000 grammes par 24 heures. C'est une méthode dangereuse qui doit être réservée pour des cas spéciaux, et encore la dose

est beaucoup trop élevée. Il vaut mieux se rallier à la méthode de Jaccoud qui prescrit la dose de 30, 80 et même 100 grammes dans les 24 heures, auxquels il ajoute de l'extrait mou de quinquina. D'autre part l'alcool est tout à fait contre-indiqué chez les malades au-dessous de vingt ans, chez les délirants à l'état aigu et dans l'oligurie avec albumine. Au contraire, il convient aux malades âgés et surtout aux alcooliques. La *cafféine* et l'*éther* ont des indications spéciales que nous donnerons au chapitre des complications.

2° *Médication diurétique*.—Elle est d'application courante de nos jours, et forme même corps avec l'hydrothérapie. Elle consiste à faire absorber au malade des boissons, (eau, limonade, etc.) *en grande quantité*; on provoque ainsi une diurèse exagérée qui entraîne hors de l'organisme, par la voie rénale, tous les produits toxiques. C'est une méthode appréciée à cause des résultats favorables qu'elle a donnés. Le professeur Debove, en France, en a fait sa méthode: *il fait boire* son malade auquel il administre *six à sept litres* de liquide par jour. Il complète ce traitement par les soins hygiéniques et le régime diététique qui nous sont connus. Il a publié une statistique portant sur son total de 154 cas traités exclusivement par cette méthode de 1884 à 1890; le nombre des décès a été de 17, soit 1 pour 100. Sa dernière statistique portant sur 54 cas donne un taux de mortalité estimé à 9.92 pour 100. C'est donc une méthode de choix dans les moments difficiles, à la campagne et dans certains quartiers à la ville où tout autre essai est impossible, excepté les médications internes purgatives ou antiseptiques qui valent trop peu de nos jours, la première étant dangereuse et la seconde inutile.

3° *Médication antiseptique*.—Elle découle naturellement du fait que, la maladie consistant en une infection gastro-intestinale, les antiseptiques doivent contribuer certainement à neutraliser les efforts de l'agent infectieux. On s'est alors adressé à plusieurs antiseptiques connus.

Le *calomel* était administré pendant deux jours par Traube, Liebermester; pendant les cinq premiers jours par Ziemssen; pendant les quatre premiers jours à la dose de 40 centigrammes par jour en doses fractionnées par Bouchard, il divise cette quantité en 20 pilules de deux centigrammes chacune prises d'heure en heure; enfin le Dr Selet en continue l'emploi jusqu'à salivation à la dose de vingt centigrammes par jour, soit un centigramme toutes les heures. Mais Bouchard pense que le "calomel peut être utile à condition qu'on n'en prolonge pas l'emploi."

L'iodoforme a eu aussi sa vogue, mais on a dû aussi en discontinuer l'emploi devant la répugnance des malades.

Le salicylate de bismuth a été employé tant à cause de son action antiseptique que de ses bons effets sur le symptôme diarrhée.

L'acide chlorhydrique a été vanté par Murchison qui le prescrivait couramment à la dose de 10 à 15 gouttes toutes les trois heures dans une quantité égale de sirop et de teinture d'orange à délayer dans de l'eau.

L'acide lactique a été introduit dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde par Hayem qui en avait obtenu d'excellents résultats dans le traitement des diverses diarrhées. Il le prescrit à la dose de 20 grammes par jour dans un pot de limonade. Il est contre-indiqué suivant lui à la période d'état et chez les malades adynamisés qui boivent difficilement. D'après le même auteur, si l'emploi de l'acide lactique est conseillé dès le début de la maladie, il en abrège nettement la durée : " dans tous les cas, dit-il, il modère la diarrhée, fait tomber le météorisme, et mérite de prendre le premier rang parmi les médicaments employés pour réaliser l'antisepsie intestinale, en raison de son absence de toxicité et d'action irritante sur la muqueuse de l'estomac."

L'eau chloroformée à 1 pour 100 a été proposée par Werner, un médecin russe. Il donne une cuillerée à soupe de cette solution toutes les heures et diminue progressivement les doses au fur et à mesure que l'amélioration survient. Behring a établi par des expériences de laboratoire que le chloroforme possède une action bactéricide vis-à-vis du bacille typhique; son emploi serait donc logique ici, mais pour que le résultat soit efficace, on doit le donner avant le dixième jour. Une statistique a été publiée où 56 typhiques traités par cette méthode ont donné 56 guérisons. La grande valeur antiseptique du chloroforme et son innocuité relative méritent toute notre attention, mais non à l'exclusion de tout autre médicament.

Le naphтол B, le benzo-naphтол et le salol sont les antiseptiques le plus souvent employés aujourd'hui. Le professeur Bouchard, en France, prescrit comme suit :

Naphтол B finement pulvérisé..... 15 grammes
Salicylate de bismuth..... 7 — 50 centig.

mêlez et divisez en 30 cachets ou poudres dont on administre 3 à 12 par 24 heures.

Le benzo-naphтол tend à remplacer le naphтол B sur lequel il a.

l'avantage de pouvoir être administré dans du lait et de ne pas irriter l'estomac, car il ne se dissocie que dans l'intestin. On peut en administrer quatre grammes en huit doses prises à intervalles égaux (Lyon).

Ceux qui sont en faveur de la méthode antiseptique ne peuvent attribuer leurs succès exclusivement à elle, car il est rare qu'elle soit employée seule. Le professeur Bouchard traite systématiquement ses typhiques par les bains tièdes tout en faisant de l'antisepsie intestinale.

A laquelle des méthodes faut-il attribuer la plus grande part des succès?... Evidemment la réponse est difficile, mais le même auteur nous donne la seule possible dans l'espèce : " Vous savez, dit-il, que l'antisepsie intestinale intervient pour une part dans le traitement que j'applique à la fièvre typhoïde, mais *pour une part seulement*. Je cherche par d'autres moyens à lutter contre l'agent infectieux de cette maladie et à corriger quelques-uns de ses effets nuisibles tels que l'hyperthermie et l'inanition. Mais j'estime que si les putréfactions intestinales dans cette affection sont secondaires et accessoires, elles ne sont cependant pas indifférentes, et, pour cette raison, je crois qu'il est utile de les entraver. Je ne puis donc pas attribuer à l'antisepsie intestinale seule les résultats favorables que j'ai obtenus, je pense cependant qu'elle n'y est pas étrangère." (1)

4° *Médication purgative*. — Cette médication entre pour ainsi dire dans la médication antiseptique, car on recherche également par cette méthode à faire une antisepsie intestinale en favorisant l'évacuation au dehors des produits toxiques accumulés aux différents endroits de l'intestin. Cette méthode avait été érigée en système par Delarroke, médecin à l'hôpital Necker, en 1847. Louis et Grisolle l'imitèrent aussi. Ce dernier a même prétendu ainsi avoir fait baisser le taux de la mortalité de 25 à 14 0/0. Malheureusement pour lui et sa méthode, une épidémie en juillet et août 1842 vit le taux de la mortalité s'élever à 50 0/0. Ce fut son procès et sa condamnation ; elle tomba dans l'oubli pour toujours, et ne laissa dans l'esprit des praticiens, depuis ce temps, que le souvenir d'une médication *dangereuse*. Le purgatif congestionne et irrite trop l'intestin à un moment où les dangers de l'hémorrhagie et de la perforation sont des plus graves pour en conseiller l'emploi dans la majorité des cas ; il a ses indications *très limitées*, et, même à cette fin, un lavement remplira beau-

(1) Bouchard.—Thérapeutique des maladies infectieuses.

coup plus sagement l'office d'évacuant simple en agissant d'une façon purement mécanique.

5° *Médication antithermique.*— Cette méthode est purement symptomatique, aussi, s'attache-t-elle à combattre un signe important, c'est-à-dire la température élevée ou fièvre.

Ici, Messieurs, je vous demande la permission d'ouvrir une parenthèse assez longue afin de remplir une promesse faite à un des membres de cette société de m'expliquer sur le phénomène de la température dans la fièvre typhoïde et partant dans toutes les fièvres.

En *physiologie*, on appelle *chaleur animale*, la chaleur que produisent les animaux en général et par laquelle ils se maintiennent, les uns à une température peu différente du milieu ambiant (animaux à sang froid, grenouille, etc.), les autres, à une température indépendante de ce même milieu (animaux à sang chaud, homme, etc.); ainsi, chez l'homme à l'état normal, la température oscille entre 36°.5 c. et 37.5 c. selon que le thermomètre est placé dans des régions plus ou moins exposées au refroidissement (aisselle, cavité buccale, rectale) et ce chiffre est invariable, dans quelque climat que ce soit, si ce n'est à quelques dixièmes de degrés près. Cette uniformité de température est entretenue par la chaleur dégagée des combustions organiques, ou, d'une manière générale et plus complète, des actes chimiques qui se produisent au sein des tissus et qui sont constitués eux-mêmes par des phénomènes complexes d'oxydation, d'hydratation et de deshydratation.

Ces combustions n'ont aucun organe d'élection particulier. Contrairement aux conceptions des premiers physiologistes, le poumon n'est pas un lieu de combustion, il sert d'intermédiaire entre les milieux extérieurs et les milieux intérieurs; aux premiers, il emprunte l'oxygène nécessaire, indispensable même aux fonctions de calorification, aux derniers, il sert de véhicule ou plutôt de débouché pour l'élimination des produits toxiques (CO₂). Partout où il y a des éléments de tissus qui vivent, assimilent et désassimilent, il y a production de chaleur, cette dernière étant exagérée ou diminuée suivant que les actes d'assimilation ou de désassimilation sont, avant tout, exagérés ou diminués; la preuve en est facile par l'observation tour à tour d'un muscle au repos et en activité. Les vaisseaux, à ce moment, entrent en fonction, ils distribuent par toute l'économie le calorique dégagé de toute part, jouant ainsi le rôle de simples calorifères auxquels il est permis de les comparer à cause de leurs nombreuses ramifications. A cette fin les interstices de leurs différentes tuniques sont occupés par un grand nombre de ramifications ner-

veuses que nous appelons les *nerfs vaso-moteurs* ; ces derniers sont à leur tour tributaires de troncs plus importants en volume, et tous aboutissent définitivement *au cerveau*, l'organe de centralisation de toute la machine humaine. Vienne alors une cause, soit dans le milieu ambiant, soit dans les conditions physiologiques de l'organisme, qui tende à rompre les lois de l'équilibre propre à un ou plusieurs individus, aussitôt, nous voyons des changements équivalents s'opérer afin d'en neutraliser ou au moins d'en atténuer les mauvais effets sur le système général. Le cerveau provoque alors, par l'intermédiaire des nerfs périphériques, des crises de vaso-dilatation ou de vaso-contraction, suivant qu'il faille, ou augmenter les surfaces d'évaporation (chaleur), ou au contraire les réduire au minimum, (froid) afin de satisfaire aux lois de ce même équilibre physiologique un instant menacé par l'influence d'une cause endo ou exogène.

Telles sont, messieurs, les notions élémentaires que nous devons connaître au chapitre de la chaleur animale et qui nous suffisent pour comprendre le syndrome *hyperthermie*. Malgré la vigilance de l'organe central, il arrive que les infections, en se généralisant, parviennent à annuler les lois ordinaires qui président aux fonctions de l'organisme et traduisent leur action par des symptômes communs aux unes comme aux autres ; ' nos appareils, nos tissus, ne savent pas réagir par des procédés indéfiniment variés, ils traduisent leurs souffrances par des plaintes d'une importance diverse.' (Charrin). L'hyperthermie est un symptôme commun à toutes les infections et il nous sera utile de l'étudier ici même où elle occupe une place importante :

Qu'est-ce que la fièvre ?... On pourrait la définir un état pathologique caractérisé par l'élévation anormale et durable de la température.

Si à l'état normal, l'équilibre est maintenu par une production et une déperdition équivalentes, quels sont les agents destructeurs de cet équilibre ?

Jusqu'à ce jour la pathogénie de ce symptôme est obscure. On a admis que l'élévation de température était due à une augmentation des combustions interstitielles déterminée par une altération du sang, ce dernier à son tour modifierait le fonctionnement du système nerveux, et, par son intermédiaire, provoquerait le relâchement des petits vaisseaux, d'où accélération du cours du sang et abaissement de la tension artérielle ; c'est la théorie par *hyperproduction*, la plus probable aujourd'hui.

D'autre part, la théorie *par rétention*, de Traube, admet que la

production de chaleur reste normale, mais que les pertes par l'évaporation pulmonaire et le rayonnement cutané sont diminuées par resserrement des vaisseaux périphériques. Voyons en quoi ces deux théories s'appliquent aux données de la science actuelle.

En 1866, Chauveau a montré qu'une infection de matières putrides déterminait une élévation de température ; avant cette date, un savant allemand, Weber, avait déjà signalé dans ces matières la présence " d'éléments pyretogènes et de principes phlogogènes," sans dire s'ils étaient de nature microbienne. Aujourd'hui on sait que les tissus animaux contiennent des substances capables d'augmenter le calorique ; on en a trouvées dans le muscle (Charrin et Ruffer), dans la rate (Roux), dans le rein (Lépine). Suivant Bouchard et Roger, l'urine renferme des *toxines* qui peuvent ou augmenter ou diminuer la température.

Plus tard, 1889, des travaux dirigés par Charrin, Ruffer, Roussy et Bouchard établirent que des cultures pures stérilisées et privées de tout germe augmentent la chaleur organique : quelques-unes la diminuent, d'autres n'ont aucune influence. Ces expériences prouvent que *ces oscillations sont en rapport avec le microbe* qu'on a choisi et la dose injectée.

Comment *ces toxines* font-elles apparaître cette hyperthermie ? On a donné plusieurs explications, je vous les signale par ordre. Ces microbes pénétreraient dans les centres nerveux qu'ils impressionneraient par leurs toxines, — et nous savons le rôle que ces derniers jouent dans l'espèce. — Ailleurs, ces sécrétions bactériennes provoqueraient " dans l'économie des fermentations, des dédoublements, des hydratations, des oxydations, des combustions, des modifications dans le fonctionnement des glandes, des processus de diapédèse, des exsudations, des transsudations, de la karyokinèse, de la prolifération cellulaire, tous actes chimiques, physiologiques, anatomiques, capables d'impressionner la température." (Charrin).

Au surplus, les auteurs signalent comme éminemment thermogène le *ferment de la fibrine* ; lequel, contenu dans les leucocytes plus spécialement, serait mis en liberté par la destruction de ceux-ci. " On voit, dit Charrin, combien sont multiples les procédés mis en jeu par l'infection pour imprimer à la chaleur organique des oscillations dans un sens ou dans un autre. Il est clair que les perturbations nutritives, que les désordres fonctionnels, etc., conséquences de la pénétrations des virus, doivent entrer en ligne de compte, d'autant plus que les extraits des viscères sont pyretogènes."

En résumé, on peut dire que *les microbes et leurs toxines agissent*

comme cause première dans l'élévation de la température. Il resterait un point intéressant à étudier, celui de savoir comment, par une élévation permanente de la température, on parvient, chez les animaux, à faire supporter presque sans danger des doses de virus mortelles pour l'état normal; mais, ce serait m'éloigner trop de mon typhique, et lui faire courir les dangers d'une rechute au moment précis où j'entrevois sa guérison définitive. J'en ai dit assez j'espère pour répondre à l'interpellation que l'on m'avait faite à ce sujet. Je continue.

Donc, puisque nous avons un symptôme hyperthermique à combattre, voici quelles sont les méthodes diverses employées à cette fin.

A. Méthode médicamenteuse :

Cette méthode a donné des résultats contradictoires, et si quelques médicaments ont pu agir favorablement dans certains cas, on verra ailleurs qu'à l'intoxication typhique on associait souvent l'intoxication médicamenteuse.

1° *Quinine*.—Depuis très longtemps le *quinquina* a été le grand, l'unique médicament employé pour toutes les fièvres. Un instant tombé dans l'oubli avec l'école de Broussais qui avait institué sa méthode antiphlogistique, il fut inauguré par Récamier qui traitait résolument par le quinquina tous les fièvreux.

Plus tard, Broqua s'en servit dans la fièvre typhoïde; il l'administrait à la dose de 10 centigrammes toutes les heures jusqu'à la chute de la fièvre. Les bons résultats qu'il en obtint dans le temps en suggérèrent l'emploi à Blache et Briquet en 1842 qui le prescrivirent, à la dose de 2 à 5 grammes par jour dans une potion, à tous leurs typhiques. Sur 43 malades traités ainsi, il y eut 8 morts. Les observations qu'ils enregistrèrent alors ont été confirmées de nos jours. Ils notèrent son action sur le pouls, son influence favorable sur les symptômes graves d'ataxie, de délire, etc. Ils en conseillèrent l'emploi à une catégorie spéciale de typhiques, et le contre-indiquèrent absolument dans les formes adynamiques "avec prostration et coma et aussi dans les cas de phlegmasie intense du tube digestif."

Cependant, les résultats généraux furent médiocres; on observa même des cas de mort à la suite d'accidents épileptiformes; aussi le quinquina tomba-t-il dans l'oubli une seconde fois. En 1859, il fut remis en honneur en Allemagne par Liebermeister qui prescrivait la quinine (sulfate) à la dose de 1 gramme 50 centigrammes par

jour au début pour tâter le terrain ; il portait cette dose à 2 et 3 grammes jusqu'à chute de la température ; il en cessait l'emploi lorsque la température rectale atteignait 37°. Il donnait le médicament le soir, mais jamais deux fois de suite. Il est juste de dire qu'il l'associait aux bains froids dont il diminuait aussi le nombre. Jacoud associe la quinine aux lotions froides, il prescrit des doses progressivement décroissantes ; ainsi, il donne 2 grammes le premier jour, 1 p. 50 le second et 1 gramme le troisième jour ; il en cesse alors l'emploi pour recommencer après 48 heures de repos si la chose est nécessaire. De nos jours, nous voyons Charrin, à l'Hôtel-Dieu de Paris, prescrire à ses typhiques des doses de quinine variant de 0.75 centigrammes à 1 p. 50 un ou deux jours sur trois, pendant près d'une quinzaine

G. Sée prescrivait la quinine à la dose continue de 2 grammes par jour matin et soir, il disait en obtenir ainsi un abaissement thermique de 1°½. Mais, dit Merklen, ces résultats ne sont pas constants ; ils sont surtout manifestes dans les premiers jours de la maladie et ils manquent dans les formes graves. A ce point de vue, la quinine peut être considérée comme une sorte de réactif permettant de juger de l'intensité du mal. Il est difficile de tirer des conclusions qui pourraient s'appliquer exclusivement à la quinine, car on lui a toujours associé, soit les bains froids ou tièdes, soit l'antipyrine, soit l'acide salicylique. En général, les statistiques donnent une mortalité qui varie entre 11 et 60%, mais ce dernier chiffre peut être porté au crédit de l'hydrothérapie, car c'est celui de Hare, partisan de la quinine et des bains froids, la première agissant comme stimulant cardiaque. De sorte que l'on peut dire avec Gueneau de Mussy que, "appliquée aux cas graves, cette médication n'a donné à plusieurs expérimentateurs que des résultats médiocres."

2° *Antipyrine*.—L'antipyrine a été employée largement à cause de son action antithermique ; mais c'est une erreur de croire que l'hyperthermie soit un des seuls symptômes à combattre ; il faut songer à un autre élément important à favoriser, savoir : l'élimination des substances toxiques qui ont un coefficient très élevé ici. Or, malgré qu'on ait dit que l'antipyrine serait la médication de l'avenir (Clément de Lyon), les expériences de MM. Roger et Weill (1) ont montré que, durant une fièvre typhoïde laissée à elle-même, les matières toxiques s'éliminent en grande quantité, car le coefficient uro-toxique est porté au double ; "au contraire, disent-ils, dans la

(1) Revue de Médecine, sept. 1891.

fièvre typhoïde traitée par l'antipyrine, l'élimination des produits toxiques est nulle tant que durent la maladie et l'usage des médicaments; les coefficients uro-toxiques peuvent même tomber au-dessous de la normale." Ainsi donc, loin de favoriser l'élimination des toxines, l'antipyrine agit en s'y opposant. Il faut donc la bannir de notre arsenal thérapeutique en ce qui regarde la fièvre typhoïde; son action antiseptique est nulle et son action antithermique exige des doses trop élevées et continuées durant trop longtemps pour ne pas constituer un danger réel et signalé déjà par plusieurs auteurs.

3° *Acide salicylique et salicylate de soude.*—C'est une médication qui a vécu à cause de ses dangers et de ses contre-indications dans les cas d'insuffisance cardiaque ou rénale. Le salicylate a donné des résultats, comme antithermique, entre les mains de Riess qui le prescrivait à la dose de 5 et 7 grms. 50 par jour. L'application de ce traitement durant une épidémie lui a donné un taux de mortalité de 24 0/0. Les résultats furent contradictoires en Allemagne comme en France, et Vulpian qui en a observé les effets affirme qu'il présente des inconvénients et des dangers; il provoque la congestion des muqueuses digestives, favorise le délire et n'a aucun effet sur la tension artérielle qui reste élevée malgré une chute marquée de la température; il augmenterait même la fréquence des pulsations cardiaques. Bref il faut compter plutôt avec les dangers qu'avec les succès de cette méthode: c'est ce qui fait dire à Gaston Lyon que la médication salicylée est "complètement abandonnée aujourd'hui."

4° *Acide phénique.*—Ce médicament a été employé par Pécholier, Desplats, Steinner; ces auteurs ont observé qu'il avait des propriétés antithermiques remarquables. Ils le donnaient en lavements à la dose de 10 à 12 grammes durant les 24 heures. Malgré ses bons effets leurs successeurs s'aperçurent que des doses modérées paraissent favoriser le développement de la congestion pulmonaire, tandis que de fortes doses entraînaient souvent le colapsus. Les statistiques ont donné des chiffres variant de 7, 8, à 11 0/0 de mortalité avec ce mode de traitement. Somme toute, il faut faire ici les mêmes restrictions que pour la méthode salicylée.

5° *La digitale.*—Elle était employée comme antithermique et non comme tonique cardiaque. Au reste, durant ces dernières années elle a été également conseillée dans le même but par Barth, dans la pneumonie. Les doses requises à cette fin peuvent atteindre 1 gramme par jour en infusion durant 2 ou 3 jours; on suspend dès que le ralentissement du pouls est descendu à 55 ou 60 pulsations:

On a dit que son effet antithermique n'était ni constant ni réel. Personnellement, la digitale à dose massive—1 grm. par jour en infusion durant 4 jours—associée aux bains froids, nous a donné un succès réel dans un cas de pneumonie double. Cependant, on croit avec raison, que ces doses élevées peuvent déterminer des vomissements et amener aussi le collapsus. On ne saurait être trop prudent dans son emploi.

6° *L'acétanilide, la thalline, la kairine et la phénacétine* sont tous des médicaments dont on a vanté les bons effets dans la fièvre typhoïde, mais les succès particuliers et inconstants qu'ils ont donnés les firent délaissés par ceux même qui en furent les promoteurs; aussi je n'insisterai pas davantage sur leurs propriétés.....

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Over 1,000 Prescriptions or Favorite Formulæ of Various Teachers, Authors and Practicing Physicians. The whole being carefully indexed, and including most of the newer remedies. Cloth. 300 pages, postpaid \$1.00. The Illustrated Medical Journal Co., Publishers, Detroit, Mich. 2me édition avec pages blanches intercalées pour annotations.

De la dysménorrhée spasmodique.—Cette affection vient d'être de la part du Dr MORICE, l'objet d'un travail qui se résume dans ces proportions :

La dysménorrhée nerveuse ou spasmodique peut exister, en dehors de toute lésion congénitale ou acquise de l'utérus ou de ses annexes ;

Cette variété de dysménorrhée se rattache essentiellement aux différents états névropathiques ou hystériques de la femme, qu'ils soient acquis ou héréditaires, simples ou entachés de vice arthritique.

Elle se rencontre chez les jeunes filles, depuis la puberté, et de préférence chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, soit parce que cet état spasmodique de l'utérus modifie les chances de conception, soit qu'il devienne lui-même l'agent provocateur de l'avortement.

Elle relève de la médication antispasmodique et calmante, et en cas d'insuccès du traitement hydro-minéral.

(*L'Abeille Médicale*).

REVUE DES JOURNAUX.

MÉDECINE.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE.

(5^e SESSION TENUE A LILLE DU 28 JUILLET AU 2 AOUT)

Le Ve Congrès français de Médecine interne s'est ouvert le 28 juillet à Lille, sous la présidence de M. le professeur Grasset (de Montpellier), assisté de M. le professeur Combemale (de Lille), secrétaire général de la session, dont l'activité a puissamment contribué au succès de ces savantes assises. La question mise à l'ordre du jour était celle des *myocardites*, exposée dans deux rapports dont nous allons donner l'analyse, un sur les *myocardites chroniques* dû à M. Huchard (de Paris), dont personne ne peut contester la haute compétence en pareil sujet, l'autre sur le *myocardites aiguës*, dû à la plume du professeur Renaut (de Lyon).

Les myocardites chroniques.

(Analyse du rapport de M. HUCHARD.)

M. Huchard trouve que les myocardites qui passaient trop facilement inaperçues il y a trente ans, sont à l'heure actuelle des maladies trop fréquentes; on fait abus du diagnostic de myocardite au cours des maladies infectieuses, et souvent les médecins n'ont à faire qu'à des troubles de l'innervation du cœur.

En 1827, Sobernheim introduisait le terme myocardite dans le langage médical, Corvisart et Kreysig signalaient des durcissements du muscle cardiaque sous les noms de carditis et de cardite polypeuse. A partir de cette époque on décrit sous ce nom, non seulement les inflammations du muscle cardiaque, mais ses altérations par artériosclérose, et, en effet, l'inflammation ne joue pas un grand rôle dans la pathogénie des myocardites chroniques qui mériteraient mieux le nom de *myocardites cardiaques*.

Ces myopathies consistent soit en une artériosclérose du cœur (sclérose dystrophique en foyers), soit en une sclérose interstitielle diffuse, périartérielle; elles comprennent le cœur cardiaque, le cœur sénile, la myocardite segmentaire et la classe innombrable des myocardites secondaires.

La *cardiosclérose* ou dystrophie scléreuse du cœur chez les artérioscléreux est due à des troubles de nutrition causés par une altération antérieure des vaisseaux du cœur. Elle est caractérisée par des

foyers scléreux et même nécrosés en rapport avec les lésions du système artériel. Les *scléroses périartérielles diffuses* rayonnantes sont caractérisées par le voisinage immédiat des bandes de scléroses avec les vaisseaux, tandis que dans les précédentes, les foyers scléreux dus à la mauvaise irrigation du muscle cardiaque siégeaient à distance de l'artère, aux points où le sang ne se renouvelait plus facilement pour nourrir le muscle cardiaque. Cette sclérose périartérielle se constate par les hypertrophies du cœur (cœur rénal, cœur veineux par exemple). Enfin, à côté de cette sclérose périartérielle, MM. Bard et Philippe ont découvert une myocardite qui porte sur le tissu interstitiel du cœur et mérite le nom de myocardite interstitielle chronique. Le cœur cardiaque s'observe surtout chez les malades atteints depuis de longues années de lésions valvulaires. Le cœur est globuleux, gorgé de sang, dilaté, son tissu conjonctif est œdématisé et des foyers scléreux entourent ses vaisseaux. Le cœur sénile consiste dans le développement exagéré des faisceaux conjonctifs normaux du muscle cardiaque, elle est à la fois périartérielle et périfasciculaire. La *myocardite segmentaire* est une altération toute différente, elle consiste en une sorte de disparition du ciment qui relie les diverses cellules qui constituent le muscle cardiaque. Cette dissociation des cellules musculaires du cœur s'observe dans les cachexies tuberculeuse, cancéreuse, dans le brighthisme, l'asystolie, le surmenage, etc. Enfin il y a le groupe des *myocardites* secondaires (tuberculose, syphillis, cancer, etc.).

Dans toutes ces affections une lésion constante existe, c'est celle de la cellule du muscle cardiaque qui est primitive, qu'elle soit la sclérose, la nécrose ou la stéatose; la lésion du tissu conjonctif interstitiel est toujours secondaire.

En clinique, M. Huchard admet qu'on peut classer les myocardites chroniques en autant de types qu'en anatomie pathologique, il se borne à les diviser en deux groupes: la cardiosclérose et les myocardites chroniques proprement dites.

CARDIOSCLÉROSE.—La cardiosclérose est de causes diathésiques (rhumatisme, goutte, diabète, arthritisme), infectieuses (toutes les fièvres infectieuses, syphilis, quelquefois tuberculose) ou toxiques (alcool, plomb, tabac, alimentation, surmenage, etc.). Elle peut affecter la *forme arythmique* et dans ce cas l'arythmie peut être inconsciente, est rebelle à la digitale et souvent est le seul symptôme perceptible. Dans d'autres cas elle affecte le *type myovalvulaire* qui, par le bruit de souffle dû au mauvais fonctionnement d'une valvule, peut en imposer pour une cardiopathie d'origine rhumatismale. Souvent, à la dernière période de ces affections, un syndrome que M. Huchard désigne sous le nom de *périviscérites*, vient encore rendre le diagnostic plus incertain. Ces périviscérites consistent en l'inflammation simultanée des trois grandes séreuses (péricarde, péritoine et plèvre). L'évolution de la cardiosclérose comprend tout d'abord une période prémonitoire de *présclérose*, dont le principal signe est l'hypertension artérielle, puis survient la période *cardioartérielle* où l'hypertension persiste mais où l'endartérite des vaisseaux de la périphérie, des visères et du myocarde arrive successivement. Enfin survient la

période *mitroartérielle* avec dilatation du cœur et de ses orifices, diminution de la tension et affaiblissement du muscle. L'asystolie, l'urémie, la cachexie artérielle, la rupture d'anévrismes, coronaires, les infarctus, les ruptures du cœur, l'œdème aigu du poumon, l'hémorragie ou le ramollissement cérébral, la syncope, l'angine de poitrine, peuvent causer séparément la mort ou concourir à la fin du malade.

MYOCARDITES CHRONIQUES.—Ces myocardites sont, au point de vue clinique, au nombre de trois groupes : 1° Les *myocardites scléreuse hypertrophiques* étudiées par Juhel-Rénoy et Rigal, conséquence de l'alcoolisme, du tabagisme, du rhumatisme, de la goutte et du diabète, donnent lieu aux symptômes suivants : affaiblissement du pouls et des systoles, hypertrophie progressive du cœur, absence ordinaire de toute espèce de souffle. Parfois on observe en outre de la douleur précordiale, des palpitations, de la dyspnée, rarement de l'arythmie, un peu de tachycardie. Il y a tendance à l'asystolie et à la congestion active du poumon.

2° Les *myocardites interstitielles chroniques* étudiées par Bard et Philippe, sont d'origine toxique ou infectieuse. Au début elles donnent lieu à quelque troubles fonctionnels (gêne de contractions cardiaques, dyspnée légère, douleur précordiale), puis survient la voussure précordiale, l'abaissement de la pointe du cœur, l'arythmie, les souffles valvulaires restent absents et l'asystolie est la terminaison inévitable ;

3° Les *myocardites segmentaires*, étudiés par J. Renaut et Landouzy, ont pour causes les plus fréquentes la sénilité, les intoxications, les infections, le surmenage et toutes les causes de fatigue cardiaque. Les signes les plus fréquents sont l'inégalité et l'arythmie du pouls, l'affaiblissement des contractions et des bruits du cœur, les œdèmes variables, la pâleur, le souffle systolique médiocardiaque.

Outre ces formes de myocardites chroniques, il faut signaler ce que certains auteurs appellent les myocardites *granulograisseeuses* qui n'existent pas primitivement et ne peuvent constituer un groupe clinique. Enfin il ne faut pas oublier les fréquents cas de pseudo-myocardites qui sont d'origine nerveuse ou toxique.

THÉRAPEUTIQUE.—La grande indication thérapeutique dans les myocardites chroniques consiste à soulager le cœur dans la besogne qu'il est tenu d'accomplir. Dans la *cardiosclérose*, il faut diminuer les obstacles qui augmentent le travail du cœur, ces obstacles sont à la périphérie. Il faut d'abord combattre l'hypertension artérielle surtout par l'hygiène alimentaire, activer les fonctions des émonctoires et tonifier le muscle cardiaque défaillant. Au début, on aura recours au lait, on supprimera les aliments excitants ou toxiques, on conseillera la gymnastique et le massage. La digitale sera prescrite, la caféine à faible dose et la théobromine seront administrées. On aura recours aux purgatifs salins. On évitera les médicaments capables d'augmenter la tension artérielle (seigle ergoté, belladone, atropine, digitale, caféine à haute dose) et ceux capables de diminuer les urines (antipyrine, atropine, morphine). Il ne faut pas abuser des

iodures qui s'adressent surtout à la sclérose artérielle. M Huchard conseille l'usage du nitrite d'amyle, de la trinitrine ou du tétranitrol ou tétranitrate d'érythrol. A la seconde période cardio-artérielle, l'emploi régulier des iodures et particulièrement de l'iodure de sodium devra s'adjoindre à celui de la trinitrine. A la troisième période mitro-artérielle la thérapeutique sera la même que dans la lésion mitrale mal compensée.

Quant aux myocardites chroniques proprement dites, elles nécessitent la même thérapeutique que les lésions valvulaires mal compensées.

Des myocardites aiguës.

(Rapport de M. le professeur RENAULT (de Lyon).)

Avant le développement des études histologiques, Laennec et Saint-Louis relevèrent dans les autopsies de maladies infectieuses un certain nombre de cas de myocardites aiguës. Virchow dès 1852, Hayem en 1870 en commencèrent l'étude microscopique, tandis que Huchard et Desnos en établissaient les symptômes cliniques. La bactériologie est intervenue depuis et c'est la pathogénie des myocardites qui fait, à l'heure actuelle, l'objet des recherches scientifiques entreprises sur ces affections.

D'une façon générale on peut entendre par myocardite les efforts de réaction de défense que les cellules du muscle cardiaque opposent à un élément pathogène. L'étude de ces phénomènes de défense a été faite expérimentalement par MM. Mollard et Regaud qui sont parvenus à déterminer par des injections sous-cutanées de toxine diphtérique chez les animaux, la myocardite diphtérique aiguë expérimentale. Ces auteurs ont constaté que cette maladie est une myocardite parenchymateuse typique et initialement absolument pure. La cellule musculaire du cœur réagit seule et le tissu conjonctif ne participe pas à la défense au début. Cet état persiste longtemps et alors plus tard l'on peut voir intervenir les leucocytes agents de phagocytose, mais le tissu conjonctif et les vaisseaux ne prennent aucune part à la lutte qui constitue ce genre de myocardite. Plus tard, secondairement, les vides faits par la désintégration du muscle cardiaque sont comblés par le tissu inodulaire provenant du tissu conjonctif autour des vaisseaux, qui les étrangle et détermine une dystrophie par filots à des points de cicatrice où un grand nombre de fibres cardiaques ont disparu.

La *myocardite diphtérique* de l'homme donne absolument lieu aux phénomènes que nous venons d'exposer. La *myocardite dothiémentérique* est aussi parenchymateuse comme la précédente, mais elle n'est pas généralisée, mais en quelque sorte parcellaire, elle s'accompagne d'œdème du myocarde et d'artérite. Mêmes lésions dans la *myocardite pneumonique* avec dissémination par points et absence d'ilots de désintégration, mais il n'y a pas comme dans la précédente d'œdème congestif du muscle cardiaque.

Au point de vue *clinique* la forme la plus commune de *myocardite aiguë* donne lieu à l'ensemble symptomatique suivant: d'abord sur-

vient une période d'éréthisme du cœur (choc violent de la pointe, tachycardié, pouls fort, dur et régulier). L'auscultation permet de constater ces battements violents du cœur qui parfois donnent lieu à une sorte de dédoublement analogue à un bruit de galop. Le choc ensuite s'atténue, la tachycardie augmente, le pouls devient faible, atteint jusqu'à 150, l'arythmie s'exagère. L'état typhoïde s'accroît, on constate de l'albuminurie, de l'œdème hypostatique des bases du poumon, rarement de la dyspnée. Si la guérison survient, tous les symptômes s'atténuent progressivement mais durant longtemps la tachycardie et l'arythmie se manifestent à la moindre fatigue. Si la mort termine la maladie, c'est par syncope ou par asphyxie avec arrêt progressif du cœur.

Parmi les variétés des myocardites aiguës, M. Renaut signale la *myocardite interstitielle aiguë diphthérique* qui survient à la convalescence et se manifeste par de la dépression, quelquefois des troubles gastro-intestinaux. Les principaux symptômes sont encore la tachycardie et l'arythmie et quand la terminaison est fatale, le malade succombe généralement d'asystolie aiguë. La *myocardite suppurée* dont le symptôme prédominant est la douleur, donne lieu à un ensemble clinique analogue à celui des endocardites infectieuses. Une forme intéressante est la *myocardite parenchymateuse aiguë de l'enfance* qui survient à la convalescence d'une maladie infectieuse et souvent chez de jeunes malades porteurs de lésion organique valvulaire bien tolérée jusqu'alors. La particularité de cette variété dont le signe principal est l'affaiblissement du cœur, est l'absence de bruit de galop et d'arythmie.

Les myocardites aiguës guérissent, mais le plus souvent même après fort longtemps le muscle cardiaque ne retrouve pas son intégrité primitive. Le diagnostic en est relativement facile, quant à la thérapeutique, elle consistera à remplir les indications basées sur les symptômes : calmer l'éréthisme, stimuler le cœur, relever la pression artérielle, veiller à la perméabilité rénale et aux autres émonctoires qui doivent éliminer les substances toxiques accumulées dans l'organisme.

L'accoutumance aux médicaments.

Rapport de MM les professeurs SIMON, (de Nancy) et HEYMANS, (de Gand.)

Nombreuses sont les causes d'accoutumance des médicaments, elles tiennent soit à celui qui les absorbe (âge, race, sexe, idiosyncrasie, genre de maladie), soit au médicament lui-même (nature, dose, etc.) Les médicaments auxquels on s'accoutume le plus facilement sont ceux qui agissent sur le système nerveux, comme l'éther, l'alcool, le tabac, le chloral le chanvre indien, la morphine et l'opium, la cocaïne, et à ces médicaments il convient d'ajouter l'arsenic, les médicaments analgésiques et antithermiques (antipyrine, phénacétine, exalgine, etc., etc.), les bromures et les iodures et bien d'autres.

Il faut distinguer entre tolérance et accoutumance. La tolérance permet de supporter une forte dose de médicament donnée

d'emblée, quant à l'accoutumance, M. Heymans la définit : " Un état particulier de l'organisme déterminé par des doses antérieures de ce médicament, d'où il résulte que la dose active est plus élevée que chez un malade auquel ce médicament est administré pour la première fois." L'accoutumance a donné lieu, à propos des études sur les antitoxines microbiennes et sur l'immunité, à des nombreuses expériences intéressantes, et M. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, est venu appuyer de ses recherches expérimentales sur l'accoutumance des animaux au sulfate d'atropine, l'opinion de M. Heymans qui croit que " la vraie accoutumance ou la vraie immunité cellulaire acquise doit consister en ce que le poison devienne pour la cellule un aliment."

Leucémie et adénie.

Rapports de MM. DENYS, (de Louvain) et SÂBRAZÈS, de (Bordeaux.)

M. DENYS, avant d'aborder l'étude de la question, croit qu'il est indispensable d'établir une classification des leucocytes chez l'homme, et en second lieu de savoir si ces leucocytes proviennent tous de la même origine. Deux grands groupes de globules blancs existent : les *lymphocytes*, qui ne contiennent pas de granulations, et les *myélocytes* qui en contiennent. Les lymphocytes qui prennent naissance dans les organes lymphoïdes (rate, ganglions, follicules) sont du volume des hématies, ont un gros noyau, très peu de protoplasme et pas de granulations, ils forment environ le quart des globules blancs du sang et abondent dans la lymphe du canal thoracique.

Les myélocytes comprennent trois variétés :

1^o Les *myélocytes neutrophiles ou polymyélocytes* qui se colorent par les couleurs neutres et non en milieu basique ni acide. Leur protoplasma est finement granuleux et ils forment environ 70 0/10 des leucocytes.

2^o Les *myélocytes acidophiles ou éosinophiles* à grosses granulations formant 2 ou 4 0/10 du nombre des leucocytes.

3^o Les *myélocytes basophiles, les mastzellen* des Allemands, assez rares, qui sont au nombre de 1 pour 200 autres leucocytes.

Les myélocytes proviennent de la moëlle des os. Les myélocytes et les lymphocytes sont absolument différents, il n'y a pas entre ces éléments de formes de transition. Les myélocytes, surtout les polymyélocytes, secrètent des substances bactéricides et bien que tous les leucocytes soient pourvus de mouvements amiboïdes, les myélocytes seuls jouent un rôle phagocytaire. On distingue deux sortes de leucémie basée sur cette division des leucocytes, la leucémie médullaire ou myélémie et la leucémie lymphatique ou lymphémie.

Leucémie médullaire ou myélémie. — Dans ce genre de leucémie, les trois genres de myélocytes sont augmentés de nombre, ils conservent les caractères généraux de leurs types mais varient par des caractères secondaires, tels que volume plus petit ou plus grand que celui de la cellule normale, noyau plus ou moins rétracté se colorant d'une façon variable, granulations moins nombreuses et moins serrées.

Leucémie lymphatique ou lymphémie.—Cette leucémie due à la multiplication des lymphocytes, se divise en trois groupes : une *forme chronique avec hyperplasie* (gonflement des ganglions, tuméfaction de la rate, début insidieux, pas d'hémorrhagies, durée de une ou plusieurs années) ; une *forme aiguë avec hyperplasie* (durée de trois ou quatre mois, diathèse hémorrhagique, tuméfaction modérée des ganglions et de la rate) ; enfin une *forme aiguë sans hyperplasie* qui est fort rare. Les lésions de ces malades consistent dans une hyperplasie considérable des tissus donnant naissance aux leucocytes. Leur *étiologie* est hypothétique ; maladie dystrophique, disent les uns, parasitaire, disent les autres.

Quant à l'*adénie*, c'est une pseudoleucémie, elle donne lieu à l'hyperplasie des ganglions et de la rate, mais la proportion des éléments figurés du sang reste la même.

M. SABRAZÈS, après avoir étudié les éléments figurés du sang et les globules blancs pour lesquels il adopte la classification d'Erlich et après avoir exprimé quelques considérations sur les leucocytes simples aborde la question difficile des *leucémies*. Il rappelle les travaux de Virchow (1845), de Charcot et Robin (1853), de Neuman (1869) et ceux plus récents de Muller, d'Erlich. Comme ce dernier auteur, il admet deux genres de leucémie : 1° La leucémie myélogène ou myélocytaire ou méylolucocytaire ou myélocytémie, de beaucoup la plus fréquente,—due à une hypertrophie myéloïde de moëlle osseuse avec état myéloïde du sang et de divers organes, parmi lesquels la rate figure au premier rang ; 2° la leucémie lymphocytaire ou lymphocytémie due à une transformation lymphoïde des territoires hématopoiétiques et des autres parties de l'organisme envahies et à une augmentation considérable du nombre des lymphocytes dans le sang. Cette forme comporte une subdivision en lymphocytémie aiguë et lymphocytémie chronique.

La *myélocytémie* caractérisée par la grande augmentation des leucocytes polynucléés, neutrophiles et éosinophiles dans le sang, débute généralement dans l'âge mûr insidieusement par des signes d'anémie profonde, de faiblesse généralisée. On voit survenir en même temps des troubles digestifs, alternatives d'inappétence et de fringale, de constipation et de diarrhée. En même temps, la splénomégalie s'affirme souvent énorme, la palpation de la rate donne parfois une crépitation neigeuse due à l'inflammation de sa capsule, les ganglions lymphatiques sont tuméfiés, mais sans tendance à la suppuration. Le malade prend l'aspect cachectique, maigrit, des symptômes d'hémophilie surviennent quand ils ne sont pas manifestés dès le début. Il peut survenir des infections intercurrentes qui sont très graves, mais qui parfois améliorent le malade momentanément. Au bout de deux ou quatre ans, le plus souvent le malade meurt, soit d'une hémorrhagie quelconque, soit de tuberculose, soit de cachexie. La pathogénie de cette affection est hypothétique. Bard et Herzfeld la considèrent comme un cancer du sang. Lœwit a voulu lui donner comme agent pathogène un protozoaire, mais ces opinions sont loin d'être démontrées. Les *lymphocytémies aiguës et chroniques* offrent au point de vue symptomatique quelque analogie avec la myélocytémie.

Lorsque la maladie est aiguë, elle offre l'aspect d'une infection de forme maligne. Le malade qui a parfois plus de 40° de température, est pris de lassitude générale avec arthralgie, spléналgie, dysphagie, palpitations, hémophilie. L'anémie va chez lui en croissant. Les ganglions sont hypertrophiés, des nodules lymphoïdes se forment dans le parenchyme des autres organes. Mannaberg, Lœwit, ont décrit des parasites dans ces affections. Tous les intermédiaires existent entre la forme aiguë et la forme chronique.

L'histoire de l'adénie est encore plus obscure que celle des leucémies. Dans l'adénie, les organes hématopoïétiques sont hyperplasiés sans qu'il y ait un changement de rapport entre les proportions des éléments figurés du sang. Sabrazès admet 1° le *lymphocytome pseudo-leucémique* ayant pour signes principaux l'anémie, les tendances aux hémorrhagies, l'excrétion exagérée d'acide urique, l'hyperplasie lente des tissus lymphoïdes; 2° le *lymphocytome pseudo-leucémique aigu* semblable au précédent, mais s'accompagnant d'un état infectieux avec adénopathie, splénomégalie, métastases dans les plèvres et les poumons et pouvant se compliquer de leucocytémie; 3° le *lymphocytome aleucémique* qui apparaît chez les enfants et les adultes consiste en une hyperplasie des ganglions du cou sans adhérence à la peau. Cette hyperplasie ganglionnaire va en se développant et devient dure. Une anémie assez prononcée l'accompagne. Des symptômes de compression des organes voisins peuvent se manifester. Il survient souvent des infections intercurrentes et même assez fréquemment des accès de fièvre avec le type récurrent. Ces hyperplasies ont de grandes similitudes avec les néoplasmes. L'hypothèse de leur origine microbienne n'est pas suffisamment vérifiée; 4° le *lymphosarcome* analogue au précédent, mais qui affecte d'emblée des allures de tumeur maligne; son point de départ est un ganglion ou un follicule lymphatique de muqueuse, il se développe, envahit les tissus voisins, adhère à la peau; 5° la *micropolyadénopathie tuberculeuse progressive* caractérisé par une légère leucocytose des cellules polynucléées neutrophiles; les ganglions se développent surtout dans la région cervicale donnant un aspect monstrueux au malade. Chaque ganglion est hypertrophié mais indépendant. C'est une forme de la tuberculose ganglionnaire comme le démontrent les inoculations. Mais cette tuberculose affecte le type tuberculeux. La rate peut être atteinte, MM. Rendu et Widal ont donné des exemples de ce genre de splénomégalie tuberculeuse; l'*adénite aiguë hypertrophique*, infection dont l'origine siège dans le nez, la bouche ou les oreilles et provoque la fièvre ganglionnaire. Les ganglions finissent par se résorber et parfois suppurent; 7° l'*adénite chronique hypertrophique simulant le lymphocytome aleucémique*; ce type d'adénite est nettement d'origine infectieuse, comme l'a démontré Combemale. Deux hypothèses peuvent être admises pour les observations qu'on en a publiées, ou bien ce sont des anédites infectieuses septicémiques malignes, ou bien ce sont des lymphocytomes aleucémiques en voie de développement ou infectés secondairement par un microorganisme.

En un mot, Sabrazès pense que ce que l'on désigne sous le nom vague d'adénies sont des types innombrables d'adénites infectieuses.

les ganglions sont infectés secondairement et la porte d'entrée du microbe infectant est le plus souvent le nez, la bouche, la gorge, etc., ce qui explique la fréquence du début de ces adénopathies par la région cervicale. Chaque agent infectieux détermine de la part des ganglions une réaction particulière, ce qui explique la variété des adénopathies de ce genre.—(*Progrès Médical*).

QUALITÉS NÉCESSAIRES AU TÉMOIN DANS UNE EXPERTISE MÉDICALE. (N.-Y. Med. J.)

Monsieur Thomas Hislop donne les conseils suivants à ceux qui sont appelés comme témoins, dans une expertise médicale. Avec le système actuel, dit-il, n'importe quel médecin peut être appelé comme expert, et l'expérience de ceux qui ont déjà servi comme tel, leur sera d'une grande utilité.

Voici les principaux conseils de M. Hislop.

1° Le médecin appelé comme expert ne devrait jamais consentir à rendre témoignage, sans avoir préalablement acquis la certitude que son temps et son trouble lui seront payés.

Il ne faut pas croire que l'honneur de servir comme expert médical soit si grand que cela puisse en contrebalancer l'ennui. Encore faudrait-il se contenter de promesses verbales, car on découvrira, mais trop tard, son erreur. Se faire donner une promesse écrite spécifiant la somme pour les services rendus, serait, je crois, d'une prudence recommandable.

2° Une étude approfondie et soignée de la cause devra être faite par le médecin appelé comme témoin. En référant à des procès antérieurs, l'expert médical trouvera certainement des renseignements qui lui seront d'une très grande utilité.

3° Le témoignage de l'expert doit être basé sur des faits à lui connus, ou prouvés antérieurement.

4° Le témoignage de l'expert doit se donner dans le langage le plus simple et le plus précis; il faut savoir donner à chaque mot sa signification propre; la valeur d'un témoignage médical, quelque bon qu'il soit, diminuerait singulièrement s'il n'était entièrement compris par le juge et les jurys. Aussi, serait-il prudent de ne répondre qu'aux questions qui sont bien comprises et clairement énoncées.

5° L'expert médical doit parler d'un ton ferme et convaincu, et retrancher tous les *si* de son témoignage; lorsque cela lui deviendra impossible, il sera prudent pour lui, de répondre *je ne sais pas*; mais quand il aura ainsi répondu, il devra s'en maintenir à cette phrase. car autrement, les avocats ne se feront pas scrupule d'essayer de le faire contredire ou, pour le moins, de jeter le ridicule sur son témoignage.

6° Une expertise médicale ne doit jamais être acceptée que par celui qui possède un contrôle entier et parfait sur lui-même, même dans les circonstances les plus difficiles. Il lui faut savoir endurer

les épithètes de menteur et de voleur sans sourciller, car il arrive fréquemment qu'un avocat ne se gêne pas pour essayer de faire contredire le témoin expert, et qu'il emploie pour cette fin, des moyens plus ou moins délicats.

Le contrôle absolu sur lui-même est donc une des qualités essentielles de l'expert moderne.

7° L'expert médical doit s'attacher à bien comprendre les questions qui lui sont posées ; de même ses réponses devront-elles être vives et à propos. Autrement, un avocat habile donnera un tout autre sens au témoignage de l'expert.

8° Un médecin ne devrait jamais entreprendre le rôle d'expert, s'il ne peut entièrement se défaire des habitudes ordinaires de penser et de raisonner. Ordinairement le médecin s'exerce à chercher les causes des manifestations morbides, et à les traiter sitôt qu'il les a trouvées. Mais quand il est appelé comme expert, il ne doit juger que d'après les faits qui lui sont produits, car son témoignage ne doit tendre qu'à trouver la culpabilité ou l'innocence d'une personne. Il n'est pas possible à tous les médecins de se faire à cette nouvelle manière de penser et d'envisager les choses : plusieurs n'y arrivent jamais ; d'autres qui ont servi comme tels, n'ont pu revenir à leur première façon de voir, et leur travail de médecin s'en est longtemps senti.

Les malades s'aperçoivent vite de cette perturbation de caractère chez celui qui les traite, bien que très souvent, ni le médecin ni le patient n'attribuent ce changement d'esprit au fait d'avoir agi longtemps comme expert médical.

Un malade demande un médecin pour être guéri de quelqu'infirmiité, non pas pour être étudié comme un criminel probable. En somme, l'auteur désire dans cette étude, attirer l'attention sur la fausse position, dans laquelle la procédure actuelle a placé les témoignages scientifiques et les experts, et stimuler les efforts faits pour améliorer une telle position en leur redonnant la place qu'ils ont droit d'avoir : celle d'aviseurs légaux en matière scientifique.

TRAITEMENT DE LA ROUGEOLE.

Le traitement de la rougeole est fait dans le service du professeur Granchev, d'après les renseignements que nous fournit M. Vallat (thèse de Paris, 1897), de la façon suivante :

La rougeole étant diagnostiquée ou même soupçonnée, on fait prendre à l'enfant un bain savonneux et ensuite un bain de sublimé au 15000e, de façon à réaliser autant que possible l'antisepsie de la peau ; en même temps, on panse chirurgicalement chaque plaie et toute dermatose. L'antisepsie des voies respiratoires supérieures est obtenue par les instillations d'huile mentholée au 50e dans chaque narine.

Pour assurer dans la mesure du possible l'antisepsie du tube-

digestif, on administre dès le début de la maladie un purgatif salin, et si à la suite il se produit de la constipation, on fait un lavage de l'intestin à l'eau bouillie.

Pour éviter la bronchite et les broncho-pneumonies, on baigne systématiquement tous les rougeoleux suivant les règles indiquées par M. Renaut (de Lyon). On procède exactement comme dans la méthode de Brand. Toutes les trois heures, nuit et jour, on prend la température rectale. Si le thermomètre atteint 39 degrés, on donne à l'enfant un bain à 38 degrés, et on l'y laisse huit à dix minutes environ. On entoure sa tête d'un mouchoir plié et si le petit malade semble se congestionner, on arrose le vertex pendant toute la durée du bain avec un filet d'eau à la température de la chambre. S'il s'agit d'un enfant de deux à trois ans, on lui donne vers le milieu du bain un peu de champagne ou de cognac et d'eau. Puis on l'élève, on le sèche rapidement avec des linges chauds et on le recouche. Plus ou moins rapidement, parfois après le troisième ou le quatrième bain, la fièvre tombe et ne remonte plus. D'autres fois, la lutte dure plus longtemps, trois, quatre ou cinq jours.

Si malgré les bains le catarrhe bronchique s'accroît et surtout si une bronchite se déclare, on donne une potion à l'infusion d'ipéca (30 à 80 centigrammes, suivant l'âge de l'enfant). Il est bon d'y ajouter une petite quantité d'opium pour calmer les efforts de toux.

Dans les cas où le malade est abattu, on donne une potion à l'acétate d'ammoniaque, auquel on ajoute une petite quantité de benzoate de soude.

(*Rev. des mal. de l'enf.*)

Du rôle physiologique des glandes de l'œil.—Cette question vient d'être exposée par M. le Dr ROHMER, de Nancy, dans les termes suivants :

Les glandes acineuses de la conjonctive suffisent, pour l'ordinaire, à lubrifier l'œil et à entretenir l'humidité nécessaire au bon fonctionnement des membranes antérieures du globe (transparence pour la cornée, fonction de protection et de défense, à la fois pour la cornée et la conjonctive) ; qu'une irritation réflexe passagère ou plus durable survienne de nature psychique (émotion) ou physique (corps étranger, lumière vive, etc.), la glande orbitaire sécrètera à son tour avec abondance, et le larmolement sera constitué. En un mot, les glandes conjonctivales fonctionnent constamment, tandis que la glande orbito-palpébrale n'a qu'un rôle d'occasion, exceptionnel, mais qui peut être tout de même appelé à entrer en fonction.

(*L'Abeille Médicale*).

CHIRURGIE.

VALEUR RELATIVE DE L'ANTISEPSIE ET DES PERFECTIONNEMENTS DE LA TECHNIQUE DANS LES RÉSULTATS ACTUELS DE LA CHIRURGIE OPÉRATOIRE.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE,
TENU A AMSTERDAM.

Voilà certes un titre bien séduisant, mais je gage que le distingué rapporteur a dû éprouver un singulier embarras quand il s'est trouvé, en face de ces pages blanches, devant discourir sur un tel sujet. Préciser la valeur de l'antisepsie et de la technique opératoire ! Il y avait, cependant, une réponse qui nous paraît bien nette. L'antisepsie prime tout, domine tout perfectionnement technique. Avant la période antiseptique, les malades mouraient avec les procédés les plus perfectionnés. Aujourd'hui la méthode antiseptique, en permettant au malade de survivre, a permis de voir les résultats ultérieurs, de chercher ce que ces procédés avaient de défectueux et de les perfectionner, de rejeter les mauvais et de retenir les bons. Mais un rapporteur doit faire un rapport, il est nommé pour cela. Aussi *M. Richelot* a dû s'exécuter. Inutile de dire que sa dissertation est des plus judicieuses, des plus finement et agréablement écrites. Mais n'y cherchez pas la solution du problème posé. Il n'y avait pas de solution possible.

Nous glanerons dans le rapport quelques jolis passages. Tout d'abord une esquisse historique de la révolution antiseptique.

“ Mais elle n'est pas tout à elle seule. Elle eut de tout temps ses erreurs, elle a encore ses imperfections. Au début, l'air était notre principal ennemi ; c'étaient les germes de l'air qui envahissaient la plaie ; toutes les variétés de microbes, indistinctement, venaient y jouer le rôle des ferments pathologiques. Le phénol, choisi par Lister, régnait en maître ; on le répandait sur le sol, on s'en abimait les mains, on le versait sur les plaies avec un arrosoir. Toute la méthode consistait dans l'emploi d'un antiseptique puissant ou réputé tel.

Il y avait cependant, à cette époque, des esprits moins doctrinaires qui ne jugeaient pas utile de guerroyer à si grande distance ; qui pensaient que l'antisepsie tient tout entière entre les doigts du chirurgien, ses instruments et la région qu'il opère ; que, s'il est bon d'avoir autour de soi des murs nus et des meubles en métal ou en verre, c'est pour rendre facile une propreté minutieuse et éloigner les causes d'infraction contre la méthode ; mais qu'une salle d'opération doit être simple et construite à peu de frais, qu'il est absurde, quand on opère en ville, de retourner les tableaux et d'enlever les

bustes, et qu'à vouloir être "scientifique" on devient facilement "prud'homme."

Le rapporteur arrive vite à cette notion, qui, telle qu'un fait nouveau, apparaît avec une clarté de plus en plus vive : "les antiseptiques sont insuffisants, ils sont dangereux." Laissons de côté cette partie du rapport où l'auteur explique, très brièvement d'ailleurs, comment est née la méthode "aseptique." Il n'épouse pas cette querelle, dit-il, qui s'est faite autour des mots : "antiseptie" et "asepsie," car, en réalité, le but du chirurgien est toujours l'asepsie que celle-ci soit obtenue par les antiseptiques chimiques ou par la chaleur, cet antiseptique si puissant. Ceci est bien évident ; toutefois la méthode aseptique n'est pas une série de procédés de stérilisation, c'est une méthode complète avec son idée générale directrice de sa technique. En théorie, c'est un dérivé immédiat de l'antiseptie ; en pratique, c'est tout autre chose. Nous ne chicanerons donc point sur les mots. Il suffit de s'entendre, quelle que soit l'étiquette sous laquelle on catégorise la méthode.

Je ne puis qu'approuver, et complètement, le rapporteur quand il parle des instruments.

"Je déclare tout d'abord que notre époque a vu éclore une foule innombrable d'inventions qui ne méritent que l'oubli. Cette pullulation instrumentale, ces formes infiniment variées qui prétendent répondre à tous les besoins de l'opérateur, faciliter chacun de ses mouvements, s'adapter aux moindres détails, ne sont pas des perfectionnements. Quelques-unes, de temps en temps, surgissent qui, remplaçant avec profit des formes démodées, améliorent sans l'augmenter l'arsenal du chirurgien. Mais je n'aime pas l'outillage excessif : les boîtes à compartiments multiples, les modèles étonnants qu'on étale autour de soi ; préoccupation bizarre dont le sens commun fait heureusement justice, car le plus souvent l'opération s'achève avec un bistouri, une paire de ciseaux et quelques pinces.

Cela dit, notre admiration n'a pas faibli pour la pince hémostatique, cet outil merveilleux qui épargne le sang, qui entretient la netteté du champ opératoire, qui évite le temps d'arrêt, les attouchements multiples, et permet de poursuivre avec précision et méthode un plan opératoire défini.

Une invention plus récente et de premier ordre, à laquelle nous devons rendre hommage sans réserve, c'est le plan incliné. La position de Trendelenburg a été, sans contredit, une source de progrès ; elle a rendu nos laparatomies plus habiles et plus sûres.

Quelques opérateurs paraissent attacher aux instruments dont ils se servent une importance énorme. Pour moi, je pense qu'on saisit très commodément une tumeur fibreuse avec un gros tire-bouchon, mais qu'on le fait à peu près aussi bien avec une forte pince ; qu'il est loisible à chacun d'avoir sa valve, son aiguille préférée, mais qu'il ne faut pas compter sur les vis et les crochets pour donner de l'esprit aux chirurgiens.

En résumé, la manie instrumentale ne donne que l'illusion du progrès. N'inventons que le strict nécessaire et revenons à la plus

grande simplicité. Le chirurgien qui réussit le mieux est celui qui se sert le mieux de ses doigts et de son bon sens."

Ici se place un portrait du chirurgien, tel qu'il doit être; c'est un joli tableau, nous le détacherons de son cadre.

"En comprenant l'habileté chirurgicale dans son sens le plus large, on y découvre les trois qualités maitresses—dextérité, ingéniosité, jugement—à l'aide desquelles les chirurgiens se sont perfectionnés depuis vingt ans sous l'égide de l'antisepsie et sont devenus les ouvriers que nous connaissons.

La dextérité est variable à l'infini; quelques-uns l'ont en naissant, d'autres ne l'auront jamais; la plupart l'acquièrent et la développent sans cesse.

Le chirurgien habile opère vite. Il faut bien dire que l'antisepsie, en leur donnant une sécurité excessive, n'a pas été sans nuire à la dextérité des gynécologues. Ils se prirent à penser qu'ils n'avaient plus besoin d'exercer leurs doigts et qu'une opération conduite avec lenteurs et tâtonnements valait autant qu'une opération bien faite. On vit d'excellents chirurgiens—laissons de côté les médiocres, dont l'antisepsie couvre mal les imprudences—abandonner tout souci d'exécution magistrale, verser dans la recherche du détail, compliquer leurs procédés, allonger leurs inventions. La vérité est qu'une opération trop longue a beaucoup de chances d'être mauvaise, parce qu'il est difficile de conserver jusqu'à la fin une asepsie parfaite, et parce que chez les malades affaiblies, une certaine dépression nerveuse—le choc opératoire, si vous voulez—s'ajoute aux risques d'infection et à la perte de sang. Pour aller vite et bien, il faut agir avec ordre, exécuter rapidement certains temps prévus et toujours les mêmes, se ralentir aux passages difficiles, mais rester toujours en haleine, éviter les temps d'arrêt, les abandons et les reprises; réfléchir à tout instant pour se garer contre les fausses pistes qui font perdre du temps; ne rien précipiter, ne rien escamoter. Et ce dernier mot m'amène à protester contre la rapidité excessive, avec l'abus des tours de main, l'exécution trop brillante."

L'auteur parle ensuite "des illusions de la technique et des procédés d'auteurs;" il aurait fort à dire s'il voulait épuiser ce sujet qu'il ne fait que signaler. Il y aurait peut-être là pour un prochain congrès une question intéressante à fouiller.

Cueillons en passant cette pensée; "Les inventions les plus ingénieuses, les raffinements les plus précieux ne valent pas une vue nette et simple des indications à remplir."

Et voici un exemple :

"On a beaucoup discuté sur la meilleure manière de fermer l'abdomen après la laparatomie, pour avoir une cicatrice solide et éviter les éventrations. Une intéressante discussion du Congrès de Genève, en 1896, met en lumière les idées complexes et parfois contradictoires d'éminents chirurgiens. On y trouve, comme causes de mauvaises cicatrices, les sutures trop serrées, le défaut de coaptation parfaite, l'enlèvement prématuré des fils, l'absence de ceinture abdominale, le niveau de l'incision dans le sens vertical, sa longueur, la

fermeture à un seul étage, la nature des fils, enfin la suture des tissus réunis, la ligne blanche ne valant rien et devant être excisée, les muscles droits avivés au bistouri et minutieusement adossés. On y trouve aussi la suture intra-dermique ; on y trouve même, sous le nom d' "incision esthétique," l'ouverture de l'abdomen en travers. Et au milieu de ces considérations diverses, il faut chercher avec quelque attention pour découvrir que les abcès de la suture ont une influence sur l'avenir de la cicatrice.

J'accorde bien qu'on ne doit pas négliger certaines précautions élémentaires, ôter les fils avant que la réunion soit faite, laisser les tissus se placer comme ils veulent et former des trous et des bosses. Je reconnais que la suture en masse, bien qu'ayant encore de rares partisans, ne vaut pas la suture à étages que nous avons presque tous adoptée. Mais le fait essentiel et qui domine tout, c'est de n'avoir pas de suppuration."

On le voit, M. Richelot n'a pu qu'effleurer le sujet et parler à côté : c'est qu'il n'était pas possible de faire autrement. Ce qui l'a d'ailleurs démontré, c'est la "parlotte" qui a suivi sous couleur de discussion. Notre compatriote *Hartmann* a été le seul qui ait apporté des chiffres ; il a démontré que le pourcentage mortuaire s'était abaissé dans de notables proportions depuis que son maître Terrier avait substitué l'asepsie à l'antisepsie dans son service. Il insiste sur l'asepsie, la limitation exacte du champ opératoire, la suppression des gros moignons et des ligatures en chaîne,—il y a des chirurgiens, j'en connais, qui n'en ont jamais faites—et la suppression des surfaces cruentées.

M. Alexander (de Liverpool) a eu le mot exact. "L'antisepsie, dit-il, et la technique doivent toujours aller ensemble." Aussi est-il difficile de comparer leur valeur relative. Quant à *M. Robert Bell* (de Glasgow), il nous paraît sinon aller en arrière, du moins piétiner sur place quand il reste fidèle à la vieille méthode antiseptique, Listerien comme feu Lister, et qu'il recommande les incisions aussi petites que possible. Nous aimons mieux, pour notre part, les bonnes et grandes incisions, suffisantes pour y voir et s'y reconnaître. La caractéristique de la chirurgie d'aujourd'hui où l'infection d'une plaie est tout et la grandeur de la plaie n'est rien, n'est-elle pas de se donner tout le jour nécessaire à la la bonne exécution de l'opération ? Les autres communications sont sans importance.

(*Gazette des Hôpitaux*).

VALEUR RELATIVE DE L'ANTISEPSIE ET DES PERFECTIONNEMENTS DANS LES RÉSULTATS ACTUELS DE LA GYNÉCOLOGIE OPÉRATOIRE.

M. Henri HARTMANN, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.—Dans cette courte communication, je n'ai pas la prétention d'exposer devant vous, dans son ensemble, la valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats des opérations gynécologiques. Les

rapporteurs, que vous avez choisis, ont fait cet exposé mieux que je ne saurais le faire.

Je ne rechercherai même pas quel a été le rôle de l'antiseptie dans l'évolution de la gynécologie opératoire. Avant elle, celle-ci n'existait pour ainsi dire pas. On pratiquait bien quelques opérations vaginales, des ablations de polypes, des amputations du col, des pélinéorrhies, etc., mais la plupart des laparatomisées succombaient et les opérations vaginales ne donnaient elles-mêmes que des résultats médiocres; c'est l'antiseptie qui a permis le développement si grand de la gynécologie opératoire actuelle.

J'envisagerai simplement les perfectionnements apportés aux opérations gynécologiques, depuis l'emploi systématique des méthodes antiseptiques, limitant même mon exposé à la technique des opérations abdominales.

Il me suffira pour cela de comparer la pratique et les résultats obtenus à l'hôpital Bichat, dans le service de mon maître le professeur Terrier, pendant les années qui suivirent l'ouverture de son service en 1883, à une statistique actuelle.

Les résultats sont considérablement améliorés, tant au point de vue de l'abaissement de la mortalité qu'à celui des résultats définitifs.

Résultats opératoires immédiats.

I.—Statistique de l'hôpital Bichat au début.

<i>Ovariectomies</i>	(1883 et 1884).	68 cas.	14 morts.	20,59 0/0
<i>Hystérectomies</i>	(1883 à 1885).	9 —	5 —	55,55
<i>Salpingites</i>	(1883 à 1890).	56 —	10 —	17,86
		—	—	—
Total.....		133	29	21,08

II.—Statistique personnelle (1896-1899).

<i>Ovariectomies</i>	16 cas.	2 morts.	12,50 0/0
<i>Hystérectomies abdominales</i>	27 —	2 —	7,40
<i>Salpingites</i>	62 —	1 —	1,61
	—	—	—
Total.....	105	5	4,77

Comme on le voit, la mortalité globale s'est considérablement abaissée, elle est tombée de 21,8 0/0 à 4,77.

C'est qu'une même cause générale est intervenue pour améliorer les résultats quelle que soit l'opération envisagée, la substitution à l'antiseptie de l'asepsie que mon maître, le professeur Terrier, a préconisée et vulgarisée en France

Quelques auteurs ne voient encore dans la méthode aseptique qu'une substitution de la chaleur aux solutions et aux poudres; d'après eux, la chaleur ne serait que le plus puissant des antiseptiques. Je crois, pour ma part, qu'il y a dans l'emploi méthodique de la stérilisation par la chaleur quelque chose de plus. Avec elle on a la désinfection absolue, on n'est plus, comme lorsqu'il s'agit d'antiseptiques, à discuter le plus ou moins de valeur de tel ou tel

produit chimique. *La stérilisation par la chaleur donne une sécurité absolue.* A ce point de vue je crois donc que l'emploi systématique d'instruments, de gazes, de compresses et de tampons stérilisés par la chaleur constitue un progrès réel.

De plus, en employant au cours des opérations abdominales, des instruments, des compresses et des fils aseptiques, on n'évite pas seulement la contamination de la grande séreuse par les agents infectieux, on évite encore sa lésion par les produits antiseptiques, dont l'action nocive sur le péritoine a été bien établie par les recherches de notre collègue et ami, Pierre Delbet; on supprime de plus l'intoxication possible par l'absorption des antiseptiques, intoxication qui entraînait autrefois pour une part dans la genèse des accidents post-opératoires.

Nous ne nous servons d'antiseptiques que pour la désinfection de la peau, y recourant du reste de moins en moins; nous attachons surtout de l'importance au brossage prolongé dans de l'eau savonneuse tiède, et bien souvent il nous est arrivé d'opérer en nous rinçant simplement dans de l'eau salée stérilisée les mains, préalablement brossées au savon. Les antiseptiques ne sont nécessaires que si l'on s'est inoculé la veille avec des produits infectés.

C'est à cette substitution de l'asepsie à l'antisepsie que nous attribuons l'abaissement général du taux de la mortalité.

Si nous envisageons les résultats des opérations abdominales, non plus en bloc, mais en étudiant chaque opération séparément, on voit que l'abaissement de la mortalité est bien plus considérable pour certaines opérations que pour d'autres.

Tandis que pour l'ovariotomie elle ne s'est abaissée que de 21,8 0/0 à 12,50; pour l'hystérectomie abdominale, elle est tombée de 55,55 0/0 à 7,40, et pour les opérations contre les salpingites, de 17,86 0/0 à 1,61. Cela tient à ce que la *technique* de ces diverses opérations s'est très inégalement modifiée.

L'*ovariotomie* est aujourd'hui à peu près ce qu'elle était autrefois; au contraire le manuel opératoire de l'hystérectomie et celui de la salpingectomie ont subi des améliorations considérables.

Une des grandes causes de mort, après l'*opération abdominale des salpingites suppurées*, était la péritonite due à l'inoculation de la séreuse par le contenu septique d'une poche. Dans cette première phase de la gynécologie opératoire, on opérait les salpingites sans voir ce que l'on faisait, "au jugé, le plus souvent;" on décortiquait les poches suppurées au milieu d'anses d'intestins qui venaient constamment dans le champ opératoire, s'y inoculaient et disséminaient ensuite dans le reste du ventre les germes infectieux.

C'est pourquoi, pendant un temps, la voie vaginale, qui exposait beaucoup moins à cette contamination d'anses intestinales multiples, a constitué un réel progrès et a abaissé le taux de la mortalité; mais presque en même temps les chirurgiens abdominaux ont perfectionné leur technique et, tout en conservant à la voie haute ses avantages antérieurs, voyant ce qu'ils faisaient, ils lui ont adjoint, en le rendant même plus complet encore, l'avantage principal de l'opération vaginale sur l'opération abdominale ancienne, celui d'opérer, si je puis ainsi m'exprimer, *dans un champ limité.*

Quant à l'*hystérectomie*, elle s'est modifiée du tout au tout lorsque les discussions sur les avantages du pédicule externe et du pédicule interne ont cessé; les gynécologues s'étant mis d'accord pour dire qu'il fallait *supprimer tout pédicule* et enlever les utérus comme des tumeurs quelconques, liant simplement les points qui saignaient.

Voyons, en les étudiant successivement, les divers perfectionnements apportés à notre technique dans ces dernières années;

1° *Limitation exacte du champ opératoire.*—Cette limitation exacte du champ opératoire est obtenue avec des *compresses stérilisées*; elle a été grandement facilitée par l'*emploi systématique du plan incliné à 45°*, qui a permis d'opérer en voyant ce qu'on faisait. Depuis le mois de décembre 1890, nous élevons systématiquement le siège suivant le procédé de Trendelenburg, avant même d'inciser la peau. Le ventre ouvert, nous limitons immédiatement le foyer avec trois compresses stérilisées, une au milieu, une de chaque côté, recouvrant toujours l'intestin, l'abritant bien exactement des lésions en apparence bénignes, pouvant en réalité être suppurées et une poche se rompre au moment où l'on t'y attend le moins.

Il est, en effet, d'une importance capitale non seulement de ne pas apporter une infection du dehors en n'utilisant qu'un matériel strictement aseptique, mais encore d'éviter les inoculations péritonéales par le contenu de poches infectées, des suppurations de virulence très atténuée pouvant reprendre toute leur vigueur par l'inoculation du péritoine.

Notre élève et ami Morax en a publié un bel exemple dans les *Annales de Gynécologie*, 1893, tome I, page 208. Il s'agissait d'une femme morte de péritonite suppurée à la suite de l'ablation d'une salpingite à pneumocoques. Or, tandis que le pneumocoque constaté dans le pus de la trompe n'avait donné aucune culture et n'avait pas tué la souris, si bien qu'on aurait pu le croire mort, celui de la péritonite post-opératoire a tué la souris en quarante-huit heures et a donné des cultures abondantes sur la gélose et dans le bouillon. Il avait retrouvé sa virulence par la culture dans le péritoine humain.

En employant méthodiquement les compresses stérilisées et le plan incliné, ne progressant dans les décollements qu'en avançant en même temps des compresses, de manière à avoir toujours et partout un champ opératoire bien limité, on agit sur un bassin isolé en quelque sorte du reste du ventre, on peut sans crainte y crever des poches suppurées, il n'y a pas d'inoculations de la grande séreuse péritonéale.

Une bonne précaution pour opérer ainsi sûrement en foyer limité, c'est que la malade ne fasse pas d'efforts au cours de l'opération; aussi attachons-nous une réelle importance à la manière dont est faite la *chloroformisation* et croyons-nous nécessaire de la faire continue, goutte à goutte, de manière à éviter tout réveil et à avoir un sommeil absolument calme.

2° *Suppression des gros moignons et des ligatures en chaîne.*—Ici nous ne parlons pas seulement des grosses masses charnues, résultant de la constitution d'un pédicule utérin après une hystérectomie abdominale, nous avons aussi en vue les pédicules que l'on

faisait, il a quelques années, lorsqu'on enlevait des kystes de l'ovaire ou des annexes malades, prenant en masse, entre deux grosses soies entrecroisées, la partie supéro-externe du ligament large.

Ces divers pédicules exposaient à l'hémorrhagie par glissement du fil, à l'occlusion intestinale par adhérence d'une anse au moignon cruenté; plus tard, ils constituaient quelquefois des noyaux douloureux, causés de gênes et de tiraillements.

Tous ces accidents ont disparu depuis que l'on opère les tumeurs utérines ou annexielles comme celles des autres régions du corps, isolant complètement les parties à enlever, se contentant de lier les points qui saignent, manœuvre d'autant plus facile que l'utérus et l'ovaire sont des organes pourvus de pédicules vasculaires, ne recevant aucun vaisseau dans l'intervalle de ces pédicules, si bien que lorsqu'on connaît la situation anatomique de ceux-ci, on peut hardiment couper les parties intermédiaires sans aucune crainte d'hémorrhagie. A la phase, en quelque sorte expérimentale, obscure de ces opérations, a succédé aujourd'hui une phase anatomique. Par le fait même que ces opérations ont été réglées comme celles de la chirurgie des membres, elles sont devenues plus simples et leurs résultats ont changé du tout au tout.

Aujourd'hui la ligature en masse des parties doit être proscrite d'une manière absolue et l'on doit *faire la ligature isolée des vaisseaux*. Une difficulté se présentait, celle de trouver ceux-ci dans les épiploons gras et adhérents. Cette difficulté est tranchée aujourd'hui, depuis qu'avec les grosses pinces écrasantes, nous pouvons réduire ces pédicules et nous contenter de lier les vaisseaux isolés et écrasés, parce que, dans cette question, nous sommes d'accord avec Doyen et que nous n'aimons pas, comme Tuffier, abandonner des vaisseaux simplement angiotripsés.

3° *Suppression des surfaces cruentées*.—Un point qui nous semble avoir encore son intérêt, c'est de supprimer toutes les parties cruentées en enfouissant toutes les ligatures et en *suturent* avec soin le *péritoine du petit bassin*, comme on suture celui de la paroi abdominale, reconstituant à la fin de l'opération un plancher pelvien.

Telles sont les modifications principales apportées à la technique des opérations abdominales dans ces dernières années. Nous ajouterons simplement que nous recourons volontiers au *drainage* que nous faisons par l'abdomen : mais nous laissons le drain pendant un temps très court, le supprimant dès que le suintement sanguin a cessé. A la suite de cette diminution de la durée du drainage, nous avons vu disparaître à peu près complètement les fistules, qui autrefois étaient un des ennuis de nos opérations abdominales.

Enfin, après les opérations un peu longues, et chez les malades affaiblies, dans les premières vingt-quatre heures, nous *injectons*, sous la peau, un litre à un litre et demi de la *solution physiologique de chlorure de sodium*.

C'est à ces diverses modifications apportées dans notre technique opératoire que nous croyons devoir attribuer l'amélioration considérable de nos résultats.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DE LA MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ

Par Ch. MAYGRIER.

Professeur agrégé, Accoucheur de la Charité.

(Suite et fin.)

En ce qui concerne l'*anatomie pathologique*, je me bornerai à vous rappeler les principales lésions rencontrées à l'autopsie des enfants qui n'ont pu être ranimés. Dans la forme bleue, on trouve des lésions d'asphyxie, des ecchymoses sous-pleurales, sous péricardiaques, des œdèmes, des congestions et même des hémorragies dans les poumons, le foie, les méninges; les hémorragies méningées ne sont pas rares. Tout autres sont les altérations nécroscopiques de la forme blanche. Si la syncope a été traumatique, c'est-à-dire consécutive à une opération telle qu'une application de forceps pénible, une extraction difficile, on trouve parfois des lésions graves des centres nerveux, compression, contusion, hémorragies, dues à des enfoncements, à des fêlures, à des fractures du crâne. On trouve parfois aussi des lésions des organes splanchniques, des foyers hémorragiques dans les poumons, le foie, dans les séreuses, le péricarde, la plèvre, le péritoine, des déchirures des veines du cou. Si la syncope a été hémorragique, consécutive à une hémorragie fœtale, à une rupture du cordon, par exemple, les lésions sont nulles et consistent simplement en une anémie profonde de tous les organes, comme de l'enveloppe cutanée.

Comment peut-on interpréter la *pathogénie* de la mort apparente du nouveau-né? Il faut d'abord se rappeler que physiologiquement il est bien établi que des mouvements thoraciques, faibles, il est vrai, se produisent chez le fœtus pendant la vie intra-utérine. Sans vouloir en discuter la cause, je me bornerai à vous dire que, dans les conditions normales, une partie du liquide amniotique pénètre dans le pharynx, et jusqu'à l'entrée des voies aériennes, mais sans aller plus loin. Puis, au moment du travail, lorsque les membranes sont rompues, l'air lui-même peut arriver jusqu'à la muqueuse respiratoire et déterminer le *vagissement utérin*, que j'ai pour ma part entendu deux fois. Mais en réalité le premier mouvement respiratoire complet, le premier cri ne se produit qu'à la naissance; que cette première respiration soit due à l'excitation du bulbe par du sang chargé d'acide carbonique à cause de la gêne momentanée de la circulation utéro-placentaire, ou bien à une excitation partie de la muqueuse des voies aériennes, ou enfin à une excitation venue de la peau lorsqu'elle subit le contact de l'air extérieur.

Or, il peut se faire que, sous l'influence de certaines circonstances qui toutes ont pour résultat de troubler profondément la circulation fœto-placentaire, le centre respiratoire du fœtus soit fortement excité par du sang chargé d'acide carbonique. Ce centre réagit, et le fœtus se met à respirer *in utero*. Il déglutit alors, non de l'air, mais du liquide amniotique, du sang, des glaires, voire du méconium qui encombrerent ses voies respiratoires et déterminent une asphyxie mécanique. Il peut se faire également que les troubles circulatoires soient tels que l'oxygénation diminue graduellement, et que le centre respiratoire non plus excité, mais surpris, annihilé, ne réagisse pas. Dans les deux cas, le nouveau-né naît en état de *mort apparente*.

Quant à la pathogénie des différentes formes, je serai bref. Les anciens croyaient que l'asphyxie bleue et l'asphyxie blanche n'étaient que des degrés différents d'un même état. Actuellement, il est admis que l'*asphyxie* bleue est le plus souvent le fait de l'obstruction des voies aériennes, comme je vous l'ai précédemment indiqué. La syncope, au contraire, dans laquelle on peut trouver aussi les voies aériennes plus ou moins encombrées de mucosités se produirait surtout par suite de commotion ou de compression des centres nerveux et de paralysie bulbaire, dans le cas d'accouchements laborieux ou de traumatismes obstétricaux.

La *fréquence* de la mort apparente du nouveau-né est évaluée par Demelin à 3 070. L'*étiologie* est facile à déduire de la pathogénie. La forme bleue succède à des troubles profonds de la circulation fœto-placentaire. Elle reconnaît donc pour causes les décollements prématurés du placenta, les hémorrhagies maternelles, la compression du cordon... La forme blanche ou syncopale est, d'après Demelin, hémorrhagique ou traumatique. Dans le premier cas, elle reconnaît pour causes les hémorrhagies fœtales, succédant à une déchirure du placenta ou du cordon, à une rupture d'un vaisseau ombilical dans le cas d'insertion vélamenteuse. Dans le second cas, les causes de la syncope sont des applications pénibles de forceps, une extraction du siège, ou une version difficile ; dans ces deux derniers cas surtout, le séjour prolongé de la tête dernière dans les parties génitales est une cause fréquente de syncope. Le *pronostic* est variable, grave surtout dans la forme blanche. Le nouveau-né est plus facile à ranimer dans la forme bleue.

J'arrive au *traitement* qui présente une importance capitale. Il existe d'abord un traitement prophylactique qui consiste à surveiller avec soin les enfants pendant le travail, à consulter fréquemment les battements de leur cœur, et à se tenir prêt à activer et à terminer l'accouchement dans le cas de souffrance du fœtus, souffrance qui se traduit par le ralentissement et l'irrégularité des battements du cœur, et par la perte de méconium. Malheureusement, dans bien des cas, soit que l'état de souffrance de l'enfant ait été méconnu, et qu'on intervienne trop tard, soit que l'intervention elle-même ne puisse se faire assez rapidement, ou qu'elle exige beaucoup de peine et d'efforts, l'enfant naît en état de mort apparente. Quels sont alors les moyens à employer pour le rappeler à la vie ? En principe, on doit se proposer d'exciter la respiration, de favoriser la circulation,

de relever l'état général, et pour cela on se comporte différemment dans l'asphyxie et dans la syncope.

I. Voyons d'abord quel est le traitement de l'asphyxie. On doit commencer par exciter la respiration. Il suffit souvent de frictionner l'enfant avec un peu d'alcool, de le flageller sur diverses parties du corps, d'extraire avec les doigts les mucosités qu'il a dans la bouche et dans le pharynx, d'exciter le réflexe nasal avec les barbes d'une plume d'oie introduite dans les narines, pour le voir renaître à la vie. Quand l'enfant est bleu, à quel moment doit-on lier le cordon ? Les anciens recommandent de faire la section immédiate, puis de faire une saignée du cordon, c'est-à-dire de laisser couler une ou deux cuillerées de sang. Ils pensaient ainsi faire cesser la congestion qui existait selon eux dans l'encéphale et les poumons. Or, ainsi que l'a très bien démontré Budin en 1875, c'est là une pratique illogique et dangereuse. Il ne saurait être question de congestion pulmonaire, les poumons n'ayant pas respiré, et étant atelectasiés. Sectionner le cordon aussitôt après la naissance, c'est priver le nouveau-né de 92 grammes de sang qui lui viennent du placenta tant que le cordon continue à battre (Budin); faire en outre une saignée du cordon, c'est lui retirer 30 à 40 grammes de sang, en tout 130 grammes de sang environ. Or, ce chiffre correspond, chez un adulte de poids moyen, à une saigné de près de 2 kilogrammes ! Il faut donc se garder de faire une ligature immédiate, mais au contraire essayer de faire respirer l'enfant et de favoriser sa circulation par les moyens que je vous ai indiqués.

Cependant, dans certains cas très graves, particulièrement dans la forme bleue due à la congestion et à l'apoplexie méningée de Demelin, malheureusement assez difficiles à diagnostiquer, on pourrait faire la ligature immédiate du cordon et emporter l'enfant pour le soigner plus efficacement que lorsqu'il est entre les jambes de sa mère. On aura alors recours aux bains chauds et surtout à la respiration artificielle dont je vous reparlerai. Demelin conseille même de laisser couler un peu de sang par le cordon dans le cas de congestion et surtout d'apoplexie méningée, quand le diagnostic de ces formes est certain.

Lorsqu'on a affaire à la forme syncopale, la conduite à tenir n'est plus tout à fait la même. Si la syncope est légère, si en interrogeant le cordon on y sent des battements forts et bien frappés, on peut à la rigueur attendre pour lier le cordon, et mettre en pratique tous les petits moyens, frictions, flagellations, extraction de mucosités, etc., que je vous ai recommandés pour provoquer l'acte respiratoire. Mais le plus souvent, il vaut mieux, la syncope étant trop profonde, lier immédiatement le cordon qui ne bat plus, et transporter l'enfant dans un endroit approprié sur une crèche, sur une table couverte d'un oreiller, et lui donner des soins énergiques. On l'enveloppera de linges chauds, on recourra aux moyens déjà indiqués, on le plongera dans un bain chaud en laissant à découvert le creux épigastrique sur lequel on fera tomber un filet d'eau froide, etc. Mais il ne faut pas perdre de temps, et si l'enfant ne revient pas à la vie, on doit recourir sans tarder à la respiration artificielle.

Celle-ci peut être pratiquée de plusieurs manières, soit en imprimant des mouvements au thorax, soit en faisant pénétrer directement de l'air dans les poumons, par insufflation. L'une des méthodes les plus anciennes pour provoquer mécaniquement la respiration est celle de Silvester qui date de 1858. Elle consiste, l'enfant étant couché sur le dos, les épaules élevées, à saisir les bras au-dessus du coude, à les élever d'abord sur les côtés de la tête (mouvement d'inspiration), puis à les baisser le long du corps en comprimant le thorax (mouvement d'expiration).

Un autre procédé, très employé en Allemagne, est la manœuvre de Schultze. L'opérateur saisit l'enfant par les épaules et le suspend entre les jambes de façon à avoir son dos tourné vers lui. Ses index sont placés en crochets sous les aisselles du nouveau-né, d'arrière en avant, ses pouces reposant sur les épaules et la partie antéro-supérieure du thorax; les trois derniers doigts de chaque main sont étendus en bas et en dedans et appliqués sur le dos. L'enfant est ainsi en position d'inspiration. L'accoucheur le lance alors en avant et en haut; mais il ralentit ce mouvement quand il est arrivé à la hauteur de ses bras, et il oblige le corps du fœtus à faire une culbute vers lui, par une flexion de la colonne vertébrale, en sorte que tout le poids de l'enfant va reposer maintenant sur ses pouces, et que les organes abdominaux vont comprimer le diaphragme (position d'expiration). L'enfant est ensuite rejeté en bas, et on recommence ces oscillations ou balancements 10 à 12 fois par minute. La manœuvre préconisée par Schultze est assez difficile à bien faire quand on n'en a pas une habitude spéciale. Elle est en outre passible de certaines critiques et d'inconvénients que le temps m'oblige à passer sous silence. Elle est d'ailleurs fort peu employée en France où l'on a presque exclusivement recours à l'insufflation. L'insufflation peut être pratiquée de *bouche à bouche* ou à l'aide d'*insufflateurs*. Pour faire l'insufflation de bouche en bouche, l'enfant étant étendu sur le dos, le cou relevé par un rouleau de linge, on recouvre sa face d'un mouchoir, puis on lui souffle de l'air dans la bouche, en ayant soin de lui pincer les narines pour que l'air ne puisse ressortir par les fosses nasales. On fait ainsi entrer dans les voies aériennes une certaine quantité d'air expiré, mais non pas la totalité d'une expiration, afin d'éviter une distance trop brusque des alvéoles pulmonaires, et aussi pour ne pas faire pénétrer un air trop chargé d'acide carbonique comme il l'est à la fin de l'expiration. On fait ainsi 15 insufflations par minute environ, et, entre chacune d'elles, on appuie doucement sur le thorax pour en chasser l'air. A ce procédé simple on peut cependant faire quelques reproches, dont le plus grave est de refouler les mucosités et les glaires dans l'arbre aérien au lieu de les en retirer.

Il est donc préférable de se servir d'un insufflateur. D'anciens accoucheurs, Levret, par exemple, employaient une sonde de femme. Mais c'est Chaussier (1806) qui, le premier, inventa un tube spécial qui porte son nom. Le tube laryngien de Chaussier est recourbé à l'une de ses extrémités qui est percée de deux ouvertures latérales et doit être introduit dans le larynx. Ce tube a été modifié par De-

paul qui a terminé l'instrument par une ouverture unique. L'insufflateur de Depaul a été seul en usage pendant longtemps. Ribemont-Dessaignes lui a fait subir des modifications heureuses, et dans ces derniers temps, M. Olivier s'est efforcé de perfectionner encore l'instrument de Ribemont. Ces insufflateurs sont actuellement couramment employés. Sans vous décrire en détail l'insufflateur Ribemont, dont vous nous voyez nous servir journellement, je vous rappellerai qu'il présente une courbure qui lui permet de s'adapter facilement à la concavité de la voûte palatine, et que sa portion laryngienne est cylindro-conique, de façon à boucher le larynx et à empêcher l'air insufflé de revenir dans le pharynx. Pour faire pénétrer l'insufflateur dans le larynx, il faut préalablement introduire l'index gauche dans la bouche de l'enfant, aller jusqu'au fond du pharynx, reconnaître le petit chapiteau constitué par l'ouverture supérieure du larynx et appuyer l'extrémité de ce doigt sur les deux petites saillies formées par les cartilages aryténoïdes. C'est sur le doigt ainsi placé qu'on guide l'insufflateur dont l'extrémité s'enfonce dans le larynx en avant des aryténoïdes. Une fois l'instrument placé, la première chose à faire est d'aspirer le sang et les mucosités qui occupent le larynx et la trachée, où elles sont parfois très adhérentes, de retirer l'instrument et de les en expulser. Quand on s'est assuré qu'il n'y a plus de matières étrangères dans le conduit laryngo-trachéal, on souffle de l'air dans le tube replacé, soit avec la bouche, soit avec une poire en caoutchouc adaptée par Ribemont à son instrument. On fera 15 à 20 insufflations par minute, et on comprimera, comme je vous l'ai dit, modérément la poitrine dans leur intervalle.

Combien de temps doit-on continuer l'insufflation ? Il n'y a pas à cet égard de règles précises, et l'on est quelquefois obligé de persister pendant une heure et plus. On doit, en effet, se baser sur les battements du cœur. Tant qu'ils subsistent, et surtout quand ils deviennent plus forts, plus rapprochés, on doit continuer. Une première inspiration ne tarde pas à se montrer, puis une autre, au bout de quelques instants. Bientôt, elles se rapprochent ; en même temps que la coloration de la face et du tronc devient rosée ; enfin l'enfant crie ; il est complètement ranimé. Lorsqu'au contraire, le cœur bat faiblement, et que peu à peu les battements s'espacent et finissent par disparaître, il est inutile d'insuffler davantage. La mort réelle a fait place à la mort apparente.

Dans ces dernières années, M. Laborde s'est fait le défenseur éloquent de la méthode des tractions rythmées de la langue pour rappeler les nouveau-nés à la vie. Cette méthode consiste à saisir la pointe de la langue avec les doigts nus ou enveloppés d'un linge ou avec un pince spéciale, et à attirer avec force la langue au dehors. Cette traction est suivie de relâchement, et on recommence ainsi environ 15 fois par minute. Malgré les nombreux succès rapportés par M. Laborde à l'appui de son procédé, et la préférence qu'il lui donne sur l'insufflation, les accoucheurs sont restés fidèles à l'insufflation.

On peut bien reprocher à celui-ci d'être d'un manuel opératoire délicat ; on a pu la voir produire, entre des mains maladroites, des

fausses routes et des lésions de la muqueuse laryngée ; on a pu observer de l'emphysème à la suite d'une insufflation trop violente, etc. Ces faits sont rares, et dus à des simples fautes de la technique opératoire. Il n'en est pas moins vrai que cette méthode bien exécutée a fait ses preuves, et qu'elle a sauvé la vie à des milliers de nouveau-nés.

Indépendamment de certaines difficultés qu'on a pu éprouver à exercer des tractions sur une langue aussi petite que celle d'un nouveau-né, des échecs ont été observés. Dans une discussion qui eut lieu à l'Académie de Médecine en 1893, les professeurs Tarnier et Pinard ont rapporté des observations où les tractions rythmées étaient restées infructueuses entre leurs mains.

En 1895, dans une nouvelle discussion, le accoucheurs se sont de nouveau prononcés à l'Académie en faveur de l'insufflation. Pour ma part, je suis, avec le professeur Tarnier et la plupart de mes collègues, partisan de l'insufflation, sans nier les bons résultats qu'on peut obtenir avec le procédé de M. Laborde; mais j'ai moi-même échoué plusieurs fois avec les tractions et j'ai réussi ensuite avec l'insufflateur.

La conclusion est que la méthode des tractions de la langue est un bon moyen à ajouter à ceux que nous avons déjà à notre disposition pour ranimer les enfants, mais qu'elle est loin d'être infailible, et qu'il faut se garder de renoncer à l'insufflation, qui semble bien devoir rester le meilleur et le plus sûr agent de rappel à la vie, dans les cas graves.

En terminant, j'appelle votre attention sur un dernier point. Il est bien des cas où l'on voit, chez les enfants ranimés, la respiration et la circulation s'établir si régulièrement, qu'on peut les considérer comme tout à fait hors de danger. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il faut surveiller avec sollicitude les nouveau-nés rappelés à la vie. Il en est en effet chez qui la respiration se fait mal, par saccades, qui poussent des cris plaintifs, et si on les abandonne à eux-mêmes, ils sont parfois pris de cyanose, de syncopes, de convulsions et ils peuvent succomber. Pour eux tout n'est pas fini parce qu'on a réussi à provoquer des mouvements respiratoires. Il est nécessaire de les entourer de soins consécutifs. La couveuse, les inhalations d'oxygène, les piqûres de sérum artificiel, etc., achèveront la résurrection commencée par l'insufflation. Vous sauverez ainsi des enfants qui n'avaient pu être ranimés qu'imparfaitement et dont la survie paraissait douteuse.—(*Progrès Médical*).

Trois pièces de 10 centimes ayant traversé le tube digestif.—M. BAUDIN a signalé à la Société des Sciences médicales de Lyon le cas d'un enfant de 15 ans qui, après avoir avalé trois pièces de 10 centimes, les a rendues par l'anus sans accident. Il n'a présenté comme trouble qu'une douleur assez vive lors de la traversée œsophagienne. Les faits de ce genre sont rares, car dans les observations de pièces de deux sous dégluties presque toujours on a signalé l'arrêt du corps du délit dans l'œsophage.—(*L'Abeille Médicale*),

REVUE D'HYGIÈNE

DE LA TUBERCULOSE BOVINE, ET DE SA PROPHYLAXIE
AU CANADA.

Par J. G. ADAMI, M. D.

Professeur d'anatomie pathologique à l'Université McGill.

Nous avons donné, dans notre dernière revue, un court aperçu de cet important travail, communiqué par le professeur Adami à la 32^e réunion de l'Association Médicale Canadienne à Toronto. A la demande du Conseil Provincial d'Hygiène, nous publions aujourd'hui un résumé plus complet de ce travail.

Pour arriver à des conclusions suffisantes, à tous les points de vue, sur la signification de la tuberculose bovine, il faut, si l'on veut bien la définir, répondre aux trois questions suivantes :

1. La tuberculose des bestiaux est-elle un danger pour d'autres bestiaux, au point d'altérer leur bon état et de causer des pertes à leur propriétaire ?

2. Si la tuberculose bovine est contagieuse de l'animal à l'animal, est-elle contagieuse de l'animal à l'homme, et par conséquent une source de graves dangers pour la race humaine ?

3. Si la tuberculose bovine est contagieuse de l'animal à l'homme, quels sont les modes habituels de cette contagion, et, comme corollaire, comment peut-on en diminuer le danger ?

Même si l'on ne pouvait répondre dans l'affirmative qu'à la première de ces questions, il serait nécessaire de s'enquérir des moyens possibles pour arrêter la marche de la maladie, et c'est à nous d'essayer de l'arrêter. Si l'on peut répondre dans l'affirmative aux deux premières questions, il appartient alors, et à plus forte raison, à toutes les classes de la société de recourir à tous les moyens possibles pour en arrêter le progrès.

Dangers pour les autres animaux.

La tuberculose bovine est-elle une source de danger pour les autres animaux ?

La réponse à cette question est un oui emphatique. Nous avons ici, au Canada, des preuves abondantes que l'introduction d'un taureau infecté ou encore de vaches infectées dans un troupeau jusque là indemne de la maladie, a été suivie à courte distance de l'apparition des symptômes de la maladie parmi les bêtes du vieux troupeau. On ne se rend peut-être pas suffisamment compte des ravages stupé-

fians que la maladie occasionne parmi le bétail appartenant aux populations civilisées. Nous sommes ici, au Canada, comme je le ferai voir tantôt, dans une condition relativement favorable à ce point de vue, mais il en est autrement dans le vieux monde, où la maladie est non seulement présente sur une grande échelle, mais où encore elle s'étend tous les jours.

Pour ne citer que quelques chiffres, dans les abattoirs de Berlin, soumis à l'inspection du gouvernement, le pourcentage du bétail reconnu tuberculeux a été de 2.86 en 1883 et 15.45 en 1895. A Leipzig, si nous prenons une période plus courte, pendant laquelle des observateurs très consciencieux ont fait une inspection sévère, le pourcentage des animaux reconnus tuberculeux fut de 11.1 en 1888, 22.3 en 1890, et de 33.3 en 1895, c'est-à-dire qu'un tiers de tout le bétail abattu à Leipzig en 1895 fut reconnu tuberculeux. On me dit qu'aujourd'hui le pourcentage s'est encore élevé, tandis qu'il y a onze ans, 1/9 seulement du bétail était affecté de la maladie. La tuberculose bovine s'étend avec une rapidité terrible, et à un tel point que les autorités compétentes d'Allemagne sont d'opinion que dans quelques années il n'y aura plus de troupeaux d'élevage indemnes.

Fréquence de la maladie.

Si, laissant de côté la statistique des abattoirs, nous prenons celle de l'épreuve par la tuberculine, le pourcentage des cas, les animaux d'un an mis à part, est encore plus élevé. Les médecins vétérinaires allemands et danois en sont venus à la conclusion que la tuberculose bovine affecte au-delà de 50 0/10 des bestiaux. Il n'existe pas de statistiques identiques pour l'Angleterre, mais l'état de chose y paraît être à peine, si toutefois il l'est, plus favorable. Les statistiques des abattoirs d'Édimbourg, Yorkshire, Durham et Londres donnent un pourcentage variant de 18 à 25. De fait, la tuberculose est tellement fréquente dans le vieux monde parmi les troupeaux de grande race les plus appréciés que l'acheteur devrait prendre des précautions extrêmes et ne passer que des marchés rigoureux; de même que le gouvernement devrait établir et faire exécuter des règlements sévères, afin que, quel que soit le coût d'achat du taureau ou de la vache importé, l'animal ne puisse passer la quarantaine de Lévis ou d'ailleurs et n'entrer au pays que parfaitement sain.

On a fait voir à ce propos que des personnes peu scrupuleuses ont trouvé moyen de traiter les animaux de telle sorte qu'ils ne réagissent plus lorsqu'on leur inocule la tuberculine. En conséquence, au point de vue de la protection générale de la Puissance, et parlant en son nom personnel, le Dr Adami regarde comme d'une absolue nécessité que tout animal importé soit tenu en quarantaine pendant au moins cinq semaines, afin de dépasser la période pendant laquelle la tuberculine peut ne pas agir, et que les inspecteurs du gouvernement fédéral eux-mêmes appliquent l'épreuve de la tuberculine dans des conditions strictement sûres. Le Dr Adami reconnaît, en émettant cette opinion, que des importateurs isolés peuvent trouver que

l'épreuve est trop sévère, mais l'intérêt public en cette matière dépasse de beaucoup les considérations personnelles.

Pour ce qui regarde l'importation du bétail à la frontière, le Dr Adami maintient les mêmes recommandations. Autant qu'on peut en juger, le bétail élevé sur les prairies des états de l'ouest est particulièrement indemne de la maladie, mais dans les états de l'est, depuis longtemps colonisés, la tuberculose bovine est relativement fréquente, bien qu'elle ne soit pas aussi étendue qu'en Allemagne, par exemple, et sa fréquence y attire de plus en plus l'attention.

Résultats pour le public.

Quels sont les effets et les dangers que provoque cette extraordinaire fréquence de la maladie dans les pays étrangers ?

Il y a d'abord l'effet sur l'animal lui-même, sur sa valeur comme bête à lait, comme bête à élevage et comme bête de boucherie. Bien qu'une vache ayant réagi à l'épreuve de la tuberculine puisse pendant quelques mois conserver son poil luisant et donner du lait en abondance, tôt ou tard elle maigrira, se tariera, deviendra inutile et, une fois abattue, presque sans valeur.

En second lieu, il y a le danger pour le public d'employer le lait et la viande provenant d'un tel animal. Le professeur Wright a calculé en 1893 qu'en Ecosse, qu'on ne peut guère appeler un grand pays, ou encore un pays où l'élevage et le croisage du bétail soit l'occupation principale de la population, la tuberculose bovine cause à l'industrie laitière une perte annuelle de près d'un million de livres sterlings, ou environ \$2,200,000. Si l'on peut enrayer la maladie, il est alors important, simplement au point de vue de l'agriculteur, et pour le bien-être de la communauté, que la chose soit faite.

Dangers de contagion.

Si la tuberculose bovine est contagieuse de l'animal à l'animal, est-elle contagieuse de l'animal à l'homme ?

La réponse en général à cette question est un oui très affirmatif. Nous devons accepter cette réponse comme étant la plus correcte, et c'est le devoir de chacun comme celui de l'Etat d'agir suivant cette croyance, mais le Dr Adami fait remarquer que la somme des preuves ayant quelque valeur au sujet de la transmission directe de la tuberculose du bétail à l'homme est singulièrement petite. Il rappelle, entre autre, comme le professeur Théobald Smith a démontré clairement, que le bétail est relativement réfractaire à la tuberculose humaine. Si l'on prend le bacille tuberculeux provenant d'un cas de phtisie chez l'homme, et qu'on l'inocule au bétail, ce bacille ne produit que des troubles étonnamment légers, tandis que le bacille spécifique provenant des bestiaux tuberculeux et inoculé à d'autres bestiaux sains détermine inévitablement la maladie caractéristique.

Le Dr Adami fait voir en outre que nous n'avons pas, et que nous ne pouvons pas avoir de renseignements précis pour ce qui

regarde le fait contraire, c'est-à-dire la preuve expérimentale de la contagion de l'homme par le bétail.

Il semble donc que le bétail est infecté par le bétail, plus fréquemment par la respiration et dans l'étable, mais non pas par les personnes phtisiques chargées d'en avoir soin. Ce fait rend par lui-même possible la suppression, ou la diminution dans une grande mesure de la tuberculose bovine, et bien avant que l'on obtienne une diminution proportionnée de la tuberculose humaine ou phtisie.

Danger du lait.

L'auteur fait voir que la preuve plus indirecte fournie par les effets, sur les enfants et autres personnes, de l'emploi comme breuvage du lait provenant d'animaux tuberculeux, bien qu'elle tende certainement à établir le danger de contagion, n'est pas cependant une preuve absolue, tout simplement parce qu'il y a tant d'autres manières pour les gens de s'infecter. Les personnes de l'entourage peuvent être phtisiques, ou bien des phtisiques ont habité et infecté les chambres où l'on élève les enfants, et ainsi de suite. Néanmoins, la fréquence relative de la tuberculose primitive de l'intestin chez les jeunes enfants est évidemment en faveur de cette contagion par le lait, et l'on peut difficilement expliquer certains cas rapportés où des enfants et de jeunes personnes ont succombé à la phtisie après avoir bu du lait d'animaux ayant la maladie à une période avancée, si l'on ne croit pas à la contagion de l'homme par les animaux.

Contagion par la viande.

Le danger de manger la viande des animaux tuberculeux est minime dans les pays de langue anglaise,—et de langue française—parce que l'on y mange cette viande bien cuite, et c'est un fait maintenant bien établi que l'on ne trouve dans la viande le bacille tuberculeux qu'en petite quantité, même lorsque l'animal est rendu à une période avancée de la maladie.

Pour le lait, les expériences du Dr Adami et du Dr Martin, faites à Outremont l'année dernière, ont montré que le bacille tuberculeux peut s'y trouver même quand le pis de la vache n'est pas malade, et le Dr Adami incline à croire que, tout comme les cellules du foie et du rein, ainsi qu'il l'a récemment démontré, peuvent absorber et rendre des bactéries, ainsi peuvent faire les cellules de la glande mammaire en activité. Il croit que par ce passage dans les glandes la virulence des microbes s'atténue, ce qui le ramène à l'opinion de Nocard que le lait n'est évidemment dangereux que lorsque le pis est malade. Les vaches ainsi atteintes d'une maladie évidente du pis doivent être condamnées immédiatement.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile, et l'auteur le reconnaît, pour le gouvernement de réglementer la vente du lait des animaux ayant réagi à l'épreuve de la tuberculine. Mais les groupes individuels et les municipalités ont au moins le pouvoir de fixer la qualité du lait qui doit être fourni à la communauté, de

réglementer pour l'inspection de toutes les laiteries qui fournissent le lait, et de défendre l'emploi du lait provenant des animaux ayant réagi à l'épreuve de la tuberculine. On met aujourd'hui en force de semblables règlements dans plusieurs grandes villes de l'ancien et du nouveau monde.

Rareté de la tuberculose bovine au Canada.

Le Dr Adami est d'avis, autant qu'il peut en juger, qu'il n'y a pas, dans la zone tempérée, une large bande de pays où le bétail soit aussi exempt de tuberculose que le bétail canadien, si ce n'est peut-être certains états de l'ouest aux Etats-Unis.

En 1898 le gouvernement encouragea autant que possible l'application de l'épreuve de la tuberculine aux animaux, et naturellement, on appliqua surtout cette épreuve à la demande des propriétaires qui soupçonnaient l'existence de la tuberculose dans leurs troupeaux. On n'appliqua pas systématiquement l'épreuve à tout le bétail d'une partie donnée du territoire canadien. On inocula 10000 bêtes à cornes formant partie de ces troupeaux désignés et en quelque sorte suspects, et 5 0/0 seulement réagirent. En 1895, on inspecta à Montréal, avant leur exportation, 90000 bêtes à cornes. C'était à une époque où le gouvernement britannique venait d'établir des mesures sévères, parce qu'on pensait avoir trouvé des cas de pleuro-pneumonie parmi le bétail venu du Canada. Cette pleuro-pneumonie n'a jamais existé et n'existe pas au pays. Naturellement, dans ces circonstances, on fit une inspection sévère, et l'on rejeta tout animal qui montrait des signes cliniques de maladie; eh bien, de ces 90000 bêtes à cornes, on n'en refusa que 80, et parmi ces 80, on n'en rejeta que deux,—2 de 90000—parce qu'elles étaient tuberculeuses, et encore dans ces deux cas la tuberculose était localisée.

Le Dr Adami ne cite pas ce fait comme établissant le pourcentage de la tuberculose dans le bétail canadien, mais simplement pour dire qu'il n'y a pas un autre pays au monde où l'on ait pu réunir ensemble, dans des circonstances identiques, 90000 bêtes à cornes, et n'y trouver qu'un pourcentage de 0.002 bêtes donnant les symptômes cliniques de la tuberculose. Cette même année 1894, on examina, pour le gouvernement dans les abattoirs de Montréal, de St-Jean N.-B., et de Halifax N.-E., les poumons de 2504 bêtes à cornes, et l'on y découvrit 14 cas de tuberculose, soit un pourcentage de 0.6. Il faut ajouter que, comme chez l'homme, les poumons sont les organes où l'on trouve le plus fréquemment la tuberculose chez l'animal. Aucun pays au monde ne peut fournir des chiffres aussi bas.

Absence de tuberculose mammaire.

Le Dr Adami signale ce fait plutôt remarquable que le Dr Higgins et lui, désirant comparer expérimentalement le degré de contagiosité du lait provenant d'animaux atteints de tuberculose mammaire d'avec celui du lait provenant d'animaux n'ayant pas cette forme de la maladie, et ayant essayé de se procurer des bêtes à cornes

atteintes de tuberculose mammaire, n'ont pas été capables d'en trouver et se sont trouvés forcément arrêtés dans la partie la plus intéressante de leurs recherches. Le Dr McEachran put en trouver quelques cas chez un propriétaire qui, voyant que ses animaux pouvaient être utiles, en demanda un prix exorbitant. Aussi le Dr McEachran, appuyé par le ministre de l'agriculture, a-t-il adressé à tous les inspecteurs d'une large partie du territoire des ordres très explicites de rechercher et de signaler tous les cas qu'on pourrait découvrir; il y a de ceci quelques mois, et aucune bête à cornes atteinte de tuberculose mammaire n'a encore été signalée.

Prophylaxie de la tuberculose bovine

Cette rareté de la tuberculose parmi le bétail canadien permet d'espérer la suppression complète de la maladie. Dans le vieux monde, la maladie est tellement commune, que cette suppression est impossible, à moins de vouloir ruiner à la fois les agriculteurs et le gouvernement. Le plus que l'on pourrait faire, serait d'y introduire ce système connu sous le nom de système de Bang, (1) et qui consiste à séparer les animaux sains des animaux malades, à tenir ceux-ci à part, et à les remplacer à mesure qu'ils meurent par des animaux sains que l'on ajoute à la partie saine du troupeau. On peut y ajouter aussi les veaux qui naissent des animaux malades, car ces veaux, si on les sépare immédiatement de leur mère, n'ont aucune tendance à développer par eux-mêmes la maladie.

Mais la maladie est tellement rare en Canada que le Dr McEachran calcule qu'on ne trouverait pas dans toute la Puissance 10000 bêtes offrant des signes cliniques de tuberculose, et cette estimation est peut-être exagérée. Si l'on abattait tous ces animaux, même en les payant leur pleine valeur, l'indemnité ne dépasserait pas \$250,000. Les animaux réagissant à la tuberculine seraient naturellement plus nombreux, mais on pourrait en engraisser au moins 70 pour cent, et les utiliser comme viande de boucherie, en les tenant sous surveillance, et les animaux de race pourraient être mis en quarantaine et l'élevage pratiqué d'après le système de Bang.

Le Dr Adami ne peut qu'endosser cordialement l'opinion du Dr McEachran que, en dépensant ainsi une somme d'argent insignifiante par elle-même, quand on songe aux bénéfices énormes qui en résulteraient et pour les éleveurs et pour le public canadien, on supprimerait pratiquement la maladie dans l'espace de trois à quatre ans, et l'on rendrait un service incalculable à l'industrie agricole, si développée et si importante au Canada. (2)

Importance de cette mesure.

Si l'on croit ce projet trop audacieux et trop vaste pour tenter cet essai de suppression de la maladie à la fois dans toute la Puis-

(1) Voir : La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie, pages 370, et suivantes.

(2) Voir La tuberculose bovine au Canada, pages 427 et suivantes.

sance, on peut essayer d'abord sur certains territoires limités, par exemple l'île du Prince-Edouard, le Cap Breton ou la Nouvelle-Ecosse. Il faudrait pour cela un corps d'inspecteurs ayant pouvoir de pratiquer une inspection complète et minutieuse, d'abattre tout animal offrant des signes cliniques de tuberculose et d'en indemniser les propriétaires, de régler la quarantaine de tout animal réagissant à la tuberculine, de désinfecter les étables où l'on a trouvé des animaux tuberculeux, essayant ainsi de rendre le territoire qu'on aura choisi absolument exempt de la maladie. Le Dr Adami croit que l'on peut faire la chose, et cela à des frais suffisamment légers pour que le bénéfice qui en résulterait fut incalculable. Car si nous pouvons au Canada établir des troupeaux absolument indemnes de la maladie, cela voudrait dire qu'en quelques années le Canada deviendrait le grand centre d'élevage des animaux de race. Les contrées d'Europe seraient obligées de venir chez nous pour refaire leurs troupeaux, car seuls nous pouvons tenter un effort fructueux pour nous débarrasser de la tuberculose bovine dans un avenir immédiat.

LE BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC.

Nous venons de parcourir avec intérêt le premier numéro (septembre 1899) du *Bulletin Médical de Québec*, qui fait vraiment honneur et à l'Université Laval de Québec, et à la Société Médicale dont il est l'organe, et aux médecins fondateurs chargés de la direction. C'est un joli fascicule de 56 pages, grand format in-8, dont la matière est bien distribuée, et la disposition bien comprise. On y constate, dans la nature des travaux présentés, les sujets d'intérêt professionnel discutés, les reproductions faites, une couleur locale qui ne manquera pas de mettre en relief, et de faire voir sous un jour favorable la valeur scientifique et l'esprit de corps qui caractérisent à un si haut degré nos confrères québécois. Il en résultera, pour le grand mouvement de réveil qui se fait sentir depuis quelque temps parmi nous, une impulsion heureuse et qui portera ses fruits. C'est sur de pareilles bases, solides, brillantes et honnêtes, qu'il convient d'asseoir la dignité de la profession médicale canadienne-française, si nous voulons nous assurer le respect des corporations et de la société. L'article du Dr Arthur Simard sur le placenta prævia, celui du Dr Charles Verges sur l'électrothérapie de la dysménorrhée, de la névralgie, de l'incontinence d'urine seraient à leur place dans n'importe quelle revue de médecine, et la modération et la franchise avec lesquelles le Dr L. J. A. Simard, ancien président du Bureau Provincial, émet son opinion sur le projet de licence interprovinciale, de même que l'éloquence des pages émues que le Dr Brochu consacre à la mémoire de feu Charles Eusèbe Lemieux ne manqueront pas d'attirer l'attention du lecteur. C'est un heureux début.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef : - *Dr E. P. BENOIT*

MONTRÉAL, OCTOBRE 1899

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE RAPPORT DE L'AUDITEUR DU COLLÈGE

A Monsieur le Docteur E. P. LACHAPELLE, Président.

Collège des Médecins et Chirurgiens

de la Province de Québec,

Montréal.

Monsieur,

Avant de commencer ce rapport, permettez-moi, Monsieur le Président, de vous remercier, vous et le Bureau des Gouverneurs, d'avoir bien voulu me voter des remerciements pour mon rapport préliminaire. J'ai été très flatté de cette marque d'appréciation venant des hommes éminents qui composent votre Bureau, et, depuis lors, j'ai travaillé avec plus d'ardeur encore, si c'est possible. J'espère que ce présent rapport répondra complètement à votre attente.

Depuis le mois de juillet, j'ai travaillé constamment au relevé des livres des anciens Officiers du Collège. Ce travail a été semé de difficultés sans nombre dont vous pourrez avoir une faible idée à l'étude du présent rapport, mais ça été surtout un travail long et ardu à cause des multiples recherches que j'ai été obligé de faire dans les livres et documents le plus souvent incomplets.

Pour plus de clarté, je diviserai le présent rapport en trois chapitres, subdivisés selon le cas : 1^o Admission à l'étude ; 2^o Relevé

des contributions ; et 3^o Relevé de Livres de Caisse des différents Officiers.

1^o ADMISSION A L'ÉTUDE.

Cette partie du rapport de l'auditeur, quoique très intéressante, ne touche pas d'assez près les médecins en général pour que nous croyions devoir le publier en entier. M. Gonthier y donne une suite de tableaux, avec noms, dates et montants, etc., qui établissent :

1^o Que 6 candidats, admis à l'étude d'après le livre des minutes, n'apparaissent pas, d'après le livre de caisse, avoir payé leur brevet ;

2^o Que 77 candidats à l'étude, ayant, d'après le livre de caisse, déposé des montants variant de dix à soixante piastres (pourquoi soixante ?), et n'ayant pas été admis à l'examen, n'ont cependant pas reçu la remise à laquelle ils avaient droit, et que le Collège ne devait pas garder. Cette liste représente une somme de \$1,500 ;

3^o Que 5 candidats en 1892, et un candidat en 1895 ont payé plus que l'honoraire requis .

4^o Enfin que 11 candidats, dûment inscrits au livre des minutes, n'ont cependant payé qu'une partie des honoraires requis pour le brevet.

Ce travail a permis à M. Gonthier de faire quelques légères corrections à son rapport préliminaire.

2^o CONTRIBUTIONS.

RELEVÉ.—Afin d'établir le compte de chacun des membres du Collège, au premier juillet 1898, j'ai fait un relevé complet des montants inscrits aux souches de reçus. Ce travail permet de constater :

1^o Le montant total des contributions perçues par le Dr Larue, Régistrare, de juillet 1889, à juillet 1892.

2^o Le montant total des contributions perçues par le Dr Beau-soleil, Régistrare, de juillet 1892 à juillet 1898.

3^o Le montant payé par chacun des membres du Collège. Chaque montant est, dans ce relevé, inscrit à l'année où le paiement fut fait, avec le numéro du reçu et une mention de l'année pour laquelle le paiement a été fait.

4^o Le montant de contribution dû par chacun des membres le premier juillet 1898.

Dans la préparation de ce relevé, je n'avais, pour toute base, que les souches de reçus très incomplètement remplies, comme vous, pourrez le constater plus loin. N'ayant pu constater à aucune époque, le

montant des contributions dues par les membres du Collège, voici comment j'ai dû procéder afin d'arriver à un résultat aussi exact que possible.

Mon relevé datait de Juillet 1889. Vu la presque impossibilité qu'il y avait d'établir une balance à cette date, j'ai adopté l'année 1889 comme point de départ du montant à réclamer, ce qui porte à \$18 le compte des membres admis à la pratique avant 1889, soit neuf années, de 1889 à 1898, à \$2 par an, et j'ai été confirmé dans ce choix de ce point de départ par la résolution que le Collège a, vu les circonstances, adoptée à sa dernière assemblée accordant un règlement de compte final aux membres payant cinq années de contribution. Pour les membres admis postérieurement à 1889, les paiements de contribution ne commencent que de l'année suivant l'admission. Comme le total des montants inscrits aux souches représente le montant des contributions payées, il ne m'a resté qu'à soustraire ce dernier montant du premier pour obtenir la balance de chaque compte au premier juillet 1898.

Dans les cas où les montants payés comprenaient la contribution d'une ou plusieurs années antérieures à 1889, j'ai pris comme point de départ la première année de contribution dont le paiement est indiqué aux souches de reçus.

J'ai cru devoir aussi, pour plus de clarté, diviser le relevé des contributions en diverses sections.

Une première division contient les noms des membres qui ont payé en tout ou en partie leurs contributions.

Une seconde contient le nom de ceux des membres de la profession qui sont dûment enrégistrés, mais ne paraissent pas avoir payé aucune contribution à partir de juillet 1889, quoique d'après les registres ils demeurent dans la Province et sont présumés y pratiquer la médecine.

Parmi ceux qui ont payé, même plusieurs années de contributions, il en est un certain nombre qui ne sont pas enrégistrés au registre médical. J'en donne la liste plus loin.

Cette liste comprend en même temps ceux des membres qui, quoique n'étant pas enrégistrés au registre médical, y ont droit cependant, tel qu'établi dans mon rapport préliminaire, par le tableau des candidats inscrits au livre des minutes comme admis à la pratique, et entrés au livre de caisse comme ayant payé les honoraires.

Liste de ceux des membres qui ont payé des contribution, quoiqu'ils ne sont pas enregistrés au registre médical.

	RELEVÉ DES CONTRIBUTIONS.		RELEVÉ DES CONTRIBUTIONS.	
	Folio	Années Payées.	Folio	Années Payées.
Bernard C. A. ou J.....	10	93.98	Claveau E. A.....	24 97.98
Elliot E. C.....	46	93.98	Cloutier A. C.....	23 95.99
Giroux Godias.....	56	95.98	Jacques S.J. Eugène.....	70 93.94
Jacques L. A. Geo.....	70	92.95	Jasmin J. B.....	70 93.98
Jack Jas. M.....	70	93.98	Lapierre H.....	77 93.95
Lavoie J. S.....	78	95.98	Lapierre J. M.....	78 97.98
Lapointe A. A.....	78	95.98	Latreille J. A.....	79 95.98
Lemoine Arthur E.....	76	88.99	McCallum D. C.....	100 92.96
McMorin R. S.....	100	95.98	McMillan L. J. A.....	100 93.98
McKenzie S. R.....	100	95.98	Stroud C. S.....	127 88.95
St. Onge S. M.....	127	89.98	Klock W. H.....	73 93.98
Chrétien Zaugg A.....	22	92.98		

Liste de ceux des médecins qui ont payé les contributions et qui, d'après les livres des minutes et de caisse, ont droit à être enregistrés, mais qui ne sont pas entrés au registre médical.

NOMS	LIVRE DES MINUTES				LIVRE DE CAISSE			
	Folio	Jour	Mois	Année	Folio	Jour	Mois	Année
Booth J. S.....	306	4	Mai	1890	74	13	Mai	1890
Charbonneau Isaac.....	491	30	Sept.	1896	24	26	Sept.	1896
Dorion F. X.....	258	27	Sept.	1893	6	27	Sept.	1897
Fréchette L. A.....	258	27	Sept.	1893	6	27	Sept.	1397
Jarvy W.....	414	4	Juil.	1894	163	4	Juil.	1894
Lacombe Geo. A.....	329	30	Sept.	1891	96	7	Sept.	1891
Mathieu Eugène.....	258	27	Sept.	1893	6	27	Sept.	1893
Morin C. E.....	163	14	Mai	1890	53	14	Mai	1890
Rodrigue Alex.....	471	25	Sept.	1895	4	24	Sept.	1895

Ceux des médecins qui ont payé des contributions, quoiqu'ils ne sont pas enrégistrés au registre médical, et qui d'après mon relevé des candidats à la licence, ne sont qualifiés qu'en partie à la licence.

	Livre des Minutes	Livre de Caisse	
Bernier J. C	419 19 Mai 1892
Wylde C.....	419 4 Mai 1894

J'ai mentionné ci-dessus que la préparation de ce relevé avait présenté de nombreuses difficultés. En voici un aperçu qui, joint aux remarques de mon premier rapport, vous permettra de constater l'état dans lequel étaient les livres du Collège.

En maints endroits, les noms sont inscrits d'une manière illisible, et, de plus, on n'a pas tenu compte de l'orthographe propre à chacun d'eux.

On n'a pas fait assez attention aux initiales qui précèdent les noms. Ces initiales ne sont pas exactes. Souvent elles ne sont pas identiques pour le nom répété d'une personne. Il y a même des noms qui ne sont précédés d'aucune initiale, de sorte qu'on ne peut pas les différencier d'autres noms semblables.

Souvent le lieu de la résidence n'est pas indiqué et l'on n'a pas tenu compte du changement de résidence d'une même personne, ce qui empêche de l'identifier.

La plus grande partie des souches ne portent pas de dates, et quelquefois, si elles en ont, les dates ne se suivent pas. Il y en a plusieurs où l'année dont on paye la contribution n'est pas indiquée. Il en est d'autres, et celles-ci sont nombreuses, où les années sont bien indiquées, mais elle ne concordent pas entre elles.

Souvent, en donnant un reçu, on n'a pas tenu compte de la date de la licence et du privilège du licencié de ne pas payer de contribution pour l'année où il obtient sa licence. Dans ce cas, j'ai appliqué à une année postérieure les montants ainsi payés.

Les souches ne portent pas toutes un numéro d'ordre, et lorsqu'elles en ont, ces numéros ne se suivent pas toujours. Ils sont mêlés les uns les autres. Il y a même des endroits où l'on trouve deux et même trois séries de numéros qui se croisent l'une et l'autre. Il y a même de souches qui sont restées en blanc.

Dans d'autres cas, en comparant à d'autres paiements des souches sur lesquelles était inscrit le mot "duplicata," je constatais que

l'original, n'était pas entré aux comptes. Supposant alors que le paiement a été fait, j'ai entré ces montants comme je l'aurais fait si j'avais eu l'original.

Régistres.

Voici maintenant quelles sont les raisons qui m'ont engagé à ne pas tenir compte des registres de contributions.

1° Ces livres ne peuvent pas servir de base à un relevé permettant d'établir la responsabilité des Régistres, parce qu'ils ne sont pas des livres de première entrée. Les montants qui y sont inscrits ont été pris des souches, et ces derniers sont la véritable base pouvant servir à un relevé sérieux.

2° Ces livres ont la forme de tableaux statistiques : ils ne mentionnent pas la date des paiements et, partant, ne fournissent aucune indication qui permette de vérifier lequel des Régistres a perçu et inscrit les montants qui s'y trouvent.

A ces raisons indiscutables, tant au point de vue comptable qu'au point de vue légal, je pourrais ajouter la manière très irrégulière dont ces registres ont été tenus ainsi que M. le Régistreur a été à même de le constater avant moi. Cela serait presque suffisant pour les faire mettre de côté, sauf pour certaines références. Ainsi j'ai pu constater par les nombreuses réclamations qui se sont produites avec reçus à l'appui, depuis que les comptes ont été envoyés d'après mon relevé, qu'un certain nombre des membres du Collège paraissent avoir bien et dûment payé leurs contributions, quoique les souches manquent pour les justifier. Ces réclamations et les pièces qui les appuient, entre autres un certain nombre de reçus signés par M. Déom, alors agent du Collège, me portent à croire qu'il existe d'autres souches de reçus que celles qui ont été remises au nouveau bureau et que j'ai en ma possession. En même temps, ces réclamations corroborent l'excellent travail fait sous la direction de M. le Dr Marsolais, établissant entre les souches de reçus et le registre de contributions, un écart d'environ \$2,000. Je n'ai pas vérifié ce travail, mais je le crois très exact, étant donné la méthode suivie pour l'accomplir.

Comme je le disais plus haut, mon relevé des contributions est divisé en deux parties, établissant deux séries distinctes de comptes.

La première série comprend les comptes des membres qui d'après les souches de reçus, paraissent avoir payé des contributions durant la période couverte par mon relevé, c'est-à-dire de juillet 1889 à juillet 1898.

Pour cette partie, j'établis qu'il reste dû au Collège, au premier juillet 1898, un montant total de contributions de \$2,851.50.

La seconde série de comptes comprend les comptes des membres qui, d'après les souches de reçus, paraissent n'avoir payé aucune contribution durant l'époque ci-dessus mentionnée.

Dans cette partie, qui n'est pas tout à fait terminée, j'établis qu'il était dû au Collège environ \$10,000 de contributions au premier juillet 1898. Je dois faire observer cependant que, dans cette dernière série de comptes, il doit y avoir des comptes contre un grand nombre de médecins absents de la Province, ne pratiquant pas, ou ayant à faire valoir des réclamations de remises de contributions; et je ne crois pas que le Collège puisse compter comme bon plus que la moitié de ce montant, c'est-à-dire \$5,000.

Résumé.

Première série.....	\$2,851 50
Deuxième série.....	5,000 00
	\$7,851,50

A déduire la différence établie par le travail sus-mentionné entre les souches de reçus et le registre de contributions. Ce montant est présumé avoir été payé, mais il n'y a pas de souches : soit environ..... \$2,000 00

Montant probablement réalisable sur les contributions qui, d'après le relevé, paraissent être dues..... \$5,851 51

3^o RELEVÉ DE CAISSE.

J'appelle relevé de caisse, un livre que j'ai fait confectionner et dont les dispositions spéciales se prêtent au besoin d'un principe que j'ai pris pour base dans mon relevé des écritures des divers livres de caisse des différents officiers du Collège. Ce livre, dans lequel j'ai consigné toutes les écritures provenant de ces caisses, contient toutes les entrées de recettes et de déboursés de chacun des officiers, telles qu'elles paraissent dans ces livres. On y trouvera de plus les corrections et vérifications que j'y ai apportées et une disposition particulière établissant le total des recettes et le total des déboursés de toutes les caisses à la fois, en même temps que celle de chacun des officiers.

Les remarques ci-dessous sont le résultat de mon examen des pièces et des livres qui m'ont été confiés et du relevé que j'en ai fait dans ce livre qui est la propriété du Collège et qui représente ses opérations de juillet 1889 à juillet 1898.

Quoique la transcription des écritures des divers livres de caisses sus-mentionnés soit terminée, il me reste encore à compléter la partie de ce livre de relevé qui remplit la fonction de grand livre et qui doit

donner des informations précieuses par la classification des recettes par espèces, de même que celles des différents genres de déboursés pour les neuf années d'administration passée.

Je n'ai pas pu, malgré ma bonne volonté, terminer cette partie de mon travail, que j'aurais pourtant désiré vous communiquer dans ce rapport. Quoique ce travail puisse être fait en très peu de temps, il m'a été impossible de le compléter.

Relevé des Livres de Caisse.

Ce relevé des livres de caisse de chacun des officiers du Collège, ayant occupé des charges de juillet 1889 à juillet 1898, a demandé beaucoup de soin et de travail afin de tirer les écritures au clair et les disposer de manière à en faire sortir des résultats pratiques, non-seulement pour l'administration du passé, mais aussi comme référence pour l'avenir et comme point de départ des réformes à opérer.

Je diviserai mes constatations et observations en deux parties. La première contiendra les remarques générales, et la deuxième les remarques particulières au relevé de chacun des livres de caisse des officiers.

REMARQUES GÉNÉRALES.—Je ne répéterai pas ce que j'ai déjà dit dans mon rapport préliminaire, relativement au défaut d'approbation des comptes par le Président avant leur paiement, ni mes remarques au sujet des entrées aux livres de caisse de quelques-uns des officiers qui ne sont justifiés par aucune pièce. Chacune des entrées de déboursés portée au relevé a son numéro qui lui est propre. Lorsqu'il n'y a pas de pièce justificative, ce numéro est écrit à l'encre rouge. Un grand nombre des entrées ainsi marquées sont pour des achats de timbres et autres menus déboursés qui ne nécessitent pas toujours des pièces, quoiqu'il soit plus régulier d'en produire, et comme cela doit se faire maintenant, d'après les suggestions de mon dernier rapport. Il reste cependant encore un grand nombre d'autres entrées de déboursés qui devraient être justifiées par des pièces et qui ne le sont pas.

J'ai fait mention, dans mon rapport préliminaire, qu'il est possible que les pièces existent et aient été remises au trésorier ou autre officier du Collège d'alors et qu'elles ne se trouvent pas avec les livres et documents transmis aux officiers du nouveau bureau. Je dois dire que, depuis mon rapport, il ne m'a pas été remis d'autres pièces ou livres. Je suis d'avis, toutefois, qu'on pourrait justifier plusieurs des entrées, en demandant des duplicatas de ceux qui paraissent avoir reçu ces montants. Ainsi qu'on le verra dans une

autre partie de ce rapport, il m'a manqué des livres essentiels à un relevé complet. A défaut de ces livres, je ne puis vous présenter un état définitif que pour une partie de mon travail, c'est-à-dire le relevé des caisses de MM. les docteurs Dagenais et Larue, Trésoriers, et Belleau, Campbell et Brosseau, Secrétaires. Quant au relevé des livres de caisse de MM. les docteurs Larue et Beausoleil, Régistres en charge de juillet 1889 à juillet 1898, mon travail se trouve forcément incomplet par suite de l'absence des carnets de souches de reçus de contributions dont il est fait mention ci-dessus et des livres d'entrée de déboursés des Régistres. Ces livres et souches me manquant, je n'ai pu établir le montant total et exact perçu et les déboursés effectués par ces Messieurs respectivement. De Monsieur le docteur Larue, Régistres, je n'ai eu que des carnets de souches de contributions, et de Monsieur le docteur Beausoleil, en outre des carnets de souches, dont un certain nombre sont en blanc, il ne m'a été remis qu'un livre mentionné dans mon premier rapport, auquel il a été enlevé 26 pages qui sont supposées contenir les entrées de déboursés effectués par ce Monsieur de juillet 1889 à octobre 1896, puisque les déboursés depuis cette date s'y trouvent inscrits. Ces déboursés sont compris dans mon relevé. J'ai aussi retrouvé les pièces justificatives de quelques-unes de ces entrées de déboursés.

En réponse à une lettre que j'ai adressée à M. le Dr Beausoleil concernant son livre de caisse, et celui de M. le Dr Larue, Régistres, ce Monsieur m'a dit qu'il n'avait pas tenu de livre de caisse autre que celui des souches de reçus de contributions et qu'il n'avait jamais vu le livre de caisse du Dr Larue.

Je dois aussi faire mention que mon relevé ne contient pas celui des opérations de M. le Dr Brosseau, alors qu'il était trésorier intérimaire. Ces jours derniers, j'ai eu des entrevues avec ce Monsieur concernant un dépôt fait par lui à la Banque d'Épargne en sa qualité de Trésorier adjoint, lorsqu'il prit la charge, mais il n'a pu me renseigner de quelle source venait le montant de ce dépôt qui est de \$1,824.30 et qui d'ailleurs a été employé en entier à payer les déboursés du Collège, bien et dûment justifiés par des pièces, sauf \$8.29 remis à M. le Dr Larue, Trésorier entrant en charge. (1) Lorsque j'aurai obtenu, avec le concours de M. le Dr Brosseau, les informations

(1) Nous connaissons l'origine de ces \$1,824. Comme l'a expliqué M. le Dr Simard à l'assemblée du 26 septembre, cette somme fut remboursée au Collège par le Dr Beausoleil en 1896, sur le rapport des auditeurs constatant un déficit. C'est ce rapport que nous avons reproché au Dr Simard d'avoir gardé dans sa poche.

nécessaires à ce sujet, de même lorsque les carnets de souches où à leur défaut, les réclamations des membres ayant des reçus pour lesquels il n'y a pas de souches, et que les livres ou les pièces des déboursés des Régistrais, MM. les Drs Larue et Beausoleil m'auront été remis, je serai en état de donner un résultat définitif de ces trois caisses.

REMARQUES PARTICULIÈRES — Je vous ferai part maintenant du résultat de mes travaux d'audition et du relevé des livres de caisse de chacun des officiers dans le même ordre que j'ai procédé dans le livre de relevé.

RELEVÉ DE Mr le Dr A. G. BELLEAU.—J'ai peu de chose à dire concernant cette partie de mon travail, sauf que le livre de caisse du Dr Belleau était bien tenu, aussi bien qu'il était possible de le faire avec la méthode de tenue des livres suivie alors par le Collège. Les entrées sont faites d'une manière très régulière, aussi bien pour les recettes que pour les déboursés, toutes les entrées des déboursés étant justifiées par des pièces, même les remises aux candidats malheureux. Dans mon rapport préliminaire je disais que ces remises n'étaient justifiées que par les souches des reçus dûment remplies. Or, j'ai constaté depuis qu'il y a des reçus, quoique ce ne soit pas des reçus faits sur les formules provenant des carnets de souches, et c'est l'absence de ces formules dûment remplies qui m'a induit dans l'erreur en premier lieu. J'ai cependant constaté une légère erreur dans une entrée de dépenses de l'assemblée du 25 septembre 1895, mais étant donné la manière dont a été faite la pièce à l'appui, on s'explique parfaitement comment cette erreur a pu se produire. Un montant de \$30 au lieu de \$21 est chargé comme il appert d'après la pièce. La différence de \$9 paraît dans mon relevé comme balance due par M. le Dr Belleau.

RELEVÉ DU DR F. W. CAMPBELL — J'ai aussi très peu de chose à dire concernant ce relevé. Ce livre de caisse est lui aussi bien tenu et je n'ai qu'à répéter ce que j'ai dit à propos de celui de M. le Dr Belleau. Je n'ai constaté aucune erreur, mais je n'ai pu vérifier les honoraires perçus, les souches ne se trouvant pas parmi celles qui m'ont été remises. Il y avait très peu de déboursés, la plupart étaient pour les timbres. Il n'y avait que deux items qui auraient dû avoir des pièces, mais il ne m'en a pas été remises aucune.

RELEVÉ DE Mr le Dr A. T. BROUSSEAU.—Dans ce relevé j'ai éprouvé beaucoup plus de difficultés que dans les deux précédents, mais j'ai la conviction à en juger par la manière dont ces écritures étaient faites que cela était dû au manque d'aptitude à tenir des

livres. Les erreurs, oublis et omissions étant souvent aussi bien en faveur qu'au détriment du Collège. J'ai constaté cependant, comme mon relevé l'indique, que par suite des erreurs trouvées dans ce livre de caisse, il est dû par M. le Dr Brosseau, une balance de \$196.32. Il manque beaucoup de pièces justificatives de déboursés.

RELEVÉ DE M^r le DR A. DAGENAIS.—Ce livre de caisse était assez bien tenu. Il manque cependant quelques pièces justificatives, et j'ai corrigé un certain nombre d'erreurs qui toutes sont inscrites en détail dans une partie de mon relevé intitulé " Chapitre de Vérification " J'établis dans mon relevé une balance de \$19.58 au débit de M. le Dr Dagenais, par suite des rectifications que j'ai faites.

RELEVÉ DE M. le DR LARUE.—Le relevé de ce livre de caisse n'a pas présenté de difficultés. Les entrées de recettes et déboursés paraissent avoir été faites d'une manière régulière. Il manque cependant quelques pièces justificatives.

RELEVÉ DE MM. les DRS L. LARUE et J. M. BEAUSOLEIL, Régis-traires.—Ce relevé ne nécessite pas de remarques particulières autres que celles déjà données dans les autres parties de ce rapport, sauf que le relevé des recettes et des déboursés de M. le Dr Beausoleil, d'après les livres que j'ai en mains, établit une balance au débit de son compte de \$4,312.02.

Voici de quelle manière j'établis cette balance :

RECETTES.

Montant total des souches de reçus que j'ai en mains..... \$12,669 00

DÉBOURSÉS.

Montant total tiré du livre des déboursés produits
..... \$1,677 12

Montant total des remises au Trésorier d'après
les livres de caisse de ces derniers..... \$5,679 85

\$7,356 97

Solde débiteur..... \$4,312 02

Le relevé des recettes de M. le Dr. Larue, Régistrare, tiré des souches de reçus de contributions en ma possession, établit un montant total perçu de..... \$2,912 00

Le montant total des remises au Trésorier d'après le livre de caisse de ce dernier est..... \$2,501 30

Solde débiteur ou montant dû par M. le Dr Larue, établi d'après les livres en mains..... \$ 410 70

EN RÉSUMÉ, les montants ci-dessous paraissent être dûs par les officiers de l'ancienne administration, savoir :

Par M. le Dr Belleau, Secrétaire.....	\$	9	00
Par M. le Dr Brosseau, Secrétaire.....		196	32
Par M. le Dr Dagenais, Trésorier.....		19	53
Par M. le Dr Larue, Régistratre.....		410	70
Par M. le Dr Beausoleil, Régistratre.....		4,312	03
<hr/>			
Montant total dû au Collège, tel qu'il appert au relevé des livres de caisse.....	\$	4,947	63

Les montants ci-dessus, paraissant dus par quelques-uns des officiers du Collège, sont le résultat exact de mes travaux d'examen, audition et relevé des livres qui m'ont été confiés. Ces montants sont cependant sujets à justification, soit par la production des pièces, soit par celle des livres dont l'absence a été constatée au cours de ce rapport. A défaut de cette justification, ces montants sont dus au Collège.

CONCLUSIONS.

Je n'ai pas à m'occuper, dans ce rapport, de l'organisation de la comptabilité nouvelle, telle que suggérée dans mon rapport préliminaire, ni de l'audition des livres de l'année courante, ne l'ayant pas faite. J'y donnerai cependant toute mon attention à partir du mois prochain, et à l'assemblée du Bureau en juillet 1900, vous constaterez je n'en ai pas de doute, de grands progrès et une augmentation de prospérité dans les affaires.

Je me permettrai de faire observer que, d'après les nouveaux livres, et afin d'éviter de la confusion dans les écritures, la reddition des comptes ne devrait se faire que tous les ans, à l'assemblée de juillet, et je crois qu'une résolution devrait être passée à cet effet.

Afin que le registre médical soit complet sous tous les rapports, à cause de son importance primordiale, on devrait s'adresser à tous les membres du Collège pour obtenir les renseignements qui sont nécessaires à cette fin et tous les médecins devraient contribuer autant que possible, dans l'intérêt de la profession, à fournir ces renseignements qui sont indispensables pour la bonne administration aussi bien que la protection des membres de la profession.

Je ne voudrais pas terminer ce rapport sans vous exprimer mon vif regret de n'avoir pas pu vous offrir un travail plus complet. Je vous ai dit les difficultés que j'avais éprouvées par la nature même de ce travail. Ajoutez à cela une indisposition d'une dizaine de jours qui, à ce moment me fit craindre d'être dans l'impossibilité de faire mon rapport. Cela vous expliquera que ce rapport puisse souffrir de quelques lacunes pour lesquelles vous serez sans doute indulgent.

Le tout humblement soumis.

(Signé)

GEO. GONTHIER,

Auditeur.

Montréal, 26 septembre 1899.

Nous n'ajouterons qu'un mot. On voit dans quel état d'irrégularité étaient tenus les livres du Collège, et combien il est important pour l'honneur de la profession de les remettre au point, si l'on veut que l'administration des biens du corps médical reprenne sa marche normale et régulière. Or, pour arriver à ce résultat désirable à tous les points de vue, il faut que tous les médecins de la province apportent leur aide efficace à la réorganisation entreprise par le nouveau bureau provincial, dont les membres ont à cœur de tenir les engagements qu'ils ont contractés.

Se basant sur l'état des livres de caisse tels qu'ils existent aujourd'hui, après l'audition longue et minutieuse qui vient d'être faite d'une manière si consciencieuse par M. Gonthier, le bureau provincial a adressé récemment à tous les médecins de la province, par l'entremise de son agent de collection, M. Mondou, un état de compte jusqu'à date des contributions annuelles qui apparaissent comme n'ayant pas encore été réglées. Or, il se trouve que malgré tout, les comptes ainsi envoyés ne sont pas exacts dans un très grand nombre de cas, et qu'on y demande le paiement de sommes déjà versées entre les mains du Dr Beausoleil, l'ancien registraire, ou de son agent, M. Déom. Ces sommes, et c'est là un fait d'une gravité exceptionnelle, n'apparaissent ni dans les talons de reçus (dont beaucoup sont en blanc) ni dans les livres de caisse qui ont été remis au nouveau bureau. Ou bien ces sommes n'ont pas été entrées dans les livres, ou bien il existe d'autres livres que l'on a illégalement enlevés, comme les 26 pages du livre de caisse du Dr Beausoleil. D'une manière ou d'une autre, il faut que ces faits soient tirés au clair, il y va, nous le répétons, de l'honneur de la profession. On ne peut pas laisser distraire des fonds du Collège une somme qui se monte à l'heure qu'il est à \$4,947.53, et qui, selon toutes les probabilités, sera bien plus considérable encore.

Les médecins de la province qui ont reçu des comptes inexacts doivent donc se faire un devoir de fournir le plus tôt possible au nouveau bureau des renseignements qui lui seront précieux. Il est facile à ceux qui ont conservé leurs reçus d'en envoyer le numéro, la date et le montant à l'agent du Collège. Ceux qui ont malheureusement perdu ou détruit ces reçus peuvent s'en faire remettre une copie duplicata. Ceux qui ont payé à M. Déom n'auront aucune difficulté à se faire remettre ces duplicata, car M. Déom a eu la bonne précaution de tenir des livres personnels. Quant au Dr Beausoleil, il n'a peut-être pas encore jeté au feu les documents qu'il a déchirés, et en lui rafraichissant un peu la mémoire..... On devra de même envoyer à l'agent du Collège le numéro, la date et le montant de ces duplicata. En agissant ainsi, non seulement les médecins se mettront du bon côté en régularisant leur position, mais encore ils permettront au nouveau bureau provincial de reconstituer dans leur intégrité complète les livres du Collège, et de se faire rembourser par qui de droit les sommes qui manquent.