

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

## DIRECTION SCIENTIFIQUE :

MM. A. BERNIER, E. BOULET, E. P. CHAGNON, E. DE COTRET, J. E. DUBÉ,	MM. L. E. FORTIER, A. A. FOUCHER, L. de L'HARWOOD, H. D'ERVIEUX, E. P. LACHAPPELLE,	MM. A. Le SAGE, A. MARIEN, O. F. MERCIER, T. PARIZEAU, C. N. VALIN.
---	---	---

## COLLABORATEURS DE L'ANNEE 1906 :

MM. Benoit, Bougeois, D'Amours, Deleis, Desjardins, Gauthier, Gregor,	MM. Heinck, Joyal, Laramée, Lussier, Laurendeau, Marsan, Pelletier,	MM. Rhéaume, Rouveau, Roy, Sirois, St-Pierre.
---	---	---

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

Vol. XXXVI

1er DECEMBRE 1907

No 12

## MEMOIRES

### LA PRETUBERCULOSE (1)

Par MM. les docteurs S. BERNHEIM et L. DIEUPART, de Paris.

**SIGNES PARTICULIERS DE LA PRÉTUBERCULOSE.** — Nous allons maintenant passer en revue les signes particuliers de pré-tuberculose proprement dite. Nous le répétons: il ne s'agit pas de diagnostic précoce, ni de symptômes insignifiants, alors qu'en somme, la tuberculose est déjà confirmée.

Ce que nous voulons entendre, ce sont des symptômes qui précèdent la tuberculose, et qui, combattus à temps, peuvent empêcher l'atteinte de la maladie.

I. — *Signe laryngé de M. Fauvel.* — Nous trouvons désigné comme symptôme pré-tuberculeux, une inflammation de la muqueuse pharyngée, rouge et couverte de mucus, puis sèche. Les amygdales et le fond de la gorge sont rouges également. M.

(1) Voir première partie en novembre.

Fauvel (1) ajoute que l'inflammation peut gagner la trompe d'Eustache et entraîner une méningite par propagation. L'anai-gris ement et la fièvre apparaissent.

Si nous nous permettons de dire que ce symptôme, dit pré-tuberculeux pulmonaire par M. Fauvel, nous paraît plutôt tuberculeux, latent, mais bacillaire confirmé tout de même, puisque sa propagation peut entraîner une méningite.

On voit l'extrême difficulté de limiter d'une part les symptômes précoces, et d'autre part les symptômes antérieurs.

II. — *Modifications chimiques.* — Nous avons vu déjà par les recherches de M. Charrin, quelles modifications se produisaient dans la chimie biologique de l'enfant issu de tuberculeux. Chez l'adulte, les modifications sont également très marquées. La tuberculose est une consommation, mais celle-ci est loin de s'établir d'un côté. Différents actes la préparent.

(a). *Respiration.* — MM. Albert Robin et Maurice Binet ont constaté que les échanges respiratoires étaient beaucoup plus élevés chez les phthisiques que chez les individus sains. Ainsi, sur 162 phthisiques, ils n'ont eu que 8 exceptions (2).

1° La ventilation pulmonaire croît de 110 pour 100 chez l'homme et 80.5 pour 100 chez la femme.

2° L'acide carbonique exhalé par kilogramme de poids et par minute, s'accroît de 86 pour 100 chez la femme et de 64 pour 100 chez l'homme.

3° L'oxygène total consommé par kilogramme et par minute croît de 100.5 pour 100 chez la femme et de 70 pour 100 chez l'homme.

4° L'oxygène absorbé par les tissus croît de 162.8 pour 100 chez la femme et de 70 pour 100 chez l'homme.

Cette suractivité se manifeste dans toutes les périodes de la maladie.

“ Ce n'est pas une manifestation de l'attaque bacillaire, puisqu'elle existe avant l'invasion bacillaire chez les trois quarts environ des descendants de tuberculeux. ” Elle constitue donc une des conditions du terrain de la tuberculose.

MM. Robin et Binet pensent que ce signe permet de prévoir à l'avance une tuberculose, et qu'ainsi on peut modifier l'organisme.

(1) La pré-tuberculose pulmonaire et son traitement. — Congrès de la tuberculose 1898. Dr Fauvel.

(2) Académie de Médecine, 19 mars 1901. — Conditions et diagnostic du terrain de la tuberculose.

C'est donc par excellence un signe prétuberculeux au sens où nous l'entendons.

M. Grehaut a présenté en juillet 1899, à la Société de Biologie un travail de M. Orion, sur la capacité respiratoire et les mesures spirométriques du prétuberculeux.

(b). — *Modifications urinaires.* — D'après M. Charrin, chez l'enfant hérédo-tuberculeux, l'acidité urinaire était fortement modifiée. Chez l'adulte en imminence de tuberculose, l'urine subit des changements dans sa composition.

À la période prétuberculeuse, M. A. Robin a décrit une polyurie tantôt simple, tantôt phosphaturique. Teissier (de Lyon), a décrit une albuminurie prémonitoire que serait surtout appréciable le matin et s'accompagnerait de polyurie et d'hypertoxi-cité urinaire.

On le voit, ces signes sont les mêmes que chez l'enfant. Le prétuberculeux perd des phosphates par ses urines, et cela expliquerait les douleurs ressenties par lui dans la continuité des os longs. C'est MM. Charrin et Guignard qui ont rapporté ces douleurs à leur vraie cause (1).

Pour Gardner et Gautrelet, il y a hypersécrétion des chlorures urinaires dans une période plus ou moins longue avant la tuberculose.

Un symptôme sur lequel nous avons insisté souvent aussi nous-même (2), avec MM. Joulie et Cautru, c'est l'hyposacidité urinaire des prétuberculeux. Elle se présente en effet, dans les trois quarts des cas, quand on veut bien se donner la peine d'analyser les urines des sujets menacés de tuberculose. La dose normale d'acidité libre d'un homme sain et robuste étant par exemple 2 gr., les urines du tuberculeux ne contiennent plus que 1 gr. 50, 1 gr. ou 0.80 centigr. d'acidité libre.

(c). — *Modifications stomacales.* — Très souvent, bien avant l'apparition de la tuberculose se montre une dyspepsie qui constitue un syndrome initial, la dyspepsie prétuberculeuse de Bourdon.

M. Marfan a suivi deux tuberculeux, l'un avait senti mal à l'estomac un an avant; l'autre sept mois avant le début de tout accident pulmonaire.

(1) Le Genre; Traité Bouchard Brissaud. Tome I, page 342. Modification de la nutrition dans la tuberculose.

(2) Dr S. Bernheim: La transformation du terrain tuberculeux hyposacide en terrain hyperacide. (Rev. int. de la tuberculose, 1905.)

Ceci constituerait donc un vrai signe de pré-tuberculose.

Ces troubles gastriques sont caractérisés par une douleur port eignum, sensation de brûlures au creux de l'estomac. Cette gastralgie correspond à l'hyperpepsie de M. Hayem, hyperchlorhydrie de Sée, hyperacidité des Allemands.

Les matières ingérées font tousser le malade, et la toux fait vomir. Les matières expulsées sont très fortement hyperchlorhydriques.

Ce syndrome pré-tuberculeux est inconstant, mais cependant très fréquent, et quand la tuberculose s'installe définitivement, la dyspepsie prend alors le caractère habituel.

Deux hypothèses pour expliquer ces troubles sont en présence: Pour l'une, l'affection gastrique est la conséquence de la tuberculose, par action des poisons tuberculeux sur la motricité de l'estomac. Pour l'autre, et c'est celle qui rallie beaucoup d'auteurs, il y a coïncidence simple. Les hyperpeptiques dilatés sont surpris par la phtisie, appelée peut-être comme le pense Bouchard, par le trouble nutritif qui résulte du trouble gastrique. On ne peut invoquer la première hypothèse quand ces troubles, comme dans les cas de Marfan, sont très antérieurs à la tuberculose confirmée.

**MODIFICATIONS CALORIMÉTRIQUES.** — Le Dr Tétan de Gesté (Maine et Loire), a indiqué une technique particulière pour mesurer à coup sûr les modifications générales chez le pré-tuberculeux. La consommation se manifeste par fatigue, courbature, lassitude, essoufflement, sueur au moindre effort, besoin de s'asseoir, diminution dans l'appétit, moindre résistance au travail, sensation de chaleur interne. Le tout s'accompagne d'une déminéralisation intense, d'une élévation dans la température moyenne des individus et l'amaigrissement lent mais progressif.

Ces sujets, ainsi atteints, ne présentent aucun signe sthétoscopique; ils sont des pré-tuberculeux. La prédisposition à la réceptivité de la contagion tuberculeuse sont en raison directe de l'intensité des combustions organiques du sujet. Pour suivre cette combustion, le Dr Tétan se sert, 1° d'un thermomètre divisé en dixièmes de degrés pour la température axillaire.

2° D'un thermomètre plat et à colonne mercurielle mobile, divisé en dixièmes de degrés, et de 2° à 40°, et destiné à mesurer la vitesse de déperdition de la chaleur du corps.

Pour la mesure, on ajoute à la température axillaire du sujet, la vitesse d'ascension thermométrique partant de 20° exprimée en dixièmes de degrés par la hauteur de la colonne mercurielle atteinte dans la minute.

Exemple: Un sujet de 36°5. Le thermoréomètre placé sur le sternum marque, au bout d'une minute, 29°5. On retranche les 200 dixièmes antérieurs et l'on a  $365 + 95 = 460$  dixièmes.

Pour Tétau, tous les sujets qui présentaient un chiffre supérieur étaient des prédisposés à la tuberculose. Tous ceux qu'il a examinés par cette méthode présentaient des troubles de fatigue dont il vient d'être parlé, et beaucoup étaient des descendants de tuberculeux.

Muni de ces mesures consomptives, il est facile de faire un traitement approprié. Notre confrère déclare qu'il a réussi par l'application de cette méthode de diagnostic pré-tuberculeux à diminuer dans sa clientèle la tuberculose des deux tiers.

Ce résultat paraît fort encourageant, et peut-être y aurait-il grand intérêt à user de ce moyen, très facile à pratiquer, pour établir ce que le Dr Tétau appelle: "Le diagnostic pratique de la prédisposition à la tuberculose pulmonaire." (1)

Le tuberculeux est souvent un fébricitant, le pré-tuberculeux peut l'être également. Seytre dit que la fièvre des tuberculeux n'est pas toujours en rapport avec la nature des lésions (2). Pour lui, elle est toujours causée par la lésion pulmonaire. Nous croyons qu'il y a là quelque exagération. Où nous sommes d'accord avec l'auteur, et où nous croyons devoir mentionner un signe de pré-tuberculose, c'est quand il insiste beaucoup sur le rôle capital du terrain organique. Tous nos efforts doivent tendre à modifier le terrain malade. Par quoi le saurons-nous, si le sujet ne présente aucun signe d'auscultation, par la température exagérée.

Dans un travail sur la tuberculose larvée, nous avons parlé de la fièvre pré-tuberculeuse à forme typhoïde. Cette fièvre n'a rien de pré-tuberculeux, elle est bel et bien bacillaire, puisqu'on trouve du bacille de Koch dans l'organisme. Soit dit en passant: ceci montre l'utilité d'une revue sur la pré-tuberculose jusqu'ici confondue avec les formes larvées, avec les formes de début. Nous

(1) De la tuberculose infantile, *Bulletin* 1913, page 177 à 188.

(2) La fièvre des tuberculeux: in *Presse Médicale*, page 578, 1902.

voulons essayer de dissiper une confusion regrettable. Quoi qu'il en soit, dans la période prétuberculeuse proprement dite, il existe de la fièvre, souvent caractérisée le soir. Cette fièvre est causée par la mauvaise nutrition générale de l'organisme.

On a décrit des phtisies larvées à début fébrile. Il s'agit de bacillose confirmée, malgré le peu de netteté des signes d'auscultation. Cette fièvre a même été confondue avec une fièvre intermittente.

La conclusion pratique est celle-ci : chez un sujet qui, sans raisons apparentes, fait le soir des poussées de fièvres, on doit penser, en l'absence d'autre diagnostic, à une menace de tuberculose et modifier le terrain organique.

\* \* \*

**DE QUELQUES SIGNES PARTICULIERS PRÉTUBERCULEUX.** — Sommes-nous bien fondés à donner un court résumé de quelques signes de diagnostic précoce de la tuberculose, quand nous avons déclaré qu'il s'agissait seulement de prétuberculose. Nous croyons qu'il est certains cas où l'auscultation, la percussion ne donnant rien, la lésion est si minime qu'elle passe inaperçue. On est là sur la frontière qui sépare la lésion de la pré-lésion.

(a) *Signe de la vibration exagérée du poumon malade.* — M. Marat (de Begles), a constaté en l'absence de tout signe d'auscultation, que le malade en parlant fort, sent vibrer le poumon atteint. Même par un mouvement instinctif, quand il a des éclats de voix, il immobilise le bras du côté atteint. Ce faisant il met une véritable sourdine au poumon malade. Cette résonance est toujours très précocement perçue par le malade (1).

(b) Nous ne parlerons que pour mémoire des signes de Grancher pour la tuberculose infantile, différence de tonalité du murmure vésiculaire, leur place étant dans le diagnostic précoce.

\* \* \*

**PRÉTUBERCULOSE ANATOMIQUE.** — Nous appellerons ainsi des modifications dans le squelette, dans l'ensemble physique des sujets qui deviennent ainsi facilement tuberculeux. Ce sont des

(1) Nouveau signe de diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire in *Presse Médicale*, 1899 page 123 tome I.

prédisposés. Ils ne deviennent pas toujours tuberculeux, puisqu'on peut modifier leur nature. Encore est-il nécessaire de fixer quels sont les caractères qu'ils présentent.

I. — *Modifications thoraciques.* — Au Congrès de 1900, tenu à Naples, contre la tuberculose, le professeur Giovanni décrit ainsi les prédisposés à la tuberculose.

“ Le squelette offre des anomalies de développement consistant en ce que les os sont longs et grêles; il y a des irrégularités d'ossification dans diverses parties, crâne, colonne vertébrale, extrémités, etc. . . ; la grande ouverture des bras dépasse la hauteur de l'individu; le thorax est absolument inférieur aux exigences de l'organisme.”

La conformation du thorax a vivement appelé l'attention des auteurs. De quelle façon qu'on l'envisage, il y a toujours une diminution dans ses dimensions.

Pour Hirtz, c'est le rétrécissement du sommet de la cage thoracique; pour Freund, la brièveté excessive des trois premières côtes; pour Anfrecht Hanisch et Jaccoud, la direction horizontale et profonde des clavicules; pour Charpy, l'exagération du diamètre bi-huméral; pour Gintrac la diminution de l'espace intermanubriaire. Toutes ces modifications entraînent une diminution de la capacité respiratoire. Nous avons vu dans notre travail sur la gymnastique respiratoire qu'une respiration insuffisamment faite était une cause fréquente de tuberculose. Le squelette a besoin d'être modifié pour que la tuberculose ne s'installe pas.

Ces sujets à thorax étroit ont une capacité respiratoire notablement diminuée, et d'après Plicque, leurs muscles thoraciques sont insuffisants.

II. — *Modifications du cœur.* — D'une façon générale les pré-tuberculeux, nous voulons dire les prédisposés à la tuberculose, ont le cœur petit, et les artères trop étroites pour le volume de leurs poumons. C'est l'avis de Rokistansky, Beneke, Brehmer et Mordhorat, bien que pour ce dernier l'importance du volume du poumon ne doive pas être considérée comme très sérieuse.

Marfan a constaté que chez le phtisique la tension artérielle, mesurée au sphygmomanomètre de Potain, était toujours abaissée. Cet abaissement existe dès le début du mal. Ce phénomène est

peut-être antérieur à la maladie et constituerait un symptôme net de prédisposition à la tuberculose. D'ailleurs, Handsfort a constaté que l'élévation de la tension artérielle était défavorable au développement de la tuberculose.

Le professeur De Giovanni range les malformations du cœur en deux catégories :

1° Cœur petit, base un peu inférieure à l'index cardiaque; ventricules en bonne proportion entre eux et avec la base. Le système lymphatique et veineux n'est pas exubérant. Chez les enfants qui présentent cet état, le développement est juste suffisant, la nutrition n'est pas florissante. Si le cœur ne se développe pas comme il doit le faire, il surviendra des accidents de croissance et de puberté.

2° Cœur anormal, la base du cœur est excédente par suite d'un plus grand développement du ventricule droit par rapport au gauche; système lymphatique très développé. Le système artériel est en déficit dans toutes ses parties. Les sujets de ce groupe peuvent présenter les apparences d'une bonne santé, à cause de l'abondant pannicule graisseux sous-cutané, ou bien ils sont d'aspect grêle, de taille supérieure à leur âge, ils ont de fréquents troubles intestinaux. Tôt ou tard, quel que soit leur facies extérieur, ils présenteront des manifestations serofuleuses ou tuberculeuses.

III. — *Modifications esthétiques.* — Les anciens attachaient une grande importance à cette beauté morbide qui est l'apanage de certains physiques; Aretée en particulier, insistait en ce qui concerne les prétuberculeux sur la blancheur de la peau, la rougeur des pommettes, la gracilité du cou, la langueur des yeux entourés d'un cercle bleuâtre.

Hippocrate considérait comme voués à la phtisie les sujets présentant les caractères suivants: blancheur de la peau, taches de la peau, coloration virant au rouge de l'appareil pileux. A. Delpeuch, dans un article où le sens artistique de l'auteur perce à chaque alinéa, dit que ce n'est pas le roux qui est prédisposé à la tuberculose.

Le prédisposé aura les cheveux noirs ou blonds, mais la moustache sera de couleur ocre rouge. Chez les femmes à chevelure blonde ou brune, le pubis sera recouvert de poils rouges. C'est ce que Delpeuch appelle l'érythisme partiel. Or, c'est celui-ci, ré-

sultat d'une anomalie de développement qui est en rapport avec la tuberculose, puisque 80 pour 100 des sujets phthisiques sont des roux partiels.

Landouzy a fait également cette remarque que les roux vénitiens étaient des prédisposés à la phthisie.

IV. — *Système nerveux.* — Les prétuberculeux ont souvent de longue date, plusieurs mois, plusieurs années avant l'apparition de la maladie, des douleurs névralgiques du thorax ou des membres inférieurs. Leur humeur revêt aussi un caractère particulier fort bien décrit par M. le Prof. Edhem Bey, de Constantinople.

“ Les prétuberculeux, dit cet auteur (1), ont un système nerveux tout particulier, enclins aux idées tristes et sentimentales, se plaignant rarement de leurs états, recherchant la solitude, les romans et les spectacles... Comme le dit Grancher, ils représentent un état particulier, que l'on pourrait appeler de la *faiblesse irritable*. Un rien les ébranle, les met en émotion.

“ Généralement c'est la *dépression nerveuse* qui prédomine chez eux, et cet effet dépressif du poison tuberculeux, on le trouve presque dans tous les systèmes de l'économie. Une grande partie de l'asthénie cardio-vasculaire, des palpitations, de l'anorexie, de la tachycardie et de la polyurie, etc., doit être rattachée tout directement au système nerveux. Mais comme les toxines tuberculeuses sont très diffusibles et touchent tous les coins de l'organisme, il est très difficile de séparer dans les petits accidents de la tuberculose ce qui revient directement au système nerveux ou bien aux influences locales.

“ Les prétuberculeux ont souvent des douleurs par tout le corps. Ces douleurs peuvent prendre toutes les formes, et ce que l'on voit de plus, ce sont les céphalalgies, les névralgies intercostales, les névrites toxiques, et surtout la sciatique, les arthralgies, les gastralgies et les myalgies.

“ Parmi ces différentes douleurs, nous allons insister sur la céphalalgie, insidieuse à son début, irrégulière dans son évolution, légère et vague dans son intensité, tenace contre toute thérapeutique et accompagnant souvent la gastralgie spéciale dont nous allons bientôt parler, et ces sciatices si spéciales par leur début

(1) Prof. Edhem Bey : La prétuberculose. — Revue internationale de la tuberculose, Janv. 1907.

insidieux, de durée interminable et de symétrie fréquente. Ce dernier caractère fera vite attribuer la maladie à une compression médullaire ou au diabète. Au cas contraire: il faut encore penser à la tuberculose, dont la sciatique-névrite est souvent un signe d'avant-garde." (HOBBS.)

### CONCLUSIONS.

Au résumé, la prétuberculose peut se confondre aisément avec les prédispositions à la tuberculose, certains troubles étant liés la plupart du temps à une tuberculose ultérieure, mais elle ne doit jamais se confondre avec la période de germination de la tuberculose ou les symptômes de diagnostic précoce. S'il y a diagnostic, il y a tuberculose.

Il importe d'être fixé sur les caractères de cette prétuberculose. Nous la croyons aussi utile à considérer que les symptômes de diagnostic précoce de la tuberculose, car ainsi, on pourra modifier le terrain, le fortifier et éviter l'atteinte du mal, prévenir facilement la contagion, ce qui, en somme, est la meilleure thérapeutique et la vraie prophylaxie.

Nous croyons, pour éviter toute confusion dans les symptômes si variés que nous venons de passer en revue, en dresser le résumé suivant:

La prétuberculose est l'état d'un sujet qui, par ses tares antérieures, personnelles ou héréditaires (alcoolisme, syphilis, convalescence, mauvaise hérédité, surmenage, anémie), par ses troubles de nutrition (modifications biologiques, chimiques, organiques), par ses modifications anatomiques, est prédisposé à devenir phthisique. C'est le sujet complètement indemne de toute infection tuberculeuse, mais qui placé dans une ambiance bacillaire, a toutes chances d'être contaminé. C'est le fameux terrain tuberculisable dont parlait Peter.

Quant aux signes prétuberculeux proprement dits, ils se trouvent englobés dans toutes ses modifications, dans tous ses troubles nutritifs ou anatomiques. La connaissance de ces altérations nous semble aussi utile que celle du diagnostic précoce de la tuberculose, car à cette période prétuberculeuse il est aisé d'agir utilement et de prévenir la contagion.

---

## UNIVERSITE LAVAL DE MONTREAL.

FACULTE DE MEDECINE

Chaire de Biologie

L. 601 du Professeur ADRIEN LOIR

Dans la leçon d'ouverture de ce cours, lors de notre précédente réunion, je vous ai indiqué, dans ses grandes lignes, le programme que je dois suivre cette année. Au moment où M. le Professeur Foucher m'a parlé pour la première fois de la création de la chaire que j'ai l'honneur d'occuper aujourd'hui, il m'a dit quels étaient les besoins de l'enseignement. M. le Professeur Mignault a précisé le rôle que je dois remplir dans cette faculté, lorsqu'il a parlé de l'Université qu'il représentait à la réunion du Collège des Médecins et chirurgiens de la province de Québec. En première année les élèves ont besoin de subir un entraînement scientifique, je dois dans la mesure du possible, aplanir pour vous les difficultés auxquelles on se heurte quand on aborde l'étude d'une science. Je dois chercher à vous inspirer, selon l'expression de M. Mignault, le feu sacré de la science et l'amour des études médicales que la diversité et l'importance de ses résultats rendent particulièrement attachantes, je dois vous parler de chimie biologique, des fermentations, de parasitologie, d'embryologie, vous montrer l'utilité de la science de laboratoire, de la médecine expérimentale. Mon cours doit être comme une introduction à l'étude de la médecine.

La médecine est une science par ses moyens d'étude. Elle est un art par ses applications. La science médicale étudie les maladies. L'art médical, vous l'apprendrez surtout en suivant assidûment les hôpitaux, en vivant le plus possible avec les malades. La science médicale, c'est en étudiant la science de laboratoire surtout que vous la comprendrez et sans elle, il vous sera difficile d'interpréter ce que vous verrez à l'hôpital.

La santé est un état d'équilibre instable dans lequel se maintient le corps humain lorsqu'il est placé dans les conditions ordinaires de sa vie.

Dans la maladie, les agents extérieurs rompent l'équilibre.

Ainsi prenons un exemple simple. La pression barométrique agit sur nous. Nous sommes habitués à vivre dans un certain climat où elle a une action moyenne fixe, mais nous subissons l'action des variations atmosphériques. Le corps humain se

trouve mal à l'aise lorsque ces variations sont brusques ou profondes, il est obligé de réagir. Ce sont ces actions venant de l'extérieur et les réactions qui se produisent chez l'être humain pour lutter contre l'état nouveau dans lequel il est placé, qui constituent ce que nous désignons sous le nom de maladie. Cette maladie est plus au moins violente. Lorsque l'homme fait l'ascension d'une haute montagne il souffre de la différence de pression qu'il subit, mais peu à peu, il arrive à s'habituer à ces nouvelles conditions de vie.

Lorsque l'ouvrier entre dans la cloche à plongeur où il doit travailler, il ne doit y pénétrer que lentement pour s'habituer à l'action de l'air comprimé qu'il va y trouver. Lorsqu'il en sort la décompression doit se faire lentement, sans cela il peut se produire des accidents qui peuvent amener la mort. Cette action du milieu extérieur, de cette cause externe et les réactions que l'individu est obligé de fournir pour résister, voilà qui constitue un état de maladie.

Pour nous rendre compte de ce que sont ces réactions du corps humain, de ce qui se passe chez l'homme sous l'influence des agents extérieurs, nous allons étudier, un peu en détail, l'action des températures extrêmes sur l'être humain et voir comment nous luttons

### I. *Lutte contre la chaleur.*

Le corps de l'homme soumis à l'action de la chaleur réagit de différentes façons, car la température interne de l'être humain est constante et se maintient à 37° quelque soit la température extérieure.

Nous luttons contre la chaleur :

- 1° Par la vaso dilatation ;
- 2° Par la diminution des échanges ;
- 3° Par l'évaporation de la sueur.

Par le phénomène de la vaso dilatation le sang afflue à la périphérie du corps, dans les petits vaisseaux, là ce sang se trouve à la surface, sous la peau qui devient rouge, il subit facilement l'action du rayonnement, il se refroidit donc plus facilement.

À la périphérie, il irrigue les organes qui s'y trouvent, il agit sur les glandes sudoripares qui sont disséminées à la surface du corps. Normalement ces glandes donnent toujours une petite quantité de sueur, mais sans cette nouvelle influence elles en

secrètent une plus grande quantité. Venant à la surface de la peau, la sueur s'évapore et produit un refroidissement grâce à cette évaporation.

Ce sont les aliments qui jouent le rôle de combustibles pour fournir la chaleur nécessaire à maintenir le corps humain à  $37^{\circ}$ , lorsque la température extérieure est voisine ou dépasse  $37^{\circ}$ , les échanges, les combustions, c'est-à-dire l'utilisation des aliments est moins complète, moins active.

La régulation thermique par la sueur est de cause périphérique, l'exposition au soleil par exemple ; mais si au moyen d'un médicament on empêche la production de la sueur, il arrive un moment où la sueur survient malgré tout. Elle n'est plus amenée par cause externe, par cause périphérique, mais par cause centrale, c'est le bulbe rachidien qui agit dans ce cas, car lui aussi participe à la lutte si les autres organes ne font pas leur devoir.

Le chien qui n'a pas de sudation par la peau a la sudation pulmonaire, elle s'accélère lorsque la température de l'animal augmente, c'est ce que l'on désigne sous le nom de polypnée. Si on arrête la polypnée, la température monte à  $41^{\circ} 5$  et alors la respiration qui est de 60 mouvements respiratoires, monte brusquement à 200 et même 360 mouvements par minutes.

On croyait autrefois la vie impossible au-dessus de  $38^{\circ}$ . Villet en 1760 a placé trois jeunes filles dans un four de boulanger dont la température fut maintenue pendant dix minutes à  $132^{\circ}$ . A cette température on peut faire cuire de la viande et des pommes de terre et ces jeunes filles résistèrent cependant très bien grâce à la réaction qui se produisit.

L'évaporation se produit mieux à l'air sec que lorsque l'air est humide c'est pour cela qu'une température de  $40^{\circ}$  en Afrique, lorsque le climat est sec, est mieux supportée qu'une température de  $35^{\circ}$  sur les bords de l'Amazone où le climat est humide. Le mouvement donne de la chaleur, c'est pour éviter cette production de chaleur supplémentaire que l'instinct de ceux qui vivent dans les climats chauds les porte à faire sieste pendant les heures plus chaudes de la journée. Ce que les hommes ont trouvé par l'observation on peut en démontrer l'utilité par l'expérience sur les animaux. Lorsque dans les laboratoires on soumet des cochons d'Inde à des températures élevées, ceux qui sont placés dans des cages à écureuil qui tournent tout le temps et les obligent ainsi à

prendre de l'exercice forcé, meurent avant ceux qui restent au repos et sont cependant soumis à la même température trop exagérée.

## II. *Lutte contre le froid.*

Comment luttons-nous contre le froid ?

- 1° Par la vaso constriction ;
- 2° Par l'augmentation des échanges ;
- 3° Par le frisson thermique.

Sous l'action du froid la peau devient blanche, le sang ne vient plus à la surface où il se refroidit trop.

Plus la température baisse, plus nous consommons d'oxygène pour nous réchauffer (cet oxygène nous le trouvons dans les aliments) et par conséquent plus nous rejetons d'acide carbonique. C'est ce que l'on désigne sous le nom d'augmentation des échanges. Nous mettons plus de charbon dans la machine humaine pour maintenir la température du corps à 37°.

Normalement nous rejetons 0,50 centigrammes d'acide carbonique par heure et par kilogramme de notre poids. Dans un bain froid à 7° centigrade on rejette 8 grammes d'acide carbonique. On a pu supporter cette température pendant trente minutes. En sortant de ce bain froid on a une très grande faim, la machine réclame du combustible.

Le chien est moins gourmand que l'homme, il prend en général seulement ce qui lui est nécessaire comme nourriture il sait se modérer, s'arrêter à temps. Un chien auquel on laisse la liberté de prendre ce qu'il veut de nourriture absorbe par décimètre carré de surface, (c'est la mesure employée pour avoir des résultats comparables) des aliments qui donnent une certaine quantité de chaleur, un certain nombre de calories, (c'est ainsi que l'on désigne en physiologie l'unité de mesure employée dans ce cas). Dans ces conditions le chien absorbe des aliments qui représentent une valeur de :

11 calories en été

17 calories en hiver

Non seulement la personne soumise au froid consomme plus d'aliments, mais pour se réchauffer, elle se donne du mouvement, elle fait des mouvements volontaires (battre la semelle etc, etc.) Il est un travail musculaire qui se produit lorsque l'on est soumis au froid, c'est un travail musculaire involontaire qui donne de

la chaleur, c'est ce que l'on désigne sous le nom de "frisson thermique."

La lutte contre les températures extrêmes entraîne des conséquences diverses, par exemple : La sueur contient du chlorure de sodium et elle en contient toujours la même proportion. Lorsque la sueur se produit en grande quantité il y a donc une forte proportion de chlorure de sodium dépensée. Ce chlorure de sodium, c'est le sang qui le fournit. Mais ce chlorure de sodium il est nécessaire pour former l'acide chlorhydrique que fabriquent les glandes de l'estomac et qui est indispensable à la digestion. Lorsque le sang ne contient plus, ou presque plus, de chlorure de sodium, les glandes de l'estomac ne peuvent plus exploiter cette mine qui leur donne d'ordinaire et le suc gastrique est moins acide. Les digestions deviennent difficiles, c'est de là que dérivent les digestions lentes, manque d'appétit et c'est une des causes de l'anémie des pays chauds.

Cette lutte contre les températures auxquelles nous ne sommes pas habituées voilà un exemple simple d'une maladie.

Le corps humain est impressionné non seulement par les variations physiques mais par ses rapports avec les objets ou les êtres.

Les causes des maladies sont ce que l'on désigne sous le nom d'agents pathogènes. Ces agents sont :

Mécaniques,

Physiques,

Chimiques, (caustiques, toxiques.)

Animés, (parasitaires ou infectieux.)

Devant ces causes, l'organisme de l'homme ne reste pas indifférent, il réagit. Les phénomènes qui se produisent sont les mêmes que ceux qui existent pendant l'état de santé, l'intensité seule diffère. Tous ces phénomènes tendent toujours au même but, contrabalancer les forces externes.

La santé est donc la réaction organique dans des conditions fixes et préétablies, la maladie est représentée par des réactions de même nature mais se produisant dans des conditions variables et nouvelles.

## INFECTION PUERPERALE (1) suite.

Par E. A. René de COTRET  
Professeur adjoint d'obstétrique. Accoucheur de la Maternité.

Dans mon premier travail sur l'infection puerpérale (Union Médicale No novembre), j'ai donné la définition de cette maladie ; j'ai parlé de sa fréquence ; j'en ai fait brièvement l'historique ; j'ai dit quelle en était la cause : des germes infectieux, le streptocoque, le staphylocoque, le bactérium coli, des anaérobies, le gonocoque. Aujourd'hui je vous entretiendrai des infections associées, de la vitalité et de la virulence des germes ; je dirai un mot de l'influence des doctrines étiologiques sur l'hygiène des accouchées et la mortalité puerpérale ; enfin j'expliquerai comment on comprend la pathogénie de l'infection, c'est-à-dire comment le microbe est apporté dans le vagin ou l'utérus de la malade : ce sera dissenter sur l'hétéro-infection et l'auto-infection.

*Infections associées.* — De ce que j'ai dit, dans mon précédent article, faut-il conclure que, en clinique, les choses se passent ainsi ; c'est-à-dire que, parce que l'infection puerpérale a pour cause un germe, un microbe, le streptocoque, le staphylocoque, etc., l'on rencontrera toujours chez une infectée, l'un ou l'autre de ces microbes à l'exclusion des autres ? Non, l'infection puerpérale peut être *monomicrobienne* ; mais elle est presque toujours *polymicrobienne* ; autrement dit, on rencontre plusieurs microbes qui agissent simultanément ou successivement et créent des infections associées ou mixtes. Ces infections sont causées quelquefois par des micro-organismes aérobies, et quelquefois par les anaérobies ; mais le plus souvent elles sont l'effet d'une association des aérobies et des anaérobies : l'infection est aéro-anaérobie et l'on trouve en association de deux à dix ou douze espèces de germes. Sur 18 examens de lochies, Jeannin a trouvé 1 fois une seule espèce microbienne, 1 fois deux espèces, 1 fois trois espèces, 7 fois quatre espèces, 4 fois cinq espèces, 1 fois six espèces, 2 fois sept espèces, 1 fois onze espèces.

La science n'a pas encore dit son dernier mot à propos de l'association ou de l'autogonisme des germes pathogènes, dans l'infection puerpérale. D'après certains auteurs on peut cependant affirmer que le streptocoque est fréquemment associé au staphylocoque, au micrococcus fœtidus, au bacillus pyocyaneus et au coli-bacille ; et, qu'après un certain temps ce même streptocoque

(1) La suite du mois de novembre.

chasse ou détruit le staphylocoque. Le gonocoque semble préparer la voie au streptocoque qui finit par le vaincre dans cette lutte pour l'existence et qui demeure enfin seul maître du champ de bataille. Le streptocoque lui aussi semble préparer le chemin ou le terrain au coli-bacille qui fait souvent des incursions au vagin ou à l'utérus au cours d'une infection streptococcique.

L'expérience et l'expérimentation ont montré l'importance de ces associations mixtes qui jouent un grand rôle dans l'exaltation de la virulence.

Avant de toucher le sujet de la virulence, je veux dire un mot de la *fièvre du travail* que la plupart des accoucheurs passent sous silence.

*Fièvre du travail.* — Assez souvent l'élévation de température qu'on observe pendant le travail de l'accouchement serait l'ouvrage des germes infectieux : aérobies ou anaérobies ; streptocoques, staphylocoques, coli-bacille, etc. "Kronig, dit Varnier, établit d'abord, par des arguments théoriques et par des faits positifs, que la prétendue fièvre-fonctionnelle du travail est en réalité une *fièvre de résorption* ; elle est due à l'infection plus ou moins rapide, après la rupture des membranes, du liquide amniotique, normalement vierge de germes "

Dans 21 cas de fièvre du travail où Kronig a cherché l'agent pyrétogène, il n'a trouvé qu'une seule fois le streptocoque, et une autre fois le staphylocoque. Le liquide amniotique n'offrait ni mauvaise odeur, ni signes de décomposition. Dans 19 cas où le liquide était putride, Kronig rencontra 4 fois le *Bacterium coli* et 14 fois des anaérobies. Kronig croit que la fièvre s'explique plutôt par la formation, en assez grande quantité, des toxines, qui influenceraient le centre régulateur de la température. Selon lui la localisation intra-ovulaire de l'agent septique, l'imperméabilité des membranes qui protègent encore la caduque rendent improbable l'hypothèse d'une migration vasculaire précoce du streptocoque. C'est ce qui porte Kronig surtout à croire à l'hypothèse des toxines c'est la chute brusque de la température après l'évacuation de l'utérus. Cependant Kronig a constaté souvent que l'infection de la caduque a succédé à l'intoxication du travail.

Les recherches de Kronig, de Whitridge Williams et les expériences de Walthard ont démontré que le liquide amniotique offre,

après la rupture des membranes, un milieu de culture favorable au développement du *bactérium coli* qui causera, de la manière que j'ai dite plus haut, par résorption de ses produits, la *fièvre du travail*, et déterminera, comme peut le faire le streptocoque, une endométrite coli-bacillaire avec fièvre pendant les suites de couches. De plus dans ces cas, le coli-bacille, d'après Gebhard, peut être l'agent de la tympanite utérine. Les anaérobies seraient encore plus propres à produire la physométrie ; c'est l'opinion de Nuttall, de Dobbin, de Bar et de Kronig.

Il n'est pas absolument nécessaire que la poche des eaux soit rompue pour qu'il se fasse dans des cas, excessivement rares il est vrai, une infection du liquide amniotique. Jeannin cite un cas où il pratiqua l'avortement provoqué rapide. Cependant, avant de rompre la poche des eaux, il aspira une partie de son contenu avec une pipette : le liquide était noirâtre et d'odeur fétide ; on put en isoler un *cocco-bacille* que Jeannin pense être un des bacilles anaérobies facultatifs du vagin, c'est-à-dire un des hôtes habituels de ce conduit. Hellendall fit plusieurs expériences dans lesquelles on voit, même pendant la grossesse, les germes remonter vers l'utérus, traverser caduque et membranes pour venir en fin de compte se répandre dans le liquide amniotique.

Je viens d'accoucher une patiente dont la grossesse était à terme. Cette malade avait des pertes blanches depuis très longtemps. Trois mois avant son accouchement un médecin lui avait ouvert un abcès dans la grande lèvre gauche. Elle était en travail depuis plusieurs heures quand je l'examinai pour la première fois. Le col ressemblait beaucoup à un col de multipare ; cependant elle était primipare. Le col avait aussi beaucoup les apparences d'un col avec contraction pathologique. Le col laissait pénétrer facilement deux doigts ; la lèvre antérieure était épaisse d'un gros doigt ; la lèvre postérieure beaucoup plus mince. On aurait dit qu'il existait une cicatrice en arrière et à droite. Cependant la patiente n'avait jamais subi d'opération. La poche des eaux étaient intacte. Il se dégageait des parties génitales une odeur très forte semblable à celle de la gonorrhée. L'enfant était vivant. Mon premier examen fut fait le matin. L'après-midi, je fis un nouvel examen et je sortis du col à deux reprises des morceaux de caduque parfaitement détachés et qui y étaient

tonnés. L'expulsion de l'enfant se fit dans le courant de la nuit suivante au moment de la rupture spontanée des eaux, qui avaient une couleur jaunâtre et une odeur infecte. L'enfant était mort probablement depuis peu d'instant. Délivrance complète. La température pendant le travail dépassait 99° F. La température a continué à monter les premiers jours des couches jusqu'à 102.6° F.; odeur infecte, lochies noirâtres. L'examen interne de l'utérus nous montre une surface partout mamelonnée. Il existait ici une endométrite probablement gonorrhéique, datant d'avant la conception ou s'étant faite pendant la grossesse. Le travail de l'accouchement a causé un traumatisme nouveau et d'autres germes probablement anaérobies sont venus se joindre au gonocoque. Cependant l'examen bactériologique n'a pas été fait.

Assez sur ce sujet, car je m'aperçois que j'empiète sur un article que je traiterai plus tard : l'auto-infection.

*Vitalité et virulence des germes.* — J'ai dit que l'association microbienne exalte la virulence des germes qui la compose : Aehalme, Monti, Bezaugon, Widal, Bar, Tessier, Guillemot l'ont prouvé. Monti a fait des expériences sur le lapin. S'il injectait isolément dans l'oreille d'un lapin soit le bacillus prodigiosus, soit le streptocoque, il ne se produisait que des lésions locales ; tandis que si ces deux microbes étaient introduits simultanément dans chacune des oreilles d'un lapin, une mort assez prompte s'en suivait. Le coli-bacille et le streptocoque s'exaltent mutuellement. Le bacillus ramosus ne cause d'accidents gangréneux qu'en association.

Si l'on s'explique ainsi la mort rapide dans certains cas d'infection mixte, cette exaltation de la virulence par association microbienne ne constitue pas toutefois un phénomène nécessaire. En effet, on rencontre assez souvent des infections monomicrobiennes fort graves ; tandis que le pronostic est bénin dans 70 p. 100 des cas d'infection polymicrobienne.

La virulence d'un microbe peut aussi être exaltée par la coïncidence d'une intoxication d'origine microbienne. Le nombre des bactéries a son mot à dire dans cette question de virulence. Toujours au même point de vue, il n'est pas indifférent que le microbe se loge à tel ou tel endroit. Si le microbe élit domicile sur des plaies à l'entrée de la vulve ou du vagin, le résultat sera

à peu près le même que dans l'infection d'aucune plaie en chirurgie. Il n'en serait pas de même, si la plaie infectée est située plus haut dans le vagin. De là, le microbe gagne plus facilement l'utérus, où les conditions sont plus favorables à l'accroissement des germes et à l'invasion de l'économie. Voilà pourquoi la plupart des cas graves ont pour point de départ une infection dans l'utérus. Une des raisons qu'on en donne est que le microbe trouve une résistance dans les tissus sous-muqueux d'autant moins grande qu'il monte plus haut dans le canal génital. Hirst prouve cette assertion par l'observation d'une autopsie. " On a trouvé, dit-il, que, dans un cas d'infection à streptocoques de tout le canal génital, les micro-organismes étaient présents dans la muqueuse vaginale seulement ; dans la muqueuse du col et dans ses tissus immédiatement sous-jacents ; dans l'endomètre et profondément dans le muscle utérin ; preuve que les microbes peuvent facilement pénétrer dans l'épaisseur des tissus de l'utérus, pendant qu'ils sont incapables d'envahir les tissus sous-jacents de la muqueuse vaginale."

N'y a-t-il pas encore une autre raison qui influe sur la virulence : et ce te raison, on a voulu la faire valoir dernièrement dans le traitement de l'infection puerpérale : c'est la réaction leucocytaire, c'est la phagocytose. " Dans un premier degré, dit Budin, la présence du microbe est suivie d'une réaction leucocytaire qui protège les couches profondes du tissu utérin. Ces leucocytes agissent en englobant les microbes, mais surtout en neutralisant l'effet de leur toxine, soit dans le corps même du leucocyte, soit à distance grâce à la sécrétion propre de ces cellules. Dans un degré plus prononcé, la réaction leucocytaire est insuffisante, les microbes trop nombreux ou trop virulents traversent la barrière de défense et pénètrent l'économie."

" Les cellules épithéliales du vagin et du col, ajoute encore Budin, agissent également en jouant le rôle de phagocytes. Mais c'est surtout par le nombreux appel de leucocytes, qui se produit au niveau de la plaie placentaire et des sinus veineux, que se fait la défense naturelle. La leucocytose est, du reste, la règle pendant la grossesse. Cette leucocytose augmente encore pendant le travail et les suites de couches."

En réalité la virulence des germes dépend surtout de leur ori-

gine, de leur nombre, de leur passage successif sur plusieurs organismes, des conditions locales que leur offre le terrain. Quand, plus tard, nous aurons étudié cette question du *terrain*, nous comprendrons pourquoi, dans certains cas, des saprophytes, ayant vécu jusqu'à tel moment, sans produire aucune manifestation, peuvent tout à coup acquérir, sans cause apparente, une virulence considérable et devenir la source d'accidents graves ; nous nous expliquerons aussi comment il se fait que Kronig et Bar ont pu trouver, dans les lochies prises dans l'utérus même, des streptocoques à l'état pur qui n'ont produit aucune réaction chez la femme ; et comment il se fait que, dans certains cas, sans lésion appréciable au niveau de l'utérus, la femme meurt rapidement de septicémie. Ce sont là les deux termes du problème : microbes et terrain.

*Influence des doctrines étiologiques sur l'hygiène des accouchées et la mortalité puerpérale.* — Les idées nouvelles sur l'étiologie de l'infection puerpérale devaient opérer une révolution complète non seulement dans le traitement de cette maladie, mais encore dans l'hygiène ou le traitement des nouvelles accouchées et dans les soins apportés au moment de l'accouchement. Ces conceptions étiologiques, devaient être le salut d'une foule de femmes condamnées, sous l'ancien régime, à la mort dans des circonstances excessivement tristes. En effet, je ne vois rien de plus affreux, rien de plus douloureux, rien de plus accablant qu'une mère qui s'en va, enlevée par la hideuse mort, quand elle vient de donner le jour à un être qui lui demande encore sa vie, sa sève.

Cette théorie microbienne, naissant du labeur ardu des laboratoires, devait ouvrir une ère nouvelle aux traitements des maladies dont on venait de connaître l'étiologie. Désormais, on ne traitera plus, uniquement comme autrefois, les symptômes constatés ; on enrayera les maladies dans leurs germes ; on coupera le mal dans ses racines.

A quel résultat est-on arrivé ? A un accroissement de vitalité, à une diminution de morbidité, à une disparition presque complète de mortalité. La conception de la théorie microbienne a conduit à l'avènement de la méthode antiseptique qui a eu pour effet, en obstétrique comme en chirurgie, non seulement de supprimer la plupart des complications des plaies, plaies chirurgicales ou plaie utérine, et d'abaisser ainsi considérablement la morbidité des

opérés comme celle des femmes en couches, mais aussi d'atténuer, les complications qu'elle a été impuissante à prévenir. C'est-à-dire que la méthode antiseptique a exercé son influence non seulement sur la *quantité*, mais aussi sur la *qualité* des infections.

En chirurgie, voit-on comme autrefois cette septicémie suraiguë, cette infection purulente, cette pourriture d'hôpital, qui enlevaient rapidement les opérés ou les minaient cruellement ? Tout au plus, et très rarement, aujourd'hui, voit-on un abcès local, ou un premier degré de fièvre. En obstétrique, même transformation : l'infection puerpérale a considérablement diminué de fréquence, de même que sa physionomie générale s'est modifiée avantageusement. Les cas bénins sont de beaucoup les plus communs.

Quelle différence donc entre la *fièvre puerpérale d'autrefois* et l'*infection puerpérale d'aujourd'hui* ?

Jadis, on observait deux ordres de cas très nettement différents. Les uns n'étaient guère caractérisés que par des symptômes généraux : température très élevée, grande fréquence du pouls, frissons répétés, état général très grave. Du côté de l'abdomen, rien ou presque rien. Les autres cas étaient marqués par le météorisme, la sensibilité de l'abdomen, le défaut d'involution et la mollesse de l'utérus, la diminution et la fétidité des lochies, symptômes qui ne permettaient pas de méconnaître la source du mal. Les symptômes généraux (fièvre frissons, facies particulier, etc.) étaient relégués au second plan.

Les premières formes qui se montraient surtout en temps d'épidémie étaient invariablement mortelles. Les malades mouraient en peu de jours et l'on ne trouvait aucune lésion à l'autopsie. C'est peut-être grâce à cette forme, que les *essentialistes* définissaient la fièvre puerpérale, une fièvre *essentielle*, une *pyrexie*. Les secondes formes, ou formes endémiques, s'observaient en temps ordinaire. Elles furent défendues par les *localisateurs* qui y voyaient une *phlegmasie*.

En résumé, voici ce qu'on voyait alors :

1° Fréquence des formes générales, foudroyantes, en temps d'épidémie ;

2° Fréquence de la péritonite, comme forme endémique de l'infection. La péritonite est la plus grave des formes localisées ;

3° Rareté de la phlegmatia, la plus bénigne des formes localisées.

Aujourd'hui, les termes de la proportion sont renversés. Ce que l'on rencontre le plus fréquemment, c'est l'endométrite et la phlegmatia alba-dolens. La péritonite, si fréquente et si grave autrefois, se voit rarement, mais elle est toujours grave.

Les formes générales, foudroyantes ont fait place à la septicémie, mais à une septicémie atténuée et d'autant plus légère qu'elle débute plus loin du moment de l'accouchement. " Ce qu'on observe actuellement disent Labadie-Lagrave et Gouget, ce ne sont plus ces malades à l'aspect cadavérique, aux yeux caves, au regard fixe, hagard, à la physionomie empreinte d'une inexprimable angoisse; ce ne sont plus ces malades agitées, qui crient sans cesse qu'elles vont mourir et supplient le médecin de les sauver, ni celles qui tombent dès le début dans un état de prostration dont elles ne sortent que pour délirer; ce sont simplement des malades abattues, au facies pâle, blafard, mais sans cette expression particulière qui caractérise presque toujours les formes les plus graves. Calmes, conservant leurs idées nettes, elles supportent l'interrogation et n'ont pas conscience de la gravité de leur situation."

D'où vient un tel résultat? De la connaissance parfaite de la vraie étiologie, et par suite de l'asepsie et de l'antisepsie qui font que les *fièvres puerpérales* peuvent s'appeler *infections puerpérales antiseptiques ou atténuées*.

Mais, de là, s'ensuit-il que si l'infection est abandonnée à elle-même, que si l'on méconnaît son étiologie et par conséquent l'action des antiseptiques ou l'avantage de l'asepsie, on ne reverra pas la mortalité d'autrefois ou la sévérité des anciens jours: ou bien l'infection est abandonnée à elle-même et c'est *l'autrefois* qui revient; ou bien, cette infection est prévenue ou énergiquement traitée et elle avorte ou prend un caractère de *bénignité* particulière et c'est la caractéristique *d'aujourd'hui*. Toutefois, infection puerpérale *atténuée* ne signifie pas infection puerpérale sans danger, ni guérissant toute seule.

*Pathogénie.* — L'infection puerpérale est, à n'en plus douter, une affection microbienne ou si l'on veut: pas d'infection possible sans contamination préalable de l'organisme par les germes infectieux. Voilà une proposition que je crois suffisamment prouvée par les explications qui précèdent.

Mais d'où viennent ces germes infectieux?

L'infection peut être *d'origine hétérogène* ou *d'origine autogène*. Dans le premier cas les agents microbiens sont apportés de l'extérieur ; dans le second, ils existaient d'avance en un point quelconque de l'organisme de la femme, et c'est à l'occasion du traumatisme obstétrical qu'ils deviennent virulent.

(a) *Infection d'origine hétérogène*. — Il n'y a pas encore longtemps qu'on croyait que tout cas d'infection puerpérale était d'origine hétérogène. Charpentier, en 1899, dans son petit traité de *l'étiologie et traitement de la fièvre puerpérale*, ne veut pas admettre d'autre cause. C'est un peu fort et c'est rendre le médecin ou la garde-malade responsables d'une faute qu'ils n'ont pas toujours commise ; c'est faire peser sur leurs épaules une responsabilité trop lourde ; et, ce serait trop souvent les exposer à des reproches immérités et, même plus, à des dommages considérables. Si l'origine hétérogène est de beaucoup la plus fréquente et la plus importante, elle n'est pas l'unique origine de l'infection. Ainsi le médecin ou la garde-malade ne sont pas toujours une cause dans la pathogénie de l'infection puerpérale. Ils peuvent avoir une porte de sortie dans les troubles que pourrait leur causer un cas d'infection, et se rejeter, quand ils ont pris les précautions nécessaires, sur le fait que la femme peut s'infecter elle-même. Mais de cette dernière considération il ne faut pas trop abuser, parce que ce serait ouvrir une autre porte plus grande à la négligence et à l'incurie.

Comparons les statistiques de l'ère préantiseptique avec celles d'aujourd'hui ; comparons le temps où nous ne lavions nos mains, où nous ne nettoyions nos instruments qu'après l'accouchement, avec aujourd'hui où nous lavons et désinfectons nos mains et nos instruments plutôt avant l'accouchement, et nous verrons quelle est la principale cause de l'infection hétérogène.

Un jour, j'étais à la Maternité à donner une leçon à six étudiants et je leur disais : "lavez-vous bien les mains, frottez-les, savonnez-les, ne craignez pas d'user la brosse, et surtout n'oubliez pas vos ongles : qu'ils soient courts et bien nettoyés en dessous. Rappelez-vous qu'il vaut mieux, pour vous et surtout pour votre malade, que vous soyez des accoucheurs propres et sans science, que des accoucheurs savants et habiles, mais dangereux par leur malpropreté. Si vous êtes ignorants, vous aurez recours, dans

les cas difficiles, au lumière d'un confrère qui vous tirera sans difficulté, vous et votre malade, de la misère et de l'embarras ; mais si au contraire, vous êtes des savants crasseux, votre science malpropre tuera facilement et fréquemment votre maladie et minera votre réputation."

" Mais comment se fait-il, me dit un étudiant, qu'à la campagne — (et moi j'aurais pu ajouter qu'à la ville aussi souvent) — on ne fait pas généralement d'antisepsie, qu'on ne se lave pas les mains, que les instruments ne sont pas désinfectés, et qu'on prétende n'avoir jamais d'infection puerpérale."

C'est là une erreur grossière. A la campagne où l'air pur donne la vie dans sa beauté, dans sa force, on ne devrait jamais avoir de mortalité ni même de morbidité puerpérales ; et, cependant si l'on scrute les statistiques mortuaires on trouvera bien souvent, hélas ! aussi souvent à la campagne qu'à la ville, des pauvres mères qui paient tribut à la mort, à l'heure où l'aurore du bonheur et de la joie devrait annoncer un jour heureux. Là comme ici, trop souvent, les premiers rayons du matin sont les dernières reflets du soir.

Si les statistiques de la campagne, déjà trop sombres, ne paraissent pas aussi chargées qu'elles devraient l'être en réalité, c'est qu'elles ne disent pas la vérité, toute la vérité. Peut-être, beaucoup plus souvent à la campagne qu'à la ville, on se trompe sur les véritables causes de certaines maladies et l'on fait assez souvent erreur involontaire dans le certificat de décès ; non pas parce que les médecins sont moins instruits là-bas qu'ici — (leur science vaut la nôtre et peut-être plus ; leur capacité professionnelle vaut notre bagage expérimental.) — Mais parce que nos confrères villageois n'ont pas les mêmes avantages de suivre de près leurs malades. Ils font un accouchement dans des rangs très éloignés de leur demeure, et ils ne retournent plus voir l'accouchée que le jour où l'infection, ayant débuté insidieusement, ayant progressé lentement grâce à la force de résistance de la malade, est venue se localiser aux poumons, à la plèvre, au cœur, aux articulations ou au cerveau. Le jour de la parturition est déjà loin : deux semaines, trois semaines, un mois même plus ce sont déjà écoulés depuis la première et l'unique visite du médecin, lors de l'accouchement. On a oublié cette heure, on y pense plus, et on

soigne la pneumonie, la pleurésie, l'endocardite, le prétendu rhumatisme, l'arthrite suppurée, la fièvre typhoïde (qui cependant n'en est pas une). Si la malade meurt, le certificat de décès indique la maladie secondaire qui n'est qu'une complication ou une terminaison fréquente de l'infection puerpérale.

Et a-t-on parlé de la septicémie ? Nullement. En voici un exemple entre beaucoup d'autres. Cet exemple peut aussi bien convenir ou s'appliquer à la pratique de la ville. Un jour, je suis appelé dans un village des environs de Montréal. Il s'agit d'une femme accouchée depuis une douzaine de jours. Cette infortunée fait de l'infection puerpérale grave. La fièvre est très élevée, le pouls rapide, le délire bruyant. Par le curettage, j'extrais des morceaux de placenta. Le lendemain de mon intervention la température est presque normale, le pouls est bon ; enfin amélioration très marquée. La malade paraît sauvée. Elle va de mieux en mieux pendant huit jours ; voilà que tout à coup elle fait de la pneumonie qui l'emporte. Le certificat de décès porte l'étiquette de pneumonie sans en spécifier la cause. Ce papier mortuaire est-il juste ? La malade à la vérité est morte de pneumonie ; ça paraît mieux aux yeux et aux oreilles du médecin traitant et des parents ; mais le coup qui a d'abord frappé, n'est-ce pas l'infection puerpérale ? Cette infection n'est-elle pas la cause de la pneumonie. J'avais donc, dans mon précédent article, raison de rapporter les paroles d'Edgar.

Pour appuyer ma thèse qu'il y a autant d'infections puerpérales à la campagne qu'à la ville, j'ouvre un des rapports annuels du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec (1894), j'y vois le total des naissances dans les districts ruraux : 12,100 ; le total des décès par infection puerpérale dans ces mêmes districts : 50 ; donc 1 décès sur 242 naissances.

Je prends maintenant les principales villes : Montréal, Québec, Trois-Rivières, pour établir la comparaison. Ces trois villes donnent 11,791 naissances avec 38 décès de mères, c'est-à-dire 1 décès sur 310 naissances ou couches. Si je compare l'énorme mortalité de Montréal (37 décès par infection), j'arrive encore avec une moyenne plus basse qu'à la campagne. Montréal à 10,714 naissance ; donc 1 décès sur 290 naissance. Il y a même des comtés ruraux où la proportion est de 1 sur 100 ou 150. J'ai

pris au hasard, comme terme de comparaison l'année 1894. Les statistiques des autres années conservent ces proportions.

Nous nous valons donc, gens de la campagne, gens de la ville. C'est une preuve, en face d'une mortalité, que nous manquons quelquefois à notre devoir. Nous pourrions obtenir beaucoup mieux si tous, médecins de la campagne et de la ville nous nous en donnions la peine. Heureusement que ceux qui ne croient pas, au moins qui ne paraissent pas croire, à l'influence de la propreté, de l'asepsie ou de l'antisepsie sur les accouchements et les suites de couches, se font de plus en plus rares. Ici, tous se targuent d'être propres, et tous ne le sont pas ; là-bas, quelques-uns seulement se glorifient d'ignorer les règles de l'antisepsie, et d'être attachés aux vieilles coutumes et presque tous sont les adeptes des nouvelles méthodes.

J'ai péroré, n'est-ce pas, bien longuement pour dire que le mode d'apport habituel des microbes c'est la *main non désinfectée de l'accoucheur*. Dans la très grande majorité des cas d'infection, si l'on faisait une enquête sérieuse, on en retracerait la cause dans l'apport du germe pathogène par le doigt qui *touche* la malade. Les doigts du médecin sont en contact continu avec des matières plus ou moins septiques. Le médecin court de côté et d'autre constamment ; il inspecte, il palpe, il touche, il tourne et retourne ses malades en tous sens ; tantôt c'est la peau desquamante d'un scarlatineux, la surface rouge d'un érysipèle, ou d'un abcès ; tantôt c'est une plaie suppurante ; tantôt c'est la bouche aux dents cariées ; tantôt c'est la gorge aux plaques diphtériques et que sais-je encore, qui attirent son attention, ses yeux, et surtout ses doigts. Dans la chambre d'un malade, sur un meuble, sur un tapis, sur un drap, sur un habit, ses doigts vont se souiller à des crachats desséchés, à des paquets de pus, à des poussières contenant toutes les espèces de microbes. Le médecin a touché une femme infectée ; il a examiné ses plaies périnéales ou vaginales ; son examen digital s'est porté jusqu'à l'utérus ; autant de raisons graves qui exposent le médecin accoucheur à infecter ses accouchées, s'il n'est pas bien imbu de l'idée bienfaisante de l'asepsie et de l'antisepsie. Donc le doigt qui pratique le toucher vaginal, voilà le plus grand instrument qui menace la vie ou la santé de la femme.

L'infection peut venir autant, pour les mêmes raisons, de la

garde-malade qui assiste l'accouchée. La parturiente ou l'accouchée s'infecte souvent elle-même d'une manière hétérogène. J'ai vu des femmes se toucher elles-mêmes et voir si le travail de l'accouchement progressait. Celles-là s'exposent grandement parce que leur hardiesse n'est pas toujours accompagnée d'une propreté soignée et attentive. Dans maintes circonstances, c'est l'accouchée qui fait sa toilette vulvaire et remplace ses garnis. L'accouchée encore portera ses doigts à la vulve pour en examiner l'œdème ou en montrer les plaies au médecin. Et dans quel état sont ces mains qui vont, peut-être, porter l'étincelle qui allumera une fièvre ardente et meurtrière ? La main du mari, calleuse, noire habituée à des métiers sordides, est souvent la cause de l'infection. Ce mari fait l'office de garde et de quelle manière !

Il n'est pas suffisant d'avoir les mains propres et aseptisées pour pratiquer le toucher, il faut de plus nettoyer et aseptiser les organes génitaux externes de la femme, afin de ne pas s'inoculer les doigts au passage et de ne pas transporter de la vulve à la partie supérieure du vagin, au col ou à l'utérus, les microbes qui pullulent à l'entrée de ces organes.

Tous les instruments qui servent aux opérations obstétricales peuvent devenir, au même titre que les mains, des agents d'infection. Fehling, en 1903, trouve que la morbidité par infection s'élève à 47 p. 100 après la délivrance artificielle, à 13 p. 100 après le forceps, à 12 p. 100 après la version. " Les contusions, disent Bar et Jeannin, les plaies qui résultent de ces interventions, le risque répété du transport dans l'utérus de germes contenus dans le vagin, l'exaltation de virulence des agents microbiens par leur culture dans le sang souvent retenu dans l'utérus, expliquent le rôle des interventions, surtout de celles qui sont multiples, prolongées et mal réglées, alors même que les mains de l'opérateur semblent aseptiques. Il en est, à plus forte raison, ainsi quand l'opérateur n'est pas assuré de l'asepsie de ses mains ou de ses instruments."

Les canules vaginales ou utérines peuvent être dangereuses si l'on n'a pas pris la précaution de les stériliser et de les tenir stériles. En pratique privée, il est très difficile de réaliser les conditions nécessaires aux injections vaginales. La garde fera bien bouillir les canules ; elle en comprend la nécessité : vous le lui

avez dit ; elle tiendra cette canule dans un bocal contenant une solution de bichlorure de mercure. Cependant au moment de se servir de cette canule, la garde la dépose sur un meuble, sur un linge quelconque, ou la laisse se souiller sur le mur de l'appartement, après l'avoir accrochée au tuyau de caoutchouc de l'irrigateur. Voilà pourquoi un grand nombre d'accoucheurs ont supprimé les injections vaginales pendant les suites de couches.

Les liquides employés pendant l'accouchement, ou les suites de couches doivent être rigoureusement aseptiques ou antiseptiques. Il faut prêter une grande attention à tous les objets de pansement, les bassins et les linges de la literie, les vêtements de l'accouchée, les vêtements des personnes qui approchent la patiente. La vulve sera recouverte soigneusement avec du coton stérilisé.

La contagion par l'air, admise par un certain nombre d'accoucheurs, est exceptionnelle.

Les lochies d'une femme atteinte d'infection puerpérale sont excessivement dangereuses. Le médecin ne peut trop se brosser et désinfecter les mains quand il a touché ou examiné une telle femme. Le pus, quelle que soit sa provenance, furoncle, abcès, panaris, est toujours dangereux. Les infections du nouveau-né, conjonctivite purulente, infection ombilicale, coryza purulent, staphylococcie cutanée, broncho-pneumonie, otite, parotidite, etc, peuvent être la source d'une infection chez la mère. Sont aussi à craindre toutes les maladies infectieuses qui peuvent, en contagionnant une nouvelle accouchée, devenir la cause d'accidents puerpéraux ; telles sont la grippe, la pneumonie, la scarlatine, l'ozène, toutes les angines et surtout l'érysipèle. Le médecin accoucheur ne doit pas s'infecter au contact des cadavres : toute autopsie est dangereuse.

Par ce qui précède on doit comprendre quelle est la prophylaxie des infections puerpérales : *“Il faut, disent Bar et Jeannin, éviter toute occasion de se souiller les mains d'une manière septique, quelle qu'en soit l'origine, car on ne peut songer à les désinfecter complètement ;*

*“ Il faut également réduire au strict minimum toute exploration, toute intervention manuelle ou instrumentale chez la parturiente et la nouvelle accouchée.”*

Il faut donc conclure que dans la plupart des cas, l'infection

est d'origine hétérogène et qu'elle est due à un contact direct : le doigt de l'accoucheur, de la garde ou de la femme, et les instruments. L'hétéro-infection est la variété la plus fréquente et même, pour certains accoucheurs, elle est la seule admissible.

Dans un prochain article je parlerai de l'auto-infection.

---

### CANCERS SUPERFICIELS ET RADIOTHERAPIE. PRINCIPAUX FACTEURS ET MARCHE DE LA GUERISON.

Par le Dr Henri LASNIER.

Chirurgien et radiologiste, élève de M. Béclerc, Paris,  
Membre de l'American Electro-Therapeutic Association, N.-Y.

En toutes choses, dit-on, le temps est un élément. Ou si l'on veut le succès dépend bien souvent de savoir combien il faut de temps pour réussir. Le traitement des cancers superficiels par les rayons X n'échappe pas à cette loi.

La longueur à donner aux séances en tel cas, et avec tel matériel producteur de rayons X, est un point capital, dans la pratique de la radiothérapie.

Déterminer ce temps, dans chaque cas particulier, est le premier devoir du radiologiste. Administrés sans données précises, ils sont une arme à deux tranchants, présentent un dilemme difficile à éviter :

En donner trop ou en donner trop peu. Trop on cause des radiodermites dont il faut attendre la disparition avant de continuer et qui ainsi retardent la guérison. Trop peu, on n'obtient que des demi-résultats, des demi-guérisons, des demi-succès.

Il y a donc un point, qu'on doit atteindre, une borne aux environs de laquelle il faut se rendre d'abord — pour faire produire aux rayons X tous les effets dont ils sont susceptibles.

Pour déterminer ce point particulier dans chaque cas, il faut tenir compte, de l'action physiologique des rayons, de leur force de pénétration ; 2° de la quantité produite par l'ampoule ; 3° de la distance de la partie malade à l'anti-cathode, l'action des rayons diminuant en proportion du carré de la distance, des constantes électriques, données par le spintermètre, l'ampermètre, le voltmètre et le milliampère.

Des expériences ont été faites, pour déterminer la dose maxima

que la peau humaine peut supporter sans danger de brûlure. C'est au moins la dose que l'on doit donner en une fois, pour la radiothérapie. C'est le point de repère pour en donner assez et ne pas dépasser trop la dose. La méthode des petites doses souvent répétées est condamnée par la majorité des radiologistes, comme étant responsable d'un plus grand nombre d'accidents, comme plus dispendieuse, coûteuse, ennuyeuse pour le malade. Les doses massives longuement espacées, constituent la méthode de choix ; dans les cancers bien entendu. La méthode des petites doses, font subir aux tissus des modifications profondes, qui font qu'à un moment donné, la moindre dose cause de terribles accidents. Les radiologistes qui ont négligé de se protéger, vous diront ce qu'ils pensent des petites doses.

Ce premier point établi de la dose à donner selon la région à traiter, selon les particularités individuelles (les blonds sont plus susceptibles que les bruns, l'enfant que l'adulte, le faible que le fort,) il reste à connaître là, le mécanisme.

#### LA MARCHE DE LA GUÉRISON.

Les malades soumis aux rayons X et avec eux, trop souvent des médecins, s'attendent de constater comme premiers phénomènes, des phénomènes de réparation immédiate dans l'ulcération. Et comme les faits ne répondent pas à leur attente, ils sont bientôt découragés.

Il y a, après un certain nombre de séances un moment critique pour le patient, qui peut être une pierre d'achoppement sur la voie de la guérison.

Il faut donc le prévenir de ce qui va se passer.

Les rayons agissent comme agent destructeur des cellules cancéreuses. Ils exercent une action élective sur les cellules épithéliales et respectant le tissu sain, ce qui a fait qualifier les rayons d'agent idéal de destruction.

Ce que l'on voit de l'ulcéré, représente les couches superficielles du cancer — Il faut donc qu'elles disparaissent, qu'elles fondent en quelque sorte, que le terrain soit déblayé, avant qu'en leur lieu et place, on voit se faire des tissus de réparation.

Il s'en suit donc constamment un agrandissement de la plaie, de l'ulcère.

Tout cancer qui veut guérir, commence donc par s'agrandir en surface. C'est ce phénomène qui surprend le plus les malades et les porte au découragement.

L'ulcère s'agrandit, non par la marche en avant du cancer, mais par l'action destructive, fondante des rayons X.

On peut dire alors que le traitement marche et que le cancer rétrograde. Que la prolifération cellulaire s'arrête, nous en avons la preuve, dans le fait, que les bords élevés et indurés de l'ulcère diminuent d'épaisseur, ainsi que les infiltrations périphériques.

Par le fait de cette fonte des couches superficielles d'autres phénomènes, plus appréciés du malade, accompagnent les premières séances de radiothérapie.

C'est que les granulations jaunâtres, purulentes disparaissant, le pus et l'odeur diminuent. La place dès le début du traitement, se nettoie.

Attendons un peu, et nous verrons cet agrandissement s'arrêter au tissu sain. Là où les dernières couches de cellules épithéliales ont été détruites, on verra apparaître des petits points blanchâtres de cicatrisation. C'est le commencement de la guérison.

Ces points iront se multipliant en nombre, s'étendant en superficie empiéteront sur les points saignants derniers vertiges, dernières colonies des cellules cancéreuses.

Les points saignants nous décèlent alors les endroits où l'on pourra, si l'on veut hâter la guérison, porter le feu du thermocautère, ou le tranchant de la curette pour chasser l'ennemi dans ses derniers retranchements.

C'est ce moment, où le tissu sain commence à se différencier du tissu pathologique (après une moyenne de six à huit séances) qui constitue le moment de choix, pour intervenir chirurgicalement, si l'on veut avec le meilleur résultat plastique, obtenir la guérison dans le plus court délai possible.

---

## REVUE GENERALE

---

### LA DUREE DU SEJOUR AU LIT DES ACCOUCHEES (1).

On a beaucoup discuté depuis un certain temps la question de la durée du séjour au lit des accouchées et il semble bien qu'un certain nombre d'accoucheurs, à l'heure actuelle, soient portés à considérer comme exagéré le temps de séjour au lit qu'on impose généralement aux accouchées.

Parmi un bon nombre des travaux consacrés à ce sujet depuis un certain temps, nous citerons en particulier ceux de M. Bouchacourt parus dans la *Presse médicale*, de M. Pierra dans la *Revue pratique de gynécologie*, de M. le professeur Charles (de Liège) dans le *Journal d'accouchements* et de M. le Dr Flèche qui, dans une thèse remarquable (2), a envisagé également la question au point de vue médico-social.

On pourra voir par ce court résumé que les opinions sont très partagées sur ce sujet, mais si les avis sont si divers, c'est qu'il y a une question de pratique vulgaire qui domine la situation. Il n'est pas douteux que théoriquement on pourrait le plus souvent permettre aux accouchées de quitter le lit plus tôt qu'on ne le fait d'habitude et que l'alitement de vingt jours qui est exigé pour beaucoup d'accouchées, est un peu prolongé. Mais c'est qu'en réalité toute femme autorisée à quitter son lit, au moins dans la classe moyenne, au lieu de reprendre graduellement la vie normale, comme il serait à désirer, retombe presque aussitôt dans les fatigues de la vie journalière. Dans la classe ouvrière, cet inconvénient est bien plus grave encore et dès le neuvième jour, jour presque fatidique, les accouchées retournent presque toutes à leur travail habituel. On conçoit donc qu'on ait été porté à exagérer un peu la période d'alitement nécessaire.

Mais, d'autre part, il est bien certain que l'utérus n'est rentré dans l'excavation et n'a repris ses dimensions normales que le dix-huitième ou vingt-cinquième jour et qu'il semble indiqué d'attendre le moment où cette réduction est complète pour prendre le lever ; mais la question est de savoir si un mouvement modéré ne favorise pas plutôt qu'il n'entrave cette restauration et c'est ce que prétendent les partisans du lever précoce.

(1) *Journal de méd. et chir. de Paris*, Oct. 1907.

(2) Thèse de Bordeaux.

C'est ainsi que M. Desplats (de Lille), dont M. Flèche résume les opinions, considère que, contrairement à l'opinion commune, ce repos, tel qu'on l'observe aujourd'hui, prédispose à l'infection, qu'il retarde l'involution et que, par là, il favorise les déplacements et nuit à l'avenir génital de la femme. Pour lui, le traumatisme n'est rien, l'infection est tout. La station verticale aurait, de plus, l'avantage d'amener, sous l'action de la pesanteur, l'évacuation de l'utérus et du vagin par une sorte de drainage naturel. Les mouvements précoces et les changements de position ne produisent pas de déplacements fâcheux. Ils favorisent de plus le rétablissement des fonctions de l'intestin et, en régularisant la circulation et la nutrition, permettent aux mères d'allaiter plus aisément leur enfant.

M. Fochier condamne le repos prolongé et pense que quatre ou cinq jours de lit sont ordinairement suffisants.

M. Pierra estime que le séjour au lit prédispose à la congestion de l'utérus surtout quand il est rétrofléchi.

M. Bouhacourt dans un de ses articles de la *Presse médicale* conclut ainsi :

L'axiome éternellement vrai : *il y a des malades et non des maladies*, ne permet pas de répondre par une formule générale à cette question de clinique.

Le praticien ne doit exprimer son opinion qu'après avoir tenu compte de l'état social de l'accouchée, de ses antécédents, de ses habitudes, de son caractère (ainsi s'il a affaire à une femme énergique, active, remuante, incapable de rester en place, il sera beaucoup plus sévère que dans le cas inverse), et enfin après avoir dressé l'inventaire physiologique et pathologique de sa malade.

Dans la classe aisée, l'insuffisance de l'activité et l'infériorité de l'organisme expliquent la nécessité d'un séjour au lit plus long que quand il s'agit de femmes qui sont moins éloignées de la nature. Aussi, alors que, chez ces dernières, une semaine de lit suffit en moyenne, il ne faut guère autoriser le lever, pour les premières, avant la fin de la seconde semaine qui suit leur accouchement.

Bien entendu, le séjour au lit sera prolongé : toutes les fois qu'il existera des craintes d'infection ; que le périnée aura été déchiré et suturé ; que la paroi abdominale sera très relâchée, et les lochies très abondantes ; qu'il y aura une contusion notable

des parties génitales ; qu'on se trouvera en présence de varices, d'affections médicales quelconques (lésions cardiaques, tuberculose, etc.) ; ou enfin qu'il y aura quelque anomalie obstétricale (hydrannios, grossesse gémellaire, utérus très volumineux pour une cause quelconque, etc.).

*Que fera la couchée en sortant du lit ?* — Charpentier demandait que, pendant huit à dix jours, la femme restât constamment étendue, en se contentant de l'usage de la chaise longue.

Il est certain que les premiers pas de l'accouchée doivent être consacrés à aller sur une chaise longue, où elle ne restera que quelques heures le premier jour ; mais, très rapidement, elle pourra marcher un peu dans son appartement.

On ne permettra l'exercice que progressivement, à mesure qu'on verra l'utérus régresser, et les lochies diminuer, et jamais en allant jusqu'à la fatigue.

Le plus grand danger du lever précoce étant l'infection latente, il faudra continuer à prendre la température et le pouls, exactement comme si la malade avait gardé le lit.

Enfin, la première sortie de l'accouchée devra être courte, en voiture de préférence, et par un beau temps, aux heures les plus chaudes de la journée. Hegar autorise cette sortie de relevailles au bout de trois semaines.

Tels sont les conseils donnés par M. Bouchacourt.

— Dans son *Journal d'accouchements* le professeur Charles, ainsi que l'indique la *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, cite ce qui se fait à Berlin à la clinique du professeur Landeau pour la chirurgie abdominale. Depuis plusieurs années, dès le lendemain des laparotomies, on s'efforce de faire exécuter aux opérées des mouvements assez étendus ; on les invite à fléchir et à étendre les cuisses sur le bassin, à se mettre sur le côté, à soulever le haut du corps. En outre, 6 à 24 heures après l'intervention, on administre des lavements salés à 37° pour évacuer les gaz et les résidus intestinaux (250 gr. toutes les 3 h.) ; si après 48 heures le résultat n'est pas satisfaisant on donne 1 à 2 cuillerées à soupe d'huile de ricin. Quand tout va bien, la malade abandonne le lit au milieu ou à la fin de la première semaine. On lui permet de se lever déjà deux jours après l'opération, lorsqu'elle se sent capable de le faire. Les résultats de cette mobilisation et

de ce lever précoces sont très bons : la convalescence est plus rapide et les diverses fonctions sont stimulées ; les forces reviennent vite.

S'appuyant sur ces faits, M. le prof. Charles estime que l'on peut appliquer le même raisonnement aux accouchées, qui relèvent, elles aussi, d'un grand traumatisme utérin. Il n'est pas utile, selon lui, de leur faire garder l'immobilité et le lit si longtemps qu'on le fait à présent. Depuis vingt-sept ans, son enseignement sur ce point s'est résumé dans cette règle : *1er septénaire au lit, 2e septénaire à la chambre, 3e septénaire à la maison.*

Cette méthode de mobilisation, et surtout le lever précoce des accouchées, aussi bien que des opérées, exige cependant de la prudence, de la surveillance, de la confiance dans l'intéressée et son entourage. L'état général et local ne doit rien laisser à désirer ; si quelque anomalie se présente, si une particularité survient, à plus forte raison si un incident se produit, la malade doit incontinent réintégrer son lit.

— Mais c'est sans doute le professeur Kuestner (de Breslau) qui a poussé le plus loin la théorie du lever précoce qu'il cherche à vulgariser en Allemagne. Dans le but de résoudre la question, ainsi que l'indique M. Flèche, Kuestner avait choisi 16 femmes dont l'accouchement avait été aussi normal que possible et qui ne présentaient aucune lésion extérieure. Toutes ont commencé à se lever selon leur désir, dans l'un des quatre premiers jours des couches : 6 primipares, 7 secondipares, 2 tertipares, 1 à son quatrième accouchement. Les femmes qui s'étaient levées de bonne heure, même dès le second jour, ont eu de meilleures suites de couches que celles qui s'étaient levées plus tard. Un premier effet du séjour hors du lit fut la régularisation des fonctions de l'intestin. La déperdition de poids qui suit normalement l'accouchement ne fut pas plus marquée chez les accouchées levées que chez celles restées au lit, bien que le régime alimentaire des unes et des autres fût le même. Les lochies des accouchées levées se caractérisaient par leur consistance peu épaisse, de teinte rosée et de nature sereuse. Aucune de ces accouchées séjournant hors du lit n'a eu de métrorragies. L'involution utérine s'est faite dans des conditions normales et on n'a pas constaté de rétro-flexion ni de prolapsus.

— Malgré les plaidoyers très actifs faits en faveur du lever précoce, il ne semble pas que ces nouvelles théories aient acquis beaucoup d'adhérents dans les milieux enseignants, et les idées classiques continuent à y régner.

C'est qu'en effet, pour que l'application du lever précoce soit faite dans de bonnes conditions, elle nécessite une surveillance très rigoureuse et de tous les jours, et si elle peut être utile à quelques femmes, elle court le risque de nuire à un grand nombre d'entre elles. Aussi M. Flèche arrive-t-il à conclure de ses recherches personnelles que, ainsi que l'enseignent les maîtres de la Faculté de Bordeaux, la femme accouchée ne devrait se lever que lorsque l'utérus est redevenu organe pelvien, c'est-à-dire après dix-huit ou vingt-cinq jours.

Ce terme paraît long et il est bien certain que la grande majorité des femmes, et beaucoup sans inconvénient, ne l'observent pas. C'est cependant celui qui est préconisé par la plupart des accoucheurs qui, ainsi que le rappelle M. Bouchacourt, demandent un alitement moyen de trois semaines, et leur sévérité à cet égard a plutôt tendance à se renforcer depuis quelques années. Tarnier et Chantreuil (1882) demandaient quinze à vingt jours ; le *Congrès national d'assistance* de Lyon (1894) a adopté, sur la proposition de Crozier, le terme de dix-huit à vingt-cinq jours ; Ribemont et Lepage (1896) donnent également comme nécessité dix-huit à vingt-cinq ; Charpentier (1899), trois semaines, "souvent plus, jamais moins" (marche permise seulement au 30<sup>e</sup> jour) ; Gaulard et Bué (1901) veulent quinze à vingt jours ; Budin et Demelin (1904), dix-huit-ou ; Falk (1905), dix-sept à vingt.

On voit combien ces délais s'éloignent de ceux qui sont demandés par les accoucheurs dont nous venons de rapporter les opinions.

---

#### OPHTALMO OU OCULO-REACTION A LA TUBERCULINE.

Le procédé de diagnostic fourni par l'ophtalmo-réaction au sujet duquel nous avons déjà donné quelques indications a donné lieu à de nombreuses recherches qui presque toutes ont confirmé les faits avancés par M. Calmette, M. le Dr Comby, dans les Ar-

*chires de médecine des enfants* (n° 10), consacre à ce sujet une Revue générale dans laquelle il expose les résultats qu'il a obtenus personnellement. Nous reproduisons presque en entier cet article qui constitue un document important dans cette question d'un intérêt essentiellement pratique.

... L'injection sous-cutanée de tuberculine, qui constitue un excellent moyen de diagnostic, a comme on sait, de nombreux et graves inconvénients et est d'un maniement difficile.

Tout récemment, on a essayé de lui substituer des procédés plus inoffensifs, et l'on peut dire qu'on y a réussi.

Un élève d'Escherich, le Dr von Pirket (*Deut. med. Woch.*, mai 1907) a imaginé d'introduire la tuberculine à la surface de la peau chez les enfants : *cuti-réaction*. Pour cela, il scarifie légèrement le tégument et applique sur la petite place dénudée une solution très forte de tuberculine. Après quarante-huit heures, il se produit une rougeur œdémateuse, puis une papule qui rappelle la fausse vaccine ; cette papule disparaît au bout de huit jours. Chez les enfants non tuberculeux, aucune réaction locale ne doit se produire. Le procédé est surtout efficace chez les nourrissons et très jeunes enfants. Toutefois, la *cuti-réaction* n'a pas une valeur absolue ; sur 100 enfants tuberculeux, 88 réagissent, 12 ne réagissent pas ; sur 100 enfants non tuberculeux, 16 réagissent.

M. Dufour a expérimenté le procédé de von Pirket chez un assez grand nombre d'enfants, et il a constaté qu'il n'avait pas une valeur constante (*Soc. méd. des hôp.*, 21 juin 1907). D'autre part, il faut pratiquer une petite plaie aux téguments et cela peut faire reculer le médecin. Enfin la papule peut persister un temps assez long, et son volume est parfois excessif.

L'*ophthalmo* ou *oculo-réaction* n'est pas passible des mêmes critiques. Aussi a-t-elle été accueillie tout de suite avec la plus grande faveur.

M. Calmette (*Acad. des sciences*, 17 juin 1907) s'est servi de tuberculine précipitée par l'alcool à 95° ; il a préparé une solution aqueuse à 1 p. 100, dont il instille une goutte dans l'œil.

Au bout de quelques heures, l'œil instillé rougit, la caroncule gonfle, la congestion, très accusée après vingt-quatre heures, persiste deux ou plusieurs jours et disparaît sans laisser de trace.

Pas de fièvre, aucune réaction générale. Chez les enfants non tuberculeux, il ne se produit rien ; l'œil reste absolument indemne.

Il est bien entendu que l'ophtalmo-réaction est applicable aux adultes, et les résultats publiés par M. Calmette et par M. Letulle sont très probants (*Soc. méd. des hôp.*, 28 juin ; *Presse méd.*, 13 juillet 1907.)

Sur une première série de 16 enfants instillés avec une tuberculine que m'avait envoyée M. Calmette, j'ai obtenu 8 réactions positives (*Soc. méd. des hôp.*, 12 juillet 1907) et 8 réactions négatives. Dans la première catégorie, il s'agissait manifestement d'enfants tuberculeux, et la réaction ne nous surprit pas.

Dans la seconde, deux enfants étant morts quelques jours après l'oculo-réaction négative (l'un d'invagination intestinale, l'autre de broncho-pneumonie morbilleuse), nous avons pu constater à l'autopsie l'absence de toute lésion tuberculeuse, ce qui confirme la valeur de l'oculo-réaction.

Quand la réaction est positive, il y a lieu de distinguer plusieurs degrés :

1° *Réaction légère* qui pourrait passer inaperçue, si l'on ne regardait pas attentivement le coin de l'œil, si l'on ne comparait pas son coloris à celui de l'œil sain ; 2° *réaction modérée* qui se voit à distance, la rougeur dépassant la région caronculaire pour envahir le globe ; 3° *réaction violente* avec conjonctivite catarrhale, gonflement des paupières.

Dans deux cas positifs, la réaction fut tellement violente et prolongée (sept à huit jours) que nous eûmes la pensée d'employer une dilution plus étendue de la tuberculine.

Avec une solution à 1 p. 200, nous parvîmes à atténuer la réaction sans lui ôter rien de sa valeur pour le dépistage de la tuberculose.

Dans cette deuxième série de malades, au nombre de 53 (*Soc. méd. des hôp.*, 19 juillet 1907), nous nous sommes servis de la tuberculine préparée par l'Institut Pasteur et gracieusement fournie par M. Roux, en même temps que de la tuberculine de M. Calmette. La réaction est aussi intense avec la tuberculine de M. Roux qu'avec celle de M. Calmette. Après avoir essayé la solution à 1 p. 100, j'ai fait préparer ma solution à 1 p. 200. Il m'a semblé que cette solution donnait des réactions aussi sûres

que la précédente et moins violentes. C'est ainsi que les deux malades de ma première série, qui avaient eu une violente conjonctive avec œdème palpébral, à la suite de l'instillation de tuberculine à 1 p. 100, ont été traités de nouveau, sur l'œil indemne, huit jours après, avec une solution à 1 p. 200. L'oculo-réaction a été encore nettement positive, mais avec beaucoup moins de violence : rougeur de la conjonctive, un peu de larmolement, quelques flocons fibrineux, mais pas de gonflement des paupières.

Il est possible qu'une solution plus diluée encore (1 p. 300, 1 p. 400, etc.), donne des réactions positives. Cependant je ne conseillerais pas d'aller trop loin dans cette voie de la dilution puisque les solutions plus fortes, par conséquent plus sûres pour le diagnostic, sont inoffensives. Il faut donc s'en tenir provisoirement à 1 p. 200 avec les excellentes tuberculines françaises préparées à l'Institut Pasteur de Paris (sous la direction de M. Roux), ou à l'Institut Pasteur de Lille (sous la direction de M. Calmette).

Dans une troisième série de malades, comprenant 50 cas, les résultats ont été les mêmes que dans les deux premières séries.

Quand un enfant a présenté une oculo-réaction positive, si l'on fait de nouveau l'épreuve à quelques jours d'intervalle, sur l'œil indemne, on obtient encore une réaction positive. Nous avons tenté l'épreuve sur sept malades avec un succès constant. C'est ainsi que nous avons pu comparer entre elles la tuberculine de M. Roux et celle de M. Calmette, la solution à 1 p. 100 et la solution à 1 p. 200. Une première réaction positive n'immunise donc pas les sujets, et j'ai constaté que la seconde réaction était aussi forte que la première, quand on employait des solutions de même titre. De même, l'injection sous-cutanée de tuberculine (comme je l'ai vu chez plusieurs de mes malades) ou la cuti-réaction (comme l'a vu M. Dufour) n'immunisent pas davantage les enfants à l'égard de l'oculo-réaction.

La réaction ne se produit pas immédiatement après l'instillation ; il faut attendre plusieurs heures, de cinq à dix heures, d'après mes cas personnels, pour saisir les premiers indices de la congestion oculaire. Puis cette congestion s'accuse de plus en plus pendant les heures qui suivent. Elle est à son maximum au bout de vingt-quatre heures et ne se dissipe que lentement. Il n'est pas rare de la voir persister cinq, six, sept jours et plus, quand on la recherche attentivement.

Pour avoir une oculo-réaction nette, il est nécessaire que l'œil de l'enfant ne soit pas atteint au préalable de quelque affection aiguë ou chronique (conjonctivite, blépharite, kératite). J'ajouterai même que les deux yeux doivent être indemnes. En effet, dans deux cas où, un seul œil était sain, j'ai voulu instiller la tuberculine, j'ai vu la réaction amener une véritable conjonctivite semblable à celle qui existait du côté malade. Outre cet inconvénient, il y a la difficulté de juger la qualité de la réaction : est-elle le fait de la tuberculine, n'est-elle pas conditionnée par l'ophtalmie dont l'enfant était atteint ?

Ces réserves faites, on peut dire qu'il n'y a pas de contre-indication à l'oculo-réaction. L'âge importe peu ; j'ai fait l'instillation chez des enfants de tout âge, depuis quinze jours jusqu'à quinze ans. De même, la localisation ou le degré de la tuberculose ; qu'il s'agisse d'une tuberculose médicale ou d'une tuberculose chirurgicale, localisée ou généralisée (granulie), fébrile ou non, que l'enfant ait un premier degré de tuberculose pulmonaire ou des cavernes, qu'il soit bien portant en apparence ou cachectique, l'oculo-réaction n'est jamais en défaut. C'est du moins ce qui semble résulter de mes nombreuses observations.

Sur 132 malades soumis à l'épreuve de la tuberculine, 62 ont réagi et 70 n'ont pas réagi. Parmi les premiers, j'ai pu faire quatre autopsies, qui ont révélé une tuberculose indéniable. Parmi les seconds, j'ai été à même de vérifier six fois sur la table d'autopsie l'absence de toute lésion bacillaire. L'anatomie pathologique confirme donc les données de la clinique.

En résumé, nous avons, dans l'oculo-réaction à la tuberculine, soit avec une solution à 1 p. 100 (conseillée par M. Calmette), soit avec une solution à 1 p. 200 (éprouvée par moi), un moyen sûr de dépister la tuberculose chez les enfants (*ophtalmo-diagnostic*). Ce moyen est absolument inoffensif ; il ne détermine qu'une réaction locale passagère, sans aucun retentissement sur la santé générale. Il ne provoque aucune poussée fébrile, avantage précieux sur l'injection sous-cutanée ; il peut être employé chez les enfants qui ont de la fièvre, autre avantage sur le procédé dont je viens de parler. Cette fièvre, il ne la modifie en rien.

Il est applicable à tous les cas, sans exception, d'âge, de forme ou de degré, de lésions trop ou pas assez avancées, de cachexie, etc.

Une seule condition est requise, c'est que l'œil sur lequel l'ins-

tillation sera faite soit sain. J'ajoute même qu'il me semble nécessaire que l'autre œil soit également indemne de toute altération.

Tout médecin peut se servir de l'oculo-réaction et préparer lui-même, au moment de s'en servir, la solution de tuberculine. En possession de la petite capsule contenant 5 milligrammes de tuberculine sèche, laquelle se conserve indéfiniment, il y ajoute au compte-gouttes X à XX gouttes d'eau bouillie, suivant qu'il veut se servir d'une solution à 1 p. 100 ou d'une solution à 1 p. 200, et, après avoir agité, pour faciliter la solution, il peut immédiatement procéder avec le même compte-gouttes à l'oculo-réaction.

D'après tout ce que nous avons vu, nous croyons pouvoir dire que le procédé imaginé et vulgarisé par M. Calmette, sous le nom d'*ophthalmo-réaction à la tuberculine*, est des plus simples, des plus élégants et des plus sûrs. C'est un moyen de diagnostic merveilleux.

Ce moyen permet de faire la sélection des enfants dans les familles, dans les écoles, dans les hôpitaux, dans toutes les collectivités d'enfants. Il permet de distinguer les enfants tuberculeux de ceux qui ne le sont pas et de prendre des mesures en conséquence. Il pourrait servir à l'*Œuvre de Grancher* pour le choix des enfants qu'on veut placer à la campagne. Il permet de savoir, d'une façon sûre, quels sont, dans une famille tuberculeuse, les enfants déjà atteints et ceux qui ne le sont pas encore.

Dans les hôpitaux, l'ophthalmo-diagnostic appliqué systématiquement à tous les malades permettra d'établir des catégories ; les tuberculeux révélés par l'oculo-réaction peuvent être isolés ou tout au moins soumis à un régime spécial (alimentation, aération, etc.). Cela s'applique aux services de médecine. Mais les services de chirurgie sont appelés à bénéficier aussi de ce procédé infailible de dépistage de la tuberculose. Telle ostéite douteuse, telle coxalgie, fausse ou vraie, telle déviation vertébrale d'origine incertaine, etc., pourront être immédiatement classées et définies d'après l'oculo-réaction.

Dans le service de mon collègue M. Broca, j'ai pu ainsi confirmer le diagnostic d'une coxalgie (réaction positive), infirmer le diagnostic de mastoïdite tuberculeuse (réaction négative), faire pencher la balance vers le diagnostic de tubercule cérébral (paralégie spasmodique), etc.

Dans plusieurs cas (familles inquiètes sur la nature de brouilleries répétées), j'ai pu remener le calme et la confiance par l'oculo-réaction négative que j'avais obtenue chez les enfants.

On peut juger, par ce court aperçu, des multiples applications de l'ophtalmo-diagnostic en médecine infantile.

---

## SOCIÉTÉS

---

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

*Séance du 5 Novembre 1907*

Présidence de M. MARIEN

I. M. BOURGOIN : *Traitement de la constipation chronique.*

Pour bien traiter la constipation, il faut d'abord en connaître les causes, qui sont : mécaniques, dyscrasiques, nerveuses et digestives.

Tout en traitant la cause, il faut s'attaquer directement à l'intestin, et faire suivre au malade, un régime qui variera quelque peu selon qu'on aura affaire à la constipation spasmodique, ou à la constipation atonique. Nous avons à notre disposition l'hygiène, l'alimentation, les médicaments, les agents physiques, et les eaux minérales.

II. M. VALIN : *Importance de la diététique dans le traitement des malades.*

La diététique, est la science qui règle l'usage raisonné des aliments en vue de prévenir ou de guérir les maladies. Les bases de la diététique moderne sont : la chimie analytique, la chimie biologique, la physiologie normale et pathologique. L'étude et l'application de la diététique offrent de plus un grand avantage au praticien, celui de le forcer à connaître le fond pathologique de chaque cas qu'il traite. Les principes qui servent de base à tout régime sont : 1° La composition chimique des aliments, 2° les besoins de l'organisme, 3° l'utilisation des aliments par l'organisme.

ALBERT LARAMÉE.

---

**SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DISTRICT DES TROIS-RIVIÈRES.**

---

*Séance du 1er novembre 1907*

Présents : Drs L. P. Normand, C. N. DeBlois, J. H. Ledue, Nap. Lambert, C. E. Darche, O. Tourigny, des Trois-Rivières ; B. Bourgeois, de Montréal ; Omer Hélie, de St-Grégoire ; et M. P. Grenier, de St-Maurice.

Le rapport de la dernière assemblée est lu et adapté.

Le Dr Darche et le Dr Tourigny donnent une conférence sur les *Opsonines*.

Le Président remercie les conférenciers et les félicite d'avoir fait ce travail dont profiteront certainement les membres de la Société.

Le Dr Bourgeois, voit avec plaisir qu'on traite à la société médicale des Trois-Rivières des sujets aussi scientifiques et d'une actualité aussi grande, il dit quelques mots sur les opsonines, et il ajoute que les savants de tous les pays sont à l'étude de ce sujet et déjà on en a tiré résultats pratiques très importants.

Le Dr Panneton félicite le Dr Normand à l'occasion de sa nomination à la présidence du collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec.

Le Dr DeBlois ajoute quelques mots et présente la résolution suivante qui est adaptée à l'unanimité :

Considérant que le Dr L. P. Normand représente depuis plusieurs années les médecins de notre district qui l'ont élu unanimement gouverneur du collège des médecins.

Considérant qu'il a été l'un des fondateurs et le premier président de notre association médicale.

Il est résolu que la société médicale du district des Trois-Rivières adresse ses plus chaleureuses félicitations au Dr Normand pour sa récente nomination comme président du collège des médecins et chirurgiens de cette province.

Le Dr Normand remercie ses confrères pour les bons sentiments qu'ils montrent à son égard. Il est fier de l'honneur qui lui a été fait, mais il sait que la position de président du Collège des Médecins entraîne beaucoup de responsabilité. Il nous parle des questions importantes qui sont actuellement devant le Collège la création d'un Bureau central d'examineurs, la réciprocité

interprovinciale et avec l'Angleterre etc. Il dit que les sociétés médicales de la Province doivent être consulter par les gouverneurs du Collège lorsqu'il s'agit de décider des questions qui intéressent la profession toute entière.

Le Dr Normand est le premier président du Collège des médecins qui ne soit pas professeur aux universités.

On procéda ensuite à l'élection des officiers de l'association qui donna le résultat suivant :

Président : Dr C. N. DeBlois ; 1er Vice-Président : Dr H. Marchand ; 2e Vice-Président : Dr M. E. Gervais ; Secrétaire Trésorier : Dr Olivier Tourigny ; membres du comité de direction : Drs Omer Hélie, St-Grégoire ; J. C. Gelinas, St-Boniface de Shawenegan ; M. P. Grenier, St-Maurice ; Louis Belle Isle, Cap de la Magdeleine.

On vota des remerciements aux officiers sortant de charge et la séance fut levée.

OLIVIER TOURIGNY.

*Secrétaire.*

---

#### ASSOCIATION MÉDICALE DE L'OUEST DE MONTREAL

*Séance du 31 Octobre 1907*

Présidence de M. le Dr DAGENAIS.

Les membres suivants étaient présents : M. le Lieut. Colonel A.-D. Aubry, M. D., M. le Dr E.-G. Dagenais, échevin, M. le Dr L.-M. Delorme, professeur d'anatomie à l'Université Laval ; MM. les Drs Chs. Campeau, J.-W. Colletterie, Edgar David, J.-O. Lapointe, Nap. Boucher, A. Bourdon, Ariste Laurin, A. Badeaux et J.-M. Aumont.

M. le Dr Dagenais. Président du Comité d'Hygiène, est nommé président de cette réunion ; M. le Dr A. Laphorn Smith, Chirurgien en chef de l'Hôpital Samaritan, Gynécologiste au Western Hospital et au Montreal Dispensary, nous fit une très intéressante conférence sur la "Gynécologie dans la pratique générale."

La conférence terminée, M. le Dr Dagenais exprima, en termes choisis, au nom des membres de l'Association, des remerciements au savant conférencier. Ensuite, M. le Dr Lapointe, sur propo-

sition de M. le Aumont, fut nommé trésorier. L'Association compte maintenant une quarantaine de membres en règle, et les adhésions viennent encore nombreuses.

Après discussion sur les questions d'étiquette professionnelle, de protection de la profession médicale et de tarif, l'assemblée s'ajourne au 13 novembre.

Cette prochaine réunion aura lieu chez M. le Dr. Nap. Boucher, à Verdun.

J.-M. AUMONT, M. D.

Secrétaire.

---

## ANALYSES

---

### MEDECINE.

**Transmission expérimentale de la tuberculose par inhalation.** — On se rappelle qu'à la suite de diverses expériences, et en s'appuyant sur certaines recherches anatomiques, M. Calmette avait conclu que les poussières tuberculeuses étaient peu dangereuses pour le poumon, tandis que l'inoculation tuberculeuse se faisait presque toujours par l'intestin. Il est à remarquer d'ailleurs, que, contrairement à ce qu'ont conclu de là certains médecins, le danger des poussières tuberculeuses restait entier d'après ces recherches, mais que l'inoculation de ces poussières, au lieu de se faire dans le poumon, se faisait dans le tube digestif après déglutition de ces poussières. La contagiosité de la tuberculose n'est donc pas en cause ici, mais seulement son mode de contagion.

Cependant MM. Kuss et Lobstein viennent d'entreprendre une série d'expériences communiquées à l'Association internationale contre la tuberculose et rapportées par le *Bulletin médical* (no 74) qui, au moins pour ce qui est du cobaye, viennent complètement à l'encontre de ces conclusions. Ces expériences faites avec une très grande précision, qui n'avait pas été obtenue jusqu'ici, démontrent qu'il est *très facile* de tuberculiser le cobaye par inhalation, en lui faisant respirer d'une manière tout à fait naturelle une atmosphère renfermant de fines gouttelettes bacillifères. De plus, ce mode de transmission de l'infection bacillifère se montre *particulièrement nocif*; la tuberculose d'inhalation, installée d'emblée dans l'organe de l'hémostasie, est bien placée pour inonder toute l'économie de toxines et de bacilles; aussi évolue-t-elle avec une gravité exceptionnelle; aucun autre mode d'inoculation, l'injection intraveineuse exceptée, n'est suivie d'une généralisation et d'une cachexie aussi rapides; l'inoculation sous-cutanée et l'inoculation intra-péritonéale permettent, à doses égales, une survie bien plus longue.

Il est invraisemblable que ces résultats, obtenus chez le cobaye, ne s'appliquent pas, *mutatis mutandis*, aux autres espèces animales et à l'espèce humaine; seulement, comme ces espèces sont beaucoup plus résistantes, les effets de l'inhalation sont moins accentués: *la contagion par les voies aériennes n'en*

*apparaît pas moins comme un danger redoutable, si l'atmosphère respiré renferme des germes virulents.*

Inversement, l'ingestion de bacilles s'est montrée dans ces expériences incomparablement *moins dangereuse* que l'inhalation; personne ne songe, bien entendu, à contester la possibilité, voire même la facilité de la tuberculisation par les voies digestives; mais cette facilité ne se manifeste que si l'on ingère des doses de bacilles beaucoup plus considérables que celles nécessaires pour tuberculer par inhalation.

Voici d'ailleurs quelles sont les conclusions de MM. Kuss et Lobstein: on remarquera qu'elles sont d'une grande importance pour la prophylaxie de la tuberculose.

1° Les fines poussières atmosphériques et les petites gouttelettes en suspension dans l'air pénètrent *facilement* par inhalation jusque dans les alvéoles pulmonaires.

2° L'inhalation d'un brouillard bacillifère virulent détermine d'une manière *constante*, chez le cobaye, une tuberculose à développement rapide, tan dis que l'ingestion d'une dose équivalente de bacilles à l'état de très fine division est généralement inoffensive. Toutes choses égales, d'ailleurs, l'inhalation est une cause de tuberculisation expérimentale du cobaye incomparablement plus efficace et plus redoutable que l'inoculation sous-cutanée.

3° Les tuberculoses dues à l'inhalation se produisent par *pénétration directe* des bacilles dans les alvéoles pulmonaires. Les bacilles qui se déposent sur le pharynx au cours des inhalations ou qui sont déglutis n'exercent aucune action pathogène, sauf si l'infection respiratoire a été très intense: même dans ce cas, leur influence reste inconstant et effacée.

4° Les tuberculoses d'inhalation se présentent d'abord, et primitivement, sous la forme de tuberculose du *poumon*, puis des ganglions trachéo-bronchiques. Mais elles ne tardent pas à se compliquer, chez le cobaye, de tuberculose de la rate et du foie et souvent aussi de petites lésions bacillaires des ganglions mésentériques et cervicaux. Contrairement à ce qu'on a prétendu, ces lésions ganglionnaires ne relèvent pas d'une infection concomitante par le tractus digestif; le plus souvent, elles résultent de la *généralisation* du processus bacillaire par voie lymphatique ou sanguine, et sont une conséquence lointaine de la pénétration aéro-gène des germes dans le poumon.

5° *Conclusion générale.* La transmission expérimentale de la tuberculose se fait beaucoup plus *facilement* par les voies aériennes que par les voies digestives (pharyngée ou intestinale).

## CHIRURGIE

**Traitement de l'hydrocèle par l'injection de glycérine phéniquée.** (*Rives, le Journal Médical, 1907.*)

Le véritable traitement de l'hydrocèle, celui qui donne le plus de satisfaction au malade et assure sa guérison, c'est toujours le traitement chirurgical, — "retournement ou résection de la vaginale" — Seulement il n'est pas toujours applicable et il se présente quelquefois des malades qui se refusent à l'intervention ou qui ne peuvent la subir pour une raison quelconque.

On cherche à produire alors l'accolement des parois et la disparition du kyste vaginal à l'aide des injections irritantes modificatrices; l'iode paraît jouir jusqu'à ce jour de la faveur générale.

Le professeur Tédénat, de Montpellier vante la valeur de l'acide phénique, tout aussi actif que l'iode et moins dangereux. Il injecte 6 c. c. d'une solution glycéinée à 50%.

Il insiste sur les points de technique suivants :

(a) Nécessité de vider la poche complètement pour éviter la dilution du liquide injecté et la formation de précipités albumineux dont les flacons pourraient obstruer la canule.

(b) Protéger la peau du scrotum à l'aide de vaseline etc.

(c) Ne pas prolonger le contact au-delà de 5 à 6 minutes et assurer le retour complet du mélange phéniqué, afin de prévenir les phénomènes d'intoxication et la gangrène qui se pourraient produire. Il n'est pas inutile dans certains cas d'assurer cette évacuation complète par un lavage à l'eau bouillie simple.

Les avantages de l'acide phénique sur l'iode sont que : il ne tache ni la peau ni le ling. — il est fortement analgésique en ces solutions concentrées et conséquemment l'infection et la malaxation sont indolores, — la réaction inflammatoire est peu marquée.

Ses inconvénients, qui sont d'ailleurs ceux de l'iode, peuvent être évités, presque toujours, à la condition de bien suivre la technique telle que décrite. En effet les abcès et les gangrènes du scrotum, les orchites, ne surviennent que lorsqu'il est resté dans le sac trop de solution phéniquée, ou bien encore qu'elle a été répandue sur la peau ou dans le tissu cellulaire péri-vaginal.

Les résultats éloignés de l'infection phéniquée sont égaux sinon supérieurs à ceux donnés par l'iode.

La récidive se produit quelquefois, mais, à la condition d'employer une solution d'au moins 50%, elle n'est pas fréquente. Tédénat en a réuni 7 cas sur un total de 231 cas.

#### Rôle de la muqueuse pituitaire dans la pathogénie du lupus de la face. (*Presse Médicale*, 1970.)

Le docteur Henri Caboche établit d'une part, "que toujours dans le lupus du nez et de la face la porte d'entrée de l'infection est la fosse nasale"; et d'autre part, "que la voie suivie par le bacille de Koch, de la fosse nasale à la peau, est le système lymphatique."

Il résulte d'une statistique de 17 cas de lupus de la face traités par l'auteur, que 16 fois la lésion cutanée avait été précédée d'une ulcération nasale. Chez le 17<sup>e</sup> malade, le lupus de la face coïncidait avec une rhinite atrophique sans ozène." Or, en plus qu'il n'est pas prouvé que la rhinite atrophique n'est pas "une manifestation de la tuberculose," question actuellement discutée —, l'inoculation nasale ne comporte pas nécessairement une lésion tuberculeuse locale. Nous en avons la preuve journalière dans la tuberculisation des ganglions mésentériques et de leurs tributaires, à travers une muqueuse et des parois intestinales saines. Le même phénomène se reproduit souvent, d'après Dieulafoy, au niveau des amygdales.

"Toujours donc, le lupus de la face serait d'origine pituitaire, qu'il y ait ou non lésion à la porte d'entrée."

La disposition des lymphatiques de la portion inférieure de la pituitaire est telle qu'ils vont se jeter dans un certain nombre de groupements ganglionnaires : sous-musculaires en suivant le trajet des vaisseaux faciaux, pré-auriculaires, sous-mentaux, sous-orbitaires, etc.

Or il se trouve que ces ganglions correspondent justement aux endroits d'élection du lupus : pommette, joue, branche montante du maxillaire etc.

De plus, dans le cas d'ulcérations simples de la pituitaire, il se produit souvent une tuméfaction de ces différents ganglions et l'auteur, pour sa part, l'a réveillée souvent en curettant des lupus de la muqueuse pituitaire et *vice-versa*.

C'est donc par la voie lymphatique que le bacille de Koch *chemine du nez à la peau*, et dans le traitement du lupus de la face il faut attacher beaucoup d'importance à l'examen et au traitement de la muqueuse nasale.

\* B. G. BOURGEOIS.

#### Traitement des plaies du cœur. (*Med. Record*, Oct. 12.)

D'après un rapport fait au Congrès allemand de chirurgie, par Rehn, le nombre de cas rapportés de suture du cœur se chiffrait à 120, dont 46 % ont guéri.

Fischer et Loison, sur 729 cas de blessures du cœur non opérées, qu'ils ont retracées, constatent que 16 % seulement des patients ont survécu ; de sorte que les avantages résultant de l'intervention chirurgicale sont bien évidents. Et, quoique la mortalité soit encore considérable, l'amélioration de la technique opératoire et des soins post-opératoires devra nécessairement amoindrir la statistique noire.

La plupart des chirurgiens aujourd'hui, recommandent dans les cas de plaies par arme à feu, quand on suppose que le cœur a été blessé, que la plaie soit immédiatement débridée jusqu'au péricarde afin que le diagnostic soit posé *de visu*.

Cependant Franke, dans *Deutsche medizinische Wochenschrift*, du 19 septembre 1907, s'opposa cette méthode, qu'il considère trop radicale, et suggère à la place comme moyen de diagnostic : la ponction exploratrice du péricarde.

Il allègue qu'un des principaux dangers des blessures de ce genre consiste dans l'embarras de la fonction cardiaque résultant de la dilatation de la cavité du péricarde par le sang. Souvent l'écoulement du sang de la plaie cesse spontanément, mais la vie du patient n'en reste pas moins en péril par le fait de la pression qu'exerce l'accumulation de la cavité péricardique. Si la ponction du péricarde est faite dès le début, on pourra souvent surpasser la période critique qui doit s'écouler avant que l'on puisse obtenir une assistance effective et avant que les préparatifs nécessaires pour une intervention plus radicale soient complétés.

Franke considère que la ponction du péricarde n'est pas difficile, de sorte que le praticien ne doit pas hésiter à la pratiquer quand elle devient nécessaire. Il préfère ponctionner le péricarde dans le cinquième espace intercostal, à deux ou trois centimètres en dehors du bord gauche du sternum. Afin d'être certain d'éviter l'artère mammaire interne, il est préférable d'introduire l'aiguille tout près du bord du sternum. On peut se servir d'un petit trocart ou d'une grosse aiguille à exploration qu'on pousse lentement un peu en diagonale, par rapport à la ligne médiane.

On peut faire l'anesthésie locale si c'est nécessaire, cependant il est préférable de ne pas se servir du chlorure d'éthyle, à cause de la plus grande résistance qu'offre la peau gelée au passage de l'instrument et à cause de la sensibilité tactile qui est abolie par cet analgésique.

**De l'asepsie dans les opérations.** (Schenk et Scheib. *Munchener mediginische Wochenschrift*, octobre 1, 1907.)

Les auteurs font une intéressante comparaison entre les différentes techniques.

Il y a six ans environ, Schenk et Liechtenstein avaient fait une série d'expériences bactériologiques sur des plaies de laparotomies, dans le but de déterminer à quel point la contamination par les microbes existait sur des plaies apparemment aseptiques.

On examina la surface de la peau près de l'incision, le tissu graisseux dans la profondeur de la plaie, et les soies retirées de l'incision après cicatrisation; mais l'on constata que le nombre des plaies stériles était réellement très rare. Ainsi, sur 43 cas, on ne trouva que onze fois des fils stériles. Mais à cette époque la technique opératoire ne comprenait que les précautions ordinaires.

Récemment on fit une nouvelle série d'expériences en mettant à contribution tous les raffinements de la technique moderne, comprenant: bonnets, masques, gants caoutchoutés recouverts de gants de fil renouvelés fréquemment, et une méthode compliquée de désinfection de la peau et des mains. Quoique le nombre de cas où il y avait du staphylocoque fut quelque peu réduit, le résultat a démontré que la proportion des plaies stériles ne variait pas beaucoup avec celle d'auparavant; le nombre des cas avec suites opératoires aseptiques ne furent pas non plus beaucoup plus considérables.

Cela prouve que, même en prenant les précautions les plus rigoureuses, il n'est pas encore possible d'obtenir une asepsie parfaite.

Cependant, il ne faut pas nécessairement conclure qu'il est par ce fait permis de négliger quelques-unes de ces précautions ou de les considérer comme surannées.

---

**Traitement des nævi vasculaires** (taches de vin) par le radium. (*Académie de Médecine*, 28 octobre 1907). *Gaz. Hôp.*

MM. Wickham et Degrais présentent une série d'aquarelles reproduisant des types différents de nævi vasculaires blanchis et guéris par l'action du radium.

Ils montrent des taches plates superficielles et profondes, des taches formant légère saillie et une tumeur angiomateuse érectile de 2 centimètres de saillie siégeant au milieu du front chez un bébé.

Toutes ces taches ont été guéries par la simple application d'appareils plats recouverts d'un vernis dans lequel est incorporé le radium. Ces radiations qui s'échappent des appareils sont dosées de telle sorte qu'il est facile de varier l'action à produire selon la durée et le nombre des applications.

On peut obtenir la guérison de certains nævi par des applications de doses faibles souvent répétées sans qu'il se produise la moindre réaction. Il est préférable, dans bien des cas, et nécessaire dans les nævi étendus et profonds d'agir plus fortement jusqu'à production d'une réaction plus ou moins vive.

Dans ces cas, les tissus de réparation sont souples, lisses, unis, décolorés, d'une belle esthétique.

Les applications ne déterminent aucune douleur, ce qui permet de traiter de larges surfaces, et des enfants même en bas âge en profitant de leur sommeil.

MM. Wickham et Degrais déclarent pour conclure que le radium peut être utilisé avec avantage et à des degrés divers dans toutes les formes de taches de vin, même celles dites jusqu'ici incurables, et spécifient que les formes les plus faciles à guérir sont les plus colorées et celles qui font quelque saillie.

Z. RHÉAUME.

### NEUROLOGIE

**Les préparations opothérapiques de surrénales dans le traitement de la coqueluche**, par O. Federici. (*XVIIe cong. italien de méd. int. — Rev. Neur.*)

Les recherches de l'auteur, commencées en 1903 et qui reposent maintenant sur des milliers d'observations démontrent que l'opothérapie surrénale a une grande valeur dans la coqueluche, même dans les cas graves ou compliqués.

L'auteur a appliqué la même opothérapie surrénale avec succès au traitement de l'incontinence d'urine des enfants et au traitement de l'asthme

**L'Héroïne et les Héroïnomanes**, par Paul Duhem, (*Prog. méd. — Rev. Neur.*)

Dès que l'héroïne fut connue, Pouchet, s'appuyant sur des considérations chimiques, mit en doute son utilité thérapeutique ; T. Saint-Martin, dans une étude physiologique, démontra sa grande tonicité.

Dans le présent travail, Duhem fait ressortir les effets pernicieux de l'héroïne sur l'organisme humain. La statistique sur laquelle il se base comprend 16 cas. Ces observations montrent que, par les accidents respiratoires fréquents, par l'affaiblissement plus prononcé résultant d'une intoxication plus profonde, par le mauvais état général, le sevrage est beaucoup plus délicat chez les héroïnomanes que chez les morphinomanes, et nécessite une surveillance beaucoup plus active. Donc l'organisme se débarrasse encore plus mal de l'héroïne qu'il le fait de la morphine.

En outre, chez les héroïnomanes la convalescence est longue et pénible. Alors que les morphinomanes reprennent du poids dès la première ou la seconde semaine après le sevrage, les héroïnomanes, au contraire, sont très longs à se relever.

Ces difficultés du traitement de l'héroïnomanie suffisent à montrer que si la morphine est un médicament dangereux qui ne doit être employé qu'avec la plus entière circonspection, l'héroïne, elle, ne doit jamais, dans aucun cas, être employée. Ses effets calmants ne sont pas supérieurs à ceux de son isomère elle est moins bien supportée et moins longtemps. Ses effets accumulatifs sont plus dangereux, car son traitement donne souvent lieu à des accidents sérieux contre lesquels son emploi lui-même reste impuissant.

**Note sur un signe nouveau dans la sciatique**, par Moutard-Martin et Par-turier, (*Soc. méd. des hôpit. — L'Eneijh.*)

Il s'agit de la douleur provoquée contra-latérale. Pour observer ce signe placer le malade dans le décubitus dorsal, la tête basse. S'il s'agit d'une sciatique droite, en fléchissant progressivement la cuisse gauche saine sur

le bassin, à un certain moment, le bassin demeurant immobile, on détermine une vive douleur localisée à la fesse du côté droit, malade — Cette douleur se manifeste tantôt au joint fessier de Valleix ou plus souvent au point ischiatique.

Les auteurs ont observé ce signe toutes les fois qu'ils l'ont recherché (quatre cas de sciatique névralgie et un de sciatique névrite).

#### Valeur relative des injections locales et à distance dans le traitement de la sciatique, par A. Gébert, (Thèse de Paris — Rev. Neur.)

Les injections à distance ont été successivement pratiquées par voie rachidienne intradurale et par voie sacro-coccygienne épидurale : la première paraît devoir être abandonnée à cause des accidents auxquels elle expose dans certains cas. Ces accidents, pour rares qu'ils soient, contre-indiquent complètement cette méthode, puisque d'autres procédés permettent d'obtenir des résultats identiques sans entraîner les mêmes dangers.

La voie épидurale permet d'introduire une solution de cocaïne, ou mieux une solution de sérum physiologique sans causer le risque d'aucun accident ultérieur. Elle a donné d'excellents résultats dans le traitement des sciatiques, mais paraît devoir céder le pas au procédé plus simple des injections locales.

Les injections locales employées dans le traitement des sciatiques sont de deux sortes : liquides ou gazeuses. Les injections de sérum sont les meilleures injections liquides : pratiquées *loco dolenti* et dans le tissu cellulaire sous-cutané elles assurent une rapide réduction de tous les phénomènes douloureux et paraissent constituer le procédé de choix.

Les injections gazeuses ont donné des résultats également très encourageants. Elles consistent à injecter sous la peau de l'air filtré. La simplicité de la technique et du matériel nécessaire, la fréquence des guérisons obtenues, même sur du cas rebelles, combleraient justifier une plus grande extension de cette méthode.

#### Maladie de Basedow traitée par l'opothérapie hypophysaire, par L. Renon et F. Azam, (Soc. méd. des hôpit. — L'Enceigh.)

À la suite d'un traitement quotidien pendant vingt jour de 30 centigrammes de poudre totale d'hypophyse de bœuf en injections disparition presque complète des sueurs et des sensations de chaleur, diminution du tremblement et de l'exophtalmie : augmentation de la tension artérielle, de 4 centimètres de mercure ; en somme, amélioration des plus considérables.

Les auteurs se demandent, sans conclure, si le goître exophtalmique n'est pas, dans certains cas, sous la dépendance d'une insuffisance hypophysaire, ou si l'opothérapie hypophysaire agit seulement grâce aux propriétés physiologiques vasculaires particulières au suc hypophysaire. Quoiqu'il en soit, il y a là une ressource thérapeutique, qu'il ne faut pas négliger d'employer, pour le traitement de certains cas de maladie de Basedow.

E. P. CHAGNON.

## OPHTALMOLOGIE.

**Le drainage au crin de Florence de la chambre antérieure contre l'hypopion, l'hypertonie et la douleur.** (Prof. ROLLET, Lyon, C. oph.).

Dans un article précédent l'auteur fait ressortir l'importance du drainage de la chambre antérieure au crin de Florence pour évacuer l'hypopion dans les cas d'ulcère infectieux de la cornée. Il existe d'autres cas où il y a lieu de dériver au dehors l'humeur aqueuse chargée de produits infectieux comme dans certains iritis séroplastiques. C'est encore dans un tout autre ordre d'idées contre l'hypertonie et la douleur que le professeur Rollet a tenté de diriger cette même opération.

A l'appui de cette proposition l'auteur présente 3 ou 4 observations concluantes de l'excellence de sa méthode. La technique opératoire est très simple. Après antisepsie soigneuse des culs-de-sac et anesthésie locale, faire une ponction de la cornée au niveau du limbe scléro-cornéen, au couteau de Graefe, sans achever la taille du lambeau cornéen ; le crin passe assez facilement sans être gêné par l'iris malgré l'effacement de la chambre antérieure. Les deux extrémités sont fixées sur la joue avec du collodion. L'opération n'est pas douloureuse. Le drainage, comme pour l'hypopion peut être continué pendant plusieurs jours. Mais pour l'œil non infecté et seulement dur et douloureux, on doit surveiller dès la vingt-quatrième heure et généralement l'enlever à la quarante-huitième.

Quelles sont maintenant les indications du drainage capillaire. Ce drainage paraît devoir remplacer dans la plupart des cas la simple paracenthèse : hypopion, cataacte traumatique compliquée de poussée glaucomateuse.

Un drainage capillaire dans le glaucôme inflammatoire trouvera ses indications, par exemple comme méthode préparatoire à l'iridectomie ; ailleurs, il remplacera, parfois, cette dernière opération : ailleurs encore, il la complètera et plus ou moins tardivement.

Quand on aura à redouter des hémorragies profuses, l'expulsion du cristallin ou, lors d'un nouvel état glaucomateux après iridectomie, l'établissement temporaire d'un crin dans la chambre antérieure pourra rendre des services.

En tout cas, ce drainage pourra faire cesser toute douleur. Il permet l'évacuation et la résorption des produits de la chambre antérieure pendant plusieurs jours. La mise en place d'un crin, lors de l'hypertension, peut être suivie d'hypertension avec retour progressif au normal.

---

**L'Argyrol dans le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.**

Dans le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés, Gillavray, outre les compresses glacées appliquées journellement sur les yeux de l'enfant, se sert de l'argyrol pour remplacer les badigeonnages journaliers au nitrate d'argent.

Après avoir lavé les culs-de-sac conjonctivaux, l'auteur instille 5 ou 6 gouttes d'argyrol à 25 %, de façon à faire une sorte de bain d'œil. La solution d'argyrol doit être fraîchement préparée et faite à l'eau distillée ou bouillie froide. Il répète les applications toutes les heures. Par ce traitement, il a obtenu des résultats admirables sans aucunes complications cornéennes. Le point capital, c'est de laver souvent les yeux pour éviter la stagnation du pus.

---

**Indications de l'extirpation de la glande lacrymale accessoire.** (Arch. de ophtal. Hisp. Americ.).

Elle est indiquée: 1° quand on ne peut établir la perméabilité des voies d'excrétion; 2° dans l'étroitesse congénitale ou l'absence des points ou canalicules lacrymaux; 3° quand l'aspiration des larmes ne se fait pas par suite d'une trop grande incision des points lacrymaux; 4° quand la perméabilité des voies lacrymales étant intacte, il existe un épiphora par hypertrophie de la glande. La seule contre-indication existe chez les enfants chez lesquels l'hypersécrétion par troubles d'innervation sont souvent modifiés avec l'âge.

R. BOULET.

---

**BIBLIOGRAPHIE**

**La Vie médicale d'autrefois**, par le Dr J. ROBERT. J.-B. Baillière, libraire-éditeur. 1 vol. in-8 de 232 pages, avec figure : 10 francs.

Les ouvrages relatifs à l'histoire de la médecine se multiplient; pour sa part, l'auteur de ce livre a déjà fait paraître: les *Médecins normands*, les *Médecins bretons*, *Voltaire malade*, *Mme de Sévigné malade*, *Hecquet*, *Alphonse Guérin*. Son dernier volume, la *Vie médicale d'autrefois*, est l'intéressante publication de notes ou de documents recueillis patiemment au cours de recherches laborieuses.

Voici, résumés, les sujets traités: Une Page d'histoire médicale du 1er au XIIIe siècle; L'ancienne Faculté de médecine de Paris et le Collège de Saint-Cosme; La Lutte entre les médecins, les chirurgiens et les barbiers; La Thérapeutique de Gui-Patin; Rabelais, étudiant en médecine; Journal d'un Aspirant au grade de docteur régent dans l'ancienne Faculté de Paris (1623-1630); Quelles mesures prit-on au moyen âge contre la peste? Louise Bourgeois, dite Bourrier, sage-femme de la reine Marie de Médicis; Théophraste Renaudot; Molière avait-il étudié la médecine? Usages et coutumes de l'ancienne Faculté de Paris; Les Origines du journalisme médical français (Théophraste Renaudot); Les Médecins au temps de Louis XIV; Pierre Cardonnel, médecin né à Lisieux au XVe siècle. La Faculté et les médecins de Montpellier; les ménaux et les jetons de l'ancienne Faculté de médecine de Paris.

Ceux de nos confrères que les questions d'histoire médicale intéressent (et ils deviennent de plus en plus nombreux, comme en témoignent le succès des ouvrages de CABANÈS, de PRIEUR, de TRIAIRE, et le nombre des adhérents à la Société d'histoire de la médecine) verront par cette énumération des chapitres de la *Vie médicale d'autrefois*, la multiplicité et l'intérêt des questions abordées et cela les mettra, je l'espère, en goût d'acquérir cet ouvrage.

A une époque où le mot de charité et l'idée qu'il représente sont battus en brèche, il nous semble bon de citer une des phrases du commencement du livre, à propos des institutions médicales anciennes: " Sans doute, on songea plus au début à faire œuvre de charité qu'à faire œuvre de science; mais le bien amène le bien, et il arriva ce qui est certes digne d'être remarqué, que les services qu'on rend à l'humanité sont des services qu'on rend également au savoir humain."

---

## DIRECTEURS :

### MM. LES DOCTEURS

- R. Boulet**, Officier de l'Instruction Publique (France), Médecin en chef des services d'Ophtalmologie, de Rhinologie, d'Otologie et de Laryngologie de l'Institut Ophtalmique. Membre du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- J. E. Dubé**, Officier d'Académie (France). Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- De Lotbinière-Harwood**, Professeur à l'Université Laval, Gynécologue et Surintendant Général de l'Hôpital Notre-Dame.
- H. Hervieux**, Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. LeSage**, Officier d'Académie (France). Docteur en Médecine de l'Université de Paris. Professeur agrégé à l'Université Laval. Médecin de l'Hôpital Notre-Dame (Rédacteur en chef).
- A. Marien**, Professeur à l'Université Laval, chargé de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

## CONDITIONS DE L'ABONNEMENT :

L'Union Médicale du Canada paraît le 1er de chaque mois par fascicules de 64 pages, formant chaque année un volume de 800 pages environ.

### PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour le Canada et les Etats-Unis. . . . .	\$2.00
Pour les pays faisant partie de l'Union Postale (Etranger) . . . . .	2.50
Etudiants et garde-malades. . . . .	1.00

Payable d'avance, par mandat-poste ou autrement.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco* à M. le Docteur LeSage, 36, Ave Laval, à Montréal.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé *franco* à M. T. Vaquette, 20, rue Saint-Jacques, ou Boite Postale No 2789, Montréal.

---

# TABLE ALPHABETIQUE DES MATIERES

## 1907

A	PAGES.		PAGES.
<i>Abcès péri-appendiculaire</i> , traitement par la simple ponction..	549	<i>Appendicite aigue</i> — l'opération précoce dans —..	520
<i>Accouchés</i> — durée du séjour au lit..	721	<i>Appendicite</i> dans la grossesse..	495
<i>Acné mentonnière</i> chez la femme, traitement..	247	<i>Appendicectomie</i> par l'incision transversale..	244
<i>Adhérences péri-appendiculaires</i> à forme douloureuse et obstructive..	245	<i>A propos des réformes de l'enseignement médical</i> ..	215
<i>Admission</i> des malades dans les Hôpitaux de Paris..	412	sitaire..	240
<i>Albuminurie intermittente</i> ..	463	<i>A propos</i> de nos 40 gouverneurs..	43
<i>Albuminurie transitoire</i> au cours de l'anesthésie lombaire expérimentale par la stovaine..	494	<i>A propos</i> de certains abus universitaires..	290
<i>Aliénation mentale</i> en Grande Bretagne..	679	<i>A propos</i> du nombre des gouverneurs..	290
<i>Aliénés pauvres</i> , leur admission..	359	<i>Argyrol</i> dans l'ophtalmie des nouveau-nés..	741
<i>Alimentation</i> par le rectum..	309	<i>Asepsie</i> dans les opérations..	738
<i>Allaitement</i> des enfants privés du sein maternel..	135, 191	<i>Assistance</i> par le travail pour les veuves et orphelins de médecins..	609
<i>Anastomoses tendineuses</i> dans le traitement de la paralysie infantile..	310	<i>Association médicale</i> de l'ouest de Montréal..	367, 419, 733
<i>Anémie pernicieuse</i> , guérison par les injections intra-veineuses de sublimé..	311	<i>Association médicale</i> du district d'Ottawa..	363
<i>Anesthésie</i> par la scopolamine-morphine associée au chloroforme — deux cas de mort..	617	<i>Association médicale</i> du district d'Arthabaska..	614, 364, 176
		<i>Association médicale</i> district de Joliette..	109, 236, 421, 611
		<i>Avortement</i> provoqué par les rayons X..	616

## B

	PAGES.
<i>Basedote</i> — traitement par l'hy-pophy. e. . . . .	740
<i>Berthelot</i> . . . . .	368
<i>Blennorrhagie</i> et injections d'eau iodée. . . . .	431
<i>Blennorrhagie</i> rectale et ses complications. . . . .	425
<i>Blépharite</i> ciliaire, traitement. . . . .	427
<i>Bouillon</i> de légumes, eau de riz et diète hydrique. . . . .	477
<i>Bouillon</i> végétal dans les gastro-entérites. . . . .	125
<i>Bronchite</i> capillaire potion contre la — . . . . .	373
<i>Bronchite</i> , potion contre la — . . . . .	373
<i>Bureau médical</i> et syndicat des Sociétés médicales. . . . .	293
<i>Bureau provincial</i> d'examineurs. . . . .	40

## C

<i>Cachets digestifs</i> . . . . .	313
<i>Caféine</i> — administration et po-ologie. . . . .	431
<i>Canadian Medical protection As-sociation</i> . . . . .	609
<i>Cancer</i> de l'estomac. . . . .	126
<i>Cancer</i> et rayons X. . . . .	224
<i>Cancer</i> — traitement du — . . . . .	684, 718
<i>Castration</i> et sécrétion du lait. . . . .	619
<i>Cathétérisme</i> de la vessie — re-marque à propos de — . . . . .	453
<i>Chaire de biologie</i> à l'Université Laval. . . . .	155
<i>Chancre mou</i> — formule. . . . .	431
<i>Chancre simple</i> ou chancrelle. . . . .	586
<i>Chirurgie</i> de l'œsophage. . . . .	617
<i>Chorée</i> de Sydenham — son trai-tement par l'exalgine. . . . .	372
<i>Chorée</i> de Sydenham et scopola-mine. . . . .	310
<i>Collège des Médecins</i> de P. Q. — résultat des élections 1907. . . . .	607
<i>Commission</i> du lait — son tra-vail. . . . .	169
<i>Congrès</i> de Québec. . . . .	487, 547
<i>Constipation</i> . . . . .	126
<i>Contre</i> les sueurs des phthisiques. . . . .	555
<i>Convulsions</i> de l'enfance. . . . .	620
<i>Coqueluche</i> — sirop contre la — . . . . .	555
<i>Coqueluche</i> — traitement de la — . . . . .	622
. . . . .	739
<i>Coryza</i> . . . . .	126, 373, 557
<i>Cytologie</i> du liquide céphalo-ra-chidien. . . . .	551

## D

	PAGES.
<i>Dartres</i> volantes du visage — traitement. . . . .	681
<i>Decapsulation</i> du rein dans l'éclampsie puerpérale. . . . .	315, 370
<i>Delirium tremens</i> — traitement. . . . .	429
<i>Delirance</i> — La — . . . . .	598
<i>Dents</i> — soins des — chez les en-fants. . . . .	593
<i>Désinfection</i> de chambre de tu-berculeux. . . . .	246
<i>Diabète</i> — diagnostic et traite-ment. . . . .	528
<i>Diagnostic</i> et traitement des ma-ladies de l'estomac — Quelques remarques sur le — . . . . .	506
<i>Diarrhée infantile</i> — formule contre — . . . . .	555
<i>Diarrhées infantiles</i> — traite-ment. . . . .	439
<i>Dilatation</i> de l'estomac. . . . .	126
<i>Digitale</i> — la — . . . . .	274
<i>Digitaline</i> — posologie — . . . . .	124
<i>Diphthérie</i> et rageole. . . . .	475
<i>Drogues</i> patentes, remèdes de charlatans. . . . .	209
<i>Dysménorrhée</i> . . . . .	246

## E

<i>Eclampsie</i> et iodure de potas-sium. . . . .	310
<i>Eclampsie</i> puerpérale et décapsu-lation du rein. . . . .	315, 370
<i>Endométrite</i> et métrite virginal. . . . .	618
<i>Enfants malades</i> — Un hôpital pour les — . . . . .	306
<i>En passant</i> . . . . .	1
<i>Enseignement</i> universitaire — sa vraie orientation. . . . .	159
<i>Enucléation</i> avec anesthésie lo-cale. . . . .	427
<i>Entero-colite</i> muco-membraneuse . . . . .	556
<i>Epilepsie jacksonnienne</i> — sa si-gnification dans le diagnostic topographique des lésions céré-brales. . . . .	428
<i>Epilepsie</i> essentielle et Epilepsie Jacksonnienne. . . . .	563
<i>Épithélioma</i> primitif de la vési-cule biliaire. . . . .	550

## F

<i>Fièvre typhoïde</i> — son traitement par la méthode de Woodbridge. . . . .	60
---	----

## G

	PAGES.
<i>Gale</i> — formule contre la —	126
<i>Génération</i> spontanée — à propos —	304, 354
<i>Gerçures du sein</i> — traitement	497
<i>Glycérine</i> dans le coryza du nouveau-né	312
<i>Glycérine</i> et lithiase biliaire	535
<i>Goménol</i> — ses indications dans la thérapeutique des voies urinaires	425
<i>Greffe artérielle</i>	425
<i>Grippe</i> chez l'enfant — traitement	623
<i>Grossesses</i> extra-utérines	335, 377
<i>Grossesse</i> géminaire	33, 102, 150, 219

## H

<i>Hépatico-duodénostomie</i> par implantation	245
<i>Hernie</i> de la vésicule biliaire	426
<i>Hémorragie</i> post-partum — traitement par les lavements d'eau ordinaire	526
<i>Hémostasé</i> — Nouvel agent d'—	683
<i>Honoraires de médecins</i>	24, 84, 145, 207, 280, 352
<i>Hôpitaux</i> devant l'opinion publique	627
<i>Héroïne</i> et <i>héroïnomanes</i>	739
<i>Hydrocèle</i> et glycérine phéniquée	735
<i>Hypopion</i> et drainage de la chambre antérieure	741

## I

<i>Impuissance</i> — pilule contre —	374
<i>Incontinence</i> nocturne d'urine	621
<i>Infection puerpérale</i>	635, 704
<i>Inspection</i> médicale des écoles — son utilité	49
<i>Iodure</i> de potassium dans l'éclampsie	310
<i>Iodures</i> — pourquoi et comment les administrer	660

## L

<i>Laboratoire</i> du rayon X	46
<i>La Scopolamine</i>	124
<i>La thio-inamine</i> dans la thérapeutique oculaire	427
<i>Le Bill</i> des <i>médecins</i> et l'attitude de nos députés à Québec	227
<i>Le lait</i> à Montréal — approvisionnement	253

## PAGES.

<i>Le Conseil</i> de discipline d'après la refonte des statuts	185
<i>L'empoisonnement</i> par le lait	4
<i>Les altérations</i> mécaniques du rein et les conséquences	288
<i>Les anticorps</i>	96
<i>Le Collège</i> des <i>médecins</i> devant la Législature	118
<i>Les hématuries</i>	63
<i>Le lait</i> à Montréal	70
<i>Les blennorrhoides</i>	496
<i>Les trypanosomiasés</i> au Canada	127
<i>Leucoplasie</i> buccale	61
<i>L'hygiène</i> de l'allaitement	673
<i>L'Hypophyse</i> en opothérapie	373
<i>Le succès</i> par la méthode dans le travail	501
<i>Liste</i> des <i>nouveaux</i> <i>médecins</i> de la Faculté de Laval de Montréal	409
<i>Lithiase</i> biliaire — traitement	535
<i>Lunettes</i> — histoire des —	619
<i>Lupus</i> de la face et muqueuse pituitaire	736

## M

<i>Mercure</i> — le — dans la paralysie générale et le tabes	58
<i>Méthode</i> de Bier par la stase veineuse	371

## N

<i>Nécrologie</i> de Sir W. Hingston	178
<i>Nécrologie</i> de C. P. Hébert	182
<i>Nécrologie</i> du Docteur Féré à Paris	414
<i>Neurasthénie</i>	551
<i>Nervé</i> vasculaire — traitement	738
<i>Nomination</i> de M. Loir à la chaire de biologie	242
<i>Nos députés</i>	301

## O

<i>Ophthalmo-diagnostic</i> de la fièvre typhoïde et de la tuberculose	615, 725
<i>Ozone</i> en inhalation dans le traitement de la tuberculose pulmonaire	405
<i>Otite</i> moyenne — moyen simple et efficace contre les douleurs de l'—	245

P		PAGES.
	PAGES.	
<i>Pelade et contagion</i> . . . . .	125	
<i>Pieds-bots paralytiques</i> . . . . .	683	
<i>Pilules apéritives</i> . . . . .	555	
<i>Plaies de l'abdomen par armes à feu — conduite à tenir</i> . . . . .	581	
<i>Plaies de cœur</i> . . . . .	737	
<i>Pneumonie adynamique — potion contre</i> . . . . .	62	
<i>Poirier</i> . . . . .	369	
<i>Psoriasis — pommade contre le</i> . . . . .	61	
<i>Potion contre l'asthme</i> . . . . .	313	
<i>Potion contre la bronchite grip-pale</i> . . . . .	313	
<i>Potion diurétique des voyageurs</i> . . . . .	432	
<i>Potion hypnotique pour un enfant de trois ans</i> . . . . .	555	
<i>Prurit anal — pommade contre le</i> . . . . .	313	
<i>La pré-tuberculose</i> . . . . .	653, 639	
<i>Prix Hingston</i> . . . . .	410	
<i>Poudre diurétique</i> . . . . .	313	
<i>Pyramidon — mode d'administration</i> . . . . .	452	
Q		
<i>Quinine</i> . . . . .	313	
R		
<i>Radiothérapie — ce qu'il faut savoir</i> . . . . .	416	
<i>Rapports annuels de l'Hôpital Notre-Dame et de l'Hôtel-Dieu</i> . . . . .	164	
<i>Rayons X et avortement</i> . . . . .	616	
<i>Recrutement du personnel hospitalier en France</i> . . . . .	400, 461	
<i>Réflexe cornéen — danger de le provoquer au cours de la chloroformisation</i> . . . . .	312	
<i>Réformes universitaires — à propos des</i> . . . . .	300	
<i>Régime alimentaire dans les maladies chroniques</i> . . . . .	263	
<i>Rhinite atrophique</i> . . . . .	59	
<i>Rhino-pharyngite — formule</i> . . . . .	126	
<i>Rhumatisme — son traitement à Caledonia Spring</i> . . . . .	335	
<i>Rougeole et scarlatine</i> . . . . .	92	
S		
<i>Sanatorium gratuits pour tuberculeux</i> . . . . .	10, 201	
<i>Santonine — dans les douleurs fulgurantes des tabétiques</i> . . . . .	372	
<i>Sauge — Essence de — contre les sucurs nocturnes des tuberculeux</i> . . . . .	311	
<i>Sciaticque — nouveau signe et traitement</i> . . . . .	739, 740	
<i>Scopolamine dans la chorée de Sydenham</i> . . . . .	310	
<i>Scopolamine — son emploi en chirurgie et en obstétrique</i> . . . . .	17, 80, 141	
<i>Sciaticque — traitement par les injections d'oxygène</i> . . . . .	311	
<i>Serum Roux dans le traitement des paralysies diphtériques</i> . . . . .	430	
<i>Sir William Hingston</i> . . . . .	178	
<i>Société Médicale de Montréal</i> . . . . .	51, 106, 172, 234, 307, 360, 418, 675, 731	
<i>Société Médicale du district de St-Hyacinthe</i> . . . . .	491	
<i>Société Médicale du comté de Maskinongé</i> . . . . .	493	
<i>Société Médicale du district de Trois-Rivières</i> . . . . .	732	
<i>Soins à donner aux patients laparatomisés</i> . . . . .	617	
<i>Spartéine — posologie et administration</i> . . . . .	312	
<i>Stérélisation du catgut</i> . . . . .	618	
<i>Stérilisation des tiges de laminaire</i> . . . . .	309	
<i>Stérilisation du matériel chirurgical</i> . . . . .	244	
<i>Stérilité chez l'homme à la suite d'une double épидидymite — traitement</i> . . . . .	549	
<i>Stovaine et albuminurie transitoire</i> . . . . .	494	
<i>Stovaine et anesthésie médullaire</i> . . . . .	309	
<i>Sublimé dans l'anémie pernicieuse</i> . . . . .	311	
<i>Sucre dans l'urine — dosage simple et pratique</i> . . . . .	539	
<i>Suicide chez les écoliers en Allemagne</i> . . . . .	606	
<i>Syphilis et réinfection</i> . . . . .	550	
<i>Syphilis de la femme enceinte</i> . . . . .	246	
T		
<i>Tabés et santonine</i> . . . . .	372	
<i>Tétanos — traitement antitoxique par injection dans les nerfs</i> . . . . .	683	
<i>Théobromine — posologie et administration</i> . . . . .	431	
<i>Tic douloureux de la face — traitement</i> . . . . .	122	

PAGES.	PAGES.		
<i>Torsion en masse de l'intestin grêle</i> . . . . .	495	<i>Tuberculose urinaire — diagnostic par l'examen microscopique des urines</i> . . . . .	372
<i>Toux d'origine nasale</i> . . . . .	483	<i>Tuberculose — sa transmission expérimentale</i> . . . . .	734
<i>Traitement de la rougeur du nez</i> . . . . .	534	<b>U</b>	
<i>Traitement du rhumatisme à Caledonia Spring</i> . . . . .	392	<i>Ulcère de l'estomac — traitement</i> . . . . .	553
<i>Tuberculose et commission permanente</i> . . . . .	485	<i>Université McGill — incendie —</i> . . . . .	303
<i>Tumeur cérébrale</i> . . . . .	563	<b>V</b>	
<i>Tumeur dans la base du crâne</i> . . . . .	429	<i>Véronal — sa valeur en thérapeutique</i> . . . . .	551
<i>Tuberculose dans les habitations parisiennes</i> . . . . .	413	<i>Voies urinaires — une anomalie congénitale</i> . . . . .	331
<i>Tuberculose et morphine</i> . . . . .	541		
<i>Tuberculine — sa valeur pratique dans le diagnostic de la tuberculose</i> . . . . .	57		
<i>Tuberculose — transmission expérimentale par inhalation</i> . . . . .	679		

## BIBLIOGRAPHIE

<i>Alcoolisme</i> . . . . .	685	<i>Nouveau traité de chirurgie</i> . . . . .	434
<i>Bibliothèque canadienne</i> . . . . .	557	<i>Précis d'électricité médicale</i> . . . . .	625
<i>Éléments d'obstétrique</i> . . . . .	435	<i>Précis de pharmacologie</i> . . . . .	556
<i>Instructeur pour le traitement par l'hyperémie</i> . . . . .	685	<i>Précis de pathologie interne</i> . . . . .	559
<i>La vie médicale d'autrefois</i> . . . . .	742	<i>Précis d'ophtalmologie</i> . . . . .	436
<i>La stérilité chez la femme</i> . . . . .	247	<i>Précis de thérapeutique</i> . . . . .	374
<i>La tuberculose, maladie populaire</i> . . . . .	685	<i>Surgical suggestion</i> . . . . .	62
<i>L'artério-sclérose et son traitement</i> . . . . .	625	<i>Syphilis du poumon chez l'enfant et l'adulte</i> . . . . .	62
<i>Maladies chirurgicales de la peau</i> . . . . .	625	<i>Traité de théorie et pratique du massage et de la gymnastique médicale suédoise</i> . . . . .	248
<i>Manuel de gynécologie pratique</i> . . . . .	249	<i>Traitement du mal de pott à l'usage des praticiens</i> . . . . .	62
<i>Maladies de la nutrition</i> . . . . .	437	<i>Traitement de l'hypnotisme expérimentale et thérapeutique</i> . . . . .	686
<i>Nouvelles études de littérature canadienne - française</i> . . . . .	558	<i>Traité des urines</i> . . . . .	435
<i>Nouveau traité de chirurgie</i> . . . . .	498		

