

# L'UNION MEDICALE

DU CANADA

---

TOME XXX

---

**1901**

## CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

**L'Union Médicale du Canada** paraît le 30 de chaque mois par fascicules de 64 à 80 pages, formant chaque année un volume de 800 pages, environ.

### PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour le Canada et les Etats-Unis, - - -	<b>\$2.00</b>
Pour les pays faisant partie de l' <i>Union Postale</i> -	<b>2.50</b>

On s'abonne directement par mandat-poste.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco* à M. le docteur LESAGE, 268, rue St-Denis. Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à M. DE WERTHEMER, 286, rue St-Denis, ou Boîte Postale No. 2189.

---

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine, Chirurgie,  
Obstétrique, Pédiatrie, Thérapeutique, Hygiène.

FONDÉE EN 1871.

---

## TOME XXX

---

*Contenant les travaux de MM.*

ARCHAMBAULT, BENOIT, BERNIER, BERNHEIM, BOULET, BOUCHER,  
CHAGNON, CHOPIN, DAIGLE, DE GRANDPRÉ, DEMERS, DUBÉ, DE COTRET,  
FOUCHER, HARWOOD, HERVIEUX, LABERGE, LACHAPELLE E. P.  
LACHAPELLE S. LEGUEU, LESAGE, MARIEN, MERCIER OSCAR, MERCIER  
ALPHONSE, PARIZEAU, RIVET, ST-JACQUES, VALIN, VILLENEUVE.

---

1901

---

MONTREAL,  
BEAUCHEMIN & FILS, EDITEURS,

1901

## DIRECTEURS

### MESSIEURS LES DOCTEURS

- Benoit**, Professeur suppléant de pathologie interne, Médecin de l'hôpital Notre-Dame.
- Boulet**, Ophthalmologiste, laryngologiste, otologiste de l'Hôtel-Dieu et de l'Institut Ophthalmique.
- Dubé**, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Agrégé, Médecin des hôpitaux.
- Harwood**, Agrégé, gynécologiste de l'hôpital Notre-Dame.
- Hervieux**, Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- LeSage**, Docteur en médecine de l'Université de Paris, Agrégé, Médecin de l'hôpital Notre-Dame, (secrétaire de la rédaction).
- Marién**, Agrégé, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

## COLLABORATEURS

### MESSIEURS LES DOCTEURS

- Asselin**, médecin de l'Hôtel-Dieu.
- Bernier**, agrégé, pathologiste de l'hôpital Notre-Dame.
- Chagnon**, agrégé, neurologue de l'hôpital Notre-Dame.
- Chopin**, médecin analyste du Conseil d'Hygiène de la province de Québec.
- Cormier**, médecin de l'hôpital Notre-Dame, (pédiatrie).
- Daigle**, médecin pathologiste de la Maternité.
- Décario**, médecin de l'Hôtel-Dieu, secrétaire de la Société Médicale de Montréal.
- De Cotret**, professeur suppléant (obstétrique), accoucheur de la Maternité.
- Demers**, professeur de clinique interne, médecin de l'hôpital Notre-Dame.
- Duhamel**, agrégé, ophthalmologiste, laryngologiste et otologiste de l'hôpital Notre-Dame.
- Foucher**, professeur d'ophtalmologie, de laryngologie et d'otologie, médecin de l'hôpital Notre-Dame.
- Joyal**, docteur en médecine.
- Laberge**, médecin en chef de l'hôpital de maladies contagieuses.
- Lachapelle E. P.**, professeur d'hygiène, président du Conseil d'Hygiène et du collège des médecins de la province de Québec, médecin de l'hôpital Notre-Dame.
- Lachapelle S.**, professeur de pathologie générale.
- Larin**, médecin de l'Hôtel-Dieu.
- L'Espérance**, docteur en médecine de l'Université de Paris.
- Mercier O. F.**, professeur de clinique chirurgicale, Chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.
- Mercier A. F.**, docteur en médecine de l'Université de Paris, assistant-pathologiste à l'hôpital Notre-Dame.
- Parizeau**, docteur en médecine de l'Université de Paris, agrégé, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.
- St-Jacques**, médecin de l'Hôtel-Dieu.
- Valin**, agrégé, médecin dermatologiste de l'hôpital Notre-Dame.
- Villeneuve**, professeur suppléant de médecine mentale, surintendant médical de l'Asile St-Jean de Dieu.

## ADMINISTRATION.

### A VIS.

*L'Administration de l'UNION MÉDICALE DU CANADA a l'honneur d'aviser Messieurs les abonnés que Mr DUCHARME, 417a, rue Dorchester, est pour le Canada chargé de la collection des abonnements de l'UNION MÉDICALE.*

---

*Messieurs les Annonceurs français sont priés de s'adresser, pour l'insertion de leurs annonces, à Mr ED. MONTET, 31, rue Tronchet, PARIS.*

# SOMMAIRE

---

## MÉMOIRES.

PAGES.

- 3 — De l'intervention judiciaire en matières d'honoraires professionnels à propos d'une décision récente ..... *Villeneuve*  
12 — La mortalité infantile et les moyens de la diminuer ..... *Dubé*  
27 — Purpura hémorragique par auto-intoxication..... .. *LeSage*

---

## REVUE GÉNÉRALE.

- 36 — Traitement des pleurésies..... .. *Hervieux*  
42 — L'hygiène au congrès de Paris (*suite*)..... .. *Benoît*

---

## SOCIÉTÉS.

- 50 — La Société Médicale de Montréal. .... *Dagenais*  
Rapport de la séance du 4 novembre 1900.

---

## ANALYSES.

---

### PSYCHIATRIE.

- 58 — Les psychoses de la puberté. — Anatomie pathologique de l'idiotie. — Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal..... .. *Chagnon*

### OTOLOGIE.

- 62 — Pourquoi faut-il trépaner l'apophyse mastoïde dans les otites aiguës.

### BIBLIOGRAPHIE.

- 64 — Chirurgie des voies biliaires, par le Dr Pauchet, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux d'Amiens.  
64 — Précis d'ophtalmologie, par les Drs H. Puech et C. Fromaget, anciens chefs de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

---

## MÉMOIRES

---

### DE L'INTERVENTION JUDICIAIRE EN MATIÈRE D'HONORAIRES PROFESSIONNELS, A PROPOS D'UNE DÉCISION RÉCENTE (1)

Par GEORGE VILLENEUVE

Professeur adjoint de médecine légale et de médecine mentale à l'Université Laval de Montréal,  
surintendant médical de l'Asile Saint-Jean de Dieu, membré associé étranger  
de la Société médico-psychologique de Paris.

---

MESSIEURS,

La Société de Médecine s'est occupée, à sa dernière réunion, d'une décision judiciaire intéressant au plus haut point la profession médicale.

Dans une action en recouvrement d'honoraires, intentée à un dentiste par un de nos confrères, le jugement suivant a été rendu :

#### **Jugement de la Cour Supérieure, Montréal.**

La Cour, parties, témoins entendus à l'enquête et mérite et délibéré :

Attendu que le demandeur demande que le défendeur soit condamné à lui payer cent trente-huit piastres pour soins médicaux donnés à lui et à ses enfants ;

Attendu que le défendeur sur son plaidoyer admet que le demandeur a donné des soins médicaux à lui et à ses enfants, mais conteste le nombre et la valeur des dits soins indiqués dans le compte détaillé du demandeur, allègue qu'il est médecin-dentiste et qu'il n'est pas d'usage entre médecins de se faire payer pour services médicaux, que lui-même n'a pas fait payer le demandeur pour des soins professionnels donnés à sa femme, que le demandeur ne lui a jamais demandé légalement le paiement de la dite somme ré-

(1) Communication faite à la Société médicale de Montréal, séance du 27 décembre 1900.

clamée par l'action, que le défendeur lui a offert avant l'action la somme de cinquante piastres, qu'il renouvelle cette offre et a consigné la dite somme en produisant son plaidoyer.

Considérant que le demandeur jure qu'il a fait au défendeur et à ses enfants toutes les visites et leur a donné tous les soins mentionnés dans le compte produit avec son action;

Considérant que d'un autre côté le défendeur, dont le témoignage est corroboré par ceux de Dénise Giguère et Délima Giguère, ses servantes, jure que le demandeur ne lui a fait à lui-même que douze visites, au lieu de quarante-huit qui apparaissent dans le dit compte, et n'a fait à ses enfants que cinquante-quatre visites, au lieu de cent cinquante-six qui apparaissent dans le dit compte;

Considérant qu'en face de ces contradictions le demandeur n'a pas prouvé avoir fait plus de visites que le nombre ainsi déclaré par le défendeur et ses deux témoins, Dénise et Délima Giguère;

Considérant que le demandeur lui-même admet que chaque fois qu'il visitait deux ou plusieurs malades chez le défendeur en une même occasion, il n'avait droit pour tous ceux au-delà d'un qu'à la moitié du prix qu'aurait valu telle visite faite à un seul et que telle est aussi, paraît-il, la pratique de la plupart des médecins, d'après le témoignage du Dr Lamarche, témoin du demandeur;

Considérant que sur ces visites au défendeur et à ses enfants, il n'y en a que quarante-deux qui ont été faites à un seul patient et que, partant, pour les vingt-quatre autres, le demandeur n'a le droit de recevoir que la moitié du prix d'icelle;

Considérant que les médecins, entendus comme témoins par les deux parties, ne s'accordent pas sur le prix auquel le demandeur avait droit pour les dites visites, mais que presque tous s'accordent à dire que le prix des visites d'un médecin dépend de la condition sociale et pécuniaire de son client, ainsi que du nombre de telles visites, dans un temps donné, et du nombre de personnes traitées dans une même visite;

Considérant que depuis la preuve, la Cour en est venue à la conclusion que d'autres médecins de la position du demandeur, dans les circonstances où le demandeur a soigné celle du défendeur, n'auraient pas exigé plus de cinquante cents par visite, en moyenne, ce qui ferait trente-trois piastres pour les soixante-six visites prouvées en cette cause;

Considérant qu'outre ces soixante-six visites le demandeur a prouvé qu'il avait donné au défendeur et à ses enfants, des consultations et des soins et qu'il lui avait rendu des services pour une somme de seize piastres;

Déclare les offres du défendeur suffisantes, lui en donne acte, et renvoie l'action du demandeur pour le surplus avec dépens contre le demandeur."

Les décisions judiciaires touchant les honoraires professionnels sont d'une importance considérable pour la profession médicale, qui ne saurait s'en montrer trop soucieuse. Mais elles le sont à différents degrés, suivant qu'elles créent des présomptions légales nouvelles, susceptibles d'être appliquées à d'autres

cas, ou, suivant qu'elles se rapportent à un cas unique bien déterminé, dans lequel l'intérêt particulier d'un seul praticien est en jeu.

Dans la première supposition, il est de l'intérêt de la profession médicale toute entière d'intervenir dans le débat, par ses corps constitués et représentatifs; dans la seconde, ses membres doivent aider celui de leurs collègues, dont les intérêts ont été injustement lésés, s'il réclame leur aide, en vertu de la solidarité professionnelle.

Pour bien comprendre, au premier de ces points de vue, la signification du jugement cite plus haut, il importe, tout d'abord, d'établir quelle est la jurisprudence usuelle en matière d'honoraires professionnels, et de rechercher ensuite si la présente décision en déroge. Il appartiendra au plaignant de nous démontrer si ses droits personnels ont été méconnus. Je trouve mon excuse de vous offrir ces quelques notions de jurisprudence médicale, dans le fait que le cours de médecine légale que j'enseigne et mes fonctions d'expert m'ont familiarisé avec quelques-unes d'entre elles.

Il n'existe pas de tarif légal, dans la province de Québec. Aucune loi ne parle d'honoraires médicaux. Le seul privilège en faveur de la profession médicale est créé par l'article 2260 du Code civil, en ces termes: *le médecin ou chirurgien en est cru à son serment, quant à la nature et à la durée des soins*. Mais ce texte ne permet nullement au médecin de fixer la valeur de ses soins. Le client ne peut le contredire sur leur nature et leur durée, voilà tout. Le médecin, lorsqu'il intente une action en recouvrement d'honoraires, doit prouver que les soins ont été donnés; il peut le faire par lui-même, en vertu de l'article 316 du Code de Procédure civile, mais sur ce point, il peut être contredit. De sorte que s'il en est crû à son serment, quant à la nature et à la durée des soins, il ne l'est nullement, d'une façon obligatoire, quant au fait que des soins ont été donnés. Pas n'est besoin de s'étonner si la jurisprudence s'est montrée quelque peu contradictoire sur ce point. (1)

(1) Voyez sur cette question: Peers Davidson, M.A., du barreau de Montréal: "Les médecins et la loi" — *Union Médicale du Canada*, 1897.

Autant que j'ai pu m'en assurer, la jurisprudence usuelle en matière d'honoraires médicaux diffère, dans tous les pays qui ne sont pas pourvus d'un tarif légal. Taylor, du barreau de New-York, vient de publier sur ce sujet un traité dont je vous recommande la lecture et auquel je ferai quelques emprunts au cours de cette étude. (1)

On admet généralement, que, lorsqu'un malade réquiert les services d'un médecin, il contracte avec lui et s'engage, par là, à le rémunérer équitablement et suffisamment de ses services. Le fait seul de réquérir et d'accepter les services d'un médecin étant suffisant pour lier le malade, par toute la validité d'un contrat, constitue ainsi un engagement réel de le payer, pour toutes les visites subséquentes qu'exige la condition du malade, tant qu'elles ne sont pas formellement refusées.

Le médecin mandé par un malade est le juge le plus approprié et le meilleur de la fréquence des visites qu'il doit lui faire, et, en l'absence d'une preuve formelle contraire, la cour doit présumer que les visites ont été jugées nécessaires et ont été faites à bon droit. Ceci est tellement vrai que si un médecin négligeait de faire les visites nécessaires et qu'il surviendrait des complications dans l'état de son malade, par suite de sa négligence, il pourrait être inquiété, comme certaines poursuites le prouvent. A ce sujet, Brouardel a dit, dans ses leçons (1), " qu'il ne saurait admettre, en prenant pour base des honoraires la fortune du malade, la raison qu'en donnent Briand et Chaude; ils disent qu' " il est évident que les malades qui appartiennent à la haute classe de la société exigent plus de visites, d'assiduité, il y a lieu d'accorder au médecin un prix plus élevé." Cette formule est absolument fautive. Pour le médecin le malade est simplement un être humain ayant besoin de secours, riche ou pauvre, la maladie dont il souffre réclame la même intervention. Si, en dehors des soins médicaux, le riche peut se donner plus de confortable que le pauvre, c'est son affaire et celle de la famille, mais le médecin, dans l'exercice de son art, ne doit se préoccuper que de la maladie et laisser toute autre préoccupation de côté."

(1) Arthur N. Taylor, L.L.D. : " The laws in its relations to physicians."—New-York, 1900.

(2) P. Brouardel : " L'exercice de la médecine et le charlatanisme."—Paris, 1899.

Jusqu'ici, la question est très simple et les présomptions sont toutes en faveur du médecin. Mais les difficultés surgissent du moment qu'il s'agit de taxer les visites du médecin, en conformité des données ci-dessus. En un mot, quel est le montant des honoraires que le médecin est en droit d'exiger? Telle est la question qui se pose maintenant.

Il n'existe à ce sujet aucune présomption légale. Le montant est déterminé par la coutume locale et par les circonstances particulières de chaque cas. Résumant son opinion sur ce point Taylor dit: (1) " En un mot, le montant exigible par le médecin ou le chirurgien, pour les soins habituels, dans les cas ordinaires, est déterminé par la pratique généralement reconnue et admise dans la localité où ces soins ont été donnés, où, si le médecin a été appelé d'une certaine distance, par la coutume qui prévaut dans sa localité. Pour les soins extraordinaires ou inusités, cette règle générale ne saurait s'appliquer; chaque cas devant être apprécié d'après les circonstances concomitantes et un montant raisonnable et équitable fixé en conséquence."

En France, quand des poursuites en recouvrement d'honoraires sont définitivement engagées, le tribunal nomme un ou plusieurs experts. Les hommes de l'art, ainsi délégués, sont appelés à examiner si les honoraires réclamés par le médecin sont ou non exagérés. Il rédige leurs conclusions dans un rapport dit " d'estimation."

Les règles tracées par les principaux auteurs de médecine légale, d'époques différentes, indiquent, par leur parfaite similitude, les bases sur lesquelles de nombreux arrêts ont établi l'appréciation judiciaire des honoraires médicaux.

Ainsi, Orfila (1) dit, en reproduisant Devaux " que l'on considérera le mérite de l'opération, l'importance des maladies, la durée du traitement, la fortune des personnes qui ont été traitées, la proximité où l'éloignement des malades." Devergie (1), répète, que " dans l'appréciation des honoraires réclamés par la partie autorisée, il faut avoir égard à la nature et à la gravité de la maladie; aux soins qu'elle a dû nécessiter; à sa durée; aux

(1) *Loc. cit.*

(1) "Traité de Médecine légale," 4<sup>e</sup> édition.

(1) Alph. Devergie: "Traité de Médecine légale théorique et pratique," Paris, 2<sup>e</sup> édition.

pansements dont elle a été l'objet; à la proximité où à l'éloignement du malade; et surtout à la qualité et à la fortune de ce dernier."

Legrand du Saule (1), se prononce dans le même sens. "Le médecin, dit-il, chargé de taxer un mémoire doit prendre en considération la fortune du malade, la position de l'homme de l'art qui a donné ses soins, le nombre de visites qu'il a faites, la distance qu'il avait à parcourir pour se rendre auprès de son client et surtout l'importance de la maladie et de l'opération"

Legrand du Saule cite à ce sujet un jugement remarquable par ses considérants:

"Attendu par des documents de la cause, il résulte que des soins assidus et éclairés ont été donnés à Monsieur A., par les deux docteurs; que ces soins ont eu pour résultat d'empêcher l'amputation de la jambe et que la cure a obtenu un succès que la science rendait problématique;

"Attendu qu'un tel service ne peut trouver une récompense digne de lui que dans la reconnaissance éternelle de celui à qui il a été rendu; mais que pour apprécier les honoraires en argent qui peuvent être dus, il faut avoir égard à la position du malade, aux circonstances dans lesquelles il se trouve, aux malheurs dont il a été victime, afin que autant que possible, la somme allouée soit honorable, mais en proportion avec les facultés de celui qui la paye, etc."

Brouardel, dont la haute compétence est si généralement acceptée et si justement appréciée, reprend magistralement la question et s'explique comme suit, dans ses leçons professées à la faculté de médecin de Paris: (2)

"Examinons quels sont les points sur lesquels le tribunal pourra baser son appréciation. Tout d'abord, il s'occupera des *habitudes locales*. Il est certain que le prix d'une visite est plus élevé dans une grande ville, que dans une campagne pauvre.

En outre le tribunal s'informera de *l'état de fortune du client*. Il est hors de doute que le malade riche doit payer plus cher que le malade pauvre: ainsi, le chirurgien qui demande 2 ou 3000 francs pour une opération à une personne possédant 100.000 francs de rente ne pourra pas demander un prix égal à un ouvrier vivant de son travail et qui gagne péniblement de quoi nourrir sa femme et ses enfants. Les soins doivent être les mêmes, mais la rémunération sera de beaucoup inférieure.

(1) Legrand du Saule: "Traité de Jurisprudence médicale et de Toxicologie," Paris, 2<sup>e</sup> édition, 1886.

(2) *Loc. cit.*

En troisième lieu, les juges s'inquiéteront de savoir quelles difficultés le médecin a pu rencontrer au cours de ses visites, s'il va voir un malade à 10 kilomètres de son domicile, ce déplacement doit entrer en ligne de compte, et le prix de la visite sera plus élevé que si le malade habite dans la maison même du médecin ou à peu de distance. S'il y a eu des consultations, des visites de nuit, des interventions opératoires, le médecin sera en droit d'exiger une rémunération plus forte.

Enfin, le tribunal se basera sur la *notoriété du médecin*. Un officier de santé, ou un docteur établi dans un village, ne sera pas considéré comme pouvant prétendre aux mêmes honoraires qu'une célébrité médicale."

Par ce rapide exposé, il est facile de voir que le fait d'appeler un médecin et d'accepter ses soins, constitue, pour le malade, une obligation légale de le rémunérer équitablement et suffisamment et que le médecin est le meilleur juge du nombre des visites qu'il doit faire. La cour, à moins d'une preuve contraire formelle doit donc présumer qu'elles étaient toutes nécessaires. D'après l'article 2260 du Code civil, le médecin ou le chirurgien doit en être cru à son serment quant à la nature et à la durée de ses soins: mais il peut être contredit sur le fait que des soins ont été donnés. Cet article a donné lieu à des interprétations contradictoires.

Quant au montant des honoraires, c'est une question de fait et non le droit; c'est-à-dire qu'il n'existe à ce sujet aucune présomption légale, il est déterminé par la nature du service, la qualité de celui qui l'a reçu et de celui qui l'a rendu, et les habitudes locales.

Les considérants d'un jugement ne peuvent s'appuyer sur une coutume, qu'en autant qu'elle est suffisamment notoire, par une pratique généralement suivie, pour que le médecin ne pût l'ignorer et que le malade fût en droit de croire qu'elle lui serait appliquée.

Conséquemment, dans la présente instance, nous pouvons nous poser les questions suivantes:

La coutume suivie à Montréal autorise-t-elle d'affirmer avec le défendeur, que le médecin-dentiste fait partie de la pro-

fession médicale et qu'il n'est pas d'usage entre médecins de se faire payer ses services?

Devons-nous admettre, avec le tribunal que, lorsqu'un médecin visite un ou plusieurs malades de la même famille, dans la même maison, en une même occasion, il n'a droit, pour tous ceux, au-delà d'un, qu'à la moitié du prix qu'aurait valu telle visite faite à un seul; et ce, d'après l'usage établi?

Pouvons-nous accepter la conclusion à laquelle est arrivée le savant juge, que, dans la ville de Montréal, certains dentistes doivent s'attendre, par une pratique généralement suivie, à ne payer, à certains médecins, que cinquante centins par visite?

Messieurs, en matière civile, un juge se prononce d'après la prépondérance de la preuve. Il peut se faire que les considérants du jugement soient absolument en rapport avec les faits établis dans la cause ou, du moins, avec la majorité d'entre eux. Je vous avoue qu'après avoir entendu les rapports contradictoires qui m'en ont été faits, je suis moi-même resté fort perplexe. Nous ne pouvons donc discuter les considérants du jugement que d'une manière générale, en autant qu'ils affectent la profession toute entière. À ce point de vue, nous ne pouvons admettre qu'ils soient bien fondés.

Un dentiste n'est pas un médecin, dans le sens où le terme s'applique à notre profession et il n'a, de ce chef, aucun droit de s'attendre à un traitement privilégié.

Les honoraires pour soins donnés à plusieurs membres d'une même famille, dans une même visite, dépendent de la nature du service rendu à chacun d'entre eux. Si vous prescrivez un gargarisme à l'un, si vous faites un pansement à l'autre pour une fracture compliquée, si vous donnez à un autre une injection de sérum, si vous diagnostiquez pour un quatrième une affection abdominale et décidez une laparatomie, lesquels de ces quatre malades ne doivent payer que le prix d'une seule visite? Il est évident que c'est encore, ici, une question d'espèce et non pas de droit et que la réduction ne peut porter, d'une façon absolue, que sur le déplacement évité au médecin pour plusieurs visites simultanées et n'est justifiée pour le reste, que par la nature de l'intervention.

Pour ce qui est de la gratuité des soins entre médecins, voici

ce qu'en dit Taylor, (1) " Habituellement les médecins se traitent entre eux gratuitement. Mais cette coutume est-elle suffisamment établie et assez généralement reconnue pour autoriser un médecin à refuser de payer le confrère qui l'a soigné? La Cour suprême de Georgie a décidé que c'était là une question de fait, qui devait être démontré par la preuve. S'il appert par les dépositions, que la gratuité est un simple acte de bonne camaraderie ou de courtoisie et non pas une pratique universelle, alors le médecin a droit à ses honoraires, à moins qu'il n'existe une entente contraire. Si, d'un autre côté, la cause démontre que la pratique est si généralement suivie, que le médecin peut raisonnablement croire que la coutume fait partie du contrat, alors la gratuité est la règle."

Il me semble donc évident que le jugement crée des présomptions légales nouvelles, en matière d'honoraires, pouvant être interprétées défavorablement pour nous, dans des circonstances identiques, malgré l'aspect particulier de chaque cas. Le danger est-il assez grand pour que la profession médicale toute entière s'en émeuve et intervienne comme corps dans le débat?

En d'autres termes nous avons à nous demander quelle est la portée légale de ce jugement qui, d'une manière générale, semble déroger de la jurisprudence usuelle? La solution de cette question n'est pas de ma compétence, il appartient à un homme de loi d'y répondre. Comme elle intéresse tout le corps médical, elle tombe dans les attributions du bureau des gouverneurs du Collège des médecins et chirurgiens, particulièrement chargé par la loi du soin de nos intérêts professionnels. Nous pourrions prier le président de ce bureau, d'en consulter l'aviseur officiel et de l'autoriser à prendre toute mesure qu'il jugera convenable, dans l'avantage de la profession.

Pour notre société, fondée uniquement dans un but scientifique, elle ne peut qu'émettre ce vœu et donner à notre confrère, le demandeur, son appui moral; en laissant à ses membres le soin de l'aider individuellement, comme collègues, d'une manière plus pratique.

(1) *Loc. cit*

## LA MORTALITÉ INFANTILE ET LES MOYENS DE LA DIMINUER (1)

Par J.-E. DUBÉ

Docteur en médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval,  
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

J'eus dernièrement l'occasion de lire deux articles de journaux qui m'ont fortement intéressé.

Le premier est publié dans l'*Obstétrique* du 15 septembre 1900, sous la signature du prof. Pierre Budin, de Paris, et est intitulé: *De la puériculture après la naissance*. Le second est reproduit par un journal politique de cette ville, d'après le *Civic government*, journal de New-York. Cet article est intitulé: "Saving lives of children, by the purification of the milk supply and instruction to mother, the experience of Rochester", par le docteur Goler. "Comment sauver la vie des enfants par un approvisionnement de lait pur et l'éducation des mères, expérience de Rochester".

C'est évidemment un sujet d'actualité et il n'y a pas en médecine de chose plus navrante que la grande mortalité infantile. Il n'y a pas non plus de position aussi difficilement supportable que celle du médecin en présence de ces petits êtres qui meurent entre ses mains faute de soins maternels, de bon lait.

Je connais nombre de médecins qui, pendant les chaleurs de l'été, au moment où la gastro-entérite fait le plus de ravages, se voient obligés de signer des certificats de décès pour des bébés qu'ils n'ont pas soignés ou qu'ils ont vus quelques heures seulement avant la mort.

Le médecin ne se trouve appelé qu'à la dernière minute parce qu'il faut un certificat de décès à la famille, autrement on ne songerait même pas à le faire venir, tant la médecine infantile avec ses grands succès reste inconnue ou incomprise pour une bonne partie de notre population qui s'imagine que des bébés "ça ne se soigne pas!"

Que faut-il penser en présence d'un semblable état de choses? Devons-nous nous croiser les bras et dire: il n'y a rien à faire?

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 4 décembre 1900.

Je me plais à répéter que non ! N'en déplaise aux médecins pessimistes qui persistent à croire que les préjugés et l'ignorance des mères resteront, quoi qu'on fasse.

Je suis convaincu qu'il suffira d'indiquer à ces médecins les belles statistiques du prof. Rudin par exemple, pour les persuader de leur erreur.

Si je parle, Messieurs, avec autant de conviction, c'est que notre population est comme les autres, susceptible de progrès pour peu que l'on se donne la peine de la former.

Je demanderai à ceux qui se récrient ou gémissent le plus contre l'ignorance de notre pauvre population, ce qu'ils ont fait pour l'instruire !

Y a-t-il vraiment lieu de s'étonner que les mères soient ignorantes des premiers soins à donner à leurs nourrissons, et n'y aurait-il pas au contraire lieu d'être étonné que la situation ne soit pas plus grave, en présence du peu d'enseignements qu'elles reçoivent ?

Les médecins se sont, pendant trop longtemps, contentés de dire aux mères " qu'il était impossible de donner des soins à des petits êtres sans parole " : elles nous le rendent maintenant par un vote de non confiance. En effet il ne faut pas faire de la médecine pendant bien des années, avant de se faire dire que les médecins ne connaissent rien dans le traitement des enfants. C'est là de l'ignorance, sans aucun doute : de la méchanceté peut-être : mais sûrement pas toujours de la mauvaise foi.

Ces mêmes femmes seront nos clientes les plus dociles dès que nous leur aurons prouvé que nous en connaissons plus qu'elles dans l'alimentation et le soin à donner à leurs enfants. Ici, je parle évidemment de la mère peu instruite et relativement pauvre, car dans la classe aisée l'exercice de notre profession est facilité de beaucoup, il nous est possible d'obtenir une balance pèse-bébé, de faire donner du lait stérilisé ; les mères nous écoutent, et tout se fait généralement tel que nous l'exigeons. Mais chez le pauvre, ou celui qui est un peu dans la gêne et ne peut que difficilement acheter un stérilisateur et surtout se procurer un lait pur : nous ne pourrions pas faire bénéficier son enfant des grandes découvertes modernes et en même temps cap-

ter sa confiance. Nous pouvons tout avec les riches et nous sommes complètement impuissants chez les pauvres.

Ceux-ci sont pourtant les plus nombreux et leurs enfants ne doivent pas pour cela être traités comme quantité négligeable.

L'humanité la plus simple nous impose le devoir d'agir et nous devons de tout notre pouvoir nous efforcer de diminuer la grande mortalité qui sévit chez les enfants de notre ville. Mais alors une importante question se pose. Comment suppléer à la pauvreté et en même temps faire disparaître l'ignorance dans la masse?

Comment fournir aux pauvres les moyens de se procurer un lait pur? Comment convaincre toutes ces mères de l'efficacité des têtées régulières, etc? Ce problème qui paraît insoluble à ceux qui n'ont jamais tenté de l'étudier a reçu depuis longtemps, en France, une solution satisfaisante.

"Quand on prend la peine, dit le prof. Budin, de regarder de près les chiffres qui indiquent la mortalité des enfants, on est douloureusement surpris.

Dans les premières années de la vie, dans les premières semaines surtout, elle est considérable, et M. le docteur Bergeron a pu dire, en 1878, que l'enfant qui naît a moins de chances de vivre une semaine qu'un vieillard de 90 ans, moins de chances de vivre une année qu'un vieillard de 80 ans."

D'après les statistiques de MM. Balestre et Gilletta de St-Joseph (Nice), les principales villes de France ont présenté, dans la période qui s'étend de 1892 à 1897, une mortalité infantile (de 0 à un an) égale au cinquième, au quart, au tiers, et même dans l'une d'elles, à la moitié de la mortalité totale.

"Les éleveurs, dit Budin, font tout leur possible pour ne pas perdre les jeunes animaux qui naissent chez eux. S'ils avaient de semblables résultats, guidés par leur intérêt matériel, quelles précautions, quelles mesures ne prendraient-ils pas. Pour les enfants, que font les parents? que font les villes? que fait l'État?

En parcourant le rapport annuel de notre Conseil d'Hygiène Provincial, on apprend bien des choses.

Il est alors très facile de se rendre compte de la grande mortalité infantile dans toute la province de Québec et dans chacune des villes séparément.

Voici par exemple, des chiffres statistiques compilés par M. le docteur E. Provost du Bureau d'Hygiène, donnant la mortalité par les maladies contagieuses et la diarrhée infantile.

Année.	Fièvre typhoïde.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphthérie.	Tuberculose.	Diarrhée.
1896.....	313	227	197	2,059	2,826	4,464
1897.....	346	663	342	2,088	3,079	4,395
1898.....	321	179	332	1,709	2,876	4,512

Cette mortalité, par diarrhée surtout, est certainement trop forte et hors de proportion avec notre population provinciale de 1.690,064 (1898).

“ Le chiffre des décès pour la première période de vie (0 à 5 ans) dit M. le docteur Provost, a été de 15,794 en 1898. Ce chiffre est désolant et plus élevé que les années précédentes.”

Voici maintenant le taux de la mortalité pour les enfants de 0 à 1 an seulement :

1896.....	9 632
1897.....	2 538
1898.....	10 468

Cette mortalité est épouvantable.

Dans notre propre ville il est mort 1349 enfants de diarrhée et gastro-entérite. Sur ce nombre, 1238 étaient âgés de 0 à 1 an.

Il en est mort en :

Janvier.....	9
Février.....	44
Mars.....	55
Avril.....	45
Mai.....	67
Juin.....	291
Juillet.....	353
Août.....	163
Septembre.....	121
Octobre.....	93
Novembre.....	42
Décembre.....	46

Si nous ajoutons à ces chiffres déjà monstrueux le nombre

d'enfants de 0 à 5 ans, morts d'autres maladies que la diarrhée, nous avons :

Encéphalite.....	40
Méningite simple.....	275
Hémorragie cérébrale (?).....	52
Paralyse.....	3
Epilepsie.....	1
Eclampsie.....	2
Convulsions.....	111
Tétanos.....	1
Système nerveux.....	19
Maladies des oreilles.....	3
Péricardite.....	1
Maladies du cœur.....	10
Maladies du nez.....	1
Affections du corps thyroïde.....	30
Bronchite aiguë.....	90
Bronchite chronique.....	2
Broncho-pneumonie.....	162
Pneumonie.....	186
Pleurésie.....	4
Congestion de poumons.....	35
Des poumons.....	4
De la bouche, du pharynx.....	9
Maladies de l'estomac.....	5
Obstructions intestinales.....	9
Autres affections de l'intestin.....	2
Affections du foie.....	4
Péritonite.....	7
Phlegmon, fosse iliaque.....	1
Néphrite aiguë.....	7
Maladie de Bright.....	1
Calculs rénaux.....	1
Maladies de la vessie.....	3
Erysipèle.....	11
Abcès chauds.....	4
Maladies de la peau.....	3
Abcès froid.....	1
Affections des os.....	5
Vices de conformation.....	10
Débilité congénitale.....	296
Défaut de soins.....	1
Autres maladies.....	3
Traumatismes.....	5
Épuisement, cachexie.....	492
Fièvre de dentition et autres.....	100
Hydropisie.....	3

Ces chiffres réunis font un total qui touche de près 4000 enfants, pour l'année 1898, la moitié de la mortalité totale, qui est la même année, de 7292.

“ La majorité des enfants, dit M. le docteur Provost, meurent durant les mois de juillet, août et septembre, et la cause commune est la diarrhée. C'est donc pendant cette période de l'année que l'on doit surveiller davantage l'alimentation et l'hygiène de la première enfance. Nous pouvons expliquer le grand nombre des mortalités par la défectuosité de l'alimentation, par la négligence que l'on apporte à secourir les petits et à les préserver contre les conditions qui amènent la misère; en un mot, les enfants sont trop souvent abandonnés aux seules résistances de l'organisme.

Nous ne pouvons trop nous élever contre le préjugé qui règne dans l'esprit du peuple, qu'il est inutile de faire soigner les enfants. Cette erreur coupable devrait disparaître, maintenant que la science médicale a comblé la lacune du passé, et que d'excellentes statistiques prouvent à l'évidence que l'intervention du médecin sauve de la mort de pauvres petits qui sont destinés à périr, abandonnés trop souvent à leur seule résistance.

Pour trouver les remèdes, dit Budin, il faut connaître les causes.

Dans les statistiques de MM. Balestre et Gilletta de St-Joseph, les maladies du tube digestif déterminent à elles seules la mort dans 53% des cas.

C'est surtout la diarrhée qui agit avec le plus de force: sur 100 décès d'enfants de 0 à 1 an, elle se montre dans la proportion de 38.5%; on trouve les affections pulmonaires dans celle de 14.5%, et le chiffre de 47% représente les autres causes réunies: les fièvres éruptives, les maladies contagieuses, etc.

Rares pendant l'été, les affections pulmonaires sévissent surtout pendant les périodes les plus froides.

En janvier, elles causent la mort dans 26% des cas. Cette proportion s'abaisse progressivement:

Février.....	24.0%
Mars.....	23.0“
Avril.....	20.0“
Mai.....	15.0“

Juin.....	11.0"
Juillet.....	6.0"
Août.....	5.5"

Puis elle s'élève au fur et à mesure que la température s'abaisse :

Septembre.....	6.0%
Octobre.....	9.0"
Novembre.....	17.0"
Décembre.....	24.0"

La diarrhée, due à des causes multiples, sévit pendant toute l'année, mais elle est particulièrement forte pendant les mois d'été.

La proportion de décès est :

Janvier et Février.....	21.0%
Mars.....	22.5"
Avril.....	25.5"
Mai.....	30.0"
Juin.....	42.5"
Juillet.....	59.0"
Août.....	60.5"

Elle descend ensuite, avec l'abaissement de la température.

Septembre.....	54.0%
Octobre.....	43.0"
Novembre.....	30.5"
Décembre.....	23.5"

En juillet et en août la diarrhée cause donc, à elle seule les six dixièmes environ (59 à 60%) des cas de mort chez les enfants de 0 à 1 an. (*Budin*).

“ Les principales causes de la mortalité chez les enfants étant ainsi connues, il est plus facile de chercher quels sont les remèdes qu'il faut y apporter.”

L'isolement, la désinfection dans la fièvre éruptive, l'emploi de la vaccination pour la variole, du sérum de Roux et de Behring pour la diphtérie, etc., continuent à arracher à la mort un nombre considérable d'enfants.

M. le prof. Budin a bien démontré l'importance qu'il y a à éviter pendant les mois d'hiver l'action du refroidissement, si funeste chez les enfants de 0 à 1 an, surtout ceux atteints de faiblesse congénitale.

“ Dès notre entrée à la Maternité, en janvier 1895, dit-il, nous avons constaté, en faisant prendre la température rectale de tous les enfants qui étaient admis, combien est grand et dangereux le refroidissement. En effet, les débiles pesant moins de 2000 grammes (4 lbs) et chez lesquels la température rectale était tombée à 32° centigrades (89.6 Fahrenheit) ou au-dessous succombaient dans la proportion de 98%. La mortalité était de 90% chez ceux dont la température rectale était descendue entre 32° et 33°.5 (89.6 à 92.3 Fahrenheit).

Si ces enfants débiles meurent dans l'effroyable proportion de 90 et de 98%, il n'en est plus de même si on en prend soin aussitôt après leur naissance et si, en particulier on prévient les refroidissements. En effet, Budin a observé 108 enfants débiles pesant entre 2000 à 2500 grammes (4 à 5 lbs) et sur ce nombre 7 seulement sont morts dont cinq syphilitiques; 101 ont survécu et sont sortis de l'hôpital avec leur mère; la proportion des enfants sauvés a donc été de 93.5%.

Nous pouvons, mon ami Cormier et moi, parler avec expérience de ce refroidissement marqué chez les enfants naissants, les débiles surtout. Pendant notre passage à la crèche de la maternité, nous l'avons souvent constaté après avoir pris connaissance des beaux travaux du prof. Budin.

Malgré la grande importance de ces facteurs de maladies et de mort, ce sont comme dit Budin, les affections du tube digestif qui doivent attirer l'attention des médecins et des hygiénistes. Elles causent en effet, la mort dans 38.5% des cas.

La diarrhée peut emporter les enfants nourris au sein et ceux élevés artificiellement, mais elle sévit surtout sur ces derniers.”

C'est une vieille vérité, mais il ne faut jamais cesser de démontrer toute la supériorité de l'allaitement au sein sur l'allaitement artificiel, dans l'élevage des enfants.

En 1898, on a vu à Paris mourir 256 enfants en une semaine, pendant les grandes chaleurs; or tous ces enfants étaient nourris au biberon.

Est-ce à dire que l'enfant élevé au sein ne peut pas mourir de diarrhée? Evidemment non, puisque ces enfants en souffrent assez souvent comme le prouvent les statistiques.

“ C'est que les femmes du peuple abandonnées à elles-mêmes

ne reçoivent en général pas de conseils éclairés, ou elles n'en écoutent que d'incompétents ou de funestes. C'est seulement quand leur nourrisson est devenu malade qu'elles s'adressent au médecin, c'est-à-dire trop tard.

Il ne devrait pas en être ainsi. Les mères, les nourrices, ont besoin d'être guidées pendant cette période si dangereuse pour l'enfant." (*Budin*).

Je n'ai pas encore parlé des moyens à prendre pour abaisser la mortalité infantile dans notre population pauvre.

Je n'ai nullement l'intention de conseiller quelques mesures nouvelles inconnues jusqu'ici. Oh non! je veux simplement me borner à tendre tous mes efforts vers la création, à Montréal, d'une *Consultation de nourrissons*.

Qu'est-ce donc alors qu'une consultation de nourrissons et quel en doit-être le fonctionnement? Laissons la parole au prof. Budin: "A Paris, en 1892, dit-il, nous avons créé, à la Charité, la première consultation de nourrissons. Nous en avons organisé une autre à la Maternité, en 1895, puis une troisième à la Clinique Tarnier, en 1898. Voici en quoi consistent ces consultations.

Chaque semaine, les femmes qui élèvent elles-mêmes leur enfant, le rapportent à l'hôpital, où elles ont accouché. Il est examiné et pesé.

Sur un registre spécial on inscrit son poids et les renseignements qui le concernent; on peut, de la sorte, établir ensuite facilement sa courbe. C'est l'allaitement au sein qui est encouragé.

Si cet allaitement est insuffisant, on prescrit une quantité variable de lait stérilisé que la mère vient chercher chaque matin. On fait ainsi l'allaitement mixte. Parfois même, la femme n'ayant pas de lait du tout, ou bien, après en avoir eu, n'en ayant plus, son enfant ne boit que du lait stérilisé: l'allaitement est alors artificiel.

Au lieu d'abandonner à elles-mêmes des mères déçireures de bien faire, mais ignorantes et pauvres, il est préférable de les surveiller, de les diriger, de les aider.

Chaque consultation devient comme une véritable école de mères, car si l'on soigne les bébés, on conseille aussi les nour-

rices, leur traçant une ligne de conduite pour le présent et pour l'avenir.

En juin 1898, 79 enfants suivaient notre consultation de nourrisson ; parmi eux : 48 étaient nourris au sein : 27, étant à l'allaitement mixte ou sévrés, recevaient du lait ; 4 avaient été mis d'emblée à l'allaitement artificiel. Il s'agissait, pour ces derniers, d'enfants qui, nés chez nous, avaient d'abord été confiés à des nourrices mercenaires. On voit donc que 60% des enfants de notre consultation étaient allaités au sein ; 30% avaient pris dans le sein de leur mère tout ce qu'il était capable de fournir. 6% avaient été mis à l'allaitement artificiel par suite des conditions dans laquelle ils avaient été amenés.

Or, pendant cette année 1898, si meurtrière pour les enfants de la capitale, aucun de nos enfants n'a succombé à la diarrhée : la mortalité par troubles digestifs a été de 0.

Ces beaux résultats obtenus par le prof. Budin donnèrent l'élan et des consultations analogues ont été créées à Paris, en dehors des hôpitaux, dans des dispensaires privés, par un certain nombre de médecins, les docteurs Variot, Dubrisay, Henri de Rothschild, qui distribuent du lait de conserve ou lait stérilisé de commerce.

L'Assistance publique en a créé un certain nombre dans ses dispensaires et elle continue ces créations.

Je continue à citer les prof. Budin. " Un médecin a fait beaucoup en France pour leur diffusion : c'est le docteur Dufour (de Fécamp), qui leur a donné le vocable heureux et pittoresque de " la Goutte de lait ".

Dans ces consultations, non seulement on dirige l'allaitement au lait stérilisé ; mais on évite avec soin la suralimentation et l'alimentation solide précoce. Les enfants ne reçoivent, dans chaque bouteille, que la quantité suffisante pour chaque tétée. La mortalité pour troubles digestifs, si grande en général, est presque nulle dans les consultations de nourrissons rattachées aux services d'accouchements de Paris. M. le directeur de l'Assistance publique (rapport de 1898) et les médecins qui dirigent les dispensaires ont montré quels excellents résultats y étaient obtenus.

Les chiffres publiés par M. le docteur Dufour sont particu-

lièrement intéressants. Pendant ce même été de 1898, la mortalité par diarrhée à la " Goutte de lait ", est tombée à 2.8%, tandis que, dans la ville de Fécamp, elle était de 16% : durant le mois d'août 1898, dans d'autres villes du département de la Seine-Inférieure, la mortalité par diarrhée était de 51% au Havre, 66% à Bolbec, 76% à Rouen.

A Paris en 1900, pendant les très fortes chaleurs que nous venons de traverser, on a vu jusqu'à 262 enfants mourir dans la 30e semaine.

Or, à notre consultation de nourrissons, en 1899 et en 1900, jusqu'à ce jour, nous n'avons eu aucun décès par diarrhée."

Ces beaux résultats sont, il me semble, Messieurs, bien propres à nous convaincre que nous devons faire quelque chose dans notre propre pays.

Voyons maintenant ce qui se pratique à Rochester, Etats-Unis. C'est le docteur Goler, chef du bureau de santé municipal qui a pris l'initiative d'établir dans toute la ville des dépôts de lait pur pendant les grandes chaleurs de juillet et août 1900.

De 1887 à 1897, 35½% de la mortalité dans Rochester survenait chez les enfants au-dessous de cinq ans.

" Cette énorme mortalité infantile, dit le docteur Goler, démontrait la nécessité de chercher à la diminuer. Je crus que l'approvisionnement de lait dans la ville devait y être pour beaucoup et je commençai de suite une campagne active.

Je fis distribuer tout d'abord à toutes les mères ayant de jeunes enfants dans la ville, un petit livre intitulé: " Des soins à donner aux petits enfants pendant les chaleurs." Imprimé en anglais, allemand, italien et en hébreux, ce petit livre donnait dans un langage simple et clair les principales notions sur les soins des bébés.

J'obtins en second lieu, une subvention de \$350.00 pour l'installation d'un dépôt de lait municipal. C'était en juillet 1897. J'y plaçai une " trained nurse " et un assistant qui distribuèrent le lait mis en bouteilles de deux grandeurs différentes.

Ce lait n'était pas distribué pur, mais dilué plus ou moins suivant le poids de l'enfant.

Poids de l'enfant. Livres.	Lait - onces.	Eau—onces.	Sucre—cuille- rée à (thé).	Fréquence des tétés.	Bouteilles— Nombre en 24 heures.
10	1½	2½	$\frac{1}{4}$	2 heures.	8
11 à 14	2½	2½	$\frac{1}{4}$	2½ heures.	7
15 à 18	5	2	1	3 heures.	6
19 à 20	8	0	1½	3 heures.	6

Lorsqu'une mère venait chercher du lait pour la première fois, elle était obligée d'amener son enfant. Celui-ci était pesé et d'après son poids et non pas son âge, l'enfant recevait la provision de lait approprié.

Le poids d'un enfant est meilleur guide que son âge, sur les dimensions et la capacité de son estomac.

La "trained nurse" donnait en même temps quelques conseils à la mère, sur la manière d'habiller, de baigner son enfant.

Les résultats obtenus par ce premier essai ont dépassé toute espérance. Pendant ces deux mois il y eut 107 morts parmi les enfants âgés de 0 à 5 ans, au lieu de 223 du même âge, morts les années précédentes, pendant les mois correspondants.

L'année suivante au lieu d'un seul dépôt il y en eut quatre, ce qui permit de satisfaire tout le monde. Le lait provenait d'une ferme bien tenue et à proximité de la ville. Après les trois premières années de début satisfaisant, le docteur Goler prit le troupeau de vaches sous sa direction immédiate, aidé de quelques assistants. Il surveilla la traite et l'expédition du lait.

Le troupeau de vaches était composé de bêtes choisies et en bonne santé. L'étable était toujours tenue dans un grand état de propreté. Au moment de la traite chaque vache était recouverte d'un drap stérilisé afin d'éviter les souillures du lait par les poussières atmosphériques. En plus, le personnel était obligé de se laver les mains dans une solution antiseptique.

Il y avait sur la ferme même, tous les appareils à stérilisation nécessaires, glacières, etc. Tous les vaisseaux, filtres, bouteilles, etc., étaient stérilisés.

Le lait auquel on ajoutait un peu de sucre de lait, était embouteillé dans des bouteilles stérilisées et bouchées avec des bouchons stérilisés. Ces bouteilles de lait étaient alors plongées dans de l'eau glacée et une fois refroidies, placées dans des boîtes entourées de glace et expédiées immédiatement vers les dépôts de lait de la ville. Plus de 30,000 bouteilles de lait furent ainsi distribuées pendant la dernière saison.

Le docteur Goler comme on peut voir ne stérilisait pas le lait mais se contentait de le cueillir dans les meilleures conditions possibles d'asepsie, de le conserver dans des bouteilles stérilisées maintenues à une basse température. C'est peut-être là l'idéal à atteindre, mais il convient de se rappeler qu'il n'est pas toujours facile de faire une traite parfaitement aseptique, et puis, second inconvénient, le pauvre ne peut pas toujours se procurer de la glace pour conserver froide sa provision de lait des 24 heures.

Au début, le lait fut vendu au prix de un sou pour deux petites bouteilles de quatre à cinq onces chacune; un sou par chaque bouteille de huit onces. Plus tard, le prix de un sou fut demandé pour chaque bouteille grande ou petite. Le docteur Goler donne en détail ce qu'à coûté cette organisation. Je reproduis en entier tous les items:

Loyer de quatre magasins pour neuf semaines chaque.	\$ 76 00
Salaire de cinq "trained nurses," un aide régulier, et un aide supplémentaire, pour huit semaines et trois jours.....	537 74
Voitures de transport.....	37 00
Deux poêles à l'huile.....	16 00
Boîtes servant au transport du lait.....	7 20
Bois, clous, peinture.....	4 70
Glace pour chaque dépôt.....	24 00
Huile.....	11 27
Plomberie.....	26 36
Lait et glace pour la ferme.....	236 56
Bouteilles, bouchons, ustensiles de cuisine, savon, brosse, papier, etc.....	220 16
Total.....	\$1 248 24

Je crois inutile d'ajouter que ces quatre dépôts ne demanderaient pas une aussi forte somme pour leur installation à Montréal.

Le docteur Goler, termine son intéressant article par l'exposé d'un système de surveillance des laitiers qui approvisionnent Rochester. J'en recommande l'adoption à notre excellent bureau d'hygiène municipal.

Tandis qu'en Europe, en France surtout, on prône le lait stérilisé, certains américains le décrient et préconisent le lait pur non stérilisé ni pasteurisé.

Dans le *New-York Medical Journal* (du 8 septembre 1900) le docteur George Thomas Palmer, de Chicago, prof. de pédiatrie au "Chicago Clinical School" et chargé de la "Trinity diet kitchen for infants" se déclare partisan du lait crû et donne les résultats obtenus à son dépôt de lait pour les pauvres. Pendant l'été il y eut 700 demandes de lait et de soins médicaux pour des enfants plus ou moins malades. La mortalité globale a été de trois, c'est-à-dire les  $\frac{3}{7}$  de 1%.

Je me suis complû à citer cette dernière statistique pour démontrer une fois de plus ce que la distribution de lait aux pauvres peut faire pour abaisser la mortalité infantile.

Il me reste à vous dire ce que nous devrions faire pour notre ville si nous ne voulons pas être montrés au bout du doigt.

Avec sa population de 300,000 âmes, Montréal ne possède pas un seul hôpital d'enfants, pas une seule consultation de nourrissons! L'adulte pauvre, trouve lorsqu'il est malade, un bon lit dans un de nos hôpitaux; mais le bébé, l'enfant de 3 à 10 ans, n'y est pas reçu; il reste à la maison, souvent pour y mourir; pourquoi, parce que la famille est trop pauvre pour faire venir le médecin et acheter les médicaments nécessaires.

Je ne blâme personne, bien au contraire, de donner toute leur attention et leur argent pour la construction et l'entretien de refuges pour vieillards, mais je trouve inhumain le dédain avec lequel on traite ces petits êtres qui peuvent eux au moins, devenir utiles à la société! A qui la faute? Je ne tiens pas plus à définir les responsabilités, qu'à indiquer les remèdes capables de corriger ce malheureux état de choses. Mais je me permettrai cependant, de reprocher sévèrement au Gouvernement Provincial et à notre Conseil Municipal, leur trop grand désintéressement envers les œuvres de charités qu'ils abandonnent entièrement à l'initiative privé. Mais laissons pour le moment de côté ces considérations stériles, pour ne nous occuper enfin que de la fondation d'une consultation de nourrisson dans un de nos quartiers populeux. Ce projet est-il réalisable? Je le crois. Il me semble qu'avec l'aide de quelques dames charitables et la bonne volonté des médecins, il est possible de faire chez nous, ce qui réussit si bien ailleurs.

Nous pourrions par exemple placer un dépôt de lait dans la partie Est . Nous n'aurions pas sûrement à payer bien cher le loyer d'un magasin pour les mois de juin, juillet et août. Nous avons maintenant des compagnies sérieuses qui pourraient nous fournir le lait dont nous aurions besoin pour la distribution quotidienne. Les mères de bonne volonté seront vite attirées, et le succès aidant, nous aurons vite gagné même les plus arriérées et les plus entêtées d'entre elles.

Chaque enfant serait pesé toutes les semaines, et chaque jour la mère viendrait chercher la provision de lait des 24 heures. Ce lait *stérilisé* serait, suivant nos finances, réparti en un nombre de bouteilles correspondantes aux repas du nourrisson, ou bien, réuni en une seule bouteille, laissant à la mère le soin de prendre elle-même la quantité suffisante à chaque tétée.

Nous pourrions, encore, suivant nos moyens, distribuer le lait pur, ou dilué proportionnellement à l'âge de l'enfant.

Nous tâcherons de réaliser quelque argent par la vente du lait de chaque jour, à celles qui pourront payer. Ce petit revenu ajouté aux souscriptions volontaires suffiront facilement à l'entretien de ce dispensaire de nourrissons dont je souhaite de tout cœur, le fonctionnement pour l'été prochain.

---

**PURPURA HÉMORRAGIQUE PAR AUTO  
INTOXICATION (1)**

Par J.-A. LESAGE

Docteur en médecine de l'Université de Paris. Professeur agrégé à l'Université Laval.  
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

MESSIEURS.

J'ai l'honneur de vous présenter au nom de M. le docteur Gauthier et au mien, l'histoire clinique d'une malade que nous avons reçue et traitée dans notre service, à l'hôpital Notre-Dame, au mois de juillet dernier.

OBSERVATION. — Madame L. . . nous est envoyée de la campagne par son médecin pour un saignement considérable des gencives.

C'est une femme âgée de 44 ans, mère de huit enfants bien portants et dont les antécédents, tant héréditaires que personnels n'offrent aucun intérêt, si ce n'est une mère morte de phthisie il y a plusieurs années.

Depuis dix mois il y a suppression complète des menstrues; depuis cinq ou six jours elle saigne abondamment des gencives. Elle ne dort pas, mais son appétit est conservé. Habituellement constipée, elle n'a pas eu de selles depuis huit jours.

A l'examen, les tissus sont pâles, exsangues, les lèvres et les paupières sont décolorées; les gencives sont saignantes et exhalent une odeur fétide. La peau est mate et présente en différents endroits, face, bras hanche, jambes, de larges plaques ecchymotiques de coloration différente, rouges, bleues, jaunes et à peu près symétriques. Les organes thoraciques et abdominaux ne présentent aucune lésion, si ce n'est la rate qui est légèrement augmentée de volume. Ses urines ne renferment ni sang ni albumine. L'intestin ne saigne pas.

La malade nous affirme qu'elle n'a jamais saigné d'aucune façon avant ce jour. L'examen du sang fait par M. Bernier a donné les résultats suivants :

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 4 décembre 1900.

	Etat pathologique.	Etat normal.
Globules rouges .....	3,626,200	4,500,000
Hémoglobine.. .....	53 o/o	100 o/o
Valeur globulaire.....	17	27
Globules blancs.....	13,950	7,000

L'ensemencement sur bouillon n'a pas donné de pousse, cependant l'interprétation en est douteuse. Nous avons eu un résultat quasi positif; mais nous nous sommes demandé si c'était bien du sang ou de la peau que provenaient ces cocci.

Comme apparence générale, la malade était très affaiblie. Le pouls, petit et rapide, atteignait le chiffre de 120 pulsations à la minute. La température qui était à 103° F., le deuxième jour, oscilla entre 102° et 101°, puis descendit graduellement pour atteindre le chiffre normal de 98<sup>2</sup>/<sub>5</sub> à partir du huitième jour.

Nous étions évidemment en face d'un cas de purpura à forme grave, mais de quelle nature?... A quelle cause devons-nous attribuer tous ces accidents hémorragiques?...

*Le scorbut?...*

Mais cette femme habite, à la campagne, une maison saine. Sa nourriture se compose de lait, œufs, pain, beurre, viandes bouillies, légumes, etc., en un mot tous aliments hygiéniques et de bonne qualité. Il n'y a pas lieu d'invoquer ici l'usage prolongé de viandes salées, conserves ou autres, qui jouent un rôle important dans l'étiologie de cette affection.

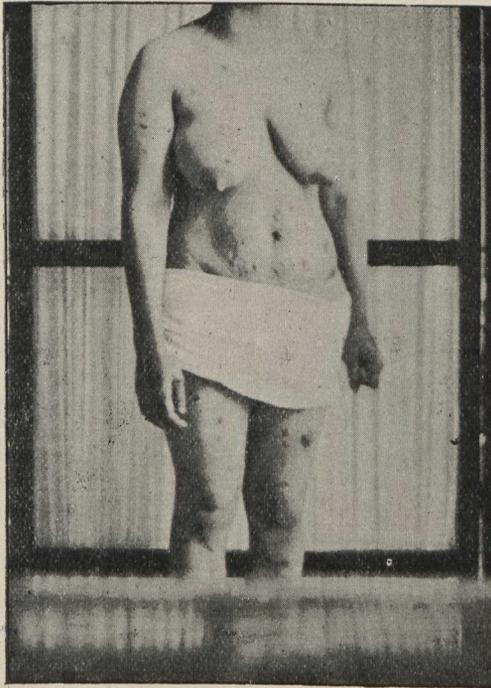
De plus, l'apparence de la langue et des gencives n'est pas celle que l'on rencontre dans le scorbut. Alors que, dans celui-ci, nous avons une langue très-épaisse, fendillée, des gencives saignantes, sanienses et tuméfiées au point de recouvrir complètement les dents, le cas qui nous occupe en ce moment présente une langue plutôt normale comme volume et comme apparence générale; les gencives sont saignantes mais non tuméfiées au point d'attirer particulièrement l'attention.

Pour ces raisons, nous avons cru devoir rejeter le diagnostic de scorbut...

*L'hémophilie?...*

Nous ne voulons pas, Messieurs, entamer une discussion sur la valeur de ce syndrome à qui on a voulu donner une place à part dans le cadre nosologique de la pathologie interne. Il nous faudrait remonter la longue chaîne des diathèses héréditaires:

chercher dans la constitution histologique des vaisseaux le *lieu de moindre résistance* transmis par les ascendants et occasionnellement amoindri par une hygiène mal comprise ou un surmenage continuél : il nous faudrait également étudier de très-près les fonctions digestives, (transformation chimique, absorption, etc.), dépister, dans certaines circonstances, la peptonurie, son action sur les éléments propres du sang et sur les extrémités



terminales des nerfs; analyse l'influence nocive de certains poisons (leucomaines, etc.), sur les éléments cellulaires des organes de protection pour étayer des preuves démontrant que l'hémophilie n'est pas une maladie propre mais bien un symp-

tôte d'ordre général. Et ces considérations étiologiques nous conduiraient sans doute à une thérapeutique sinon curative dans tous les cas, du moins préventive.

Mais, pour l'instant qu'il nous suffise de dire que notre malade n'a jamais présenté d'accidents de cette nature à aucun moment de sa vie. Nous rejetons donc également l'hémophilie comme cause de ces accidents.



*La ménopause?...*

Oui, peut-être, si cette hémorragie locale et interstitielle était apparue durant les premières semaines qui ont suivi cet état nouveau: et encore, nous aurions raison d'être étonnés de la

gravité des accidents consécutifs. Mais voici une femme qui n'est pas réguée depuis 10 mois, et ce n'est qu'au bout de ce temps qu'elle saigne.

Nous ne pouvons nous prévaloir de cette cause et nous l'écartons volontiers.

*Le purpura proprement dit?...*

Mais nous savons que, si le symptôme hémorragique est le même dans la plupart des cas, les raisons étiologiques sont nombreuses et variées. D'une façon générale, le purpura sert à désigner les hémorragies de la peau.

Thibierge dans le *Traité de Médecine* le définit comme suit : " une série de manifestations cutanées dont les éléments, de coloration rouge où bleuâtre, d'étendue variable, non saillants où à peine saillants au-dessus du niveau de la peau, ne disparaissent pas par la pression ; c'est un syndrome dermatologique relevant de causes très diverses."

C'est à la diversité de ces causes que les auteurs s'adressent lorsqu'ils font une distinction entre les différentes sortes de purpura à savoir : 1 purpura apyrétique ou maladie de Werlhof ; 2 purpura rhumatoïde ; 3 purpura infectieux proprement dit.

Essayons de placer le cas qui nous occupe dans une de ces trois variétés.

1. *Purpura apyrétique ou maladie de Werlhof.* — " Dans le cours d'une santé parfaite, dit Thibierge (1), sans cause, ou après une émotion ou un traumatisme souvent léger, apparaît une hémorragie plus ou moins abondante, le plus souvent gingivale, quelquefois une épistaxis, plus rarement une hémorragie viscérale : au bout d'un jour ou deux, des pétéchies se montrent aux membres inférieurs, puis des ecchymoses plus larges, disséminées sur divers points du corps, en même temps que des hémorragies se font par diverses muqueuses ; mais *il n'y a pas de fièvre* et la santé générale est peu atteinte. Au bout de huit à dix jours, rarement plus, les hémorragies cessent, l'état général redevient rapidement parfait et la malade guérit sans la moindre complication." Au point de vue pathogénique, " la multiplicité des hémorragies viscérales, dans cer-

(1) " *Traité de Médecine*," Chareot, Bousard, p. 373.

tains cas, paraît indiquer une altération sanguine: mais celle-ci est-elle d'origine infectieuse ou primitivement d'ordre clinique? Rien ne permet encore de trancher cette question."

Pouvons-nous, Messieurs appliquer cette description clinique à notre malade? Nous ne le croyons pas, pour deux raisons: 1<sup>o</sup> A cause de la symétrie des lésions que nous avons observées; 2<sup>o</sup> à cause de la fièvre qui a accompagné l'évolution de la maladie, et j'ajouterai, à cause du retentissement sur l'état général. Or, si vous vous rappelez qu'il n'y a ni fièvre, ni symétrie des lésions dans la maladie de Werlhof, vous conclurez avec nous qu'il faut chercher ailleurs le cadre qui lui convient.

2<sup>o</sup> *Purpura rhumatoïde*? . . .

Ce type spécial arrive surtout au printemps chez les sujets jeunes à tendance arthritique et névropathique. On l'appelle rhumatoïde parce qu'il coïncide quelquefois avec le rhumatisme vrai: mais Besnier prétend que c'est une erreur, et que, dans la plupart des cas de purpura, les localisations articulaires sont frustes, erratiques, contestables, au moins en tant que manifestations rhumatismales."

Néanmoins, ces accidents apparaissent à la suite de surmenage, de quelque nature qu'il soit. Il est parfois précédé de maladie anémiante.

Les douleurs articulaires sont quelquefois accompagnées d'œdème, mais on ne rencontre ni la réaction (rougeur) ni la mobilité des arthrites rhumatismales. Après un certain temps, tous ces troubles disparaissent sans laisser de trace.

Mais, signe important: "l'éruption du purpura rhumatoïde procède par poussées successives, revenant à intervalles irréguliers, dont les éléments se mélangent entre eux pour marbrer la peau de taches d'âge inégal. Ces poussées surviennent souvent sous l'influence de la fatigue, du surmenage, ou de la simple station debout. Il y a de la fièvre et l'évolution de la maladie se poursuit durant des semaines, quelquefois des mois. Au point de vue pathogénique, on a incriminé le système nerveux médullaire ou ganglionnaire à cause de la symétrie des lésions et de la coexistence des manifestations articulaires, œdémateuses et gastro-intestinales.

L'apparence clinique de notre malade et l'évolution de la ma-

ladié ne nous permettent pas de penser au purpura rhumatoïde. En effet, ici, point d'œdème, point de douleurs articulaires, point de poussées successives, rapidité de l'évolution. Conclusion, point de purpura rhumatoïde.

### 3° *Purpura infectieux proprement dit?*

Deux types principaux ont été décrits.

Le premier, par Landouzy et Gomot, sous le nom de *typhus angeio-hématique* débutant par un frisson violent avec malaise général suivi d'hémorragies abondantes. La température est élevée, le visage exprime la stupeur, l'abattement; il y a de l'albuminurie, quelquefois de l'ictère et souvent la mort arrive à la suite d'une hémorragie abondante " ou lentement par les progrès de l'adynamie."

Le second, par Hensch, sous le nom de *purpura fulminans*. Il est fréquent, surtout chez les enfants qui succombent après quelques heures, plus rarement quelques jours.

Mais, à côté de ces formes spéciales, il y a le purpura qui accompagne quelquefois certaines maladies infectieuses ou parasitaires, et certaines intoxications médicamenteuses, cancer, tuberculose, fièvre typhoïde leucocythémie, infection paludéenne chronique, anémie pernicieuse, pellagre, ictère grave, urémie. *auto-intoxications*; arsenic, chloral, quinine, alcoolisme. " Survenant sans cause appréciable, s'installant sourdement, sans fracas, sans manifestations douloureuses accusées, sans fièvre ou avec un état fébrile modéré, ces variétés de purpura infectieux donnent lieu à une éruption de pétéchies ou d'ecchymoses irrégulièrement distribuées, généralement asymétriques occupant les membres, le tronc et la face en certaines régions seulement, accompagnées parfois d'un certain degré d'œdème périphérique. Des hémorragies viscérales infectieuses peuvent se produire; l'état général même peut devenir grave comme dans le typhus angeio-hématique.

Le plus ordinairement, malgré ces complications, la terminaison est favorable après un temps plus ou moins long suivant la nature de l'infection et la gravité de l'attaque. Voilà, Messieurs, la description classique de cette dernière variété. A titre de pathogénie on a invoqué ici un microcoque que l'on a pu cultiver et que l'on considère comme l'agent pathogène du purpura,

(Martin de Gimard) là un microcoque formé de grains isolés. (Tizzoni et Giovannini) ailleurs le microbe pyocyanique (Neuman). Hanot a rencontré le stéptocoque, Claisse, le pneumocoque.

On conclut généralement qu'il n'y a pas d'agent pathogène spécifique au purpura. Cette description nous suffit, et nous croyons pouvoir affirmer que nous avons eu affaire à un purpura infectieux probablement dû au colibacille.

En effet, Messieurs, reportons-nous en arrière et étudions d'un peu plus près les faits que j'ai soumis à votre observation.

— Nous voyons que Madame L. . . arthritique est névropathe par hérédité, est habituellement constipée; il lui est arrivé assez souvent d'être restée huit jours sans aller à la selle, c'est ce qui est arrivé dans les jours qui ont précédé son purpura. Ses digestions sont mauvaises; elle a souvent des nausées; de temps en temps elle fait une poussée de sub-ictère; puis tout rentre dans l'ordre à la suite d'une bonne évacuation. Dès lors il devient facile d'expliquer cette attaque subite de purpura.

Son intestin se ferme, le vase clos est réalisé. L'infection commence; peu à peu la virulence augmente, les toxines s'élaborent, passent dans le sang qu'elles altèrent dans ses éléments constitutifs. . . Les globules rouges diminuent et changent de formes, les globules blancs augmentent en nombre par contre-réaction des organes hémato-poiétiques. La valeur globulaire diminue, le pourcentage de l'hémoglobine s'abaisse quelquefois à un chiffre alarmant. La nutrition est compromise. Les centres médullaires ou ganglionnaires sont atteints, les vaso-moteurs sont affectés à leur tour, les capillaires cèdent, l'hémorragie se produit. C'est alors que la thérapeutique intervient.

— L'intestin se vide, les toxines sont éliminées au dehors, le foie reprend ses fonctions: tout rentre dans l'ordre. C'est précisément ce qui s'est passé chez notre malade.

*Traitement.* — Trois symptômes principaux attireraient notre attention:

1° L'hémorragie; 2° la pseudo-occlusion intestinale; 3° l'altération sanguine.

1° *Contre l'hémorragie*, le symptôme le plus alarmant, nous avons ordonné (a) le repos complet au lit dans le décubitus dor-

sal; (b) injection sous-cutanée de sérum gélatinisé à 5% 30 grammes dans le flanc, le jour même de son entrée à 5 hrs p.m. ; (c) gargarismes au chlorate de potasse à 2% toutes les demi-heures pour faire la désinfection de la bouche.

Le lendemain, la malade ne saignait presque plus. Nouvelle injection de 30 grammes de sérum gélatinisé;

2° *Contre la pseudo-occlusion intestinale infectieuse*, nous opérons par le calomel 0 gr. 75 cent. Scammonée 0 gr. 50 cent. en une seule dose à jeun, suivie, une heure après de 20 gr. sulfate de magnésie. La malade a plusieurs selles abondantes non sanguinolentes. Régime lacté absolu: lait bouilli, eau de vichy, eau de chaux.

Le lendemain l'amélioration se continue. Benzo-naphtol 0 gr. 50 cent. toutes les trois heures.

Le quatrième jour, nous prescrivons:

3° *Contre l'altération sanguine*:

Protoxalate de fer 0 gr. 25 cent.

Phosphate de soude 0 gr. 20 cent.

Pour un cachet ou une poudre:

Trois cachets par jour avant les repas.

Peu à peu la malade reprend ses forces, les ecchymoses disparaissent graduellement, les gencives s'améliorent, la malade peut s'alimenter mieux, les muqueuses des lèvres et des paupières se colorent faiblement et la malade quitte l'hôpital, le 14e jour de son entrée, complètement rétablie.

Voilà en quelques mots l'histoire clinique d'une malade qui nous a vivement intéressés. Après les premiers moments d'hésitation en face de cette affection assez rare, nous avons cherché le point de départ dans l'intestin. Le traitement d'abord et l'évolution de la maladie ensuite semblent nous avoir donné raison.

Néanmoins, si quelques-uns parmi vous croient à la possibilité d'un autre diagnostic au point de vue étiologique nous serons heureux d'en entendre l'exposé avec les suggestions qu'il comporte.

---

## REVUE GÉNÉRALE

---

### TRAITEMENT DES PLEURÉSIES

---

L'on admet de nos jours avec le prof. Landouzy, Kelsch, Vaillard, Granger et autres, que toute pleurésie qui ne fait pas sa preuve est de nature tuberculeuse. L'on dit qu'une pleurésie prouve qu'elle n'est pas tuberculeuse, quand elle est secondaire à une infection étrangère à la tuberculose et qu'elle est manifestement le résultat d'une maladie infectieuse, telle que la grippe, la fièvre typhoïde, la pneumonie, etc.

Il y a plus, certaines pleurésies séro-fibrineuses, se produisant au cours ou à la suite d'une maladie déterminée, sont souvent des infections mixtes de la plèvre et l'on y retrouve le microbe de la maladie primitive associé au bacille de Koch.

Comment se fait-il alors que la plupart des pleurésies guérissent? La raison en est bien simple, c'est que les tuberculoses des séreuses ont une tendance naturelle à guérir. Les guérisons de péritonites tuberculeuses sont fréquentes et, le repos au lit, une bonne hygiène, quelques doses d'un antithermique suffisent dans bien des cas de pleurésies séro-fibrineuses pour enrayer la marche de cette maladie. La résorption se fait ensuite amenant définitivement une guérison relative.

Nous disons relative car bien que la formation des tubercules soit définitivement arrêtée dans la plèvre, Bernutz et Jeanny, Aloïs Mayor, Ricochon ont montré qu'un grand nombre de pleurétiques deviennent plus tard des tuberculeux.

Nous ne pouvons pas prétendre guérir la pleurésie au moyen d'un traitement médical, du moins au moyen des traitements employés jusqu'ici, ayant tous pour but d'empêcher la formation du liquide dans la plèvre, ou de favoriser la résorption de ce liquide après que l'épanchement est constitué, (sudorifiques, purgatifs, diurétiques, etc.).

Nous devons, dans la pleurésie considérer deux choses: l'é-

panchement et la cause de cet épanchement, c'est-à-dire la lésion tuberculeuse. La thoracentèse contre l'épanchement est toute-puissante. Contre la lésion tuberculeuse de la plèvre l'expérience a démontré que le traitement général de la tuberculose reste le seul raisonnable et le seul efficace que nous puissions mettre en action. Nous devons traiter les pleurétiques comme des tuberculeux. Les moyens hygiéniques et médicamenteux que nous devons adopter sont ceux-là mêmes que nous employons quand la tuberculose s'attaque primitivement au poumon sans toucher la plèvre.

Nous diviserons avec Robin les pleurésies en trois grandes classes d'après la pathogénie, et nous garderons cette division pour en faire le traitement :

- A. — Pleurésies séro-fibrineuses ;
- B. — Pleurésies hémorragiques ;
- C. — Pleurésies purulentes.

#### A. — PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE — TRAITEMENT MÉDICAL.

G. Lyon, dans son traité de *Clinique thérapeutique*, 1899, ne mentionne la saignée générale comme traitement de la pleurésie séro-fibrineuse que pour dire qu'elle est aujourd'hui fort heureusement abandonnée. Dans le grand traité de thérapeutique appliquée publié sous la direction de A. Robin, la saignée générale et les saignées générales multiples sont également condamnées. L'on s'accorde à dire, cependant, que les saignées locales au moyen de ventouses scarifiées sont utiles contre le point de côté.

Pour ce qui est de la médication révulsive, Lyon rejette absolument le vésicatoire.

Strauss, Lecorché, Lancereaux, Albert Robin, Huchard, Rigal, Tapret, Cuffer, Dujardin-Beaumetz se prononcent nettement en faveur du vésicatoire. Il faut toutefois, pour que la révulsion locale soit réellement efficace, qu'elle soit faite au début de la maladie, à cette période caractérisée par la vaso-dilatation des capillaires pleuraux, le point de côté et la fièvre plus ou moins intense. La vive inflammation *substitutive*, créée par le vésicatoire, pourrait peut-être empêcher l'épanchement de se produire ou aider à sa résorption. Il est inutile de donner au

vésicatoire de trop grandes dimensions: 12 x 10 centimètres suffisent, et 8 à 10 heures seront le maximum de temps de l'application.

Quand les ventouses scarifiées, ou le vésicatoire n'auront pas fait disparaître la douleur, l'on aura recours aux injections hypodermiques de morphine.

Les Anglais et les Allemands emploient le calomel, comme traitement dérivatif, les effets de cette médication sont lents et très incertains.

Les diurétiques, scille, digitale, l'acétate et le nitrate de potasse, les stigmatés de maïs, etc., etc., "constituent une médication infidèle et capricieuse, et dit M. Vidal, ne provoquent pas de diurèse véritable dans la plupart des cas; lorsque les urines sont augmentées, ce n'est jamais que passagèrement, pendant deux, trois et quatre jours au plus et sans qu'on puisse noter dans l'immense majorité des cas, une diminution coïncidente ou consécutive de l'épanchement... Seuls, le régime lacté et les alcalins nous ont fourni une diurèse quelque peu soutenue, sinon toujours effective."

Un pleurétique soumis au régime lacté absolu pendant les deux ou trois premières semaines, quelle que soit d'ailleurs la médication suivie, sera dans les meilleures conditions de résorption de son épanchement. Nous serions même d'avis de ne pas prolonger outre mesure ce régime et de recourir le plus tôt possible, au moins dans les pleurésies douteuses au régime alimentaire généreux ou suralimentaire conseillé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Il faut se rappeler, ajoute Vidal, qu'une substance n'est diurétique qu'autant qu'elle augmente les urines, au moins, de 500 à 1000 grammes par jour.

Des purgatifs, on a tantôt utilisé les drastiques, tantôt les purgatifs légers (sulfate de magnésie, huile de ricin). C'est une illusion de croire que l'on peut réduire un épanchement au moyen des drastiques et cette méthode n'est pas sans dangers. L'on devra donc s'en tenir aux purgatifs légers si l'indication d'une purgation se présente.

Les diaphorétiques et en particulier le jaborandi (infusion) tenté il y a une huitaine d'années par Gubler, Albert Robin,

J. Grasset en 1876 et autres, semblent peu à la mode de nos jours. Rigal, interviewé en 1892, mentionne sans y attacher trop d'importance les injections sous-cutanées de pilocarpine à la dose d'un demi à deux centigrammes tous les trois ou 4 jours. Il n'insiste pas trop sur cette pratique à laquelle il associe, dans une large mesure, la révulsion cutanée et les diurétiques, jusqu'au moment où surgissent les indications de la thoracentèse. Heichhorst dit qu'il a recours depuis quelque temps aux injections sous-cutanées de pilocarpine et qu'il en retire des effets surprenants.

Le jaborandi d'autre part expose à des accidents: collapsus, syncope. Il est conséquemment formellement contre-indiqué chez les cardiaques avancés, chez les pleurétiques à épanchement gauche très abondant. Le traitement par la pilocarpine ou l'infusion de jaborandi ne peut donc pas être érigé en traitement systématique régulier des pleurésies séro-fibrineuses. Cependant il y aurait certaines indications particulières à son emploi: v. g. au cours d'une pleurésie datant de plusieurs semaines, chez un malade vigoureux, alors qu'après plusieurs médications et même plusieurs thoracentèses il reste un épanchement modéré et tenace, l'on pourra essayer de dessécher complètement la plèvre par une ou plusieurs doses de jaborandi ou de pilocarpine, administrées prudemment à deux ou trois jours d'intervalle.

Les antipyrétiques, *sulfate de quinine*, antipyrine, etc., etc., ont peu d'action sur la température et n'en ont pas du tout sur l'épanchement.

Il faut faire exception cependant en faveur du *salicylate de soude*. Ce médicament d'abord employé et vanté par Aufrecht en 1883, a depuis été utilisé par un grand nombre de médecins contre la pleurésie rhumatismale en particulier et aussi contre toutes les pleurésies sans distinction d'origine. Dans plusieurs cas, d'origine différente, la résorption rapide de l'épanchement a coïncidé avec l'administration du salicylate.

Pour Titz, les préparations salicylées sont le véritable spécifique de toutes les inflammations pleurales. Le salicylate de soude se montre surtout efficace quand il est employé au début de la pleurésie. On a essayé comme explication de l'action du

salicylate, d'invoquer le fait que l'acide salicylique s'éliminant à travers la plèvre exerce une action anti-microbienne directe, au niveau de la surface pleurale.

Quoiqu'il en soit, il n'y a pas à nier l'action de ce médicament au cours de la pleurésie séro-fibrineuse.

Les solutions sont préférables aux cachets. Les doses faibles manqueraient d'efficacité et l'on devra donner de 4 à 6 grammes 1 à 1½ drachme par jour.

Je ne ferai que citer le traitement de la pleurésie par le massage tel que pratiqué par Murray de Stockholm. C'est un moyen peu pratique en somme et qui dans tous les cas ne me paraîtrait utile que comme traitement adjuvant dans les anciens épanchements. Kemper, partisan de cette méthode, la trouve contre-indiquée dans les pleurésies récentes.

Vollaud préconise justement un moyen de traitement absolument opposé au précédent. Dans quatre cas d'épanchement pleurétique aigu, Vollaud a essayé de l'immobilité absolue.

Les malades restèrent couchés sans faire le moindre mouvement. Alimentés à la cuiller, ils satisfaisaient les besoins naturels dans un bassin plat glissé avec les plus grands ménagements. Sous aucun prétexte ils ne devaient se redresser dans leur lit, on s'abstenait même de pratiquer l'auscultation ou la percussion.

Sous l'influence exclusive du repos, la fièvre disparut rapidement dans tous les cas, le plus long délai fut de 8 jours, pour un cas de pleurésie aiguë d'origine tuberculeuse. Après huit jours il ne restait plus dans la plèvre des malades de Vollaud, qu'un peu de liquide qui disparaissait aussi quelques jours plus tard.

Enfin, l'on tenta des injections de liquide stérilisant dans la plèvre infectée et cette méthode sembla d'abord promettre des effets insoupçonnés jusque-là. Tiendra-t-elle ses promesses?

Potain, en 1898, rapporte des cas d'épanchement traités par lui au moyen d'injections d'air stérilisé dans la plèvre et insiste sur l'importance de tenir cette séreuse antiseptique.

La même année Renaut, de Lyon, traita un épanchement au moyen de liqueur de Van Swieten en injections dans la plèvre.

Peu de temps après Moizard rapporta deux observations de pneumothorax traités, l'un avec succès, par la teinture d'iode.

alcool à 60° et iodure de potassium au 10° à parties égales, injections intrapleurales de 30 grammes.

Bouchard, en 1888, dans ses leçons consacrées à l'antisepsie, insiste sur le parti qu'on peut tirer des injections antiseptiques dans les cavités séreuses. Fernet, vers le même temps, rapporte plusieurs cas de pleurésies séro-fibrineuses, traitées par les injections antiseptiques, et conclut en disant : " il me semble que la pratique des injections intra-pleurales, on peut dire des injections intra-séreuses en général, constitue une médication d'avenir.

Les liquides injectés, sont surtout la liqueur de Van Swieten à dose moyenne de 5 grammes et 7 gr. 50.

On s'est aussi servi de solutions de Naphtol, de teinture d'iode, de chloral, etc.

Un grand nombre d'antiseptiques pourraient être employés dans ce but.

Contre l'épanchement tenace enfin nous devons pratiquer la thoracentèse. Ce moyen de traitement, qui n'est plus exclusivement du domaine de la médecine, mais qui entre dans la pratique chirurgicale, sera étudié plus tard.

H. HERVIEUX.

*(A suivre)*

---

## L'HYGIÈNE AU CONGRÈS DE PARIS

(Suite)

## HYGIÈNE URBAINE.

*Atmosphère des villes.* — Après avoir pratiqué de nombreuses analyses de l'atmosphère de Paris, MM. Gauthier et Gréhan se croient autorisés à formuler les conclusions suivantes :

“ Les causes d'insalubrité d'origine chimique, industrielles ou ménagères, sont, pour les villes, bien moins redoutables qu'on aurait pu croire *a priori*: tout en étant rejetés par nos usines et nos foyers en volumes énormes, l'acide carbonique et l'oxyde de carbone n'ajoutent à l'atmosphère des grandes cités que de faibles proportions de ces gaz offensifs, proportions presque insignifiantes, restant à la limite de nos moyens d'investigation et de dosage. Mais de nombreuses causes locales peuvent accumuler momentanément ces gaz sur place, dans certains quartiers, certaines maisons, autour des grandes usines, de grandes agglomérations, ou bien, dans les locaux fermés, mal ventilés, chauffés irrégulièrement.

En enlevant sa transparence à l'air, les fumées contribuent à faire disparaître cet aspect artistique et élégant qui n'est pas sans contribuer, pour sa part, à la satisfaction générale des habitants et, par conséquent, à leur santé.

A la suite de ce rapport, le Congrès a conclu que les fumées noires, épaisses ou prolongées sont malsaines.

*Aération et éclairage des villes.* — L'homme, par lui-même et par les matières usées qu'il rejette, vicie l'air qui l'entourne. Le maximum de viciation s'accroît quand plusieurs personnes habitent un même logement: des logements contigus ou superposés augmentent encore le danger. La ville est un assemblage d'îlots remplis d'habitants victimes d'atmosphères viciées.

Le remède à cet état de choses est de diminuer la surface et la hauteur des maisons, entre de larges voies publiques, de vastes cours et de grands jardins.

On reconnaît par une épure géométrique que les intérieurs des maisons sont bien éclairés dans les rues bordées de maisons

dont la hauteur ne dépasse pas les deux tiers de la largeur de la voie. On reconnaît de même que la hauteur des étages ne devrait pas être moindre que les deux tiers de la profondeur des pièces habitées et que la baie d'éclairage devrait porter sa hauteur jusqu'à celle de l'étage.

Pour que l'*ensoleillement* soit à son maximum il faut que la largeur des rues méridiennes soit égale à deux fois un tiers la hauteur des maisons, et que celle des rues équatoriales soit de quatre fois la hauteur des maisons.

Ce sont là des principes bien difficilement applicables dans les villes, mais ce que l'on peut demander, c'est que les règlements de voirie tendent à élargir au maximum les rues et à diminuer la hauteur des maisons.

*Hygiène des habitations.* — A propos des habitations. M. Pucez. pose les règles d'hygiène suivantes, fort bonnes en théorie, mais peut-être plus difficile à faire accepter du public, comme le fait remarquer le docteur Reille.

1° *Communs.* — Les communs doivent être situés à une distance de 50 à 100 mètres et sous le vent de la maison; les écuries doivent être isolées et bien ventilées, les fumiers doivent être déposés dans une fosse étanche et être enlevés souvent.

2° *Construction des habitations.* — La maison doit être élevée sur des caves aérées et construites en matériaux imperméables. Les pièces d'habitation doivent de préférence être placées sur la face de la maison exposée aux vents dominants et aux rayons du soleil. Toutes les pièces devront être largement aérées. Les W.-C. (un pour six personnes) devront être isolés et aérés, avoir au moins 2 mètres carrés de superficie et être munis d'appareils en faïence, et abondamment pourvus d'eau.

Les cuisines devront être éloignées des pièces d'habitation; le fourneau devra être muni d'une hotte, avec tuyau de ventilation pour l'évacuation des buées.

3° *Aménagement intérieur.* — Les plafonds seront à solives apparentes, les parquets ne présenteront aucune fissure entre les lames, les angles rentrants seront évités.

Les tentures d'étoffes aux fenêtres et sur les murs seront prosrites, ainsi que les papiers veloutés; autant que possible, les murs seront peints. Les tapis seront fixés par des fiches à

douilles et non cloués. Dans les chambres à coucher, pas de rideaux compacts ni de ciel de lit.

Enfin, tout ce qui constitue un obstacle au bon entretien et favorise l'accumulation des poussières, tout ce qui empêche la pénétration de la lumière et le renouvellement de l'air, doit être évité.

4° *Maisons à loyer.* — Le sous-sol sera imperméabilisé. Toutes les pièces devront être suffisamment éclairées. La capacité des chambres sera d'au moins 40 mètres cubes. Chaque pièce doit avoir une cheminée formant appel placée en face de portes et des fenêtres.

Les W.-C. auront au moins 2 mètres carrés et seront munies d'appareils en faïence et autant que possible munis du système à siphon, avec chasse d'eau.

Les cuisines seront éloignées des chambres et séparées de l'appartement par un office.

*Ordures ménagères.* — Les ordures ménagères fermentent rapidement et sont un excellent milieu de culture pour les germes. Leur enlèvement rapide est donc indispensable.

1° *Collecte.* — A Paris, les règles suivantes sont suivies: " Il doit y avoir dans chaque habitation un récipient en tôle galvanisée et muni d'un couvercle, facilement transportable, placé dans la cour ou sous un abri bien aéré; ce récipient recevra tous les soirs les ordures de la journée et sera déposé sur le trottoir de l'habitation, chaque jour, avant l'heure où passent les voitures d'enlèvement."

2° *Enlèvement.* — Le balayage des rues doit être pratiqué après arrosage et fait avant l'enlèvement des ordures; le résidu est poussé à l'égoût. Les voitures servant à l'enlèvement doivent être étanches, faciles à désinfecter et seront lavées chaque fois qu'elles auront servi; le chargement ne doit, en aucun cas, dépasser le bord supérieur de la voiture.

Cet enlèvement doit être pratiqué avant neuf heures en été, dix heures en hiver.

3° *Traitement final.* — Les dépôts de gadoue peuvent devenir une grande cause d'insalubrité. Ils ne doivent pas être placés en tous cas dans le voisinage des habitations.

Toutes les fois que les conditions agricoles s'y prêteront, on

pourra recourir à l'emploi direct de la matière pour l'agriculture à la condition d'un enlèvement et d'un transport rapides.

Dans le cas contraire, on aura le choix entre les procédés d'incinération ou de dessiccation, et ce choix pourra se déterminer d'après la nature de la gadoue et le prix de vente qu'on pourra espérer de l'engrais préparé par le second système.

*Assainissement de l'intérieur des maisons.* — MM. Lacan et Masson terminent leur rapport par les conclusions suivantes :

I. La salubrité dans la maison dépend non seulement de l'aération et de l'éclairage des chambres, mais encore de la disposition et de la propreté des cabinets d'aisances. Un seul cabinet, un seul appareil mal agencé ou tenu malproprement suffit pour infecter une maison toute entière.

II. L'eau potable doit être mise largement dans tous les établissements à la disposition des habitants. Les filtres domestiques, quand il est nécessaire d'y recourir, doivent être d'un entretien facile. Un bon filtre purifie l'eau en même temps qu'il la clarifie.

III. Les pièces composant un logement doivent être ventilées. On doit y respirer l'air le plus pur puisé immédiatement à l'extérieur et intro luit par les voies d'accès les plus diverses sans qu'il en résulte aucune gêne pour les occupants.

IV. Il serait à désirer que les ordures ménagères fussent détritues au fur et à mesure de leur production. A défaut, les boîtes destinées à les contenir doivent être imperméables, étanches et fermées. Il faut qu'elles soient nettoyées et désinfectées le plus souvent possible.

V. Les cabinets d'aisances doivent être alimentés soit par réservoirs, soit par tout autre appareil branché sur la canalisation d'eau, et le volume des chasses doit être suffisant pour laver la cuvette en renouvelant l'eau du siphon et pour entraîner toutes les matières jusqu'à l'égoût public. Il est recommandé de placer immédiatement au-dessous de la cuvette un siphon obturateur qui aura pour effet d'intercepter toute communication entre l'atmosphère impure des tuyaux de chute et l'air de l'habitation et d'empêcher, dans la mesure du possible, la projection de corps étrangers qui obstrueraient la canalisation.

VI. L'assainissement d'une maison comporte l'évacuation

immédiate et sans stagnation de toutes les eaux usées vers la canalisation publique chargée de les recueillir. Il est indispensable de pourvoir d'une occlusion hydraulique permanente (siphon) tous les orifices de décharge des eaux usées (évier, vidoirs, postes d'eau, lavabos ou toilettes, bains, entrées d'eau dans les cours, etc. . .) avant leur raccordement sur les tuyaux de descente ou sur la canalisation.

VII. La canalisation de l'immeuble comporte les chûtes, les descentes d'eaux pluviales et ménagères et la conduite qui relie l'égoût public. Cette conduite, établie sur toute la pente disponible, est directement raccordée à l'égoût public, sans l'intermédiaire d'un siphon. Les chûtes et descentes reliées à la canalisation sont prolongées au-dessus du toit pour assurer la ventilation de tous le système.

VIII. Les travaux de plomberie, tant pour l'adduction de l'eau d'alimentation que pour l'évacuation des matières de vidanges et des eaux usées dans l'intérieur de l'habitation, doivent être l'objet de soins tout particuliers. Les installations doivent être telles que la distribution de l'eau (branchements, colonnes montantes, etc. . .) ainsi que les appareils hydrauliques (réservoirs ou appareils de chasse, cuvettes, siphons, etc. . .), les chûtes et les descentes d'eaux ménagères soient complètement à l'abri de la gelée.

#### HYGIÈNE PROPHYLACTIQUE.

*Déclaration obligatoire des maladies.* — MM. Vallon et Martin étudient la question dans un travail dont nous donnons l'extrait suivant :

Pour les maladies pestilentielles dites exotiques, telles que le choléra, la fièvre jaune, la peste, la lèpre, etc., l'accord est unanime dans tous les pays; la déclaration a été ordonnée sans difficultés; mais pour les maladies transmissibles et communes, il n'en est plus de même. La déclaration de la variole, de la fièvre typhoïde sous ses diverses applications, de la scarlatine, de la diphtérie, même de la coqueluche, de la dysenterie confirmée, de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés est assez généralement acceptée. Il n'en est plus de même pour la rougeole et surtout pour la tuberculose.

La faible vitalité du germe rubéolique, la précocité et la caducité rapide de la virulence de la rougeole ont fait assez généralement écarter cette affection sur les listes des maladies dont la déclaration doit être faite à l'autorité publique. Toutefois, on s'est bientôt aperçu qu'il y aurait danger à laisser le public croire ainsi qu'il n'y a pas de précautions à prendre contre la contagion de la rougeole. La désinfection, si elle n'est pas immédiatement utile contre la rougeole elle-même en raison de la précocité de la contagion, est tout au moins de nature à enrayer et prévenir la propagation de ses complications. Aussi l'Académie de Médecine de Paris a-t-elle émis le vœu, le 27 février dernier, que la rougeole fut inscrite sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire en vertu de la loi française du 30 novembre 1892. Cette prescription était déjà appliquée aux colonies françaises, car l'on sait quels ravages font les maladies infectieuses et transmissibles lorsque leurs germes sont importés au milieu de populations neuves qui n'en ont encore jamais subi les atteintes, et qui n'ont peut-être pas l'immunité relative qu'une série d'atteintes à transmise à la race.

Pour la tuberculose, nous devons reconnaître que la question de la déclaration est encore aujourd'hui très contestée. Résumons les arguments de ses adversaires et ceux de ses partisans.

Les premiers font observer que :

1° La déclaration du médecin fera chasser d'un atelier ou d'une administration un malade qui désormais mourra de faim. Le malade n'appellera plus le médecin, ou s'assurera que celui-ci gardera le secret ;

2° Si la déclaration faite à l'autorité reste confidentielle et si l'autorité ne révèle rien au patron ou à l'administration qui emploie le malade, à quoi sert de faire la déclaration, puisqu'elle ne protégera pas la collectivité menacée ;

3° Quel médecin oserait déclarer à l'autorité qu'une jeune fille du monde, vivant dans sa famille, est tuberculeuse ?

4° Le "Local Government Board" et Thorne-Thorne ont déclaré en 1898 (*Public Health*, décembre 1898, p. 205) que la déclaration de la phtisie leur paraît inapplicable ;

5° Qu'est-ce que l'autorité, après la déclaration, fera de plus que ce que pourrait faire ou conseiller le médecin traitant sans

recourir à la déclaration? L'autorité enverra une instruction et peut-être un crachoir; le médecin habituel ne pourrait-il pas être chargé de distribuer gratuitement ce dernier à ceux de ses malades qui ne seraient pas disposés à en acheter?

6° La déclaration obligatoire implique le sanatorium obligatoire; est-on en mesure de le fournir et de l'imposer?

7° La déclaration n'est pas applicable à une maladie qui dure parfois un très grand nombre d'années; elle n'est acceptable que pour des affections, comme la diphtérie, la scarlatine, etc., dont la période dangereuse ne dure que des jours ou des semaines. Si le tuberculeux guérit ou cesse d'être dangereux, il restera toute sa vie pourvu d'un casier, non judiciaire, mais sanitaire. Pourquoi ne pas aller jusqu'à l'empêcher de se marier, comme quelques-uns le demandent?

Telles sont les objections; la réponse à y apporter est la suivante:

1° On ne parle pas de déclarer tout cas de tuberculose, mais seulement les malades dangereux, soit parce que leur tuberculose est *avérée, ouverte*, soit parce qu'ils ne sont ni disposés à se soigner, ni capables de le faire; la mesure s'applique surtout aux récalcitrants, aux inconscients, à ceux qui menacent les *collectivités* au milieu desquelles ils vivent sans prudence et sans soins; dans les ateliers, les écoles, à la rigueur même, et en des cas exceptionnels, dans la famille, etc.;

2° La déclaration est faite à l'autorité, non au patron, et ne concerne que le malade dans son logement et sa famille;

3° Sans doute des indiscretions, qui ne seront pas le fait du médecin, sont possibles, et le phtisique en pourra souffrir; mais actuellement les voisins d'atelier, de bureau, les écoliers, les conjoints et parents qui habitent le logement commun, ne souffrent-ils pas davantage d'une promiscuité dont le plus souvent ils ne soupçonnent pas le danger?

4° La déclaration permettrait de faire désinfecter tout logement devenu vacant par le départ ou le décès d'un tuberculeux, avant de louer à un autre. Dans la plupart des cas, c'est la municipalité qui fera faire gratuitement cette désinfection. De quel droit en effet imposerait-on cette dépense, d'ailleurs minime, au propriétaire?

5° Une loi, sur le point d'aboutir en Suède et en Norvège, va rendre obligatoire la déclaration de la tuberculose; la déclaration aura pour effet l'envoi du médecin sanitaire qui vérifiera la souillure ou l'insalubrité du logement et y fera faire les améliorations indispensables; l'hospitalisation pourra même être imposée dans les cas exceptionnels où elle sera nécessaire, comme elle l'est déjà dans la pratique pour la plupart des maladies contagieuses. Cette loi sera bien acceptée en Norvège par le public, nous dit M. Axel Holst, prof. d'hygiène à l'Université de Christiania (*Revue d'Hygiène*, mars 1900, p. 250):

6° En résumé, la déclaration ne serait pas imposée au médecin dans tous les cas de tuberculose, comme elle l'est, par exemple, dans tous les cas de diphtérie. Elle ne le serait que " lorsque le médecin jugerait que le malade est véritablement dangereux pour son entourage ", soit par l'étendue des lésions et la projection au dehors des bacilles de Koch, soit par l'insuffisance des précautions prophylactiques qu'il est capable de prendre.

En Allemagne, le 30 juin 1900, fut promulguée une loi destinée à combattre les maladies contagieuses offrant un danger général. Les moyens de prophylaxie prévus sont les suivants:

- 1° Mise en observation des personnes malades ou suspectes;
- 2° Isolement des personnes malades ou suspectes;
- 3° Limites imposées dans une certaine mesure à l'exploitation commerciale et industrielle, ainsi qu'aux grands rassemblements d'hommes;
- 4° Limites à la fréquentation des écoles;
- 5° Limites à l'usage de certaines installations favorables à la propagation de la maladie;
- 6° Evacuation de certains logements;
- 7° Désinfection;
- 8° Destruction de la vermine et des animaux pouvant propager des maladies;
- 9° Traitement des cadavres.

E. P. BENOIT..

# SOCIÉTÉS

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

*Séance du 4 décembre 1900.*

Présidence de M. HERVIEUX.

### Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Présentation de pièces anatomiques par le docteur J. A. GRAVEL.

— MM. je vous présente les pièces anatomiques d'un malade qui a succombé au cours d'une appendicite. A son entrée à l'hôpital, le diagnostic de fièvre typhoïde a été fait malgré le résultat négatif du séro-diagnostic. L'autopsie a démontré qu'il s'agissait d'une appendicite à type remontant avec phlegmon rétro-cocal, le foie était farci d'abcès miliaires. Je sou mets à votre examen les pièces anatomiques d'une autre ma lade qui est morte dès son entrée à l'hôpital. C'était une al coolique qui a succombé à une hémorragie considérable du cer veau. Comme vous le constaterez à l'examen de ce cerveau, le caillot, qui a le volume d'un gros œuf de poule, remplissait le ventricule droit et avait détruit une grande partie de la sub stance cérébrale avoisinante.

### Communication.

— *De la mortalité infantile et des moyens de la réduire.* par le docteur J. E. DUBÉ, (Voir plus haut).

— *Discussion:* M. DE GRANDPRÉ, je félicite M. le docteur Dubé du choix de son sujet. Il n'est pas, dans toute la médecine, un champ plus vaste que celui que nous offre l'hygiène infantile. Il n'est pas de travail plus patriotique que celui qui tend à diminuer la mortalité des enfants.

Autant de jeunes êtres arrachés à la mort, autant de sujets

conservés à la société, autant de canadiens de plus qui devront plus tard contribuer au développement du pays.

Et il faut bien remarquer qu'il est possible de prévenir la plupart des maladies auxquelles succombent les nourrissons. Les affections les plus fréquentes sont celles des voies digestives, en été; et celles des voies respiratoires, en hiver. Ce sont les infections des muqueuses qui prédominent. Les séreuses à l'exception des méninges, sont rarement prises d'emblée. Les pleurésies sont souvent consécutives aux affections du poumon. Le cœur des enfants au-dessous de 3 à 4 ans, n'est presque jamais touché.

A Montréal 50 à 55% des enfants meurent avant l'âge de cinq ans; dix pour cent meurent durant les premiers mois de la vie.

A New-York, la mortalité des enfants jusqu'à l'âge de cinq ans est de 40 à 45%. N'est-ce pas que c'est énorme? C'est un véritable massacre des innocents.

Et, malheureusement, les statistiques recueillies dans quinze des principales villes d'Europe indiquent que la mortalité infantile a augmenté d'une façon constante durant les vingt dernières années. C'est dû, probablement, au changement dans les conditions sociales et économiques de l'existence. Les mères dans les grands centres sont souvent obligées de travailler dans les usines et les ateliers: de là, négligence des enfants et alimentation artificielle. Puis, grâce à la densité de la population et à l'agglomération dans les *Tenements Houses*, les conditions hygiéniques, en ce qui concerne les habitations, deviennent de plus en plus défectueuses. J'en appelle à votre expérience, Messieurs, n'est-ce pas qu'il est exéssivement rare de trouver un enfant parfaitement sain, qui aura été élevé dans ces sortes d'habitations, dans ces *tenements houses*, et qui de plus aura été nourri artificiellement.

Et dans les grandes villes, pas plus d'un tiers des mères allaitent leurs enfants.

Dans ces conditions il ne faut donc pas s'étonner de rencontrer tant d'infections intestinales et tant de désordres provenant d'un vice de nutrition, tels que rachitisme, scorbut, etc., etc. Ici, permettez-moi de vous faire remarquer que les maladies

causées par une alimentation défectueuse, comme le rachitisme, ne sont pas l'apanage exclusif des pauvres. Les enfants des riches souffrent plus fréquemment peut-être de rachitisme que les enfants pauvres.

Pour enrayer le fléau de la mortalité excessive chez les enfants, il faut le concours du public, du médecin, du gouvernement. Le public doit se renseigner sur les questions d'hygiène infantile, le médecin doit s'efforcer d'en proposer les notions, le gouvernement doit voir à la création des règlements sanitaires requis et à en assurer la mise en vigueur.

—M. LÉCAVALIER, la mortalité, voilà une question de la plus haute importance, voilà une question nationale qui devrait être le sujet de nombreuses études, sérieuses et pratiques comme celle que nous venons d'entendre de M. Dubé.

Messieurs, si nous consultons la statistique de la mortalité chez nous, nous constatons avec peine que l'on marche lentement, vers le perfectionnement de nos lois sanitaires. Pour connaître le chiffre de la mortalité de la population de Montréal, il ne faut pas remonter au-delà de l'année 1875. Car, avant cette date, notre ville dépourvue d'organisation sanitaire compétente, était chaque année visitée par toutes sortes de maladies contagieuses, qui élevaient le chiffre de la mortalité à des proportions inquiétantes.

En 1874, les citoyens alarmés d'un semblable état de choses élurent le docteur Hingston, maire de Montréal.

De nombreux travaux furent faits dans le domaine de l'hygiène publique. Le conseil municipal ordonna la construction de l'égoût collecteur de la rue Craig. On créa un système régulier pour l'enlèvement des déchets.

On donna des pouvoirs plus étendus au bureau de santé.

La vaccination devint obligatoire, etc.

On eût alors le plaisir de voir s'abaisser le chiffre de la mortalité. Cependant, en 1875, M. Mercier, président de l'association sanitaire, déclara à une séance de la société que Montréal était la ville la plus insalubre du Canada.

Un échevin anglais, dans un violent discours, accusa les Canadiens-Français d'en être la cause, et, à l'étonnement de tout

le conseil, il prouva que la mortalité chez nous était de 49 par 1000.

Eh bien, Messieurs, après un quart de siècle de progrès, d'amélioration dans les différents systèmes de drainages, d'aqueducs, etc., on trouve encore dans certains quartiers la même statistique mortuaire qu'en 1875, c'est-à-dire, 49 pour 1000 de population. Ce chiffre rappelle celui de la sale ville de Londres alors que la mortalité atteignait 50 par 1000.

Mais le magnifique Londres d'aujourd'hui dont la population égale celle de toute la puissance du Canada, nous montre une statistique sanitaire moins lugubre que celle de Montréal, car l'on ne compte que 18 par 1000 habitants.

Un savant économiste français a prouvé par des chiffres d'une exactitude reconnue, que le peuple Anglais, par l'application rigoureuse des règlements hygiéniques, a fait de 1880 à 1889, une économie de 3 milliard, 200 millions de francs.

Revenons maintenant chez nous et demandons-nous pourquoi dans le quartier St-Denis nous avons une mortalité de 49 par 1000 et dans le quartier Ouest, 4 par 1000; pourquoi dans St-Jean-Baptiste une mortalité de 30 par 1000, et dans Ste-Anne, 11 par 1000; pourquoi 26 par 1000 dans Hochelaga et 11 par 1000 dans St-Antoine.

Une autre statistique plus alarmante encore est celle de la mortalité chez les enfants. Songeons, Messieurs qu'il meurt 74% des enfants au-dessous de cinq ans. Ce chiffre est attristant.

—M. FOUCHER, les deux points principaux de la conférence de M. Dubé, m'ont paru ceux-ci: Excessive mortalité infantile de la première enfance et moyens pratiques d'y remédier.

Nous savons, depuis longtemps, que les enfants dans tous les pays du monde meurent au-delà de toute proportion raisonnable, mais nous ne nous doutions pas que le chiffre fût aussi élevé. M. Dubé nous a fait voir là un état de chose profondément triste et déplorable. Des milliers d'enfants meurent chaque année parce que les lois de l'hygiène sont méconnues, parce qu'on leur donne un lait impropre à l'alimentation. Sans doute le moyen suggéré par le conférencier, la création de consultation pour les nourrissons, est appelé à rendre de

grands services. Mais il faudrait associer à une œuvre aussi éminemment philanthropique et nationale, les gouvernements fédéral et provincial ainsi que les conseils municipaux. Les gouvernements dépensent chaque année des montants élevés pour favoriser l'immigration. On importe les Doukobors, les Mennanites, à grands frais, et on ne songe pas qu'on pourrait sauver la vie à autant d'enfants canadiens qu'il entre d'immigrés dans ce pays chaque année: on ne pense pas au profit que l'on pourrait retirer pour pleupler nos immenses territoires, des milliers de vies précieuses qui se perdent annuellement par ignorance ou défaut de soins au sein de nos vigoureuses populations.

Que les gouvernements viennent en aide à des institutions destinées à l'assistance et au traitement des enfants pauvres, ce sera le meilleur moyen de conserver ce que nous avons. Ce sera mieux dans tous les cas que de faire des implantations dans le genre des Doukobors.

— M. LESAGE, nous avons l'honneur d'avoir parmi nous M. le docteur J. E. Laberge, hygiéniste de la Cité, nous aimerions beaucoup l'entendre.

— M. J. E. LABERGE, j'ai suivi avec beaucoup d'intérêt le superbe travail de M. Dubé. Certainement, la mortalité chez les enfants est beaucoup trop élevée dans notre bonne ville de Montréal. Une des causes les plus funestes de la mortalité ce sont les maladies contagieuses. Nous recevons à l'hôpital des maladies infectieuses de cette ville, 2000 enfants par année. Sur ce nombre il n'y a pas cent Canadiens-Français, et cependant la population de la ville est Canadienne-Française pour les trois quart.

Ce n'est pas que la diphtérie et les autres maladies contagieuses soient plus clémentes pour notre nationalité. Bien loin de là, comme vous le savez vous-mêmes par votre propre expérience, nous payons un trop fort tribut à ces maladies. Si nous ne recevons pas plus de malades, c'est dû à un défaut d'éducation. On croit à tort dans certaines familles que l'hôpital des maladies infectieuses c'est le chemin qui conduit au cimetière. Je dis à tort, car nous avons une mortalité de 13% à peu près. Il est de notre devoir, à nous médecins, de faire l'éducation du

peuple. Sur ce point et sur bien d'autres, c'est une croisade que nous devons entreprendre et qui produira ses fruits. Sur-tout si nous pouvons obtenir l'aide des journaux. Il faut engager les parents à envoyer leurs enfants à l'hôpital, où ils ont tous les soins nécessaires à leur état. En recevant ces enfants au début de leur maladie, nous avons toutes les chances de les renvoyer guéris dans leur famille. Je ne veux pas attribuer ces cures au seul traitement du médecin, une grande partie du mérite revient aux infirmières intelligentes et dévouées qui prennent soin de ces petits enfants. Vous le savez par expérience, il est impossible de traiter convenablement ces malades dans leur famille, et il est complètement impossible de les isoler efficacement même avec le bon vouloir des parents. En envoyant ces contagieux à l'hôpital vous protégez les autres membres de la famille et vous êtes très-utiles à votre malade.

Je crois qu'un bon moyen d'obtenir ce résultat serait de faire des conférences aux sociétés ouvrières, pour bien faire comprendre aux pères de familles qui fréquentent ces sociétés l'importance de laisser transporter ces malades à l'hôpital et cela dans l'intérêt du malade lui-même et dans l'intérêt du public en général. On pourrait aussi diviser la ville en un certain nombre de districts que des médecins visiteraient continuellement pour prêcher cette croisade hygiénique, instruire le peuple, donner à la mère de famille les notions rudimentaires de l'hygiène.

Laissez-moi vous dire qu'il y a des médecins coupables, assez peu soucieux de leur devoir, pour cacher ces maladies aux autorités sanitaires et ainsi empêcher la désinfection dans le but d'éviter à leur client la peine d'un dérangement de vingt-quatre heures. Et l'isolement, il n'y faut pas songer dans ces cas. Cette manière d'agir est très condamnable, car combien d'enfants sont couchés dans leurs tombes qui vivraient si le médecin eût été plus soucieux de ses devoirs.

— M. MARIEN, je regrette, avec mon ami Dubé, l'absence d'un hôpital, à Montréal, pour le traitement médical ou chirurgical des maladies contagieuses. Par exemple, nous chirurgiens, nous sommes dans l'impossibilité de bien traiter les enfants atteints d'affections osseuses, telles que tubercu-

loses osseuses, malformations congénitales, etc. Je suis tout-à-fait de l'avis de mes collègues en médecine qui demandent la création à Montréal, de dispensaires de nourrissons, et à cet effet, je propose que nous mettions sur l'ordre du jour de la prochaine séance, la discussion du projet et la formation d'un comité chargé de faire l'organisation des dispensaires.

— M. MERCIER, je suis bien de l'avis de M. Marien qu'il devrait se former un comité pour mettre la question à l'étude et chercher les meilleurs moyens à prendre pour faire avancer cette question si importante d'hygiène, je crois aussi qu'il faudrait s'ingénier à y intéresser les gouvernements du pays, je conseillerais dans ce but de s'entendre avec la Société Médico-Chirurgicale, qui n'hésiterait pas, j'en suis certain, à nous aider dans ce mouvement si louable de tout le poids de son influence.

— M. HERVIEUX, permettez-moi d'ajouter quelques remarques à celles de mes collègues: tout en appuyant fortement les opinions émises, je crois que nous devrions faire des instances auprès des gouvernements pour que l'hygiène soit enseignée d'une manière plus sérieuse dans les écoles. Nous formerions ainsi une génération bien préparée à suivre et à faire observer les lois de l'hygiène.

— *Purpura hémorragique par auto-intoxication*, par le docteur J. A. LESAGE, (Voir plus haut).

— *Discussion*: M. ASSELIN. J'ai eu l'occasion de traiter un enfant de 14 ans, atteint de fièvre typhoïde à forme ataxique. Au cinquième septenaire de sa fièvre il eut des hémorragies de toutes les muqueuses: hématurie, entérorragie, épistaxis, hémorragie des gencives, et purpura généralisé, l'éruption dura 13 jours.

Cette forme de fièvre typhoïde à laquelle les anciens donnaient le nom de fièvre putride, était toujours fatale.

Heureusement que dans le cas rapporté un pronostic aussi sombre ne s'est pas réalisé. Les injections de sérum gélatinisé ainsi que les toniques eurent pour effet de contrôler les hémorragies et de ramener à la santé ce petit malade. Je demanderais à M. LeSage s'il a pu exclure la fièvre typhoïde dans le cas qu'il vient de rapporter.

— M. LESAGE, en réponse à M. Asselm, je dirai que le séro-diagnostic a été négatif et que les autres symptômes cliniques excluaient toute hypothèse de fièvre typhoïde.

— M. DUBÉ, l'observation que vient de donner M. LeSage, me met en mémoire un jeune malade que j'eus l'occasion d'examiner il y a deux ans, environ, avec mon ami Dagenais, je demanderai à M. le Secrétaire, de nous donner quelques détails cliniques sur son malade.

— M. DAGENAI, Messieurs, je regrette de n'avoir pas pris de notes sur ce cas qui nous eût certainement intéressés. Il s'agit d'un garçon de 18 ans, vivant dans de très-mauvaises conditions hygiéniques. Au début de la maladie, ce malade ne présentait que des symptômes de rhumatisme articulaire: au 3e jour de sa maladie les hémorragies se sont produites avec beaucoup de symétrie: aux paupières supérieures, au pavillon de chaque oreille, au bout du nez, au menton, aux avant-bras, aux articulations des doigts. Il s'agissait évidemment d'un cas de purpura infectieux à forme rhumatoïde. La maladie a évolué sans fièvre, le pouls se maintenait très-rapide, il y avait diarrhée sanglante, très abondante, et hématurie. Il a succombé au douzième jour.

— *Un cas de hernie inguinale à double sac*, par le docteur O. F. MERCIER, chirurgien-en-chef, de l'hôpital Notre-Dame.  
(Ce travail sera publié en février).

E. G. DAGENAI,

*Secrétaire.*

---

## NOUVELLES.

Monsieur le docteur George Villeneuve a été nommé membre associé étranger, de la Société Médico-Psychologique, de Paris.

Monsieur le docteur T. Parizeau, chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame, a été nommé "chargé de cours" à la chaire de Médecine Opératoire, à l'Université Laval.

Heureux candidats!...

# ANALYSES

## PSYCHIATRIE

**Les psychoses de la puberté.** — (Rapports par le professeur MARRO, de Turin, le professeur ZICHEN, d'Iéna, et le professeur JULES VOISIN, médecin de la Salpêtrière).

Les psychoses de la puberté sont des affections mentales qui se développent dans la période de puberté. Cette période s'étend de 12 à 22 ans, suivant les sexes, les races ou les climats. Elle est caractérisée par la maturité sexuelle et le développement physique et intellectuel de l'individu. Les actes physiologiques divers qui s'y produisent peuvent être arrêtés, troublés, ou pervertis dans leur évolution par une infinité de causes d'ordre physique ou pathologique. Mais ces causes, — que ce soit le surmenage corporel ou intellectuel, les maladies infectieuses aiguës, une nutrition défectueuse ou in-suffisante, les excès sexuels, un traumatisme moral ou physique, etc, — ne font que préparer le terrain pour l'éclosion de la psychose. Il leur faut de plus l'appoint de l'hérédité qui est l'élément indispensable.

Presque toutes les psychoses connues se rencontrent dans la puberté. Elles peuvent cependant présenter des modifications spéciales dans leurs symptômes et leur marche. La seule psychose qui se développe à cette période, et que Marro considère comme spécifique, ne fournit qu'un petit nombre de cas. C'est l'hébétéphénie de Kahlbaum, dont Voisin n'accepte pas l'entité morbide. Il réserve ce nom aux cas de dévénence. D'après Marro, l'écorce cérébrale et les méninges seraient, dans cette forme, le siège d'un processus morbide anatomique, provoqué par une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale.

Le pronostic des psychoses de la puberté n'est pas aussi favorable que celui des psychoses post-pubiques.

La prophylaxie des troubles mentaux exige que l'on prête la plus grande attention à éviter toutes les causes d'affaiblissement qui peuvent troubler le développement de l'organisme physique et mental dans cette époque si importante de la vie, telles que, excès de fatigue, soit physique, soit intellectuelle, et avant tout le précoce et anormal exercice de l'activité sexuelle.

Le traitement est en général celui des psychoses post-pubiques. Seulement un alitement total n'est admissible que pour les cas où il y a épuisement prononcé.

La médecine légale des psychoses de la puberté est soumise aux règles ordinaires de la médecine légale des aliénés.

**Anatomie pathologique de l'idiotie.** — (Rapports par G.-E. SHUTTLEWORTH, M. D., et F. BEACH, de Londres, le Dr BOURNEVILLE, et J. MIERZEJEWSKI, de Saint Pétersbourg.

Shuttleworth et Beach classifient l'anatomie pathologique de l'idiotie sous trois chefs : 1° Vices de conformation d'origine congénitale ; 2° Vices de

conformation survenant pendant la période de développement ; 3° Vices acquis.

Le premier chef comprend : 1° la microcéphalie ; 2° l'hydrocéphalie ; 3° la scaphocéphalie ; 4° *Mongol*, imperfections des tissus osseux, cutanés, muqueux et en certains cas tissus cardiaques ; 5° cas névropathiques "genetous" dans lesquels les circonvolutions sont grossières et simples, ou petites, minces et gaufrées (microgyrie) ; 6° cas d'amaurose "genetous" ; 7° crétinisme sporadique provenant d'une structure défectueuse ou de l'absence de la glande thyroïde ; 8° les défectuosités locales partielles, telles que celles du corps calleux ou parencéphalie.

Sous le deuxième chef se rangent : 1° les cas d'éclampsie avec lésions hémorrhagiques ou inflammatoires ; 2° les cas d'épilepsie ; 3° les cas de syphilis et de paralysie générale juvénile ; 4° les cas de paralysie dans lesquels on trouve des changements dégénératifs dans les vaisseaux du cerveau, ou dans certains cas, l'atrophie du cerveau.

Se groupent sous le troisième chef : 1° les cas traumatiques dus à la compression de la tête pendant le travail de l'accouchement, provenant de l'étroitesse anormale du bassin, ou d'un travail trop prolongé, ou encore et moins souvent de l'usage du forceps, et de lésions produites par accident ; 2° les cas inflammatoires post-fébriles ; 3° l'idiotie sclérotique.

Le docteur Bourneville distingue au point de vue anatomo-pathologique les formes suivantes : 1° idiotie symptomatique de méningite chronique ; 2° idiotie symptomatique de méningo-encéphalite chronique ; 3° idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions sans malformations, avec lésions des cellules nerveuses ; 4° idiotie symptomatique de sclérose hypertrophique ou tuberculeuse ; 5° idiotie symptomatique de sclérose atrophique : (a) sclérose d'un hémisphère ou des deux hémisphères du cerveau ; (b) sclérose d'un lobe du cerveau ; (c) sclérose des circonvolutions isolées ; (d) sclérose charginée du cerveau (?) ; 6° idiotie hémiplégique ou diplégique symptomatique de lésions en foyer dues à une oblitération vasculaire ou à une hémorrhagie ; 7° idiotie symptomatique de l'hydrocéphalie ventriculaire simple ou compliquée d'hydrocéphalie extra-ventriculaire ; 8° idiotie avec cachexie pachydermique ou idiotie myxœdémateuse, liée à l'absence de la glande thyroïde ; 9° idiotie symptomatique d'un arrêt de développement du cerveau avec malformations congénitales ; 10° idiotie symptomatique de microcéphalie par arrêt de développement avec ou sans malformations, ou reconnaissant pour causes des lésions survenues après la naissance. Il n'a observé aucun cas d'idiotie pouvant être rattaché exclusivement à une lésion osseuse, en particulier à une synostose prématurée des os du crâne.

Mierzejewski favorise une classification anatomo-pathologique basée sur l'étude de la structure délicate du tissu nerveux et de ses éléments, et sur des notions embryologiques précises. La base de toutes les lésions anatomiques des cerveaux d'idiot est la déviation du développement du tissu nerveux ; il faut chercher son origine dans la vie embryonnaire ou dans les lésions pathologiques qui se produisent dans la plus tendre enfance et sont le point de départ des déviations de développement ultérieures. Il n'existe pas de véritable arrêt de développement sous le rapport morphologique et histologique comprenant le

cerveau en entier, mais il y a un véritable arrêt de développement de certaines régions du tissu cérébral, qui peut être constaté par la présence des neuroblastes.

**Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal.** — (Rapports par le prof. KRAFT EBING, et le Dr PAUL GARNIER).

L'étude des perversions sexuelles présente une importance considérable en médecine légale. On doit les considérer comme des stigmates de dégénérescence.

Avant de passer en revue les types principaux de ces perversions, il est bon de voir en quoi consistent *l'obsession* et *l'impulsion*.

L'obsession morbide n'est qu'une expression symptomatique de la dégénérescence mentale. Elle est comme un "tic moral", expression que semblent justifier ses caractères d'incroyabilité, et d'automatisme. L'invasion de l'obsession, dont les premières étreintes, se font, le plus souvent, sentir par une "commotion émotive", que peut seule expliquer d'ailleurs une impressionnabilité maladive, créant un état de réceptivité. Syndrome de la dégénérescence mentale, l'obsession est donc une variété d'automatisme cérébral conscient, imposant à l'esprit, d'une façon paroxystique, et sous l'incitation première et essentielle de l'émotivité, une idée, un mot, un nom ou une image, etc., le pliant, enfin, à un tic moral quelconque, en dépit d'une résistance angoissante s'accompagnant de troubles physiques déterminés (sueurs, palpitations, constriction épigastrique, etc.), le malaise de cette lutte ne prenant fin que par la satisfaction du besoin qu'amène la détente et clôt l'accès.

Quoique les termes "obsession" et "impulsion" soient souvent employés l'un pour l'autre dans le langage courant, il s'en faut que ces deux termes aient la même portée socialement et judiciairement. Si l'obsession peut exister seule, l'impulsion est ordinairement le dernier terme d'une série d'obsession à laquelle elle sert de conclusion. C'est la pensée qui se transforme en acte. L'impulsion est donc une sollicitation motrice, à base émotive, vers un acte appétitif, que n'inspire aucun délire et que la conscience rejette, mais qui s'impose, parfois, automatiquement à la volonté, avec une irrésistibilité telle qu'elle entraîne la satisfaction du besoin, suivie d'un apaisement immédiat, en lequel se dénote l'accès.

Voici les types principaux des perversions sexuelles obsédantes et impulsives: 1° l'exhibitionnisme; 2° le fétichisme; 3° le sadisme et le sadî-fétichisme; 4° l'inversion génitale ou homo-sexualité (uranisme); 5° l'érotomanie.

1° *Exhibitionnisme impulsif*.— Les exhibitionnismes de Lasègue ne répondaient pas tous à un type uniforme. Parmi eux se trouvaient des éléments, des inconscients épileptiques, paralytiques généraux, des alcooliques et enfin des obsédés impulsifs. Aujourd'hui, ce terme ne s'applique qu'aux obsédés impulsifs. Magnan et ses élèves ont pu parfaitement déterminer les caractères de l'exhibitionnisme qui sont toujours les mêmes. C'est une perversion sexuelle obsédante et impulsive, caractérisée par le besoin irrésistible d'étaler en public, et généralement, avec une sorte de fixité d'heure et de lieu, ses organes génitaux, à l'état de placidité, et en dehors de toute manœuvre lubrique ou provocatrice, acte en lequel se résume l'appétit sexuel et dont l'accomplissement, en mettant fin à la lutte angoissante, clôt l'accès.

2° *Fétichisme*. — Chez le fétichiste, la production de l'orgasme génital est sous la dépendance nécessaire et exclusive d'un excitant déterminé; le fétiche. Ce fétiche varie suivant les individus. Ou il sera "impersonnel", et alors sera constitué par un objet de la toilette féminine (bottines, mouchoirs, tabliers, etc.) ou il sera "corporel", consistant en un des attributs de la femme, mollets, pieds, proéminences fessières, etc.). C'est une perversion sexuelle obsédante et impulsive, conférant tantôt à un objet auquel nos usages prêtent une signification sexuelle, tantôt à une partie du corps, le pouvoir exclusif de produire l'orgasme génital, le fétiche étant, soit directement, soit par évocation ou représentation mentale, l'élément à la fois nécessaire et suffisant de l'excitation sexuelle.

3° *Sadisme et sadi-fétichisme*. — Dans le sadisme, il y a association entre la volupté et la cruauté. L'orgasme génital ne peut se produire qu'en autant que le sadique peut infliger des souffrances à autrui. Il est la contre-partie du "masochiste" ou "passiviste" qui n'a de volupté qu'à s'humilier devant l'être aimé et à souffrir par lui. C'est une perversion sexuelle obsédante et impulsive dont le caractère réside dans une dépendance étroite entre la souffrance infligée, ou mentalement représentée, et l'orgasme génital, la frigidité restant d'ordinaire absolue sans cette condition à la fois nécessaire et suffisante.

Quoique les termes "sadisme" et "fétichisme" paraissent se contredire, il n'en est pas moins certain, et quelques observations médico-légales le prouvent, que ces deux perversions sexuelle peuvent parfois se réunir chez le même individu. Il y a du fétichisme chez les "piqueurs de fesses," les "coupeurs d'oreilles" qui dirigent leurs violences toujours vers le même point du corps. Comme dans le fétichisme des objets, le sadi-fétichisme peut être aussi impersonnel, et dans ce cas, l'objet brisé éveille l'orgasme sexuel.

4° *Inversion génitale* (Homosexualité, Uranisme). A l'encontre de l'exhibitionniste, du fétichiste, du sadique, l'inverti sexuel ne reçoit d'excitation génitale que de son propre sexe. Il ne peut s'agir ici du pédéraste vulgaire, mais bien de l'inverti constitutionnel dont toutes les tendances se portent instinctivement vers le sexe semblable. La pathogénie de cette inversion est la même que celle des autres perversions, c'est-à-dire qu'il faut chercher dans l'imitativité morbide, dans la dés-harmonie fonctionnelle, le secret de la "détermination homosexuelle". La définition suivante de l'inversion génitale la distingue absolument du vice: Une perversion totale de l'instinct génésique, à forme obsédante et impulsive, impliquant une tendance homosexuelle irrésistible, et généralement, si exclusive que le sexe semblable est seul capable d'éveiller l'orgasme vénérien. Dans l'amour homosexuel, on peut rencontrer le fétichisme, le masochisme, le sadisme et même l'érotomanie.

5° *Erotomanie*. — C'est un amour intellectuel, affranchi de tout appétit charnel. Chez l'érotomane, disait Esquirol, l'amour est dans la tête. Il est certain que, dans les cas les plus nets, le désir est absolument idéal. L'idée de cohabitation est assez souvent répulsive, en quelque sorte, pour ces êtres maladivement épris. On peut définir l'érotomanie: Une forme toute psychique de l'amour morbide dans laquelle la perversion génésique, de nature essentiellement obsédante, pousse irrésistiblement à la recherche de l'objet aimé, suscite des illusions délirantes en rapport avec le roman pathologique et se dégage de tout appétit charnel.

Les obsessions impulsives sexuelles sont parmi les plus impérieuses et les plus irrésistibles. Aussi il arrive souvent que les perversés sexuels viennent se heurter aux lois. Mais l'appréhension d'un châtiment ne saurait être suffisante pour refréner une impulsion pathologique, et la preuve de cette inefficacité est fournie, à tout instant, par des faits démontrant que des pénalités accumulées s'abattent sur le perversé sexuel sans le modifier en rien. L'esprit, appelé à examiner l'état mental d'un prévenu de ce genre, devra vérifier si l'état du sujet peut être juxtaposé à l'un des types connus de perversion sexuelle: et, si ce rapprochement peut être établi, il n'hésitera pas à la déclarer irresponsable, par application logique de l'article 64 du code pénal (code français) qui attribue cette irresponsabilité à l'individu "contraint par une force à laquelle il n'a pu résister".

E. P. CHAGNON.

## OTOLOGIE

### Pourquoi faut-il trépaner l'apophyse mastoïde dans les otites aiguës ?

par le Dr MARCEL LARMOYEZ.

C'est une double et grave erreur que de trépaner au cours d'une otite aiguë toute mastoïde qui souffre, ou de respecter systématiquement l'apophyse qui n'extériorise pas ses réactions.

Il est très différent, en effet, de constater anatomiquement ou cliniquement la présence du pus mastoïdien. Dans le premier cas, banal, presque constant, les alvéoles mêmes de la mastoïde sont un simple réservoir du pus fourni par la muqueuse de l'oreille, et ne réagissent pas: il y a seulement empyème mastoïdien, sans nulle expression clinique. Dans le second cas, plus rare, le tissu osseux réagit vis-à-vis du pus: une ostéite mastoïdienne éclot, qui s'extériorise cliniquement par le classique syndrome rétro-auriculaire: il y a mastoïdite vraie. Cependant, dans les deux cas, on eût rencontré du pus si la trépanation avait été pratiquée.

Ainsi donc, le fait de rencontrer du pus dans une mastoïde ne prouve pas du tout qu'on ait eu raison de la trépaner. Pour mieux comprendre les indications opératoires, il faut examiner préalablement la pathogénie et surtout la physiologie pathologique de la mastoïdite clinique.

D'après les classiques, elle est primitive ou secondaire.

La mastoïdite primitive est rationnelle en théorie. Mais, en clinique, il s'agit de mastoïdites pseudo-primitives pour qui observe trop vite, mais en réalité consécutives à des otites initiales légères et rapidement guéries. La mastoïdite secondaire à une otite est, au contraire, banale.

Maintenant, comment la maladie passe-t-elle de l'étape anatomique, empyème mastoïdien, à l'étape clinique, ostéite mastoïdienne? De trois façons qui, le plus souvent, se combinent.

*Propagation par contiguïté.* — L'inflammation se propage de la muqueuse antro-cellulaire à la couche osseuse sous-jacente. Deux conditions favorisent cette propagation: la virulence extrême de l'infection; le défaut de résistance du terrain.

*Rétention du pus.* — Le pus formé trouve un obstacle s'opposant à sa sortie par le conduit et tâche de se frayer une voie vers la corticale.

il faut considérer deux cas cliniques :

1° *Le tympan n'est pas perforé* et le pus accumulé sous pression produit la mastoïdite. Le tympan peut se perforer, mais cette ouverture spontanée n'est qu'une fistule dont elle a tous les inconvénients. La paracentèse du tympan, par une ouverture précoce, large, déclive, peut éviter la mastoïdite.

2° *Le tympan est perforé*, mais souvent, bien que l'écoulement du pus semble se faire normalement, il y a dans la profondeur une rétention qui peut devenir grave. La mastoïdite peut se réaliser en parcourant les étapes suivantes : obstruction des confluentis antro-cellulaires par la muqueuse bourgeonnante ; stagnation du pus sous pression ; nécrose de la muqueuse et ostéite sous-jacente : fonte des cloisons intra-cellulaires ; formation de clapiers et, finalement, perforation de la corticale mastoïdienne en certains points.

*Ostéite secondaire.*—Si l'on retarde trop la ponction évacuatrice, de l'infection propagée naît une ostéo-myélite secondaire qui peut amener la perte de vastes portions osseuses.

L'abcès mastoïdien étant formé, comment et où le pus va-t-il s'extérioriser ?

Le pus s'extériorise de quatre façons différentes :

1° *Par les fissures osseuses normales.*—Il en est ainsi chez le nourrisson dont les trois pièces osseuses du temporal ne sont pas encore soudées.

2° *Par voie vasculaire.*—Cela est fréquent dans les apophyses diploétiques, chez l'enfant, dont les voies vasculaires sont très courtes et très larges.

3° *Par voie sous-périostée.*—Le pus de l'antre arrive indirectement sous le périoste de la corticale mastoïdienne en fusant le long de la paroi postérieure du conduit auditif.

4° *Par voie d'effraction.*—Le pus fait de vive force une trouée vers l'intérieur à travers les parois osseuses qui le cernent.

Le pus s'extériorise en cinq directions différentes :

1° En dehors, vers la peau.

a) Chez l'enfant, c'est heureusement la règle. Il y a cependant une distinction capitale à établir, suivant que la suppuration envahit une mastoïde infantile saine ou une mastoïde infantile sclérosée.

b) Chez l'adulte, l'émigration du pus de l'antre à la peau se fait suivant deux types, selon qu'il s'agit d'apophyses diploétiques ou d'apophyses pneumatiques.

2° *En bas, vers le cou.*—Il vient s'ajouter un abcès profond du cou, c'est la mastoïde de Bezold.

3° *En avant, vers le conduit auditif.*—Une mastoïde peut s'ouvrir en dehors, en produisant le classique abcès sous-périosté, ou peut s'évacuer vers le conduit, dont elle décolle, abaisse et troue la paroi postérieure.

4° *En haut, vers le crâne.*—Le plafond de l'attique et de l'antre est d'une épaisseur très variable : le plus souvent, ce n'est qu'une lamelle transparente et très fragile.

5° *En arrière et en dedans.*—Vers le sinus latéral.

Très rarement chez l'enfant. Plus fréquemment chez l'adulte, où l'abcès mastoïdien perce la paroi du sillon sigmoïde et prend contact avec le sinus latéral.

Il faut toujours se rappeler que, dans toute mastoïdite aiguë, pendant que nous surveillons la corticale externe, il se produit à notre insu, vers la corticale interne, des lésions plus rapides, plus constantes et bien autrement graves.

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Chirurgie des Voies biliaires**, par le Dr PAUCHET, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux d'Amiens. — 1 vol. in-16 de 95 pages, avec figures, cartonné. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, 1 fr. 30.

La chirurgie joue actuellement un rôle actif dans la thérapeutique des affections des voies biliaires. Qu'il s'agisse de faire disparaître des accès répétés de coliques hépatiques, de lever un obstacle au cours de la bile chez un sujet ictérique, ou de drainer la vésicule chez un malade atteint d'une affection de l'arbre biliaire, les indications opératoires sont multiples. Jusqu'ici, les traités de pathologie médicale, tout en signalant au médecin le rôle du chirurgien, n'insistent pas assez sur l'instant opportun de l'acte opératoire. Aujourd'hui encore, les malades ne sont amenés à une intervention qu'après avoir épuisé toutes les ressources du traitement médical. Les insuccès qui assombrissent les statistiques n'ont d'autre cause que ces interventions trop tardives, pratiquées chez des sujets intoxiqués par la résorption biliaire, chez lesquels la cellule hépatique a partiellement perdu sa fonction et dont la vitalité est amoindrie. M. le Dr Pauchet publie, dans les *Actualités médicales*, une intéressante monographie où il signale les affections de l'arbre biliaire qui peuvent nécessiter l'intervention du chirurgien et insiste sur les symptômes spéciaux qui révèlent l'opportunité opératoire.

---

**Précis d'ophtalmologie journalière**, par les Drs H. PUECH et C. FROMAGET, anciens chefs de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux. — 1 vol. in-16 de 368 pages, avec figures, cartonné : 5 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Si les traités d'ophtalmologie à l'usage des spécialistes abondent il n'en est pas de même des manuels pratiques pour les étudiants et les praticiens. C'est cette lacune qu'ont voulu combler MM. Puech et Fromaget; éloignant les affections rares, dont le diagnostic exige la science d'un spécialiste, ils présentent, sous un aspect clinique saisissable, en insistant tout spécialement sur le diagnostic et le traitement, les affections oculaires les plus répandues, qu'ils passent ainsi successivement en revue dans les chapitres suivants :

Paupières. — Conjonctive. — Cornée. — Sclérotique. — Iris. — Glaucomes. — Cristallin (Cataractes). — Corps vitré. — Choroïde. — Rétine. — Nerf optique. — Voies lacrymales. — Orbité. — Appareil moteur (Strabisme, diplopie, paralysies).

Ce qui différencie ce nouveau précis d'ophtalmologie de tous les traités ou résumés qui ne peuvent être lus avec fruit que par les spécialistes, c'est qu'il peut être consulté par tous les praticiens.

Les auteurs, anciens chefs de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Bordeaux, avaient une compétence toute spéciale pour écrire ce précis.

---