

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

## DIRECTION SCIENTIFIQUE :

MM. A. BERNIER,	MM. L. E. FORTIN,	MM. A. Le SAGE.
R. BOULET,	A. A. FOUCHER,	A. MARIEN.
E. P. CHAGNON,	L. de L. HANWOOD,	O. F. MERCIER,
R. DE COTRET,	H. HERVIEUX,	T. PAILLEAU,
J. E. DUBÉ,	E. P. LACHAPPELLE,	C. N. VALIN.

## COLLABORATEURS DE L'ANNEE 1906 :

MM. Benoit,	MM. Heineck.	MM. Rhéaume,
Bourgoin,	Joyal,	Roussau,
D'Amours,	Laramée,	Roy.
DeBlais,	Lanier,	Sirois,
Desjardins,	Laurendeau,	St-Pierre.
Gauthier,	Marsan,	
Gregor,	Pelletier,	

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

Vol. XXXVI

1er NOVEMBRE 1907

No 11

## ACTUALITES

### LES HOPITAUX DEVANT L'OPINION PUBLIQUE. (1)

Par H. HERVIEUX

Professeur à l'Université Laval, de Montréal.

*Messieurs,*

*Monsieur le Vice-Recteur, Mesdames et Messieurs.*

Invité un peu tardivement, par Monsieur le Vice-Recteur, à prendre la parole en cette circonstance, j'ai cru devoir vous parler un peu d'hôpital et d'hospitalisation.

Le sujet, pas très gai en lui-même, présentera cependant, je l'espère, certains aperçus peu connus du public et qui pourront peut-être vous intéresser.

Rassurez-vous, mesdames et messieurs, je ne viens pas faire un appel à votre bourse en faveur de l'un ou l'autre des hôpitaux de Montréal, je n'oublie pas que je suis ici le représentant de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal, et que je viens souhaiter la bienvenue à MM. les Etudiants en médecine.

(1) Discours prononcé à l'ouverture solennelle des cours à l'Université Laval, Octobre 1907.

Je traiterai la question à quatre points de vue : 1° Religieux, 2° Social, 3° Economique, 4° Universitaire.

Je serai d'ailleurs très bref et ne ferai qu'effleurer le sujet ; — un développement un peu complet pourrait difficilement trouver place en une circonstance comme celle-ci.

J'espère que ces remarques contribueront à faire disparaître certains préjugés assez fortement enracinés et qui nuisent à l'Œuvre de l'hôpital.

### I. — POINT DE VUE RELIGIEUX

Qu'est-ce que l'hôpital ? C'est une maison où l'on reçoit et soigne les malades pauvres.

Voilà bien ce qui constitue le corps de l'hôpital, mais l'âme, quelle est-elle ? où est-elle ?

L'âme de l'hôpital mesdames et messieurs, c'est la charité, qui anime tout, qui donne la vie à toutes choses à l'intérieur de ces murs, et qui redonne la santé aux pauvres malades qui habitent sous ce toit.

L'hôpital, c'est la forme matérielle la plus belle, la plus pure que puisse revêtir la vertu de charité.

Si le fait pour une dame riche, de bonne famille, de belle société, de payer une visite hebdomadaire ou quotidienne, à ses moments perdus, aux pauvres et de leur apporter une parole de consolation, ou un rayon d'espoir sous la forme de quelque secours, suffit souvent et avec raison à lui acquérir le titre de charitable et de vertueuse, que devons-nous penser de ces jeunes filles bonnes, pieuses, instruites et souvent fortunées, qui abandonnent richesse, société et famille pour consacrer, par amour de Dieu, leur vie entière au service des malades pauvres ?

Et quand nous disons leur vie entière, veuillez croire mesdames et messieurs, que ce n'est pas une simple façon de parler.

La sœur d'hôpital est attachée au service des malades pauvres de jour et de nuit, se dépensant bien des fois jusqu'à l'épuisement total de ses forces, s'exposant à la contagion et mourant souvent de la maladie qu'elle s'efforçait de guérir chez les autres.

N'avons-nous pas raison de dire qu'il n'y a pas d'état religieux où la vertu de charité chrétienne soit mieux comprise et mieux pratiquée.

Je parle ici de l'hôpital catholique, mais l'hôpital, à quelque

dénomination religieuse qu'il appartienne, est et restera toujours la maison de charité par excellence. Si c'est un simple sentiment de philanthropie qui a présidé à sa fondation au lieu d'une vocation religieuse, nous dirons alors que les fondateurs ont et pratiquent excellentement la plus belle et la plus noble des vertus civiques : la charité.

## II. — POINT DE VUE SOCIAL.

Décrire, en quelques phrases, l'action bienfaisante de l'hôpital dans la société est bien difficile, et nous resterons forcément en deça de la vérité dans cette appréciation.

La maladie dans la classe pauvre et misérable est bien pour quelques-uns, mais rarement, l'occasion de développer des vertus de foi, de résignation, de courage et de sacrifice. Souvent misère, pauvreté et maladies amènent le découragement et le désespoir, et quelquefois conduisent au crime.

Combien de petits enfants que l'on ne tue pas, mais qu'on laisse mourir faute de soins, parce que cela coûte trop cher? Combien de vieux parents usés et cassés, dont l'existence est depuis longtemps considérée comme une charge trop lourde par le fils qui peine sans arriver à gagner assez pour tous ceux qui dépendent de lui?

La mort arrive alors comme une visitense complaisante qui ne fait que se rendre à des désirs monstrueux et secrets, mais que le médecin appelé au dernier instant, en vue du certificat libérateur, pour voir se refléter dans des yeux que la douleur devrait remplir de larmes.

Personne ne niera ici l'action moralisatrice de l'hôpital, qui ouvre largement ses portes à ces parias de la vie, donnant aux malades les soins qui les ramèneront à la santé ou qui adouciront leurs derniers moments et prenant à sa charge les obligations et les devoirs naturels de ceux qui sont impuissants à les remplir, laissant aux premiers l'espérance et aux seconds l'amour que Dieu a mis au cœur de tous.

A un point de vue un peu plus utilitaire, combien d'existences sauvées par l'hôpital, qui auraient été perdues pour la société sans l'hôpital avec son personnel de médecins, de chirurgiens, de spécialistes, d'internes, de religieuses, de garde-malades; avec son service de téléphone et d'ambulances, avec ses installations si coû-

teuses et si variées qu'il est impossible de les trouver nulle part ailleurs ?

Que devons-nous alors penser de ceux qui s'imaginent que l'on va à l'hôpital pour mourir ? Ignorance et préjugé ! Ceux-là ne sont bien souvent arrivés à cette conclusion que par la connaissance de quelques cas malheureux, pour qui l'hôpital aurait peut-être été le salut, sans l'existence de ce préjugé qui les a fait hésiter trop longtemps.

À conditions égales j'affirme que l'hôpital guérit plus de maladies graves, que le traitement à domicile, et sur ce point je ne crains pas la contradiction. Seulement, l'hôpital trop souvent ne reçoit que les cas désespérés que l'on a essayé de traiter à la maison d'abord, et que l'on n'envoie à l'hôpital qu'au moment où le découragement s'est emparé du médecin et de la famille, trop tard évidemment pour espérer une guérison.

### III. — POINT DE VUE ÉCONOMIQUE.

Pour traiter la question de l'hôpital au point de vue économique je me vois forcé de parler de chez nous, c'est-à-dire de l'Hôtel-Dieu de Montréal, ne connaissant rien de l'administration des autres hôpitaux. Je crois cependant que ce que nous pouvons dire de l'un, quant aux dépenses, peut être appliqué aux autres établissements du même genre. Le fonctionnement est à peu près le même partout, toute proportion gardée, la seule différence que j'entrevois, c'est que les sources de revenus de ces différentes institutions ne sont pas les mêmes : charité publique stimulée par le zèle de promoteurs laïques distingués et dévoués, pour quelques-uns ; fonds hospitalier créé de toute pièce par la générosité de riches donateurs pour d'autres ; et à l'Hôtel-Dieu de Montréal, c'est la charité des Sœurs Hospitalières de S. Joseph qui fournit les moyens d'existence.

L'hôpital est divisé administrativement en trois grands départements : La communauté : résidence des Sœurs Hospitalières et noviciat ; l'hôpital : qui garde et traite les malades pauvres ; et la maison de santé : affectée au traitement des malades payants et qui est une source de revenus pour les Sœurs.

Le personnel de la communauté est de 96 religieuses.

Le personnel de l'hôpital et de la maison de santé se compose de 30 médecins et chirurgiens, 12 médecins internes, 12 garde-

malades laïques, 25 infirmiers et serviteurs et 50 serantes, ce qui fait un total de 225 personnes au service des malades, sans compter les médecins étrangers qui traitent à la maison de santé.

Les salles publiques de l'hôpital peuvent coucher 183 malades. La maison de santé offre 87 lits et souvent, dans les cas d'urgence, les Sœurs se voient forcées de monter des lits d'occasion. De sorte que l'on peut compter 270 personnes qui sont traitées quotidiennement à l'Hotel-Dieu.

Les malades non payants traités à l'Hotel-Dieu l'an dernier ont été, à l'hôpital, au nombre de 2,138; à la maison de santé 1,143; total 3,281.

Jours à l'hôpital durant ce même laps de temps 73,489.

Montant annuel de dépense pour l'hôpital pour le même exercice, \$73,850.09.

Tout cela, mesdames et messieurs, exige une administration considérable et d'autant plus vigilante que l'hôpital dépend presque entièrement des Sœurs et ne reçoit rien ou à peu près rien du dehors.

Les quelques dons adressés à l'hôpital peuvent difficilement entrer en ligne de compte, comme vous pourrez en juger à la simple énumération:

Allocation de la Législature . . . . .	\$217.00
Don de la Banque d'Epargne . . . . .	300.00
De la municipalité . . . . .	500.00

Ce que la ville de Montréal donne parcimonieusement de la main droite, elle le reprend largement de la main gauche qui doit ignorer, selon le précepte évangélique, l'aumône donnée par l'autre main, sans cela j'imagine que la main gauche serait gênée de prendre tant quand la main droite donne si peu.

Ainsi la municipalité retire pour taxe d'eau de la Communauté et de l'hôpital \$2,144.27 par année.

J'apprends qu'aujourd'hui même le conseil de ville, sur recommandation du comité des Finances, est à discuter la question de la réduction de la taxe de l'eau pour les hôpitaux.

Nous espérons que nos échevins comprendront leur devoir et rendront moins lourde une taxe sur l'eau qui, après tout, n'est à l'hôpital, qu'à l'usage des pauvres de la ville et des environs.

L'hôpital reçoit donc par année de différentes sources \$2,970.00

et doit faire face à une dépense annuelle de \$73,850.09 ou à peu près.

Vous voyez, mesdames et messieurs, que les religieuses doivent exercer la plus grande économie et la plus grande prudence dans l'administration des finances de leur Institution, autrement ce serait l'existence même de l'hôpital qui serait immédiatement compromise.

J'ai tenu à mettre honnêtement ces chiffres devant vous pour détruire ce préjugé répandu dans plusieurs classes de la société: le gouvernement paie pour chaque malade traité à l'hôpital — Quelques-uns vont plus loin et pensent que non seulement les religieuses, mais encore tous les médecins attachés à l'hôpital reçoivent de gros émoluments des pouvoirs publics et n'ont pas besoin de gagner en dehors de l'hôpital. Cette conviction les porte à rechercher les soins des médecins des hôpitaux et à ne pas les payer pour ces soins en toute tranquillité de conscience.

Cette question d'administration m'amène aussi à vous dire un mot d'hospitalisation.

Ne sont hospitalisables que les malades pauvres que l'on espère guérir.

Les infirmes, les vieillards, les incurables qui encombrant les lits d'hôpital devraient être dirigés sur d'autres institutions dont le but est justement d'offrir un refuge à cette classe de déshérités.

Que dire des malades qui, pouvant payer, usurpent par de fausses représentations, la place des véritables pauvres et commettent ainsi un détournement d'une partie des fonds de charité publique ou fonds de l'hôpital?

Ces injustices sont quelquefois favorisées d'une manière inconsciente, je le veux bien, par apathie, ou simplement parce que l'on ne se rend pas bien compte de la chose, par messieurs les médecins et curés de campagne qui délivrent des certificats de pauvreté pour faciliter l'admission à l'hôpital de personnes qui ne sont pas réellement pauvres et incapables de payer.

Il y a quelques années, se présentait dans l'un des plus importants dispensaires de cette ville une vieille aveugle aux haillons annonçant la plus noire misère. Opérée de la cataracte, elle repartit après un séjour assez prolongé à l'hôpital, en bénissant son sauveur comme elle appelait le spécialiste qui lui avait rendu la

vue. Quelques mois plus tard, ayant appris que son opérée mendicante était une vieille rentière qui avait de forts revenus, le docteur lui adressa sa note au montant de \$150. Forcée de s'exécuter, c'est en maugréant cette fois et non en bénissant que la vieille reprit le chemin de chez elle.

#### IV. — POINT DE VUE UNIVERSITAIRE.

L'hôpital, messieurs les Etudiants, est un annexe obligatoire à la Faculté de Médecine. Un hôpital peut très bien exister sans la Faculté et trouver sa raison d'être, mais une école de médecine, sans clinique à l'hôpital serait une œuvre stérile.

La tendance actuelle est de diminuer les cours théoriques et d'augmenter les cours pratiques aux laboratoires et à l'hôpital.

À l'université vous pouvez devenir des savants, mais c'est à l'hôpital que vous deviendrez des médecins.

Le soldat, messieurs, peut très bien connaître le maniement des armes, et l'exercice, de compagnie, de bataillon ou de brigade, mais c'est sur le champ de bataille, en présence de l'ennemi, après avoir reçu le baptême du feu, qu'il cesse d'être un soldat de parade pour devenir un véritable guerrier.

Votre champ de bataille, messieurs, c'est l'hôpital. C'est là que vous apprendrez sous la direction de maîtres éclairés, à reconnaître et à vaincre l'ennemi que toute votre vie, vous serez appelés à combattre : *la maladie*.

Et au point de vue scientifique et clinique, quelle mine inépuisable que l'hôpital avec ses quatorze services de médecine et de chirurgie, avec ses cliniciens de haute valeur, et surtout avec ses 3,281 malades et ses 73,489 jours de maladie, ses 1,638 opérations chirurgicales et ses 21,232 consultations et traitement au dispensaire par année.

Ceci pour l'Hôtel-Dieu seulement, et vous avez encore l'Hôpital Notre-Dame qui possède une organisation analogue avec les mêmes chances d'étude pour vous.

Ainsi messieurs, il y a place pour tout le monde, comme vous le voyez, et nous ne saurions vous inviter, trop chaleureusement à bien profiter de tous ces avantages qui vous sont offerts et qui feront de vous des médecins marquants, si vous vous livrez à un travail sérieux et soutenu.

Il y a un proverbe qui dit : " Abondance de biens ne nuit pas."

Messieurs la Faculté met deux hôpitaux à votre disposition, quand un pourrait suffire à l'enseignement de ses cours.

J'ai connu des étudiants, par le passé, dont le cœur balançait entre les deux hôpitaux, durant toute l'année, et qui ne parvenaient jamais à suivre l'une ou l'autre des deux cliniques.

Nous espérons messieurs, que vous ne ferez pas mentir le proverbe et que vous vous empresserez autour de vos cliniciens, du reste le système de rotation établi vous empêchera d'hésiter et vous fixera, sans efforts, sur votre tour d'assistance à chaque hôpital.

Je ne saurais terminer messieurs, sans un souvenir ému à celui que la mort nous a ravi de façon si cruelle et si subite au cours de la dernière année universitaire. J'occupe présentement à la Faculté le siège laissé vacant par la disparition de sir William Hingston mais je sens parfaitement que je ne saurais jamais le remplacer.

Une grande intelligence, une imagination très vive, une éducation parfaite, un tact et un jugement jamais en défaut, des manières d'une distinction exquise, une figure noble, une taille élevée, un port superbe faisaient de sir William Hingston un homme supérieur et d'une valeur universellement reconnue.

Ses qualités lui conquirent les plus hautes positions. C'est ainsi que sur cinquante années d'exercice de médecine, il fut près de quarante ans chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Montréal et professeur de clinique chirurgicale à l'École de Médecine et de Chirurgie, plus tard l'Université Laval à Montréal.

Il fut pendant un ou deux termes maire de la ville de Montréal et sans son refus formel aurait été nommé plusieurs fois depuis.

Directeur et président de l'une de nos plus grandes institutions financières, il occupait encore ce poste au moment de sa mort.

Il avait été fait sénateur sans cependant s'être jamais beaucoup livré à la politique ; mais je crois que de toutes ces positions celle qui lui tenait le plus au cœur était la direction chirurgicale de l'Hôtel-Dieu et de la clinique à l'Université.

Ceux qui ont eu l'occasion de le voir opérer se rappellent en quel honneur il tenait son art. l'on aurait dit un grand-prêtre, un pontife exerçant un ministère sublime.

A quatre-vingts ans Sir William Hingston était encore d'une force peu commune et d'une activité juvénile que bien des personnes n'ayant pas la moitié de son âge lui enviaient.

Cette activité qui le mettait en contact constant avec ses confrères et ses collègues rend encore plus saisissant le contraste, plus vivement senti le vide que laissait sa disparition subite.

Le docteur Hingston est mort après quelques heures de maladie, entouré des soins de la religion, de la science et de sa famille, et je doute fort qu'il eut changé un détail à sa fin, eût-il été le maître de sa destinée.

Mourir à un âge aussi avancé en pleine force, en pleine gloire, sans avoir donné à sa famille, à ses amis, à ses collègues, à ses élèves, le triste spectacle d'une déchéance intellectuelle ou physique, est bien le digne couronnement de sa belle carrière et la fin qu'eût choisie Sir William lui-même.

Sir William Hingston restera dans l'Histoire canadienne, le grand homme que nous avons connu et qui vivra toujours dans nos mémoires.

---

## MEMOIRES

---

### DE L'INFECTION PUERPERALE.

Par E. A. BÉRÉ DE COTRET,

Professeur adjoint d'obstétrique, accoucheur de la Maternité.

Si Monsieur le Secrétaire de la rédaction me le permet, cette année, chaque fois que j'aurai l'occasion de me mettre en communication avec les lecteurs de *l'Union Médicale*, je les entretiendrai autant que possible, de l'infection puerpérale. J'essaierai d'épuiser complètement le sujet. Passant rapidement sur les points de peu d'utilité pratique, tels que l'historique, j'appuierai fortement sur les causes, les symptômes, les variétés et le traitement. J'insisterai particulièrement sur l'hétéro-infection et l'auto-infection.

Ce n'est pas à dire par là, que je me priverai parfois, les cas se présentant de parler de quelque autre partie de l'art obstétrical. Quand j'aurai de belles observations en tout genre, nous les verrons ensemble et nous les commenterons au long, comme j'ai toujours fait par le passé.

Ceci dit, je ne crois pas mieux faire que de commencer par ces paroles de Ribemont-Dessaigues et Lepage, paroles sur lesquelles j'insiste particulièrement, parce que moi-même, je les ai répétées très souvent : " Nous avons montré que l'accouchée ne doit généralement pas présenter d'hyperthermie due à une infection provenant des organes génitaux, si les précautions antiseptiques ont été prises avant, pendant et après l'accouchement, si la délivrance a été complète."

Quand une femme accouche et qu'on observe une élévation de température, il faut rechercher soigneusement si cette hyperthermie est due à une maladie préexistant à l'accouchement ou indépendante de ce dernier ; ou si elle n'est pas l'effet du travail ou d'une infection puerpérale. Quand l'hyperthermie est due au surmenage causé par le travail, elle s'abaisse dans les douze premières heures des suites de couches. Les maladies préexistant à l'accouchement peuvent avoir une certaine influence sur les suites de couches et réciproquement ces dernières sur ces mêmes affections. Ainsi, ici comme partout ailleurs, il y a un diagnostic à établir et comme disent encore Ribemont-Dessaigues et Lepage, " dans les cas douteux, il vaut mieux penser à tort à une infection puerpérale que diagnostiquer une affection aiguë dont les symptômes ne sont pas nets." Malheureusement, trop souvent, en pratique privée on est porté à agir contrairement à ce précepte. Maintes et maintes fois, j'ai vu traiter sans discernement des infections puerpérales débutantes comme si l'on eut eu affaire à toute espèce d'indispositions. On a peur du *Qu'en dira-t-on* et l'on ne veut pas prononcer le mot *infection puerpérale*, et qui plus est, on ne veut pas laisser soupçonner une infection possible ; et, quand plus tard l'infection fait ses progrès et ses ravages, l'on voudrait bien avoir agi plus sagement et laisser entrevoir qu'on a au moins prévu le résultat possible. C'est imprudent ; c'est malhonnête.

Vous ne verriez jamais de telles choses à notre clinique. Quand la température s'élève, vous voyez presque toujours la signature de l'infection apposée à la feuille d'observation. Malgré tous les regards inquisiteurs et les criaileries prétentieuses et quelque peu bienveillantes, nous n'avons pas peur d'appeler les choses par leur nom, d'être sur nos gardes et de traiter en conséquence.

Dans nos conférences nous ne nous occuperons nullement de l'influence réciproque de certaines maladies sur les suites de

couches, et des suites de couches sur ces mêmes affections ; nous étudions uniquement la pathologie qui dérive directement de l'accouchement, c'est-à-dire les accidents infectieux qui sont le résultat de la contamination des plaies produites à l'occasion de la parturition.

Les théories régnantes expliquent les accidents de la puerpéralité comme le résultat de l'action néfaste de nombreux agents microbiens. Mais comme l'étude de la bactériologie n'est pas encore assez avancée et la clinique assez éclairée pour nous permettre de différencier chaque espèce d'infection puerpérale, comme on le fait pour les angines diphtériques ou streptococciques, et, surtout aussi, comme nous le démontrerons plus tard, il y a le plus souvent association polymicrobienne, force nous est de nous contenter du terme général d'infection puerpérale, sans y ajouter le qualificatif streptococcique, staphylococcique, gonococcique, etc. ; qualificatif qui aurait une importance majeure au point de vue du traitement.

Bar décrit sous le nom d'infection puerpérale toute infection des femmes en couches ayant pris naissance au niveau de l'appareil génital lésé par le traumatisme obstétrical.

*Fréquence.* — Pendant l'ère pré-antiseptique la mortalité variait de 2 à 6 pour cent ; et dans le temps des épidémies qui étaient très fréquentes, elle s'élevait jusqu'à 10 ou 15 pour cent. Aujourd'hui, que l'asepsie a changé les conditions hygiéniques et que l'antisepsie a modifié, pour ainsi dire, la nature des maladies qu'elle a atténuées, les cas sévères d'infection puerpérale sont relativement rares, et l'on agite plus la question de la morbidité que celle de la mortalité. Cette morbidité et cette mortalité sont cependant beaucoup plus élevées qu'on ne voudrait le faire croire. Je suis heureux, de citer, à l'appui de cette assertion, les paroles d'Edgar, professeur d'obstétrique à l'Université de Cornell. " Un grand nombre de cas d'infection moyenne, dit-il, passent inaperçus, sont négligés, ou le diagnostic en est mal établi. Il est très difficile d'établir, en pratique privée, la fréquence de l'infection puerpérale, vu qu'en bien des circonstances la mort est attribuée à la fièvre typhoïde, à la malaria, à la pneumonie, etc., quand en réalité elle est due à la véritable infection puerpérale."

Je suis content d'avoir entendu ces paroles d'Edgar qui confirment ce que j'avais, il y a quelques années, dans des discussions

sur l'infection puerpérale. Je suis toujours prêt à traiter de hâbleur celui qui vient me dire : "*Moi, je n'ai jamais d'infection puerpérale et cependant je fais beaucoup d'accouchements.*" Oui, combien j'en ai vu de ces médecins qui n'avaient pas même de thermomètre, ou qui, ayant un thermomètre ne s'en servaient jamais. Croyez-vous que toucher la peau de la malade ou lui prendre le pouls soit bien instructif ; croyez-vous que faire une visite par jour, par deux jours et même prendre la température à cette visite, nous renseigne bien réellement sur tous les cas d'infection ? Hâbleur celui qui l'affirme. Même est-ce sage de se tranquilliser la conscience, en rejetant sur une indigestion, une fatigue quelconque, et même sur *la trop fameuse fièvre de lait*, la cause des élévations de température qu'on rencontrerait trop souvent, si l'on prenait honnêtement la température avec un thermomètre *matin* et *soir*. J'appuie sur ces deux derniers mots *matin* et *soir*. Voyons, est-ce parce que vous aurez pris, de temps à autre la température qui peut se trouver, alors être normale, que vous pourrez affirmer n'avoir pas d'infection. Faites prendre ou prenez régulièrement, *matin* et *soir*, suivant le conseil de Varnier, et quelquefois trois fois le même jour, la température de vos malades ; soyez honnêtes et renseignez-moi ensuite sur vos statistiques.

Voulez-vous des chiffres pour comparer ? Voici ceux d'un certain nombre des plus fameux auteurs ou accoucheurs, qui, établissant le pourcentage par rapport au nombre des accouchements et avortements, arrivent à une *morbidité* de 10 à 12 p. 100 : Bumm, 21 p. 100 ; Slawiausky, 30 p. 100 ; Massen, 17 p. 100 ; Budin, 6 p. 100 ; Bar, 7, 78 p. 100.

Comment celui, qui prétend connaître quelque chose en obstétrique, va-t-il prendre ces chiffres, et oser dire après qu'il n'a jamais d'infection puerpérale ? Faut-il que notre malade meure pour dire qu'elle avait de l'infection ? Faut-il qu'elle vienne à l'agonie pour le reconnaître ? Est-ce nécessaire qu'elle soit clouée au lit pendant un mois ou deux, pour l'avouer ? Faut-il que la température se maintienne à 105°, 104° ou même à 103° pendant plusieurs jours, pour en être convaincu ? Que pensez-vous qu'était l'*ancien fièvre de lait*, sur laquelle encore trop de médecins appuient auprès du public, pour cacher ou leur ignorance ou excuser leur incurie ? Tous les accoucheurs sont unanimes à dire : *que*

les suites de couches doivent être considérées comme pathologiques et traitées comme telles dès que la température axillaire atteint 38° centigrades.

Je trouve encore autre chose dans l'*American Journal of Obstetrics* (page 825, année 1905). " C'est la coutume, dans le département d'obstétrique de l'Hôpital John Hopkins, de classer comme normaux tous les cas où la température maxima, prise dans la bouche, ne dépasse pas 100,6 F. (38.1 c.), à aucun temps durant les dix premiers jours après la délivrance. Avec cette limite relativement haute, on pourrait croire que la pourcentage de la morbidité va être bas, ce qui serait le cas, si la température n'était prise toutes les quatre heures pendant les dix premiers jours des couches, et toutes les deux heures quand la température atteint, n'importe quand, 100 F. (37,7 c.). On le démontre facilement en comparant les résultats obtenus dans deux séries de 500 cas de femmes délivrées à l'hôpital, et d'un nombre égal de patientes délivrées en dehors de l'hôpital. Dans la première série, la température a été prise toutes les quatre heures, et la morbidité s'élève à 32 pour cent; tandis que dans la seconde série, le pourcentage de la morbidité s'élève à 13, alors que la température fut prise tous les jours mais à intervalles irréguliers."

Quelle conclusion tirer de ces faits?

HISTORIQUE. — Hippocrate, Galien, Celse, Ambroise Paré ont parlé des accidents qui surviennent chez les nouvelles accouchées, et ils croient en trouver la cause: la *rétenion* ou la suppression des lochies. L'effet était pris pour la cause. Cette théorie règne jusqu'à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle.

En 1686, Puzos remarque la coloration blanchâtre des lochies qu'il croit due à la présence du lait (*lochies lacteuses*). Il en fait sa théorie de la *métastase lacteuse* ou des *lairs répandus*.

En 1830, Tonnelé fait jouer un rôle important à la *lymphangite*.

Au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle on commence à avoir une *notion de contagion*. En 1846, Kneeland parle de l'inoculation de cette maladie par les liquides provenant d'une femme malade, la literie, les objets de pansement.

Quelque temps avant on avait passé successivement par la *théorie des miasmes aériens*, la *théorie physiologique*, la *théorie gastro-bilieuse*, la *théorie phlogistique* ou *anatomique localisatrice*.

Enfin, en 1848 et 1849, Semmeleweiss vient apporter la preuve de la *contagion* que Kneeland avait entrevue. Tarnier, montre

dans sa thèse de doctorat, en 1857, la propagation des accidents infectieux non seulement aux femmes en couches, mais encore aux femmes ou aux jeunes filles pendant l'écoulement menstruel, et même aux enfants nouveau-nés. Dès lors la contagiosité des accidents puerpéraux est établie, mais on ne connaît pas encore l'agent pathogène qu'on va bientôt découvrir.

C'est en cette même année 1858, qu'eut lieu la plus célèbre et la plus interminable discussion de l'Académie de Médecine. Les Académiciens se divisent en deux camps : les *localisateurs* et les *essentialistes*. Les discussions de l'Académie se terminèrent sans aucunes conclusions, cependant Trousseau entrevit la vérité, comme le prouve son argumentation. Il avait parlé du *virus générateur* de la *fièvre puerpérale*, de *levain*, de *plaie placentaire*, *porte d'entrée* du virus. "La *plaie*, disait-il, *en tant que plaie n'est rien, absolument rien que la porte d'entrée, que l'occasion...* La cause réelle, la grande cause, c'est le *spécifique* (le "levain) ajouté à la plaie. C'est ce spécifique qui infecte toute "l'économie et qui la domine."

Dès lors, on se mit à chercher le *virus*, le *spécifique* qui infecte la plaie placentaire. C'est Coze et Feltz, c'est Pasteur, c'est Doleris, c'est Chauveau, c'est Arloing, c'est Widal qui appellent ce *virus* un *microbe*, qui le trouvent, qui le démontrent.

Entre temps le grand *rite* listérien, comme Varnier appelle la méthode listérienne, faisait son apparition, se créait des adeptes parmi les savants et devait bientôt modifier, aidé des découvertes de Pasteur, les anciennes méthodes de chirurgie et d'obstétrique. Ces deux découvertes de Lister et de Pasteur ouvre une ère nouvelle dans l'histoire de l'infection puerpérale.

Pasteur, Chauveau, Arloing, Bumm, Widal et un certain nombre d'autres auteurs créent ou défendent la *doctrine monomicrobienne* ou *streptococcique* de la fièvre puerpérale. Mais cette doctrine est bientôt battue en brèche par la *doctrine polymicrobienne* de Dolris, Bar, Fehling, Doderlein, Walthard, Kronig et Menge. Enfin les travaux de Du Bouchet et de Jeannin prouvent que non seulement l'infection peut dépendre des germes les plus variés, mais que, dans chaque cas particulier, plusieurs microbes sont habituellement en cause. Les infections monomicrobiennes sont plus rares que les infections polymicrobiennes.

Enfin, nouvelle et dernière phase : on s'aperçoit que la bac-

tériologie ne peut fournir la solution entière du problème, et l'on fait jouer un grand rôle à l'organisme de la nouvelle accouchée. Le microbe n'est plus *tout*. L'étude du jeu des émonctoires, du fonctionnement du foie, des modifications du sang est riche en résultats féconds.

De ces différentes données nous chercherons à établir une thérapeutique rationnelle.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Voici les conclusions qu'on peut tirer des discussions qui ont eu lieu au Congrès International de Paris (1900):

“ De nombreuses espèces microbiennes (aérobies et anaérobies) peuvent donner lieu au tableau clinique de l'infection puerpérale. Exceptionnellement l'infection puerpérale est déterminée par une seule espèce microbienne, aérobie. Généralement l'infection puerpérale est causée par l'action combinée de plusieurs espèces microbiennes. Ces espèces multiples sont quelquefois toutes aérobies, quelquefois toutes anaérobies, mais le plus souvent elles sont aéro-anaérobies.”

Comme il est impossible de reconnaître cliniquement l'infection puerpérale due à telle espèce de microbes, on ne peut pas décrire, comme je l'ai dit plus haut, une *streptococcie puerpérale*, une *gonococcie puerpérale* etc. Mais chose certaine, les accidents fébriles de la puerpéralité sont dus à un ou des agents infectieux. Il fut un temps où cet agent infectieux, ce microbe était *tout* dans l'infection; aujourd'hui la bactériologie ne fournit plus la solution entière du problème. L'autre terme du problème c'est l'organisme de la nouvelle accouchée; et, si l'on veut bien comprendre l'étiologie des infections puerpérales, il faut connaître les deux éléments qui vont être mis en présence: l'agent infectieux ou le microbe et l'organisme sur lequel ce microbe va agir.

J'indique par là la division du chapitre suivant :

1° Agents infectieux ;

2° Terrain.

1° *Agents infectieux*. — En terme général il n'y a pas de *germe spécifique* de l'infection puerpérale; tous les microbes pathogènes sont capables de donner naissance à des accidents infectieux à point de départ génital, chez la nouvelle accouchée; mais tous ne doivent pas être mis, à ce point de vue, sur le même rang (Bar et Jeannin).

L'on doit comprendre ainsi ce dernier point de vue. Certains

germes spécifiques, tels que le bacille du tétanos, la bactérie charbonneuse, le bacille diphtérique, déterminent des accidents bien individualisés et toujours identiques à eux-mêmes ; ils produiront plutôt un tétanos, une infection charbonneuse, une diphtérie qu'une véritable infection puerpérale. D'autres germes, tels que le bacille typhique, le *proteus vulgaris*, le pneumocoque, seront exceptionnellement en cause. Mais les véritables germes de l'infection puerpérale, qu'on rencontre à l'état isolé ou en association sont : le *streptocoque*, le *staphylocoque*, le *colibacille*, le *gonocoque* et les *anaérobies*.

Les Américains, entre autres Edgar, en parlant des germes qui sont cause de l'infection, les divisent en deux classes : 1° ceux qui produisent la véritable infection septique, et 2° ceux dont l'action est purement locale (les saprophytes). Dans la première classe, ils placent, par ordre d'importance et de fréquence, d'abord le streptocoque, puis le staphylocoque, et enfin le colibacille. La seconde classe comprend les saprophytes, germes de la décomposition ou de la putréfaction ; germes qui produisent la saprémie ou endométrite putride. L'action de ces saprophytes est toute locale ; Les saprophytes se nourrissent des tissus morts (débris de placenta, fragments de membranes, caillots, etc.) ; ils n'ont pas de tendance à traverser la muqueuse utérine, à envahir les tissus adjacents, ni la circulation générale. Ils fabriquent, cependant, des toxines qui, envahissant la circulation, produisent une espèce d'empoisonnement par les ptomaines. Le résultat de leur action, c'est une intoxication, une toxémie et non une infection. Tout de même, ils prédisposent à la vraie infection septique.

Au contraire, les germes pathogènes de la première classe ont le pouvoir de se reproduire indéfiniment et d'envahir tous les tissus et les organes de l'économie. Ils engendrent la véritable infection. Ces mêmes microbes pathogènes n'auraient dans les cas légers d'infection, comme les saprophytes, qu'une action toute locale. Ici encore, le résultat serait plutôt une toxémie qu'une infection.

J'ai dit plus haut que les germes habituellement rencontrés dans l'infection sont : le *streptocoque*, le *staphylocoque*, le *colibacille*, le *gonocoque* et les *anaérobies* ; disons un mot de chacune de ces espèces.

(a) STREPTOCOQUE. — On crut, pendant assez longtemps, sui-

vant les faits et les expériences de Widal, que le streptocoque, ce microbe trouvé par Pasteur, pour la première fois, sur un nouveau-né mort d'infection ombilicale, et ensuite dans les lochies des femmes malades, on crut, dis-je, que le streptocoque était le seul agent capable de produire l'infection à porte d'entrée utérine. Pour Widal, la muqueuse utérine agissait à la façon d'un filtre qui laisse passer seulement le streptocoque pyogène, à l'exclusion des autres microbes contenus dans la cavité de la matrice. Cette opinion n'est plus admise actuellement. Cependant le streptocoque reste l'agent le plus important et le plus redoutable des infections puerpérales. Déposé dans le canal vaginal d'une nouvelle accouchée, il est capable de donner naissance à presque toutes les variétés d'accidents, depuis l'endométrite simple jusqu'à la septicémie aiguë, *sauf la fétidité des lochies qui dans le cas de streptococcie est due à une infection associée ou à certaines espèces anaérobies*. Il ne peut pas produire d'infection putride ; mais c'est lui qu'il faut habituellement incriminer en cas de *diphthérie vulvo-vaginale*.

Ce microbe, que Peter appelait, "un microbe à tout faire," se trouve partout, dans les liquides, les solides, les poussières, les malprotés diverses, dans l'air ; dans le pus des abcès, des furoncles, des anthrax, des phlegmons ; dans l'érysipèle, la scarlatine ; dans les écoulements sanieux, fétides ; dans les matières fécales, les urines, le mucus vaginal. En dehors de l'organisme malade, on le rencontre dans nos cavités naturelles, bouche, amygdale, nez, bronche, vagin, urèthre, où il vit domestiqué, mâté, mais prêt à la révolte à la première occasion favorable.

"Avec les yeux de la foi, nous dit Varnier, voyez-le donc là où il est : partout. C'est pour l'accoucheur, le commencement de la sagesse."

Comme le streptocoque est le plus virulent de tous les organismes pyogènes, il donne plus souvent naissance à des infections généralisées qu'à la suppuration ; tandis que d'autres cocci, comme le staphylocoque pyogène doré) sont au contraire plus pyogènes que virulents, d'où leur rôle plus effacé dans les infections généralisées.

Les streptocoques pénètrent dans les globules sanguins, gênent l'hématose, produisent l'asphyxie. Ils vont irriter les tissus, amènent des inflammations dans des endroits parfois très éloignés

de leur porte d'entrée. Parfois ils ramollissent, en pullulant, les caillots qui se forment normalement dans les sinus utérins ; de là des *hémorragies* dans les *suites de couches* ; de là aussi dans certains cas, migration de ces caillots rapetissés et embolies plus ou moins graves dans les artères pulmonaires, pouvant même occasionner une mort presque instantanée. Ces microbes secrètent des ptomaïnes nombreuses et variées qui agissent comme poisons du sang, des tissus, du système nerveux ; elles agissent surtout sur l'appareil circulatoire et principalement sur le cœur.

Suivant Kronig, le streptocoque produirait des infections plus ou moins graves suivant sa porte d'entrée, suivant le lieu où il a élu domicile. Ainsi, d'après cet auteur qui a fait des recherches minutieuses, patientes et longues, il faudrait des conditions tout à fait favorables et exceptionnelles pour que le streptocoque se généralise dans l'économie, quand la porte d'entrée est une plaie du col ou du vagin, parce que les tissus du vagin et du col, même dans l'état puerpéral, sont peu prédisposés à la pénétration des germes infectieux d'une plaie superficielle. Les plaies infectées du col, du vagin et de la vulve seraient très rapidement isolées de l'organisme par une zone de réaction formant un rempart efficace, infranchissable au streptocoque. Il n'en serait pas de même de la plaie placentaire. La zone de réaction leucocytaire a beau mettre obstacle à l'essaimage des cocci, les gros thrombus sanguins sont là pour les recevoir et leur ouvrir les portes de la canalisation sanguine.

Dans un autre ordre d'idées et dans d'autres circonstances, Kronig conclut que le *premier et souvent l'unique résultat de l'infection streptococcique est une inflammation locale de la plaie puerpérale*. Cette inflammation locale est quelquefois très légère et expliquerait ce qu'on entendait autrefois, par la *fièvre de lait*, qui est en réalité une infection puerpérale passagère et de peu d'importance dans la plupart des cas, et quelquefois cette inflammation locale est *si légère que la réaction générale peut manquer*, bien qu'on trouve l'endomètre infecté, même par le streptocoque. Dans certains cas la réaction est purement locale et ne se traduit que par un écoulement lochial sanguinolent surabondant, ou des lochies franchement purulentes. *Voilà l'explication des rares cas de phlematia alba dolens cloturant des suites de couches qui ont paru apyrétiques.*

Toujours d'après Kronig, le *frisson* au cours de l'endométrite streptococcique doit, dans la majorité des cas, être considéré comme une suite de la pénétration dans l'organisme non plus seulement de toxines, mais de streptocoques, et par conséquent assombrir le pronostic.

(b) STAPHYLOCOQUE. — Cushing en 1886, expose à l'Académie de New-York, le résultat de certaines autopsies de femmes mortes d'infection puerpérale, et il conclut : " la cause la plus fréquente d'infection est le streptocoque ; après vient le *staphylocoque*." Peu après L. Brieger, dans 7 cas d'infection puerpérale mortelle, trouve 5 fois le staphylocoque pur, 2 fois seulement le streptocoque.

Pawlowsky, de l'Académie de Saint-Petersbourg, a trouvé en 1887, le staphylocoque doré, à l'état de pureté, dans le pus d'abcès métastatiques, chez une femme atteinte de pyémie puerpérale. Max Schuller a découvert des streptocoques et des staphylocoques soit seuls, soit associés, dans les arthrites puerpérales. Strunckman a trouvé le même staphylocoque dans le pus retiré de foyers péri-utérins, dans le sang, dans les lochies.

Kronig, qui a poursuivi avec une rare rigueur l'étude des micro-organismes, concluait de ses travaux : " On voit d'après ce qui précède que le *staphylocoque doré*, hôte habituel de la peau du périnée, borne volontiers son action à une infection locale des plaies périnéales ; qu'il ascensionne exceptionnellement jusqu'à l'utérus."

A cette question : lorsque le staphylocoque a pénétré dans l'utérus, se borne-t-il toujours à y être cause d'endométrite et de fièvre de résorption ? Ou bien, le streptocoque, ne peut-il pas franchir la prétendue barrière muqueuse et se généraliser ? à cette question, dis-je, Kronig répondait : " Il n'est pas démontré, que le *staphylocoque doré* puisse donner naissance à la fièvre puerpérale proprement dite. La preuve reste donc à faire. Jusqu'à présent ce n'est que par analogie avec l'infection chirurgicale que l'on peut soupçonner le rôle pathogène éventuel du *staphylocoque* dans la genèse de l'infection puerpérale mortelle."

Malgré ce qu'en dit Kronig, les cas de Strunckman, de Canon, de Bar (foyers métastatiques pleuraux), ne laissent pas de doute sur l'existence de l'infection staphylococcique à point de départ utérin.

Au congrès de Paris de 1900, Kronig revient sur ses pas et admet comme démontrée la staphylococcie puerpérale ; il classe le staphylococcus pyogenes aureus parmi les bactéries pyogènes qui peuvent être aujourd'hui considérées comme capables de produire l'infection puerpérale.

Dans le plus grand nombre des cas, l'infection staphylococcique se limite aux parties génitales inférieures, déterminant des escarres vulvo-vaginales. Le staphylocoque peut cependant infecter l'utérus lui-même, puis les annexes ; il peut déterminer des infections généralisées, principalement à forme pyohémique. Dans certaines infections chirurgicales, on a trouvé le staphylocoque dans le sang des malades.

Bar et Renon ont observé, chez une femme enceinte, l'ictère grave dû au staphylocoque. Un lieu d'élection pour ce microbe, c'est le sein de la nouvelle accouchée où il provoque l'apparition de galactophorites.

(c) BACTERIUM COLI. — Le bacterium coli fut signalé d'abord par Frankel (1885), Cushing (1886), Noeggerathe (1886) et Brieger (1888), comme cause d'infection puerpérale. Viennent ensuite les observations et les travaux de Widal, von Franqué, de Williams, Durante, Bar, Kronig, qui confirment les découvertes des premiers auteurs. La conclusion c'est que le coli-bacille peut déterminer pendant les suites de couches une endometrite fébrile. L'infection coli-bacillaire, qui se généralise rarement, (cependant on cite des cas mortels avec généralisation), se produit plus facilement quand il reste des débris dans l'utérus, et son *principal caractère* est la *fétidité des lochies*. Dans quatre cas d'infection puerpérale *putride*, Jeannin a rencontré le coli-bacille à l'exclusion de tout autre germe.

Ainsi, le coli-bacille, hôte habituelle de l'intestin, peut infecter les plaies vulvo-vaginales et l'utérus ; devenir cause d'infection généralisée et de métastases : endocardite, méningite cérébro-spinale, double phlegmatia, et se retrouver à l'état de culture pure dans le sang d'une puerpérale. Il est un des facteurs étiologiques des appendicites, des cholecystites, des pyélonéphrites gravidiques ou du post-partum, et de l'ictère grave de la grossesse, ou au cours des infections puerpérales. Les infections urinaires qui sont si fréquentes (1/15 des accouchements) dans les suites

de couches sont presque toujours à coli-bacille. Ces infections urinaires (cystite, pyelo-néphrite) passent souvent inaperçues.

On a dit et nié tour à tour, et enfin prouvé que le bactérium coli peut être l'agent de la tympanite utérine (physométrie), et des suppurations gazeuses des articulations.

Varnier a discuté longuement et nié la possibilité d'une septicémie puerpérale, d'une infection de l'économie entière à porte d'entrée utérine, par le coli-bacille. Il reproduit *in extenso* les observations diverses de quelques auteurs et n'y voit pas d'infection puerpérale à porte d'entrée utérine. Qu'il me soit permis de résumer ses conclusions ou son argumentation.

" Dans le cas de Kronig, dit-il, il est possible qu'au cours de la péritonite par perforation préexistante, il se soit fait, par la voie sanguine, un transport rétrograde des coli-bacilles du péritoine à l'endomètre.

" Mais cette solution de continuité n'est pas indispensable. *Le microbe peut traverser la paroi intestinale intacte, en apparence au moins.*

" Ainsi se trouve démontré d'une part que la dilatation et la tension intra-intestinale, d'autre part que la vascularisation intense, la congestion passive, l'épaississement de la paroi, le boursoufflement et l'ulcération de la muqueuse déterminés par la compression, permettent au coli-bacille de franchir la barrière intestinale, normalement imperméable et d'infecter le péritoine.

" Et de fait, si l'on pratique des coupes portant, chez un malade mort de hernie étranglée sans perforation, sur le contour de la partie serrée, sur la partie convexe de l'anse étranglée et sur la région de l'intestin qui avoisine l'étranglement, en amont de celui-ci, on voit que les glandes sont remplies de micro-organismes de différentes espèces au point de former des boudins parallèlement allongés.

" Parmi ces micro-organismes un seul, le bactérium coli, traverse les limites de la glande et pénètre dans le tissu environnant ; les lymphatiques de la muqueuse et quelques vaisseaux en sont remplis. On peut le suivre dans sa migration jusqu'à la superficie de l'intestin, c'est-à-dire jusqu'à la couche péritonéale.

" *Du péritoine le bacille d'Escherich se diffuse très rapidement dans tout l'organisme (foie, rate, reins, poulmons, corps thyroïde, méninge, vessie, utérus.)*

C'est par cet aphorisme que Varnier explique un certain nombre d'autres observations (Chautemesse, Widal et Legry.)

“ L'utérus gravide en rétroversion, disent ces observateurs, a exercé sur l'intestin une compression analogue à celle exercée dans l'étranglement herniaire par l'anneau du sac. D'où une altération des parois permettant d'abord la migration du coli-bacille dans le péritoine ; et de là secondairement dans le sang et les principaux organes y compris l'utérus et son contenu.”

Varnier explique un certain nombre d'autres observations ainsi : “ qu'étant donné la promiscuité périnéale, le doigt explorateur et les instruments puissent y cueilir au passage le bactérium coli, l'inoculer de là à l'utérus et y produire une endométrite.

“ Que de selles inopportunes, des déchirures périnéales complètes puissent favoriser cette inoculation, je suis disposé à le croire.

“ Mais tout cela ne prouve pas, les femmes ayant guéri sans plus, que la muqueuse utérine n'oppose pas une barrière à la migration du coli dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques de l'utérus, à la généralisation par la voie utérine.”

Enfin Varnier donne le mot de la fin : “ Loïn de moi, dit-il, la pensée de nier *a priori* la possibilité d'une infection coli-bacillaire à porte d'entrée utérine. Ce que j'ai voulu montrer, c'est : 1° que la preuve en reste à faire ; 2° que si cette variété de l'infection puerpérale existe, elle doit être d'une extrême rareté.”

Les expériences de Morisani jeune sur le cobaye paraissent avoir un peu ébranlé les convictions de Varnier, et démontré aux autres accoucheurs la possibilité de cette coli-bacillose puerpérale à point de départ utérin.

Il faut remarquer que Varnier argumentait et écrivait son beau livre “ *Obstétrique Journalière* ” avant 1900 ; depuis cette date, la preuve de la septicémie puerpérale à coli-bacilles a été faite par Widal. C'est le cas d'une femme morte d'infection puerpérale à marche rapide. Le coli-bacille fut trouvé dans le sang pendant la vie. Pinard en parle dans son rapport au Congrès de Madrid, 1903.

(d) ANAÉROBIES. — Pasteur, Tarnier et Doléris ont cru que le *vibron septique* était l'agent des septicémies gazeuses. Depuis on a prouvé que le rôle de ce vibron est extrêmement limité en

pathologie puerpérale, et les travaux constants de Kronig, de Menge, d'Ernest, de Mouchotte et Caton, de Veillon et Zuber, de Rist et Guillemot, de Welch et Nuttal, de Hallé et de Jeannin, ont fait découvrir toute une série de germes anaérobies.

“ Le germe anaérobie à qui semble, disent Ribennont-Dessaignes et Lepage, revenir le rôle le plus important en matière d'infection puerpérale, rôle presque aussi considérable que celui du streptocoque, du moins dans les infections avec rétention placentaire, est le *bacillus perfringens* de Veillon et Zuber, bacille identifié au *bacillus aérogenes capsulatus* de Welsh et Nuttal, ou *bacillus emphysematosae* de Frankel.” Ce microbe essentiellement gazeux, est l'agent le plus constant de la *physométrie*, de la *septicémie gazeuse*.

Les autres espèces anaérobies le plus fréquemment rencontrés sont :

Le *bacillus ramosus*, microbe habituel des processus *gangreneux*; le *bacillus radiiformis*, le *micrococcus foetidus*, le *bacillus thetoïdes*, le *bacillus nebulosus*, le *staphylococcus parvulus*, le *streptococcus tenuis*, que l'on trouve, à l'état isolé et bien plus souvent en association, dans les infections putrides : putréfaction du liquide amniotique, fétidité des lochies, rétention putride du placenta, gangrène utérine, etc.

Les formes gazeuses, de septicémie, qui débütent quelquefois pendant le travail, en provoquant la *physométrie*, sont caractérisées par la production de gaz dans les différents viscères (foie, reins, rate, etc.) Ce développement gazeux est dû à des embolies septiques provenant de l'utérus.

Le rôle des anaérobies est immense en pathologie puerpérale et voici comment Jeannin l'explique dans sa thèse. Tantôt les anaérobies agissent comme microbes auxiliaires et renforcent la virulence d'autres germes, par symbiose ; tantôt ils agissent par eux-mêmes et, alors, ou bien ils restent cantonnés dans l'utérus produisant l'endométrite putride ou la gangrène, ou ils pénètrent dans le parenchyme utérin produisant abcès utérin, plaque de sphacèle, emphyème, ou ils dépassent l'utérus pour infecter l'organisme cheminant par l'intermédiaire des cavités séreuses (collections péri-métritiques suppurées putrides à anaérobies), le long des lymphatiques (métro-lymphangite), par les veines (métrophlébite), pouvant aussi dans ce dernier cas infecter la circulation générale et produire la septicémie au sens vrai du mot.

Ainsi les anaérobies, tout en donnant lieu habituellement à des infections locales, sont capables de déterminer des infections généralisées, dans lesquelles tous les organes sont spongieux. Plusieurs observateurs les ont vus produire des lésions d'hépatite gazeuse.

D'après le grand nombre de cas d'endométrite anaérobique observés par Kronig, il résulte que toujours il y eut des *symptômes locaux* : que dans un certain nombre de cas il s'est produit aussi des *symptômes généraux*. Au premier rang des *manifestations locales* il faut placer l'abondance et la féidité de l'écoulement, sa coloration rouge brunâtre à l'acmé de l'infection, purulente dans la convalescence. Les plaies qui se trouvent dans le vagin ou au périnée et aux lèvres, sont le plus souvent infectées, d'un gris blanchâtre, avec forte tuméfaction vulvaire. Les *symptômes généraux* produits par résorption des toxines, (céphalalgie, anorexie, asthénie), sont beaucoup moins marqués que dans l'infection streptococcique ; ils manquent dans un grand nombre de cas. Rarement on a noté des frissons. Les modifications du pouls et de la température ne sont pas aussi grandes que dans l'endométrite streptococcique.

Varnier explique comme suit la différence de ces symptômes observés par Kronig : " il s'agit, dit Varnier, d'une *endométrite putride due à la présence dans l'utérus de bactéries anaérobies, et s'accompagnant ou non de symptômes généraux* (fièvre, accélération du pouls, etc.), *imputables à la résorption de produits toxiques*. En pareil cas il y a bien *intoxication, toxinémie* : il n'y a pas septicémie au sens moderne, c'est-à-dire pénétration et généralisation du microbe dans les voies lymphatique ou sanguine."

Cela m'entraîne à ajouter encore un mot pour faire le pendant de ce que j'ai dit au commencement de ce chapitre. Il s'agit de *toxinémie* et de *saprémie*.

Vers 1880, Duncan avait voulu désigner l'*intoxication, toxinémie*, (qui résulte de la résorption des produits toxiques des germes anaérobies), par les termes *saprémie, fièvre saprémique*, par opposition aux termes *bactériémie, fièvre bactériémique* : " mais, dit Varnier, ce terme de *saprémie* ne mérite pas d'être conservé. Il n'y a pas en effet que les bactéries saprogènes qui puissent causer la fièvre dite de résorption. Les pyrogènes purs, staphylocoques et streptocoques, déterminent parfois cette fièvre. Et d'autre part un microbe saprogène est peut-être capable, de

causer une vraie bactériémie." (La chose est aujourd'hui prouvée). " Il est donc préférable, ainsi que le remarque Kronig, de désigner ces accidents de résorption sous le nom de toxinémié, et de dire toxinémié streptococcique, toxinémié staphylococcique, toxinémié par bactéries saprogènes."

(e) GONOCOQUE. — Noeggerath fut le premier à signaler l'influence de la gonorrhée sur la marche des suites de couches (endométrite, péritonite, etc.). C'était en 1872. Plus tard, Sanger en donna la preuve bactériologique. Bumm, Kronig, Frantz, etc. poursuivirent les mêmes travaux ; mais c'est surtout à Fruhinsholz (1902), qu'on doit les meilleures observations.

Les infections qui résultent du gonocoque, présentent un intérêt spécial par la facilité avec laquelle elles prennent chez l'accouchée un caractère diffus. Ces infections peuvent être de deux sortes ; dans les unes *para-blennorragiques*, les plus fréquentes, les accidents gonococciques ouvrent la scène par une métrite gonococcique par exemple et viennent ensuite des infections secondaires desquelles découlent les accidents septiques puerpéraux ; c'est-à-dire que le gonocoque prépare le terrain pour les autres germes dont la culture est alors facile ; dans les autres, *gonococciques proprement dites*, les plus rares, ce n'est plus la même chose ; le gonocoque agit pour son propre compte. Les infections sont ici la conséquence de l'action directe, spécifique, du diplocoque de Neisser. Il est une vérité courante que, sous l'influence de la grossesse et des suites de couches, le gonocoque qui vivait à l'état latent dans le col peut exalter sa virulence.

D'après les observations des différents auteurs, entre autres de Kronig, Wertheim, Dinkler, Hallé, Rendu, Harris, Bar, etc. le gonocoque porterait tout d'abord son *action sur la muqueuse* ; d'où, suivrait dans le stade aigu de l'inflammation de celle-ci, une suppuration profuse. Les lochies deviendraient rapidement et franchement purulentes et très abondantes. Elles n'ont pas l'odeur forte et caractéristique des lochies de l'endométrite anaérobique. Chose remarquable, les plaies du périnée et du vagin conservent une bonne apparence ; elles sont très peu influencées par cet écoulement purulent qui n'empêche pas plus la réunion *per primain* des sutures périnéales.

L'endométrite gonococcique s'accompagne assez souvent d'élé-

vation de température et d'accélération du pouls. Mais si l'on compare cette élévation de température à celle des infections à streptocoques ou à anaérobies, on s'aperçoit de la gravité moins grande de la première et l'on trouve d'après Kronig les chiffres suivant : " La différence de gravité des infections streptococciques d'une part et des infections à gonocoques de l'autre s'accuse surtout pour les hautes températures. Tandis que pour les températures entre 38 et 38,5, le rapport de fréquence est 3,86 (streptocoques), 2,79 (anaérobies), à 1,5 (gonocoques); il est de 1,89 (streptocoques), 0,19 (anaérobies), à 0,15 (gonocoques) pour les températures de 39,6 à 40 ; et enfin de 1,4 (streptocoques) 0,09 (anaérobies), à 0,01 (gonocoques) pour les températures au dessus de 40. Il en est à peu près de même pour le pouls.

La durée moyenne du traitement n'est pas la même pour les trois espèces d'infection : 21,3 jours pour l'infection à streptocoque ; 12,4 pour l'infection anaérobique ; 14,3 pour l'infection gonococcique.

Le gonocoque disparaît assez vite de l'utérus. Généralement à la 3e semaine on n'en trouve plus guère. Cependant la moindre irritation peut réchauffer l'inflammation. Le gonocoque peut sans associé, produire la paramétrite, la périmétrite, la salpingite, la pelvi-péritonite chronique avec adhérences entre la paroi postérieure de l'utérus et la paroi pelvienne, et la péritonite. Comme le gonocoque peut déterminer une septicémie généralisée, il est apte à provoquer les différentes complications de cette septicémie : endocardite, arthrites, etc. On l'a d'ailleurs trouvé dans le sang.

Le pronostic de l'endométrite gonococcique est moins sombre *quoad vitam* que celui de l'endométrite anaérobique ou streptococcique, mais il l'est plus quant à la *fonction*, à cause de la fréquence et de la ténacité des infections de continuité.

En terminant son article sur la gonococcie puerpérale, Varnier se pose cette question : " Nous devons nous demander si la sécrétion vaginale gonorrhéique ne peut pas, au cours de la grossesse, constituer un milieu de culture favorable pour les micro-organismes pyogènes qui plus tard, au moment de l'accouchement, pourront déterminer une auto-infection puerpérale."

" C'était, répond Varnier, l'opinion de Doderlein.

" Mais les recherches de Kronig vont à l'encontre de cette thèse. Ayant examiné bactériologiquement les sécrétions vaginales de

femmes enceintes atteintes de gonorrhée cervicale démontrée, il n'y a trouvé ni streptocoques, ni staphylocoques, ni bactérium coli. De telle sorte qu'il conclut à l'innocuité de ces sécrétions, au point de vue de l'auto-infection par ces espèces pyogènes. . . Il va même jusqu'à considérer comme extraordinairement rare une infection deutro-pathique, par germes pathogènes, surajoutés à une endométrite gonococcique. Il n'en a pas vu un seul exemple sur ses 50 cas."

Le gonocoque intéresse encore l'accoucheur au point de vue de l'enfant. Les ophtalmies précoces des nouveau-nés sont dues à ce microbe. Il faut savoir les prévenir.

Dans un prochain travail, j'entreprendrai les lecteurs de l'*Union Médicale*, de la vitalité et de la virulence des germes, et des origines hétérogène et autogène de l'infection puerpérale.

---

### LA PRÉTUBERCULOSE.

Par MM. les docteurs S. BERHEIM et L. DIEUPEART, de Paris.

A tout instant l'on parle de prétuberculose, mais nulle part n'est défini exactement ce qu'est cette prétuberculose. S'agit-il des symptômes de diagnostic précoce de la tuberculose? s'agit-il de ces formes latentes difficiles à dépister? Tout cela est rangé indistinctement dans la prétuberculose. Nous croyons qu'il y a une extension regrettable donnée à ce mot, matière à confusions nombreuses. Il importe, à notre avis, de définir une fois pour toutes ce que nous croyons devoir entendre par prétuberculose. Pour beaucoup d'auteurs, est tuberculeux tout individu porteur de lésions de début. Quelles que soient la bénignité, la latence d'une lésion, dès qu'elle existe, il ne peut plus s'agir d'une chose prémonitoire, mais d'une confirmation. Elle est ou elle n'est pas. Si elle est, il n'y a pas de prétuberculose, il y a bel et bien tuberculose. Si elle n'est pas, différents symptômes, différentes diathèses peuvent faire prévoir que le sujet est en état de réceptivité tuberculeuse. C'est cette réceptivité, cet ensemble de signes qui font le malade tuberculisable que nous croyons devoir être rangés dans le cadre de la prétuberculose.

\* \* \*

Donc, la prétuberculose est l'état général d'un malade qui pourra très bien, par une hygiène appropriée, échapper au fléau dont il est menacé, mais qui, sans précautions, peut se tuberculiser.

De cette définition même il résulte que nous différons totalement des auteurs qui parlent de la prétuberculose.

M. Guinon, dans un rapport extrêmement bien fait pour le deuxième Congrès français de Climatotherapie et d'Hygiène Urbaine, tenu à Arcachon en 1905, appelle prétuberculeux ceux qui présentent des lésions temporaires ou permanentes d'une annexe du poumon, ou dont l'état général indique une tuberculose pulmonaire imminente ou commencée, mais dont l'auscultation est encore incertaine. Il range dans les prétuberculeux les adénopathiques, bronchiques, les pleurétiques guéris : les pleurétiques secs (1). Nous pensons que seul le pleurétique peut être rangé dans la prétuberculose, car la pleurésie n'est pas toujours, quoi qu'on ait dit, tuberculose ; elle prépare le terrain, le rend apte à l'attaque du bacille, mais c'est tout. Quant aux adénites, aux lésions du début, c'est de la tuberculose confirmée ; il y a des bacilles dans les adénites, on peut en trouver dans les crachats. C'est un état et non un préétat.

Dans une étude sur le sanatorium de Banyuls-sur-Mer, le Dr Lafargue range indistinctement dans la prétuberculose l'anémie, le lymphatisme, les engorgements ganglionnaires, les scrofules et le rachitisme (2). Nous ne pouvons accepter de voir là cataloguer l'adénite si souvent confirmée tuberculeuse.

La prétuberculose n'est ni la forme larvée, ni la forme latente, mais l'ensemble des diathèses héréditaires ou non qui font du sujet un *locus minoris resistentiæ*. En somme, il s'agit surtout des causes prédisposantes.

\* \* \*

#### DIATHÈSES GÉNÉRALES FAVORISANT LA TUBERCULOSE.—

La plus importante, sinon la première des diathèses facilitant l'invasion de la tuberculose, est sans contredit l'*alcoolisme*.

(1) Dr Guinon, médecin de l'hôpital Frousseau. Les prétuberculeux et les tuberculeux en cure forestière et marine, volume du Congrès, Paris 1905, page 93.

(2) Dr Lafargue : La prétuberculose et le Sanatorium de Banyuls-sur-Mer, in *Presse Médicale* 1903 25 mars, page 230.

1° *L'alcoolisme* est une cause de dégénérescence, de déchéance de l'organisme prêt alors à toutes les infections. M. Lancereaux a rapporté, en 1896, deux faits bien typiques (1). Une fillette de 13 ans, fille de deux alcooliques, prend 500 grammes de vin par jour depuis l'âge de 3 ans. Elle n'a que 1m.25 de haut, et malgré un régime lacté rigoureusement suivi pendant un an, la taille n'augmente pas. Une autre enfant, fille également de père et mère alcooliques, a la taille d'une enfant de six ans, et cependant elle en a 12. Depuis l'âge de 2 ans, elle boit jusqu'à un litre de vin par jour. Il est à remarquer que la première enfant a eu une pleurésie et touse continuellement. Certainement, l'alcoolisme personnel et héréditaire l'avait rendue apte à la tuberculisation.

Il y a longtemps que le cri d'alarme a été poussé contre l'alcoolisme, cause de la tuberculose. Au 4ème Congrès pour l'étude de la tuberculose, tenu à Paris en 1898, M. Constantin Thiron, de Jassy, rappelle les opinions de différents auteurs (2).

L'alcoolisme héréditaire prédispose à la tuberculose. Les enfants naissent débiles, anémiques, ont la poitrine étroite. Nous avons vu dans une étude que nous avons publiée autrefois sur la gymnastique respiratoire, l'importance de l'étroitesse du thorax pour contracter la tuberculose. Les enfants sont rachitiques, ont un système osseux et musculaire insuffisants. A la première occasion ils se tuberculisent.

Chez l'adulte, l'appétit s'éteint, l'alcool entrave ou pervertit les mutations nutritives. La phagocytose est diminuée. Le buveur est en état constant de toxi-infection.

On sait combien est dangereuse la pneumonie chez l'alcoolique. Aubry, dans la *Gazette Médicale* de Nantes, rappelle que la tuberculose suit une marche parallèle à l'alcoolisme dans la Basse Bretagne.

Il faut espérer qu'un jour nos politiciens voudront bien s'occuper sérieusement de cette question de l'alcoolisme, certes plus vitale pour toutes les nations, que les luttes politiques stériles. Ce sera ce jour-là vraiment faire œuvre utile. On a vu, dans une élection à Versailles, en 1900, les électeurs forcer les candidats à

(1) Académie de Médecine: Influence de l'alcoolisme sur la croissance de l'enfance, 13 octobre 1906, in *Presse Médicale*.

(2) *Presse Médicale*, 17 août 1893, page 96.

s'occuper d'alcoolisme et de tuberculose (1). Il y a quelques jours, nous lisions, sous la signature de M. Gérard Richard, que les alcools vendus à trois sous le verre, étaient les pires des poisons. Dire, c'est bien, agir serait mieux. Lorsqu'il s'est agi de réglementer le nombre des débits de boissons, le gouvernement s'est dérobé (2).

Mais n'entrons pas plus avant dans cette question si douloureuse de l'alcoolisme social. Il y en aurait trop à dire, et ce n'est pas ici le lieu.

Quoiqu'il en soit, l'alcoolisme a un rôle prépondérant dans la genèse de la tuberculose. Magnus Huss est le premier qui l'ait remarqué, mais c'est M. Lancereaux qui a nettement établi cette influence. La phtisie acquise chez l'ouvrier des villes qui a atteint l'âge mûr serait presque toujours due à l'alcoolisme.

Dans la phtisie des alcooliques la tuberculose intestinale est très fréquente et très précoce, ce qui est dû à ce que la gastrite alcoolique a permis la contamination plus facile de l'intestin (3).

Nous considérons donc l'alcoolisme chronique comme une période précédant la tuberculose, vu la concomitance extrême des deux fléaux. Il n'est pas en lui-même prétuberculeux, mais il prépare le terrain, il l'affaiblit, le rend fragile, et toute cause de déchéance organique peut être considérée comme une prétuberculose.

\* \* \*

2° Une autre cause fréquente de tuberculose, c'est une mauvaise *hérédité*. Nous ne croyons pas, du reste, que cette hérédité se manifeste à cause de bacilles restés latents dans l'organisme pendant de longues années, et transmis par la mère au fœtus. Cette hérédité conceptionnelle, transmise, soit par du sperme bacillifère, soit par un ovule malade, n'existe pas, il y a longtemps que nous l'avons démontré. Il est difficile d'admettre que le bacille reste de longs mois, même des années sans manifester sa présence. Les recherches de Brandeborg, de Boltz, ont prouvé que jusqu'à dix semaines, il n'y avait pas de tuberculose; elle se manifeste seulement à partir de la seconde année. Il y a des enfants qui,

(1) Alcoolisme et tuberculeux. De Lavarenne. *Presse Médicale* 1900, page 173.

(2) Dr Dienpart. Réglementation des débits de boissons. *Journal d'Hyg* 2<sup>e</sup> juin 1905.

(3) Marfan Bouclard et Brissaud, *Traité de Médecine*, tome VII, page 157.

issus de parents tuberculeux, n'ont de lésions tuberculeuses qu'à 10 ans. Le bacille n'est pas resté tout ce temps inerte dans un organisme déjà prédisposé.

La maladie a été contractée par les poussières de l'habitation, où les parents tuberculeux n'ont aucun souci de l'hygiène.

Quant à l'hérédité, elle est loin d'être fatalement inéluctable. Elle n'est pas tuberculeuse en elle-même, mais elle est dangereuse, parce qu'elle consiste en un ensemble d'attributs physiques qui rend les enfants aptes à contracter la maladie.

Des parents tuberculeux mettent souvent au monde des enfants mal bâtis, faibles, en état de moindre résistance et facilement tuberculisables.

Quels sont les caractères physiques de cette prétuberculose infantile ?

MM. Riche et Charrin ont étudié sur trois nouveaux-nés issus de parents tuberculeux ces caractères (1). Ils ont constaté un poids inférieur à la normale, et une croissance quotidienne également inférieure. Les urines ont une toxicité très accrue, très supérieure à celle des enfants sains. Les poisons urinaires venaient en partie d'un défaut d'utilisation des aliments, peut-être aussi de principes spéciaux, tels que l'acide glyconique. Chez un des enfants, MM. Charrin et Riche ont enregistré une température rectale qui oscilla entre 32° et 35° durant quatre jours.

On observe de nombreux rejetons de tuberculeux absolument sains, mais on peut y découvrir des modifications physiques et chimiques qui sont des symptômes de prétuberculose.

Il convient d'ajouter que cette urotoxine est très importante, car l'urine du nouveau-né, surtout de 5 à 6 mois, n'est pas toxique, elle est pauvre en urée, pigments et sels de potasse (2).

Chez les enfants tarés, l'urine tue à 80 ou 90 par kilog., tandis que chez les normaux elle ne tue qu'à 120 ou 160.

L'assimilation est également entravée, dans les fèces on trouve 15 centigrammes d'azote au lieu de 38 milligrammes chez les normaux. L'analyse des gaz de la respiration fournit que l'individu sain élimine 0.28 à 0.44 de CO<sup>2</sup> par heure et par kilog., chez les fils de bacillaires on trouve 0.12 à 0.15. En résumé,

(1) Société de Biologie, 10 avril 1897, Hérité et tuberculose.

(2) Charrin : Congrès de Moscou, 1897, Urologie et nouveau-né, Role de l'hérédité, *Presse Médicale*, page 208, 97 tome II.

chez les descendants de tuberculeux l'édifice est construit différemment: le poids, le rayonnement, les échanges, l'assimilation, la toxicité des humeurs offre des particularités (1).

M. Landouzy (2) compare tout à fait cette hérédité à celle des syphilitiques. Ils naissent intoxiqués par les toxines des créateurs, comme les saturnins, les alcooliques, etc... M. Landouzy dit que pendant la gestation, le fœtus d'une mère tuberculeuse subit une imprégnation tuberculineuse qui a traversé le placenta sain et rendu l'enfant à terme dystrophique.

Il s'en faut, du reste, que cette hérédité malade soit très fréquente. M. Charrin, dans ses remarquables travaux n'a vu que six enfants. A la séance du 20 juin 1899, M. Catrin, à l'Académie de Médecine, déclare qu'il n'a vu que 19 pour 100 seulement de tuberculeux ayant des antécédents héréditaires.

\* \* \*

3° *La syphilis*, elle aussi, peut être une cause de prédisposition à la tuberculose. L'enfant naît chétif, et prêt à subir toutes les influences pathologiques accidentelles. Ces deux affections peuvent parfaitement exister ensemble, et le scrofulate de vérole de Ricord, après avoir été un moment fort discuté a repris sa place dans la nosologie.

Avec exagération, Peter déclarait que l'adulte qui contracte la syphilis est candidat à la tuberculose. La syphilis agit, non pas par elle-même, mais comme cause banale dépressive. Elle appauvrit l'organisme et diminue sa force de résistance.

Chez le scrofulo-tuberculeux, les lésions produites par la syphilis servent de porte d'entrée au bacille de Koch. Elles préparent le terrain (3).

Toutes les grandes diathèses peuvent, du reste, préparer le terrain à la tuberculose: le diabète, une infection grave antérieure peuvent mettre le malade en état d'infériorité. Une des affections très importantes dans la pré-tuberculose est l'anémie.

\* \* \*

4° Il est extrêmement fréquent de voir l'anémie précéder de longs mois l'apparition de la tuberculose. Même on a vu des chloroses qui masquaient le début de la maladie. Le Dr Vautier, dans sa

(1) Charrin: Congrès de la tuberculose en 1898. — Hérédité de la tuberculose.

(2) Landouzy: Ibidem, in *Presse Médicale*, page 95, tome II, 1898.

(3) Patois, médecin des hôpitaux de Lille. Syphilis et tuberculose, *Presse Médicale*, 1901, 16 janvier, page 25.

thèse sur "les tubercules larvées chlorosiformes," cite plusieurs observations où l'anémie est bien antérieure à la tuberculose. La lésion pulmonaire peut échapper à l'examen ou bien ne pas exister. Les caractères de cette chlorose anémie pré-tuberculeuse sont les suivants: la peau devient jaune terne. Diminution rapide des forces, essoufflement au moindre effort. Palpitations sans cause, nocturnes quelquefois. Aménorrhée et dysménorrhée. D'après Trousseau, le seul signe différentiel avec la vraie chlorose serait qu'il n'y a presque jamais de souffles cardiaques et vasculaires. Cette chloro-anémie existe surtout chez les jeunes femmes.

D'ailleurs, l'anémie vraie n'est pas toujours fatalement suivie de tuberculose, mais elle est une cause notable d'affaiblissement de l'organisme, et comme telle, prépare l'invasion facile par le bacille de Koch.

Cependant, nous devons ajouter que malgré les affinités étiologiques de la chlorose avec la tuberculose, elle constituerait, d'après M. Hayem, un terrain peu favorable au développement de la phtisie. M. Hayem n'a vu que deux fois sur 40 cas survenir la tuberculose.

Nous croyons que cette constatation ne contredit pas ce que nous avons dit précédemment. Toutes ces chlorotiques suivies par M. Hayem, ont été soignées. Leur terrain a donc été profondément modifié. Qu'en serait-il advenu si l'on avait laissé l'anémie suivre son cours normal sans aucune thérapeutique?

En résumé, toutes les tares pathologiques énumérées ci-dessus, sont des causes pré-tuberculisantes. On devra toujours, en leur présence s'efforcer de modifier le terrain général, de le rendre plus résistant, de lui éviter à tout prix la contagion bacillaire. Ce sont des affectious que nous rangeons dans les causes générales de pré-tuberculose.

(A suivre).

## AVIS

### LE COLLEGE DES MEDECINS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

MM. VALIQUETTE et DUBÉ, agents collecteurs, sont chargés par le registraire du Collège de la collection de toutes les sommes dues — arrérages ou autres, — les médecins sont informés qu'ils devront payer leur contribution annuelle au No 20, rue St-Jacques à Montréal ou à domicile.

Cette inauguration dans le système des perceptions sera profitable au Bureau Médical et aux médecins.

# REVUE GÉNÉRALE

## LES IODURES (1).

POURQUOI IL FAUT ADMINISTRER LES IODURES ET A QUELS ACCIDENTS ILS PEUVENT DONNER LIEU.

L'iodure de potassium est avant tout un médicament artériel *vaso-dilatateur, dépresseur de la tension artérielle*; il desserre le frein circulatoire périphérique.

C'est là son action primaire, les autres en dérivent: abaissant la tension sanguine, il se comporte comme un *agent de soulagement du cœur*, dont il facilite le travail par la diminution consécutive des obstacles périphériques, en même temps qu'il en favorise la nutrition par la dilatation des coronaires.

Il active de ce fait la circulation périphérique et les circulations viscérales. Il est donc peu d'organes qui, dans de certaines conditions, ne pourront bénéficier de son action hypérémiante et résolutive: *la respiration et la nutrition générale seront, en particulier, très impressionnées.*

Si l'on ajoute une action évidente, quoique imparfaitement connue quant à son mécanisme, dans la *syphilis*, on s'expliquera presque que " dans tous les cas où on ne sait que faire, on prescrive l'iodure de potassium " (Nothnagel et Rossbach). C'est en tout cas un des médicaments dont l'indication est la plus fréquente. *L'iodure de potassium est vaso-dilatateur, dépresseur de la tension artérielle.*

Son *action cardio vasculaire* est, nous l'avons dit, fondamentale.

D'après Germain Sée et Lapique, elle s'exercerait en deux périodes: dans une première période, dite phase de l'alcali, le cœur s'accélère, la pression s'élève: il y a vaso-constriction. Dans une deuxième période, dite phase de l'iode, il y a vaso-dilatation et abaissement de pression. Quoi qu'il en soit de ces propositions discutables et discutées *l'iodure de potassium abaisse la tension artérielle.*

La dilatation des vaisseaux, la vaso-dilatation, a de nombreuses conséquences: le frein circulatoire périphérique se trouve de ce

(1) D'après Martinot, " Les médicaments ". Nous publions cet article en entier, bien qu'il soit long, afin que les médecins puissent y référer à l'occasion.

fait relâché, il y a *soulagement du cœur*; les circulations viscérales et périphériques sont activées, ou du moins les éléments cellulaires sont plus largement imprégnés de sang, il y a *hyperémie*; consécutivement à cette dernière action, la *nutrition des tissus et des organes est favorisée*, d'où hyperfonction, hypersécrétion, résolution plus facile des exsudats, imprégnation plus intime des tissus par les médicaments donnés en même temps que l'iodure.

L'action quasi-élective de l'iodure sur les parois artérielles, action antiscélérosante, n'est elle-même vraisemblablement qu'une conséquence des actions précédentes:

Par la vaso-dilatation et l'abaissement de la tension artérielle, les fibres artérielles sont "soulagées." Cette action est d'autant plus vraisemblable que, pour Huchard, l'élévation de la tension artérielle est le fait primitif, l'artério-sclérose, le fait secondaire.

Par la dilatation des vasa-vasorum, il y a nutrition plus active des parois artérielles qui sont ainsi régénérées.

De tout ceci, résulte comme *action globale* que, par un mécanisme tout différent, l'iodure de potassium, de même que la digitale, produit une *régulation de toute la circulation*, un soulagement du cœur et des vaisseaux une excitation de la circulation viscérale et périphérique, une stimulation de la nutrition générale.

#### *Action sur la respiration.*

L'action sur les fonctions respiratoires dérive de même de l'action cardio-vasculaire.

La *circulation pulmonaire est activée*, d'où hématoxe plus parfaite, augmentation des échanges gazeux, résolution des stases veineuses ou des indurations pulmonaires.

L'hyperémie bronchique détermine l'hyperfonction glandulaire, d'où *hypersécrétion bronchique*, et comme conséquences la facilité plus grande de l'expectoration, le désencombrement des bronches, qui concourt avec la stimulation de la circulation pulmonaire à rendre l'hématoxe plus parfaite, à "désasphyxier" le malade, d'où son utilité dans l'asthme.

#### *Action sur la nutrition.*

L'action sur la nutrition est moins connue. L'accord des auteurs est, en tous cas, loin d'être fait. En pratique, on peut admettre

qu'à faibles doses (0 gr. 25 à 0 gr. 50), l'iodure stimule la nutrition et détermine l'amaigrissement. Il est à remarquer, d'ailleurs, que la plupart des auteurs admettent l'existence d'un iodisme chronique caractérisé, outre les phénomènes nerveux (agitation, insomnie, palpitation)s, par l'amaigrissement rapide et progressif, l'exagération quasi-boulimique de l'appétit.

Les analyses de Rabuteau, constatant la diminution de l'urée urinaire après l'administration de l'iodure ne suffisent pas pour infirmer ces faits cliniques.

*Les accidents iodiques sont de nature hyperémique.*

A doses exagérées ou même minimes, chez certains individus, l'iodure donne lieu à des phénomènes d'iodisme, qu'il faut bien connaître pour cesser à temps l'emploi du médicament et éviter et éviter ainsi des accidents graves, mortels parfois.

Le mécanisme de ces accidents se résume en un mot : *hyperémie* avec tous ses degrés et toutes ses conséquences, depuis le larmolement et le coryza par catarrhe hyperémique ou nasal jusqu'au purpura.

\* \* \*

Les manifestations iodiques les plus fréquentes atteignent l'*appareil respiratoire*.

Le *catarrhè oculo-nasal*, caractérisé par le larmolement et le le coryza avec céphalalgie naso-frontal inconstante est l'accident le plus habituel. Il sera bon de prévenir le malade de la possibilité de cette manifestation qui ne constituera une contre-indication à l'emploi de l'iodure que si elle est très accentuée.

Le *catarrhe bronchique*, beaucoup plus rare, se manifeste par la toux et l'expectoration. C'est une manifestation que l'on recherche parfois dans une certaine mesure, dans l'asthme par exemple. Elle n'en sera pas moins à surveiller de très près à cause de la possibilité de la congestion et de l'œdème. L'hémoptysie a été notée.

L'*œdème glottique* avec sa douleur localisée, son tirage, sa dyspnée, est un des accidents les plus dramatiques et les plus graves de l'iodisme. Il a pu nécessiter la trachéotomie, il a quelquefois déterminé la mort. D'où le précepte de surveiller avec soin la gorge et le larynx des malades soumis à la médication iodurée et

de ne la prescrire qu'avec la plus grande attention et sous la surveillance la plus étroite chez les malades atteints d'affections laryngées.

\* \* \*

Les *manifestations digestives* sont plus rares que les précédentes, cependant, on note souvent de la sécheresse de la gorge par congestion du pharynx, de la salivation, des douleurs crampoïdes de l'estomac. L'anorexie, la diarrhée sont peu fréquentes.

\* \* \*

Les *manifestations nerveuses*, rares aussi, sont en rapport avec un certain degré de congestion encéphalique. La céphalalgie, l'insomnie, sont les plus fréquentes de ces manifestations. L'ivresse est rare. Quelques hémorragies cérébrales lui ont, avec vraisemblance, été imputées.

L'iodure de potassium ne devra être employé qu'avec prudence chez les pléthoriques, et d'une façon générale chez tous les prédisposés à l'hémorragie cérébrale.

\* \* \*

Comme *accidents cutanés*, on a surtout observé l'*acné iodique*, presque aussi fréquent que le catarrhe oculo-nasal; à noter aussi le purpura, l'érythème, l'œdème cutané.

*L'insuffisance hépatique ou rénale commande la plus grande prudence dans l'administration de l'iodure.*

Il est à remarquer que si, conformément à ce qu'a observé Briquet, la fréquence et la gravité des accidents iodiques vont croissant avec la dose d'iodure administrée, il existe des *idiosyncrasies* telles qu'on a vu l'œdème de la glotte survenir après l'administration de 50 centigrammes d'iodure (Fournier). La perméabilité rénale semble jouer parfois le rôle prépondérant: un malade de Rendu atteint de néphrite interstitielle, est mort dans le coma après l'ingestion d'un gramme d'iodure. Les lésions hépatiques étendues commandent la même réserve.

Les règles pratiques suivantes doivent donc être formulées:

- 1° L'état des reins et du foie doit être soigneusement exploré chez tout malade soumis à la médication iodurée;
- 2° Chez un malade dont l'élimination rénale semble normale,

en ne devra jamais débiter par une dose quotidienne d'iode supérieure à 2 grammes ;

3 La médication iodurée devra être suspendue à la constatation d'un accident iodique ou intense ou durable.

#### COMMENT IL FAUT PRESCRIRE L'IODURE.

Par son action artérielle vaso-dilatatrice, antiscélérosante d'une part, avec toute la série des actions secondaires, — toni-cardiaque, résolutive, hyperémiante, fluidifiante, éliminatrice, etc., — par son action quasi-spécifique dans les périodes avancées de la syphilis, l'iode de potassium est sans doute, de toutes les drogues usuelles, celle dont l'indication et partant, l'administration, est la plus fréquente. Maniée avec prudence et perspicacité, elle donnera les résultats les plus brillants; donnée inconsidérément, elle conduira aux pires accidents; c'est donc une drogue qu'il faut absolument avoir en main. Elle rentre dans le groupe de la douzaine de substances avec lesquelles on pourrait, à la rigueur, faire presque toute, sinon toute sa thérapeutique.

*L'iode administré doit être pratiquement pur.*

Il faut connaître les caractères de l'iode de potassium chimiquement pur, ou mieux *pratiquement pur*. — c'est-à-dire de l'iode dans lequel le coefficient d'impureté (4 p. 100) toléré par le Codex n'est pas dépassé, — car il semble bien que cette condition réduise au minimum les accidents d'iodisme parfois si redoutables. Nous devons donc nous efforcer d'obtenir des pharmaciens qu'ils n'en fournissent que de cette qualité.

Pur, il se présente sous forme de cristaux cubiques et prismatiques très petits et très transparents; impur, les cristaux ont une couleur blanc mat.

Sa saveur est nettement métallique.

Les *impuretés* qu'on y rencontre le plus fréquemment sont: l'iode et les iodates, dont l'action est particulièrement fâcheuse sur les voies digestives, les chlorure et bromure de potassium, le carbonate de potasse. Leur recherche est l'œuvre de chimistes pharmaciens et non la nôtre; mais, cliniquement, nous avons à notre disposition un procédé simple d'apprécier sa pureté: une

*solution aqueuse d'iodure de potassium pratiquement pur ne doit pas se troubler par l'addition d'acide acétique pur.*

Le médecin peut aussi, par une réaction facile, s'assurer que l'iodure est exempt de bromures et de chlorures; il suffit de mettre dans un tube à essai l'iodure à examiner, cinq gouttes d'une solution de bichromate au dixième, cinq gouttes d'acide sulfurique et de chauffer: il se dégage des vapeurs violettes (iode) des vapeurs jaunes rougeâtres (brome et acide chloro-bromique) décelant les impuretés.

Il est *extrêmement soluble dans l'eau froide*, qui peut en dissoudre plus que son poids (1/25). Sa solubilité dans la glycérine est de 1 pour 2,5, dans l'alcool de 1 pour 18. Il est très avide d'eau, et par conséquent *déliquescent*, d'où la difficulté de conservation des pilules et des dragées.

La solution aqueuse jouit de la propriété remarquable de dissoudre de grandes quantités d'iode, dont la solubilité dans l'eau est quasi nulle (1/5524); cette propriété est utilisée pour la préparation de diverses solutions, le réactif iodo-ioduré de Boucharlat entre autres:

Iode. . . . .	10
Iodure de potassium. . . . .	20
Eau. . . . .	500

#### *Recherche des iodures dans les liquides organiques.*

Il est indispensable de savoir reconnaître la présence de l'iode ou des iodures, soit dans leurs solutions, soit dans les liquides organiques, dans l'urine en particulier. Le point est d'importance et peut donner des renseignements fort intéressants sur le début de l'élimination de l'iodure, — normalement quelques minutes après l'ingestion, — en faisant porter l'analyse sur des échantillons d'urine prélevée de dix en dix minutes après l'absorption.

Le procédé clinique est des plus simples. Il est basé sur ce fait que, *lorsqu'on ajoute à une solution d'empois d'amidon une solution aqueuse d'iode ou une solution d'iode dans l'iodure de potassium, on obtient une coloration bleu intense (iodure d'amidon); cette coloration disparaît à chaud et reparait à froid.* A l'urine à examiner, on ajoute donc quelques centimètres cubes d'une solution d'empois d'amidon, ou plus simplement quelques grains

d'amidon: on ajoutera quelques gouttes d'eau de chlore ou une goutte d'acide nitrique fumant, qui mettra l'iode en liberté, et la présence de l'iode sera décelée par la réaction ci-dessus.

*Tout retard dans l'élimination commanderait la plus extrême prudence* dans l'administration, car la perméabilité rénale semble être un facteur capital dans la pathogénie des phénomènes d'iodisme. M. Rendu rapporté à la Société médicale des hôpitaux, en 1885, un cas de coma et de mort après ingestion d'un gramme d'iodure chez un malade atteint de néphrite interstitielle. Nous avons assisté nous-même à la production de phénomènes d'iodisme grave — œdème de la glotte — après administration d'un gramme d'iodure dans un cas où l'administration antérieure du bleu de méthylène avait décelé un retard notable dans l'élimination.

Cette recherche de l'iode dans l'urine pourra enfin permettre de *dépister les simulateurs*, qui trompent le médecin en lui disant absorber une solution d'iodure qu'ils jettent, et expliquera souvent ainsi des succès inexplicables.

On pourrait de même rechercher après filtration l'iodure dans la salive.

#### *Voies d'administration.*

L'*absorption* par la *voie stomacale* est extrêmement rapide, car l'*élimination* commence dans l'urine quelques minutes, deux à cinq, après l'ingestion. La voie stomacale est à peu près uniquement employée, malgré ses inconvénients découlant surtout de la saveur désagréable de l'iodure et de son action souvent irritante sur les parois stomacales. On peut, d'ailleurs, éviter presque sûrement ce dernier inconvénient — action irritante stomacale — par l'emploi exclusif de l'iodure de bonne qualité. Cette action irritante est, en effet, principalement provoquée par l'iode et les iodates, impuretés habituelles de l'iodure; et, d'autre part, un mélange d'iodures et d'iodates est immédiatement détruit par l'acide chlorhydrique stomacale, avec mise en liberté d'une quantité appréciable d'iode. On pourrait essayer la *voie rectale* en cas d'impossibilité d'administration buccale. On emploierait, dans ce cas, des solutions très diluées, de façon à éviter l'action irritante sur les parois rectales. On pourrait prescrire:

Laudanum de Sydenham.. . . . .	II gouttes
Iodure de potassium.. . . . .	2 à 4 grammes
Eau distillée.. . . . .	200 "

F. s. a. pour un lavement.

La *voie hypodermique* est rendue quasi-impossible du fait de la douleur

### *Posologie*

L'iodure est employé dans deux conditions assez différentes :

*A doses faibles*, soit à 0 gr. 25 à 1 gramme, dans les cas où l'administration doit être longtemps prolongée et où l'indication est surtout tirée des propriétés vaso-dilatatrices du médicament, par exemple dans l'artériosclérose.

*A doses fortes*, soit à 5 grammes, dans les cas où l'administration plus courte vise surtout la résolution plus ou moins rapide d'un exsudat morbide. Le type de cette indication est fourni par la syphilis à la période tertiaire.

Enfin, on l'emploie quelquefois à des *doses* que nous appellerons intentionnellement *exceptionnelles* de 5 à 10 grammes et plus, dans certains cas où, sous la menace d'accidents rapidement graves, il faut exercer une action extraordinairement vigoureuse. Certaines gommés cérébrales, certains anévrysmes aortiques exigent l'emploi de ces doses massives.

Hors ce dernier cas, — de force majeure — où il faut savoir frapper fort, vite et juste, l'administration devra être dominée par les notions suivantes :

1° Il existe, à l'égard de l'iodure, des différences considérables dans la tolérance, certains individus ayant des accidents d'iodisme des plus graves avec des doses minimales, un gramme et même moins, d'autres tolérant sans l'ombre d'un malaise des doses considérables, 10, 12, 15 et même 20 grammes :

2° Le même individu tolère quelquefois une dose moyenne de 2 à 5 grammes, et a des accidents d'iodisme avec des doses faibles inférieures à un gramme ; mais les statistiques de Briquet permettent d'affirmer que, dans l'ensemble, la fréquence et la gravité des accidents d'iodisme sont proportionnels à la dose employée ;

Il existe peu de signes valables pouvant faire pressentir ces idiosyncrasies individuelles. Cependant, la perméabilité rénale sans être le facteur unique dans la pathogénie des accidents, joue certainement un rôle important. La plupart des cas graves d'iodisme se sont produits chez des individus dont les reins étaient

malades. Les lésions hépatiques commandent aussi la prudence.

Ces notions entraînent les conclusions suivantes :

1° Il faut *examiner systématiquement, au point de vue de la perméabilité rénale, tout individu qui doit être soumis à la médication iodique* : rechercher les signes cliniques de l'insuffisance rénale, analyser au moins sommairement l'urine (recherche de l'albumine, du sucre, de l'urée, densité), faire si possible l'épreuve du bleu.

En cas de rein notoirement malade ou simplement suspect, s'abstenir ou commencer par des doses très faibles, 0 gr. 25 à 0 gr. 50, et surveiller étroitement le malade les premiers jours.

2° En l'absence de lésions rénales cliniquement appréciables, et en l'absence de notions précises sur la tolérance du malade à l'égard de l'iode, ne jamais dépasser 2 grammes comme dose quotidienne initiale.

#### *Modes d'administration.*

La *préparation de choix* est la *solution aqueuse* rigoureusement titrée, au dixième, au vingtième ou au trentième, suivant les cas.

On formulera simplement :

Iodure de potassium. . . . .	10, 20 ou 30 grammes
Eau distillée. . . . .	300 grammes

F. s. a. une solution.

Nous prescrivons assez volontiers la solution au dixième, parce que le dosage est ainsi très facile.

Le plus grand inconvénient de l'iode — abstraction faite des accidents d'iodisme — est sa saveur si désagréable qui en rend la prise un véritable supplice pour certains malades. On s'est ingénié à en masquer la saveur, et les procédés les plus simples et les plus anciens sont relativement les meilleurs, qui consistent à le faire prendre au milieu du repas dans de la bière ou du rhum. On peut encore essayer de le prescrire avec du *sirop d'écorce d'oranges amères* :

Iodure de potassium. . . . .	15 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères. . . . .	300 "

On a essayé aussi la *forme pilulaire*, mais la déliquescence des

iodures en rend la conservation très difficile sous cette forme. Cependant, la formule de Barié est à recommander :

Iodure de potassium . . . . .	0 gr. 05
Térébenthine de Bordeaux . . . . .	0 gr. 05
Opium brut . . . . .	0 gr. 01

Pour une pilule.

Les pilules ou les dragées devront être conservés dans un flacon fermé par un bouchon à l'émeri, et même paraffiné si la conservation doit être longue.

Enfin, depuis quelques années, on a introduit dans la pharmacopée la forme granulée, et quelques-unes des préparations ont une réelle valeur.

Si l'on prescrit de hautes doses d'iodure, il sera prudent de ne pas les prolonger trop longtemps et surtout de surveiller étroitement le malade, car Huchard a décrit une véritable asystolie iodique provoquée par l'emploi prolongé de doses élevées. Enfin, l'usage du lait pendant et même en dehors des repas est à recommander à cause de son action diurétique pour favoriser l'élimination. Il semble aussi que, comme pour les bromures, la privation des chlorures — réalisé par exemple par le régime lacté — rende l'organisme plus tolérant à l'égard des iodures et en augmente l'action.

#### *Lés iodures chez les enfants.*

Nous pensons que chez les enfants — sous bénéfice des observations précédentes relatives à la nécessité d'une surveillance fréquente et du début par des doses très faibles — on peut admettre comme *dose maxima quotidienne*, 0 gr. 40 à 0 gr. 50 par année d'âge. Au surplus, comme pour la digitale, les enfants supportent en général fort bien l'iodure, sans doute à cause de l'intégrité habituelle de leurs viscères, du rein en particulier.

#### LES ASSOCIATIONS IODURÉES.

On peut, en associant l'iodure à une ou plusieurs drogues, se proposer l'un des buts suivants : 1° masquer la saveur si désagréable de l'iodure ; 2° chercher à supprimer ou à atténuer les effets toxiques de ce médicament ; 3° essayer de remplir par la dite association les indications physiologiques multiples répondant à un cas

donné; 4° ou, suivant simplement les données de l'expérience clinique de l'empirisme thérapeutique, formuler une association — telle l'iodure-mercure dans la syphilis — qui a pour elle la sanction des faits.

*Moyens mis en œuvre pour masquer la saveur de l'iodure.*

Tous les *moyens mis en œuvre pour masquer la saveur de l'iodure* se sont montrés à peu près également inefficaces, et la pratique la plus recommandable à ce point de vue est encore l'administration d'une solution bien titrée, prise pendant le repas dans un peu de lait, de bière ou bien de rhum.

On pourra encore essayer comme véhicule le sirop d'écorces d'oranges amères — qui rend parfois l'iodure plus supportable.

On pourra enfin rechercher la forme pulvulaire ou granulée, suivant les indications données précédemment.

*Associations destinées à augmenter la tolérance de l'iodure.*

De même toutes les *associations thérapeutiques employées pour augmenter la tolérance de l'iodure* ont échoué de façon quasi-constante.

Une des dernières expériences thérapeutiques à ce sujet est celle d'Erlich qui a recommandé l'emploi de l'*acide sulfanilique* pour éviter les accidents d'iodisme. On le prescrirait de façon préventive, associé au bicarbonate de soude, à la dose de 2 à 6 grammes, pendant l'administration de l'iodure :

Acide sulfanilique. . . . .	ââ 0 gr. 50
Bicarbonate de soude. . . . .	

Pour un cachet, en faire q. s. semblables.

En prendre 4 à 6 par jour, au moment des repas, pendant l'administration de l'iodure.

Huchard n'a pas confirmé les affirmations d'Erlich; il a en revanche indiqué l'association de l'iodure au *glycéro-phosphate* comme susceptible d'augmenter la tolérance iodique.

La *belladone* paraît plus efficace, au moins contre le catarrhe naso-pharyngien, ce qu'elle doit à ses propriétés bien connues anexosmotiques modératrices des sécrétions. Il y aurait, le cas échéant, avantage à lui substituer le sulfate d'atropine. On pourrait, de façon préventive, prescrire par exemple :

Atropine. . . . .	1 centigramme
Iodure de pota-sium. . . . .	10 grammes
Eau distillée. . . . .	100 "

Une cuiller à café renfermera 0 gr. 50 d'iodure et un demi milligramme d'atropine; on en prescrirait suivant le cas 1, 2, 3, 4 cuillers à café dans les vingt-quatre heures.

On pourrait aussi prescrire séparément l'iodure en solution, et l'atropine en granules de un demi-milligramme.

Mais il sera bon dans ces cas de surveiller aussi, avec soin, le malade au point de vue de la tolérance à la belladone afin de ne pas tomber d'un mal dans un pire.

Le *bicarbonate de soude* ne peut qu'être recommandé pendant la médication iodurée, ne fut-ce que pour atténuer l'action irritante de l'iodure sur la paroi stomacale. A doses assez fortes, supérieures à 5 grammes, il peut rendre des services dans les cas d'iodisme grave.

Les *benzoates* rendent aussi quelques services.

La *levure de bière* nous a donné des résultats satisfaisants dans l'acné iodique. Nous avons pu, grâce à l'administration simultanée de la levure et de l'iodure, éviter ce désagrément à des malades chez lesquels l'administration antérieure de l'iodure l'avait toujours provoqué.

L'*antisepsie intestinale* par le *naphtol* et le *benzonaphtol*, semble comme les bromures, éviter dans une certaine mesure les accidents cutanés.

#### *Associations thérapeutiques vraies.*

Si nous examinons maintenant les autres cas dans lesquels le clinicien peut chercher à réaliser une association médicamenteuse iodurée, on voit que cette association peut avoir deux buts: ou bien mettre à profit l'action vaso-dilatatrice hyperémiant de l'iodure pour rendre plus intime l'imprégnation des éléments cellulaires par la drogue associée, pour en renforcer l'action. ou bien réaliser véritablement une association thérapeutique remplissant physiologiquement les indications d'un cas donné. Dans le premier cas l'iodure n'intervient que comme *agent de renforcement*; dans le deuxième cas l'iodure agit véritablement de façon propre comme *agent associé*. A la vérité ces deux modes d'action sont le plus souvent combinés.

Ainsi, dans quelques cas d'*anémie avec tendance marquée à la dénutrition*, à la *consommation*, dans lesquels nous avons employé,

avec un succès médiocre, soit l'arséniaté, soit le cacodylate de soude, nous avons obtenu des résultats remarquables par la substitution aux formules primaires (arséniaté de soude) des formules binaires (iodure arséniaté, iodure méthyl-arsinate).

Arséniaté de soude.. . . . . .	dix centigrammes
Iodure de sodium.. . . . . .	5 grammes
Eau distillée.. . . . . .	100 "

F. s. a.

Une cuiller à café renferme un demi centigramme d'arséniaté, 5 centigrammes d'iodure. On en prescrira une ou deux dans les vingt-quatre heures.

Méthyl-arsinate de soude.. . . . . .	cinquante centigrammes
Iodure de sodium.. . . . . .	5 grammes
Eau distillée.. . . . . .	100 "

Une cuiller à café renferme 2 centigrammes et demi ou 25 milligrammes de méthyl-arsinate et 0 gr. 25 centigrammes d'iodure. On en prescrira une à quatre dans les vingt-quatre heures.

Ici l'iodure n'intervient que comme *agent de renforcement*.

Prenons au contraire le cas d'une *cardiopathie au cours de l'artério-sclérose*, se manifestant par des signes de fatigue du myocarde avec tension artérielle élevée; il sera indiqué de stimuler le cœur sans influencer ou même en cherchant à abaisser la tension artérielle. On pourra résoudre ce problème en formulant :

Sulfate de spartéine.. . . . . .	dix centigrammes
Iodure de potassium.. . . . . .	1 gramme
Julep gommeux.. . . . . .	80 "
Sirop d'écorces d'orange amères.. . . . .	40 "

F. s. a.

A prendre dans les vingt-quatre heures, par cuiller à soupe de deux heures en deux heures, et il pourra être utile de la renouveler plusieurs jours de suite. La spartéine stimulera le cœur sans influencer la pression artérielle; l'iodure de potassium exercera son action bien connue vaso-dilatatrice, dépressive de la tension artérielle; les deux indications physiologiques seront remplies.

L'iodure sera intervenu comme *agent associé*.

Il sera facile d'en multiplier les exemples.

Au contraire il y aura lieu d'éviter de donner du calomel du moins à forte dose, à un malade soumis à la médication iodurée, car il pourrait y avoir formation d'iodure de mercure très irritant et très toxique; à plus forte raison n'associera-t-on pas dans une formule quelconque l'iodure de potassium et le calomel.

*Association iodo-hydrargyrique.*

Mentionnons enfin pour finir l'association iodurée la plus célèbre, l'*association iodo-hydrargyrique*, véritable spécifique des périodes avancées secundo-tertiaires et tertiaires de la syphilis.

---

## NOUVELLE

---

“L'HYGIENE EN DIALOGUE” (1)

*Comédie en un acte.*

Le décor représente le cabinet de consultation modeste du Dr X, un praticien de campagne. Il est à son bureau, et il a devant lui une plantureuse fille du sol qui parle *fort*, attendu que son mari a 40 vaches et une place dans le banc d'œuvre (marguillier).

MADAME LA CLIENTE.

J'ai rentré pour vous dire, docteur, que j'ai sevré le petit. Dites ce que vous voudrez, mon lait était méchant; le petit crevait *amont* moi. Je lui ai donné du lait de vache, et le voilà qu'il engraisse à vue d'œil.

DR X.

Je comprends, madame, que les vaches ont été créées et mises au monde pour nourrir les petits Cauayens, mais encore, veuillez donc vous asseoir et nous allons essayer de voir s'il n'y a pas eu erreur quelque part. D'abord, combien de fois par jour prenez-vous votre enfant?

MADAME LA CLIENTE (l'œil ardent).

Mais, docteur, quelle question que vous me faites là?

(1) Un de nos confrères les plus distingués, exerçant dans un district important nous adresse cette comédie où plus d'un parmi nous a pu jouer le premier rôle dans nos villes. N. D. L. R.

La lettre en est grosse : on prend son enfant quand il pleure, je suppose ; du moins, c'est ce que font celles qui ont du cœur dans le corps.

DR X.

Prenons les choses froidement, madame, et voyons un peu à expliquer l'affaire si vous voulez bien me prêter votre attention quelques minutes.

Nous allons faire appel à la raison que Dieu nous a donnée probablement pour s'en servir de temps à autre.

Supposons qu'il est midi. Vous venez de donner les deux seins. Ils sont vides. Si votre enfant pleure à 1 heure p.m., vous allez lui donner le sein ?

MADAME LA CLIENTE (l'œil dédaigneux).

Mais oui, mais oui.

DR X.

Eh bien, alors, qu'est-ce que vous pensez de lui donner ? Du lait ? Mais non. Peut-il entrer dans l'esprit d'une femme aussi sensée que madame, qu'un sein peut fabriquer du lait avec du sang dans l'espace d'une heure ? Ce n'est pas du lait que vous donnez alors, mais un commencement de lait, un petit-lait, du lait qui n'a pas eu le temps de se faire.

L'enfant qui prend cela n'en est pas nourri, et avant une heure il pleurera encore parce qu'il a le ventre vide et que ses intestins erient vengeance au moyen des coliques.

En moins d'une heure, vous le reprendrez pour lui donner encore à *peu près rien*, et. . . . ce sera l'histoire du "conte ennuyant."

Pour vous convaincre, essayez donc de faire avec le lait de vache ce que vous avez fait avec le vôtre. Allez traire votre vache à toutes les heures, complètement, jusqu'au point de vider le pis, et sur ce lait, donnez à boire à l'enfant. Vous ne tarderez pas à voir que sa graisse fond vite.

MADAME LA CLIENTE (l'œil apaisé).

Je comprends très bien, *Monsieur le Docteur*, que tout ce que vous dites là est plein de bon sens, et j'y ferai attention à l'avenir.

Mais il faudrait que ça nous serait montré! Pourquoi que les autres docteurs ne nous expliquent pas ça?

DR X.

Est-ce que je ne vous l'avais pas expliqué, moi, madame? Y avez-vous vu plus clair? Le bon conseil entre par une oreille et se hâte de sortir par l'autre.

*Le rideau tombe.*

DR X...

---

## SOCIÉTÉS

---

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

*Séance du 1er octobre 1907*

Présidence *pro-temp.* de M. LESAGE.

M. LESAGE, au nom de M. le président empêché, invite les membres à assister en grand nombre et régulièrement aux séances de la Société, et les engage vivement à présenter des travaux.

M. HERVIEUX donne lecture d'une lettre de M. le docteur Arthur Simard, de Québec, président de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, relativement à la date du prochain congrès.

La Société Médicale de Montréal décide de se rallier à l'opinion des médecins de Québec et des Etats-Unis qui demandent que le prochain congrès ait lieu en 1909, lors des fêtes du tricentenaire de Québec.

ALBERT LARAMÉE.

---

*Séance du 15 octobre 1907*

Le président M. Marien, étant souffrant, se fait remplacer au fauteuil par M. le docteur Albert LeSage, vice-président.

Avant l'adoption du procès-verbal de la séance précédente, M. de Martigny demande que le nom de M. Loir soit ajouté à la liste de ceux qui doivent être ballottés à cette séance.

M. Loir a satisfait aux exigences de la loi de la province en passant un brillant examen devant le Bureau des gouverneurs de notre province médicale, et aspire au titre de membre titulaire de notre Société dont il était déjà membre honoraire. — Adopté.

#### MÉMOIRES

M. RIVET étant absent, sa communication "Nos sources minérales," est renvoyée à une séance ultérieure.

M. le Dr J. N. ROY lit une communication intitulée: *Mélanose palatine primitive ancienne; Fistule naso-buccale récente d'origine sarcomateuse*. Cette observation est intéressante et très rare, puisque M. Roy n'a pu trouver que deux cas semblables rapportés en Europe. Son malade a une pigmentation noirâtre, au voile du palais, datant de 21 ans, et depuis ces deux dernières années, un sarcome est venu se mettre de la partie et a produit une fistule naso-buccale.

La question opératoire est longuement discutée au point de vue de la récidive probable, des ravages considérables faits à la figure, et des complications post-opératoires. Le malade s'est refusé d'ailleurs à l'opération et depuis quelque temps le sarcome mélanique a envahi les os du nez et les deux maxillaires supérieurs.

MM. Plamondon, O.-F. Mercier, Marien, St-Jacques et Hingston, prennent part à la discussion.

---

M. BOURGEOIS rapporte une observation de *fracture spontanée* du col du fémur survenue chez une vieille tabétique.

Il étudie ensuite rapidement l'*étiologie spéciale* de ces *fractures spontanées* et leur *pronostic*.

MM. E. E. Laurent, A. Loir, E. A. Barette, Leo Pariseau et J. H. Brossard sont élus membres titulaires de la Société.

B. G. BOURGEOIS.

---

### CHRONIQUE

*Actes de la faculté de médecine.* — L'ouverture des cours a eu lieu la semaine dernière dans la salle des Promotions de l'Université Laval.

C'est monsieur le professeur Hervieux, nouvel élu au conseil suprême de la Faculté et héritier du fauteuil du regretté sir William Hingston, qui a souhaité la bienvenue aux étudiants.

Le sympathique professeur a été accueilli par des applaudissements enthousiastes qui signifiaient la satisfaction de toute la profession médicale.

Dans le langage châtié et d'une diction irréprochable, que tous ses élèves lui connaissent et qui font le succès de l'enseignement aride qu'il professe, M. Hervieux a vivement intéressé l'auditoire par une fine causerie, pleine de psychologie, qui avait pour titre: "l'Hôpital."

Ce sujet a été traité au point de vue social, philanthropique, et des avantages qu'il procure pour l'enseignement et l'avancement de la science médicale.

M. Hervieux, qui est plus intime avec l'Hôtel-Dieu, nous a parlé plus spécialement de cet hôpital.

Il nous a appris des choses étonnantes ! Ainsi l'administration annuelle de cette institution exige pour son fonctionnement la somme colossale de \$75,000, tandis que les subventions totales atteignent à peine le chiffre ridicule de \$3,000. De sorte que les Religieuses de l'Hôtel-Dieu versent de leur bourse \$72,000 par an, puisqu'elles ne sollicitent aucune aumône.

Ces faits devraient être un peu plus connus et répandus dans le public qui aurait une plus grande admiration et une plus juste reconnaissance pour ces bonnes religieuses qui sacrifient les plaisirs du monde, leur santé et leur vie, et en plus tous les revenus de leur corporation pour venir en aide aux pauvres malheureux et aux déshérités de la vie, que nos gouvernements n'ont jamais songé encore à soulager d'une façon pratique.

Ceux, parmi nos lecteurs, qui ont quitté les bancs de l'Université depuis quelques années seraient étonnés, s'ils revenaient dans nos cliniques hospitalières, de constater les changements importants qui se sont produits dans l'enseignement clinique et les avantages nombreux dont bénéficie l'étudiant d'aujourd'hui.

Ainsi c'est de l'histoire ancienne maintenant que le temps où l'étudiant se rendait à l'amphithéâtre, comme au spectacle, pour voir laparatomiser un malade dont il n'entendait jamais plus parler dans la suite quel que fut le résultat opératoire obtenu.

Voici comment fonctionne l'enseignement clinique cette année.

Les étudiants admis dans les services hospitaliers sont divisés en deux grands groupes : ceux de troisième année et ceux de quatrième. Chaque groupe fait un stage continu de quatre mois dans chacun des deux hôpitaux. Ces mêmes groupes se subdivisent en trois sections qui reçoivent chacune l'enseignement clinique, médical ou chirurgical, d'un clinicien qui leur est destiné.

Ces leçons se font au lit du malade, puis à l'amphithéâtre se fait la clinique magistrale.

Deux lits dans le service de médecine et deux autres lits dans le service de chirurgie sont réservés permanemment à chaque étudiant. Celui-ci est tenu de faire l'histoire du cas, de surveiller le traitement du patient, de donner des renseignements au clinicien ; il assiste aux opérations chirurgicales de ses patients, fait des pansements, et se rend compte des suites post-opératoires.

Enfin l'enseignement clinique tend à devenir aussi pratique que possible, et les étudiants qui veulent travailler trouveront un champ d'opération que l'on peut difficilement obtenir même dans les plus grandes Universités européennes, vu le nombre relativement restreint d'étudiants qui fréquentent nos hôpitaux.

*Un hôpital ambulante.* — Une innovation, destinée à rendre des services précieux et effectifs à la chirurgie d'urgence, vient d'être inaugurée à Milwaukee par le service des tramways électriques. Il s'agit tout simplement d'une voiture électrique, convertie en salle d'opération pratique et pouvant hospitaliser temporairement les blessés et les malades, pour lesquels un long trajet en voiture pourrait être préjudiciable ou fatal.

Cet hôpital ambulante est pourvu de trois lits permanents et d'un "stretcher" qui est suspendu et fixé par des crochets.

A chaque extrémité de la voiture, il y a des cabinets pourvus de tout le nécessaire chirurgical : instruments, objets de pansement et tout ce qu'il faut pour les cas d'urgence.

La voiture est chauffée à l'électricité, et l'eau, dans un réservoir de deux gallons alimenté par un plus grand réceptacle, peut être chauffée de la même manière.

Le tramway n'est pas destiné au service de la ville, mais pour les endroits éloignés des hôpitaux, où il y a avantage à donner les

premiers soins immédiatement, avant que les patients soient transportés à l'hôpital.

C'est M. le docteur C. H. Lemon, de Milwaukee, qui a préparé les plans pour la construction et l'installation de ce service ambulancier.

Le "Montreal Street Railway," qui n'a rien à envier aux compagnies de tramways de l'un ou de l'autre continent, mais dont la réputation pour son service rapide et le luxe de ses voitures est devenue presque mondiale, pourrait fort bien imiter son collègue de Milwaukee.

*Aliénation mentale en Grande-Bretagne.* — D'après le rapport annuel des "British Lanacy Commissionners" l'état de folie augmente d'une façon considérable dans ce pays.

Au début de l'année courante une personne sur 282, en Angleterre et au pays de Galles, était atteinte d'aliénation mentale, tandis qu'il y a dix ans la proportion était de : un pour 314.

De 1869 à 1906 la population de l'Angleterre et du pays de Galles a augmenté de 55½ pour cent, tandis que les gens atteints de folie ont augmenté de 133 pour cent.

Le rapport nous fait constater que la démence sénile à elle seule a contribué pour au-delà de 38 pour cent dans le pourcentage des nouveaux cas d'aliénation mentale de l'an dernier.

Il faut conclure de ce rapport que la science médicale moderne fait plus pour le corps que pour l'esprit, puisque le corps résiste au-delà de l'époque où l'esprit succombe aux besoins toujours croissants de notre mode actuel de vivre.

Z. RIÉAUME.

---

## ANALYSES

---

### MEDECINE.

**Transmission expérimentale de la tuberculose par inhalation,** par Kuss, dans *Journal méd. et chirurg.* 10 oct. 07.

On se rappelle qu'à la suite de diverses expériences, et en s'appuyant sur certaines recherches anatomiques, M. Calmette avait conclu que les poussières tuberculeuses étaient peu dangereuses pour le poumon, tandis que l'inoculation tuberculeuse se faisait presque toujours par l'intestin. Il est à remarquer d'ailleurs, que, contrairement à ce qu'ont conclu de là certains médecins, le

danger des poussières tuberculeuses restait entier d'après ces recherches, mais que l'inoculation de ces poussières, au lieu de se faire dans le poumon, se faisait dans le tube digestif après déglutition de ces poussières. La contagiosité de la tuberculose n'est donc pas en cause ici, mais seulement son mode de contagion.

Cependant MM. Kuss et Lobstein viennent d'entreprendre une série d'expériences communiquées à l'Association internationale contre la tuberculose et rapportées par le *Bulletin médical* (n° 74) qui, au moins pour ce qui est du cobaye, viennent complètement à l'encontre de ces conclusions. Ces expériences faites avec une très grande précision, qui n'avait pas été obtenue jusqu'ici, démontrent qu'il est *très facile* du tuberculiser le cobaye par inhalation, en lui faisant respirer d'une manière tout à fait naturelle une atmosphère renfermant de fines gouttelettes bacillifères. De plus, ce mode de transmission de l'infection bacillaire se montre *particulièrement nocif*; la tuberculose d'inhalation, installée d'emblée dans l'organe de l'hémostasie, est bien placée pour inonder toute l'économie de toxines et de bacilles; aussi évolue-t-elle avec une gravité exceptionnelle; aucun autre mode d'inoculation, l'injection intra-veineuse exceptée, n'est suivie d'une génération et d'une cachexie aussi rapides; l'inoculation sous-cutanée et l'inoculation intra-péritonéale permettent, à doses égales, une survie bien plus longue.

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

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

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

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

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

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

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

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

### DERMATOLOGIE.

**Traitement des dartses volantes du visage.** par Sabouraud, *Journal de Méd. et chir. prat.* oct. 07.

M. le Dr Sabouraud étudie sous ce nom, dans la *Clinique*, certaines affections squameuses de la face dont la principale forme consiste dans le pityriasis simplex de la moustache et de la barbe. Ce sont les pellicules vulgaires. Habituellement sèches, déhiscentes, et tombant sur les habits, elles peuvent être plus grasses, moins caduques, et si on les conserve dans un papier-soie, elles le tachent de graisse. Les pellicules grasses existent très fréquemment à la moustache. Sèches ou grasses, elles sont tenaces et récidivantes, aussi M. Sabouraud déconseille-t-il toujours d'employer contre elles des traitements intensifs : pommaades au goudron, pommaades soufrées, par exemple. Autant vaut avouer de suite que nos traitements, qui sont très actifs, contre le symptôme, sont inactifs contre sa cause, et que, dans ces conditions le meilleur sera le plus simple, puisqu'il devra être longtemps continué.

Les lotions alcooliques imperceptiblement iodées et les lotions goudroneuses constituent les traitements de choix. Il existe en pharmacie plusieurs modèles de goudrons saponifiés, miscibles à l'eau, ou même, de goudrons rendus aptes à s'y dissoudre. Ainsi, on conseillera au patient d'ajouter à l'eau de lavage du visage, par litre, une cuillerée à café de *Coaltar saponiné* ou mieux d'*Opatol cadique*. Le plus souvent cela suffira pour tenir en parfait état une barbe à tendance pelliculaire. A la moustache, où le processus pityriasique est plus résistant, on pourra, donner, en outre, au patient le conseil de passer tous les matins sur la région une boulette d'ouate hydrophile humide de :

Eau de Cologne . . . . . 100 grammes.  
Teinture d'iode . . . . . une goutte.

qui est contre ces états morbides d'un usage excellent.

Le même pityriasis à squames grasses (stéatoïde) sur fond rouge, souvent nommé : "eczéma séborréique de Unna," peut exister sur le visage dans les sillons naso-géniens, ou par taches, en couronne ou en liseré frontal, autour

du cuir chevelu (*corona seborrhoeica*). Ici, il faut employer les pommades sans quoi le résultat est insuffisant. En voici une formule :

Soufre précipité . . . . .	}	aa 1 gramme.
Résorcine . . . . .		
Vaseline . . . . .	}	aa 12 grammes.
Lanoline . . . . .		
Huile de cade . . . . .	}	aa 5 grammes.
Goudron liquide . . . . .		
Huile de bouleau . . . . .		1 gramme.

L'usage de cette pommade très active est le plus souvent suivi de résultats parfaits. On l'applique le soir par massage ; on la nettoie le matin à l'éponge savonneuse.

— Une seconde forme de dartre volante s'observe surtout chez l'enfant et dérive de l'*impetigo contagiosa*.

Cette affection est sporadique ou épidémique. Sporadique, et le sujet en prend le germe sur lui-même dans des croûtes impétigineuses du nez souvent permanentes chez l'enfant ou dans un impétigo rétro-auriculaire intertrigineux. Epidémique, on l'observe dans une école sur dix, trente, cent enfants, principalement sous forme de perlèche, autre impétigo intertrigineux commissural, streptococcique, que les enfants se transmettent avec leur porte-plumes mâchonnés. Enfin on peut observer cette dartre volante streptococcique comme élément intercalaire entre les éléments d'impétigo vrai suintant ou croûteux dont elle représente une dégénérescence ou une séquelle.

Le traitement de cette dartre volante est simple, car c'est une lésion plus récidivante que tenace ; on la fait aisément disparaître avec une pommade au tannin et au calomel au 100e.

Tannin à l'éther . . . . .	}	aa 0,30 centigrammes.
Calomel à la vapeur . . . . .		
Vaseline . . . . .		30 grammes.

Ces applications constituent le traitement par excellence de la dartre volante épidémique. Dans les cas sporadiques, les récidives sont ordinairement plus fréquentes, c'est que le sujet garde sur lui un impetigo chronique qu'il faut dépister : impetigo du cuir chevelu (pédiculaire), impetigo rétro-auriculaire, marinair, commissural que l'on doit traiter de même.

On se trouve bien, dans ce cas, d'ajouter à l'eau de lavage du visage, par litre, une cuillerée à soupe d'une liqueur sulfatée forte, telle que :

Sulfate de zinc . . . . .	7 grammes
Sulfate de cuivre . . . . .	3 grammes.
Eau distillée camphrée . . . . .	300 grammes.

Cet usage suffit à empêcher ces inoculations superficielles.

Enfin M. Sabouraud insiste sur le fait que l'on est très consulté pour des enfants ou des jeunes femmes dont le visage est rouge, avec la peau momifiée et finement écaillée.

Or il s'agit presque toujours de sujets qui abusent du savonnage de la face. La chose est extrêmement fréquente.

La moindre crème à l'oxyde de zinc :

Vaseline . . . . .	}	aa 10 grammes.
Lanoline . . . . .		
Eau de roses . . . . .	}	4 grammes.
Oxyde de zinc . . . . .		

et la cessation des savonnages font disparaître ce symptôme en quelques jours.

## CHIRURGIE

**Pieds bots paralytiques** (*Congrès Natio. de gynéc., d'obst. et de pédi. Alger* 1-6avril.)

M. Abadie (d'Oran) étudie *l'arthrodèse et l'anastomose musculaire dans les pieds bots paralytiques.*

MM. Kirmission, Fraelich, confirment son impression de supériorité de l'arthrodèse en général.

Il est intéressant de rapprocher l'opinion générale des congressistes français, sur cette question, des conclusions émises par Karch, Goelt, Franche etc, au Congrès de la société allemande d'orthopédie, tenu à Berlin à la même date que celui d'Alger. Ces conclusions sont absolument concordantes, et voici venir la faillite de la transplantation tendineuse.

**Nouvel agent hémostatique.** (*Gaz. Med. Belge.*)

Le docteur Spack emploie depuis plusieurs mois comme liquide hémostatique l'eau chloroformée qui, d'après lui, offre sur tous les liquides hémostatiques employés jusqu'à ce jour de grands avantages.

Il agit avec une rapidité qui tient du prodige.

Il n'a pas le moindre goût désagréable.

Il n'exerce aucune action narcotique.

Il est à la portée de tout le monde et se fabrique instantanément.

Il ne coûte presque rien.

Il n'offre aucun désagrément dans son application et ne gêne pas le chirurgien dans ses opérations.

Chloroforme.. . . . .	.. 2
Eau simple.. . . . .	.. 100

**Du traitement antitoxique du tétanos avec injections dans les nerfs.** (E. Küster. *Thérapie du Gegenivart.* P. Violet *Gaz. Hop.*)

L'auteur ayant eu l'occasion de traiter avec succès deux cas de tétanos par des injections d'antitoxine pratiquées dans les troncs nerveux, envisage rapidement la question du traitement du tétanos après avoir constaté que cinq cas seulement ont été traités comme les siens, et que sur ces cinq cas il ne s'est produit qu'une mort.

L'auteur constate que si la découverte de l'antitoxine du tétanos par Behring a diminué la mortalité d'environ 15 p. 100, elle est encore de 72 p. 100. L'emploi préventif de l'antitoxine a surtout pris de l'extension.

Dans les cas de tétanos, il faut distinguer des tétanos localisés et des tétanos généralisés se traduisant dans la règle par une contracture des masséters.

On sait aujourd'hui que le poison du bacille tétanique suit le trajet des nerfs et de leurs cylindre-axes, le bacille restait contonné dans la plaie, aussi est-il indiqué de désinfecter d'abord la plaie par des contérisations ou des lavages faits avec l'antitoxine, et de pratiquer des injections d'antitoxine dans les tissus voisins.

Les nerfs absorbent l'antitoxine aussi bien que le poison. On est ainsi conduit à pratiquer des injections d'antitoxine dans le tronc des nerfs ayant quelque rapport avec le territoire qu'occupe la plaie, on a pratiqué aussi des injections dans le canal médullaire sous la mère-mère ou même dans le ventricule latéral (Kocher).

Klüster est d'avis que les injections dans les nerfs ou le canal rachidien sont les plus indiquées ; il conseille les premières dans le cas de tétanos strictement localisé, et les secondes en même temps dès qu'il existe du trismus.

Quand il n'existe pas de signes localisés, il convient de recourir à l'injection rachidienne.

Dans les deux cas il ne faut pas craindre de renouveler les injections rachidiennes. Il convient de ne pas négliger les vieux remèdes adjuvants : narcotiques, repos, obscurité de la chambre (lumière bleue de préférence.)

---

**Traitement du cancer** (*Congrès National de Gynéc., d'obsté. et de pédi. Alger*  
1-6 Avril.)

M. de Keating Hart (de Marseille) communique au Congrès les résultats obtenus par sa méthode.

Le traitement médical du cancer, dit-il, est inefficace : son traitement chirurgical (excès large et précoce) n'est pas toujours possible ; il a l'inconvénient d'ouvrir largement les voies lymphatiques et sanguines et de permettre ainsi la réinfection opératoire.

Les effets de la radiothérapie sont très infidèles, et pour le moment la radium-thérapie est inutilisable pour les grands cancers.

Keating emploie l'étincelle de haute fréquence et de haute tension dans le traitement des grands néoplasmes malins.

Il fait tomber sur les néoplasmes des étincelles, non pas de quelques millimètres, mais de plusieurs centimètres, produites par des appareils puissants et des interrupteurs de grande vitesse.

Ce traitement, prolongé pendant un temps variable, au delà même de 40 minutes, est très douloureux et nécessite l'anesthésie générale.

Les effets sont les suivants : destruction profonde des bourgeons néoplasiques littéralement foudroyés, ramollissement en masse de la tumeur. Cette méthode assure toujours l'hémostase des épithéliomas ulcérés, elle amène la diminution rapide puis la cessation des douleurs.

Cette méthode de traitement a toujours donné de bons résultats à l'auteur, quels que soient la forme et le degré des cancers qu'il ait eu à traiter. Dans les cas les plus avancés il a chaque fois amélioré au moins momentanément l'état de ses malades, diminué les douleurs, fait disparaître les œdèmes, tari les hémorragies de façon absolue.

"Je ne prétends pas guérir le cancer, dit-il : parmi les seize observations que je viens de vous lire, j'ai relaté trois morts, sept améliorations nettement progressives et six guérisons apparentes. Dans les derniers cas, le microscope a montré la régression puis la disparition des cellules néoplasiques.

Enfin, j'ai demandé au Comité médical des Bouches-du-Rhône, de nommer une commission qui suive et contrôle les résultats que j'obtiens par ma méthode."

Z. RHÉAUME.

## BIBLIOGRAPHIE

---

**La tuberculose** : maladie populaire. Comment la combattre, par S. A. Knopf, de New-York. 4e édition américaine, publiée par Flori et mise en vente par "Charities and the commons," 105 East 22nd St. New-York.

Le Dr Knopf, de New-York, le phthisiothérapeute bien connu, notre ancien ami à Paris, vient de publier la 4e édition américaine de son travail sur *la tuberculose considérée comme maladie des masses*.

Ce livre renferme en 100 pages tout ce qu'il importe de savoir sur cette maladie sociale. L'auteur passe en revue les points les plus saillants : germe, contagion, tuberculose bovine, crachoirs, hérédité, cure d'air etc.

Dans cette dernière édition, il y a un supplément où l'auteur étudie : 1° les moyens de prévenir la tuberculose à domicile ; 2° l'hygiène à l'école au point de vue tuberculeux ; 3° Comment traiter la tuberculose à domicile, comme au sanatorium ; 4° Revue historique de la lutte antituberculeuse aux États-Unis.

Ce petit livre, traduction française, car ce livre a été traduit dans toutes les langues, devrait être entre les mains de tous les éducateurs qui y trouveraient des conseils pratiques dans l'intérêt de leurs élèves.

---

**Alcoolisme**, par le Dr Bourgeois, des Trois-Rivières. Rapport lu au congrès des Trois-Rivières. Juin 1906.

Le Dr Bourgeois a publié, sous forme de thèse de 72 pages le rapport très élaboré et très complet qu'il a présenté au 3e congrès des médecins de langue française de l'A. du Nord, à Trois-Rivières.

Le problème de l'alcoolisme y est envisagé sous toutes ses formes. La lecture en est très instructive, car elle nous permet, surtout au point de vue de la consommation, de comparer le débit de chaque province au Canada et par suite la morbidité probable qui en résulte.

Les médecins auront, d'ailleurs l'occasion de le lire en entier dans le rapport général au congrès qui doit paraître incessamment à la fin de novembre.

---

**Instruction pour le traitement par l'hypéremie** du Dr SCHMIDT, chirurgien en chef de la Clinique de l'Université de Bonn, traduit par Mme Fortoul. Préface de Monsieur le Professeur agrégé Tuffier. — Vigot Frères, éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un vol. in-8° carré avec 13 figures. . . . . \$1.25

Dès son apparition la "MÉTHODE DE BIER" a attiré l'intérêt du corps médical allemand ; on l'a qualifiée "le plus grand progrès qu'ait fait la thérapeutique chirurgicale depuis LISTER". Elle est la synthèse d'un ensemble de procédés qui ont tous un but commun ; déterminer dans la région malade,

une des manifestations de défense les plus fréquentes de l'organisme, la congestion, et aider à la guérison par cette congestion artificiellement provoquée.

La Méthode de Bier commence à se généraliser parmi nous ; c'est pourquoi, il était indispensable de mettre entre les mains des confrères non familiarisés avec le technique de cette méthode un petit "*Manuel d'application pratique de l'Hyperémie*". L'ouvrage du Dr Schmieden, traduit par Mme Fortoul, remplit bien ce but. L'auteur y prévoit tous les cas susceptibles d'être traités par l'Hyperémie : il la rend facilement applicable et explique simplement et clairement la méthode de son Maître.

---

**Traité de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique, ses applications à la Médecine, à l'éducation et à la psychologie, par le Dr PAUL JOIRE, professeur à l'Institut psycho-physiologique de Paris. — Vigot Frères, éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un vol. in-8° écu avec 44 figures démonstratives. . . . . 4 fr.**

Un grand nombre de personnes s'intéressent actuellement à l'hypnotisme.

Les philosophes y trouvent un merveilleux moyen d'analyse psychologique, qui leur permet de scruter les replis les plus ignorés de l'âme humaine.

Les médecins y voient une méthode nouvelle, qui permet de traiter efficacement un grand nombre de maladies rebelles à la thérapeutique ordinaire.

Le médecin psychologue, ambitionnant d'aller plus avant dans le soulagement qu'il peut apporter à l'humanité souffrante, découvre dans l'hypnotisme le moyen, non seulement de soulager les souffrances physiques, mais aussi de guérir les maladies et les souffrances morales.

Le prêtre, voyant l'hypnotisme entré définitivement dans le domaine scientifique, n'en blâme plus la pratique, et cherche lui-même à s'éclairer sur les bases de cette méthode scientifique nouvelle, et sur ce qu'on peut en attendre pour le soulagement des maux du corps et le développement des facultés de l'âme.

Le public enfin, le voit volontiers sortir du domaine du charlatanisme, et cherche à déchirer les derniers voiles qui l'entourent et en ont fait trop longtemps, grâce à l'ignorance, un instrument surnaturel.

A tous ceux-là, savants, chercheurs ou simplement curieux, s'adresse ce livre dans lequel l'auteur a d'abord donné l'analyse scientifique de l'hypnotisme, puis la méthode et les règles précises que doivent suivre ceux qui veulent l'employer.

Il a ensuite voulu prouver l'utilité de l'emploi de l'hypnotisme, en signalant un certain nombre des principales circonstances dans lesquelles on peut en faire usage, ce qui l'a amené à écrire les chapitres sur l'hystérie, les obsessions, l'alcoolisme, le trac des artistes, l'étude des arts, etc.

Enfin, allant plus loin que la plupart des hypnotologistes, il a démontré par ses expériences la réalité de la suggestion mentale, et, par l'étude du sténomètre, l'existence d'une force nouvelle, émanant de l'organisme humain.

---

## SUPPLEMENT

---

**Comment conduire une convalescence.** — L'anémie, secondaire de la convalescence des maladies aiguës (pneumonie, fièvre typhoïde, etc.), doit être traitée :

La nature nous fournit heureusement deux substances chimiques le fer et le manganèse, qui sont aussi nécessaires au système que la vie elle-même et qui donnés durant la convalescence ramènera une santé parfaite.

Les vieilles préparations inorganiques sont impropres à ce traitement. Les recherches de Hambuyer, Bunze et autres ont démontré l'immense supériorité des composés organiques de fer et de manganèse.

Tout médecin, sans préjugé, se convaincra que le Pepto-Mangan (Gude) est fait sur des principes scientifiques, concordant avec les expériences des physiologistes et cliniciens les plus avancés. Il contient du fer et du manganèse en proportions voulues pour fournir la plus énergique reconstitution du sang, avec le moins de dérangement de la digestion. Tout au contraire, Pepto-Mangan est un excellent tonique digestif.

Conséquemment le Pepto-Mangan (Gude) offre aux convalescents le moyen le plus rapide et le plus sûr de retour à la santé parfaite.

---

Altona, Manitoba, 3 août, 1906.

The Anasarcin Chemical Co.  
Winchester, Penn.

J'ai employé, les quatre dernières années, vos tablettes d'Anasarcin. J'ai traité, par ce médicament, un grand nombre de cas d'hydropisie d'origine cardiaque, rénale ou hépatique et je n'hésite pas à déclarer, que l'anasarcin, sans égard à la cause de l'hydropisie, si elle est bien administrée, donnera des résultats qui satisfèront également patients et médecins.

Votre sincère, etc.,

Dr A. DESCHAMBAULT.

---

"Meatox" le nouvel aliment chimiquement analysé et physiologiquement expérimenté. Par J. V. S. Stanislaus, B. Sc., Pham, D. Medico-Chirurgical College of Philadelphia, Département de Pharmacie Bureau du Doyen, août le 23, 1907.

A l'Éditeur du Bulletin Médical, Philadelphie.

Cher monsieur,

Veillez trouver ci-inclus rapport de l'analyse chimique du Meatox et les expériences physiologiques que j'ai moi-même conduites sur ce nouvel aliment présenté par M. Charles Marchand le chimiste réputé de New-York.

Meatox comme le rapport ci-dessous le fait voir est un aliment type. Il peut difficilement être appelé un "extrait de viande" dans les sens ordinaire de ce nom, car il représente une plus grande valeur nutritive que n'importe quel aliment de cette catégorie.

Très respectueusement,

I. V. S. STANISLAUS.

Philadelphie, Pa. 28 mars 1907.

## Analyse du Meatox.

Eau. . . . .	4 80
Essence de celeri (résidu d'ext. alcoolique) . . . . .	2 21
Clorure de sodium. . . . .	4 56
Matières protéiques. . . . .	73 54
Matières insolubles. . . . .	9 43
	<hr/>
Total. . . . .	94 54
Cendres. . . . .	4 96
	<hr/>
	99 50
Perte. . . . .	50
	<hr/>
	100 00

Je constate par l'analyse qu'en me basant sur les matières protéiques, c'est le plus merveilleux des aliments modernes existant. C'est pratiquement cinq fois la valeur de la viande et doit attirer l'attention de tout physiologiste et hygiéniste intéressés dans les produits alimentaires.

Effets sur pression artérielle. Un homme fut nourri avec du Meatox, du pain, du beurre, de l'eau, un peu de thé chaud, des fruits, des baies et un peu de sucre pendant dix jours. La pression prise au sphygmomanomètre de Révi-Rocci et n'enregistrant que la Systole, avant la diète : 115 millimercure. Après la diète : 118 millim. mercure.