

AVRIL 1904

SOMMAIRE

MÉMOIRES

- 189 — Syphilis et tuberculose *Dubé.*
198 — La nécessité d'enlever les vieux papiers muraux
avant d'en placer de neufs *Valin.*
202 — L'administration des médicaments *Benoît.*
-

REVUE GÉNÉRALE

- 210 — Chronique obstétricale *De Cotret.*
— Suppression des règles et sécrétion lactée.
— Placenta double et bi-discoidal.
— Le vératrum viride en chirurgie générale.
— Grossesse multiple.
— Le bicarbonate de soude contre les vomissements incoercibles de la grossesse.
217 — Chronique médicale. *Le Sage.*
— Traitement de l'épilepsie par l'hypochloruration.
— Hygiène infantile dans une commune de France.
— Régime lacté et fièvre scarlatine.
— Pression artérielle et hémorragie dans la fièvre typhoïde.
— Action curative de la strychnine dans la polyurie et le diabète

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

- 223 — Abus et législation. — Réflexions..... *Un électeur.*
-

SOCIÉTÉS.

- 229 — La Société médicale de Montréal, rapport des
séances du 5 et du 19 avril 1904 *Décaric.*
-

REPRODUCTION.

- 235 — A propos de lait stérilisé *Variot,*
241 — Syphilis des nourrissons. *Sirugue.*
-

BIBLIOGRAPHIE

- 245 — Précis d'accouchement. — Traité médico-chirurgical
de gynécologie, — Manuel de pathologie générale
et de diagnostic. — Annuaire statistique et des-
criptif des distributions d'eau en France et ail-
leurs.
-

MÉMOIRES

SYPHILIS ET TUBERCULOSE (1)

Par le Dr J.-E. DUBÉ,

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, agrégé à l'Université Laval.

Le syphilitique peut-il devenir tuberculeux? La syphilis favorise-t-elle l'éclosion de la tuberculose? Le syphilitique qui se tuberculise court-il moins de chance de guérison que le tuberculeux ordinaire? La syphilis peut-elle s'attaquer aux poumons et simuler la tuberculose? Comment traiter le syphilitique devenu tuberculeux? Voilà autant de questions que je vous sou mets ce soir et que je vais essayer de résoudre le plus succinctement possible.

I. — *Le syphilitique peut-il devenir tuberculeux?*

Les anciens auteurs, Ambroise Paré, Schrœder, Morton croyaient que la syphilis pouvait engendrer une phtisie pulmonaire de même nature, Hunter enseignait qu'il était impossible que la syphilis soit combinée avec d'autres maladies. " Il est hors de doute, pour moi, dit-il, que deux actions ne peuvent avoir lieu simultanément dans la même constitution ou dans la même partie (2). "

Puis viennent les travaux de Portal qui pose la question nettement: " La maladie vénérienne, dit-il, est d'abord locale. Il est des sujets qui en sont très longtemps affectés, sans que leur poitrine s'en ressente; mais il y en a d'autres chez lesquels le virus vénérien affecte bientôt la poitrine; et il paraît que c'est chez ceux qui ont quelque prédisposition à la phtisie, comme Fernel et d'autres médecins célèbres l'ont prouvé. Ces malades toussent, maigrissent et éprouvent successivement les divers symptômes de la phtisie confirmée dont ils meurent (3). "

Après Bayle, Laennec, Lemonier, la question se place sur un terrain plus solide. Ricard en 1844 Depaul en 1851, Lancereaux, Pidoux, Bazin et enfin Fournier ont contribué à former l'opinion du monde médical sur les rapports entre la syphilis et la tuberculose (4).

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance de février 1904.

(2) *Traité de la maladie vénérienne*. — Traduction Richelot, p. 8, 1859.

(3) *Observations sur la nature et le traitement de la phtisie*, Paris, 1792.

(4) *Gazette Helv.*, 1875, p. 758.

Pour M. Fournier, la syphilis peut agir sur le poumon de deux façons bien distinctes: 1° Elle peut agir sur lui directement, par influence spécifique, en déterminant des lésions propres, des lésions que nulle cause ne saurait produire; 2° elle peut agir indirectement, par l'intermédiaire des troubles nutritifs qu'elle provoque dans l'organisme, en déterminant alors des lésions communes, à savoir des lésions tuberculeuses. En d'autres termes, la syphilis sert parfois d'origine à la phtisie vulgaire. — Si j'avais à donner la démonstration de ce dernier fait, je pourrais citer ici nombre d'observations probantes, dans lesquelles la phtisie s'est développée chez des sujets syphilitiques, sous l'influence évidente de la vérole, mais je n'ai pas pour l'instant à revenir sur ce point que j'ai établi ailleurs, je me borne à l'énoncer.”

Pour M. Mauriac la syphilis pulmonaire n'appelle pas toujours la tuberculose pulmonaire.

“ Voyez, dit-il, combien peu de patients sur le nombre infini des syphilitiques deviennent tuberculeux sans un facteur étiologique autre que la syphilis! Combien peu, parmi le nombre considérable des phtisiques atteints de syphilis, voient leurs poumons envahis par la syphilis!” Plus loin, il ajoute: “ Si la syphilis n'engendre point la tuberculose pulmonaire, il est naturel d'admettre que, chez les individus prédisposés, elle hâte l'apparition de cette maladie, en débilitant tout l'organisme, et en diminuant la résistance qu'il avait opposée jusque-là aux attaques du bacille tuberculeux. Son action nuisible en pareil cas n'a rien de particulier (1).

Il n'y a donc pas à en douter, les preuves surabondent aujourd'hui, la syphilis peut coexister avec la tuberculose chez un même malade.

La syphilis est même considérée comme une cause capable de faire éclore la tuberculose, par suite de la déchéance organique et de la misère physiologiques qu'elle engendre chez les malades.

Le syphilitique peut devenir tuberculeux alors qu'il est en

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1888, p. 415.

pleine période *secondaire* à peine quelques années après le début de l'infection, et longtemps après le début de l'infection syphilitique en pleine période tertiaire avancée.

* * *

Lorsque la tuberculose éclate chez un syphilitique elle prend un plus grand caractère de gravité. Chez un syphilitique récent la tuberculose est grave et presque toujours elle évolue rapidement vers une mort certaine.

Jacquinet dans sa thèse (contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques) publie dix observations où la maladie a été fatale et de courte durée.

Je puise dans cette thèse intéressante la statistique suivante: " Stieffel, dans sa thèse, a divisé les cas de tuberculose en cas graves et cas légers.

Sur 40 cas graves, voici quelle est leur répartition par rapport à l'âge de la syphilis :

Cas où l'origine de la syphilis est inconnue.....	9 cas.
Tuberculose survenant pendant la période secondaire au bout de quelques mois.....	15 cas.
Tuberculose survenant 2 à 4 ans après la syphilis.....	10 cas.
Tuberculose survenant 5 à 8 ans après la syphilis	6 cas.

J'ai personnellement deux observations de syphilitiques devenus tuberculeux au cours de la période secondaire.

Ces deux malades vivent encore mais je doute fort du résultat final.

Mon premier malade, âgé de 26 ans, est employé depuis plusieurs années dans un bureau de chemin de fer. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Il a eu la variole en 1885 et une fièvre scarlatine en 1894. En septembre 1902, chancre syphilitique suivi de la roséole, de plaques muqueuses etc. Son médecin le soumit au traitement habituel de la syphilis. Au printemps 1903 je vis le malade en consultation pour la toux avec extinction de la voix, amaigrissement, etc. A l'examen je constate de l'infiltration du sommet droit qui se manifeste par de la submatité, vibrations exagérées et des craquements fins à l'inspiration forcée. L'examen des crachats fut fait et on trouva des bacilles de Koch.

Le traitement mercuriel fut abandonné et le malade soumis au traitement de la tuberculose. Le 25 janvier 1904, le jeune homme me téléphone qu'il est toujours au repos qu'il se maintient au poids de 130 lbs et qu'il tousse encore beaucoup.

Mon autre malade, âgé de 23 ans, est conducteur de tramway. Il a une sœur morte de tuberculose pulmonaire aiguë à 21 ans. Sa mère aurait fait de la tuberculose pulmonaire il y a 15 ans, qui a guéri après deux années de durée. A 15 ans il a eu une pleurésie gauche qui a duré 2 mois. En mai 1903 il contracta un chancre syphilitique qui a été suivi de l'envahissement ganglionnaire et d'une roséole caractéristique.

Depuis quelques semaines il ne se sent pas aussi bien que d'habitude. Ses forces diminuent il s'amaigrit et il a la voix éteinte.

A l'examen la pression artérielle marque 14 c. c. au sphygmomanomètre Potain, et sa température a ce moment est de 99 F. Tous les organes sont sains sauf le poumon gauche qui présente des signes manifestes d'une infiltration tuberculeuse du sommet.

L'avenir nous dira si ces deux malades vont succomber à cette terrible complication de leur syphilis.

Landouzy disait au congrès de la tuberculose en 1901 :

"Mauvaise, très mauvaise association morbide que celle de la tuberculose et de la syphilis marchant de pair! Dans cette association, la syphilis trouve le sujet sans résistance, et d'autre part n'offrant aucune part à la thérapeutique spécifique. Terrible association sous les coups de laquelle le malade tombe d'ordinaire dans la fièvre, dans le processus de ramollissement et l'éthisie: le tuberculeux pulmonaire doublé d'un syphilitique devient, comme je l'ai vu trop souvent, un phtisie rapide. La pire association morbide que je connaisse est l'union d'une tuberculose pulmonaire avec une syphilis commençante. Janiquet ajoute à ces paroles de son maître Landouzy. "La gravité de la tuberculose pulmonaire au cours de la syphilis permet donc de paraphraser le vieil adage de Niemeyer: "Le plus grand danger pour un syphilitique est de devenir tuberculeux."

La tuberculose ne présente plus la même gravité lorsqu'elle survient au cours de la période tertiaire de la syphilis.

“Tout autres m'ont paru les choses, dit Landouzy, quand il s'est agi d'un ancien syphilitique, ayant quelque vingt années de syphilis, auquel venait s'attaquer la tuberculose. Les malades ressortissant à cette variété chronologique d'association morbide m'ont paru, dans une dizaine de cas au moins, faire une tuberculose toute particulière, laquelle tuberculose s'affirmait, au point de vue anatomo-pathologique, plutôt fibreuse, et au point de vue évolution, lente, torpide, apyrétique, non diffusante. C'est à propos de cette catégorie de malades anciens syphilités, néo-tuberculeux, que j'ai l'habitude de dire familièrement qu'ils aboutissent au sclérolate de tuberculose.”

Jacquinet rapporte quatre observations de tuberculose survenant chez des sujets atteints de syphilis anciennes dont la plus jeune était déjà âgée de douze ans. Le premier malade succombe huit ans après le début de la tuberculose et vingt ans après le début de la syphilis. Le second trente ans après le début de sa syphilis et huit ans après le début de la tuberculose. Le troisième malade succomba à un cancer de l'estomac vingt-cinq ans après le début de sa syphilis et à l'autopsie le poumon gauche présentait à son sommet une petite caverne en partie cicatrisée. Enfin le quatrième malade succomba douze ans après le début de sa syphilis, mais un an seulement après le début apparent de la tuberculose.

Stieffel en rapporte 30 cas qu'il considère comme léger dans sa thèse. Voici quelle est leur repartition par rapport à l'âge de la syphilis :

Syphilis ancienne (sans date).....	11 cas.
Syphilis de 6 à 10 ans.....	8 cas.
Syphilis de 11 à 15 ans.....	2 cas.
Syphilis de 15 à 20 ans.....	5 cas.
• Syphilis de 20 à 25 ans.....	3 cas.
Syphilis de 25 ans et au-dessus	2 cas.

31 cas.

Comment expliquer cette marche différente et si légère de la tuberculose au cours de la syphilis tertiaire lorsqu'elle est

si rapide et si grave dans la période secondaire de cette maladie. "*La syphilis à sa période tertiaire, a une prédilection bien marquée pour le système artériel et fait souvent de ses victimes autant d'artério-scléreux.*" (Jacquinet). Ce serait là la raison de la marche lente et même de la guérison possible de la tuberculose au cours de la période tertiaire de la syphilis.

Voici ce que dit Marfan (Traité de Méd. t. IV, p. 602): Il y a différentes formes de scléroses; la sclérose péri-tuberculeuse, processus de guérison n'a probablement rien de commun avec la sclérose dystrophique liée à la dégénérescence actuelle. Pour produire la transformation de la zone embryonnaire du tubercule en tissu fibreux, le tuberculeux, comme le dit Grancher a besoin d'une nutrition parfaite. Or les artérioscléreux ont une nutrition ralentie.

Voici d'un autre côté l'opinion de Landouzy:

"Les alcooliques à sclérose artérielle (nous ne disons pas athéromateux), les arthritiques (que leur état diathésique soit héréditaire ou acquis), les saturnins, les goutteux, en un mot tous les atteints d'états dyscrasiques sclérogénisant et les anciens syphilitiques, les diathésiques de par la syphilis, comme disaient nos pères, ont incontestablement des manières de réagir vis-à-vis de la tuberculose en train de faire un peu partout, et à propos de tout, du processus, de sclérose, ils répondent d'ordinaire à la tuberculose en sclérogenisants qu'ils sont." (Landouzy clinique de l'hop. Lannec).

J'ai eu l'occasion d'observer un troisième malade qui est devenu syphilitique au cours d'une tuberculose chronique temporairement guérie.

Agé de 36 ans, ce malade a une histoire de famille chargée de tuberculose. Vers les 20 ans il commença à tousser et fut longtemps assez malade pour rester au repos absolu. Il s'améliora beaucoup et put se livrer de 25 à 34 à l'exercice de sa profession. Il constata à 43 ans un chancre syphilitique qui fut suivi de roséole etc. C'est à ce moment qu'il vint me voir. Il avait maigri beaucoup avait même craché un peu de sang et ses crachats contenaient des bacilles. A l'examen des poumons je trouvai une infiltration du sommet droit. Il partit

quelque temps après pour une ville du Sud des États-Unis, où il habite encore. Les dernières nouvelles sont excellentes. Il est parfaitement rétabli.

L'association de la syphilis et de la tuberculose n'est pas des plus fréquentes. Thoresen cité par Jacquinet a recueilli 318 observations complètes de syphilitiques et il n'a rencontré la tuberculose que 16 fois et chaque fois, il y avait prédisposition héréditaire. F. M. Sandwith a observé trois à quatre cents cas de tuberculose en 1891 à l'hôpital du Caire et il ajoute que la plupart des malades étaient atteints antérieurement de syphilis qui est très commune dans le pays.

* * *

La syphilis peut-elle s'attaquer aux poumons et simuler la tuberculose?

La syphilis pulmonaire est parait-il assez fréquente au cours de cette maladie.

Il est parfois très difficile de la différencier de la tuberculose pulmonaire tellement sa symptomatologie ressemble à celle de cette dernière maladie.

Dieulafoy et Marfan ont décrit deux formes de syphilis pulmonaire qui se rapprochent des formes tuberculeuses: un type simulant la phtisie aiguë, un type simulant la phtisie tuberculeuse vulgaire.

La syphilis pulmonaire n'offre pas de signes pathognomoniques. Peut-être que la partie moyenne du poumon est plus souvent affectée que le sommet. Des signes d'infiltration pulmonaire avec râles etc., siégeant au sommet ou en une partie localisée du poumon, l'absence de bacilles dans les crachats plusieurs fois analysés, une histoire de syphilis antérieure, et surtout des accidents syphilitiques évoluant dans un autre organe voilà autant qu'il en faut pour diagnostiquer une syphilis probable du poumon.

"Il est excessivement important dit Jacquinet d'établir le diagnostic de syphilis pulmonaire ou de phtisie tuberculeuse chez un syphilitique, car le pronostic est absolument différent dans l'un ou dans l'autre cas et, si dans le premier le traite-

ment spécifique peut amener la guérison, dans le second, il a le plus souvent un résultat funeste.

Le traitement spécifique lorsqu'il amène des résultats favorables est encore le meilleur argument en faveur de la nature syphilitique d'une affection du poumon. D'un autre côté il faut se rappeler que le poumon peut-être envahi par la syphilis et par la tuberculose qui évoluent en même temps Monsieur Potain en a rapporté un cas.

La syphilis pulmonaire ne laissera plus de doute lorsqu'il sera permis de constater la réunion des signes suivants: "syphilis antérieure, tableau morbide de la consommation pulmonaire, absence de bacilles de la tuberculose dans les crachats, constatation de lésion scléro-gommeuses dans d'autres parties de l'organisme, effets favorables du traitement antisypilitique (Marfan).

Comment traiter le syphilitique devenu tuberculeux?

Daremberg, Baumès, Ramazzini, Sacharjin, Stieffel, Lassar, Frantzel, Laudouzy condamnent le traitement par le mercure chaque fois que le syphilitique devient tuberculeux. L'iodure de potasse n'est pas mieux supporté. Le mercure d'une façon générale est débilitant et l'iodure fait autour des lésions tuberculeuses ce que font les injections de tuberculine de Koch, et servirait à fixer et à développer les lésions bacillaires.

J. K. Fowler à la page 452 du traité des maladies du poumon fait en collaboration avec Godlee, dit que lorsque la tuberculose pulmonaire survient chez un syphilitique le traitement doit être dirigé surtout vers la tuberculose. Le traitement mercuriel doit être rarement adopté dans ces cas, mais l'iode sous forme d'iodure de fer peut être donné quelquefois avec avantage."

Daremberg a dit avec raison: "l'histoire des applications des composés mercuriels au traitement de la tuberculose pulmonaire est une longue suite de déception."

Pour Jacquinet: "Le plus souvent le traitement antisypilitique a une influence déplorable sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire, si bien que, perdant comme tubercu-

leux le droit au traitement syphilitique, le malade qui mène de front les deux infections est dans la pire situation, menacé, s'il veut conjurer sa syphilis d'aggraver sa tuberculose.

Je ne veux rien ajouter à ces quelques remarques qui font voir assez nettement, je crois, l'opinion des modernes sur les rapports de la tuberculose et de la syphilis et sur la conduite à suivre dans le traitement de ces deux affections réunies chez un même individu.

LA NÉCESSITÉ D'ENLEVER LES VIEUX PAPIERS MURAUX AVANT D'EN PLACER DES NEUFS (1)

Par M. le Docteur VALIN,

Professeur-adjoint à la chaire d'hygiène de l'Université Laval,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Vous vous rappelez, messieurs, qu'un comité fût nommé pour étudier cette question à la demande d'un monsieur J. N. Arcand, secrétaire correspondant de la " Master Painter's and Decorators' Association of Montreal. J'ai l'honneur de vous soumettre ce soir, l'étude que j'ai faite sur cette question.

J'ai d'abord rencontré M. Arcand afin de bien saisir le motif qui pousse ce monsieur à nous demander ainsi une expression d'opinion sur le sujet énoncé. On serait porté à suspecter tout d'abord un intérêt de métier. Mais il paraît que non. D'ailleurs peu importe si, quoiqu'en servant indirectement les intérêts particuliers des peintres, les principes scientifiques sont appliqués au bénéfice de l'hygiène sociale.

En considérant la question posée, au point de vue scientifique de l'hygiène, il n'y a pas de doute qu'il y a un danger non-seulement théorique mais réel en accumulant les papiers muraux les uns sur les autres, particulièrement dans les habitations pauvres où le papier est de mauvaise qualité et est plus facilement détérioré par l'humidité. Cette notion repose non-seulement sur la théorie scientifique mais sur la démonstration des faits.

Les papiers qui ornent les murs des habitations peuvent être une source de maladie de deux façons: 1° par les microbes qui adhèrent à la surface de ces papiers ou se cultivent dans la matière organique servant à les coller aux murs; 2° par la pulvérisation et émanation de substances toxiques, telles que arsenic et plomb, renfermées dans les diverses teintures qui servent à colorer ces papiers.

L'adhérence des microbes est d'autant plus facile que la surface du papier n'est pas lisse mais offre des reliefs. En collant un papier neuf sur un vieux, qui est aussi chargé de microbes, on emprisonne ceux-ci qui, grâce à une fissure ou à un décollement, seront restitués à l'atmosphère intérieure des habita-

(1) Rapport lu à la Société Médicale de Montréal, séance du 5 avril 1904.

tions et pourront engendrer des maladies. Ces fissures et décollement sont très fréquents et même la règle dans les habitations humides qui échoient à la classe pauvre.

Il n'est même pas nécessaire qu'il y ait fissure pour que les microbes passent, ils peuvent fort bien traverser le papier intact plus facilement qu'ils ne traversent la coquille de l'œuf constituée d'une substance dure et à pores serrées pour y déterminer une fermentation qui en altère le contenu.

La colle qui fait adhérer le papier soit au mur soit au papier sous-jacent est un milieu de culture favorable aux microbes, car elle est une matière organique et nous savons que la matière organique favorise la vie microbienne surtout dans un milieu humide et à une température engénésiqve telle que celle qui existe dans l'intérieur de nos habitations.

Le danger est tellement réel que M. Valin, médecin hygiéniste de renom, conseille d'ajouter à la colle des antiseptiques tels que l'acide borique ou salicylique dans la proportion de 15 p. 100 afin de prévenir ces fermentations microbiennes qui peuvent être un danger pour la santé des occupants d'une habitation dont les murs n'offrent pas une intégrité parfaite. Des papiers collés successivement les uns sur les autres augmenteraient donc les chances de culture microbienne et de fermentation. Mais il y a plus : non-seulement la culture microbienne augmente le nombre des microbes, mais la fermentation forme aussi des gaz qui, attaquant et désagrégeant les couleurs de ces papiers, pulvérisent et volatilisent aussi des principes toxiques, tels que l'arsenic et le plomb, qui occasionnent des accidents toxiques plus au moins rapides et intenses, selon la rélativité des composés.

La notion de la nocivité du plomb, incorporé à la peinture blanche, est classique. Or si le plomb, emprisonné dans la peinture, qui est un composé épais et séchant bien, s'évapore et cause des accidents toxiques, à plus forte raison l'arsenic est susceptible des mêmes émanations et accidents puisqu'il se trouve incorporé dans une substance ayant moins de consistance et dans des composés colorants ayant moins de stabilité et, par conséquent, plus de volatilité en présence de gaz de fer-

mentation microbienne et de l'humidité. D'ailleurs, des faits ont prouvé que les papiers muraux, contenant de l'arsenic ou du plomb, produisent des accidents par les poussières et émanations de ces substances. Ainsi, la " Société Médicale de Londres " a fait une investigation à ce sujet et, dans 100 cas, elle a relevé les symptômes d'intoxication suivants: nausée, diarrhée et dérangement intestinal dans 85 cas; dépression sérieuse dans 16 cas; conjonctivite dans 19; toux, asthme dans 9 cas. Comme vous le voyez, messieurs, tant sur le terrain de la théorie scientifique que sur le terrain pratique fourni par les faits, la preuve est faite, à savoir: que les papiers muraux peuvent être une source de danger pour la santé par la culture microbienne dont ils sont le siège, et par des émanations toxiques. L'arsenic se trouve à l'état d'arsénite de cuivre dans la couleur appelée *Schule's green*; à l'état d'acéto-arsénite de cuivre dans la couleur *Emerald green*; à l'état d'acide arsénieux, (arsenic blanc), dans les couleurs d'aniline, surtout la rouge; mais d'autres couleurs peuvent aussi en contenir, ainsi: la bleue, la mauve, la brune, la grise etc. Voilà, messieurs, des informations très précises que j'ai puisées dans mon cours d'hygiène et qui doivent, il me semble, contribuer à éclairer le sujet qui nous occupe.

Et pour appuyer d'avantage ce que je viens de dire, j'ajouterai que cette question a été étudiée aussi en Amérique: à New-York par le " Tenement-House department; " à Chicago par le " Department of buildings. " Dans ces deux grandes villes l'autorité civile a édicté une loi empêchant de superposer plusieurs papiers muraux et cette loi est sanctionnée par une amende de 10 à 200 dollars.

La question me semble donc toute résolue et je n'hésite pas à aviser et encourager la " Société Médicale de Montréal " à se prononcer en faveur d'une loi dans le sens indiqué plus haut. En agissant ainsi la Société Médicale servirait les intérêts de l'hygiène sociale.

Mais je terminerai en attirant l'attention sur un point important qui ne semble pas avoir été prévu par la loi édictée dans les villes ci-haut citées. Puisque l'enlèvement du papier

a pour but d'empêcher l'emprisonnement des microbes et leur multiplication entre des papiers multiples puis leur restitution à l'atmosphère de l'habitation au moyen de fissures et décollement, il faut aussi déterminer les conditions de cet enlèvement du papier afin qu'il ne soit pas lui-même une cause de dissémination des microbes. L'enlèvement du vieux papier devra être fait par lavage et grattage humide, car un enlèvement à sec serait passible des mêmes dangers de diffusion microbienne que le balayage et époussetage à sec qui sont si condamnables parce qu'ils sont les meilleurs semeurs de germes. Je crois même que l'enlèvement à sec est plus dangereux que l'accellement de plusieurs papiers superposés, car dans ce cas-ci la dissémination n'est que fractionnée et dans l'autre elle se fait en bloc. Donc, la loi, pour remplir le but visé, doit être complète et stipuler que l'enlèvement du vieux papier doit être fait avant d'en placer un neuf, que l'enlèvement du vieux papier doit se faire à l'état humide, que les débris soient détruits par le feu ou dans un bain fortement antiseptique, que les plaintes et bords du plancher qui auraient été souillés par ses débris suspects soient lavés à la soude sol. 6% ou au bichlorure de mercure sol. 1%. Ainsi faite, la loi serait complète, embrasserait toutes les faces de la question et répondrait mieux aux exigences de l'hygiène scientifique.

L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS (1)

Par le Docteur E. P. BENOIT,

Médecin de l'hôpital Notre-Dame, Professeur suppléant de pathologie interne
à l'Université Laval.

De tous les points de vue auxquels on peut se placer pour étudier les médicaments, c'est certainement celui du mode d'administration qui doit intéresser en premier lieu la garde-malade. C'est là dessus surtout qu'elle doit appliquer sa mémoire et son jugement, les deux facultés maîtresses dans l'exercice de l'art médical, les seules qui permettent d'acquérir ce que l'on est convenu d'appeler l'habileté, ou mieux le savoir-faire. Chez la garde-malade, toutes les notions de matière médicale doivent aboutir à un seul résultat : administrer chaque médicament de la manière convenable.

La garde-malade trouvera dans la troisième partie de ce manuel toutes les notions que nous avons pu recueillir, ou que l'expérience nous a enseignées, sur l'administration des médicaments. Elle y verra, par la division que nous avons faite de la matière médicale en général et par les détails que nous donnons sur chaque groupe en particulier, que la *provenance* des médicaments exerce une influence primordiale sur leurs propriétés extérieures ou chimiques. C'est ainsi que toute substance, suivant le règne auquel elle appartient (minéral, végétal, ou animal), est susceptible d'exercer certaine action commune à d'autres substances de même provenance. On ne peut pas, à ce point de vue, confondre les médicaments végétaux avec les médicaments inorganiques, ou avec ceux du règne animal, et *vice versa*. Dans chacun de ces règnes, on trouvera également des familles qui, au point de vue du degré de solubilité, des propriétés extérieures (odeur ou saveur), de l'action locale, ont des caractères communs dont il faut tenir compte. Si, par exemple, les alcalis et les acides sont facilement solubles, les métaux et les métalloïdes le sont très peu, et les hydrocarbures ne le sont le plus souvent que dans l'alcool; les alcalis sont irritants pour le tube digestif, ainsi que les acides, tandis que les métaux et les hydrocarbures sont mieux tolérés. De même le règne végétal nous fournit des médicaments, comme

(1) Extrait d'un manuel de matière médicale à l'usage des garde-malades, actuellement sous presse.

le colchique et le veratrum viride, ou la belladone et l'hyoscyamine, qui, pour avoir des applications thérapeutiques diverses, n'ont pas moins des propriétés analogues inhérentes à la famille végétale où les ont classés les botanistes. On pourrait multiplier les citations indéfiniment. Il y a donc là un point de vue spécial dont il faut savoir tenir compte.

L'action *physiologique* du médicament, dont nous parlons dans la deuxième partie de ce manuel, doit aussi influencer dans une certaine mesure l'administration des médicaments. Tout le monde comprend qu'un purgatif ne s'administre pas comme un hypnotique, ou un eupeptique comme un tonique cardiaque. Mais il y a plus; la garde-malade, connaissant l'action qu'on veut obtenir, devra placer le patient dans les conditions les meilleures pour faciliter cette action. C'est ainsi qu'elle administrera les purgatifs le matin à jeun, une heure avant le déjeuner, sauf avis contraire, et que les hypnotiques seront donnés au malade lorsque celui-ci est installé pour dormir, et que l'on a écarté de lui tout ce qui pourrait déranger son sommeil. Le cardiaque sera maintenu au repos, le dyspeptique soumis à une diète appropriée. Et ainsi de suite. Ce sont là de ces notions générales qu'on n'apprend guère dans les livres, mais qu'on acquiert vite par la pratique.

Il n'en est pas de même des méthodes à suivre pour administrer les médicaments suivant leur *forme pharmaceutique*. Ici il y a un choix à faire, car il y a de bonnes et de mauvaises méthodes, et quelquefois la méthode varie suivant les progrès de l'expérience ou s'ajoute à la suite d'une nouvelle découverte. Il y a donc une nécessité absolue d'être bien renseigné sur ce point. d'apprendre les méthodes classiques, c'est-à-dire celles qu'on a reconnues être les meilleures, les plus rationnelles. Dans l'administration des médicaments, la garde-malade n'a pas simplement qu'à obéir; il faut qu'elle sache, à l'occasion, exercer son propre jugement. Son utilité serait incomplète si, au besoin, le médecin ne pouvait pas compter sur elle. Voilà pourquoi l'enseignement que l'on donne aux garde-malades diplômées s'applique à en faire des personnes très renseignées sur tout ce qui concerne l'administration des médicaments.

Elles n'ont pas la science suffisante pour exercer la médecine, mais elles possèdent l'art de faire prendre ou d'appliquer les remèdes.

Car il s'agit véritablement d'un art, l'administration des médicaments devant varier avec chaque forme pharmaceutique. Nous n'en donnons ici que les notions les plus générales; l'on n'aura pour connaître les détails de l'administration de chaque médicament en particulier, qu'à consulter le manuel.

Solides. — Les médicaments solides ou les poudres se prescrivent habituellement sous forme de prises, de cachets ou de pilules. Si la prise est insipide, soluble et non effervescente, on la délaye simplement dans un peu d'eau; la poudre effervescente demande beaucoup d'eau, un demi ou deux tiers d'un grand verre. S'il s'agit d'une prise insoluble, ou d'un goût désagréable, on peut, dans le premier cas seulement, la mettre sur la langue comme le calomel, mais il vaut mieux, et dans le second cas c'est une nécessité, l'envelopper d'une gauze de papier de riz (*wafer*), d'un morceau de pain azyme (*hostie*) ou d'un cachet. Après avoir humecté légèrement la gauze ou le pain azyme, on l'étend sur la cuiller, puis, plaçant la poudre bien au centre, on replie les bords par dessus et l'on porte au fond de la bouche en faisant suivre d'une gorgée d'eau. Le *cachet* est préparé d'avance; le moment venu de l'administrer, on le dépose à la surface d'un verre d'eau et, au moment où il va plonger, on le cueille ainsi qu'un peu d'eau avec une cuiller et on le fait prendre sans le toucher avec les doigts. La *pilule* doit être déposée à la base de la langue et avalée avec une gorgée d'eau; elle doit être avalée toute ronde et non machée, ce qui, chez certaines personnes, chez les enfants surtout, offre parfois des difficultés presque insurmontables. On essaie alors de faire prendre la pilule dans une cuillerée d'eau, de confitures, de gelée, on l'enveloppe d'un morceau de mie de pain pour grossir son volume, on la dissimule dans un pruneau dont le noyau est enlevé; si malgré tout le pharynx du malade reste réfractaire, il faut écraser la pilule et l'administrer comme une prise.

Liquides. — Les *potions*, les *sirops*, les *préparations magistrales*

s'administrent suivant la direction marquée; c'est au médecin à indiquer la quantité à donner, l'intervalle des doses, la distance des repas et s'il est nécessaire ou non de réveiller le malade pour lui faire prendre son remède. D'une manière générale, un médicament prescrit avant le repas se donne de 20 à 30 minutes avant, et après le repas tout de suite ou 15 minutes après. On se rappellera que les doses trop largement diluées sont désagréables et nauséuses; la glace, l'eau de Seltz, le brandy sont utiles pour corriger le goût des médicaments. L'antique recommandation d'agiter la bouteille avant de verser la dose doit être suivie à la lettre; en aucun cas cela ne peut faire de mal, et très souvent la précaution est utile, sinon nécessaire. On verse la potion du côté à l'étiquette, pour ne pas la souiller.

Il faut apporter à l'administration des médicaments l'attention la plus profonde, ne jamais se laisser distraire; une garde-malade ne peut pas, ne doit pas confondre un médicament avec un autre. Dans les hôpitaux, on oblige la garde-malade à regarder l'étiquette deux fois: avant de verser la dose, avant de l'administrer au malade. Jamais un remède n'est donné dans l'obscurité. Les médicaments topiques, les liniments sont placés dans des bouteilles spéciales faciles à distinguer des autres.

La garde-malade doit savoir aussi être ingénieuse à un moment donné. Le patient récalcitrant, qui délire, qui ne veut pas ouvrir sa bouche, est forcé de le faire si on lui pince le nez; l'enfant colère, qui frappe, qui se débat, est facile à immobiliser quand on le roule dans un grand châle, ou un drap. Chez les patients à demi conscients, il suffit souvent de frotter les lèvres avec la cuiller pour qu'ils avalent instinctivement. Lorsque l'inconscience est complète, il ne faut pas essayer d'administrer les médicaments par la bouche, car ils peuvent s'engager dans le larynx et déterminer l'asphyxie.

Nous avons, dans ce manuel, fait une large part aux applications topiques; on y trouvera la manière de préparer un cataplasme ou un sinapisme, de pratiquer un badigeonnage ou une cautérisation. Nous avons laissé de côté, cependant, tout

ce qui ne relève pas directement de la matière médicale, tout ce qui se rapporte à la chirurgie ou aux spécialités : l'application des ventouses, l'emploi du thermocautère, les irrigations et les lavages. Ces divers procédés, selon nous, doivent être rangés à côté des pansements. De même la manipulation de la seringue hypodermique demande des notions d'aseptie, de stérilisation, que la garde-malade doit savoir, mais qu'elle apprendra avec les chirurgiens. Nous ne voulons pas cependant terminer ces notions générales sans dire un mot du collutoire, du gargarisme, du collyre, du suppositoire et surtout du lavement.

Collutoire. — Le *collutoire* est un médicament liquide ou semi-liquide qu'on applique localement dans les maladies de la bouche ou de la gorge. On doit, ici comme toujours, agir de manière aseptique. On ne trempe pas le pinceau ou le tampon dans la bouteille contenant la préparation, mais on verse chaque fois la quantité voulue dans une soucoupe ou un petit verre, et ce qui reste après l'application est jeté. Les tampons ne servent qu'une fois; les pinceaux, après chaque application, sont nettoyés dans un verre d'eau, essuyés avec une compresse, trempés dans une solution antiseptique et asséchés avec une nouvelle compresse. Le même pinceau sert au même malade, non à un autre, et est détruit ensuite. Pour appliquer un collutoire, on place le malade bien en face de la lumière, la tête légèrement renversée en arrière, la bouche largement ouverte, la langue tirée le plus possible en avant; pour dégager le pharynx, le malade prononce la voyelle *a*, ce qui fait remonter le voile du palais. Souvent et chez les enfants surtout, l'emploi d'un abaisse-langue est nécessaire.

Gargarisme. — Le *gargarisme* est un collutoire que le malade s'applique lui-même; cette application demande une éducation spéciale, et quelques-uns y éprouvent de la difficulté. La première précaution à prendre est de pratiquer une inspiration large et profonde, puis, la tête étant penchée en arrière, la bouche largement ouverte, on expire lentement l'air qui fait gargouiller le liquide et l'agite dans le pharynx; dès que l'expiration est terminée on penche vivement la tête en avant, et

l'on inspire de nouveau par les narines si l'on veut recommencer; sinon on rejette le gargarisme. Pour gargariser la bouche seulement, il suffit de fermer les lèvres et promener le liquide dans tous les coins de la bouche avec la langue et les joues.

Collyre. — Le *collyre* est un médicament, solide ou liquide, qu'on applique dans les yeux. Le premier point est de bien mettre à nu la face interne des paupières; pour y arriver, le malade étant couché, on se place du côté de l'œil à soigner, et on écarte les paupières avec le pouce et l'index sans appuyer sur le globe oculaire, mais en pesant suffisamment quand on a atteint l'orbite pour maintenir les paupières en position. On souffle le collyre en poudre à l'aide d'un tube (paille, plume, papier roulé, tube en verre); ou bien, après l'avoir mis sur un pinceau, on le fait tomber en donnant un coup sec avec le doigt. Le collyre liquide s'applique avec une œillère, sous forme de *bain*, ou sous forme d'instillation dans l'angle interne de l'œil avec un compte goutte, ou avec un pinceau si l'on veut exercer des frictions sur la muqueuse. Dans quelques cas, des compresses humides sur l'œil suffisent.

Suppositoire. — Le *suppositoire* est une préparation solide en forme de cône à base de beurre de cacao généralement. Le suppositoire doit être huilé avant d'être introduit dans le rectum; on l'introduit doucement, le patient étant couché sur le côté gauche, et l'on s'assure qu'il a bien franchi le sphincter interne. On comprime ensuite l'anus avec une serviette jusqu'à ce que l'envie d'expulser le suppositoire ait cessé.

Lavement. — Le *lavement* doit attirer tout spécialement l'attention de la garde-malade; très utile quand il est bien administré, il devient dommageable ou impossible si l'on ne sait pas s'y prendre. Il y a aussi une distinction à faire entre le lavement pour purger et le lavement pour nourrir, qui exigent une technique différente.

(a) *Lavement purgatif.* — Le malade doit être couché sur le côté gauche, les genoux fléchis; on protège le lit avec une toile de caoutchouc et un piqué, on place un bassin près de l'anus, et l'on pratique l'injection à couvert, sous les draps, avec la se-

ringue à bulbe dite seringue à lavement. La seringue ne doit pas contenir d'air, ce qui peut déterminer des douleurs dans l'intestin; on a soin de la remplir de liquide jusqu'à l'embout avant de l'appliquer. L'embout lui-même est graissé pour faciliter son introduction; on l'introduit lentement sur une longueur de 2 ou 3 pouces; il doit rentrer de lui-même sans pression forte; sinon il faudrait s'assurer de la nature de l'obstacle par un toucher rectal. Le liquide, à la température de 95° F., est injecté lentement, par une pression lente, continue, sans effort violent, afin de ne pas causer de douleurs ou de forte envie d'aller à la selle. L'injection terminée, on s'efforce de la faire garder au patient pendant 10 ou 15 minutes; il est bon quelquefois d'exercer une pression sur l'anus avec un linge, afin d'ôter l'envie de déféquer. La quantité habituelle de liquide, pour un lavement purgatif, est chez l'adulte de 1 à 4 pintes, et chez l'enfant de $\frac{1}{2}$ à 1 pinte; 2 onces suffisent chez un bébé. Ceci s'applique surtout à l'eau savonneuse. Il faut très souvent émulsionner le lavement médicamenteux à l'aide d'un jaune d'œuf. Pour le lavement à l'huile d'olive, 6 onces est une dose suffisante; pour celui à la glycérine, $\frac{1}{2}$ once suffit, mêlé à autant d'eau; chez le bébé, on injecte le contenu d'un compte-goutte ordinaire. Dans les cas de constipation opiniâtre, ou après les opérations, alors qu'il est important de ne pas laisser l'intestin se bloquer, de ne pas non plus trop fatiguer le malade, la garde-malade peut rendre les plus grands services en agissant vite et bien. Voici pour ces circonstances deux formules bonnes à retenir:

No 1. — Huile de ricin	ozijj
Térébenthine	oziss
suivies une demi-heure après d'une pinte de savonnage.	
No 2. — Térébenthine	oziss
Sel d'Epsom (ou de la Rochelle)	ozij
Savonnage chaud	Oj

(b) *Lavement nutritif.* — Le lavement nutritif ne doit pas être donné plus souvent que toutes les quatre heures, ou six fois en vingt-quatre heures. La quantité de liquide injectée ne doit pas dépasser six onces. La muqueuse rectale absorbant peu, le lavement nutritif doit être porté aussi haut que possible, avec un tube rectal de caoutchouc durci ayant $\frac{1}{4}$ de

pouce de diamètre et dont huit pouces au moins pénètrent dans le rectum. Le tube est introduit bien huilé; à son extrémité externe on fixe un entonnoir pour verser doucement l'aliment liquide sans laisser entrer d'air. On place près du siège une serviette autour du tube pour recevoir les gouttes de liquide qui peuvent s'échapper du rectum ainsi que le tube lui-même quand on le retire de l'anus. Après chaque injection, on lave le tube en y faisant passer de l'eau chaude, puis on le conserve dans une solution boriquée faible. Quand le lavement nutritif doit être renouvelé fréquemment, il est bon, avant chaque injection, si l'on veut éviter d'irriter l'intestin, de l'irriguer avec de l'eau chaude simplement bouillie. Après le lavement, le malade doit rester tranquille une vingtaine de minutes. Autant que possible, on emploie pour les lavements nutritifs des aliments concentrés. La dose du jus de bœuf pur est de 1 à ½ once par vingt-quatre heures; celle de l'essence de bœuf est de 6 onces répétés une fois dans la journée. Le lait doit toujours être peptonisé (20 grains de pepsine préparée par chopine de lait); on laisse le vaisseau quinze minutes dans l'eau à la température de 100° F.; puis on tient le lait sur la glace jusqu'au moment de le réchauffer pour le donner en lavement. Le brandy et le whisky sont très irritants pour la muqueuse intestinale; on ne les donne généralement qu'à chaque second lavement, et on les remplace dans chaque lavement alternatif par une once de lait. Quand on donne un lavement pour calmer la soif, une chopine d'eau suffit généralement. Les lavements astringents s'administrent avec la seringue fontaine. Nous donnons pour terminer quelques formules:

No 1. — Blanc de 2 œufs

Lait peptonisé oz. ij

No 2. — 1 œuf entier

Sel de table grs xv

Lait peptonisé oz. iij

Brandy oz. ss

No 3. — Carbonate d'ammoniaque grs xxx

Brandy oz. ss

Sérum artificiel chaud Oij

Ce dernier lavement n'est pas à proprement parler un lavement nutritif; on le donne dans les cas de choc post-opératoire pour stimuler le patient.

REVUE GÉNÉRALE

CHRONIQUE OBSTÉTRICALE

Le 28 mars, deux étudiants entraient chez moi, et me demandaient si une jeune fille vierge pouvait avoir de la sécrétion lactée. Oui, disais-je; mais je ne me rappelais plus où j'avais vu le cas cité. Voici que deux jours après je vois, dans le Journal des Sages Femmes, de Paris, l'observation curieuse suivante, rapportée par un certain docteur Gauthier.

C'est l'histoire d'une jeune fille de vingt ans qui a de la suppression de ses règles pendant trois mois. Plus tard, nouvelle suppression des règles, mais suivie cette fois de phénomènes étranges du côté des seins. A chaque époque menstruelle, s'établissait spontanément une sécrétion lactée très abondante durant quatre à cinq jours pour diminuer ensuite rapidement sans cesser complètement dans l'intervalle.

Rien d'anormal du côté des organes génitaux. Traitement interne à la teinture d'iode puis thyroïdine. Quelques mois plus tard l'écoulement menstruel se fait régulièrement accompagné d'une sécrétion lactée abondante qui persiste durant cinq mois. !!

* * *

Dernièrement Lewis, de Chicago, attirait l'attention des membres de la Société de Gynécologie de Chicago sur un placenta double ou bi-discoidal.

Qu'est-ce qu'un placenta double ou multiple? Ce n'est certes pas une curiosité anatomique et tout accoucheur n'est pas sans en avoir vu un certain nombre. C'est une division de la masse placentaire en plusieurs lobes de volume égal ou très différent. Tantôt il existe deux masses placentaires sensiblement égales en volume, reliées l'une à l'autre par un pont membraneux; tantôt, au disque principal sont annexés un ou plusieurs cotylédons de volume variable.

Il est donc bon de savoir que le placenta dans la grossesse simple peut n'être pas unique ou, d'une seule pièce. Il est de toute importance de toujours examiner l'arrière-faix après la délivrance. Manquer à ce soin c'est exposer l'accouchée

aux suites funestes d'une délivrance incomplète: hémorragie et infection.

Quand la délivrance est faite, on étale le placenta par sa face fœtale sur un plan horizontal; on l'examine soigneusement et l'on cherche s'il est entier, s'il n'y manque pas quelque cotylédon. Après cet examen, on retourne le placenta sur sa face utérine, on introduit la main dans le sac qui contenait l'enfant, on distend bien toutes les membranes, pour voir si elles y sont toutes les trois: amnios, chorion et caduque. Il peut bien se faire que la caduque et le chorion, qui sont intimement accolés et très difficiles à détacher l'un de l'autre, restent adhérents à l'utérus, pendant que l'amnios, qui se sépare facilement des chorion, suive seul le placenta. Chercher les trois membranes d'abord.

On remarquera l'existence d'un ou de plusieurs placentas supplémentaires ou accessoires restés dans l'utérus si, en étalant et en examinant la région membraneuse qui environne le placenta sorti, on aperçoit cheminant dans son épaisseur des vaisseaux artériels et veineux de calibre variable. Quelquefois les vaisseaux sont tellement volumineux qu'ils apparaissent nettement; d'autres fois il s'agit de vaisseaux fins presque capillaires qu'on ne découvre qu'en lavant les membranes pour les débarrasser du sang qui les souille.

Voyez-vous les conséquences de l'oubli d'un tel examen: séjour dans l'utérus d'un corps étranger qui va causer des ravages sinon mortels dans tous les cas, au moins graves et inquiétants pour le médecin lui-même, la malade et toute la famille inquiète.

* * *

Depuis quelques années je me suis efforcé de vulgariser le traitement de l'éclampsie par le *veratrum viride*. J'ai dit mes succès presque constants et la confiance presque illimitée que j'ai en ce médicament. Aujourd'hui je dirai un mot du même médicament employé encore en obstétrique ou en chirurgie abdominale. Ici je n'ai pas l'expérience des succès qu'il peut donner. Je me fie au simple énoncé du Dr Bonifield de Cincinnati qui a lu, devant l'Association Américaine des obstétri-

ciens et gynécologues, un travail qui mérite certainement une étude spéciale.

Le Docteur Bonifield prône hautement l'emploi du *veratrum viride* dans les inflammations péritonéales.

Rappelons brièvement l'action physiologiques du *veratrum viride*. C'est un déprimant du cœur et de la moëlle épinière. Il produit la sudation par son effet sur la circulation; il augmente l'excrétion de la bile en provoquant des vomissements sévères. L'effet le plus constant, à dose médicinale, est l'abaissement du pouls. Le pouls, quoique compressible, est souvent plein, et les bruits du cœur sont distincts et nets. Bien qu'il n'augmente l'excrétion biliaire que par les vomissements, lorsqu'il est employé expérimentalement, il est cependant certain qu'après des doses médicinales qui ne produisent ni nausées ni vomissements, on trouve souvent des selles bilieuses. Cliniquement le *veratrum* est un stimulant du foie, des reins, de la peau et des glandes salivaires. Il soulage les douleurs de l'inflammation et abaisse la température.

D'après le Docteur Bonifield, dans le traitement de la plupart des maladies (comme elles sont rares celles qui ont leur traitement spécifique) le médecin traitant doit se contenter d'aider la nature. Il suit les symptômes, contrôle ceux qui peuvent devenir dangereux, soutient les forces au patient, calme les douleurs et entretient les émonctoires en bon état.

Dans les inflammations de la cavité péritonéale, la nature cherche à traiter elle-même la maladie en limitant l'infection à un espace assez restreint; elle l'enferme en dedans de certaines barrières. La lymphe que la nature produit ou *manufacture* vient former un mur infranchissable à l'infection. En limitant ainsi l'aire affectée, la nature prévient la surtaxe sur le système qui s'opèrerait si une plus grande étendue était infectée; ainsi la plus large partie du péritoine reste intacte pour accomplir les fonctions de cette membrane.

Les indications du traitement sembleraient d'aider la nature à localiser l'infection, à soutenir la vitalité du patient, à stimuler les excrétions, et à rendre le patient aussi confortable que possible. Dans les fractures on immobilise le mem-

bre; dans les plaies on suture les lèvres; pour que les enveloppes de l'intestin se prennent ensemble au moyen de la lymphe, le mouvement péristaltique doit être arrêté, et les surfaces qui vont s'unir doivent être maintenues en contact. Tel est le traitement rationnel par l'opium, traitement de la péritonite préconisé par Alonzo Clark. Ochsner a enseigné à la profession d'arrêter les mouvements péristaltiques en leur enlevant tout stimulus, c'est-à-dire en tenant l'estomac et l'intestin vides. Les intestins étant ainsi immobilisés, le *veratrum* rencontre toutes les autres indications du traitement. Il soutient le cœur en lui rendant le travail plus facile; il stimule l'élimination du poison par le foie, les reins et la peau; il abaisse la température et calme la douleur.

Il est même possible que le *veratrum*, par son action sur la circulation, amène une armée plus grande de leucocytes au champ de bataille, et de cette manière aide à la destruction de l'armée envahissante des germes.

Il y a toute raison de croire que l'ablation rapide d'une trompe affectée présente autant d'avantages que l'extirpation à bonne heure d'un appendice malade, mais la trompe n'est pas un organe inutile et le chirurgien consciencieux n'ose l'enlever avant qu'elle ne soit assez endommagée pour qu'il n'y ait plus d'espoir de lui voir jamais recouvrer ses fonctions. Ainsi donc, dans la salpingite aiguë, on ne doit pas recourir à des mesures radicales, mais employer tels moyens qui rendent l'attaque plus légère. Les applications chaudes ou froides, et les autres moyens d'influencer la circulation dans la partie atteinte sont très employés et ont beaucoup de valeur, mais la circulation, peut, d'après Bonifield, être affectée beaucoup plus profondément par le *veratrum*, ainsi, ce médicament aurait une plus grande valeur.

Ici, encore, le *veratrum* ne doit pas prendre la place du bistouri. Quand il y a abcès, cet abcès doit être drainé. Quand une laparotomie ou une incision abdominale sont indiquées, elles doivent se faire; mais l'emploi judicieux du *veratrum* diminuera le nombre des cas de chirurgie.

Dans le traitement de la péritonite post-opératoire, une pur-

gation abondante est de la plus grande importance. Rien ne peut la remplacer. Mais il y a des cas où, après que les intestins ont été largement évacués, et que l'estomac est redevenu mieux, l'action du cœur est si rapide que, laissée à elle-même, elle s'épuisera avant que la convalescence ne s'établisse. Le *veratrum* est le médicament de choix, ici, pour ralentir le cœur. Il est de beaucoup préférable à la strychnine et à la digitale, parce que ces dernières poussent l'organe fatigué à travailler avec une nouvelle vigueur, tandis que le *veratrum* en diminue le travail et lui donne le temps de se reposer entre les battements. En stimulant les reins et les autres glandes, il hâte l'élimination des poisons qui sont probablement la cause de cette vitesse de l'action du cœur.

Le Docteur Bonifield rappelle les bons effets du *veratrum* dans l'éclampsie. J'en ai assez souvent parlé dans l'*Union Médicale* pour qu'il soit nécessaire d'y revenir aujourd'hui.

La préparation que M. Bonifield emploie est la teinture de Norwood. Il s'en sert en injection hypodermique quand l'estomac est irritable, ou dans le traitement de l'appendicite. La dose varie de 5 à 30 gouttes, suivant le poids et l'âge du patient. Il est plus sûr de commencer avec des doses modérées de 10 ou 15 gouttes et de répéter assez souvent pour obtenir l'effet physiologique. On a trop exagéré la toxicité du médicament. Le Dr Wood dit: "Je crois que le *veratrum* est le déprimant le plus sûr du cœur." Le *veratrum* n'est pas plus apprécié, parce qu'il est souvent prescrit à dose trop faible pour être effectif.

Quand on le donne par la voie hypodermique, et qu'on atteint dans les 24 heures la dose voulue, on les continue de huit heures en huit heures pour trois doses. L'effet en est obtenu quand le pouls se maintient entre 90 et 100 dans la péritonite, beaucoup plus bas dans l'éclampsie (60).

Toujours la même précaution, tenir la malade couchée pendant l'emploi du remède. La morphine employée hypodermiquement est le contre poison du *veratrum*, (si le pouls devenait trop lent).

Je crois que cette méthode de traitement des inflammations

péritonéales vaut la peine d'être essayée. Je me propose d'y avoir recours dans certains cas d'infection puerpérale non-seulement à manifestations locales, mais encore dans la septicémie ou la pyohémie puerpérales quand on ne peut abaisser la température et le pouls par aucun moyen.

* * *

J'ai sous les yeux une note qui me déconcerte. Le Dr Fothergill, d'Angleterre, rapporte le cas d'une grossesse multiple accompagnée d'hydramnios. Là, rien de nouveau pour moi. Mais voici ce qui me chagrine. Il y avait 4 enfants, tous sont morts dans le 24 heures. Trois des placentas étaient fusionnés en une seule masse, le quatrième était séparé. Beau cas quant au nombre des enfants et quant à la variété des placentas!

Et dire que, sur aude'à de 8000 accouchements je n'ai jamais rencontré plus beau que la grossesse gémellaire!!

* * *

M. le Docteur F. Monin (de Lyon) emploie, depuis quelques années, le bicarbonate de soude à haute dose contre les vomissements incurables de la grossesse. Il le donne à dose quotidienne de 10 à 12 grammes, divisés en 5 ou 6 cachets que la patiente absorbe dans les intervalles des périodes de la digestion, à savoir le matin à jeun, avant de quitter le lit, puis dans la seconde moitié de la matinée et, enfin, le soir au moment du coucher. Dans les cas où le pain azyne est mal supporté, on peut administrer, au lieu de cachets, des prises de 2 grammes de bicarbonate de soude dissous dans un demi verre d'eau.

Sous l'influence de ce traitement les troubles digestifs disparaissent rapidement. De plus cette médication alcaline a une influence favorable sur les manifestations hépatiques, que ces désordres se trouvent sous la dépendance de l'état inflammatoire de l'estomac ou qu'ils soient dus à une cause mécanique, telle que la compression exercée sur les voies biliaires par l'utérus gravide.

Un médecin allemand, M. le Docteur Oehlschläger (de Dantzig) a également recours, contre cet accident, au bicarbonate de soude, mais à doses beaucoup plus faibles et associé à la teinture de noix vomique.

Voici la potion qu'il prescrit :

Teinture de noix vomique (au dixième)	3 grammes
Bicarbonate de soude	8 do
Sirop de cannelle	50 do
Eau distillée	150 do

Mélez. — A prendre : une cuillerée à bouche toutes les 2 ou 3 heures.

Depuis qu'il a eu recours à l'association des deux médicaments précités, M. Oehlschläger n'a plus eu à interrompre le cours de la grossesse pour vomissements incurables.

Un médicament qui m'a donné de véritables succès dans les vomissements de la grossesse est la *teinture d'iode*, employée comme suit :

Une goutte de teinture d'iode dans une once d'eau une heure avant les repas, ou même toutes les heures.

A. RENE DE COTRET.

Docteur en Médecine, chef de la Maternité, professeur adjoint à l'Université.

CHRONIQUE MEDICALE .

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR L'HYPOCHLORURATION M. Toulouse vient de rapporter un cas intéressant devant la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, atteinte d'épilepsie depuis l'âge de douze ans et qui prenait depuis plusieurs années 2 grammes de bromure sans succès. Elle avait jusqu'à 138 accès par année. Mise sous observation par M. Toulouse elle fut soumise au régime hypochloruré en continuant d'absorber la même dose de bromure. Un vertige se montra le premier jour. Depuis cette époque, soit quatre ans, la malade, sous l'influence de ce régime spécial, n'a plus présenté aucun accident épileptique, ni crise convulsive ni vertige.

C'est l'application à la clinique de l'idée émise autrefois par le professeur Richet de Paris, à savoir qu'il est rationnel de croire à l'absorption plus rapide par l'organisme du bromure de potassium en le privant d'une quantité équivalente de chlorures par un régime approprié.

* * *

L'HYGIÈNE INFANTILE DANS UN VILLAGE. M. Pinard a produit devant les membres de l'Académie de Médecine des documents officiels extrêmement instructifs concernant l'état civil d'une commune de France.

Il s'agit de l'évolution des naissances et de la mortalité dans ce village. Je ne retiens, pour l'instant, que le chiffre de la mortalité infantile de 1893 à 1904 qui a été nulle. Ce fait est dû à la direction du maire de la commune qui est médecin, mais médecin instruit autant que maire soucieux des vraies intérêts de son pays. Il est curieux de lire l'arrêté spécial mis en force par le maire modèle et qui est la cause certaine de cet état de chose. Je le transcris textuellement.

Article 1. — Toute femme enceinte, mariée ou non, sans ressources suffisantes, pourra réclamer l'assistance communale.

Art. 2 — Pour bénéficier de cette faveur, elle devra déclarer sa grossesse avant le septième mois, en indiquant la sage-

femme qu'elle aura choisie. Celle-ci sera invitée à visiter la femme enceinte, et il lui sera alloué, pour cette visite, 5 francs, sur le budget communal (sans participation de l'Etat ni du département).

Art. 3. — Si les signes extérieurs font juger une intervention médicale nécessaire, la sage-femme en fera la déclaration à la mairie. Le médecin, dans ce cas, sera payé par la commune, suivant le tarif de l'Assistance publique.

Art. 4. — Toute accouchée assistée recevra 1 franc (1) par jour, si elle consent à rester au lit pendant dix jours. Cette allocation lui sera payée à l'expiration de ce délai de dix jours.

Art. 5. — Toute femme prenant un nourrisson qui ne sera pas nourri au sein devra avoir un appareil stérilisateur, qui sera présenté au médecin inspecteur.

Art. 6. — Tous les enfants seront pesés chaque quinzaine, à la mairie ou à domicile, et leur poids sera consigné sur une fiche individuelle conservée dans les archives municipales.

Art. 7. — Tout nourrisson atteint de diarrhée ou de troubles respiratoires sera signalé à la mairie dans les vingt-quatre heures.

Art. 8. — Toute nourrice qui ne se conformera pas aux prescriptions des articles 5, 6 et 7 pourra être privée de son certificat d'aptitude.

Art. 9. — Les appareils stérilisateurs et leurs accessoires seront achetés par la commune et cédés par elle, à prix réduit, aux mères ou prêtés gratuitement aux nécessiteuses.

Art. 10. — Toute nourrice élevant un enfant, soit au sein, soit au biberon, qui le présentera en bonne santé à la mairie, au bout d'un an au moins, aura droit à une allocation de 2 francs par mois, calculée depuis la naissance de l'enfant.

Il faut ajouter à cela que l'exécution de cet arrêté a comporté si peu de frais que la commune à elle seule les a facilement supportés.

On peut dire que cet arrêté est un modèle du genre et qu'il y aurait avantage à l'appliquer ici, où la mortalité infantile atteint un chiffre absolument fantastique si l'on songe aux efforts considérables qui ont été faits dans le but d'améliorer les conditions d'alimentation du nourrisson.

(1) Vingt sous.

Mais la différence est énorme à un autre point de vu. Alors que, là-bas, on donne une prime pour l'enfant vivant, et bien portant, on l'accorde, ici, pour l'enfant mort: je veux parler des assurances sur les enfants en bas âge.

* * *

QUAND CESSER LE LAIT DANS LA FIÈVRE SCARLATINE. Dans tous les maladies aiguës de l'enfance ou de l'adolescence, la scarlatine est une des plus graves à cause des complications qu'elle entraîne surtout du côté des reins; et c'est une des raisons qui engagent le médecin de soumettre les malades au régime lacté exclusif. Or quand cesser ce régime particulier?.. C'est ce que M. Gallois vient de résoudre à la Société de Thérapeutique en accompagnant sa communication de remarques très judicieuses au point de vue pathogénique.

La complication la plus caractéristique de la scarlatine, dit-il, est la néphrite. Quand un enfant présente une albuminurie dont on ne peut retrouver la cause, on suppose généralement qu'il a eu une scarlatine méconnue. S'il a eu une angine, on qualifie rétrospectivement cette angine de scarlatineuse. Cela n'est pas toujours exact. Une néphrite cryptogénique est généralement la conséquence d'une rhino-pharyngite méconnue, soit aiguë, soit chronique. Dans la scarlatine, la néphrite est également sous la dépendance de la rhino-pharyngite. Par suite, elle est à craindre tant qu'il y a de l'infection du cavum: elle n'est plus à redouter dès que la rhino-pharyngite est guérie. A partir de ce moment, on peut cesser le régime lacté. C'est là une indication précise permettant de n'imposer au malade que les précautions juste suffisantes.

"J'ai appliqué cette règle récemment chez une malade qui avait été envoyée au bastion 29 par erreur. Sa gorge présentait de telles fausses membranes que l'on avait cru à une diphtérie. L'interne de service fit une injection de sérum de Roux, mais s'assura qu'il n'y avait pas de bacilles de Lœffler. Il existait un peu d'albuminurie. Au bout de quinze jours, la gorge ayant été nettoyée, la fièvre tomba et l'albuminurie disparut. Au dix-huitième jour, on commença à donner à la ma-

lade des pommes de terre et, quelques jours après, de la viande. Au vingt-huitième jour, la malade nous causa une certaine émotion. Elle avait les yeux bouffis et se plaignait de douleurs de tête; cependant, l'albuminurie ne s'était pas reproduite. On la remit au lait et, le lendemain, le gonflement des paupières avait disparu. La malade nous donna alors l'explication des accidents qu'elle avait éprouvés; la veille de leur production, elle avait passé presque toute la journée à la fenêtre, la tête exposée au vent et à la pluie. Il s'agissait, par suite, vraisemblablement, du type morbide décrit par Galliard, Trousseau, sous le nom d'œdème aigu des paupières, et dont j'ai moi-même rapporté des exemples. Deux jours après on remettait la malade à l'alimentation ordinaire et la guérison se fit sans nouvel incident.

“ Cette observation vient à l'appui des thèses suivantes: 1° La néphrite dans la scarlatine est fonction de rhino-pharyngite; 2° Pour éviter la néphrite il faut pratiquer la désinfection des voies aériennes supérieures; 3° Dès que la rhino-pharyngite est guérie, le danger de néphrite n'existant plus, on peut supprimer le régime lacté. Cette dernière règle est sans doute un peu téméraire. On ne se risquera à l'appliquer que si l'on sait bien faire le diagnostic de la rhino-pharyngite et si l'on s'est assuré qu'il n'en existe plus trace chez le malade. ”

* * *

PRESSIION ARTÉRIELLE ET HÉMORRHAGIE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. Dans une des dernières séances de la Société Médicale des hôpitaux de Paris, on a rapporté plusieurs cas de fièvre typhoïde chez des diabétiques qui ont été caractérisés par des hémorrhagies abondantes et même mortelles pour quelques-unes d'entre eux. A ce sujet, M. Teissier a fait remarquer qu'on n'attachait pas assez d'importance à l'étude de la pression artérielle dans ces cas. L'hypertension artérielle est toujours considérable dans le diabète, et la fièvre typhoïde, malgré que ce soit une maladie hypotensive, ne la fait pas disparaître. Dans ces cas, en particulier, une hypertension, même passagère, aurait pu indiquer la survenue ou la préparation

d'une hémorrhagie intestinale. Il s'agit là, dit-il, d'un phénomène du même ordre que la disparition du dicrostisme dans la fièvre typhoïde, considérée comme un signe prémonitoire d'une hémorrhagie intestinale.

— En effet, nous croyons que l'étude de la pression artérielle peut rendre les plus grands services non-seulement dans la fièvre typhoïde mais dans toutes les maladies aiguës, et spécialement dans certaines maladies chroniques comme les néphrites et la tuberculose pulmonaire.

* * *

TRAITEMENT DU RÉTRÉCISSEMENT PYLORIQUE PAR LA THIOSINAMINE (1) Un médecin allemand rapporte, pour la deuxième fois, les résultats obtenus par ce médicament dont il a déjà été parlé antérieurement. La thiosinamine exercerait une action ramollissante sur les tissus fibreux cicatriciels. On avait obtenu de bons résultats dans certains cas de cicatrices externes et d'aponévrose palmaire. Mais l'auteur en a fait l'essai dans un cas caractérisé de rétrécissement pylorique. Voici comment l'auteur rapporte son observation.

Il s'agit d'un homme de 56 ans, souffrant depuis vingt ans de troubles stomacaux, atteint de rétrécissement cicatriciel du pylore, avec dilatation et insuffisance motrice consécutives. Les accidents (vomissements, ballonnements, etc.), atteignirent un tel degré, que la question de la gastroentérostomie fut agitée. C'est à ce moment (23 octobre 1903), que l'auteur commença à procéder aux injections de thiosinamine (solution alcoolique à 15%). Ces injections ne furent pas faites dans la cicatrice, comme lorsqu'il s'agit de tractus fibreux facilement accessibles, mais dans la *région dorsale, sous la peau*, à la base d'une demi-seringue de Pravaz la première fois, d'une seringue les fois suivantes (2 injections par semaine).

Le 10 novembre, le malade sent que les aliments commencent à passer plus facilement le pylore: la constipation disparaît. On essaie d'injecter 1½ seringue à la fois, mais cette dose est mal supportée et on revient à une seringue: le traitement est continué sans encombre et le 11 décembre, le malade

mange tous les aliments sans aucune difficulté et a retrouvé tout son entrain et sa vigueur. On continue néanmoins ce traitement.

Il semble bien que la thiosinamine ait exercé ici des effets inespérés: il ne saurait être question de suggestion dans un cas si grave, soumis sans succès aux traitements les plus divers. Le traitement n'est pas douloureux.

L'auteur estime qu'en gynécologie, en cas de synéchies p'eurales, etc., il y a lieu d'essayer cette médication.

— Je me demande si nous avons affaire, ici, à un rétrécissement simple, spasme ou cancer. L'auteur n'en dit rien, au point de vue clinique. Néanmoins il y a intérêt à expérimenter un médicament si anodin et qui peut rendre les plus grands services.

* * *

ACTION CURATIVE DE LA STRYCHNINE DANS LA POLYURIE ET LE DIABÈTE. Un auteur allemand rapporte, qu'après avoir injecté de la strychnine à un malade atteint d'incontinence d'urine dans le but de réveiller le sphincter vésical, il remarqua que la polyurie diminua considérablement.

Il en fit l'essai chez une femme atteinte de diabète insipide avec densité 1002. Il injecta sous la peau, chaque jour, cinq milligrammes de *nitrate de strychnine*. L'action fut rapide: la quantité des urines passa en peu de jours de 4 litres à 2½ litres; mais la densité resta à 1003. En même temps disparurent les symptômes désagréables de sensation de soif, de sécheresse et de la gorge.

— Ces cas nous engagent à continuer nos observations dans le sens rapporté ci-dessus, mais ils indiquent déjà que la strychnine, par son action sous la polyurie, exerce une influence sur le système nerveux central.

J.-A. LESAGE.

INTERETS PROFESSIONNELS

ABUS ET LEGISLATION

UN PLAIDEUR MALHEUREUX. — UN BILL INOCCUPÉ. —
UN COMMERCE MALHONNÊTE. — UNE BONNE IDÉE.

Dans une cause récente, *Dorion contre le Collège des Médecins*, la Cour Supérieure a maintenu les prétentions du Collège à savoir, qu'un étudiant en médecine qui n'a pas subi avec succès les épreuves du brevet n'a aucun droit à sa licence.

Cette interprétation est juste et basée sur la clause 3978 des statuts refondus de la province sur l'exercice de la médecine; mais les tribunaux se sont faits si souvent les serviteurs obligés des ratés de nos collèges ou d'ailleurs que nous avons presque été surpris de la sagesse de cette décision. Autre pays, autres mœurs! . . .

Ce jeune médecin, ennuyé des rigueurs de la loi et de la persistance de ses confrères à le considérer comme un parasite au milieu d'eux, résolu de s'adresser aux Gouverneurs afin d'obtenir cette licence tant désirée en se réclamant des amendements *Pineault-Roy*.

La réponse ne se fit pas attendre: son cas n'avait pas été prévu, et il ne pouvait pas bénéficier des amendements pour les raisons que nous énumérons brièvement ci-dessous.

Nos statuts ont souvent eu les honneurs de la refonte, si honneur il y a, sous le prétexte obligé de perfectionnement; mais il était réservé à ces temps de luttes politiques violentes et étroites, véritable fournaise ardente, de refondre incessamment — rien ne résiste à une telle chaleur — tout ce qui a nom loi et qui gêne plus qu'il ne faut les enfileurs de mots et les pourfendeurs de mandats électoraux.

La loi originale obligeant tout étudiant en médecine à passer brevet ou à produire un diplôme de bachelier se lit comme suit:

ART. 3798. — " Nul ne peut être admis à étudier la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique avant d'avoir obtenu un certificat de capacité du Bureau provincial de médecine.

“ Personne n'a droit à une licence du Collège sur présentation d'un diplôme, à moins qu'il n'ait été préalablement admis à l'étude de la médecine, conformément aux dispositions de la présente citation, à moins qu'il ait subi un examen préliminaire équivalant devant un collège, etc.

“ ART. 3977.—“ Toute personne qui a obtenu un degré ou un diplôme de médecine, dans une des universités ou écoles mentionnées dans l'article 3792, a droit à telle licence sans subir d'examen sur ses connaissances et ses aptitudes spéciales, pourvu que le *diplôme n'ait été donné qu'après quatre années d'études médicales depuis la date de l'admission à l'étude et suivant les exigences de la présente section.*”

En un mot, un étudiant en médecine qui n'a ni brevet ni diplôme de bachelier, eût-il étudié deux, trois, quatre années. eût-il même reçu un diplôme de docteur en Médecine, est ignoré du Collège des médecins comme étudiant en médecine et, par conséquent, inapte à recevoir la licence.

De plus, eût-il passé son brevet alors qu'il poursuivait ses études médicales, qu'il devra attendre l'expiration de la quatrième année à dater de son inscription comme élève régulier avant de recevoir sa licence, fût-il porteur d'un diplôme de docteur en médecine antérieurement à telle expiration.

Comme on le voit, c'est précis, mais très gênant pour les élèves à cours tronqué.

Aussi, vit-on bientôt la fièvre de l'*antidote* s'allumer dans le cœur des plus humbles recrues et les pousser à l'enregistrement forcé par le coup bien connu du *bill privé*.

Tous, à la file, soumettaient humblement — pareille humilité n'abrita jamais plus inconcevable prétention — que la maladie, la pauvreté, l'absence du pays etc. . . . — et le diable de la paresse un peu les poussant, je suppose — bref les petites excuses classiques en pareils cas, faciles à invoquer et impossibles à vérifier, les ayant empêchés de se conformer aux exigences de la loi, ils demandaient aux législateurs de les autoriser à pratiquer la médecine, *sans délai*, après examen devant le Collège des Médecins.

La Législature est bonne mère, et, chaque fois, elle accordait le permis. Le député, souvent, reconnaissait dans le signataire du bill le fils d'un électeur influent, ou, du moins, un électeur possible dans le futur; c'en était assez. Des prérogatives du Collège des Médecins; des abus et des dangers d'un

tel précèdent, on ne souffrait mot. Le politicien, d'ailleurs, connaît peu ou pas ces questions de régie interne en matière de haute éducation (1). La politique, d'autre part, n'exige pas tant de préparation, avant tout, elle est démagogue. Du reste, j'avoue en toute franchise que la tentation de passer, comme ça, pour un législateur ou un philanthrope en apposant simplement son nom au bas d'un papier à *renvois multiples* est déjà assez grande pour que l'on ne s'étonne plus de l'excessive faiblesse de nos députés. Aussi, il y eut des masses de bills privés; il y eut des masses de législateurs; et il y eut des masses de médecins. . . à côté; si bien que, la liste étant épuisée, on dut songer à arriver à un *compromis*. C'est un terme bien connu dans l'arène parlementaire: toute question en litige est sujette à compromis.

Le Collège des Médecins fut donc, à son tour, *invité à se compromettre*.

En face de cette augmentation, croissante chaque année, de bills privés, la Chambre de Québec, en 1898, autorisa les Gouverneurs à supprimer ce délai de quatre années dans les termes suivants. (loi Pineault.)

"Nonobstant l'article 3798 des Statuts refondus, le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec est autorisé à admettre à la pratique les étudiants en médecine qui, au premier novembre 1896, avaient commencé à suivre les cours de médecine dans une université dûment qualifiée en cor-
"poration dans la province de Québec, avant d'avoir obtenu le brevet les
"admettant à l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique
"dans cette province, après avoir subi les examens requis pour l'admission à
"l'étude et pour l'admission à la pratique."

Mais on rapporte que le moule n'étant pas du goût d'un certain nombre d'autres, on tenta un nouvel essai de fonte; et, en 1900, on en fit l'exposé dans les termes suivants: (loi Roy.)

"Néanmoins, le dit collège pourra, chaque fois que des circonstances le justifient d'en agir ainsi, exempter tout tel étudiant de l'examen requis pour l'admission à l'étude."

C'est-à-dire que, tout tel étudiant, non breveté ayant commencé ses études en 1896, et celui-là seul, pouvait obtenir sa licence en subissant un examen devant le Bureau spécial du Collège des Médecins sans être obligé de présenter un bill privé à la Législature de Québec.

(1) Il y a d'heureuses exceptions, mais combien rares. Elles sont toujours en infime minorité.

Je passe sous silence le fameux incident qui s'en suivit et qui coûta si cher au Collège, pour arriver à M. Dorion.

Ce jeune médecin avait commencé ses études en 1898 et non en 1896, sans brevet. Impossible donc de lui donner le bénéfice des amendements énoncés ci-dessus.

Il est évident que son cas n'avait pas été prévu; et nous ne sommes pas fâchés du résultat. Dans l'intérêt de confrères qui ont eu à souffrir de cette criante injustice, nous demandons aux officiers du Collège l'application stricte de la loi telle que confirmée récemment par la Cour Supérieure; et nous espérons qu'il n'y aura pas ici, comme ailleurs, péché grave de tolérance au détriment de médecins. *qualifiés ceux-là!*

Mais à quelque chose malheur est bon. En 1903, à la suite de ce procès retentissant qui coûta au Collège, en frais judiciaires, une somme approximative de \$10.000, quelques esprits larges comprirent le danger sérieux de la situation faite aux médecins de cette province. D'accord avec le président et les officiers généraux du Collège, les deux chambres législatives à Québec votèrent à l'unanimité une *loi concernant les professions libérales* ainsi conçue,

“ I. Nul ne peut .

“(a) S'il est imprimeur du roi, publier dans la *Gazette Officielle de Québec* un avis qu'un projet de loi sera présenté à l'une ou à l'autre des chambres de la législature de Québec à l'effet d'autoriser l'admission à l'étude ou à la pratique d'une des professions libérales; ou s'il est greffier des huiss privés d'une des chambres de la législature de Québec, recevoir un tel projet ni le faire imprimer :

“ A moins que l'avis ou le projet de loi ne soient accompagnés d'un certificat constatant que le projet de loi a été approuvé par le bureau ou conseil de l'administration de la profession dont il s'agit.”

Telle a été la dernière refonte, digne, celle-là, de la confiance que l'on devrait placer dans nos chambres législatives comme dans nos bureaux de direction.

* * *

Il était permis de penser qu'un si beau résultat mettrait fin à tant de luttes et que, de part et d'autres, les droits acquis seraient intangibles. Erreur. La question est ouverte de nouveau et on retombe ou, du moins, on essaie de retomber dans les mêmes errements d'autrefois.

En effet, la législation passée par les chambres en 1903, et rapportée ci-dessus, prit tout le monde par surprise, surtout les étudiants irréguliers qui escomptaient non sans raison le bon vouloir des législateurs pour régulariser leur position, toujours motivée, cela va sans dire.

On fit immédiatement les premières démarches. Néanmoins, on prit le parti apparemment le plus sage dans l'espèce; et on dressa une requête aux Gouverneurs du Collège à l'effet d'autoriser les requérants à présenter un bill devant la Législature leur permettant de pratiquer après examen devant le bureau du Collège.

Cette requête fut rejetée sur division en assemblée générale, septembre 1903.

De là mécontentement, malaise et nouveau projet de refonte en faveur des mécontents et des incapables.

Voici le projet de loi tel que rapporté par un journal quotidien du 16 courant, et qui semble inspiré de source. Je le rapporte en toutes lettres :

Si la législature de Québec adopte le projet de loi qui lui est soumis, les jeunes gens étudiant actuellement la médecine sans brevet auront lieu de se réjouir. Cette loi forcera le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec à admettre à la pratique de la médecine les étudiants de nos universités qui :

"(a) Auront dans tous les cas commencé leur cours médical dans l'une des dites universités et se seront fait inscrire comme élèves avant le 1er septembre 1903 ;

"(b) Seront porteurs de la double inscription, pour cours classique, de collèges de la province dûment constitués en corporation ;

"(c) Ou seront porteurs d'une inscription ou d'un brevet de l'un des dits collèges et obtiennent l'autre inscription avant l'octroi de la dite licence ;

"(d) Ou seront porteurs d'un diplôme de cours complet d'une école normale de cette province."

Cette requête est signée, malheureusement, par des élèves bien doués et animés du meilleur esprit de travail, à côté de camarades absolument nuls qui ont donné des preuves irrécusables d'incapacité durant leur passage à l'Université ou dans les Hôpitaux, du moins à Montréal, et nous savons qu'il y en a également à Québec.

Autant il est regrettable, pour les premiers, qu'ils aient négligé de se conformer à la loi provinciale, dès les débuts de

leurs études, en escomptant à l'avance une qualification par voie détournée et facile, que seuls auraient dû leur procurer leurs talents; autant il est regrettable de forcer la main au Collège des Médecins de cette Province en faveur des ratés audacieux qui trompent la confiance de leurs maîtres en attendant qu'ils trompent celle du public.

Nous demandons aux Gouverneurs, officiers ou autres, de protester énergiquement contre de pareils empiètements du pouvoir législatif sur les prérogatives d'une Corporation importante dont on devrait conserver intacts les privilèges si chèrement acquis; et nous espérons qu'il se trouvera dans la Chambre ou au Conseil Législatif des hommes assez dignes pour maintenir dans toute son intégrité une législation qu'on a cru bonne en 1903 et contre laquelle on s'insurge en 1904.

Nous avons des Sociétés Médicales bien organisées, pourquoi les officiers d'icelles ne provoqueraient-ils pas une contre-pétition en nommant des délégués officiels qui l'appuieraient devant le Comité de Législation à Québec, d'accord, en cela avec les représentants du Collège? C'est une bonne occasion pour elles de s'affirmer comme corps représentatif et nous suggérons à leurs présidents respectifs d'en prendre immédiatement l'initiative dans l'intérêt de la profession en général.

— J'avais pensé dire un mot de nos *pharmaciens guérisseurs à l'eau de rose* et du projet suggéré par mon confrère de Martigny dans la Revue Médicale du 13 avril, que j'approuve entièrement, mais le temps manque. La suite au prochain numéro. Je rapporterai des choses qui édifieront nos lecteurs trop confiants et qui feront réfléchir certains pharmaciens bien connus dont nous avons quelques ordonnances par devers nous. Il faut se rappeler que lorsqu'on est commerçant on n'est pas nécessairement chimiste; et que lorsqu'on est chimiste on n'est pas nécessairement médecin.

UN ÉLECTEUR.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 5 avril 1904

Présidence de M. VALIN.

PROCÈS-VERBAL.

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre de M. Marmorek de Paris remerciant la Société Médicale de l'accueil fait à son mémoire sur le sérum anti-tuberculeux.

M. VALIN président, donne lecture d'une lettre du président et du secrétaire général de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, invitant la Société Médicale à se faire représenter officiellement par un délégué au prochain congrès qui aura lieu à Montréal en juin prochain.

M. ASSELIN, secondé par M. Dubé, propose que la nomination de ce délégué soit remise à la prochaine séance. Adopté.

COMMUNICATION.

I. — M. DUBÉ présente un petit malade âgé de 13 ans atteint de *rétrécissement de l'artère pulmonaire*, probablement congénital (sera publié en mai).

II. — M. A. MERCIER présente une malade, portant des lésions *syphilitiques tertiaires*, après quatre années du début de l'infection. La malade, outre plusieurs germes de la peau, présente une périostite d'un des métacarpiens. M. Mercier profite de cette observation pour faire remarquer qu'il ne suffit pas de donner du mercure à nos syphilitiques pour les guérir; il faut donner des préparations et des doses appropriées. Cette malade, par exemple, a vu ses lésions augmenter malgré un centigramme de protoiodure de mercure pris 2 fois par jour.

Cette dose était absolument insuffisante.

Elle suit un traitement par les frictions mercurielles depuis 10 jours seulement et déjà les lésions sont de beaucoup améliorées.

DISCUSSION

M. OÛCAR MERCIER. Ces périostites syphilitiques indolentes sont assez souvent prises pour du sarcome; c'est pourquoi il est toujours très important de rechercher la syphilis

chez tous les malades atteints de tumeurs osseuses développées sans trop de douleur.

J'ai eu occasion dernièrement d'être consulté pour un de ces cas: il s'agissait d'un jeune homme porteur d'une tumeur osseuse de la main gauche, à qui on avait proposé l'amputation pour sarcome.

Comme il avouait sans difficulté l'existence d'une syphilis, je le mis au traitement mercuriel et toutes traces de lésions disparurent très rapidement.

On comprendra que dans un cas semblable une erreur de diagnostic est une chose excessivement grave pour le patient.

M. LESAGE approuve les remarques faites par M. Mercier en présentant son cas. Il appuie surtout sur la nécessité d'un médicament de choix. Le médecin, dit-il, doit exercer une surveillance rigoureuse à ce point de vue. Les iodures impurs causent des accidents sérieux et que l'on peut éviter en s'appliquant avec son pharmacien.

Quant à l'étiologie de l'infection, ici, si je ne me trompe, il s'agit d'un chancre syphilitique extra-génital?

A ce sujet, j'ai actuellement sous mes soins une fillette de trois ans qui porte sur la lèvre inférieure un chancre induré. Elle a probablement été contagionnée par un parent venu d'autres lieux, qui a fait un séjour assez prolongé dans sa famille. En tout cas, je l'ai mise sous observation dans l'espoir d'une erreur de diagnostic. Si la période secondaire se manifeste par les signes ordinaires j'interviendrai, alors, par le traitement ordinaire.

RAPPORTS

M. VALIN donne lecture du rapport qu'il avait été prié de rédiger sur la *nécessité d'enlever les vieux papiers muraux avant d'en placer des neufs* (voir plus haut).

Il est proposé par M. LeSage, secondé par M. Dubé, Que:

1° La " Société Médicale de Montréal " se prononce en faveur d'un règlement municipal ordonnant d'enlever des murs, les vieux papiers avant d'en placer de neufs.

2° Qu'elle approuve le rapport fait par son président, M. Valin, sur cette question.

3° Que copie du rapport soit adressée au secrétaire de la " Master Painters and decorators Association of Montreal. "

Séance du 19 Avril 1904

Présidence de M. VALIN.

PROCÈS-VERBAL.

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

Il est proposé par M. Dubé et résolu que M. le président soit nommé pour représenter officiellement la Société Médicale de Montréal au deuxième Congrès des Médecins de langue française qui aura lieu les 28, 29 et 30 juin prochain.

M. LESAGE désire attirer l'attention des membres et de la Société Médicale sur la question des *Intérêts professionnels*, beaucoup trop négligée jusqu'ici. Il est reconnu, malheureusement, que dans toutes ses démarches le Collège des Médecins a beaucoup trop oublié les Sociétés Médicales qui, seules, peuvent apporter un appui solide et presque toujours unanime.

Ainsi, la requête actuellement présentée à la Législature dans le but de régulariser un certain nombre d'étudiants est une atteinte contre les prérogatives du Collège des Médecins. C'est la substitution du pouvoir législatif à notre pouvoir exécutif.

Allons-nous laisser les choses aller au petit bonheur et nous désintéresser de nos intérêts les plus chers? . . . Pour ma part, je crois que la Société en agissant ainsi manquerait à son devoir.

J'ai l'honneur de proposer, secondé par M. Boucher, que M. le président, ainsi que le secrétaire soient autorisés à désigner deux membres de la Société qui devront se joindre aux représentants officiels du Collège et les accompagner à Québec dans le but de s'opposer à cette mesure. Adopté.

M. LE CAVALIER propose, secondé par M. de Martigny qu'une motion soit rédigée, protestant contre la mesure nouvelle actuellement en instance devant la Législature, parce qu'elle atteint directement, en les annihilant, les droits et privilèges du Collège des Médecins, M. Lecavalier donne lecture d'une motion rédigée dans ce sens.

MM. Dubé, de Martigny, Boulet, Décarie, Valin, prennent part à la discussion.

Il est résolu que copie de la présente résolution soit adressée à l'un des Gouverneurs à Québec, en le priant de la déposer devant la Chambre au nom de la Société Médicale. Il est aussi résolu d'inviter toutes les Sociétés Médicales à suivre la même ligne de conduite.

RAPPORTS.

I. — M. DUBÉ rapporte l'observation d'un cas de *psoriasis palmaire d'origine spécifique*, (sera publiée en mai).

DISCUSSION.

M. LESAGE. Cette observation est très intéressante par les questions nouvelles qu'elle souève, surtout au point de vue thérapeutique.

En effet, il est de règle dans tout cas de syphilis de donner une certaine dose de mercure, indifféremment, la même à chaque malade, sans tenir compte de la résistance de ce malade, souvent très grande, ni de la nature de la maladie souvent très-maligne. Nous nous en tenons à une dose moyenne. Aussi voyons-nous des échecs dans une foule de cas.

Il faudra se rappeler de ce fait à l'avenir, à savoir que chaque malade a un coefficient de réaction qui lui est personnel, entraînant *une dose à part, et jamais la même*.

Un autre point de la question s'adresse au médicament et à la méthode du choix.

Dans ces temps derniers, et ici même, à la Société, on a préconisé les injections intra-veineuses de *cyanure de Mercure* en mettant en évidence la rapidité de leur action et l'innocuité de leur emploi.

Je ne suis pas prêt, pour ma part à admettre sans réserve ces deux propositions.

Ces injections exigent une propreté absolue, une asepsie parfaite et un certain tour de main, que l'on ne peut exiger de tous les médecins. La conséquence arrive que nous avons des accidents que l'on met sur le compte de la méthode alors qu'ils sont imputables au seul médecin. On discrédite ainsi un mode de traitement précieux dans les cas de syphilis grave où il faut agir vite et avec énergie.

Du reste, si je comprends bien la pensée de M. Abadie, qui fut un des premiers à en conseiller l'usage, on est autorisé à pratiquer ces injections dans les cas de syphilis grave oculaire et nerveuse.

Je donnerais la préférence au *cacodylate de mercure* qui s'emploie en injections sous-cutanées à la dose de 15 à 30 injections avec intervalles de repos de 5 à 6 jours. Ce sel agit rapidement et est indolore.

M. LECAVALIER approuve les remarques faites par M. Lesage, il rapporte des cas d'insuccès par les injections intra-

veineuses alors que le traitement interne par des doses de *liqueur de Van-Swieten* ont donné des succès dans un cas qui lui est personnel, le malade ayant absorbé jusqu'à six cuillérées à soupe par jour.

M. VALIN vient à l'appui de M. Dubé soutenant que le psoriasis palmaire et plantaire est excessivement rare. Son apparition à ces endroits nous instruit sur son étiologie. Alors qu'il est bi-latéral et symétrique dans la syphilis, il est unilatéral dans la psoriasis simple. De plus le caractère des squames est différent dans les deux cas. Elles sont plus soulevées dans la syphilis, plus décollées, formant une véritable collerette appelée collerette de Bier.

Il est aussi du même avis au sujet des injections intra-veineuses de mercure. Il rapporte un cas de syphilis grave de la face et du cuir chevelu qui fut traité sans succès aucun durant quinze jours par les injections intra-veineuses de cyanure de mercure alors que la liqueur de Van-Swieten à doses fractionnées, suivant la méthode de Brocq, a amené la disparition complète de tous les symptômes.

M. BOULIER parle de son expérience dans l'emploi des injections intra-veineuses. Il corrobore à peu près les témoignages de ses confrères. Il ajoute que les abcès consécutifs aux injections peuvent survenir à la suite de n'importe quelle injection, mais en particulier pour le cyanure ils sont dûs à ce que l'on injecte le sel en dehors de la veine, souvent très difficile à mettre en relief chez certains malades.

II. — M. CLEROUX rapporte une observation très instructive de *néphrite syphilitique précoce*. (sera publiée en mai).

DISCUSSION

M. DUBÉ, fait quelques remarques intéressantes au point de vue de la différence entre la néphrite syphilitique précoce et la gomme du rein, lésion tardive. Il met en relief la susceptibilité très grande du rein à ce léser dans la syphilis. Il rapporte le témoignage de M. Dieulafoy, proposant de soumettre des syphilitiques au régime lacté durant trois à quatre mois, au début de la maladie dans le but de faire le traitement présentif de la néphrite. Il fait un mot d'historique de la question du traitement à savoir si le mercure ne provoquerait pas l'apparition de l'albumine, comme l'ont affirmé certains auteurs. Mais il est admis, dit-il, que tel n'est pas le cas, aujourd'hui.

M. LESAGE. La question de l'albumine par le mercure est réglée aujourd'hui. En effet, chaque jour, on publie des observations où le symptôme albuminurique a disparu après injection ou ingestion de mercure.

Quant à la question de néphrite syphilitique précoce, il y aurait peut-être un rapprochement à faire entre la syphilis et la scarlatine.

M. Gallois, dans une des dernières Séances de la Société de Thérapeutique a admis la relation qui existe entre l'apparition de la néphrite dans la scarlatine et l'existence des lésions des voies aériennes supérieures. Il a établi que chaque lésion grave du pharynx chez le scarlatineux était suivie à bref délai de néphrite, à tel point qu'il a affirmé que toute complication rénale à la suite de scarlatine était sous la dépendance de la rhinopharyngite.

Nous pourrions peut-être faire un rapprochement et dire que toute lésion syphilitique des voies aériennes supérieures est susceptible de se compliquer de néphrite précoce et adopter comme règle de conduite l'antisepsie ou du moins l'asepsie précoce de point incriminé.

M. VALIN, corrobore le témoignage de M. Dubé sur la fragilité excessive du rein chez le syphilitique et l'importance qu'il y a pour le médecin de faire des analyses d'urine plus souvent.

M. DECARIE ajoute que les néphrites syphilitiques avec oedème sont toujours excessivement graves, car un grand nombre de syphilitiques passent de l'albumine au début de leur maladie sans aucun autre symptôme.

III. — M. TRUDEAU de St-Remi⁽¹⁾, rapporte une observation de fièvre puerpérale à la campagne chez une femme en bonne santé antérieure qui fut infectée par son mari. Ce dernier ayant deux vaches atteintes de fièvre puerpérale leur donnait des injections vaginales d'eau boriquée avec une canule dont il se servait pour pratiquer les mêmes injections chez sa femme!...

La malade mourut, et l'enquête aboutit au résultat que l'on sait sur l'origine de l'infection!... (sera publiée en mai).

J.-P. DÉCARIE,

Correspondant.

(1) Par l'entremise de M. Dubé.

REPRODUCTION

A PROPOS DU LAIT STÉRILISÉ (1)

Par le Dr VARIOT, de Paris.

Notre collègue, le docteur Variot qui a fondé et dirige avec tant de succès le dispensaire de Belleville, une des plus belles œuvres philanthropiques pour la conservation des enfants, s'est ému à la lecture de l'article si intéressant de M. le docteur Lancry sur les " goutte de lait " contenant une appréciation très défavorable au lait stérilisé.

Cette appréciation était surtout théorique et toute relative.

M. Lancry nous écrit qu'il n'a pas voulu critiquer le lait stérilisé, mais donner son appréciation sur la valeur relative des différents modes de préparation. Il préfère à tout autre mode la pasteurisation.

Mais il n'a point voulu dire que dans une grande ville, au milieu des difficultés de toutes sortes qui empêchent la distribution d'un lait vraiment parfait, le lait stérilisé n'ait été une solution excellente qui a permis le développement d'une des œuvres les plus précieuses et qui a permis en particulier de répandre un produit d'une moyenne excellente au prix extraordinairement minime de 30 centimes le litre. Il convient tout le premier que pour que toute œuvre sociale produise un effet pratique, il faut non seulement qu'elle soit utile mais qu'elle soit économique.

Nous ne pouvons du reste sur ce sujet du lait stérilisé mieux informer nos lecteurs qu'en leur faisant connaître l'exposé du mode d'emploi du lait stérilisé que M. le docteur Variot a fait dans une récente et excellente conférence à l'hôpital des Enfants-Malades et publié dans son journal *La Clinique infantile*.

" Pour obtenir sa stérilisation absolue, il faut porter ce liquide à une température d'environ 110° pendant une quinzaine de minutes, à une température de 108° pendant une demi heure environ. Les ferments de la caséine (*bacillus subtilis*,

(1) *Clinique infantile*, Paris.

bacillus mesentericus vulgatus, thyrothrix tenuis) produisent en effet des spores qui ne sont détruites qu'à ces températures élevées.

Cette stérilisation à peu près absolue est réalisée par les procédés industriels. Le lait ainsi traité peut se conserver intact, à l'abri de toute fermentation, pendant un délai assez long. Cette stérilisation étant faite au lieu même de production du lait, immédiatement après la traite, pare aux inconvénients graves de la stérilisation tardive à Paris, par exemple. Enfin, ce lait étant livré, embouteillé, dans des flacons de capacité réduite ($\frac{1}{2}$ ou $\frac{1}{4}$ de litre), hermétiquement fermés avec des bouchons de liège paraffinés, le mouillage, l'écrémage, les sophistications et les fraudes diverses si, communes pour le lait ordinaire transporté à Paris, sont à peu près impossibles. Avec ces flacons de capacité "réduite", la fraude s'exercerait sans profit sur de si faibles quantités de lait, et c'est peut-être la garantie la plus assurée que l'on puisse avoir de la pureté du lait.

Tous les médecins sont aujourd'hui à peu près d'accord pour reconnaître les bons résultats de la stérilisation dans l'allaitement artificiel. Néanmoins, le lait stérilisé, ces derniers temps encore, a eu à subir des critiques parfois assez vives.

On a dit qu'il était plus indigeste que le lait cru, qu'il déterminait de la constipation, de l'anémie; on a voulu l'incriminer aussi dans la production de la maladie de Barlow.

Il est indéniable que l'emploi du lait surchauffé produit parfois un certain degré de constipation. Il est vrai aussi que certains enfants nourris de lait stérilisé présentent parfois un teint pâle avec bouffissure des téguments; anémie contre laquelle il nous sera aisé de lutter par l'usage précoce et régulier du jus de viande crue.

Mais il est exagéré de dire que c'est là un aliment indigeste, un lait "désorganisé", comme on l'a écrit en s'appuyant sur ce fait que les ferments du lait sont entièrement détruits par son surchauffage à 108° ou 110°. Ce sont là critiques théoriques que ne vient pas corroborer l'observation clinique. Le nourrisson est, après tout, le meilleur réactif physiologique du

lait qu'on lui donne, et s'il est bien établi par les faits, *ce dont nous avons la certitude*, qu'il prospère avec le lait stérilisé, c'est que cet aliment lui convient.

Or, à la "Goutte de lait" de Belleville depuis dix ans j'ai fait distribuer plus de 400.000 litres de lait stérilisé industriellement à plus de 3.000 nourrissons, que j'ai inspectés chaque semaine et dont j'ai surveillé la croissance et le développement par des pesées régulières. Jamais je n'ai eu qu'à me louer de l'emploi de ce lait stérilisé industriellement. Bien plus, parmi ces nourrissons, il y avait un bon nombre d'atrophiques, à la suite de troubles gastro-intestinaux prolongés; sauf pour les vrais athrepsiques de Parrot, c'est-à-dire pour ceux dont le degré d'atrophie va jusqu'à la cachexie, nous avons réussi généralement à arrêter d'abord les troubles gastro-intestinaux et plus tard à faire croître régulièrement ces enfants. Je me crois donc autorisé à affirmer hautement que le lait stérilisé est un lait qui a conservé toute sa valeur nutritive. Je le considère également comme absolument inoffensif. Pas plus à Belleville que dans mon service d'hôpital, que dans ma clientèle privée, je n'ai encore rencontré chez les enfants nourris exclusivement au lait stérilisé industriellement un seul cas de scorbut infantile. Aucun fait de scorbut n'a été signalé non plus dans les autres "Goutte de lait" à Paris qui distribuent le même lait stérilisé industriel que moi.

M. Maygrier disait récemment que les accoucheurs qui manient le lait stérilisé dans des appareils de Soxhlet ne connaissent pas non plus le scorbut infantile.

La stérilisation du lait a donc fait faire un immense progrès à l'allaitement artificiel.

Mais, après avoir été stérilisé, le lait peut-il être donné tel quel, sans aucune autre modification, au nourrisson? C'est là encore un point capital discuté dans l'allaitement artificiel.

Depuis que l'on fait usage du lait de vache pour l'alimentation des nouveau-nés, l'on a maintes fois remarqué que si quelques-uns d'entre eux peuvent dès leur naissance s'accommoder de ce produit pur, — surtout lorsqu'il est stérilisé — il en est d'autres plus nombreux qui ne peuvent le supporter.

Rappelez-vous les différences qui existent dans la composition des laits de femme et de vache.

C'est l'excès de caséine renfermé dans le lait de vache qui a surtout été incriminé dans la genèse des troubles digestifs observés chez les nourrissons artificiellement élevés: d'où l'idée, pour diminuer cet excès de caséine, de faire des coupages, d'ajouter au lait de l'eau ou d'autres liquides pour ramener le taux des matières azotées à un chiffre voisin de celui du lait de femme.

C'est une croyance très répandue en France, aussi bien qu'à l'étranger, que plus l'enfant est près de la naissance, plus on doit lui donner un lait faible, plus on doit y ajouter d'eau pour qu'il puisse le supporter et l'utiliser physiologiquement. On conseille très habituellement de couper le lait avec deux tiers d'eau bouillie dans les premiers temps, ou tout au moins avec la moitié d'eau. En Allemagne, les premières semaines, Biedert et Escherich donnent aussi au nouveau-né deux tiers d'eau et un tiers de lait dans la ration alimentaire. Il est vrai que l'on abaisse ainsi le taux de la caséine dans le lait de vache, plus même qu'il ne l'est dans le lait de femme: mais l'autre conséquence fâcheuse de ce mouillage est une diminution des deux tiers de la lactose et du beurre qui ne sont pas cependant en excès dans le lait de vache, — la valeur nutritive du lait est donc diminuée de deux tiers et ne sera que très incomplètement restituée par l'addition de l'eau avec 10 p. 100 de sucre, habituellement employée pour le coupage.

Je rappelle que le nouveau-né ayant une grande surface cutanée de rayonnement, a besoin d'une quantité de calories déterminée pour maintenir sa température, et que, proportionnellement à son poids, il doit consommer une ration alimentaire considérable. Aussi sera-t-on obligé de lui fournir de grandes quantités de ce lait mouillé avec deux tiers d'eau pour subvenir à ses dépenses de calorique.

Mais la capacité physiologique de l'estomac du jeune enfant ne peut pas être forcée impunément; elle suit, dans son développement, une règle bien connue, qui la porte de 30 grammes à la naissance, à 120 grammes au troisième mois; la

dilatation de l'estomac, dans l'allaitement maternel, se fait lentement et graduellement. En faisant ingérer des quantités excessives de lait mouillé, vous surchargez l'estomac plutôt que vous ne suralimentez réellement l'enfant. Le résultat est d'ailleurs le même: l'estomac ainsi forcé par des prises excessives de liquide, se dilate d'abord; puis il devient intolérant; les vomissements surgissent, bientôt se répètent à chaque tétée; la faible quantité de substance nutritive dans le lait mouillé n'est même pas utilisée, l'enfant dépérit et le terrain est préparé pour les gastro-entérites graves. Tel est le mécanisme le plus commun de l'échec de l'allaitement artificiel dans le premier mois de la vie.

Mon expérience depuis plus de dix ans à la "Goutte de lait" de Belleville, m'a appris que l'excès de caséine dans le lait de vache était beaucoup moins redoutable qu'on ne le croit généralement et que, si les enfants ne supportent pas tous, le lait pur à la naissance, il est bien suffisant d'y ajouter un tiers d'eau bouillie. Pratiquement, il est difficile de relever le taux de la crème ou du beurre: nous y suppléons en ajoutant au lait mouillé d'un tiers d'eau dans le biberon une cuillerée à café de sucre en poudre. Le saccharose, outre qu'il est très maniable, est très bien utilisé pour les nourrissons. On s'est servi du lactose et de l'eau lactosée dans le même but. Mais les médecins qui ont le plus vanté le lactose, comme M. Marfan, y ont renoncé. Cette substance est loin d'être identique au lactose du lait vivant, et les procédés d'extraction modifient probablement sa valeur alibile. On a remarqué d'ailleurs, que le lait mouillé d'eau lactosée produisait souvent la diarrhée.

Quant au saccharose il est interverti dans le tube digestif du nourrisson et il peut suppléer dans une certaine mesure au beurre déficient. — Après le premier mois, il suffit d'ajouter un quart d'eau bouillie à chaque tétée et une cuillerée à café de sucre en poudre. Du deuxième au troisième mois, le lait pur bien stérilisé et de bonne qualité est généralement bien supporté.

Les résultats satisfaisants et extrêmement nombreux que j'ai obtenus à Belleville sur un grand nombre de nourrissons

apportés sains ou atrophiques, par cette méthode de coupage du lait, démontrent que la crainte de l'excès de caséine dans le lait de vache est sinon tout à fait chimérique, tout au moins bien exagérée. Cette crainte a été cependant l'origine de toutes les modifications innombrables que l'on a fait subir au lait de vache dans tous les pays, en vue de l'humaniser, de le materniser, etc. Sans entrer dans aucun détail aujourd'hui, je me bornerai à dire que, plus nous avançons dans l'étude de l'allaitement, plus nous apprenons à nous défier de ces laits que l'on a cherché à perfectionner. Leur valeur nutritive paraît troublée et les cas rares de scorbut infantile que l'on a notés en France sont imputables à ces aliments défectueux. *En principe moins l'on touche au lait, mieux cela vaut*, et le mouillage seul, avec une faible quantité d'eau bouillie et avec addition d'un peu de saccharose semble tout à fait inoffensif."

LA CHAIRE DE GYNÉCOLOGIE A L'UNIVERSITÉ LAVAL

Nous enrégistrons avec un vif plaisir la nomination d'un de nos directeurs, Monsieur le docteur de Lotbinière Harwood, comme professeur à la chaire de Gynécologie, déclarée vacante par la mort prématurée du regretté docteur Brennan. Son expérience et son habileté reconnues le désignaient tout naturellement à cette charge, si lourde de responsabilité.

D'autre part, nous ne doutons pas qu'il saura donner à son enseignement tout l'essor qui convient à un sujet d'une telle importance et qu'il dirigera avec le tact qui sied à pareille situation la clinique de l'Hôpital Notre-Dame.

LA DIRECTION.

SYPHILIS DES NOURRISSONS

Par le Dr LÉVI SIRUGUE.

Le diagnostic de la syphilis du nourrisson constitue l'un des plus graves et souvent des plus difficiles problèmes de la pratique médicale. Qu'il s'agisse, comme c'est le cas ordinaire, d'une syphilis héréditaire débutant d'emblée par des accidents secondaires ou d'une syphilis avec chancre initial acquise après la naissance par contagion d'une nourrice infectée, de linge ou de tout autre objet contaminé, il importe au médecin de faire ce diagnostic le plus tôt possible pour éviter les contagions auxquelles peuvent être exposées des personnes de l'entourage.

S'il s'agit d'une famille où le médecin a déjà observé des manifestations syphilitiques chez les géniteurs ou s'il a suivi l'évolution d'une hérédo-syphilis dans les enfants nés à des accouchements antérieurs, il évitera de confier l'enfant à une nourrice, alors même qu'il naîtrait sain, et il agira prudemment en avisant la famille des risques qu'elle encourrait en procédant autrement. Si l'allaitement maternel ou artificiel n'est pas accepté, il fera bien de dégager sa responsabilité des accidents qui peuvent survenir. Si la conduite du médecin est nettement indiquée dans ce cas, il y a quelquefois des circonstances plus délicates. La syphilis des géniteurs peut être ignorée du médecin ou des malades eux-mêmes; les parents peuvent n'en présenter aucun stigmate au moment de la naissance de l'enfant. Celui-ci naît apparemment sain, et cependant, dans les mois qui suivent, peuvent éclater des manifestations syphilitiques. Si le médecin a quelque raison de suspecter la syphilis des parents, il devra là encore tenir la même conduite. Mais il est des cas où il est appelé dans une famille où un enfant suspect a déjà été confié à une nourrice. Il devra alors chercher à éclairer le diagnostic par une enquête faite sur les parents, en se conformant aux exigences du secret médical; il devra aviser le père de la nécessité absolue de surveiller étroitement l'enfant et, s'il y a seulement des suspicions, on pourra garder la nourrice, mais en faisant téter toujours avec un bout de sein, et au moindre signe qui vienne confirmer les doutes, on suspendra complètement l'allaitement au sein.

C'est le plus souvent vers la fin du premier mois qu'apparaissent les premières manifestations de l'hérédo-syphilis. Un des premiers signes sur lequel Trousseau a insisté avec raison est le *coryza purulent*. Il faut toujours se défier d'un enfant qui a du pus, des croûtes dans le nez, dont l'encliffement gêne la succion. Si l'on examine avec soin les ailes du nez, on pourra y voir des fissures caractéristiques. Après le nez il faut inspecter la bouche. On constate aux commissures des *fissures radiées*, qui sont, de par leur siège, leur infiltration, leur couleur, tout à fait caractéristiques. On ne devra jamais confier à une nourrice saine un enfant présentant de ces fissures labiales. Même aspect à l'orifice anal. Au pourtour de l'anus, à la racine des cuisses il y a souvent un *érythème jambonné* spécial, avec ou sans papules. Il faudra éviter de confondre cet érythème spécifique avec des érythèmes par simple irritation entretenue chez des enfants atteints de diarrée par des linges trop durs, par l'insuffisance des soins de propreté; ces *syphiloïdes post-érosives* (Jacquet) n'ont pas cette couleur cuirvée particulière, les fissures sont plus superficielles, ne s'accompagnent pas d'infiltration cutanée.

* * *

Si, au début, le diagnostic ne peut s'appuyer, le plus souvent, que sur les seuls signes que nous venons d'énumérer, il se confirmera bientôt par la survenue d'autres lésions. De vraies plaques muqueuses analogues à celles de l'adulte se montrent à la bouche, à la gorge; chez les filles à la vulve. Du côté de la peau, des éruptions diverses apparaissent; la roséole est très fugace et échappe le plus souvent à l'observation; mais, en dehors de l'érythème et des papules, vraies plaques muqueuses de la peau, on voit la syphilide psoriasiforme, et souvent le *pemphigus*, qui est spécial à l'hérédo-syphilis infantile et est très caractéristique. C'est pour le rechercher qu'on aura soin d'examiner la plante des pieds et la paume des mains où il siège et où il laisse des ulcérations après que les bulles se sont crevées. On pourra constater aussi les lésions de l'onyxis ou ulcérations périunguëales. Le petit hérédo-syphilitique a une alopecie remarquable du cuir chevelu et des sourcils; c'est là encore un signe que le clinicien ne devra pas né-

glier. Les adénopathies, si importantes dans la syphilis de l'adulte, n'ont guère de valeur ici.

En même temps que ces manifestations secondaires, se montrent des lésions tertiaires, et cette simultanéité est très caractéristique de la syphilis du nourrisson. Le ventre est volumineux, ce qui tient à un peu d'ascite, mais surtout à l'hypertrophie du foie et de la rate qui peuvent descendre jusqu'au pubis. L'orchite est assez fréquente.

Enfin, il est un autre signe qui n'est pas rare et qui doit toujours donner l'éveil, c'est la *pseudo-paralysie par décollement épiphysaire* décrite par Parrot. L'enfant qui en est atteint est amené au médecin comme paralysé d'un membre; l'examen que l'impotence fonctionnelle s'accompagne de douleur dans les mouvements qu'on provoque, et cette douleur qui a son siège au niveau du cartilage diaphyso-épiphysaire est due au décollement, qui rend compte des troubles observés.

Si le nourrisson hérédo-syphilitique offre souvent le tableau bien connu de la cachexie athrepsique avec ce teint bistre spécial, il importe de savoir que l'hérédo-syphilitique, surtout élevé dans de bonnes conditions hygiéniques, peut avoir tout l'extérieur d'un enfant sain et n'en présenter pas moins quelque une des manifestations ci-dessus.

* * *

Le médecin peut faire œuvre prophylactique utile en traitant les parents avant la conception et la mère pendant la grossesse. S'il n'est consulté qu'après la naissance de l'enfant il devra surtout, comme nous l'avons dit, essayer d'éviter les contagions. Il recommandera l'allaitement maternel, une mère d'apparence normale ne contractant pas d'ordinaire la syphilis de son enfant (loi de Colles). Sinon, on mettra l'enfant rigoureusement à l'allaitement artificiel. C'est surtout dans les classes pauvres, dans la campagne, que les contagions sont à redouter, soit directement, soit indirectement par les objets, biberons, linges, etc., ayant été en contact avec l'enfant contaminé. Le médecin ne devra pas craindre d'insister sur les dangers et d'entrer dans le détail des mesures à prendre pour les éviter. Si la mère nourrit son enfant et si elle-même présente des lésions syphilitiques, on lui donnera

un traitement qui pourra être de quelque avantage aussi pour l'enfant par suite du passage dans le lait des médicaments. Mais si la mère est indemne, il est inutile de procéder ainsi, et, en tout cas, ce traitement est insuffisant pour l'enfant porteur de manifestations syphilitiques. Ce qui facilite la tâche du médecin, c'est la tolérance remarquable des nourrissons pour les composés mercuriels, qui ne provoquent pour ainsi dire jamais de stomatite. Le mercure peut être donné de différentes façons. A l'intérieur il le sera sous forme de liqueur de Van Swieten, qu'on donnera dans du lait à la dose de 20 au plus 30 gouttes par jour en trois ou quatre fois. On suspendra s'il survenait de la diarrée. Mais le mercure peut être avantageusement prescrit sous forme de *frictions*, et c'est là un des modes d'emploi des plus usités. On peut se servir de la formule suivante (Comby):

Essence de Menthe.....	XX gouttes.
Onguent napolitain	20 grammes.

Diviser en vingt boîtes. Une par friction. La personne qui fera la friction aura soin de se munir d'un gant de crin. La friction ne sera pas faite deux fois de suite à la même place. On la fera successivement aux aines, aux aisselles de chaque côté, à la face interne des cuisses, etc. On peut enfin faire, dans les cas intenses, des injections avec la solution huileuse suivante:

Bichlorure d'hydrargyre.....	0 gr. 04 centig.
Huile.....	10 grammes.
Une demi-seringue par jour (2 milligr.)	

S'il y a des lésions cutanées, surtout suintantes, on prescrira des bains de sublimé (1 litre de liqueur de Van Swieten pour 14 litres d'eau). L'enfant devra être tenu très chaudement et, s'il a tendance à se refroidir, mis dans une couveuse. Le coryza, qui gêne la succion, sera localement traité par les pommades telles que celle au protoiodure au 30e.

Après deux ou trois mois on donnera de l'iodure (5 à 30 centigr.) ou du sirop de Gibert ($\frac{1}{2}$ à 1 cuill. à café).

Par un traitement énergique et précoce, on diminuera la gravité du pronostic, moins grande pour les enfants de la classe aisée qui, soustraits aux multiples causes d'infection hospitalière, ont plus de chance de survivre.

BIBLIOGRAPHIE

**Annuaire statistique et descriptif des distributions d'eau de France,
Algérie, Tunisie, Belgique, Suisse et Grand-Duché
de Luxembourg.**

Tel est le titre d'un ouvrage instructif au plus haut degré qui vient de sortir des ateliers de la maison Vve Charles Dunod, de Paris. Cet annuaire, œuvre de MM. les ingénieurs Imbeaux, Hoc, Van Lint et Peter, établit la situation des pays de langue française au point de vue de l'alimentation en eau et rendra d'éminents services non-seulement aux autorités sanitaires, municipales et autres, de ces contrées, mais aussi aux autorités sanitaires et aux ingénieurs de tous les pays du monde, en portant à leur connaissance tout ce qui a été réalisé dans les pays de langue française, avec, en plus, une appréciation de la valeur des différentes installations.

Pour démontrer les avantages d'une telle publication, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire les lignes qui suivent, détachées de sa préface: " Ce livre n'a pas uniquement pour objet de satisfaire une simple curiosité de statistique; il voudrait en montrant les erreurs du passé, les lacunes et les déficiences du présent, être à la fois un enseignement et un conseil pour l'avenir. En d'autres termes, le but des auteurs serait rempli, si cet ouvrage, attirant l'attention des villes intéressées, contribuait à les encourager à se procurer une eau pure ou plus abondante et à s'assainir d'une façon plus complète, ce qui assurerait non seulement la disparition de la fièvre typhoïde, du choléra et autres maladies d'origine hydrique, mais encore un abaissement notable de la mortalité générale.

" La première chose à faire pour améliorer une situation, c'est de la bien connaître. Ainsi toute maison de commerce ou d'industrie bien ordonnée ne manque pas d'établir, à la fin de chaque année, la balance de son actif et de son passif, et c'est d'après cette balance qu'elle recherche les points faibles de son exploitation, en la comparant notamment à celle des maisons qui réussissent mieux. Eh bien, c'est précisément une occasion d'examen critique et de comparaison ana-

“logues, que notre livre veut donner aux municipalités, en ce
 “qui regarde les points les plus importants de l'hygiène pu-
 “blique urbaine: toutefois, pour compléter l'étude, on ne de-
 “vra pas oublier d'y ajouter les relevés annuels des cas de ma-
 “ladies zymotiques (spécialement de fièvre typhoïde) et le
 “taux de la mortalité générale, tout en ne perdant pas de vue,
 “pour cette dernière, que, dans nos villes civilisées, elle ne
 “devrait plus dépasser 18 à 19 par 1000. (Inutile d'ajouter
 “que la fièvre typhoïde devrait disparaître à peu près totale-
 “ment et que les épidémies en doivent devenir impossibles).
 “Enfin, pour faciliter le jugement et les conclusions à tirer,
 “nous croyons utile de faire précéder la statistique proprement
 “dite des distributions d'eau, d'une sorte de code résumé des
 “règles d'après lesquelles il nous semble qu'on doit apprécier
 “la qualité d'une eau et la valeur de l'alimentation d'une ville.
 “Le lecteur, ainsi mis à même de comparer ce qui existe avec
 “ce qui devrait exister, pourra se faire rapidement une pre-
 “mière opinion”....

Chez F. R. de RUDEVAL, Éditeur, 4, rue Antoine Dubois, Paris, (V^e)

PRÉCIS D'ACCOUCHEMENT, par les Docteurs LOUIS DUBRISAY, ancien chef de Clinique à la Faculté de Paris, et CYRILLE JEANNIN, chef de clinique ad-joint à la Faculté de Paris.—Un volume grand in-8 de 736 pages, avec 113 figures, cartonné : 9 fr.

Les étudiants, désireux de préparer leurs examens d'obsté-
 trique, se trouvaient jusqu'à présent fort embarrassés, n'ayant
 à leur disposition que des ouvrages plus ou moins volumineux,
 encombrés de discussions théoriques ne pouvant leur être d'au-
 cune utilité. De même, le praticien ayant à chercher rapide-
 ment un renseignement, en présence de quelque cas difficile,
 devait parcourir de longs chapitres avant de trouver ce qu'il
 désire.

Les Drs Dubrisay et Jeannin viennent de répondre à ce
 double desideratum. En écrivant leur *Précis d'Accouchement*,
 ils ont eu comme préoccupation constante de faire une œuvre
essentiellement clinique, éminemment pratique, par conséquent.
 —Sur chaque question, ils ont longuement insisté sur la ligne
 de conduite à tenir, décrivant minutieusement le manuel opé-
 ratoire.

Les questions de moindre importance ont été traitées brièvement, mais toutes y sont exposées au moins en quelques lignes, de telle sorte que ce Précis représente exactement l'état actuel de l'art des accouchements.

L'ouvrage a été écrit sur un *plan absolument nouveau*, dont la logique et la netteté s'imposeront à tous les lecteurs. Le style est concis et clair, de nombreuses figures aident à la compréhension du texte.

A la fin de cet ouvrage, les auteurs ont placé un *Répertoire alphabétique*, où chacun pourra trouver immédiatement le renseignement qu'il cherche. Ainsi conçu ce Précis deviendra le *vade-mecum* de l'étudiant et du praticien.

Traité médico-chirurgical de gynécologie, par F. LABADIE-LAGRAVE, médecin de la Charité, et F. LEVEU, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des Hôpitaux. 3e édition revue et augmentée, avec 378 gravures en noir et en couleurs dans le texte. 1 fort vol. grand in-8° cart. à l'angl. 25 fr. (Paris, Félix Alcan, éditeur.)

Cette nouvelle édition, succédant à la précédente à deux années de distance à peine, est cependant un ouvrage presque nouveau tellement sont nombreux les progrès de gynécologie depuis qu'elle est entrée dans la pratique courante de la médecine et de la chirurgie.

Parmi les pages qui ont été l'objet des modifications les plus importantes ou de descriptions nouvelles, il faut citer les *rétections menstruelles dans un utérus dédoublé*, les *greffes de l'ovaire*, la *gangrène et la suppuration des fibromes*, la *suture des releveurs dans la périnéorrhaphie*, les *méthodes de péritonisation*, les *méthodes conservatrices dans le traitement de l'inversion utérine et des fibromes*.

Toutes les fois qu'il s'est agi d'étudier les résultats éloignés et la valeur thérapeutique d'une opération, les auteurs ont fait appel à des faits nouveaux et à des statistiques récentes; ils ont, sans hésitation, modifié leur appréciation sur la valeur d'une méthode et accentué ce qui, dans les éditions précédentes, n'était qu'une tendance. Ainsi l'hystérectomie vaginale a vu diminuer le champ de son domaine. Qu'il s'agisse de fibrome, de cancer ou de suppuration, elle s'efface, elle se retire

derrière la laparotomie, plus précise et plus sûre. Elle fut une opération de transition; elle est venue à son heure, elle disparaît à son temps et laisse le champ libre à l'hystérectomie abdominale qui triomphe sans conteste.

Cette troisième édition traduit exactement cette évolution de la gynécologie. Ainsi modifié et maintenu au courant de la science, ce traité conservera sans aucun doute la faveur que le public médical lui a toujours accordé.

Les premiers chapitres ayant trait au diagnostic et à la thérapeutique générale ont été également refondus; M.M. Labadie-Lagrave et Legueu y ont ajouté de nouveaux documents *sur le plan incliné dans l'exploration gynécologique, sur la sismothérapie, sur les courants sinusoïdaux, ondulatoires, etc.*

Un grand nombre de figures nouvelles ont été intercalées dans le texte.

Manuel de Pathologie générale et de Diagnostic de MOYNAC, 6e édition revue et considérablement augmentée par C. HILLEMANN; 2 vol. in-12 de 750 pages, et de 828 pages. Prix de l'ouvrage complet: 12 fr. Paris, 1914 (Steinhell, éditeur, rue Casimir-Péladigne, 2).

Cette 6e édition du *Manuel de Pathologie générale* de Moynac a dû être augmentée de plus de 500 pages pour répondre à la nécessité d'encadrer toutes les données nouvelles introduites dans le domaine correspondant de la connaissance depuis 1898, date de la publication de la précédente édition.

Il est, en effet, du sort des Manuels consacrés aux sciences en évolution de se dilater au fur et à mesure que les dites sciences progressent par l'acquisition de connaissances nouvelles.

Sans doute, une partie des données récentes introduites dans le domaine de la Pathologie générale sont destinées à prendre la place de données anciennes représentant une approximation moins parfaite de la réalité. Et l'on conçoit qu'une telle substitution puisse s'opérer dans un Manuel sans augmentation du nombre de ses pages: c'est ainsi que les nouvelles notions sur les *Dégénérescences*, résultées des travaux de Chantemesse et Podwyssotsky, ont pu, dans cette édition, être substituées presque page pour page aux notions qui avaient cours en 1898.

Mais encore, convient-il de faire observer que, dans la généralité des cas, les conceptions nouvelles ne s'imposent pas tout d'un coup et ne ruinent pas, du jour au lendemain, les anciennes. Celles-ci conservent, durant plus ou moins longtemps, de nombreux partisans, et ne sauraient, par conséquent, être passées sous silence dans un Manuel servant à la préparation des Examens. Il en est ainsi pour les problèmes relatifs à l'Hérédité, à l'Histogénie des tumeurs, etc.

De plus, si beaucoup de notions nouvelles sont destinées, en Pathologie générale, à remplacer des notions anciennes, il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. En Séméiologie, par exemple, les acquisitions nouvelles s'ajoutent aux acquisitions anciennes, mais ne les remplacent pas. Nous avons vu, au cours de ces dernières années, se constituer une Sémiotique nouvelle, fondée sur l'examen cryoscopique, cytologique, etc., des humeurs, et dont la haute valeur n'est pas à discuter. S'ensuit-il que cette nouvelle Sémiotique humorale ait diminué l'importance de l'antique Sémiotique organicienne? Personne n'oserait le soutenir. La Sémiotique humorale s'est purement et simplement surajoutée à la Sémiotique organicienne. Dès lors, sur quels motifs rationnels pourrait-on s'appuyer pour prétendre développer l'une au détriment de l'autre.

Pour toutes ces raisons, on doit féliciter auteurs et éditeur de s'être déterminés à doubler presque la somme des matières contenues dans leur Manuel plutôt que d'avoir tenté une condensation qui n'aurait pu s'obtenir qu'en donnant une image imparfaite et infidèle de l'état des questions doctrinales, ou en développant certaines parties de la Sémiotique au détriment d'autres parties non moins importantes.

Parmi les nombreuses additions introduites dans la nouvelle édition, nous nous bornerons à citer les suivantes:— Considérations nouvelles sur l'importance des causes intrinsèques en pathologie humaine, comparativement à leur peu d'importance en pathologie animale;— Données nouvelles sur l'importance du système nerveux dans la pathogénie des diathèses, des maladies constitutionnelles, des affections cutanées et digestives;— Etude des humeurs en général, au point

de vue de la cryoscopie, du séro-diagnostic, du cyto-diagnostic, etc.; — Étude sémiotique du sang et des leucocytoses; — Résumé des travaux d'Albert Robin, etc., sur la composition des urines dans ses rapports avec le diagnostic, le pronostic, les indications thérapeutiques de diverses maladies et affections; Albuminuries de croissance, Hémoglobinuries, Étude expérimentale de la perméabilité rénale; — Résumé des travaux de A. Robin et M. Binet sur le Chimisme respiratoire. Applications du Cytodiagnostic à l'étude des épanchements pleuraux; — Étude du Chimisme gastrique; — Étude du liquide céphalo-rachidien au point de vue de la cryoscopie, de l'hémolyse, du chromo-diagnostic, du cytodagnostic, etc.; — Données nouvelles sur la massothérapie, la photothérapie, la radiothérapie, l'électrothérapie, la thermothérapie, la frigothérapie, l'hydrothérapie, etc., etc.

Le Vin Don Lorenzo est un apéritif en même temps qu'un stimulant général. Il se prescrit avantageusement à la dose d'un verre à vin ordinaire un quart d'heure avant les repas. Pour les personnes affaiblies à la suite d'une longue maladie, il est bon de commencer par de petites doses en augmentant graduellement au fur et à mesure de la capacité digestive de l'estomac.
