

**PAGES**

**MANQUANTES**

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## La défense pratique contre la tuberculose.

---

par le Dr SAMUEL BERNHEIM, (de Paris).

---

C'est presque un lieu commun de répéter que la phthisie est la plus meurtrière des maladies actuelles. C'est presque une banalité de redire qu'à elle seule elle fait chaque année plus de victimes que les anciennes épidémies de peste, de varioles ou de choléra réunies, qu'il meurt rien qu'en France une moyenne de 150 mille tuberculeux par an, que ces pertes d'hommes, fauchés avant d'avoir pu remplir leur rôle dans la Société, lui coûtent très cher, et par la non valeur économique et sociale que chacun de ces sujets représente, et par les soins hélas ! insuffisants et stériles qu'elle essaie de leur donner, vérités trop peu connues auxquelles les plus récentes statistiques apportent de continuelles confirmations, mais vérités bonnes à redire et qui se trouvent résumées dans cet aphorisme d'un de nos maîtres : " la tuberculose est le fléau des temps modernes ".

La tuberculose, disions nous, revient cher à la Société. De fait, il lui coûte trop cher au moins en France—et en ce sens il ne lui coûte pas assez cher puisque les efforts tentés par nous sont restés de vains sacrifices et que tout a été fait par pure perte. Sans tenir compte—et on a pu l'apprécier cependant—de la non-valeur par suite de la perte sèche que chaque tuberculeux représente dans la Société, il y a lieu d'insister sur ce point surtout que les réformes, les mesures de prophylaxie et de traitement introduites depuis quelques années en France pour lutter contre la tuberculose sont restées sans effets pratiques bien appréciables, alors que les pays voisins, l'Allemagne, l'Angleterre, le Danemark, la Suède, comme nous éprouvés par le terrible fléau et incontestablement moins bien armés que la France au point de vue climatérique pour opposer à l'extension tuberculeuse une barrière efficace, sont cependant arrivés à des résultats meilleurs et infiniment plus encourageants.

Il est vrai qu'il ont pris le taureau par les cornes et que, en présence du monstre, ils ne se sont pas contentés de demi-mesures et de demi-sacrifices, les plus coûteux ! Ils ont organisé la lutte : l'Etat est intervenu et par son autorité et par ses lois, et par ses deniers, pour conjurer le danger et le faire rétro-céder dans les limites possibles.

En France, en dépit des efforts très louables qu'on a faits, de ceux qu'on doit à l'initiative privée aussi bien qu'aux pouvoirs publics, en dépit des notions d'hygiène et de prophylaxie, qui peu à peu commencent à se répandre dans le public, à faire partie de l'instruction et de l'éducation nationale, la mortalité n'a pas baissé. Des statistiques les plus nouvelles il semblerait même que la tuberculose a une tendance ou à devenir plus maligne, ou à gagner encore davantage. L'infiltration néfaste, qui était déjà si profonde, semble trouver de nouveaux moyens de généralisation.

Dans le département de la Seine, en cinq ans, de 1893 à 1898, la tuberculose pulmonaire a tué 61,184 habitants, sur lesquels 30,123, soit la moitié, étaient âgés de 20 à 39 ans.

Rien qu'à Paris, pour les dix huit dernières années, de 1880 à 1898 inclusivement, on note 184,000 victimes de la phtisie. " Cette proportion effrayante, dit le Dr M. Letulle, qui englobe plus de la moitié des morts (la moitié plus 2 pour 100 environ) laisse deviner les conséquences des ravages exercés par notre " peste moderne " qui vient tuer de préférence l'homme ou la femme en pleine période productive de sa vie physiologique pendant les belles années de son rendement social."

Dans une conférence récente, M. le prof. Brouardel rappelant que les plus formidables épidémies de choléra, celles qui causèrent dans ce siècle la plus grande horreur, furent celles de 1832, de 1848 et de 1849 et enfin celle de 1853-1854. Au cours de chacune de ces épidémies la mortalité fut la suivante :

Epidémie de 1832 .....	102,739	décès.
“ “ 1848-49.....	100,561	“
“ “ 1853-54.....	153,436	“

" Cette mortalité vous semblera énorme. Cependant elle est beaucoup moins considérable que celle qui reconnaît comme cause la tuberculose pulmonaire. En effet, les statistiques nous apprennent que chaque année sur les 650,000 décès qui se produisent en France, 150,000, soit plus du cinquième, sont dûs à la tuberculose. Donc, chaque année, la phtisie fait disparaître de la France une ville aussi peuplée que Toulouse, une ville

moitié plus considérable que Nancy et fait plus de victimes en 1 an que la plus terrible des épidémies de choléra en deux années. Cependant, personne ne s'en émeut ! ”

Donnons des chiffres plus frais de date, ce qu'on pourrait appeler le dernier cri de la statistique ! Voici le bilan de la tuberculose à Paris pour l'année 1899. Sur un total de 46,988 décès relevés en 1899, 12,314 sont attribués à la tuberculose, soit plus du quart. Si l'on recherche pour chaque âge la part qui lui revient on obtient les chiffres suivants : pour 100 décès de 1 à 20 ans, on en compte 37,2 par tuberculose. De 20 à 30 ans, 60,2. De 40 à 60 ans, 30,5. A soixante ans et audessus, 33. Ainsi de 20 à 40 ans, ce n'est pas le quart, mais le tiers, qu'il faut mettre au compte de la phtisie.

Ces chiffres ont leur triste éloquence. Ils devraient aussi avoir leur enseignement. Une conclusion s'en dégage impérieuse, urgente ; il faut lutter et surtout organiser la lutte. “ Il s'agit tout simplement, dit toujours le Dr Letulle, pour la nation française d'une question de vie ou de mort. Non seulement, notre patrie est appelée à voir disparaître en 20 ans 3 ou 4 millions d'habitants vaincus par la phtisie, mais encore notre race, si l'on n'y met ordre, s'en trouvera de plus en plus affaiblie, la descendance du tuberculeux étant en général peu résistante et d'autant plus accessible aux mille autres maux qui accablent l'humanité.”

\* \* \*

*Ce qu'on a fait contre la tuberculose.* En face de ce malheur public, qui se perpétue avec une sûreté et une régularité dont on a pu tout d'abord concevoir quelque découragement, qu'a-t-on fait en France ? que faudrait-il faire, nous demanderons-nous tout de suite, car notre intention n'est pas de récriminer longuement. Telles sont les deux questions que nous voudrions nous poser et traiter dans cette étude.

Qu'a-t-on fait ou plutôt qu'a fait l'Etat—car les œuvres de la charité privée pour nombreuses et intéressantes qu'elles soient, utiles et généreuses—seront toujours insuffisantes à juguler la tuberculose dans sa marche envahissante. Ce n'est pas l'Etat qui doit seconder l'initiative individuelle ; c'est au contraire celle-ci qui doit seconder l'Etat. A lui de commencer. Dans une question comme celle-là, sociale au premier chef, dans une croisade contre la plus meurtrière des calamités modernes, c'est à lui qu'il appartient d'organiser la lutte et à fournir les armes. L'exemple doit partir de haut !

Or, son intervention s'est bornée à peu de chose.

Voici près de trois années que deux grandes commissions extraparlimentaires de la tuberculose nommées, l'une par le conseil municipal de Paris, l'autre par le Ministre de l'Intérieur, ont été instituées dans le but d'étudier les meilleurs moyens de prophylaxie et de traitement de la tuberculose. Depuis leur naissance, ces commissions, composées d'hommes très compétents, n'ont que peu fait parler d'elles. On peut regretter cet excès de modestie de la part de gens qui ont pour mission d'agiter l'opinion, de secouer la torpeur générale, de susciter les initiatives fécondes, de provoquer l'intervention des pouvoirs publics, et somme toute de sonner le clairon, de battre le rappel et de jeter l'alarme, de mener la charge et de conduire la société toute entière à la plus belle des victoires que la civilisation moderne puisse envier ! De temps en temps, il nous revient que ces commissions poursuivent leurs travaux, mais qu'elles ne sont pas encore arrivées à des conclusions définitives. « Il semble cependant, fait justement observer le Bulletin de l'Oeuvre des enfants tuberculeux, que dans l'arsenal des lois existantes et inappliquées elle doit trouver les armes pour lutter contre le terrible fléau. C'est ainsi que la loi sur l'assistance médicale gratuite pourrait apporter un des éléments de solution de problèmes passés à la commission, si le gouvernement voulait l'appliquer autrement que sur le papier ! Il ne suffit pas de faire délibérer des hommes de bonne volonté, il faut donner une sanction à leur parole et avant de chercher des moyens nouveaux, on doit se demander si ceux dont on dispose ont du bon et s'en servir.

Quoiqu'il en soit, les statistiques le prouvent assez, la mortalité par la phtisie n'a pas diminué ; au contraire.

Demandons-nous pourquoi. Cherchons les raisons pour lesquelles sévit aussi fort que jamais la tuberculose. Voyons où et comment, par suite de quel concours de circonstances, de quelles coupables négligences aussi, elle exerce ses ravages. Suivons-la dans tous les foyers où elle sévit, d'où elle s'irradie pour gagner de proche en proche et contaminer jusqu'aux campagnes. Connaître les causes du mal, les desiderata de l'état actuel, c'est indiquer, du même coup là où il faut porter le remède. Et les améliorations pratiques et faciles, celles qui sont d'une réalisation presque immédiate surgiront toutes seules de cette étude et seront comme les premières assises du code qu'on pourra formuler contre la tuberculose.

\* \* \*

*La tuberculose est contagieuse et non héréditaire.*—Comme nous l'avons prouvé déjà il y a plusieurs années, et on ne saurait assez répéter cette vérité, la phtisie n'est pas héréditaire. Accepter des coups et courber l'échi-

ne devant elle comme devant je ne sais quelle fatalité inexorable, sous prétexte que l'enfant naît avec son mal, qu'il le porte dans le sang, suivant la fausse conception populaire, se résigner à la subir sous prétexte qu'on ne peut la vaincre, voilà déjà une notion très funeste que par tous les moyens possibles, par le livre, par l'affiche, par l'école, par la parole, on doit s'efforcer de déraciner du cerveau et de l'esprit des gens.

Il en est une autre qui en découle logiquement et dont la portée pratique n'est pas moindre. Si la tuberculose n'est pas héréditaire, par contre elle est contagieuse et terriblement contagieuse. Nouvelle raison pour qu'on doive user des moyens pratiques de s'en préserver—Car on le peut puisque selon le mot de Pasteur, il n'est pas une maladie microbienne dont l'humanité ne puisse désormais se garder. Son agent de contagion, la façon dont il se disperse, pourquoi il est particulièrement dangereux chez les débilisés, la double influence de la graine et du terrain—tout cela est monnaie de banalité pour le médecin, pour l'homme instruit—mais tout cela n'est pas suffisamment su de tout le monde, et c'est ce à quoi il faut arriver.

Étudions donc les divers modes de contamination tuberculeuse. Suivons le bacille partout où il nous guette, et pour cela considérons l'homme depuis son enfance jusqu'à l'âge mûr. Les exigences de la vie et de la société lui imposent de se trouver en de certains milieux, le placent dans quelques endroits où la contagion est la plus redoutable et la plus facile. Suivons le donc depuis son enfance. Voyons le danger qu'il court vis-à-vis du bacille, ce que l'on fait pour l'en préserver, ce qu'il conviendrait de faire surtout.

La contagion tuberculeuse peut s'effectuer par deux sources différentes: 1<sup>o</sup> de l'animal à l'homme, 2<sup>o</sup> de l'homme à l'homme.

*Contagion animale.*—Par l'animal, les modes de disséminations sont divers. Une bête malade (et les animaux domestiques sont tuberculisables autant que l'homme) peut semer autour d'elle la tuberculose. Le chien, le chat, les oiseaux de basse cour et d'agrément sont souvent tuberculeux.

La contagion animale s'opère encore par l'intermédiaire de la viande et du lait qui servent à l'alimentation; enfin par le voisinage d'écuries, d'étables, où des animaux malsains séjournent ou ont séjourné.

Le remède immédiat qui s'impose depuis la découverte de la lymphé de Koch consiste à soumettre les animaux de boucherie à l'épreuve de la tuberculine. « L'histoire, dit le Dr G. de la Loutre, nous apprend que la maladie fut introduite au Danemark par le bétail provenant de la Suisse et de l'Angleterre, en Suede par le bétail d'Ayz et par les races hollandaises,

et en Norvège par le même bétail d'Ayz. La tuberculose a pénétré jusque dans les coins les plus reculés de la Finlande, des steppes de la Russie et en Hongrie. De l'Europe, elle est passée dans l'Amérique du Nord, en Australie et au Japon. Dans ce dernier pays, la maladie frappe 50 pour cent des bovidés importés d'Amérique et d'Angleterre. Au Transvaal la maladie est tout-à fait encore inconnue, mais elle a pénétré au Natal. En somme la tuberculose animale apparaît là où la civilisation a pénétré.

Le remède qui s'impose à cet état, c'est la création de nombreux abattoirs publics surveillés et la tuberculinisation obligatoire."

Cette tuberculinisation en Prusse, Saxe, Bavière, en Autriche, dans le nord de l'Italie, en Lombardie et en Sardaigne, en Suisse, en France, en Belgique, en Hollande, au Danemark, aux Etats Scandinaves, en Amérique, etc., a prouvé que la tuberculose était une maladie très fréquente chez les animaux domestiques.

Pour lutter contre la tuberculose d'origine animale—à la suite de diverses communications faites au Congrès de Bruxelles de 1895—la Belgique a rendu obligatoire l'épreuve de la tuberculine. Plus tard le Massachusetts a suivi l'exemple de la Belgique. Dès 1893, le Danemark entra effectivement dans la lutte contre la tuberculose animale par la tuberculinisation obligatoire. La Norvège, en 1894, la Suède en 1897 appliquent la même loi. La Prusse en 1896, l'Autriche-Hongrie en 1898 suivent l'exemple donné par les pays plus haut cités. En France il n'existe encore aucune loi rendant la tuberculinisation obligatoire ! Tout au plus le code rural (21 Juin 1898) admet-t-il l'injection de la tuberculine.

La preuve, poursuit M. Guy de la Loutre, que la tuberculinisation est capable de combattre la phthisie de la race bovine, est donnée par les résultats obtenus au Danemark où l'on est parvenu à diminuer de 20 pour cent le taux de la tuberculose. Cette diminution tient tout simplement aux mesures très énergiques vis-à-vis des animaux reconnus malades.

Cette épreuve de la tuberculine si utile pour les animaux qui doivent fournir la viande de boucherie l'est plus encore pour les vaches laitières, car la transmission de l'infection bacillaire à l'homme, aux nourrissons surtout, s'opère fréquemment par le lait, le beurre ou le fromage.

MM. Boinet et Huoy donnent à ce sujet des documents recueillis à Marseille touchant la propagation de la tuberculose. Cette ville consomme chaque jour le lait fourni par plus de 9000 vaches dont le tiers est atteint de la tuberculose. Ces auteurs ajoutent que le danger de la transmission

tuberculeuse est en quelque sorte atténuée par la rareté de lésions mammaires. Or rien n'est moins démontré que l'inocuité du lait provenant d'une vache tuberculeuse qui n'a pas de granulations au niveau des mamelles. Il existe de nombreuses observations qui semblent démontrer le contraire.

Au surplus, le lait est assez souvent contaminé, pendant les diverses manipulations de la traite, par le bacille contenu dans le potage des expectorations desséchées des vaches laitières tuberculeuses. Les garçons laitiers qui séjournent de longues heures dans ces vacheries presque toujours mal entretenues, sont souvent atteints de phthisie dans une proportion inquiétante. Une vache tuberculeuse sur pied est donc dangereuse par son lait ainsi que par ses expectorations et son fumier.

Les mesures prophylactiques doivent s'appliquer à l'animal lui-même (tuberculinisation et isolement) et à la vacherie (désinfections, hygiène etc.). Les laitiers ou les commissionnaires, avant d'acheter les vaches, devraient exiger un certificat de vétérinaire datant d'un mois au plus et attestant l'épreuve de de la tuberculine.

La désinfection se fait par l'enlèvement et la destruction des litières et du fumier contaminé, par le lavage du sol et des murs, l'arrosage avec un liquide antiseptique (crésyl, lysol, acide phénique etc.)

L'hygiène des vacheries demande surtout une surveillance de la température (15°), de la libre circulation de l'air dans des locaux assez spacieux, de la propreté, de la lumière (demi obscurité).

La castration des vaches laitières agit dans le même sens, enrayer la marche de la tuberculose, augmente la quantité et la qualité du lait.

En ce qui concerne la viande de boucherie, l'inspection des abattoirs, la saisie totale ou partielle de la viande contaminée sont des garanties minima, si l'on ne veut pas imposer de trop lourds sacrifices aux propriétaires, en excluant totalement de l'alimentation toute viande provenant des animaux tuberculeux, comme cela se fait dans certaines villes d'Amérique.

La destruction des viandes impropres à la consommation constitue aussi une partie essentielle de la prophylaxie. A cet effet on peut employer le procédé d'Aimé Girard qui consiste à dissoudre la viande dans l'acide sulfurique. Le sirop que l'on obtient ainsi après dissolution complète est propre à être utilisé pour la fabrication des engrais et ne présente aucun danger.

Il y a lieu, enfin, de se préoccuper de la tuberculose des animaux domestiques vivant dans l'intimité de l'homme : perroquets, perruches,

singes, chats, chiens : tous ces êtres, les amis de l'homme, sont de fréquentes causes de contamination bacillaire.

Rien que pour se protéger contre la tuberculose animale, il y a donc toute une série de précautions à prendre, à faire imposer par des mesures prophylactiques qui doivent faire l'objet de lois spéciales. Elles sont éminemment pratiques et d'une application relativement facile, puisque nous les voyons établies dans plusieurs pays chez nos voisins. Il est évident que les savants de France qui ont jeté les premiers le cri d'alarme dans le monde et commencé ainsi la campagne contre la redoutable maladie ont été les moins écoutés, précisément dans leur pays. Il y a là une négligence coupable que la patrie paye chaque jour de l'existence de cinq cents de ses enfants.

La contagion tuberculeuse a lieu, nous l'avons dit, non seulement de l'animal à l'homme mais encore de l'homme à l'homme. C'est même le cas de beaucoup le plus fréquent.

Voyons donc comment cette contagion s'opère le plus souvent et quels sont les grands foyers de contamination, les modes de dissémination les plus fréquents du bacille de Kock.

*Les nourrices tuberculeuses. La contagion de l'enfance.*— Dès son enfance, l'enfant est menacé. Nous n'entendons pas par là qu'il vienne au monde porteur de son mal. Disons-le encore : la tuberculose n'est pas héréditaire. Mais la contagion peut être précoce, immédiate, et c'est ce qui donne le change souvent sur la véritable origine de la maladie chez le tout jeune enfant.

Le grand danger à cet âge lui vient de sa nourrice. Ou bien sa mère est tuberculeuse : on néglige de la séparer de son enfant ; elle lui donne même le sein ; et voilà un cas de contagion qu'on ne manquera pas d'imputer à l'hérédité. Ou bien on lui donne une nourrice mercenaire ; et quelles que soient les précautions dont on s'entoure pour la choisir, elles sont tout à fait insuffisantes, parceque le plus souvent il reste les mêmes négligences au point de vue qui nous occupe.

L'accoucheur ou la sage femme est consulté pour arrêter la nourrice, fort bien. L'un et l'autre l'examinent avec soin au point de vue de ses facultés de nourrice, de son tempérament, de la richesse de sa sécrétion mammaire, de la couleur même de sa peau, de ses cheveux. On fait une enquête sur ses antécédents au point de vue génital. On relève avec soin la moindre tare de maladies vénériennes. Cet examen muet, de prime importance assurément, que ne le fait-on aussi au point de vue de la

tuberculose ? Si, scientifiquement et systématiquement, avec les procédés de diagnostic précoce dont on dispose aujourd'hui, on voulait bien y procéder, on serait effrayé du nombre de résultats positifs qu'il fournirait. Nous avons, pour notre part, examiné un grand nombre de nourrices mercenaires à leur arrivée à Paris : une sur 10 était tuberculeuse. Et ces nourrices étaient déjà munies de l'autorisation de nourrir, à elle délivrée par le médecin de leur localité et par celui de la Préfecture de Police.

Nous demandons en conséquence qu'on examine plus sérieusement ces nourrices avant de leur délivrer le "satisfait" qui leur donne le droit de nourrir : nous avons aujourd'hui à notre disposition plusieurs moyens de diagnostic précoce de la tuberculose—épreuve de la tuberculine, réaction agglutinante d'Arlaing et Courmont, examen radioscopique, etc. C'est le cas ou jamais de les mettre en œuvre. Il s'agit là d'un service d'utilité publique dont les gouvernants doivent avoir le plus grand souci.

\*\*\*

*La contagion par l'école.* L'enfant a-t-il franchi, sans contagion, cette première étape de son existence ? Bientôt un nouveau danger le menace, c'est l'école.

Assurément, la France, depuis un quart de siècle a fait beaucoup pour l'enseignement, en particulier, pour l'enseignement primaire. L'école, ses instituteurs, son personnel, le lycée, l'enseignement secondaire, l'enseignement supérieur ont été étendus, répandus, améliorés dans des proportions qui commandent le respect d'aussi prodigieux efforts. Les écoles se sont multipliées : les plus récentes manifestent un juste souci des règles d'une hygiène, d'une disposition architecturale en rapport avec les règles de la science nouvelle. Le jeune architecte doit être maintenant quelque peu médecin. Le temps n'est plus où une belle façade tenait lieu de la bonne distribution du plan. Et l'aménagement intérieur tout en satisfaisant au confortable et à la commodité que nos pères, déjà, aimaient à trouver dans leurs appartements, doit satisfaire encore à des prescriptions d'hygiène et de salubrité dont ils étaient — et pour cause — tout à fait ignorants.

Mais si dans cet ordre d'idées beaucoup a été fait — beaucoup malheureusement reste à faire. Les desiderata de l'hygiène scolaire sont nombreux.

M Gaston Weil en signale quelques uns :

La surveillance hygiénique des lycées n'est pas confiée à leurs médecins. Ceux-ci ont, en effet, un rôle plutôt curatif que palliatif et nulle autorité en matière d'hygiène. La preuve en est que M. le Prof. Landougy,

médecin en chef d'un lycée de Paris, dont les réclamations devraient cependant être prises en sérieuse considération, lutte depuis nombre d'années, et cela sans le moindre succès, pour faire installer des crachoirs dans le dit lycée.

“ Je sais, disait-il au Congrès de 1898, le temps et la peine qu'il m'a fallu pour, gagnant à la prophylaxie de la tuberculose la bonne volonté de l'administration du lycée, pouvoir officieusement obtenir l'installation des crachoirs, rarifiantes in gurgite vasto.”

L'emplacement de quelques lycées de Paris, les met déjà en mauvaise posture hygiénique. M. Gréard, le vice Recteur de l'Académie de Paris a démontré que ces établissements sont moins partagés au point de vue de l'espace que ceux des petites villes et que beaucoup de collèges de province, qu'en partageant idéalement la-superficie de tous les lycées de France, on obtiendrait une moyenne de 20,623<sup>m</sup> 72 et que sauf le lycée de Vanver qui occupe 16 met., Henri IV est le seul établissement de Paris qui atteigne cette dimension.

Janson de Saily, situé dans le joli quartier de Passy, occupe une superficie supérieure à la moyenne—33,000 mètres—mais sa grande prospérité lui est une cause d'insalubrité, et ses bâtiments créés au début pour 600 élèves s'accommodent mal d'une clientèle qui dépasse aujourd'hui 2000. A Janson, comme dans les lycées du centre, il y a des salles qui servent alternativement de salles de classes et de salles d'études.—“ Les jeunes écoliers, disent MM. Labit et Polin, qui respirent déjà un air ruminé par la population environnante, n'ont droit qu'à une portion réduite de cet air de qualité inférieure.” “ Les lycées à Paris sont très insuffisants pour la population à desservir. Berlin offre 5 fois plus de ressources.”

Les réformes suivantes en ce qui concerne les établissements d'enseignement secondaire, paraissent d'après M. Gustave Weil, devoir être soumises à l'appréciation des autorités compétentes.

1o Créer pour les lycées des inspecteurs médicaux pris dans le cadre des médecins. Ceux-ci surveilleraient journallement l'hygiène du lycée et auraient recours dans les cas difficiles, à la délégation que lui enverrait le Conseil d'hygiène des établissements d'enseignement secondaire.

2o Désencombrer les lycées trop chargés ; ou bien en créant, comme cela existe à Vanver, des internats à la campagne, ou bien en favorisant les lycées de province trop peu peuplés.

3o Créer pour chaque lycée un conseil de surveillance médicale effectif ; le conseil d'administration qui existe n'a pas pour mission exclusive de

s'occuper des questions d'hygiène, et la commission d'hygiène des établissements d'institution secondaire créée récemment au ministère de l'Instruction publique ne fera pas plus double emploi avec la commission proposée que le Conseil d'hygiène et de salubrité du département ne fait double emploi avec la Commission d'hygiène de l'arrondissement.

D'après le Dr. F. Bon, les "milieux scolaires constituent des foyers où s'élaborent les épidémies" En ce qui concerne l'école primaire surtout, les causes multiples d'insalubrité contribuent à cet état de choses : les unes dépendent de la maison d'école (voisinages insalubres, ruisseaux contaminés, fosses d'aisance, planches en bois blanc poreux absorbant l'humidité et les moisissures, etc.....), les autres de la classe, les troisième de l'enfant.

Les deux causes qui impriment au milieu scolaire un cachet de gravité tout spécial, sont les suivantes :

1o Le milieu scolaire est composée d'une population jeune, débile, réceptacle favori de germes infectieux qui y rencontrent un merveilleux terrain de culture.

2o Le milieu scolaire est le point central où convergent tous les groupements partiels.

A l'école on devrait inculquer aux enfants, et par le livre et par l'exemple, les notions les plus urgentes de l'hygiène et de la prophylaxie des maladies infectieuses. Le crachoir, là comme nulle part, n'y existe pas Il y aurait lieu de créer enfin, une assistance médicale scolaire qui serait à la fois chargée de la surveillance de l'école au point de vue de l'hygiène et de la santé générale et des soins à donner aux enfants malades pauvres et pour les guérir et pour qu'ils ne deviennent pas, par un retour précoce à la classe avant guérison complète, des agents de contagion pour leurs petits camarades.

En résumé, instruction médicale des élèves et du personnel, installation de crachoirs bien compris, faciles à désinfecter, meilleure aération des classes, salles d'études et surtout des dortoirs, excellente nourriture pour les internes, contrôle médical effectif—tel sont les desiderata de l'hygiène scolaire qu'il importe de combler au plus vite.

*La tuberculose dans l'armée.*—Supposons que l'enfant ait franchi indemne ces premières étapes de son existence et de sa jeunesse, un nouveau danger le menace. Il est appelé par conscription à faire une période d'instruction militaire de trois années, d'un an seulement pour quelques-uns.

"Or, dit M. Fisher, la statistique de l'armée démontre d'une façon indiscutable l'augmentation croissante de la tuberculose dans la milice

militaire. Il faut dire à la vérité qu'une part importante de cette augmentation revient à une classification plus méthodique des maladies dans ces dernières années. C'est ainsi que depuis 1876, on ajoute la scrofule à la tuberculose; que depuis 1888, on compte, à côté de la phthisie pulmonaire les localisations pleurales, méningées, cérébrales, osseuses, articulaires. Cependant, il n'en reste pas moins vrai que cette progression de la tuberculose est réelle et même que les chiffres indiqués par les statistiques sont encore audessous de la vérité.

A ne considérer que les ravages causés par la tuberculose dans l'armée française, comparée aux autres armées européennes, on voit que notre armée occupe la seconde place au point de vue de la fréquence de cette maladie, l'armée espagnole occupant la première. Les médecins militaires ne sont pas tous d'accord sur le taux de cette fréquence qui varie entre sept et dix décès pour mille soldats par an. D'après nos renseignements personnels, il reste hors de doute que ce chiffre est audessous de la vérité. Il est certain que durant ces cinq dernières années la tuberculose a reçu un véritable coup de fouet et le nombre de ses victimes est en sensible progression.

Quel est, à la caserne, la cause de cette recrudescence ?

A ce sujet les auteurs se sont partagés suivant deux théories : 1° les uns admettent que le service militaire ne crée pas la phthisie, mais qu'il peut contribuer à la faire apparaître chez des sujets prédisposés ; 2° d'autres, contagionistes à outrance, n'accusent que la contagion qui est pour eux la seule cause de cette fréquence. Sans nous préoccuper de ces diverses opinions, nous ne retiendrons que le fait brutal contesté par personne et qui est l'augmentation effrayante de la tuberculose dans l'armée. Et pour donner satisfaction aux divers auteurs adversaires nous leur proposerons les moyens de défense tuberculeuse suivants : C'est de faire un tri sévère au moment du conseil de révision et de rejeter loin de l'armée tout affaibli, tout débilité sur lequel planerait un soupçon de tuberculose ou de prédisposition à cette maladie. Pour cela, les médecins militaires devront pratiquer un examen sérieux, approfondi, prolongé, de tout homme qui se présente à la circonscription et ne pas se fier à l'apparence souvent trompeuse de la santé. En agissant ainsi, ils débarrassent l'armée de toutes ces non-valeurs si encombrantes et si dangereuses. Ils réaliseront à l'Etat de véritables bénéfices.

Quant aux soldats reconnus tuberculeux au cours de leur service militaire les médecins devront sans hésitation et sans retard les reformer. En

outre, la chambrée qui aura abrité les phtisiques, sera désinfectée méticuleusement et au besoin fermée pendant quelque temps comme s'il s'agissait d'une autre maladie contagieuse.

Mais ce qui n'est pas moins important, pour sauvegarder nos jeunes troupiers de la peste moderne, c'est de les placer dans de bonnes conditions d'hygiène, de bien les alimenter, de leur donner des chambres vastes, non encombrées, aérées et bien éclairées et de les instruire de l'importance de la propreté et au besoin les obliger disciplinairement à observer ces règles d'hygiène.

\* \* \*

Le jeune homme après les années qu'il a données au service de la patrie rentre dans ses foyers. A-t-il épuisé tous les dangers qui le menacent, et les chances de contagion tuberculeuse vont-elles enfin diminuer pour lui ? Ce serait une illusion de le supposer. Dans quelque milieu que la vie l'appelle, dans quelque profession qu'il gagne son pain, partout la contagion le guette. Formons quelques hypothèses sur sa situation sociale, sur son milieu, sur son métier, et voyons les risques que ces professions, ces milieux lui font courir.

Beaucoup parmi ces jeunes gens, sont des paysans qui ont abandonné le soc et la charrue, délaissé la campagne natale pour satisfaire à l'impôt du sang. Leur dette payée, ils retournent dans leur foyer — pas tous malheureusement — car c'est hélas ! l'un des arguments sophistiques qu'on a pu opposer à l'obligation générale du service militaire — qu'il développe souvent chez le jeune troupière ces aspirations, des goûts, des désirs, qu'il éveille des idées et des besoins de luxe que la vie simple des champs ne lui aurait pas suggérés. C'est en ce sens, et non dans un autre, qui paraît d'ailleurs inconcevable, qu'on a pu incriminer la caserne de faire des déclassés, c'est-à-dire de sortir certains jeunes hommes de classe, de la sphère où, pour leur propre bonheur et la prospérité commune, ils auraient dû rester.

*La tuberculose à la campagne.* — Les plus sages reviennent donc au toit paternel et reprennent leur labeur des champs, ce sont à coup sûr les moins exposés à la contagion tuberculeuse. Rappelons cependant que durant la première année du service militaire ce sont surtout les ruraux, qui paient le plus grand tribut à la phtisie. Ces hommes, de mine hâlée, de bras robustes et d'échine rompue aux fardeaux et qui semblaient le mieux faits pour supporter la fatigue de la vie de caserne sont atteints de phtisie plus sou-

vent que le citadin et succombent plus vite quand ils sont atteints. Qu'est ce à dire, sinon que le changement d'air, de milieu, de régime est terriblement funeste pour ces non-accoutumés—et que s'ils ont le bonheur d'avoir échappé quand ils étaient à la caserne ce serait folie de leur part de poursuivre l'expérience de la vie des villes, des agglomérations, des boulevards, de tenter à nouveau l'infection qui les a épargnés—en restant dans le dangereux milieu où la vie de régiment les a conduits et en négligeant de retourner à leur campagne pour laquelle leurs poumons sont faits.

Mais à la campagne même ne court-il aucun risque ? La campagne est-elle exempte de tuberculose ? Les faits hélas ! répondent d'eux mêmes et la réponse est négative.

La phthisie fait partout ses ravages. Elle n'épargne aucun milieu, aucun climat. Mais, enfin, il y a peu d'années encore elle était relativement rare à la campagne ; elle y sévissait avec moins de rage qu'à la ville.

Aujourd'hui—faut-il encore invoquer les fâcheuses statistiques—les chiffres prouvent qu'elle augmente là comme ailleurs et là proportionnellement plus qu'ailleurs. La tuberculose envahit la campagne ; elle gagne le refuge que cherchent souvent nos malades—et ce sont peut-être nos malades qui l'y emportent. Il faut reconnaître aussi que les communications avec la ville sont maintenant si faciles et si fréquentes ! On ne conçoit guère d'épidémie de cause infectieuse quelconque, qui, née dans une ville, ne puisse se développer dans une campagne voisine. Le paysan emporte avec lui le bacille néfaste dans la chaumière, les jours de marché, quand il vient à la ville et le citadin lui porte directement le sien, le dimanche quand il va au bourg voisin chercher un peu d'air pur et de repos.

Que dire, enfin, des cabarets, de ces foyers d'infections qui germent maintenant au fond des campagnes les plus reculées, avec une facilité qui n'a d'égale que la complaisance coupable des pouvoirs publics ? Sans parler des mœurs défavorables qu'y prennent les jeunes gens (et nous en parlons bien entendu qu'au point de vue de leur santé)—de la qualité des liquides qu'on y consomme et de cet entraînement fatal à l'alcoolisme que “chacun de ces bouchons créa autour de lui,”—il apparaît clairement que ces cabarets deviennent des foyers de contagion tuberculeuse. Nous n'en voulons pour preuve que la fréquence extrême de la phthisie chez les tenanciers de ces débits.

La campagne se tuberculise donc à son tour, et ce n'est pas l'un des côtés les moins triste de cette grave question sociale de l'extension progressive de la tuberculose. Rentré chez lui et revenu à ses pénates champêtres

le jeune homme doit, s'il veut éviter la contagion, ne pas se contenter de vivre à la campagne : il y doit vivre encore en observant une saine hygiène en s'éloignant de ces terribles cabarets dont le nombre devrait être limité par l'Etat et réduits à leur plus strict minimum.

\* \* \*

*La Contagion tuberculeuse dans les appartements.*—Ou bien notre jeune libéré de la classe venait-il de la ville ? était-ce un ouvrier industriel, un commis, un employé, qui, au sortir de la caserne retourne à son travail ; il habite une ville c'est-à-dire une agglomération d'individus ou encore un foyer d'infections,—et dans cette ville, le plus souvent un logement, qu'on est convenu d'appeler un "logement d'ouvriers".—La contagion de la tuberculose par l'appartement ! quel chapitre d'hygiène ! c'est toujours la même histoire, chaque fois qu'il est possible d'en découvrir la trame.

Une famille loue un appartement. Ou bout de quelques mois l'un de ses membres meurt de phthisie. On cherche le foyer de contagion : il est tout près : c'est l'appartement lui-même qui quelque temps avant avait été contaminé par un autre phthisique.

Le nombre de locataires, qui sont ainsi les victimes de leur appartement, du silence intéressé des concierges et de la complicité criminelle des propriétaires—est certainement effrayant dans les grands centres. "Co-habiter avec des tuberculeux, dit le Dr. Menusier, est certes dangereux ; mais succéder dans un local à des tuberculeux ne l'est pas moins. Et dans le premier cas, au moins connaît-on le péril et peut-on s'en préserver. Dans le second cas, on l'ignore et on ne prend aucune précaution."

Il y a environ dix ans j'ai soumis au Conseil Municipal de Paris une proposition qui eut l'honneur d'une discussion de séance et qui fut renvoyée à une commission d'études : C'est d'obliger les propriétaires de faire désinfecter par nos étuves municipales tous les appartements chaque fois qu'il y aura changement de locataire. Par cette mesure de précaution, on diminuerait singulièrement le taux des maladies contagieuses et surtout celui de la tuberculose ! Comme cela se passe presque toujours, quand il ne s'agit de politique militante, ma proposition continue à dormir dans un carton de l'hôtel de Ville.

Si l'on consulte le casier sanitaire des habitations de Paris, qui existe à la Préfecture de la Seine, on constate qu'il y a des maisons qui sont de véritables foyers d'infection tuberculeuse.

Contre ce mode de propagation par les appartements, quelle mesure de prophylaxie devrait prendre l'Etat ?

Il en est une tout d'abord qui s'impose d'urgence : ce serait d'assimiler légalement la tuberculose aux maladies contagieuses désignées par la loi du 30 Novembre 1892, dont la déclaration est obligatoire. Conséquemment, la loi sur la santé publique devra rendre obligatoire la désinfection des appartements laissés vacants par suite du départ ou du décès des tuberculeux.

La commission des logements insalubres (il existe un corps constitué qui répond à cette désignation) a beaucoup à faire, il est regrettable qu'elle ne fasse pas davantage. On doit demander avec le Dr Menusier : 1<sup>o</sup> la nomination à Paris de médecins inspecteurs des habitations, lesquels dépendraient de la Préfecture de la Seine et seraient placés sous la direction d'un médecin inspecteur général de la santé publique. 2<sup>o</sup> Une organisation sanitaire qui serait étendue à toute la France et dont le chef pour chaque département ne releverait que du Ministère de l'Intérieur, sinon d'un Ministère spécial de la santé publique ; 3<sup>o</sup> La constitution obligatoire d'un *livre sanitaire* pour chaque maison d'habitation.

*La tuberculose dans la classe ouvrière.*—Le logement, et surtout le logement de l'ouvrier—Voilà tout d'abord ce qu'il importe d'assainir. Mais sans sortir de la classe ouvrière, il est de multiples autres causes de contagion. Le Dr Costes, qui a eu l'occasion de les voir à l'œuvre dans une ville essentiellement ouvrière dont la juste réputation est d'être malsaine, à St-Denis, estime que cette étiologie relève de trois chefs : 1<sup>o</sup> D'ordre hygiénique ; 2<sup>o</sup> d'ordre pathologique ; 3<sup>o</sup> d'ordre sociale.

Parmi les causes d'ordre hygiénique se place d'abord l'habitation que nous avons étudiée dans les lignes précédentes. Dans une expression énergique, le Dr. Costes décrit quelques-unes de ces maisons maudites : " dans ces habitations, vraies cités, casernes comme on les appelle justement, nous avons vu des familles de 10 ou 12 personnes occuper des petits logements dont le cubage d'air suffisait à peine pour trois. Combien nous sommes loin des vingt à soixante mètres cubes d'air par tête que le Prof. Proust établit comme limite minima de la quantité d'air que doit posséder une pièce habitée par un adulte !

Tout y est dans un désordre quelquefois repoussant : on y couche, on y boit, on y crache un peu partout ; bien souvent les plafonds beaucoup trop bas y sont encombrés du linge sale de la quinzaine, qu'après un léger savouange la femme aura suspendu à égoutter au plafond.

Les ouvertures y sont soigneusement closes ; c'est que, ordinairement dans la plupart de ces logements, habitent des familles d'ouvriers dont

certains membres font partie d'une équipe de jour, les autres d'une équipe de nuit. Les deux ou trois mauvais lits qui encombrent la pièce, sont de la sorte continuellement occupés; on y dort sans cesse; il ne faut donc pas que le sommeil soit troublé par le bruit de la rue, par la clarté du jour ou l'arrivée d'un air trop froid ou trop chaud."

En Angleterre, les médecins sanitaires exercent une surveillance vigilante de tous les appartements et ils sont particulièrement sévères pour les logements d'ouvriers. On n'autorise d'abord pas cette surabondance d'êtres humains dans un local trop restreint. Ensuite la surveillance sanitaire s'exerce sur la propriété même des habitants et l'inspecteur officiel, qui est toujours un médecin, est armé des pouvoirs les plus étendus; il a le droit de dresser procès verbal, qui est suivi d'une amende, à toute famille dont le logement est tenu malproprement. C'est un système de prophylaxie générale qu'on fera bien d'introduire légalement dans notre pays.

L'alimentation n'est pas moins défectueuse en général chez l'ouvrier—et elle précipite la défection de l'organisme vis-à-vis du bacille envahisseur. L'ouvrier s'alimente insuffisamment ou s'alimente mal: pauvreté d'une part—charges trop lourdes de l'autre—et aussi notions insuffisantes sur les qualités d'une bonne nourriture—ingéniosité souvent très courte de la femme à trouver "des petits plats pas chers", à faire de la bonne cuisine à bon compte—tout cela fait que l'ouvrier et sa famille sont mal nourris. Ajoutons que le plus souvent le respect de la propreté est inconnu chez lui et que, selon l'expression du Dr. Cosbr, pour la plupart d'entre eux l'eau est une chose redoutable intus et extra.

Parmi les causes d'ordre pathologique citons en premier lieu l'alcoolisme.

Il y aurait un livre à écrire, que dis-je! à résumer ceux qui ont été écrits sur cette question toujours actuelle: des rapports de la tuberculose et de l'alcoolisme. Bornons-nous à quelques apophtegmes décisifs: «La phtisie, dit Lancereaux, acquise chez l'ouvrier des villes est presque toujours greffée sur l'alcoolisme».—«Les enfants d'alcooliques, écrit Maurice Perrin, naissent débiles et anémiques par conséquent, facilement tuberculisables. L'alcoolisme de l'adulte prédispose à la tuberculose.» M. Charrin écrit: «chez les alcooliques la pneumonie est périlleuse, la tuberculose fréquente.»

Nous pouvons encore citer l'opinion de beaucoup d'autres auteurs français et étrangers qui s'accordent tous pour affirmer que l'alcoolisme est le plus puissant facteur de la tuberculose. Le remède? Il est entre les

mains des pouvoirs publics qui en règlementant, en surveillant, et en diminuant le nombre de ces cabarets infectes, empoisonneurs, tariraient cette source de contagion.

De nombreuses autres causes pathologiques, et particulièrement les maladies vénériennes, prédisposent l'organisme humain à la phtisie. Mais ces causes sont d'un ordre trop technique pour que nous les étudions ici.

Il est une origine qui prédispose particulièrement l'ouvrier à la phtisie : Nous voulons parler des causes sociales à la tête desquelles se place en première ligne l'hygiène de l'atelier qui est le plus souvent déplorable.

Un fait personnel à cet égard : A l'Imprimerie Nationale, sur 1300 ouvriers typographes, conducteurs de machines et autres, une bonne moitié travaille dans une pièce en sous-sol, sans air, sans soleil, presque sans lumière. Le matin, peu avant l'arrivée des ouvriers, on époussette avec des plumeaux les casiers à caractères—et les malheureux commencent leur journée dans cette atmosphère meurtrière. Les crachoirs sont inconnus. Les murs et les plafonds sont noircis par la saleté et n'ont pas été blanchis depuis dix ans.

Nous avons soigné plusieurs de ces ouvriers et ils nous ont affirmé que vingt-cinq pour cent de leurs camarades mouraient poitrinaires. Et cela se comprend, du reste, quand on se rend compte des conditions déplorable dans lesquelles ces malheureux vivent.

Ainsi, voilà un établissement public où les précautions les plus élémentaires ne sont même pas prises ! Il devient dès lors impossible à l'Etat d'être exigeant vis-à-vis des particuliers, des grands manufacturiers, des gros entrepreneurs, qui en prennent, du reste, à leur aise et ne se gênent pas pour confiner leurs ouvriers dans des réduits infects et malsains. Il y a quelques années j'ai soigné dans le même atelier quinze ouvriers sur cinquante qui sont devenus successivement poitrinaires. Malgré mes avertissements réitérés, le patron, un fabricant de bicyclettes, ne s'est décidé à prendre des mesures de désinfections de l'atelier meurtrier que le jour où son propre fils fut atteint lui-même du mal.

Ces tristes observations se renouvellent fréquemment dans les usines, dans les mines et dans les grandes entreprises générales, où la surveillance médicale et hygiénique est illusoire quand elle ne fait pas totalement défaut.

\* \* \*

*La tuberculose dans les administrations et les grands magasins.*—Tel est le milieu ouvrier en général. Les employés des administrations, de nos

grands établissements publics, de la Banque de France, du Crédit foncier, du Comptoir d'Escompte, les employés des postes à télégraphe, les gardiens de la paix, ainsi que l'a démontré récemment M. le Prof. Landouzy, sont également les victimes désignées de la tuberculose. A ceux qui pourraient croire que nous exagérons l'importance du danger, nous conseillons de faire une promenade à travers les établissements cités ci-dessus et ils verront par eux-mêmes que notre cri d'alarme est à peine à la hauteur de la coupable négligence qui y règne.

Et pour tous ces malheureux, la contagion est la seule cause de cette terrible maladie. Pour tous, c'est l'indifférence administrative qui peut être incriminée. Il nous serait aisé de faire ici le procès de chacune de ces administrations officielles ou officieuses et de démontrer combien les pouvoirs publics sont coupables dans ce laisser-aller. Mieux vaut indiquer à grands traits les améliorations qu'il convient d'apporter à l'état des choses actuelles en ce qui concerne la protection de l'ouvrier et de l'employé :

1<sup>o</sup> Partout on devra vulgariser l'usage du crachoir antiseptique public et privé. Nous ne décrirons pas la forme ni la composition de ces instruments, qui devront être placés à portée de tous, en très grand nombre partout où il y a agglomération prolongée d'individus.

2<sup>o</sup> Nous l'avons déjà dit: Extension à la tuberculose de la loi de Novembre 1892, qui établit la liste des maladies contagieuses, dont la déclaration est obligatoire pour le médecin traitant, et rendre obligatoire la désinfection du logement habité par les tuberculeux après départ et décès.

3<sup>o</sup> Isolement des tuberculeux pauvres dans des hopitaux sanitaires construits à proximité des villes et présentant les meilleures conditions pour y réaliser le traitement et l'éducation des malades.

4<sup>o</sup> Création de caisses d'assurances officielles ou garanties par l'Etat pour les ouvriers, et au besoin assurance obligatoire de l'ouvrier contre les maladies, comme cela existe déjà en Allemagne. Dans ce pays l'expérience a démontré que ces caisses d'assurance ont tout intérêt à créer des sanatoria où viennent se rétablir leurs assurés. Il y a là une source de profit double, comparable à la prime accordée par les assurances contre l'incendie aux pompiers.

5<sup>o</sup> Création dans tous les grands centres de dispensaires anti-tuberculeux où des médecins spécialement instruits à cet effet recevront les phthisiques indigents, leur donneront des soins éclairés et les suivront jusqu'à leur domicile pour leur y indiquer les mesures prophylactiques et hygiéni-

ques indispensables à leur état et à la sauvegarde de ceux qui les entourent.

*La tuberculose à l'hôpital.*—Nos hôpitaux, tels qu'ils existent avec leurs salles encombrées de phtisiques mêlés aux autres maladies, avec l'encombrement de lits et de brancards, avec la malpropreté (le mot n'est pas excessif) où les entretient un personnel insuffisant et insuffisamment éduqué—nos hôpitaux sont devenus des foyers de tuberculose, où pas un phtisique ne s'améliore et où nombre de malades viennent se débarrasser d'un embarras gastrique ou d'un rhumatisme pour sortir avec une tuberculose pulmonaire.

Chose merveilleuse ! les crachoirs y existent : il va sans dire que le système en est défectueux et primitif—Mais enfin, tel qu'il est il vaudrait mieux encore que l'absence totale des crachoirs si au moins ceux dont on dispose étaient nettoyés régulièrement et méticuleusement désinfectés.

La désinfection des crachoirs est souvent confiée au malade ; quand celui-ci peut se traîner, il le jette lui-même dans les cabinets, sinon il laisse ce soin à l'infirmière de garde. Et cela n'est pas plus compliqué. Rarement un antiseptique, un liquide quelconque, fut-ce de l'eau, au fond du crachoir pour empêcher la dessiccation des crachats. Que dire aussi, de svastes crachoirs des galeries, des couloirs, des portiques, ceux que l'assistance a prudemment multipliés dans ses hôpitaux les mieux tenus ! Il joue un peu le rôle de charge publique qu'on ne nettoie jamais jusqu'au jour de l'encombrement final. Les bouts de cigares s'y mêlent agréablement aux crachats des tuberculeux et aux régurgitations des gastralgiques. Leur aspect est repoussant si par hasard le passant a l'idée d'y jeter un coup d'œil.

En principe, l'état actuel des hôpitaux français est tout ce qu'il y a de plus défectueux. " Tout plutôt que ce qui est, " en pense M. le Dr Huchard. C'est aussi notre avis.

Mais si, du moins, ce qui est était bien fait ! Si les crachoirs étaient désinfectés ainsi que cela se pratique dans les sanatoria ; si on persuadait le personnel de l'efficacité et de l'importance de ces précautions, si on ouvrait les fenêtres quand le temps le permet ; si, en un mot, on était propre, de cette propreté à laquelle nous contrainnent, comme un devoir, les découvertes et les conquêtes de la science moderne ; si tout ce qu'elle nous enseigne n'était pas lettre morte ; si l'esprit en passait un peu dans la pratique et si tout n'était pas livré à l'universelle indifférence et à l'universelle ignorance, rien que dans les hôpitaux actuels, rien que dans ces pauvres et solides hôpitaux parisiens, qui sont un défi jeté au bon sens médical,

on pourrait quelque chose contre la tuberculose. Force est bien de constater qu'aujourd'hui que c'est surtout pour elle qu'elle travaille !

*La Contagion dans les lieux publics (théâtre, gares, voitures et chemin de fer).*—Examinerons-nous, enfin, que la admirable champ de culture, la plupart de nos lieux publics, offre au bacille de Kock ? Nos théâtres, nos salles de concerts, de bals publics sont de véritables pépinières à bacilles. Nous avons prélevé, par exemple de la poussière dans une belle loge d'un de nos théâtres subventionnés ; inoculés à trois lapins, elle en a tué deux de tuberculose généralisée. On connaît aussi la fin malheureuse de la pauvre chèvre du Chatelet ; elle tenait un rôle important dans une féerie de ces dernières années. En vain, la supposait-on réfractaire à la tuberculose. Elle mourut phthisique avant que le succès de la pièce ne fut épuisée !

Je me rappelle qu'un directeur d'un théâtre très important de Paris, dont je fus le médecin, m'a avoué qu'un grand nombre d'acteurs, de machinistes et de jeunes figurants succombaient de la poitrine. A la suite de ces observations, cet homme intelligent n'engageait, par mesure de prudence, que des ouvriers et des employés ayant dépassé la trentaine.

Nos grands théâtres, tels qu'ils sont construits, avec absence presque absolue de lumière solaire, avec leur profusion de tentures et leur manque de propreté et d'hygiène sont bien faits pour propager la triste maladie. Nous avons la conviction qu'en une seule année, ces salles malsaines tuent plus d'individus par transmission tuberculeuse que les incendies réunis de tout un siècle !

Nos gares, nos compartiments de chemins de fer, nos voitures publiques, nos magasins de nouveautés sont autant de foyers bacillifères dont les premières victimes se recrutent à profusion parmi leur personnel et dont le simple public paie trop souvent aussi de sa santé l'organisation défectueuse.

..

*Mesures urgentes de prophylaxie.*—En résumé tout ou presque tout est à faire en France pour la défense pratique contre la tuberculose.—Nous disons pratique à dessein, car le moment est venu de sortir du domaine spéculatif, théorique et contemplatif pour passer à l'action, à la lutte.—Chemin faisant, nous avons indiqué, à propos de chaque danger de contagion en particulier les moyens dont il convenait de les combattre.

Il est une mesure d'ordre général sur laquelle à plusieurs reprises nous avons insisté. C'est l'obligation d'assimiler la tuberculose aux autres

maladies contagieuses.—D'où nécessité de la déclaration pour tout cas soigné par nos médecins. Cette déclaration a donné d'excellents résultats pour la rougeole, le scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, la diphtérie, etc.—Il est humiliant de penser qu'elle n'est pas depuis longtemps rendue obligatoire pour la phthisie qui, à elle seule, tue chaque année plus d'individus que toutes ces maladies contagieuses réunies.

Enfin, tout cas déclaré qui n'est pas dirigé sur un sanatorium, devrait être sous la surveillance constante d'un médecin sanitaire.

La création d'un ordre de médecins sanitaires s'impose en effet. Ils exerceront leur surveillance sans faiblesse ainsi que cela se pratique en Angleterre, ils donneront des conseils, prendront des mesures, éclaireront les pouvoirs publics de telle façon que la contagion serait réduite à son minimum.

Aucun attentat ne sera porté à la liberté individuelle, non plus que pour les autres maladies contagieuses.

Cette surveillance sanitaire, partout exercée, dans nos établissements publics, privés, sur nos lignes de chemins de fer, nos voitures publiques, dans nos théâtres, dans nos établissements d'instructions, dans nos casernes, etc., entraînera des modifications et quelques unes des mesures d'hygiène que nous avons signalées parmi les plus urgentes. Le résultat, nous le gageons, ne se fera pas longtemps attendre.

Une surveillance semblable appliquée par des hommes compétents et soucieux de leur responsabilité, conscients de leur rôle et pourvus d'autorité et de pouvoirs étendus, sera certes plus efficace que la promulgation ou l'affichage de quelque circulaire où l'on invite le public à ne pas cracher par terre.

Il s'agit de se défendre énergiquement, avec le concours de la loi, contre une maladie, qui est un fléau et une ruine. " J'ai calculé, écrit le Dr Boucard, qu'en frais de traitement et de journées de travail perdues, en supputant le capital représenté par les 150,000 victimes annuelles de la tuberculose en France, arrivées au moment productif de la vie, la tuberculose coûtait chaque année à notre pays plus d'un demi milliard de francs!" Nous rappelons ces chiffres pour les gens mesquinement intéressés, auprès desquels notre cri d'alarme reste sans écho, si toutefois il existe des sans cœurs que nos arguments de solidarité, de compassion et d'humanité n'auraient pu toucher !

---

## REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

---

### Faut-il ouvrir les abcès amygdaliens ?

---

“ En présence d'un abcès de l'amygdale, dit le Dr Marfan, dans une récente leçon clinique, la première tentation qu'on ait, pour soulager le patient, c'est d'ouvrir immédiatement son abcès ; on se dit qu'une fois ouvert, il guérira de suite

Cependant il serait mauvais de céder à ce raisonnement et il faut savoir qu'on ne doit pas intervenir chirurgicalement. Je ne connais pas d'échec amené par l'abstention, tandis que j'en connais, au contraire, un grand nombre survenus après une ouverture au bistouri, même pour un abcès gros comme une noisette, qui se serait très bien évacué spontanément par un crypte de l'amygdale.

Ainsi, n'intervenez pas. Je recommande avec autant d'instance que l'on en met à montrer l'urgence d'une opération dans le cas d'abcès rétro-pharyngien. L'abcès rétro-pharyngien n'a aucune tendance à s'ouvrir : ouvrez-le donc au plus tôt ; laissez, au contraire, le phlegmon amygdalien s'ouvrir tout seul ; c'est sa terminaison naturelle ; il y arrive aisément, tandis que vous aurez mille difficultés à le rechercher avec votre bistouri.

Dans ces conditions, le traitement se borne à recommander le repos, à conseiller des gargarismes, à donner quelques doses de sulfate de quinine ou d'antipyrine. Le jour où l'abcès s'évacuera, le trismus disparaîtra et les gargarismes achèveront la guérison.

Conclusion : ne pas ouvrir un phlegmon amygdalien est la meilleure pratique.

*Jour. de Méd. de Paris.*

---

### Belladone à très haute dose dans la coqueluche.

---

Faute d'une mélication spécifique vraiment efficace, on se contente d'une médication symptomatique.

La belladone peut être donnée à doses beaucoup plus élevées qu'on ne le fait généralement. On débute par des doses très minimes, 1/10, 1/6,

1/4 de goutte de teinture de belladone dans la première année ; puis 1/3, 1/2, I, II, etc., dans les années suivantes, doses répétées toutes les trois heures. Puis on augmente, à chaque prise, d'une fraction très minime, 1/30, 1/20, 1/10, etc., pour la première année ; de 1/4, 1/3, 1/2, I... V., etc., dans les années suivantes, mais toujours d'une quantité faible relativement à la dose totale.

Malgré tout, comme on augmente quatre fois dans la journée, on arrive vite à des doses assez fortes.

Une expérience de plus de six ans m'a montré qu'on peut atteindre jusqu'à 1 goutte par mois d'âge avant un an, et X gouttes par année d'âge jusqu'à huit ans, toutes les trois heures.

Par la graduation progressive des doses, on évite tout accident.

A peine, et seulement dans quelques cas, quelques symptômes fugaces de saturation, amblyopie passagère, érythème éphémère.

En tout cas, tenir toujours les enfants en observation, les revoir tous les deux jours si possible, pas moins que tous les quatre ou cinq jours surtout au moment des très hautes doses.

Sur l'ordonnance, indiquer les signes de saturation ; dilatation de la pupille, érythème, sécheresse des muqueuses.

Ainsi menée avec prudence, cette médication belladonnée intensive permet de calmer les quintes, de diminuer les vomissements.

On n'y a recours qu'autant qu'il y a nécessité de le faire, et rien n'oblige à atteindre les doses extrêmes.

Après cessation ou dès la grande diminution des quintes, on diminue progressivement ; même si l'on cesse un peu rapidement, il n'y a pas de symptôme de sevrage.

*Annales de Méd. et Chir. Infantiles.*

---

#### Le malade source de contagion dans la fièvre typhoïde.

---

D'une intéressante étude M. René Roger conclut que, si l'eau est le mode de transmission de la fièvre typhoïde, le malade n'en est pas moins dans beaucoup de cas une source directe ou indirecte de contagion. Il est une source de contagion non seulement pour ceux qui le soignent mais aussi pour ceux qui l'approchent ou sont en rapport avec lui, soit dans sa famille, soit parmi les gens qui habitent la même maison ou vivent dans le même village. Il l'est également à l'hôpital.

Il est une source de contagion :

Directe : par lui-même et par l'atmosphère qui l'environne ;

Indirecte : a) par son linge, sa literie, ses vêtements et en général les objets à son usage ;

b) Par l'habitation qu'il a occupée ;

c) Par l'intermédiaire de tierces personnes qui servent de véhicules au contagé qu'elles ont pris au chevet du malade ;

d) Par l'intermédiaire de l'air qui peut transporter la maladie hors du foyer créé par le malade ou ses déjections.

Le plus souvent, dans ces cas, l'organisme est envahi par le bacille au niveau de l'arbre aérien, par inspiration de l'air contenant en suspension des poussières spécifiques.

Il est difficile de se faire une idée exacte de la fréquence de cette contagion, elle semble pourtant plus commune qu'on est porté à le croire aujourd'hui.

Ce mode de contagion atteint surtout les gens des campagnes et l'armée.

Puisque le malade est susceptible de transmettre, dans certaines conditions, la fièvre typhoïde, il importe de prendre les mesures prophylactiques les plus sévères.

*Gaz. Hebdom. de Méd. et de Chir.*

---

## Traitement des Cardiopathies Chroniques.

Par M. GUIHAL, interne des hôpitaux de Paris.

### I

#### LE RÉGIME ALIMENTAIRE DU CARDIAQUE

Ainsi que nous l'avons tenté dans de précédentes notes sur le traitement du diabète sucré, il nous semble intéressant de préciser quelques points particuliers de l'hygiène et de la thérapeutique des cardiopathies chroniques. Dans ce vaste ensemble, nous choisirons un petit nombre de problèmes, bien délimités, et d'une réelle importance pratique. Aussi n'essaierons nous pas d'envisager jusque dans ses détails la question de l'hygiène alimentaire du cardiaque. Nous nous bornerons à nous demander ce que doit être le régime alimentaire quotidien d'un cardiaque, à la période de compensation, ne présentant plus ou n'ayant pas encore présenté

de troubles fonctionnels assez caractérisés pour entraîner des indications spéciales.

Dans ces conditions, que nous supposons aussi bonnes que possibles, la nécessité d'un régime alimentaire surveillé s'impose cependant à l'esprit. Si bonnes que puissent être les apparences, le cardiaque ne se trouve pas moins dans un état d'équilibre instable, et le bon fonctionnement du tube digestif est l'un des facteurs les plus importants du maintien de cet équilibre. D'une part, en effet, des troubles gastriques, même minimes, peuvent retentir d'une manière fâcheuse sur le cœur, et engendrer une longue série de phénomènes morbides, depuis les palpitations jusqu'à la dilatation des cavités droites et l'asystolie ; d'autre part, il importe que la nutrition du cardiaque soit aussi parfaite que possible, l'un des principaux écueils se trouvant être l'obésité, si fréquente dans les cardiopathies, avec sa conséquence habituelle, la surcharge graisseuse du myocarde ; enfin la constipation est ici tout particulièrement à craindre, en raison des fermentations digestives et de leur cortège morbide. Ces considérations suffisent à justifier l'opportunité d'un régime alimentaire chez le cardiopathe chronique à la période de compensation.

Quelle est la pathogénie des troubles cardiaques d'origine gastrique ? Connaissant les conditions dans lesquelles l'estomac réagit sur le cœur, ne serait-il pas possible d'en déduire logiquement ce que l'on doit recommander, ce que l'on doit défendre aux cardiaques dans leur alimentation habituelle ? Les divers auteurs ne sont pas absolument d'accord sur ce point, mais la question est assez avancée sur ce point pour qu'on puisse en tirer des conséquences pratiques. Les uns invoquent une action mécanique de l'estomac distendu, soit directement sur le cœur, soit indirectement par immobilisation du poumon due au refoulement du diaphragme. D'autres admettent l'influence toxique des fermentations gastro-intestinales sur les centres d'innervation du cœur : ces auto-intoxications d'origine digestive sont également très redoutables en raison des scléroses viscérales, rénale et surtout hépatique, dont elles semblent bien être souvent le point de départ, et qui jouent si grand rôle dans la symptomatologie des cardiopathies chroniques. Enfin la théorie la plus généralement adoptée à l'heure actuelle, et qui s'appuie sur l'autorité de M. Potain, admet l'existence d'un réflexe qui, parti du tube digestif, détermine le spasme des capillaires du poumon, conséquemment une tension exagérée dans le système de l'artère pulmonaire et enfin la dilatation du cœur droit. Que conclure de tout ceci, si ce n'est, avec Vaquez, " que les règles générales de l'alimen-

tation chez les cardiaques doivent nous engager à proscrire tout aliment capable de surcharger ou de distendre l'estomac, d'y déterminer des fermentations anormales, ou de provoquer des troubles réflexes de quelque intensité ? ”

Nous pouvons maintenant esquisser les règles pratiques d'un régime alimentaire quotidien. Tout d'abord il convient de bien pénétrer le malade de la nécessité qu'il y a pour lui à éviter les repas copieux et les digestions laborieuses qui en sont la suite habituelle. C'est là en effet le point capital de toute l'alimentation ; ainsi seront prévenues la stase gastrique, la tendance à l'obésité, les auto-intoxications d'origine intestinale sur lesquelles nous insistions plus haut. Les repas seront donc fréquents et peu abondants : les boissons seront prises avec modération, par doses petites et répétées. Tous les aliments capables de devenir le point de départ d'une fermentation digestive trop prononcée, seront déconseillés : tels les viandes peu cuites ou faisandées, les poissons marinés, les saumures, les conserves, les fromages avancés. Enfin diverses substances se trouvent tout particulièrement contre-indiquées ; ce sont le thé et le café qui, chez les cardiaques, sont souvent la cause ignorée des palpitations, et l'alcool sous toutes ses formes, cela va sans dire. Nous pourrions allonger beaucoup la liste des aliments défendus ; mais le détail de ces listes varie beaucoup suivant les auteurs qui les donnent. Pour un cas donné, c'est par tâtonnements que l'on arrivera à préciser ce qu'il convient de défendre au malade ; il suffira de ne pas perdre de vue les principales idées directrices de cette hygiène.

Quel sera le régime type quotidien d'un cardiaque dans les conditions précisées plus haut ? Nous donnerons celui qui est conseillé par Barié et Vaquez. Le malade fera trois repas, celui du soir étant aussi frugal que possible “ afin d'assurer au sujet un sommeil réparateur et non troublé ” (Barié). Le repas du matin se composera de la t, de laitage, de cacao additionné de pain grillé avec ou sans beurre. Au déjeuner et au dîner, on pourra faire usage de viandes rôties, grillées, ou braisées, mais en tout cas très cuites, d'œufs et de poissons à chair blanche. Les poissons à chair rose sont plus difficilement digérés. Les légumes farineux sont pris en purée pour moins surcharger l'estomac. Les fruits et les fromages secs sont permis ; les matières grasses, huile et beurre, seront consommées en petites quantités. Les boissons seront prises avec modération ; on prescrit d'habitude le vin largement étendu d'une eau faiblement minéralisée : Evian, Alet, Vals (source Saint-Jean). Barié conseille de rationner la quan-

tité de pain et de ne pas dépasser la dose de 200 à 250 grammes par vingt-quatre heures.

Tel est le régime que l'on pourra prescrire dans les conditions que nous avons précisées au début. Toute tendance à l'obésité sera combattue par une plus grande sévérité de régime. Nous avons passé à dessein sous silence tous les régimes systématiques, tels que le régime lacté, la cure de petit lait, la cure de raisins, qui tous semblent répondre à des indications plus spécialisées et ne peuvent guère prétendre de devenir le régime quotidien habituel d'un cardiaque à la période de compensation.

*Gaz. des Hôpitaux.*



---

## REPRODUCTION

---

### Traitement des abcès pottiques.

---

par V. MÉNARD.

---

Le rôle de la thérapeutique varie suivant la période à laquelle on est appelé. L'abcès vient-il de se former, l'essentiel est d'en empêcher l'ouverture ; est-il déjà ouvert à l'extérieur, il importe, dans la mesure du possible, de diminuer la gravité des accidents septiques consécutifs. Autant, en effet, nous sommes désarmés en présence d'un abcès ouvert, autant notre thérapeutique est efficace dans le sens contraire, pour en favoriser la guérison définitive.

La thérapeutique des anciens, au sujet de l'abcès fermé, se résumait en un mot : l'abstention. Les chirurgiens d'aujourd'hui préconisent une thérapeutique plus active : les *injections modificatrices*, et même parfois l'*intervention sanglante*.

Le premier agent modificateur des abcès tuberculeux employé à notre époque, a été l'iodoforme. Verneuil s'en servait sous forme de solution éthérée à 5 p. 100. Plusieurs chirurgiens actuels lui sont restés fidèles. Cependant cette médication présente quelques inconvénients, dont le principal est de provoquer de vives douleurs, dues à la distension brusque de la poche par les vapeurs éthérées. A l'iodoforme en solution éthérée, M. Ménard préférerait de beaucoup le naphтол camphré, agent d'une efficacité au moins égale, et qui n'occasionne aucune douleur. Mais son emploi n'est pas sans danger, et l'on sait aujourd'hui qu'il peut, dans quelques cas, déterminer une intoxication suraiguë. Aussi faut-il lui substituer le thymol camphré (Ménard), médicament non toxique, non douloureux, et d'efficacité curative certaine.

Quelle que soit la substance choisie, il faut bien savoir qu'aucune d'elles ne possède d'action spécifique sur le bacille de Koch. Elle agit seulement en dissolvant les graisses, et en favorisant ainsi la ponction consécutive. Le contenu de l'abcès est donc profondément modifié ; non seulement la poche est vidée, mais sa face interne est détergée. En même

temps. le liquide modificateur paraît produire sur la paroi de l'abcès une irritation favorable : la membrane tuberculogène prend une coloration rose vif, sa surface interne est plus unie, elle finit par être difficilement appréciable ; à la plaie bacillaire a succédé une plaie granuleuse de bonne nature.

Le manuel opératoire comprend trois temps successifs :

1° *Ponction.*—Toutes les précautions aseptiques étant prises, et le siège de l'abcès soigneusement repéré d'avance, il faut, dans un abcès iliaque (le plus fréquent), traverser la paroi abdominale avec le trocart dans le voisinage immédiat de l'épine iliaque antéro-supérieure, à 1 ou 2 centimètres d'elle. Pour éviter le péritoine, il suffira de pousser l'instrument la pointe en bas et en dedans, afin qu'elle s'éloigne peu de la paroi osseuse et reste logée dans la gaine du muscle iliaque. Quand aux vaisseaux, ils sont protégés par le bord interne du psoas et ne courent aucun danger.

2° *Evacuation et lavage.*—Au moment où la pointe du trocart pénètre dans la poche, on peut sentir un léger ressaut suivi d'un échappement. Un léger mouvement de bascule indiquera si la pointe est libre. Le contenu s'écoule facilement lorsqu'il est liquide. La présence de grumeaux arrête brusquement le jet dans nombre de cas. Lorsque le contenu est pâteux, mi-solide, il suffit d'injecter une petite quantité de liquide de lavage pour en délayer une petite partie, et évacuer ainsi la collection.

3° *Injection modificatrice.*—Injecter alors 10 à 25 grammes de thymol camphré, couvrir la piqûre d'un nuage d'ouate collodionnée, surveiller la région les jours suivants. Il convient d'attendre quinze à vingt jours avant de pratiquer une seconde injection. Cet intervalle peut être raccourci (distension extrême de la poche) ; il sera, au contraire, prolongé si le liquide se reproduit lentement. Lorsque l'abcès résiste longtemps à la thérapeutique, certains chirurgiens multiplient ces injections : c'est là une pratique défectueuse, car, dans ces cas, c'est l'altération rachidienne qui joue le premier rôle et les injections répétées ne possèdent aucune action sur elle.

Lorsque l'on se trouve en présence d'abcès rebelles à la méthode des injections, et dont l'ouverture est imminente, le curettage s'impose. Le curettage aussi étendu que possible est, en effet, d'une pratique infiniment préférable à l'abstention : donc, en présence d'un abcès superficiel qui paraît définitivement rebelle ou d'un abcès superficiel prêt à s'ouvrir, ou encore d'un abcès superficiel qui vient de s'ouvrir et pour lequel on n'espère pas une fistulisation seulement temporaire, le curettage aseptique est formelle-

ment indiqué. Il n'y a pas lieu d'insister sur la technique de cette opération, qui ne présente aucune particularité intéressante. Toutefois le drainage en caoutchouc doit être absolument proscrit et remplacé par une suture complète de la plaie.

Lorsque l'infection suppurative secondaire a envahi l'abcès, la situation du malade est grave. Il est, en effet, difficile d'agir efficacement sur les altérations osseuses. C'est dans ces cas que de sages mesures hygiéniques, sur lesquelles M. Ménard s'étend avec juste raison, rendront les plus grands services.

Que faut-il penser, enfin, du *traitement opératoire des abcès par contagion*? Cette méthode semble condamnée par cette seule remarque qu'elle n'est jamais complète. Aussi est-il juste d'admettre que les préférences des thérapeutes doivent aller à l'usage des injections pour les foyers fermés. Le curetage des abcès prêts à s'ouvrir est généralement la seule intervention utile. "On n'est autorisé qu'exceptionnellement à s'attaquer directement au foyer osseux que l'on n'enlève jamais complètement."

*Gazette des Hôpitaux.*

---

## Thérapeutique infantile

---

### Traitement des colites aiguës muqueuses et dysentériques par le sulfate de soude.

Par M. Aviragnet, Médecin des Hôpitaux.

Les *colites aiguës* constituent un type clinique qu'il convient de séparer des *gastro-entérites*; elles offrent, en effet, une symptomatologie qui se différencie nettement de celle des *gastro-entérites*.

Les *colites aiguës* sont ou *primaires* ou *secondaires*: dans ce dernier cas, elles succèdent à une *gastro-entérite aiguë* ou se montrent au cours d'une maladie infectieuse, d'une fièvre typhoïde par exemple.

La pathogénie des *colites* est la même que celle des *gastro-entérites*, c'est-à-dire quelles sont sous la dépendance d'agents infectieux, ceux-ci provenant soit de l'extérieur (infection ectogène), soit du tube digestif lui-même (infection endogène, facilitée par un mauvais état général ou une altération du tube digestif: dyspepsie chronique, indigestion par des fruits verts, etc.).

Dans la symptomatologie des colites, il convient de considérer des phénomènes généraux (fièvre plus ou moins vive suivant les cas; troubles nerveux divers; éruptions variées, etc.) et des phénomènes locaux (douleurs spontanées ou provoquées le long du gros intestin, avec maximum au niveau du colon iliaque; ténésme rectal; selles fréquentes, pénibles, muqueuses, glaireuses, sanglantes). Suivant le caractère des selles, il est possible de diviser les colites aiguës en deux variétés:

- 1o Les colites muqueuses, glaireuses ou muco-glaireuses;
- 2o Les colites dysentériques.

Il existe des formes légères, des formes de moyenne intensité et des formes graves avec fièvre vive ou, au contraire, avec tendance à l'algidité.

Nous ne voulons pas entrer dans le détail de la symptomatologie; nous ferons remarquer seulement que les symptômes de la variété dysentérique de la colite sont les mêmes que ceux de la dysentérie vraie: mêmes phénomènes généraux, mêmes phénomènes locaux: douleurs du gros intestin, ténésme rectal, selles muqueuses et sanglantes rappelant le frai de grenouille ou la râclure de boyaux.

La dysentérie produit au niveau du côlon des altérations peut-être plus intenses, plus nécrotiques et de ce fait plus durables que celles de la colite vulgaire, mais ce sont des lésions du même ordre. Il est vraisemblable cependant, on peut même dire il est certain, que si l'effet est le même dans les deux cas, la cause n'est pas la même: la colite dysentérique diffère au point de vue de la pathogénie, de la dysentérie vraie.

La similitude des symptômes nous permet de comprendre pourquoi les méthodes de traitement employées avec succès dans la dysentérie, réussissent dans les colites dysentériques; le traitement de la dysentérie n'a rien de spécifique; en effet, il est dirigé contre l'inflammation du gros intestin, contre la colite, en un mot contre l'effet et non contre la cause (inconnue jusqu'ici) de la dysentérie.

C'est le traitement de la dysentérie que nous avons appliqué dans les différentes variétés de colites aiguës que nous avons eu à traiter: colites dysentériques ou simplement muqueuses. Nous en avons retiré le plus grand bénéfice.

Voici comment nous le comprenons:

- 1o Repos au lit; diète à l'eau et au lait;
- 2o Calmer les douleurs abdominales par des applications de cataplasme ou des compresses humides et chaudes;

3o S'abstenir de pratiquer les grands lavages de l'intestin qui, en produisant la distention de l'organe malade, provoquent des douleurs vives, parfois intolérables, et risquent d'augmenter le processus inflammatoire ;

4o Diminuer la fréquence parfois excessive des selles et le ténésme rectal. Les petits lavements laudanisés répondent à cette indication et doivent être préférés aux suppositoires calmants ;

5o Combattre l'inflammation de la muqueuse du gros intestin. Plusieurs procédés ont été conseillés :

A. — *Introduction dans le gros intestin de substances modificatrices*, sous forme de lavements à base d'ipéca, de biborax, d'hyposulfite de soude, etc., ou de suppositoires à base d'iodoforme, de résorcine, d'extrait d'hamamelis.

Ces moyens doivent être rejetés dans les formes aiguës :

1o Parce que ces lavements et suppositoires, efficaces peut être dans les cas bénins, sont manifestement insuffisants dans les cas graves ;

2o Parce qu'il y a le plus grand intérêt, d'ailleurs, à ne pas mobiliser le gros intestin, enflammé et très douloureux.

B. — *Administration de l'ipéca par la bouche, soit à la dose massive, soit à doses fractionnées.*

Avec l'ipéca, on obtient de bons résultats dans la dysentérie quand on l'administre dès les premiers jours et à condition d'en donner de fortes doses.

Les enfants, surtout les plus jeunes, supportent mal l'ipéca à dose élevée et nous ne croyons pas que ce soit un remède à conseiller dans les colites aiguës. On ne doit le prescrire que lorsqu'il y a un état saburral très prononcé des premières voies digestives ; c'est-à-dire contre l'embarras gastrique qui accompagne la colite plutôt que contre la colite elle-même.

C. — *Purgatifs.* Ce sont les véritables agents curatifs de la dysentérie ; ce sont également ceux qui donnent les meilleurs résultats dans les colites aiguës muqueuses ou dysentéroides. Ces médicaments modifient avantageusement les sécrétions de l'intestin et diminuent l'inflammation de la muqueuse.

Le calomel, qui est le médicament par excellence des infections gastro-intestinales, est utile dans les colites légères, mais ne rend peut-être pas les mêmes services dans les colites graves. Certes, quand on l'administre, les selles se modifient avantageusement, mais cette action est passagère, et l'on peut, à juste titre, craindre en renouvelant chaque jour la dose qui doit être assez forte pour être active, d'amener de l'irritation de la muqueuse intestinale.

Nous préférons avoir recours aux sulfates de soude ou de magnésie. C'est le sulfate de soude que nous avons employé et les résultats obtenus ont été absolument remarquables. Le sulfate de soude agit d'une façon merveilleuse et constante sur les sécrétions du gros intestin ; à dose forte, il les exagère, comme tous les purgatifs ; mais à dose faible, il les diminue et fait disparaître l'hypersécrétion glaireuse et sanguinolante. (Les propriétés hémostatiques du sulfate de soude ont été bien mises en évidence par les expériences de Reverdin de Genève).

Les doses que nous conseillons sont les suivantes : 10 à 15 grammes le premier jour (dose légèrement purgative, utile quand l'état saburral des voies digestives est très prononcé) ; petites doses les jours suivants : 5 grammes, par exemple, chez un enfant de 12 à 14 ans : 2 grammes chez un enfant de 2 ans. Ces doses n'ont rien d'absolument fixe. La médication doit être continuée plus ou moins longtemps, pendant huit jours en moyenne.

Le sulfate de soude s'administre dissous dans un verre d'eau sucré ; la dose est prise dans le courant de la matinée en trois ou quatre fois.

Sous l'influence de ce médicament, on constate la disparition rapide du ténésme rectal ; la diminution de la fréquence des selles, sauf le premier jour si on a donné une dose forte ; la disparition rapide du sang ; la diminution graduelle des glaires et bientôt l'apparition de selles bilieuses diarrhéiques ; enfin des selles moulées et de la constipation dans certains cas :

En même temps, les douleurs spontanées ou provoquées observées au niveau du gros intestin disparaissent et l'état général s'améliore rapidement.

Dans certains cas, il convient de compléter le traitement par l'administration de bains. Le bain frais a son indication dans quelques formes hyperthermiques ; le bain tiède est donné avec avantage chez la plupart des malades ; le bain chaud est indispensable dans les cas où les symptômes cholériformes apparaissent. Enfin, on se trouvera bien des injections de sérum artificiel chez les malades déprimés.

Nous avons appliqué ce traitement avec un succès constant chez des enfants d'âge différent, observés à l'hôpital des Enfants Malades, dans le service de M. le Dr Moizard que nous avons l'honneur de remplacer pendant les vacances et chez plusieurs malades de notre clientèle. Nous rapporterons seulement ici l'observation du dernier malade que nous avons traité : elle est des plus caractéristiques. Il s'agissait d'un enfant de 18

mois, atteint d'une gastro-entérite des plus graves, compliquée au bout de quatre jours de colite aiguë dysentérisforme.

L'enfant était malade depuis vingt cinq jours quand nous le vîmes pour la première fois ; la colite avait résisté à tous les traitements conseillés par le très distingué médecin qui soignait le petit malade. Les selles étaient fréquentes, très douloureuses, glaireuses, et sanglantes. Les selles typiques de la colite dysentérisforme, en un mot. L'enfant prit le premier jour 5 grammes de sulfate de soude et 2 gr. 50 les jours suivants. Du jour au lendemain, pour ainsi dire, il s'opéra un changement radical dans l'état du petit malade ; le ténésme, qui était véritablement pénible, disparut, le sang apparut encore dans les glaires pendant un jour et ne se montra plus dans la suite ; les selles qui étaient fréquentes diminuèrent très rapidement ; le troisième jour l'enfant était constipé et l'on dut recourir à de petits lavements d'huile d'olive. L'amélioration persista les jours suivants et la guérison s'est maintenue depuis.

*Le sulfate de soude, donné à dose faible, constitue donc un médicament de tout premier ordre dans les colites aiguës muqueuses ou dysentérisformes. C'est un mode de traitement qui n'est pas nouveau, mais il n'est généralement pas mis en usage. Nous pensons avoir rendu service en attirant l'attention sur lui.*

*Journal des Praticiens.*

---

### **L'apothéose du lavement.**

---

Parmi les médications topiques de l'intestin il en est une que je tiens à réhabiliter, et dont tout le malheur provient de ce qu'elle s'administre par une porte bâtarde, par un endroit généralement mal fréquenté, ceci soit dit sans aucune allusion à des faits hors nature. Je veux réhabiliter le lavement de nos pères ; je veux sa glorification, son apothéose, bien qu'il soit comme une de ces choses dont on se cache, dont on rougit par chasteté menteuse. Ordonnez un collutoire à une femme du monde, elle ne craindra nullement d'en parler ; conseillez-lui un lavement, vous la verrez, dès le mot prononcé, faire sortir au plus vite quiconque est dans sa chambre, voire même sa fille, si celle-ci est présente. Je le répète, ô chasteté menteuse, qui nuit à la médication d'un excellent remède, dont on ne parle qu'en cachette, dont on se sert le moins possible parce qu'on s'en sert mal

d'un remède aux allures militaires par l'instrument qui sert à l'administrer.

Qu'est-ce donc qu'un lavement ? Un lavement, c'est un clystère, le clystère de nos ancêtres, c'est une chose qui lave. Ne serait-il composé que d'eau pure, c'est un topique tout autant qu'un bain simple de rivière ou de baignoire. Il lave, c'est très bien, que lave-t-il ? c'est l'intestin, très bien encore ; mais jusqu'où lave-t-il ? jusqu'où pénètre-t-il l'intestin ?

La hauteur que peut atteindre la colonne d'eau chassée dans l'intestin dépend de l'instrument chargé de l'opération, de la configuration de l'intestin disposé pour le recevoir et de la position du patient ?

A la suite d'un lavement, nous constatons que celui-ci, non seulement ne dépasse pas même l'ampoule rectale, dont la capacité de distension est considérable, mais encore que le demi-litre d'eau qui lui est administré par l'irrigateur Eguisier v.g. le remplit à peine. Eh bien, si peu de chose que cela vous paraisse, le lavement est encore supérieur à un bain pour le but à remplir ?

Quelques-uns, pensant que les limites de l'ampoule pouvaient être franchies et qu'il y aurait utilité à les dépasser, ont imaginé de modifier la posture du personnage passif, du patient, en regard de l'instrument actif, afin de pénétrer plus loin.

Prendre un lavement debout est par trop seigneurial : trop de dignité nuirait à une pénétration profonde.

L'administrer au lit, couché sur le dos, cela ne dit pas grand'chose.

Mais la véritable posture est celle qui permet la déclivité plus grande c'est-à-dire la posture de l'homme voulant marcher à quatre pattes, la tête touchant presque le sol de telle sorte que l'orifice anal soit à un niveau supérieur à l'ampoule du rectum.

Le lavement agit de deux façons, comme expulseur et comme modificateur selon qu'il avance plus ou moins loin dans l'intestin, selon qu'il agit en douche ou en irrigation. L'expulsion se fait exactement comme chez les enfants qui ont un corps étranger dans l'oreille, un noyau, par exemple. Autrefois on prenait une pince pour l'extraire ; on tirait sur le noyau ; on tirait aussi sur l'oreille, et rien ne venait, si ce n'est l'oreille elle-même ; mais, un beau jour, les médecins auristes se sont souvenus de l'admirable lavement, et, rejetant tous instruments, se sont servis de la seringue ou de l'irrigateur. Or, l'oreille externe, ce n'est autre que la conque externe de l'intestin.

Par la douche anale, on voulait non seulement obtenir l'expulsion, mais encore on espérait forcer l'extrémité supérieure de l'ampoule intestinale et pouvoir laver le gros intestin ; on oubliait que la véritable barrière des apothicaires n'est pas la valvule iléo-cœcale, et qu'elle se trouve au commencement du côlon descendant.

Les douches si fortes qu'elles soient ne peuvent donc pas pénétrer au delà. C'est malheureux, mais c'est comme cela.

L'on peut comparer la muqueuse intestinale à la muqueuse bronchique. Or il est entré dans la mode, qui est une puissance thérapeutique de premier ordre, de faire faire des inhalations bronchiques, ce qui est, aux eaux, pour un temps de pluie, l'idéal de la distraction, alors que les journaux ont été lus, que les bains ont été pris, que le courrier a été décacheté et qu'un va et vient de droite à gauche devant l'hôtel ou le Casido a été accompli pendant un certain temps, et que l'on en est réduit à se demander ce que l'on ferait bien pour remplir le vide des nombreuses heures du jour qu'il reste à vivre. Alors on a imaginé un petit appareil destiné à envoyer une douce vapeur dans la bouche avec l'espérance qu'elle pénétrera dans les bronches mais, ô comble de l'erreur ! elle n'y pénétrera pas plus que le lavement dans le gros intestin.

Cependant ces pulvérisations sont un très bon modificateur, mais qui agit à distance par propagation de son action modificatrice des tissus avec lesquels il est en contact aux tissus voisins. Il en est ainsi du lavement, dont l'influence s'étend par propagation des points où il est accessible aux régions voisines jusqu'à une distance plus ou moins grande. Il agit donc ainsi à la fois localement et d'une manière générale.

La circulation gastro-intestinale est dans des conditions exceptionnelles, sans ressemblance aucune avec toute autre circulation veineuse.

Les médecins du dix-septième siècle, qui étaient très forts, très experts sur les affections intestinales, ont été "épatés," c'est le mot, de la structure de la veine porte qui ne ressemble à aucun autre appareil de l'économie humaine. Ils se sont demandé, alors si, beaucoup de maladies intestinales n'auraient pas leur cause dans le système de la veine-porte. Ils avaient admis comme donnée générale qu'il existe une stase possible de cette circulation sanguine de la veine-porte, d'où la possibilité aussi d'un flux et d'un reflux des gros troncs de ce vaisseau, et, par suite, d'un arrêt de la circulation dans chacun des viscères où ils se distribuent. Donc

arrêt veineux possible de l'intestin et, comme conséquence, l'engorgement veineux de la veinosité abdominale de certains individus.

Connaissant ainsi leur malade, ce qui n'était pas indifférent pour la médication à faire intervenir, et s'étant bien rendu compte de la solidarité des viscères, tels que le foie, l'estomac, le pancréas, l'intestin et même la rate, les médecins de cette époque instituèrent une médication qu'ils appelèrent la médication modératrice de la veine-porte, dont le but était de modifier la sécrétion intestinale en modifiant aussi la circulation de l'intestin et en agissant sur le système nerveux.

Pour en revenir au lavement et en terminer avec lui, je dirai donc que son action s'étend bien au delà du point où le liquide pénètre, qu'il agit non seulement par la force avec laquelle il est lancé, mais aussi par sa quantité et par sa qualité, c'est à dire par les substances qu'il renferme. C'est ainsi qu'un simple verre d'eau sucrée administré par les voies inférieures dans le tube intestinal peut donner lieu à des coliques plus ou moins vives qui se répandront plus ou moins loin. L'extrémité inférieure de l'intestin semble jouer ainsi le rôle de conscierge de l'immeuble, chargé de veiller à la garde du bâtiment.

PROF. LASÈGUE.



## Pratique Médicale

### Comment on dilate la pupille.

Voici les principales formules auxquelles on a eu recours en ophtalmologie pour dilater la pupille, avec leurs avantages et leurs inconvénients.

#### 1° *Atropine* :

R. Sulfate neutre d'atropine..... 5 à 20 centigrammes.  
Eau distillée..... 10 grammes.

La dose habituelle est de 1 %.

La pupille commence à se dilater dix à quinze minutes après l'instillation. Mydriase maxima après quinze à vingt minutes. La pupille commence à se rétrécir le troisième jour. Elle ne redevient normale que du sixième au dixième jour.

Contre-indiquée dans le glaucome.

Elle peut donc donner lieu à des phénomènes d'intoxication générale, allant de la simple sécheresse de la gorge au délire le plus violent et à des phénomènes d'intolérance locale.

L'atropine est le remède de choix dans, l'iritis et dans tous les cas de kératite et de sclérite, accompagnés d'hypérémie de l'iris.

Elle n'est pas si recommandable comme moyen de diagnostic, son action étant de trop longue durée.

#### 2° *Extrait de belladone* :

R. Extrait de belladone..... 20 centigrammes.  
Eau distillée..... 10 grammes.

Se prescrivait autrefois quand l'atropine n'était pas supportée.

3° *Daturine* ; isomère de l'atropine à laquelle elle est identique dans son action.

#### 4° *Duboisine* :

R. Chlorhydrate de duboisine..... 5 centigrammes.  
Eau distillée ..... 10 grammes.

L'action de la duboisine est plus rapide et deux ou trois fois plus forte que celle de l'atropine. Elle persiste cinq jours.

Elle est beaucoup plus toxique que l'atropine. Une seule goutte peut amener des vertiges et des troubles psychiques. Aussi ne peut-on l'employer chez l'enfant.

Chez l'adulte, on ne peut instiller plus d'une goutte et on doit tenir le patient en observation quelques instants après l'instillation.

5° *Hyoscyamine* : analogue à la duboisine

6° *Hyoscine* (hyoscyamine pure) :

R. Chlorhydrate d'hyoscine..... 1 à 4 centigrammes.  
Eau distillée..... 10 grammes.

L'hyoscine agit dix fois plus que l'atropine sur la pupille et l'accommodation. L'action persiste de cinq à sept jours.

Elle est fort toxique, encore plus que la duboisine.

On ne peut en instiller qu'une goutte, dans les cas où l'atropine n'agit pas suffisamment.

7° *Scopolamine* (hyosciine rectifiée) ;

R. Bromhydrate de scopolamine..... 1 à 4 centigrammes.  
Eau distillée..... 10 grammes.

La scopolamine agit cinq fois plus que l'atropine. L'action commence après sept minutes, atteint son maximum en vingt-cinq minutes et se prolonge de cinq à sept jours.

Beaucoup moins toxique que les corps précédents, elle est par conséquent plus recommandable.

8° *Atroscine* ;

R. Atroscine..... 2 centigrammes:  
Eau distillée..... 10 grammes.

Fort semblable à la scopolamine, son action est plus toxique et elle ne serait dès lors pas à conseiller.

9° *Homatropine* :

R. Bomhydrate d'homatropine..... 10 centigrammes.  
Eau distillée ..... 10 grammes.

L'action commence douze à quinze minutes après l'instillation, atteint son maximum en quarante minutes et cesse après huit à dix heures.

L'homatropine est moins toxique que l'atropine. Elle est contre-indiquée dans le glaucome. Elle est surtout à recommander pour la déter-

mination objective de la réfraction, car elle paralyse plus complètement l'accommodation que les autres mydiatriques à courte portée.

10° *Gelsémine* : remède peu employée, dont l'action dure de douze à dix sept heures.

11° *Ephédrine* :

R. Chlorhydrate d'éphédrine..... 1 gramme.  
Eau distillée..... 10 —

Mydriase moyenne après quarante à soixante minutes, avec conservation de la réaction pupillaire. L'accommodation demeure presque normale. Durée de l'action : cinq heures environ.

13° *Mydrine* (mélange d'homatropine et d'éphédrine) :

R. Bromhydrate d'homatropine..... 1 centigramme.  
Chlorhydrate d'éphédrine ..... 1 gramme.  
Eau distillée..... 10 —

La mydriase débute après huit minutes et demie ; elle est au maximum en une demi-heure et commence à décroître après une heure ; elle disparaît après cinq à six heures. L'accommodation demeure à peu près intacte. Il n'y a en somme de troubles visuels que pendant une heure environ.

Ce remède est d'un prix élevé, à cause de la grande quantité d'éphédrine qui entre dans sa composition.

13° *Euphtalmie* :

R. Chlorhydrate d'euphtalmine..... 50 centigrammes.  
Eau distillée..... 10 grammes.

L'action commence après dix à quinze minutes ; elle atteint son maximum en soixante à quatre-vingt minutes ; la pupille offre un diamètre de 8 millimètres et plus. Perte de la réaction pupillaire. Parésie de l'accommodation, moindre cependant qu'avec l'homatropine.

Les symptômes subjectifs disparaissent après deux à trois heures : tout redevient normal après quatre à cinq heures.

14° *Mydrol* :

R Mydrol..... 30 centigrammes.  
Eau distillée..... 10 grammes.

Remède encore peu connu.

La mydriase serait de quelques heures. L'accommodation serait peu attaquée. Il y aurait en outre, une forte contraction des vaisseaux conjonctivaux.

15° *Cocaïne* :

R. Chlorhydrate de cocaïne..... 20 à 50 centigrammes.  
Eau distillée..... 10 grammes.

La pupille se dilate par excitation des fibres dilatatrices. La dilatation commence après cinq à vingt minutes et disparaît après six à vingt heures. La dilatation est modérée ; la réaction est conservée ; il y a parésie de l'accommodation.

L'action dilatatrice de la cocaïne est irrégulière. Elle ne se manifeste pas sur les yeux enflammés.

On obtient une mydriase maxima en instillant à la fois de l'atropine et de la cocaïne.

La cocaïne diminue la tension des yeux normaux ; elle élève au contraire, la tension des yeux glaucomateux. Elle est donc contre-indiquée dans le glaucome.

H. C.

*Journal Médical de Bruxelles.*



---

# LE BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

RÉDIGÉ EN COLLABORATION

---

---

QUÉBEC, DECEMBRE 1900.

---

---

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

---

### **A propos des sociétés médicales de district.**

---

Nous constatons avec le plus grand plaisir que nos confrères des cantons de l'Est ont entendu l'appel et donnent de tout cœur dans ce mouvement qui a pour objet la création de comités médicaux pour les districts.

La lettre suivante que vient de nous adresser M. le D. J. C. S. Gauthier de St-Ephrem d'Upton, donne évidemment un témoignage public de leur bonne volonté à cet effet et de leur enthousiasme à promouvoir les intérêts de la profession. Ils reconnaissent, eux aussi, que le moyen le plus sûr d'y arriver est de concentrer nos efforts pour assurer un succès éclatant au projet si plein d'importance de la fédération des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Du reste cette lettre se passe de commentaire.—

---

SAINT EPHREM D'UPTON LE 10 DÉCEMBRE 1900.

*Cher Confrère,*

Des questions qui intéressent le public médical à un très haut degré se discutent actuellement

Le projet de loi du Docteur Roddick, concernant la création d'un bureau central d'examen et la réciprocité interprovinciale de licence, mérite à lui seul toute l'attention de la profession médicale canadienne française.

L'importante question de la fondation de cette grande association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, proposée par le docteur Brochu, de Québec, a droit à toutes les sympathies des médecins du district de St Hyacinthe.

Les élections triennales du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, qui devront se faire par district, selon la nouvelle loi adoptée par la législature, nécessitent une convention des médecins des trois comtés de St-Hyacinthe, Rouville et Bagot, qui auront droit à un seul gouverneur dans le nouveau bureau médical

Vous êtes donc cordialement invités à une assemblée générale des médecins du district qui se tiendra à St-Hyacinthe dans la salle du bureau d'enregistrement, jeudi le 10 janvier prochain.

Cette réunion sera une excellente occasion de faire renaitre de ses cendres la Société Médicale de St-Hyacinthe ou d'en fonder une autre s'il y a lieu.

Les différents districts de la Province de Québec sont à s'organiser et la fondation d'une société médicale est le desideratum du progrès, de la confraternité et de l'amitié qui doivent exister entre les membres de notre noble profession.

Comptant sur votre concours distingué,

J'ai l'honneur de me souscrire.

Votre tout dévoué Confrère,

J. C. S. GAUTHIER, M. D.

P. S. Veuillez me donner le nom des médecins pratiquant dans votre localité.

La profession peut donc compter déjà sur le concours simultané de Québec, Trois Rivières, sur les districts de St-François, de Chicoutimi, Saguenay, Lac St-Jean, St-Hyacinthe et surtout sur Montréal qui a promis par la voix de ses représentants à la Convention du 25 juin, ainsi que par celle de son organe l'*Union Médicale*, qu'il donnerait son meilleur appui au succès de cette grande et belle cause.

Ajoutons encore que, d'ici à quelques jours, les comtés de Portneuf, Lotbinière, Beauce et Rimouski seront régulièrement organisés. Ces nouvelles, on ne peut plus satisfaisantes, nous ont porté à faire un calcul fort encourageant. Il nous laisse voir en effet, que d'ici à quelques mois la majorité des districts électoraux auront leur Société Médicale.

Dans le but de faciliter la tâche de ceux qui vont se dévouer à cette œuvre, nous croyons leur être utile en leur mettant sous les yeux le tableau des 30 divisions suivant lesquelles, le Collège des médecins a partagé la province pour fin électorale.

# Collège des Médecins et Chirurgiens

## De la Province de Québec.

### Divisions Electorales basées sur la Population Médicale.

DIVISIONS ELECTORALES.	COMTÉS	POPULATION MÉDICALE		
		FRANÇAIS	ANGLAIS	TOTAL
1ère Division.....	{ Lac St Jean .....	9	0	9
	{ Saguenay et Chicoutimi.....	9	3	12
	{ Charlevoix .....	10	0	10
				—
			31	
2e Division.....	{ Montmorency .....	7	0	7
	{ Québec .....	16	0	16
	{ Portneuf.....	17	0	17
				—
			40	
3e Division.....	{ Champlain .....	23	0	23
	{ St-Maurice.....	9	1	10
	{ Trois-Rivières.....	7	0	7
				—
			40	
4e Division.....	{ Maskinongé .....	13	0	13
	{ Berthier .....	18	0	18
				—
			31	
5e Division.....	{ Joliette.....	17	0	17
	{ Montcalm.....	16	1	7
	{ L'Assomption.....	10	0	10
				—
			34	
6e Division.....	{ Terrebonne .....	26	0	26
	{ Laval.....	9	0	9
				—
			35	
7e Division.....	{ Hochelaga .....	43	3	46
8e Division.....	{ Hochelaga Ouest.....	31	11	42
9e Division.....	{ Argenteuil.....	15	12	27
	{ Deux-Montagnes.....	14	0	11
				—
			41	
10e Division.....	{ Ottawa .....	25	18	42
	{ Pontiac.....	6	9	15
			—	
			57	

DIVISIONS ÉLECTORALES	COMTÉS	POPULATION MÉDICALE		
		FRANÇAIS	ANGLAIS	TOTAL
11e Division.....	{ Vaudreuil.....	1	0	9
	{ Soulanges.....	9	0	9
	{ Jacques-Cartier.....	16	0	18
				36
12e Division.....	{ Huntingdon.....	3	11	14
	{ Beauharnois.....	15	1	16
	{ Châteauguay.....	8	6	14
				44
13e Division.....	{ Laprairie.....	9	1	10
	{ Napierville.....	7	0	7
	{ St-Jean.....	10	1	11
	{ Iberville.....	9	0	9
				37
14e Division.....	{ Verchères.....	13	0	13
	{ Chambly.....	15	2	17
	{ Rouville.....	12	0	12
				42
15e Division.....	{ St-Hyacinthe.....	21	0	21
	{ Richelieu.....	14	1	15
				36
16e Division.....	{ Bagot.....	18	0	18
	{ Shefford.....	10	4	20
				38
17e Division.....	{ Brome.....	9	3	12
	{ Missisquoi.....	5	16	21
				33
18e Division.....	{ Compton.....	0	12	21
	{ Stanstead.....	7	16	23
				44
19e Division.....	{ Richmond.....	14	8	22
	{ Sherbrooke.....	5	8	14
				36
20e Division.....	{ Drummond.....	12	2	14
	{ Arthabaska.....	14	0	14
	{ Wolfe.....	6	2	
				36
21e Division.....	{ Nicolet.....	20	0	20
	{ Yamaska.....	14	0	14
				34

DIVISIONS ELECTORALES.	COMTÉS	POPULATION MÉDICALE		
		FRANÇAIS	ANGLAIS	TOTAL
22e Division.....	{ Lévis.....	19	0	19
	{ Dorchester.....	9	0	7
	{ Lotbinière.....	9	1	10
				36
23e Division.....	{ Beauce.....	40	0	19
	{ Mégantic.....	10	5	15
				34
24e Division.....	{ Kamouraska.....	20	0	10
	{ L'Islet.....	7	0	7
	{ Montmagny.....	10	2	12
	{ Bellechasse.....	9	0	9
				38
25e Division.....	{ Iles de la Madeleine.....	3	5	8
	{ Gaspé.....	5	3	8
	{ Bonaventure.....	7	0	7
	{ Matane.....	10	0	10
	{ Rimouski.....	15	0	15
	{ Témiscouata.....			
				32
26e Division.....	{ Québec Est.....	18	2	20
	{ St-Sauveur.....	6	0	6
				26
27e Division.....	{ Québec Centre.....	36	13	49
	{ Québec Ouest.....	2	1	3
				52
28e Division.....	{ Montréal No 1.....	16	2	18
	{ Montréal No 2.....	65	5	70
				88
29e Division.....	{ Montréal No 3.....	60	5	55
	{ Montréal No 4.....	12	25	37
				102
30e Division.....	{ Montréal No 5.....	25	116	141
	{ Montréal No 6.....	5	10	15
				156

Comme on peut le voir par ce qui précède, toutes ces divisions ne se composent pas toujours d'un nombre égal de comtés, et de plus que tous ces comtés ne peuvent pas facilement communiquer entre eux d'une manière effective pour assurer l'existence d'une société de district.

Il en résulte donc que pour la majeure partie de ces districts il serait désirable de voir des comités d'études se renfermer dans les limites d'un

comté, se réservant le droit de communiquer à l'occasion avec les comités des autres comtés faisant partie du même district.

Cependant il faut admettre que toute organisation nouvelle qui aurait pour but d'étendre son champ d'action jusqu'aux limites assignées à chaque district par le Bureau, se donnerait ainsi beaucoup plus de valeur et de prestige. C'est là une des raisons, sans doute, qui a fait surgir jusqu'à ces derniers jours non pas des sociétés de comté, mais bien des associations de districts.

Quoiqu'il arrive, nous sommes convaincus d'une chose, c'est que du jour où notre province française verra tous ses comtés ou districts régulièrement organisés en association médicale, nous serons forts et prêts pour assurer le succès de toutes les causes.

Ces sociétés d'études tout en servant de centre de ralliement ne sont-elles pas aussi des champs d'arènes où les intelligences peuvent s'affermir par une sorte d'entraînement et développer leurs aptitudes pour la production des travaux scientifiques et toute discussion sur des sujets importants à élucider.

De fait elles offriront donc les plus grands avantages pour stimuler l'ardeur dans les études, pour favoriser le rapprochement et la bonne entente entre tous les médecins en même temps qu'elles les prépareront avantageusement à prendre un rôle plus actif et plus prépondérant dans les grands congrès que la profession est en frais d'organiser pour 1902.

C. R. PAQUIN.

---

### **Le Bill Roddick.**

---

Nous croyons devoir revenir sur un incident de la dernière réunion du Bureau Médical.

Comme nous l'avons dit dans notre numéro du mois d'octobre, un certain nombre de Gouverneurs semblaient avoir adopté pour tactique de ne pas entendre les arguments des adversaires du Bill Roddick. Ainsi, sans tenir compte de ses trente-six années de professorat, de sa position de Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université-Laval, de sa double qualité d'ex-président et de plus ancien membre du Bureau, on crût devoir interrompre violemment M. le Dr Simard quand il affirma que le bill Roddick enlèverait aux canadiens-français tout contrôle sur l'enseignement

médical pour le remettre aux mains des gens d'Ontario, et il fut promptement rappelé à l'ordre lorsqu'il offrit de prouver cet avancé.

M. le Dr Simard avait pourtant bel et bien raison.

Le seize juin dernier, M. le Dr Roddick exposait un projet devant le Conseil médical d'Ontario et nous trouvons le compte rendu sténographique de son discours dans l'«*Announcement of the College P. and S. Ont.*»

Voici ce que nous y lisons page 114 :

“ On the question of the composition of the Council, you are all familiar with the Bill, that is, that each province should be represented by three men. One reason for making this three and making the member uniform through the provinces was to make it impossible for the Province of Quebec, with its large French representation, to come forward and say : Now, you are opening the door and we will insist upon a special representation, and that is really what the profession in the Province of Quebec is looking for to day. They say, if Ontario insists upon a representation by population we will have representation by population too. We will have eight French-Canadian members of that Council, and give the English two : Quebec will have ten representatives and Ontario may have as many then as she likes. I hope then that this question will be approached with very great thought. We have, we think, wisely arranged for three men of each province and after all it is a representation by numbers, not by population ; for when you come to understand the Act you will understand this, that three could do the work just as well as a larger number, because as was just said before the committee, they are expected to do police duty. The three men from the province of Ontario are to see that this act is carried out to the letter, and to see that no examination is held of men who are going to practice in your province afterwards which is of a lower standard than that which you are in fact having here to day, either professional or matriculation ; so that really it was not need such a number of men. And when you think, that there will always to three at the Board from this province, because the Board meetings will have beheld in the city of Toronto, you will always be represented by your three men, and there will seldom be more than eight or ten members of the Council present, because they have to come such long distances—they will not always be present, though they may now and then — but then will always be three men of Ontario, and it is largely from Quebec that difficulty may be looked for ; but there will be no difficulty whatever I am sure of this matter is decided upon. ”

C'est clair n'est-ce pas, le but des promoteurs du Bill est de restreindre le plus possible la représentation canadienne française. Avec trois membres par province le nombre des canadiens-français dans le Conseil médical du Dominion se trouvera nécessairement limité à deux, au plus. Les cent médecins de l'Île du Prince Édouard auront trois représentants soit *un pour trente-trois*, et les canadiens-français un pour cinq cent cinquante.

M. le Dr Simard avait-il tort !

L'aveu presque cynique du Dr Roddick à Toronto, est la meilleure réponse à ses interrupteurs, l'éclatante justification de ses avancés.

Que pensez vous de cette affirmation du Dr Roddick : " The three men from the Province of Ontario are to see that this Act is carried out to the letter, etc ? " N'est-ce pas la preuve que les délégués de Québec seront mis en tutelle, sous le contrôle des trois représentants d'Ontario qui rempliront le rôle de gendarmes avec l'aide complaisante de leurs collègues des autres provinces. Jolie perspective, en réalité !

" It is largely from Quebec that difficulty may be looked for. " Qu'a voulu dire le Dr Roddick en lançant cette insinuation qui frise l'injure si on cherche à en pénétrer le sens par le contexte ! Serait-il vrai qu'un médecin de Québec est allé dire aux gens d'Ontario que nos programmes, nos examens etc, auraient besoin de leur surveillance active ?

Si c'est réellement là la croyance de M. le Dr Roddick il aurait dû commencer par prêcher la réforme de l'enseignement médical dans sa propre province avant d'aller la décrier à Toronto et de chercher à l'entraîner dans une alliance qui lui réserve : avanies et humiliations.

Pourquoi le Dr Roddick n'a-t-il pas exposé ces mêmes raisons le 23 Janvier dernier, à la Société médicale de Québec, invoqué ces mêmes arguments devant les Gouverneurs du Bureau au mois de Septembre ? Croit-il cette politique à double face propre à lui attirer les sympathies et à détruire tout sentiment de défiance envers son projet de loi ! Ne justifie-t-elle pas, au contraire, la lutte que nous avons faite contre le bill, lutte que nous entendons continuer devant le Parlement fédéral, devant l'assemblée législative si jamais on y fait appel, et surtout devant l'électorat médical qui, au mois de Septembre prochain, décidera s'il veut abandonner ses droits, privilèges et prérogatives en retour des injures qu'on lui prodigue pour flatter le fanatisme ontarien.

## La pratique illégale de la Médecine et le moyen de la réprimer.

Nos confrères du Lac Saint Jean, Chicoutimi et Siguenay ont tenu, l'autre jour, leur première convention de district. Je les en félicite de tout mon cœur, car il est certain que rien plus que ces sortes de réunions fraternelles, n'est propre à assurer la bonne entente entre les confrères et leur avancement scientifique.

Entre autre travaux, ils ont adopté des résolutions qui se lisent ainsi :

“ Proposé par les Drs Edmond Savard et Polquin, secondé par les Drs F. Plourde et E. A. Claveau, que les médecins du district de Chicoutimi et Lac St-Jean, réunis en convention générale, à Chicoutimi, le 11 novembre, regrettent :

“ 1° Qu'un trop grand nombre de médecins non licenciés et de charlatans aient leurs coudées franches pour la pratique illégale de la médecine dans notre district, et ce au détriment des médecins porteurs de la licence provinciale

2° Que la loi du C. M. et C. P. Q. paraisse inefficace ou appliquée trop mollement, dans bien des cas, par faveur ou autrement.

“ En conséquence, il est résolu unanimement :

“ 1° Que tous les médecins de la convention désirent que la loi soit appliquée avec toute la rigueur possible dans tous les cas de pratique illégale de la médecine.

“ 2° Que si, la loi actuelle n'est pas suffisante, le C. M. et C. P. Q. doit travailler et travaille à l'amender.

“ 3° Que le Dr J. Constantin soit chargé de transmettre cette résolution au C. M. et C. P. Q., l'assurant de l'entier dévouement des médecins de la convention et de leur influence auprès des députés de la Législature afin d'obtenir la modification de la loi actuelle s'il y a lieu.

“ 4° Que cette résolution soit envoyée à l'*Union Médicale* et à la *Revue Médicale*, de Montréal et au *Bulletin Médical* de Québec avec prière de publier.”

En parcourant ces résolutions avec toute l'attention possible, il m'a semblé que mes confrères ne se font pas une idée exacte de l'organisation et du fonctionnement du Bureau Provincial de Médecine et surtout de l'influence qu'il peut exercer sur les décisions de la législature.

J'ai donc pensé leur être utile en même temps qu'agréable, en leur donnant, par l'entremise du *Bulletin Médical*, quelques explications sur ce qui fait le sujet de leurs griefs.

En premier lieu, il ne faut pas confondre le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, composé de tous les médecins enregistrés de la province et qui en est le corps électoral, avec le Bureau Provincial de Médecine, composé des élus de la profession et qui en est comme le parlement. Je dis bien, c'est un véritable parlement, chargé d'administrer les affaires de la profession et d'en défendre les intérêts mais dont les pouvoirs sont, toutefois, restreints par sa constitution organique, octroyée par la législature provinciale. Bien plus, ces pouvoirs peuvent être augmentés ou diminués (surtout diminués) selon le bon ou le mauvais vouloir des élus de la nation.

Et pour prouver cette dernière affirmation il me paraît plus que suffisant de rappeler ce qui s'est passé à la dernière session de la législature. Quatre *bills*, nous intéressant, y ont été présentés. L'un, le *bill* électoral, l'était à notre demande et a été adopté ; nous étions alors l'objet du bon vouloir de la députation. Par contre, trois autres *bills* ont également été présentés, que nous avons dû combattre avec plus ou moins de succès.

D'abord, le *bill* Roy, ayant pour but de régulariser la position de bon nombre d'irréguliers. Nous avons obtenu certaines concessions, grâce à l'appui de quelques amis que nous avons au parlement. Cependant, malgré l'interprétation la plus large et la plus généreuse, il me semble, que nous avons donnée à cette loi, nous n'en sommes pas moins aujourd'hui sous le coup d'un bref de *Mandamus* qui est encore pendant en Cour Supérieure. En second lieu, nonobstant une entente formelle intervenue il y a déjà quelques années, le Dr Enright a pu faire passer, à notre barbe, pour ainsi dire, et sans l'autorisation préalable du Bureau, un *bill* privé l'exemptant et de l'examen préliminaire et de l'examen professionnel. Enfin, vint le *bill* Tellier amendant le statut de telle sorte qu'à l'avenir, il sera presque ruineux pour le Bureau de poursuivre les charlatans. Nous l'avons combattu de toutes nos forces ; nous pensions avoir réussi à le faire renvoyer, lorsqu'à la dernière minute de la session, alors que la plupart de nos amis étaient rentrés dans leurs foyers, on l'a remis sur le tapis et fait passer. Il est maintenant inscrit dans les statuts et rend la poursuite efficace des charlatans presque impossible. On voit par là combien difficile est, pour le Bureau, la tâche de faire amender la loi dans un sens plus

rigoureux. Peut-être serons nous plus heureux avec la nouvelle législature. L'avenir le dira.

Maintenant, il y a deux classes de personnes qui exercent illégalement l'art médical :

1<sup>o</sup> Les charlatans proprement-dits qui, n'ayant fait aucune étude de la médecine, soignent à tort et à travers ;

2<sup>o</sup> Ceux qui, tout en ayant suivi leur cours complet, sont empêchés de recevoir la licence à cause de quelque irrégularité.

A l'égard des premiers tous sont unanimes à sévir, par tous les moyens à notre disposition, pour couper court à leur négoce illicite et dangereux.

Pour les autres c'est différent. Grâce à des divergences d'opinion dans l'interprétation de la loi, plusieurs d'entre eux ont trouvé et trouvent encore des sympathies qui gênent grandement l'action du Bureau dans l'application rigoureuse de la loi. Je l'ai déjà dit, la question est *sub judice* ; il faut donc attendre.

Mais alors, en présence de cet état de chose, que doivent faire les médecins pour remédier à cet envahissement dont ils se plaignent avec tant de raison ?

Je répondrai en toute sincérité et franchise : C'est assurément une excellente chose de se réunir en convention et d'adopter des résolutions soumettant en quelque sorte, le Bureau de faire son devoir. J'en voudrais même que les médecins des autres districts en fissent autant, par toute la province. Je voudrais davantage, c'est à-dire, que ces conventions s'assentent, aussi souvent que possible, pour affirmer leurs droits et en réclamer l'entière protection.

Mais cela ne suffit pas, à mon sens. Nos amis de la convention de Chicoutimi nous promettent l'aide de leur influence sur les députés de leur districts. Bravo ! voilà juste ce que nous réclamons. Mais il nous faut, en plus, le même appui par toute la Province. Qu'on s'organise donc partout, qu'on mette l'esprit de parti de côté, pour ne songer qu'aux intérêts de la profession, et la victoire est assurée. La cause de nos défaites passées réside précisément dans cette espèce de somnolence où nous sommes restés plongés depuis nombre d'années. Dès que nous nous réveillerons tout sera sauvé.

En avant, donc, et courage ! la victoire est là !

J. P. BOULET M. D. L.

Au moment de mettre sous presse voici ce que nous écrit le Dr Thos Savary du Pont Rouge.—

Une petite sœur de la Société Médicale de Québec, vient de naître dans le comté de Portneuf. L'accouchement a été long, difficile, laborieux.

Neuf médecins présents ont reçu dans leurs bras empressés l'enfant faible et délicat, mais paraissant tout-à-fait viable.

Crainte d'accident, l'enfant a été baptisée de suite, du nom de ; *Société Médicale du comté de Portneuf*. Le Dr G. Paquin qui portait l'enfant au baptême vous enverra probablement son portrait avec un compte rendu de la cérémonie, que nous espérons voir figurer dans les pages du BULLETIN.

---

### Convention des Médecins du Comté de Portneuf.

---

Dimanche, 16 Déc. 1900, les médecins du comté de Portneuf ont eu la satisfaction ardemment désirée, de se réunir pour former une association médicale du comté.

La première convention a eu lieu à N. D. de Portneuf, chez le Dr S Geo. Paquin.

Etaient présents : Messieurs les Docteurs Aug. Weillbrenner, Portneuf ; Clovis Mayrand, Deschambault ; J. E. Voisard, St Alban ; S Geo. Paquin, Portneuf ; Arthur Delisle, Pointe-aux-Trembles ; Thos. Savary, Ste Jeanne de Neuville ; P. Dolbec, St Casimir ; Alex. Dufresne, Deschambault et E. Archambault, Grondines ; quand aux absents, leurs lettres d'adhésion laissaient voir clairement qu'il fallait n'en accuser que des devoirs professionnels pressants ou encore le grand âge ou bien la maladie.—

A l'ouverture de la séance, le Dr S. G. Paquin souhaite à tous la bienvenue, les remercie de leur empressement et de leur ponctualité à se rendre au désir commun. Il les félicite de n'avoir compté pour rien la distance et les inconvénients d'un long voyage en vue de cette réunion. Il regrette beaucoup que les 22 médecins du comté n'aient pas pu se rendre tous à l'appel des organisateurs, mais il espère que les résolutions de la présente réunion seront appuyées par eux.

Ensuite, on procède à l'élection des officiers de la nouvelle association qui portera à l'avenir le nom de : *Société Médicale du comté de Portneuf*.

Les officiers élus sont : Président, M. le Dr A. Weillbrenner, Vice-Président, Clovis Mayrand, Secrétaire-Trésorier, S. G. Paquin, Assistant-Secrétaire, Thos. Savary.

Il est d'abord convenu que cette société aurait pour triple but : de resserrer davantage les liens d'amitié qui unissent déjà les médecins du comté en cherchant à maintenir, par tous les moyens possibles, l'union, l'accord et l'harmonie qui devraient toujours exister entre confrères soucieux des devoirs et des obligations qui incombent à notre profession ; de promouvoir parmi eux la diffusion de la science médicale et la protection des intérêts professionnels généraux et respectifs ; d'adhérer enfin par un travail effectif à la réalisation du grand projet de l'*Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord*.

*Première question soumise à l'étude.*

La Société devra étudier, discuter et s'entendre avec les sociétés sœurs sur les meilleurs moyens à prendre pour arrêter et proscrire la vente des médecines brevetées de toutes sortes chez les marchands. La société déplore un tel état de chose, car il est avéré que le plus humble marchand à la campagne possède une vraie pharmacie où sont vendus des préparations souvent dangereuses. L'obtention de cette mesure rendra certainement service à notre population, car tous les jours des personnes sans aucune expérience jouent avec les drogues les plus nuisibles.

*Deuxième question.* De la formation d'un tarif minimum uniforme.

Durant près de  $\frac{3}{4}$  d'heure, chaque membre à tour de rôle fait valoir l'importance de cette réforme qui s'impose d'elle-même pour notre avantage et pour le plus grand bien des patients.

On décide d'adresser aux absents une copie des réformes proposées, pour que chacun ait le loisir de les étudier d'ici à la prochaine réunion.

Pour ce qui est du tarif, une fois accepté par la majorité, chaque médecin sera tenu de l'afficher dans son bureau et de se faire un devoir de s'y conformer strictement.

*Troisième question.* De l'Étiquette Médicale.

Messieurs les Drs Voisard, Dufresne, et Dolbec demandent qu'on mette à l'étude l'importante question de l'Étiquette Médicale si pleine de conséquences parmi nos populations rurales. Après l'avoir discutée avec beaucoup de discernement on convient de la laisser sur la table pour avoir l'opinion des absents à une séance subséquente.

On décide ensuite, que la nouvelle société se réunira tous les 3 mois régulièrement et que cette réunion se fera chez chaque confrère à tour de rôle

Les motions suivantes sont alors proposées :

I. Proposé par le Dr A. Delisle, secondé le Dr Savary et le Dr A. Dufresne que chaque membre paie \$1.00 de contribution. Adopté.

II. Proposé par le Dr E. Archambault, secondé par le Dr C. Mayrand que, la prochaine réunion ait lieu le dimanche 17 Mars. 1901. Adopté.

III. Proposé par le Dr Dolbec, secondé par le Dr Voisard que cette prochaine assemblée ait lieu à St Casimir chez le Dr Dolbec.

Adopté à l'unanimité.

IV. Proposé par le Dr Weilbrenner secondé par le Dr A. Delisle que le compte rendu de cette première convention soit envoyé au "*Bulletin Médical*" de Québec. Adopté.

V. Proposé par le Dr Geo. Paquin et unanimement résolu qu'à chaque séance, un ou deux membres de la société soient nommés pour préparer un travail sur un sujet pratique laissé au choix des membres nommés à cet effet, pour être lu à la réunion subséquente.

Le Dr A. Weilbrenner et le Dr Thos. Savary sont choisis pour préparer ces travaux qui seront présentés à la prochaine réunion.

La séance est close à 5½ heures. Mais avant de se séparer, le Dr S. G. Paquin invite cordialement tous les confrères à prendre le premier goûter *en famille*.

Portneuf, 19 Déc. 1900. —

Dr S. G. Paquin Sec.

Vu le manque d'espace nous devons nous contenter pour le moment d'offrir à nos amis du Comté de Portneuf, nos plus sincères félicitations et nos meilleurs souhaits pour la vitalité de cet enfant dont la naissance leur a coûté des émotions si peu justifiées.

---

### Société Médicale de Québec.

Vu le manque d'espace, nous remettons au prochain Numéro le rapport de la dernière assemblée de cette Société.

La séance de décembre aura lieu vendredi le 28 du courant

SUJET.—*Séance fin de siècle*. On y fera l'élection des officiers pour 1901.

### NOUVELLES.

Messieurs les Docteurs L. Côté et Art Simard de Québec, sont allés à Montréal cette semaine, pour assister à une réunion du Bureau Provin-

cial d'Hygiène. Ils ont profités de cette occasion pour rencontrer les membres de la SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL au sujet du projet de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Ce projet a été officiellement adopté par nos confrères de la métropole. Il a été résolu, de plus, qu'une assemblée spéciale de cette société serait convoquée la semaine prochaine pour former le comité d'organisation devant travailler de concert avec celui de Québec pour le succès de cette œuvre imminemment patriotique et nationale.

— — —  
Nous avons appris avec plaisir le retour à la santé de MM. les Drs Sirois, de St-Ferdinand d'Halifax, et J. A. Lesage, de Montréal.

— — —  
Nous offrons nos plus sincères sympathies au Dr E. T. Gauvreau, de Superior, Wisconsin, qui vient de nous apprendre la mort de sa fille unique, madame Harry Linton.

— — —  
“ Le médecin doit attacher une grande importance aux plus petits maux, et mesurer l'intérêt qu'il y prend *moins sur l'opinion qu'il en a* que celle que paraît en avoir le malade, car il n'y a pas de petites douleurs pour celui qui souffre. ”

— — —  
Savoir, c'est prévoir ; or, on prévoit avec des *principes* et non avec des faits.

TROUSSEAU.

— — —  
Il faut que les médecins étudient davantage la *dialectique* et la *logique* afin que, versés dans ces deux sciences, ils apprennent par elles l'art de raisonner et que guidés par la méthode qui préside à ces sciences, ils contractent l'habitude de poser, de discuter, et de résoudre les divers problèmes que l'étude de la nature humaine leur offre à chaque pas, car la manière de poser un problème et de le résoudre n'est pas différente, qu'il s'agisse de la défense d'une question d'histoire naturelle ou d'une question de logique médicale.

GALIEN.

**Sanmetto dans la cystite et la prostatite. Aussi dans  
la migraine.**

J'ai fait usage d'une bouteille de SANMETTO pour moi même. Je souffrais de cystite et de prostatite, et j'ai été soulagé. Je crois qu'en continuant son usage je serai guéri. J'ai soixante-cinq ans, et je ne puis être guéri aussi vite que des jeunes personnes. Nous avons ici un homme, J. S. K., qui souffrait de gravelle depuis des années et qui avait donné beaucoup aux médecins pour se faire traiter. Il prit du SANMETTO, et il serait difficile de croire la quantité de calculs qu'il a passés dans quelques jours; de fait il en passait tellement qu'il fut obligé d'arrêter de prendre ce remède pendant plusieurs jours. Il pourra raconter lui-même son propre cas, si vous le désirez.

Judsonia, ARK

J. Y. DESHONG, M. D.

**Excellent avantage.**

Le Dr X. Plouffe, de Montréal, désirant aller à Paris pour poursuivre ses études, pour un an ou même plus, offre en vente son joli petit cottage de l'Avenue de l'Hôtel de Ville No. 403. Vendrait en même temps tout le ménage complet: chevaux, voitures, volailles, meubles, instruments, et une magnifique bibliothèque, en parfait ordre.

**Préparations**

**DE LA COMPAGNIE DE THÉ DE BŒUF  
OXOL**

**THÉ DE BŒUF LIQUIDE en bouteille**

1/2 oz, 2 oz, 4 oz, 8 oz et 16 onces.

**PÂTE DE THÉ DE BŒUF dans des jarres en verre blanc**

de 2 oz. et 4 onces

**PÂTE DE THÉ DE BŒUF en boîtes**

de 2, 4, 8 et 16 onces

**THÉ DE BŒUF LIQUIDE en bouteilles pour les usages  
domestiques culinaires, en bouteilles**

de 8 et 20 onces.

**PASTILLES DE BŒUF, POUDRE DE BŒUF etc .**

Ces préparations gagnent rapidement la faveur générale, et comme leurs mérites deviennent de mieux en mieux connus, elles sont destinées à devancer toutes les autres préparations semblables qu'on rencontre sur le marché.

On s'en sert dans les meilleurs hôpitaux de Montréal, Toronto, Winnipeg et d'autres villes. Elles contiennent un très grand pourcentage de fibrine et d'albumine, et leur riche saveur de bœuf les rend si agréables au goût qu'elles sont demandées par les plus faibles invalides.—Echantillons envoyés gratis aux médecins sur demande.

**Cie de Thé de Bœuf Oxol, . . . Montréal**

**Agent pour Québec: C. E. BOIVIN, 15 rue Jupiter, QUE.**