

MEMOIRES

UN CAS DE MAMMITE SUPPUREE ET GANGRENEE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ (1)

Agrégé, médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame.
Par le docteur ISAIE CORMIER,

H. B., âgé de six semaines, est présenté au dispensaire de pédiatrie de l'hôpital Notre-Dame sous prétexte qu'il vomit, qu'il a de la diarrhée et qu'il porte une plaie à la poitrine.

Madame B., mariée depuis 2 ans à l'âge de 22 ans, d'une constitution assez bonne, a souffert des fièvres typhoïdes il y a 3 ou 4 ans. Elle eût beaucoup d'énervements et de fatigues pendant sa grossesse, cependant, après 10 mois de ménage, elle mit au monde, d'une manière tout à fait normale, un enfant pesant $7\frac{3}{4}$ lbs. Après des relevailles heureuses, nourrissant son enfant, elle s'imposa des fatigues qui n'empêchèrent pas ce dernier de progresser, malgré un peu de constipation contre laquelle quelques doses d'huile d'olive furent données. Quand, le 22e jour, par une journée de chaleur, Madame B. prit 2 verres de bière d'épinette; dès le même soir et toute la nuit son enfant se mit à vomir d'une manière incoercible. Un médecin fut appelé et donna les prescriptions suivantes: pour la nuit, eau bouillie un peu sucrée, eau et cognac pour le jour suivant, et ensuite cesser le sein pour donner un peu de lait ébouillanté. Pendant deux semaines l'enfant suivit cette diète, ses selles étaient vertes et très infectes; un amaigrissement très rapide et une grande faiblesse s'en suivirent. Voyant cette faiblesse, la mère fut deux jours sans laver le corps de son petit malade; elle avait remarqué un peu de rougeur au sein droit lors de la dernière toilette, mais elle fut surprise de trouver après ces deux jours une petite plaie au mamelon avec une aréole inflammatoire d'un rouge foncé; elle y appliqua pendant quelque temps un peu d'huile d'olive et une pommade quelconque. Voyant que la plaie s'agrandissait très rapidement et que l'enfant dépérissait toujours, elle se décida à l'apporter au dispensaire.

A l'examen, nous trouvons l'enfant dans un état de marasme, amaigrissement complet, ayant plutôt l'aspect d'un cadavre que d'un être vivant, portant sur la poitrine, du côté droit surtout, une ulcération gangréneuse de la grandeur de

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, février 1903.

la main, laissant les côtes à nu; les bords comme coupés à l'emporte pièce et garnis d'un liséré rouge foncé sans vitalité, un pus sanieux s'écoule de cet ulcère.

L'examen microscopique du pus n'a révélé que des streptocoques et d'autres microbes de la peau.



Vu la gastro-entérite existante, nous prescrivons à l'intérieur $\frac{1}{8}$ de grain de Calomel toutes les 2 heures jusqu'à concurrence de 1 grain. Pour diète, de l'eau de Barly. Localement sur la plaie nous avons fait faire des grands lavages au peroxide d'hydrogène suivis de pansements humides avec une solution faible de bichlorure de mercure. Avec ces trai-

tements, les vomissements ont cessé, les selles ont repris une meilleure couleur et l'odeur infecte a disparu, la plaie est devenue de meilleure nature, les bords reprirent de la vitalité; mais l'épuisement avait été trop considérable, n'ayant pas même la force de se plaindre, la réaction ne s'est point opérée, la mort est venu nous enlever notre sujet à l'âge de 7 semaines et 2 jours, c'est-à-dire, après huit jours de traitement au dispensaire.

Dans les considérations que nous pouvons faire ressortir de la narration de ce cas, nous devons d'abord remarquer sa rareté, pour ma part je n'en ai jamais vu et je n'ai jamais rien lu sur cette localisation de la gangrène; puis nous devons aussi remarquer la faute qui a été commise dès le début dans la diète de l'enfant, il n'aurait jamais dû être sevré, c'est-à-dire qu'après la diète hydrique de 1 à 2 jours, il aurait dû être remis au sein, car dans ce cas-ci la gastro-entérite aigüe semble être due à l'écart de régime de la mère et généralement cette influence sur la nature du lait est tout-à-fait passagère. Après quelques heures, l'enfant reprenant la nourriture qui lui convient se guérit, reprend toute sa vigueur et se défend contre les infections. Tandis que par l'emploi du lait de vache, probablement de mauvaise qualité, on a entretenu la gastro-entérite, la phagocytose est devenue presque nulle, la mammite est devenue infectée et gangrénée. Je suis donc persuadé que s'il n'y avait pas eu d'erreur dans le régime lacté, l'infection de la glande mammaire n'aurait pas eu lieu ou du moins elle n'aurait pas produit de désastre et la société aurait conservé un de ses sujets.

OBSERVATION D'UN CAS DE RUPTURE DE LA VESSIE (1)

Par le Dr ALPHONSE MERCIER,

Docteur en médecine de la faculté de Paris, médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Le malade dont je désire vous parler ce soir est mort la semaine dernière à l'hôpital Notre-Dame des suites d'une rupture de la vessie. La rareté de cette affection, le mode de début et l'évolution du cas, la difficulté du diagnostic, la date et surtout le mécanisme de cette rupture, sont autant de points qui méritent d'arrêter votre attention et sur lesquels j'invite particulièrement la discussion.

Voici d'abord l'histoire du malade, et l'exposé des circonstances qui ont précédé et accompagné le début des accidents. Dans cette enquête, je me suis aidé des renseignements fournis par le malade lui-même et des informations recueillies à sa maison de pension, auprès de ses amis, et des personnes avec lesquelles il était en contact journalier.

Il s'agit d'un homme de 34 ans, célibataire, employé depuis plusieurs années dans un entrepôt frigorifique. Bien développé physiquement, avec toutes les apparences d'un sujet robuste et bien portant, il déclare n'avoir jamais été malade et ne trouve dans ses antécédents personnels qu'une blennorrhagie à l'âge de 23 ans. Chose singulière, cette bonne santé s'est maintenue malgré les pires excès et les habitudes les plus déplorables. Les excès alcooliques surtout étaient bien connus et se répétaient tous les samedis, et cela depuis bien longtemps. En semaine, il se tenait constamment *entre deux vins* et prenait jusqu'à 15 ou 20 verres par jour, croyant de cette façon détruire les mauvais effets de l'atmosphère humide et froide qui l'enveloppait tout le long du jour. Avec ça, grand fumeur et grillant plusieurs paquets de cigarettes par jour, dont il *avalait* la fumée, sans parler de nombreux cigares, et de l'usage de tabac à chiquer. En résumé, alcoolisme, tabagisme, exposition continuelle et prolongée au froid humide.

Le samedi, 23 novembre, notre homme quitte l'ouvrage, bien portant comme d'habitude. Dans la soirée il absorbe un

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, janvier 1902.

nombre respectable de consommations, et vers minuit, déjà passablement gris, il se rend à un enterrement de vie de garçon et y continue ses libations jusqu'au matin alors que d'obligeants amis le ramènent où plutôt le traînent chez lui et le déposent dans son lit, ivre-mort. Il dort toute la journée du dimanche, et le soir, après quelques vomissements, il s'aperçoit qu'il ne peut pas uriner; à peine s'il arrive à expulser difficilement quelques gouttes d'urine. A plusieurs reprises, dans la nuit, il renouvelle ses tentatives, mais toujours sans plus de succès, si bien que le lundi matin, il se décide à venir à l'hôpital, non qu'il souffre de sa rétention, mais bien parce que la chose commence à l'intriguer.

Le chirurgien de service lui passe après quelques tatonnements une sonde n° 12, filière française, et retire quelques grammes d'urine. Mais bientôt la sonde se bouche, et le malade est renvoyé chez lui. La rétention persiste, et le malade, qui maintenant vomit tout ce qu'il prend, remarque en plaisantant que son ventre augmente et prend des proportions inquiétantes. Le mardi matin, il revient à l'hôpital, où il est admis d'urgence salle St-Jean de Dieu, lit n° 29.

EXAMEN DU MALADE.

Le malade ne paraît pas souffrant; de fait il n'accuse aucune douleur et répond très bien à toutes les questions.

Le pouls marque 90 à la minute, il est régulier, assez fort.

La respiration est normale.

L'auscultation et la percussion attentives du cœur et des poumons ne révèlent rien de particulier.

Le ventre est très gros, globuleux, étalé dans les flancs, à grand diamètre transversal. On a très nettement la sensation de flot, la présence du liquide donnant du reste une zone de matité dans les flancs et à l'hypogastre.

La palpation du ventre est indolore, mais gêne un peu l'examen du foie dont on ne peut guère évaluer le volume. On remarque quelques veines dilatées à la surface de l'abdomen. Pas de trace d'œdème aux malléoles, ni aux paupières.

Les pupilles sont peut-être un peu contractées. Les réflexes sont normaux; enfin le thermomètre marque 98° Fah.

L'examen des urines donne le résultat suivant:

Apparence trouble.

Couleur plutôt foncée, sans être tout à fait rouge cependant.

Beaucoup d'albumine et dépitéliums.

Hématies et leucocytes en abondance.

Pas de cylindres.

La petite quantité d'urine mise à notre disposition ne nous permet pas de doser la quantité d'urée, et de préciser la gravité spécifique.

En résumé, rétention d'urine presque complète, accompagnée de vomissements incoercibles, et d'épanchement péritonéal, et survenant brusquement, à l'occasion d'un dernier excès, chez un sujet profondément alcoolique.

DIAGNOSTIC ET DISCUSSION DU CAS.

Avec cet ensemble symptomatique il s'agissait de remonter à la cause des accidents, et d'arriver à un diagnostic précis.

La première idée qui nous vint à l'esprit fut celle d'une néphrite aiguë. D'ordinaire, il est vrai, la néphrite aiguë s'annonce par un début plus ou moins bruyant, et s'accompagne de frissons, fièvre, violentes douleurs lombaires, diminution des urines qui deviennent brunes, hémorrhagiques, œdèmes précoces, rapides et étendus, etc. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et nombreux sont les formes anormales, insidieuses à symptomatologie indéceise. On a vu les signes de début manquer complètement, et la néphrite aiguë ne se manifester que par quelques signes dont l'intensité inusitée rejetait dans l'ombre le restant du tableau symptomatique. Notre cas pouvait très bien rentrer dans une de ces formes irrégulières, et l'on pouvait raisonnablement attribuer à une lésion rénale l'anurie, les vomissements et les altérations urinaires. Et, cependant, on a mis de côté cette hypothèse à cause de

l'absence de tout cylindre urinaire, de l'abondance de l'épanchement et surtout de sa trop exclusive localisation au péritoine, et de l'histoire des antécédents.

S'agissait-il d'une pyléphlébite? On sembla le croire et pourtant rien ne justifiait ce diagnostic, si ce n'est l'existence de l'ascite. Le développement rapide et considérable de la circulation complémentaire, l'abondance des hémorragies œsophagiennes, stomacales et intestinales, l'augmentation du volume de la rate ont autant de valeur dans l'espèce que l'ascite, et vous avez vu que tous ces signes manquaient dans notre cas. D'un autre côté, notre malade ne présentait aucune trace d'infection récente capable d'expliquer l'apparition d'une pyléphlébite aiguë. A moins donc de vouloir établir un diagnostic sur l'existence de l'ascite seule, car nous ne parlons pas des quelques petites veines apparentes à la surface de l'abdomen, on devait forcément abandonner cette manière de voir.

On se rabattit alors sur l'hypothèse d'une cirrhose hépatique. On a cité des faits où l'ascite, apparue brusquement dès le début de l'affection hépatique et prenant en quelques jours un développement considérable, était pour ainsi dire le symptôme initial d'une cirrhose hépatique (Dieulafoy). Mais ces faits sont tout à fait rares, et cette maladie, comme vous le savez, procède d'une toute autre façon.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler l'ensemble symptomatique de la période précirrhotique et décrit sous le nom de petits signes de l'hépatisme; inutile aussi de vous montrer l'aspect typique du cirrhotique et l'évolution ordinaire des accidents, pour vous convaincre qu'en portant ce diagnostic on tombait dans les raretés cliniques. D'un autre côté, comment alors expliquer les vomissements incoercibles du malade, la diminution et les caractères de l'urine.

Quoiqu'il en soit, on s'en tint à ce diagnostic et le traitement fut institué en conséquence. Dans le dessein de provoquer une dérivation intestinale et de rétablir le cours de l'urine, on employa successivement le calomel, l'eau de vie allemande, les pilules de Lancereaux, la caféine, et la strychnine

comme stimulant. On administra aussi plusieurs lavements purgatifs, des solutions de cocaïne pour arrêter les vomissements, etc. Malheureusement la médication restait inefficace et pendant les 8 jours de son séjour à l'hôpital, le malade n'éprouva aucun changement ni amélioration. L'anurie persista, les vomissements continuèrent, présentant bientôt l'odeur caractéristique de l'urine, enfin l'ascite augmenta peu à peu. Pendant tout ce temps, le patient n'accusa aucune douleur; la température se maintint au-dessous de la normale. Enfin, incapable de garder ce qu'il prenait, et s'affaiblissant de plus en plus, notre malade, le 2 décembre, expirait presque subitement, après avoir eu sur la fin un peu de délire.

AUTOPSIE.

Poumons congestionnés.

Plèvre gauche un peu adhérente.

Cœur normal.

Foie, un peu dur, 1500 gr.

Rate, petite.

Reins, légèrement congestionnés.

Intestins normaux.

Péritoine sain.

Méninges crâniennes et cerveau n'offraient rien de particulier.

Vessie rupturée.

Urèthre normal.

La cavité péritonéale renferme environ 2 litres d'un liquide clair, citrin, ressemblant à l'urine, en ayant nettement l'odeur et renfermant de l'urée.

Notre malade souffrait en somme d'une rupture de la vessie, et sa mort est due à l'accumulation de l'urine dans la cavité péritonéale.

La rupture de la vessie, comme vous pourrez en juger par la pièce que je vous présente, siège à la partie supéro-postérieure de l'organe, en plein péritoine. Elle intéresse toutes les couches de la vessie. Elle est rectiligne, non déchiquetée et mesure environ 4 centimètres de long, elle est étroite, mais

assez large pour donner libre passage à l'urine. De chaque côté de la rupture, on constate l'existence d'un épanchement sanguin sous le péritoine et sous la muqueuse. Du côté de la muqueuse, le sang s'est infiltré sur une étendue considérable.

Les parois de la vessie ont une épaisseur véritablement anormale, environ $\frac{1}{2}$ centimètre; elles sont dures, rigides, et manifestement sclérosées. Vous entendrez tout à l'heure M. le Dr Marien, qui a bien voulu se charger de cette partie de l'examen, nous en faire la description histologique.

L'urèthre que j'ai ouvert dans toute sa longueur ne présente aucune trace de rétrécissement de son calibre et la muqueuse est parfaitement lisse, souple, d'épaisseur normale et uniforme d'un bout du canal à l'autre.

Je ne vais pas chercher, vous pensez bien, à excuser notre erreur de diagnostic. Il est de ces choses sur lesquelles il vaut mieux ne pas insister. "*Errare humanum est,*" et le médecin, que je sache, n'échappe pas à la loi générale. Mais si la faute n'est pas excusable, peut-elle du moins s'expliquer, et aurions-nous pu l'éviter? Oui, sans aucun doute, à condition: d'abord de penser à la possibilité d'une plaie de la vessie; l'idée seule d'une pareille éventualité nous eût immédiatement mis sur la voie du diagnostic et il eût été facile ensuite de confirmer cet apriori.

En procédant avec méthode et en éliminant successivement toutes les causes capables de provoquer un épanchement abdominal, il était encore possible, malgré l'extrême rareté du fait, de remonter à l'origine réelle du mal.

Enfin en pratiquant, moyen d'exploration vraiment trop négligé, une ponction aspiratrice qui nous eût permis de préciser la nature du liquide épanché.

On a paru surpris de voir que la présence de l'urine dans la cavité péritonéale ne déterminât pas de mouvement fébrile. La raison en est bien simple, et c'est que l'urine physiologique est inoffensive pour le péritoine comme pour tous les tissus, parce qu'elle ne contient pas de microbes. (Dieulafoy). L'inflammation ne survient que si l'urine est septique, s'infecte accidentellement.

Je laisse aux chirurgiens le soin de nous dire quelles étaient les chances de guérison de notre malade, dans le cas d'un diagnostic exact.

Je demanderai aussi leur opinion sur la date probable, et le mécanisme de la rupture. Étant donnée l'intégrité du canal, et l'absence de traumatisme, comment faut-il comprendre la pathogénie des accidents et doit-on admettre une rupture spontanée, favorisée par les altérations préalables des parois vésicales?

CORRESPONDANCE

DECHEANCE VITALE MANIFESTE CHEZ L'ENFANT DE NOS CAMPAGNES

Par le docteur NADREAU, de Saint-Joseph de Beauce.

La santé de l'enfant, de l'homme de demain, est une des questions les plus intéressantes pour quiconque s'occupe sérieusement de l'avenir de notre nationalité. Cet enfant voué à des labeurs ardues à un âge où l'on ne demande que liberté, jeux et gambades, est bien le "vieillard né d'hier," crayonné par plus d'un artiste. Mais le gros réjoui de bambin qui étale au soleil ses allures de santé exubérante est malheureusement devenu un *oiseau rare* de nos jours. Les choses ont bien changé depuis cinquante ans. Tandis que les conditions sanitaires se sont améliorées un peu partout, qu'elles ont atteint chez plusieurs peuples un perfectionnement qui frise l'idéal; chez nous, non seulement nous n'avons pas avancé, mais, sous certains rapports, nous avons rétrogradé. Je me permettrai de signaler quelques-uns de nos points faibles, certaines de nos misères auprès desquelles tant de gens, voire même de médecins, passent indifférents.

D'abord, le foyer domestique de l'habitant de nos campagnes n'est plus le milieu relativement hygiénique qu'il était autrefois. Entre autres choses, c'était la mode autrefois de n'avoir qu'un seul appartement. Cette chambre à tout faire avait sans doute ses inconvénients, mais elle était spacieuse, parfaitement éclairée, aérée durant le jour par les fréquentes allées et venues d'une nombreuse famille, et *jour et nuit* par une immense cheminée. Celle-ci, pendant vingt-quatre heures par jour, opérait une superbe et complète ventilation de la maison, à l'insu de ceux qui l'habitaient, il est vrai, mais non moins efficacement. Nos pauvres Canadiens d'a'ors, aérophobes comme aujourd'hui, auraient ouvert de grands yeux si on leur eût affirmé que cette grossière structure de pierre était l'agent bienfaisant que leur permettait de léguer à leurs enfants le plus précieux de tous les héritages: une santé incomparable pour braver les intempéries de nos climats et des bras robustes pour éventrer le sol des terres nouvelles. Au

(1) Communiquée aux membres de la Société médicale de Montréal, séance du 17 mars 1903.

moyen de la cheminée, nos gens faisaient de l'hygiène de premier aloi, sans s'en douter, tout comme le Bourgeois Gentilhomme de Molière qui, sur ses vieux jours, constatait qu'il avait fait de la prose toute sa vie sans s'en apercevoir. Ces belles grandes cheminées du bon vieux temps faisaient démanéger par le toit toutes les odeurs, les miasmes et l'acide carbonique de la respiration. Le même tirage apportait du dehors, par les fissures des portes et fenêtres, l'air pur et richement oxygéné qui, à la surface des poumons et dans l'intimité des tissus, produisait dans toute son intégrité ce renouveau incessant qu'on nomme la vie.

Aujourd'hui et depuis longtemps déjà, la cheminée est passée de mode et reléguée parmi les reliques de jadis. Nos gens raffinés ont trouvé qu'elle manquait d'élégance. Et sa disparition a apporté de grands remaniements dans la division des pièces de l'habitation. On s'est taillé une grande cuisine, puis une chambre *là où l'on ne va pas*, puis enfin ces inconcevables petits *cabinets* qui tiennent lieu de chambres à coucher. Dans ces réduits où souvent il n'y a qu'une demi-fenêtre on entasse, pour sept à huit heures de sommeil, le père, la mère, et les deux ou trois plus jeunes enfants. Imaginez le sort réservé à ces pauvres êtres, au point de vue hygiénique. Les parents, après avoir peiné tout le jour, auraient pourtant bien besoin de ce baume régénérateur qu'est le sommeil dans des conditions convenables. Et les pauvres petits qui se développent et qui, comme les plantes en croissance, ont tant besoin d'eau, d'air et de lumière!!! On les étouffe pendant de longues nuits dans l'air trois ou quatre fois rejeté par deux poitrines d'adultes, dans l'acide carbonique et les poisons organiques de leur propre respiration.

Quel oasis de santé qu'un pareil nid! Et dire que le gros bon sens ne nous a jamais sauvés de pareilles horreurs. Quelle réparation le sommeil peut-il apporter après une semblable nuit? Aussi le matin, l'enfant se lève plus fatigué qu'au coucher, au lieu de se sentir reposé et vivifié!

Et encore, si le matin on ouvrait les fenêtres de cette chambre à coucher! Mais non, les fenêtres sont condamnées

comme on dit, depuis les premiers froids d'automne jusqu'à la fin de mai.

J'ai parlé des deux ou trois *petits derniers* qu'on couche près de soi, et ceci en été comme en hiver, et pour cause. En effet, ces enfants s'éveillent souvent en criant. Dans ce milieu d'asphyxie les terreurs nocturnes sont la règle. On les a tous à la main pour les consoler de son mieux, puis on se reprend à dormir en accusant les vers d'être la cause de tout le mal. Quant aux autres enfants — car les familles américaines sont rares — ou les installe pendant l'été, dans un grenier ou maussarde éternellement close.

“ Les enfants attrapperaient de l'air ! ” C'est si “ mortel ” de l'air après le coucher du soleil, et l'air de la nuit ! On tient, à ce sujet, de ses arrières grand'mères, une foule d'aphorismes biologiques contre lesquels il ne serait pas bon pour un jeune médecin de s'insurger.

Quand le *grenier* est grand, passe encore. Mais à l'automne et à plus forte raison l'hiver, c'est là que la misère s'installe souveraine, au second étage de ce foyer. Des gens qui ont des harnais de dix louis et des “ quatre roues ” de vingt-cinq louis, n'ont jamais songé à utiliser trente dollars pour une simple fournaise à air chaud. Celle-ci apporterait tant de confort, sans parler de la ventilation quand la prise d'air est faite au dehors. Avec l'unique poêle qui sert à la cuisine et au chauffage, on ne peut rendre logeables que trois appartements : la cuisine, le fameux cabinet, et la chambre du tuyau au second étage. C'est ici que l'on cantonne quatre, cinq, six et même dix enfants, autant qu'on en a.

Qu'on suppose l'arôme qui doit se dégager de cet appartement sans aucune ventilation. Qu'on suppose surtout ce qui arrive quand un ou plusieurs des enfants qui occupent cette chambre sont malades. Et les longs hivers de sept mois se passent ainsi. Si encore les fenêtres étaient ouvertes la nuit en été. On pourrait s'approvisionner d'air pour résister aux privations de cette séquestration hibernale. Et Dieu a pourtant voulu que les plus pauvres comme les plus riches puisent à longs traits dans ce fluide de vie, qu'il a reparti en une

couche inépuisable autour du globe! C'est un trésor accessible à tous, inaliénable, non susceptible d'hypothèque et dont les trusts ne peuvent s'emparer! Dans les plus pauvres chambres serait chose bien simple et peu dispendieuse d'annexer des ventilateurs au tuyau de fumée. Depuis que les conférenciers agricoles sont venus prêcher l'hygiène vétérinaire plusieurs ont installé des ventilateurs dans leurs étables. On n'a jamais songé à faire la même chose pour nos maisons. C'est simplement renversant, et on se demande comment il se fait que des générations de médecins aient fermé les yeux sur ce sujet.

Voilà pour l'air. Quant à l'eau, cet autre grand remède, les enfants de la campagne n'en sont-ils pas également privés? Ce précieux élixir de santé que le bon sens anglo-saxon a voulu donner à l'homme "*internally, externally and eternally,*" l'enfant y goûte-t-il? D'abord à l'intérieur, dans le premier âge, on n'y a jamais songé. Et vous étonnez nombre de mams en leur disant que l'enfant peut avoir soif autant que faim. On n'avait jamais soupçonné cet horizon! On ne sait pas que cet instinct doit être non-seulement satisfait, mais provoqué. Et s'il survient une maladie fébrile il faut voir avec quel soin jaloux on écarte le verre d'eau. Combien de pauvres petits êtres aux prises avec des inflammations ou des infections auraient été sauvés de longues tortures, de la mort même, si seulement on leur avait donné de l'eau et surtout si on les avait baignés. La balnéation, même la balnéation tiède, il faut qu'un médecin de campagne ait force autorité et bien des titres à l'admiration de ses clients s'il veut instituer ce traitement. Vouloir établir cette coutume chez les enfants en santé autant vaut se heurter contre la muraille de Chine! Les tout jeunes enfants sont généralement lavés chaque jour, souvent cependant, avec des linges et du savon qui servent à chacun des membres de la famille. Mais on n'accusera pas ce manque de précautions si l'enfant a sur la tête la fameuse auréole de crasse qu'on nomme *le chapeau*. On assure que ce chapeau ou casque (ce sont des galaté de Charcot nouveau genre) a non-seulement sa raison d'être,

mais qu'il est indispensable à la santé du petit. Ça le sauve des ophthalmies et des écoulements d'oreilles!

Mais dès que l'enfant a ses deux ans, qu'il enfourche la culotte et n'est plus susceptible d'*accidents*, alors sa peau dit adieu à l'eau. Certaines familles cependant, plus cultivées que les autres, ont conservé l'habitude d'un lavage général à l'eau du mois de Mai. C'est "souverain" paraît-il, surnaturel même. Mais pour le plus grand nombre cette mode comme celle des cheminées est reléguée parmi les souvenirs d'un passé évanoui. Des enfants jouent dans la terre boueuse, travaillent au *battage* du grain, ça n'indique pas du tout le lavage. On subit les fièvres éruptives ou toute autre infection; la peau est chargée de débris accumulés par la fièvre, encore moins! Ce serait "attraper son coup de mort!" Même après un bain de pieds chaud, il faut, paraît-il, quarante-huit heures de réclusion à sa chambre, sans quoi on "*attrape du frette*." C'est même défendu, ô horreur! de laver le plancher dans une maison où il y a un malade, et cela quelle que soit la durée de la maladie. C'est défendu aussi aux enfants d'aller se baigner à la rivière, surtout pendant les *canicules*. Ici l'astronomie vient au secours de l'*hydrophobie*! La théorie des canicules est une loi implacable au code des mères! Pour se résumer en quelques mots, disons que les choses se faisaient infiniment mieux que cela du temps de Moïse. On a reculé de quarante siècles!

Et l'hygiène à l'école? Notre ami le Dr Paradis, de Montmagny, un observateur et un patriote a déjà éveillé l'attention de tous les amis du progrès sur un état de choses qu'on ne tolérerait dans aucun pays civilisé.

Et l'alimentation des enfants? Quel sujet inépuisable! Au Congrès de Québec, le Dr Sirois, de St-Ferdinand, un autre praticien consciencieux et bien doué, a touché du doigt une plaie bien sensible en traitant ce sujet. Ici notre marche rétrograde fournit des explications de plus à la décadence observée chez nos enfants. Il y a cinquante ans, l'alimentation carnée excessive était loin d'être à l'ordre du jour. Nos anciens, soit par mesquinerie, soit par coutume, étaient même

de remarquables végétariens. On estimait la viande à l'égal d'un luxe. Les gens aisés seuls voyaient de la viande de temps à autre. Quand on disait d'un homme qu'il avait viande sur table aux trois repas, on parlait alors d'un milord, d'un des princes du *shavage* du district. C'était un homme qui avait une horloge, un capot de poil, un casque à palette, un marguillier, quoi! Les gens vivaient au lait, aux farineux, et il n'y avait pas alors d'habitants constipés! Aujourd'hui les plus pauvres ont double saloir, et la viande tient lieu de tout, surtout le lard salé. Encore loin de Moïse sur ce point!

Les enfants gavés de lard salé, de fèves au lard, et de grillades aux œufs ne voient presque plus de lait. Il faut tout porter à la fromagerie, et on a à cœur de faire peser plus que son voisin.

Que de réformes il y aurait à faire sous ce rapport même depuis la première enfance! D'abord l'allaitement maternel se fait de plus en plus rare. Les travers d'esprit de certaines femmes qui croient vulgaire un rôle bien noble, la facilité avec laquelle le bébé contracte l'habitude de ces fatals biberons, la négligence, etc., sont autant de raisons pour se soustraire à ses devoirs. Le mauvais état de santé entre aussi comme facteur dans plusieurs cas. En effet, les femmes de notre génération ont, elles-mêmes, été élevées dans ce milieu déplorable que nous avons tenté d'esquisser à grands traits, et la sève se ressent des blessures de l'arbre. Ensuite, elles accouchent aux mains de sages-femmes qui sont des foyers ambulants d'infection, ou encore de médecins qui n'ont pas le courage de leur donner les leçons qu'il faudrait. Les frissons et la fièvre qui s'en suivent amènent des empoisonnements du sang à divers degrés que peuvent tarir bien des sources. Ceux qui ont pratiqué à la campagne savent au milieu de quelles abominations sont perpétrés ces actes si importants de la vie qu'une scrupuleuse hygiène devrait toujours régler. Ceux-là non-seulement ne sont pas surpris des pénibles relevailles, mais s'expliquent facilement qu'à la suite de pareilles "orgies d'incalubrité," les femmes ne soient pas en état de fournir aux enfants le liquide *vivant* qui leur donnerait une si généreuse poussée au début de la vie.

Continuons: à trois mois, l'enfant abandonné au biberon suce un lait de vache malpropre à travers un long tube en caoutchouc tapissé de germes de toutes sortes. Il a fallu des lois sévères dans certains États de l'Union pour faire disparaître ce mortel drain. Il en faudrait également dans notre province.

À 8 mois, l'enfant prend ses trois repas de bouillie et si on le voit renfler de cet embonpoint trompeur des gros nourrissons pâles que le moindre mal emporte, oh! alors, la mère se croit la main heureuse et parle avec orgueil de son élève. À 15 mois, le bébé prend place à table trois fois par jour comme son père, et engouffre lard, patates et soupe aux pois au grand ébahissement de ses parents qui le trouvent *impayable*. Mais arrivé à l'âge de sept ans, cet estomac si louable laisse voir toutes les fatigues du surmenage. Il serait pourtant bien à propos pour un être en pleine croissance d'être servi par de bons organes, surtout d'avoir un gaster capable d'absorber et d'élaborer non seulement les principes d'entretien de la vie mais les matériaux nécessaires pour bâtir un homme de labour et une future mère de famille. Loin de là. L'enfant qui a été maltraité sous le rapport de l'alimentation, vers sept à huit ans, on le voit dépérir. Il maigrit, il a des migraines, des poussées fiévreuses çà et là, il grimace sur tous les mets et n'a plus d'appétence que pour ceux qui ont un goût sucré ou épicé très prononcé.

On lui apprend à manger à l'américaine, c'est-à-dire à avaler avec précipitation des aliments non mastiqués, suppléant aussi à la salive et à ses ferments par de nombreuses rasades de thé. Souvent ce thé est assez fort pour énerver par sa théine en excès, et précipiter la pepsine du suc gastrique par son tannin. Bref! Notre enfant est un candidat à la dyspepsie et n'aurait pas besoin de lire le *Réné* de Chateaubriand pour se croire poitrinaire.

Avec une semblable éducation, de pareils régimes et pareil entourage, avec un poumon qui ne s'est développé qu'au milieu des miasmes, un sang qui ne s'est jamais vivifié au contact de l'air pur, un système cutané dont les pores ont été pendant des années encroutées de tous les déchets, faut-il s'é-

tonner si l'enfant d'aujourd'hui est loin de ressembler au portrait que vous en tracez et don^t notre ignorance a fait un anachronisme. Est-ce une surprise s'il ne peut, (comme ses ancêtres à son âge), "opposer une poitrine d'airain aux souffles du Nord," s'il est fiévreux et s'il fléchit sous tous les accidents de refroidissement? Est-ce étrange de voir cet enfant gêné dans toutes ses fonctions vitales, contracter toutes les maladies épidémiques, rougeole, scarlatine, coqueluche, diphthérie, etc., avec une régularité si parfaite qu'on est venu à croire que ce sont des maladies *nécessaires*.

Seuls les médecins savent combien multiples et désastreux sont les reliquats de ces affections qu'on ne *traite* souvent que par le mépris. Ce n'est pas que les enfants restent délabrés qui est surprenant, mais c'est qu'ils ne meurent pas en plus grand nombre encore. Dans bien des cas, toutefois, autant vaudrait la mort. Que de dégénérescences granulo-graisseuses des muscles et du cœur, que d'altérations profondes de la cellule du foie et des reins les fièvres graves allument au sein de ces pauvres petites victimes! Que de foyers de désintégration souvent lents à s'éteindre au cours de toute une vie! Que d'inerties utérines à répétition rendent certaines existences de femmes intolérables et qui ne sont que des accidents paralytiques du muscle utérin consécutifs à des diphthéries graves du jeune âge! Que d'éclamptiques dont on peut retracer les tortures et souvent la mort aux néphrites albumineuses d'une scarlatine datant quelquefois de bien des années (Saulard, faculté de Lille).

Oui, l'ignorance, l'incurie et la routine ont accumulé bien des maux sur la tête de nos enfants. L'enfant d'aujourd'hui est un triste produit d'une race merveilleuse et célèbre de par le monde. Ceux qui observent savent que le tableau n'est pas chargé. Sans doute qu'il y a encore de fiers gars qui seraient des sujets d'intérêts pour l'auteur de "Nos hommes forts." Mais ils sont clair-semés. Plus rares aussi se font ces beaux types de jeunes filles d'autrefois, dont la beauté à 15 ans s'épanouissait dans toute l'ampleur d'une riche maturité. Nos jeunes d'aujourd'hui ont cessé de faire envie. Vieillis avant l'âge, mal développés, ils ont le teint des plantes qui

ont séjourné dans les caves. Et comme les ronces poussent en mauvais terrain, les amygdales hypertrophiées (inconnues il y a 25 ans) et les végétations du naso-pharynx ont amené un tirage respiratoire à outrance qui a déformé leur thorax. Les poitrines se portent en *carènes* chez nos enfants : nouvelle mode ! Leurs dents sont cariées et leur peau est le siège de poussées éruptives de toutes sortes. Les mères se plaignent de leurs maux de tête, maux d'estomac, de leur mauvaise digestion, de leurs accidents d'incontinence nocturne, etc., etc.

Et les jeunes médecins qui ne sont pas au courant du genre de vie des gens, prescrivent sans succès les plus beaux traitements sans trop savoir pourquoi.

Ils devraient insister avant tout sur les remèdes à bon marché tels que *la lumière, l'air pur, l'eau claire* ; et, dans leurs pronostics à la maman anxieuse, ajourner le plus possible la guérison pour permettre au temps — autre guérisseur — de réparer les écarts du passé.

C'est sans doute un problème redoutable que celui de changer les mœurs de tout un peuple. Il faudra des années pour passer à travers toute la série des métamorphoses progressives. Mais la question s'impose et il est temps d'ouvrir les yeux si l'on ne veut pas voir s'aggraver notre décadence déjà si alarmante. C'est un devoir pour les médecins, le clergé et les législateurs de considérer la question sérieusement et d'aviser aux moyens. Tous ceux qui ont du cœur et l'ambition de voir grandir leur race devraient s'unir dans cette croisade sainte. La cause est belle et mérite d'enflammer les plus nobles âmes. Les conférences, les articles de journaux, *les livres d'hygiène plus répandus dans les écoles, surtout les couvents*, les bibliothèques paroissiales si honteusement délaissées devraient être de puissants agents de dissémination des connaissances hygiéniques. Travaillons avec ardeur à faire luire les bienfaits de la science jusque dans les plus humbles foyers de nos compatriotes.

L'hygiène est un puissant facteur dans la régénération des races.

REVUE GENERALE

LE CATHETERISME ET L'ANTISEPSIE DES VOIES URINAIRES (1)

(Suite)

EXPLORATION DE LA VESSIE NORMALE

Si l'étude méthodique de l'urètre a permis de constater un calibre normal, l'exploration régulière et complète de la vessie peut se faire par l'intermédiaire d'un instrument métallique à petite courbure: "c'est le cathétérisme avec les instruments courbés."

Explorateurs métalliques. — Ces instruments peuvent être creux ou pleins. Les instruments creux permettent d'évacuer la vessie, ou d'y pratiquer des injections, mais ce sont de très mauvais évacuateurs. Lorsque vous croirez devoir faire une injection ou une évacuation, employez pour cela une sonde ordinaire et ne vous servez de l'instrument explorateur que pour l'exploration. L'instrument plein est donc préférable. La portion courbe doit être courte et brusque: c'est plutôt une *coudure* qu'une courbure.

Il faut que l'extrémité de l'instrument puisse aisément être promenée sur tous les reliefs de la surface vésicale. Un bec court renflé et parfaitement mousse, incliné à angle un peu obtus, une tige de moindre diamètre, un manche cylindrique et creux, qui augmente la résonance: telles sont les qualités que doit offrir un bon explorateur de la vessie.

Le malade doit être couché sur le dos et placé dans une bonne position: le décubitus horizontal, le siège relevé par un coussin et les épaules basses est la position qui assure les bons résultats de l'exploration.

Si l'on prévoit des difficultés ou si l'on a affaire à un malade âgé ou fatigué, il est prudent de conseiller le repos même au lit pendant quelques heures, après l'exploration. En ajoutant à cela l'antisepsie et la bonne exécution des manœuvres, vous réunirez les meilleurs garanties contre les accidents consécutifs au cathétérisme.

(1) Voir la première partie dans l'USTOS MÉDICALE, décembre 1902.

Il est très important de faire une injection préalable dans la vessie pour la garnir d'une quantité mesurée de liquide aseptique, après avoir évacué l'urine, solution d'acide borique à 4 pour 100 préparée avec de l'eau bouillie. Il faut à tout prix éviter d'exciter la vessie. C'est la condition qui domine la pratique de l'injection préparatoire aux opérations.

Pour savoir la quantité de liquide à injecter, il faut "interroger la vessie;" c'est la sensibilité vésicale qui doit nous guider en nous avertissant par l'envie d'uriner qu'elle est suffisamment garnie.

L'injection doit être faite à l'aide d'une sonde molle et d'une seringue à piston très mobile.

Pour bien accomplir un acte chirurgical dans la vessie, il faut invariablement se mettre à droite du malade. L'index et le pouce de la main gauche écartent les lèvres du méat et le présentent à l'instrument, dont l'extrémité est enduite d'une préparation qui assure son glissement facile.

L'instrument doit être très délicatement tenu et conduit sans pression.

Le cathétérisme ne doit se faire qu'en plusieurs temps et des limites très précises, représentées par des points de repère anatomiquement définis doivent marquer la succession de ces temps. Ils sont au nombre de quatre: Dans le premier temps l'instrument parcourt toute l'étendue de l'urètre antérieur. Dans le second temps il s'engage dans l'orifice de l'urètre postérieur. Dans le troisième temps, il se place dans la portion membraneuse. Dans le quatrième temps, il traverse la portion prostatique et franchit le col de la vessie.

Un seul temps suffit pour toute la traversée de l'urètre antérieur, tandis que trois sont nécessaires pour pénétrer dans l'urètre postérieur le parcourir et en sortir.

Premier temps. L'explorateur n'a rencontré aucun obstacle, dans ce premier temps. Il doit parcourir tout l'urètre antérieur, en le glissant avec précaution pour qu'il puisse arriver, sans accrocher la paroi antérieure, au niveau de l'orifice membraneux sous-pubien.

Deuxième temps. Pénétration dans l'orifice membraneux:

la main gauche tend la verge et la maintient soit dans la verticale, soit un peu obliquement sur le pubis, soit tout à fait appliquée à la paroi abdominale sans s'éloigner de la ligne médiane; le dégagement de l'extrémité de l'instrument qui s'opère avertira de la position et du degré de tension qu'il convient de donner à la verge. C'est de la main gauche que dépend le succès de la manœuvre, la main droite soutient l'instrument sans le diriger.

Un petit mouvement de ressaut ou, tout simplement, la tendance qu'éprouve immédiatement le pavillon "à s'abaisser, sans tourner sur lui-même," indiquent que l'instrument s'est engagé dans l'orifice de la portion membraneuse. Il est dans la bonne voie.

Un bon signe, qui permettra de reconnaître que le bec de l'instrument n'a pas pénétré dans la portion membraneuse, est le suivant: si l'instrument n'est pas dans la bonne voie, son pavillon déviara inmanquablement; il peut s'abaisser, mais il tourne et n'avance pas, lorsqu'il a pénétré, il s'abaisse sans changer de direction.

Le mouvement d'abaissement n'est pas destiné à faire progresser l'instrument; il ne faut pas employer de force, ni pousser, afin d'éviter les accidents.

Il faut suivre l'instrument et l'accomoder à la nouvelle direction que nous offre l'urètre. Le canal est désormais ascendant jusqu'au col de la vessie, il faut bien que le manche s'abaisse, pour que l'extrémité de l'explorateur remonte.

Troisième temps. C'est donc lorsque l'instrument "demandera à avancer" que vous serez en mesure d'accomplir le troisième temps. La manœuvre que le chirurgien aura à faire pour mener à bien ce temps du cathétérisme est presque entièrement dévolue à la main gauche. Au moment où l'instrument, "qui demande à avancer et qui avance en réalité," s'incline pour commencer à s'abaisser, le chirurgien lâche complètement la verge. Sa main gauche, devenue libre, doit alors s'appliquer largement sur la région pubienne. Elle la déprime avec force et abaisse en masse les parties molles qui recouvrent le pubis. La main droite soutient le manche de l'explorateur.

Quatrième temps.—Dans l'urètre normal, le troisième et le quatrième temps se confondent : ce qui revient à dire que la traversée de la prostate s'accomplit sans que le chirurgien en ait conscience. Le trajet est rapide, aucun obstacle n'est rencontré sur la route. Seule la sensation qui annonce que l'instrument est dans la vessie avertit le chirurgien du lieu où il se trouve.

Cette confusion du troisième et du quatrième temps témoigne sûrement de la parfaite intégrité, de toute absence d'augmentation de volume ou de consistance, de déformation de la prostate. Toujours, en effet, la prostate est sentie, lorsqu'elle est modifiée.

Comment on reconnaît que l'on est dans la vessie. — L'arrivée dans la vessie est marquée par un sentiment de *liberté complète*. L'instrument se meut avec la plus entière facilité ; il s'incline, avance et recule, sans que l'on sente de résistance à droite et à gauche. Ce sentiment de liberté réelle est trop différent de celui que l'on perçoit dans l'urètre pour qu'il puisse donner le change.

Manœuvre de l'instrument dans la vessie. — L'instrument, maintenu sur la ligne médiane le bec en haut, est doucement poussé jusqu'à la rencontre de la paroi postérieure ; il s'enfoncé d'autant plus que la vessie est plus profonde et plus souple. Il doit s'arrêter devant la plus petite résistance et n'en rencontre habituellement qu'en arrivant au contact de la paroi postérieure. Il est doucement adossé contre elle, puis incliné à droite et ramené jusqu'au col, il appuie légèrement tout le long de ce trajet sur la paroi de la vessie, dont tout le côté droit est ainsi examiné. Arrivé au col, la sonde a tendance à se remettre le bec en haut ; on laisse ce mouvement s'accomplir, tout en tirant légèrement vers soi. La sonde est alors horizontalement replacée et ramenée en arrière par le même chemin et de la même manière. Une manœuvre semblable à celle qui a été faite à droite permet l'exploration de la moitié gauche du corps de la vessie et de son col ; ces allées et venues se répétant plusieurs fois. L'exploration de la région du col

de la vessie peut faire l'objet d'une manœuvre spéciale, qui permet de l'examiner dans tout son contour et particulièrement en bas.

Dans la vessie saine, l'exploration est peu douloureuse; les malades ressentent plutôt le besoin d'uriner. Dans l'état de santé, la sensibilité de la vessie est assez obtuse, si ce n'est au niveau du col, où l'on peut la mettre un peu plus facilement en éveil. Le toucher de la vessie donne une sensation douce et égale. La vessie normale est d'une grande souplesse; sa surface interne est lisse et égale, sans reliefs ni dépressions: ses parois paraissent minées, sauf au niveau du col, où l'épaisseur et la résistance des parois augmente.

Les vessies peuvent différer dans leur capacité, dans leur contractilité et même dans leur sensibilité, sans cesser de conserver les caractères de l'état normal. La profondeur à laquelle la sonde est conduite permet de juger approximativement de leur capacité; la réaction plus ou moins hâtive des parois, la manifestation plus ou moins prompte de l'envie d'uriner, donnent un élément d'appréciation pour juger du degré de la contractibilité et de la sensibilité individuelle.

A. MARIEN,

Agrégé-chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

(A suivre)

LA SÉROTHÉRAPIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Il n'est pas prématuré de chercher, par l'analyse du magnifique travail lu au congrès d'Égypte par le professeur Chantemesse, quels sont les résultats acquis de la sérothérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde et quelles sont les espérances qu'ils font naître pour l'avenir.

L'année dernière, à peu près à pareille date, l'auteur avait donné devant ses collègues de l'Académie de Médecine les résultats obtenus chez un petit nombre de malades: la presse, surtout la presse politique en avait considérablement exagéré la teneur, selon son habitude; aussi avons-nous cru prudent d'attendre la confirmation de ces avancés avant de tirer des conclusions risquées sur la valeur de cette nouvelle découverte.

Depuis ce temps, le professeur Chantemesse a poursuivi ses recherches avec persévérance et les résultats acquis méritent d'être connus et suivis avec attention.

Après avoir établi que ce nouveau sérum possède chez les animaux atteints de fièvre typhoïde un pouvoir préventif et curatif, l'auteur se demande si les résultats sont identiques chez l'homme et s'il peut lui être injecté sans danger?

L'auteur pose en principe que les résultats favorables d'une statistique peu étendue ne constituent pas une preuve suffisante; le médecin pouvant être le jouet du hasard ou d'une série heureuse. "Il faut que l'observation soit longuement comparative" dit-il.

Aussi bien, il a comparé les registres officiels des hôpitaux de Paris et du Bastion — l'hôpital où il a expérimenté — durant une période de vingt mois. Dans les hôpitaux on traite les typhiques par l'hydrothérapie et les médicaments usuels; au Bastion, seules la sérothérapie et l'hydrothérapie sont en usage.

Dans les hôpitaux de Paris, du 1^{er} avril 1901 au 1^{er} décembre 1902, 1.192 malades sont sortis après guérison; 286 sont décédés. La mortalité a été de 19.3 p. 100. En faisant certaines comparaisons il résulte que la mortalité est restée au-dessus de 12 p. 100. Au Bastion — hôpital du professeur

Chantemesse — du 1er avril 1901 au 20 décembre 1902, 179 malades sont sortis après guérison; 7 sont décédés; soit une mortalité de 3.7 p. 100.

La différence est énorme, et suivant l'auteur on ne saurait l'attribuer au hasard; il faut l'attribuer au sérum.

Mais, oppose-t-on, on emploie à la fois le sérum et l'hydrothérapie; cette dernière est peut-être la cause de cette statistique amoindrie?...

A cela le professeur Chantemesse répond que l'emploi systématique des bains froids dans les hôpitaux de Paris n'a jamais pu faire tomber la mortalité au-dessous de 12 p. 100. " L'écart, dit-il, entre ce chiffre et celui de 3 à 4 p. 100 me paraît représenter précisément le bénéfice imputable au sérum." (1)

Plus loin, l'auteur fait connaître les raisons des échecs chez les malades du Bastion.

Dans un cas le malade meurt d'une pneumonie lobaire: dans un autre cas le malade succombe aux complications d'une syphilis avec hémorragie; ailleurs c'est un jeune homme apporté dans le coma et qui meurt dans cet état; ici c'est une jeune femme qui succombe à une obstruction intestinale créée par des adhérences; enfin dans les 5e, 6e et 7e cas il faut incriminer la perforation intestinale.

L'auteur après des recherches minutieuses et comparatives estime que le sérum ne protège pas spécialement contre la perforation intestinale. " C'est que, dit-il, la cause essentielle de la perforation est la nécrose de l'intestin, et que cette nécrose est déjà faite, plus ou moins étendue, au début du second septénaire, et à plus forte raison plus tard. Les cinq malades qui ont eu des perforations, au Bastion, ont été injectés, un le 12e jour, trois le 10e jour et un le huitième jour.

Aucune perforation n'a été observée chez les malades injectés au début de leur maladie.

A ce propos il rapproche ce fait d'un autre non moins suggestif. Dans un hôpital marin, où les malades atteints de fièvre typhoïde au nombre de 151 ont été injectés au début, un

(1) *Presse Médicale*, 24 décembre 1902.

seul a eu une perforation, et il a reçu son sérum le huitième jour. Il importe donc de faire des injections hâtives; et l'auteur rapporte des faits où il a pu faire avorter en cinq ou six jours des fièvres typhoïdes légitimes. L'objection, que l'on s'expose à injecter un homme qui souffre de tout autre chose disparaît devant le fait qu'il n'y a aucun danger à agir ainsi.

A considérer nombre des malades ainsi traités au Bastion, 356, et l'hôpital marin, 151, avec une mortalité de 17, soit 4.7 p. 100 dans le premier cas et 13 dans le second, on arrive à un total de 507 malades avec 30 morts, soit 6. p. 100 de mortalité par la sérothérapie alors que l'hydrothérapie et les médicaments nous donnent 12 p. 100. Il est manifeste, d'autre part, que le sérum a une action sur les accidents qui accompagnent certaines fièvres typhoïdes: ostéites, périostites, etc.: une injection locale d'une goutte ou deux de sérum, répétée tous les quinze jours a fait disparaître des inflammations ostéo-périostites avec hyperostose suppurant depuis des années.

L'auteur estime que ces résultats ne sont pas définitifs, car il faudra des milliers de cas avant que soit établie la valeur exacte de ce remède.

L'auteur étudie plus loin l'effet des toxines et antitoxines du bacille d'Eberth et il constate que, chez les animaux, le sérum est à la fois préventif et curatif.

“ En résumé, dit le professeur Chantemesse, l'étude expérimentale nous enseigne que le sérum antityphoïde agit sur le virus vivant pour le *sensibiliser*, c'est-à-dire pour le rendre plus sensible à l'attaque des cellules et aussi sur la toxine qu'il aide à détruire. Il agit également par voie indirecte en exaltant l'activité des phagocytes et des appareils leucopoïétiques générateurs de ces mêmes phagocytes. Le sérum est donc anti-infectieux et anti-toxique. Mais c'est avant tout un excitant phagocytaire. Il témoigne de sa toute puissance à la condition que les appareils lymphoïde et myéloïde ne soient pas profondément empoisonnés et soient capables de répondre à son excitation. Et c'est pour cela que le sérum est surtout utile au début de la maladie et c'est pour cela aussi que devant une intoxication profonde et déjà ancienne, il faut ménager la

réaction, ne pas risquer de la sidérer et donner des doses de sérum relativement faibles... Je touche là un point essentiel. On peut poser en principe que plus le malade est faible, plus la dose de sérum est faible"...

Tels sont les enseignements qui se dégagent de la communication du professeur Chantemesse, et qui s'imposent à l'attention de tous les observateurs.

J.-A. LESAGE.

Agrégé-Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Société Médicale de Montréal

A une séance régulière du 17 mars, Monsieur le docteur Nadeau, de St-Joseph, Comté de Beauce, a été élu, à l'unanimité, membre correspondant de la Société Médicale de Montréal.

RETRACTATION

L'Union Médical du Canada, journal de médecine publié à Montréal, a été insidieusement mis en cause au cours d'un rapport sur certaines fraudes pharmaceutiques que "La Patrie" a portées hier à la connaissance du public. Le paragraphe relatif à l'Union Médicale n'avait pas sa raison d'être et a complètement échappé au contrôle de la rédaction.

Les renseignements qui nous sont fournis nous permettent d'affirmer que cette revue scientifique est complètement étrangère à toutes transactions commerciales, pharmaceutiques ou autres.

Nous connaissons les directeurs et les collaborateurs de cette revue pour des hommes d'honneur et de devoir, et nous regrettons que la revue remarquable à laquelle ils consacrent leur talent, leur temps et leur argent, ait été l'objet des remarques injustes qu'on a pu lire hier dans nos colonnes.

L'Union Médicale, fondée depuis au-delà de trente ans, a été de tout temps l'organe officiel de la profession médicale dans notre province. Les médecins distingués qui la publient actuellement en ont fait le plus beau journal français de médecine du pays.

("La Patrie", 27 mars 1903.)

DE LA DIFFERENCIATION DU SANG PAR LE SERUM SPECIFIQUE (1)

Avant de parler de ses propres travaux, M. le Dr Stoenescoco fait l'historique de la question et présente son état actuel.

Dans un grand nombre de circonstances, le médecin expert se trouve appelé par le magistrat instructeur à répondre, si une tache quelconque, trouvée sur des objets suspects, est due à du sang, d'une façon irréfutable.

Si la question posée à l'expert se limitait uniquement au point de vue du diagnostic, celle-ci serait résolue d'une façon bien simple, car une dissolution de tache décèle d'un côté, au point de vue microscopique la présence de globules rouges et de matière colorante; de l'autre côté des caractères optiques et micro-chimiques classiques (les cristaux de Teichmann, ou de chlorhydrate d'hématine).

Mais, dans la majorité des cas, le magistrat instructeur pousse la question plus loin, il veut savoir si la tache trouvée provient du sang, soit d'un homme, soit d'un animal; jusqu'à présent, les réponses ont été vagues, et l'expert trouvait dans la nécessité de formuler des conclusions analogues à la suivante: "que les taches en question étaient dues à du sang provenant d'un animal mammifère, mais pouvant aussi appartenir à l'homme. Dans l'état actuel de la science, il est impossible de différencier le sang de l'homme de celui des mammifères, surtout après la dessiccation."

En effet la forme des cristaux d'hémoglobine pouvait servir aussi comme un élément dans cette détermination; mais ces cristaux, pour être obtenus, demandaient une assez grande quantité de sang frais, et hors ce'a, l'hématine, qui est un produit fixe de transformation de chaque variété d'hémoglobine, possède toujours une même forme de cristallisation, quelle que soit sa provenance. L'examen spectroscopique du sang ne permet pas non plus d'établir ce caractère distinctif, car le spectre de l'hémoglobine est toujours le même quel que soit le sang employé.

Il restait donc aux caractères morphologiques du sang de pouvoir dissoudre ce problème si ardu. Si on examine sous

(1) Contribution à la nouvelle méthode par le Dr STOENESCO, médecin expert des Tribunaux et assistant de médecine légale à la Faculté de Bucarest, dans les Archives d'Hygiène publique, septembre 1902.

microscope une préparation de sang frais, on reconnaît que les hématies des mammifères possèdent une forme circulaire avec une petite excavation sur chacune de ses facettes; celles des reptiles sont éliptiques avec un noyau au centre.

Comme nous l'avons déjà dit, ces caractères apparaissent d'une façon nette quand le sang est frais; mais s'il est sec, on remarque des déformations plus ou moins intenses suivant la condition dans laquelle s'est produite la dessiccation du sang. Donc par ces quelques considérations on peut juger de la difficulté qu'on éprouve à résoudre cette question, difficulté d'autant plus sérieuse qu'il s'agit de distinguer nettement le sang de l'homme de celui d'un animal; et cela dépend, en grande partie, du diamètre des globules sanguins qu'il est très difficile de déterminer sauf dans quelques espèces.

Sans tenir compte des déformations que les globules ont subies par suite de la dessiccation, il est évident que la plus exacte et parfaite mensuration n'est pas capable d'affirmer d'une façon indubitable, si un sang quelconque provient de tel ou tel mammifère. Aussi, ces faits ont permis à Virchow de dire, il y a quarante ans, " que jamais il ne pourra concevoir qu'un micrographe puisse faire dépendre la vie d'un homme de l'appréciation encore si incertaine du coefficient de dessiccation des globules."

On peut conclure que jusqu'à présent il a été impossible d'affirmer qu'une tache quelconque appartenait à du sang humain; l'examen reposant sur des considérations incertaines.

Il est évident que depuis fort longtemps, les hommes de science ont cherché à résoudre ce problème si important, mais les essais, sur ce terrain, ont donné des résultats insuffisants.

Il y a un an, ce problème de distinction du sang était une énigme parmi les nombreuses questions résolues; quand, un événement incertain a permis la découverte d'une nouvelle méthode que nous avons aussi cherché à élucider.

Les expériences entreprises par le Dr Stoenesco, dans ce but font justement l'objet de son travail.

Le point de départ des recherches qui ont eu comme résultat l'application d'un moyen pratique capable de différencier

le sang humain de celui des animaux, fut les travaux de M. Bordet (1898 à 1899) sur les sérums globulicides ou anti-hématiques.

On sait que le sérum des animaux qui ont été soumis à des injections de sang défibriné et provenant d'un animal d'une espèce variable, acquiert, après un certain temps, des propriétés spéciales qui se manifestent par le pouvoir de dissoudre et d'agglutiner des hématies d'un sang pareil à celui de l'animal injecté. A la suite de ces injections, il se produit la formation dans le péritoine ou dans les vaisseaux sanguins des ferments spécifiques et coagulants, des coagulines, suivant la terminologie de M. Erlich.

Partant de ces faits, M. Uhlenhuth a entrepris dans le laboratoire de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Greiswald, une série de recherches fort intéressantes sur du sang de bœuf, au début, ensuite sur du sang humain.

En injectant dans la cavité péritonéale des lapins, à des intervalles de six à huit jours 10 centimètres cubes de sang défibriné de bœuf, il est parvenu à obtenir après une série de 5 injections d'une même dose, un sang qui se montra spécifique pour du sang de bœuf. De semblables injections entreprises ultérieurement, mais cette fois avec du sang défibriné de l'homme, il obtint la découverte d'une intéressante propriété due au sérum du lapin, à savoir que toutes les fois que ce sérum se trouvait en présence de sang humain, celui-ci était précipité et par contre, on n'obtenait jamais un semblable résultat quand le sérum était mélangé au sang d'un animal.

Indépendamment de Uhlenhuth, deux médecins, Wassermann et Schutze entreprirent des recherches dans cette même direction à l'Institut des maladies contagieuses de Berlin, toutefois sans être au courant des expériences du premier.

La différence de leurs expériences avec celles de Uhlenhuth consistait en ce que celui-ci faisait les injections aux lapins avec du sang défibriné, ceux-là avec du sérum sanguin. Ces lapins, ainsi préparés, étaient sacrifiés, et leur sang une fois recueilli était placé sur un récipient contenant de la glace, ce qui permettait d'isoler le sérum.

Ensuite, un mélange, d'une solution physiologique avec du sang humain, ou du sang humain dissous dans l'eau distillée, était traité avec 5 centimètres cubes de sérum de lapin; par la suite on remarquait la formation subite d'un précipité très accentué qui se montrait plus violemment si le tube d'essai était mis à l'étuve à la température de 37°.

Cette réaction obtenue avec le sérum du lapin était spécifique, c'est-à-dire qu'elle apparaissait uniquement quand l'expérience était faite avec du sang humain. Cependant on a remarqué qu'avec du sang de singe on obtenait un résultat analogue, avec la différence que la précipité n'apparaissait qu'après un certain temps. Cette exception cependant ne diminue nullement la valeur de la méthode.

Peu à peu, divers médecins spécialistes ont contrôlé et cherché à confirmer la valeur de cette méthode. Parmi eux, nous citerons Stern, Mertens, Dieudonné, Ogier et Herscher, Zimke, Minovici, etc.

Quelques-uns ont essayé de préparer les lapins par la voie cutanée, d'autres se servirent de l'urine riche en albumine, du liquide d'ascite ou exsudat pleurétique, croyant que ces liquides pouvaient remplacer le sang; mais le sérum des lapins ainsi préparés présentait une action moins énergique et de ce fait le précipité était moins visible.

MM. Ogier et Herscher injectèrent par 10 centimètres cubes de sérum humain sous la peau d'un cobaye, en renouvelant tous les deux jours l'injection jusqu'au nombre de six, après six jours de repos l'animal était sacrifié. L'expérience, avec le sérum recueilli de cette manière, donnait des résultats identiques à ceux obtenus avec le sérum des lapins injectés par la voie péritonéale.

D'autres recherches intéressantes furent encore entreprises par le Dr Zimke qui arriva à confirmer dans une même mesure la valeur de cette méthode. Cependant ce dernier auteur, probablement plus prévoyant dans ses conclusions, exprimait le désir qu'on renouvelât ses recherches pour arriver à un jugement irréfutable sur cette méthode, étant donnée la responsabilité énorme assumée par l'expert appelé à don-

ner une réponse catégorique sur la nature d'une tache de sang. "Quelles conséquences funestes, disait-il, peut entraîner une faute de la part de l'expert, faute attribuable à une méthode encore incertaine."

Dernièrement les Drs Linossier et Lemoine attiraient l'attention sur ce qu'ils ont appelé la non-spécificité du sérum précipitant; lorsqu'un lapin a été injecté avec du sérum précipitant son propre sérum, il précipiterait non seulement le sang humain mais encore le sang d'autres animaux.

D'après MM. Ogier et Herscher, cette proposition est exacte, mais l'analyse montre que cette réaction présente de grandes différences, selon que le sang examiné correspond ou non au sérum injecté; dans le premier cas, ce précipité est beaucoup plus rapide et plus abondant.

La question ainsi posée étant d'une importance capitale pour la médecine légale, le Dr Stoensco a entrepris des expériences dans le même sens technique. Le sérum des lapins préparés préalablement a servi à des expériences faites sur le sang humain et sur celui des différents animaux.

Cette série d'expériences fut entreprise dans le laboratoire communal de bactériologie de Bucarest.

Il résulte des recherches du Dr Stoensco que la spécialité du sérum précipitant le sang humain n'existe pas d'une façon absolue, que ce sérum précipite aussi le sang de vache, de veau, de cheval, de mouton, (Linossier avait fait les mêmes constatations, avec le sang de bœuf, de cheval, de chien, de mouton, de porc, de cobaye, de poulet), mais que la réaction est infiniment plus sensible et plus rapide avec le sang humain. Linossier avait ajouté d'ailleurs qu'il était possible d'éviter à l'avenir les causes d'erreur qui résulte de cette non-spécificité, en ne pratiquant la réaction que sur des solutions sanguines étendues. C'est ainsi qu'une solution de sérum au millième a paru à Linossier toujours précipiter par le sérum actif correspondant, et jamais par un autre sérum actif.

En terminant sa remarquable étude le Dr Stoensco s'appuie sur ses faits expérimentaux aux personnes, pour formuler les conclusions suivantes:

Les sérums spécifiques peuvent être utilement employés en médecine légale, pour le diagnostic des taches de sang.

Il est important de ne pas se borner à une seule expérience, et il convient de faire chaque fois des essais comparatifs avec des solutions de sang d'hommes et de divers animaux.

Il convient de ne formuler les conclusions qu'avec une certaine réserve: on doit se borner à dire qu'il est probable que la tache examinée provient du sang humain.

Les précipités apparaissent d'autant plus vite, et sont d'autant plus abondants que les taches sont plus récentes.

L'eau salée physiologique est un bon dissolvant, lorsque les taches ne sont pas trop anciennes. Si le sang est trop ancien, ou si pour des raisons diverses il ne peut se dissoudre dans l'eau physiologique, on emploie avec avantage comme dissolvant une solution de soude étendue.

GEORGES VILLENEUVE,

Agrégé-chargé du Cour de Médecine légale,
Surintendant de l'Asile Saint-Jean de Dieu.

ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE

IMPORTANCE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (1)

Par le docteur EUGÈNE SAINT-JACQUES,

Agrégé-chargé du cours d'anatomie-pathologique, médecin de l'Hôtel Dieu de Montréal.

“ L'anatomie pathologique épure l'observation clinique, elle la dirige en lui imprimant un caractère de sévérité inconnue jusqu'à elle, lui fournit des éléments nouveaux de diagnostic et de traitement : lui infuse en quelque sorte la certitude.”

CRUVEILHIER.

Messieurs,

Vous êtes déjà trop près du terme de vos études médicales pour n'avoir pas, bien avant aujourd'hui, compris toute l'importance de l'anatomie pathologique dans le curriculum médical. Sans insister davantage, laissez-moi vous rapporter ici ce que disait Sir Thomas Barlow, dans sa conférence d'ouverture à l'association médicale britannique, il y a quelques mois à peine. Il loue l'importance de la clinique bien comprise et bien faite, et en regard il insiste sur la connaissance exacte de l'étiologie et de la pathologie comme condition “*sine qua non*” de tout progrès dans les sciences médicales.

Vos deux premières années vous les avez données à l'étude du corps humain *en santé*. L'anatomie vous a enseigné ses différents organes; l'histologie a été plus loin en faisant pénétrer votre œil dans la texture intime des tissus de ces divers organes: vous étiez dès lors prêts à bien comprendre le fonctionnement de cette admirable machine qu'est le corps humain: la *physiologie* vous en révéla les secrets.

J'ai dit merveilleuse machine! En effet, Messieurs, en est-il une seule, à qui il suffise de fournir la matière première pour qu'elle s'alimente, fonctionne au parfait et bien plus, répare d'elle-même l'usure de ses diverses pièces.

Ce ne fut pas tout. L'*Hygiène* vous apprit par ses lois de prophylaxie, les moyens de conserver l'organisme en bonne santé. Tout cela n'était qu'une préparation.

Maintenant vous étiez mûrs pour aborder la médecine proprement dite, la maladie, v. g. la pathologie.

(1) Leçon d'ouverture, janvier 1903.

Aux uns de vous dire et vous montrer par quels signes sensibles les diverses maladies se trahissent au dehors: c'est la symptomatologie. Aux autres de vous apprendre par quels moyens combattre ces symptômes et surtout d'en éloigner la cause morbide: c'est le rôle des pharmacologues et thérapeutes.

Mais comment comprendre clairement et surtout efficacement les uns et les autres, si nous ignorons quelles lésions produisent ces signes extérieurs et qu'elles causes les font naître: à l'anatomie pathologique et à la bactériologie de vous les enseigner.

C'est à la tripode, base de notre art, qui devient chaque jour davantage une science: connaître les lésions pathologiques, — savoir les interpréter par les symptômes qui les trahissent, — et avoir à notre service les ressources de la thérapeutique.

C'est si vrai, Messieurs, que l'empirisme régna en aveugle dans notre art jusqu'au jour où l'on se résolut d'étudier les lésions morbides. Jusqu'alors on saisissait l'effet: le symptôme; on ignorait la cause: la lésion.

Il ne faut pas remonter si loin pour se trouver, je dirais presque, dans le vague du plus pire charlatanisme.

Certes, Hippocrate a créé l'art d'observer le malade. Mais pas plus que Celse et Gaëur bien après lui, il ne peut étudier la lésion morbide sur l'homme: car c'est un sacrilège punissable des dieux et des hommes que d'ouvrir un cadavre humain. Il faut en arriver à Vésale, soit au XVI^e siècle, pour apprendre les premières notions d'anatomie humaine, et combien succinctes encore!

Le XVII^e siècle vit un grand progrès, et c'est l'Italie qui le fit faire à la science, comme d'ailleurs elle élevait à la même époque l'art à son apogée. C'est la patrie de Jules II, de Léon X, et des Médicis qui fut la mère de la science commune de l'art moderne.

Malpighi, à l'Université de Bologne, mettait le *microscope* en honneur et Morgagni, la gloire de Padoue, créait définitivement l'anatomie et donnait les premières leçons de pathologie.

Bologne et Padoue! quel visiteur se douterait à parcourir leurs rues aujourd'hui quasi désertes, où la verdure pousse entre les pierres vétustes de leurs pavés usés, comment croirait-on en sentant cette somnolence qui enveloppe ces deux villes déchues, que les arcades de leurs rues mortes abritèrent un jour qui n'est pas si loin des milliers et des milliers d'étudiants venus anxieux de toutes les parties de l'Europe d'alors.

La Hollande, aimant la gloire aussi, dans les sciences comme dans les arts, avait ses Universités, et en ce même XVIIe siècle rivalisait un peu avec l'Italie.

Boerhave, un nom qu'il ne faut pas oublier, brille à l'Université de Leyde, et "à lui seul toute une faculté," comme on l'a si bien dit, cultive la botanique, fait avancer la chimie, étudie la pathologie et l'altération des humeurs de l'organisme: sang, bile, urine, etc.

Mais le vent souffle-t-il toujours du même côté! Aussi voit-on au XVIIIe siècle la boussole passer à l'Angleterre, et Hunter y créer la pathologie expérimentale tandis que Cullen et Brown, d'Edinbourg, mettent en lumière l'importance du *système nerveux* et proclament la théorie de l'irritation, cause des phénomènes perturbateurs et inflammatoires de l'économie.

De tous côtés l'on travaille. L'observation a maintenant succédé à l'empirisme, et la médecine va entrer dans des voies nouvelles, plus sûres celles-là. A la France il appartenait de la lancer en avant, et prenant la tête du mouvement d'entraîner les autres écoles à sa suite.

Le nom de BICHAT, qu'il faut saluer, rayonne à l'aurore du siècle qui nous précède. D'un labeur immense et d'un esprit d'une largeur de conception admirable, malgré ses jeunes années, il fait de l'étude du cadavre la pierre angulaire de la médecine.

C'est lui qui, cent ans passées, écrivait de la jeune mais déjà impérieuse autorité de ses 25 ans:

"Puisque les maladies ne sont que des altérations vitales et que chaque tissu est différent des autres sous le rapport de ses propriétés, il est évident qu'il doit en différer aussi

“ par ses maladies. Dans tout organe composé de différents
 “ tissus, l’un peut être malade et les autres rester sains. Plus
 “ on observera les maladies et plus on ouvrira de cadavres,
 “ plus on se convaincra de la nécessité de considérer les ma-
 “ ladies locales non point sous le rapport des organes compo-
 “ sés qu’elles ne frappent presque jamais en totalité, mais
 “ sous celui de leurs tissus divers qu’elles attaquent presque
 “ toujours isolément.”

DUPUYTREN, son élève et plus tard grand chirurgien, fait de l’anatomie pathologique la base de ses études chirurgicales, comme de même, à pareille époque, Laennec pour ses études médicales. Et dans son enthousiaste conviction, Dupuytren fonde le musée qui porte son nom et qui a instruit le monde médical entier.

La France, qui aime à bien faire les choses, allait ajouter à Bichat et Dupuytren une troisième étoile et compléter la triade : ce fut CRUVEILHER : nous sommes presque à notre époque.

C’est lui qui écrivait avec tant de justesse : “ L’anatomie
 “ pathologique épure l’observation clinique, elle la dirige en
 “ lui imprimant un caractère de sévérité inconnue jusqu’à elle,
 “ lui fournit des éléments nouveaux de diagnostic et de trai-
 “ tement : lui infuse en quelque sorte la certitude.”

La clinique en profitait durant tout ce temps. En France : Broussais, Laennec, Louis et Grisolles la précisaient grâce aux lumières qu’y avaient jetées Bichat, Dupuytren et Cruveilhér ; tandis que Bright soutenait l’honneur de l’école anglaise.

L’Allemagne, vous le concevez bien, ne restait pas de l’arrière. Ehrenberg, Muller, Henle, Kolliker, préparaient Virchow.

Si, à la France, revient l’honneur d’avoir, par ses trois grands anatomistes, Bichat, Dupuytren et Cruveilhér, donné à la médecine l’anatomie pathologique macroscopique ; à l’Allemagne appartient l’incontestable gloire d’avoir créé l’*histologie pathologique* : ce fut Virchow qui nous donna la pathologie cellulaire. Les *botanistes* allemands, Schleiden en tête, avaient mis sur la voie de l’étude microscopique de la cellule végé-

tale. Schwann avait appliqué les théories botaniques de Schleiden aux cellules animales :

VIRCHOW devait exposer les théories nouvelles.

Ce fut vers la fin de 1850 que l'illustre savant allemand publia ses premiers grands travaux sur la pathologie cellulaire. Jusqu'alors on n'avait que des idées peu claires sur la texture intime des organes. Bichat avait insisté sur la diversité des tissus pour un même organe et vaguement indiqué quelques altérations spéciales à chacun de ces tissus : rien de plus.

De fait on commençait à peine à connaître ce qu'était une cellule, excepté la cellule végétale. Tout était à créer.

De longues, de laborieuses recherches dans ce domaine inconnu pour ainsi dire, conduisirent Virchow à sa théorie cellulaire, dont tous nos travaux depuis n'ont fait que mettre en relief la lumineuse vérité.

L'élément primordial, essentiel spécifique de tout organisme c'est la cellule, qui est soumise à toutes les lois générales de la vie. Elle naît par descendance et se reproduit ; elle se développe, grandit, meurt et se redissout ou se transforme en éléments organisés plus stables, en fibres des différents tissus ; connectif, élastique, osseux, musculaire ou nerveux. Pendant toute la durée de son existence, elle est soumise comme tout ce qui vit à la loi de l'évolution continue de formation. Elle dépend du milieu ambiant que lui fait le plasma sanguin et de la substance organique intercellulaire. Elle ne peut maintenir son existence que par une incessante mutation de ses éléments chimiques, que par un rapport continu d'action et de réaction qui l'enchaîne au monde extérieur.

Aussi la cellule organique, le corps humain, étant matière est-elle soumise aux lois physico-chimiques : ainsi les troubles mécaniques de la circulation du sang sont régis en partie par les lois de l'hydraulique.

Dans les *maladies du cœur*, où la vis-a-tergo manque par dégénérescence de l'organe, par myocardite, la stase sanguine se fait aux parties déclives, aux jambes, à la base postérieure des poumons.

Les *reins* fonctionnant défectueusement, l'œdème se collectera aux jambes, l'ascite se portera aux flancs.

Les lois de la pesanteur nous en font comprendre le mécanisme et c'en est le résultat que nous constatons à l'autopsie.

L'endosmose et l'exosmose se comprennent par les lois physiques de l'*osmose*, et nous saisissons ainsi les phénomènes de la nutrition.

La *chimie* explique les fonctions respiratoires, et nous permet de surveiller le grand organe épurateur: le rein.

Mais les propriétés et lois physico-chimiques de la matière apparaissent dans les corps vivants et leurs manifestations comme subordonnées à une législation supérieure, irréductible: le *principe vital*, et il s'ensuit une résultante entre les lois physico-chimiques et les lois biologiques.

Ainsi les contusions, déchirures, fractures, la chaleur et froid intenses produisent sur nous des effets mécaniques et purement physico-chimiques: mais nos tissus étant vivants, les lois biologiques modifient l'intensité ou la modalité de ces effets et aident à la réaction.

Si la cellule a une individualité bien propre, bien personnelle, puisqu'elle est tantôt nerveuse ou musculaire, glandulaire ou cutanée, globule rouge ou lymphocyte, elle ne saurait s'isoler de son milieu et se fond dans un grand tout, l'organisme, qui lui imprime une modalité d'être et de fonction *spéciale pour chaque individu*: c'est la diathèse, le tempérament.

Il vous a déjà été exposé, Messieurs, ce que nous devons entendre par tempérament. La diathèse est *un pas de plus vers l'état pathologique*. Personne n'échappe à son tempérament, Messieurs, et tôt ou tard nous en montrons des manifestations pathologiques.

Le *bilieux* souffrira de son foie, d'angio-cholite ou de calcul, de congestion hépatique ou de cirrhose.

Le *lymphatique*, dont les cellules semblent en infériorité vitale réagira mal aux infections, et fera bien plus facilement des suppurations. C'est un candidat aux ptoses des viscères abdominaux, dont Glénard nous a si magistralement tracé l'évolution et la symptomatologie. Pour peu que les antécédents héréditaires s'accumulent identiques chez lui, et que les

bonnes conditions hygiéniques fassent défaut, la diathèse scrofuluse ne tardera pas à se manifester. De là à la tuberculose, il n'y a qu'un pas.

Quant au *sanguin*, son système circulatoire est d'une grande facilité de déséquilibre. Pour la moindre chose ses capillaires dilatent et chez lui les congestions sont aussi intenses que subites.

Voyons-le dans une inflammation de poumon: tout est intense chez lui; mais heureusement sa cellule est excellente de tonalité vitale.

Pour peu que sa richesse en globuline et albuminoïdes s'accumule, il fera un arthritique: nous entrevoyons d'ici la goutte, les rhumatismes, l'artério-sclérose et ses conséquences multiples.

Pour ce qui est du *nerveux*, le champ est vaste: c'est un *déséquilibré*. Heureusement que ce tempérament est tamisé de son alliance avec l'un des trois autres.

Chez lui, l'élément douleur domine tout et il n'est jamais en rapport avec la lésion pathologique, si tant est qu'il en est.

Vous voyez donc, Messieurs, que si la cellule est l'élément primordial, elle n'est pas isolée. Elle forme des tissus divers qui unissent leur diversité pour former un même organe. Puis l'état général de l'économie, le tempérament, la diathèse donneront à l'organisme un cachet un peu spécial dont participeront ses manifestations.

Voilà, Messieurs, avec un regard en arrière pour revoir l'évolution de la pathologie jusqu'à nos jours, quelques notions générales de pathologie auxquelles il n'était pas sans intérêt de nous arrêter un instant.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 17 février 1903.

Présidence de M. DUBÉ

PROCÈS-VERBAL.

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

M. ASSELIN, trésorier de la Société, présente un état des dépenses et des recettes du dernier banquet. Cet état accuse un surplus de \$10.82.

M. Foucher, secondé par M. Hervieux, propose de voter des remerciements aux officiers qui se sont occupés de ce banquet: adopté.

M. ASSELIN attire l'attention des membres de la Société sur quelques remarques faites par un recorder de la ville de Montréal au cours d'un de ses jugements; remarques blessantes pour la profession médicale; et il demande s'il ne serait pas du devoir de la Société de demander des explications sur les paroles prononcées.

Il propose que l'on écrive au greffier de la cour du recorder demandant le texte du jugement contenant ces paroles blessantes. Adopté.

RAPPORTS

I. M. CORMIER rapporte l'observation d'un cas de gangrène du sein chez un bébé âgé de six semaines. (Voir plus haut.)

DISCUSSION

M. MARIEN est d'opinion que ce cas peut être rapproché des cas de gangrène spontanée foudroyante que l'on rencontre dans certaines parties du corps.

Le streptocoque isolé dans le cas de M. Cormier semblerait en faveur de cette hypothèse. Dans deux cas de gangrène spontanée foudroyante du scrotum, M. Marien a rencontré le streptocoque.

M. O.-F. MERCIER rappelle qu'il a rapporté devant cette Société, l'an dernier, un cas de gangrène de la peau, à la

suite d'une opération pour appendicite. La gangrène s'était arrêtée sous l'influence du peroxyde d'hydrogène en injections sous cutanées.

II. M. ÉTHIER rapporte un cas de *lipômes multiples* chez un malade du dispensaire de l'hôpital Notre-Dame; ce dernier présentait, distribués un peu partout sur toute la surface du corps, vingt et un lipômes variant comme grosseur depuis une noisette jusqu'à une petite mandarine. Un cas semblable a été publié par MM. Renon et Lacoste dans la *Presse Médicale* du 24 décembre 1902.

M. ÉTHIER présente un travail sur l'emploi du *Chlorure de Calcium dans les infections puerpérales*, et sur les résultats obtenus avec ce médicament par M. Paul Petit.

M. Ethier, plusieurs fois par jour, injecte dans la cavité utérine plusieurs litres d'une solution de Chlorure de Calcium à 2%, il rapporte plusieurs cas de guérison.

DISCUSSION

M. DE MARTIGNY est d'opinion que les grandes irrigations et le curettage qui ont été faits dans ces cas-ci ont contribué pour beaucoup à la guérison.

Séance du 3 mars 1903

Présidence de M. DUBÉ

PROCES-VERBAL

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

RAPPORTS

I. M. DE MARTIGNY présente trois observations d'infections utérines graves survenues à la suite d'*avortements criminels supposés*. Dans ces cas M. de Martigny n'a pu retrouver l'époque de l'intervention évacuatrice.

Ces infections ont cessé après un curettage complet de la cavité utérine et des injections de sérum artificiel.

Dans un des cas M. de Martigny avait constaté une perforation du fond de l'utérus.

DISCUSSION

M. HARWOOD fait remarquer que ces cas de perforation utérine assez considérable, pour subsister encore après plusieurs jours sans cependant infecter le péritoine, sont assez rares. M. Harwood partage l'opinion de M. de Martigny sur la conduite à tenir en présence de ces infections graves utérines. Cependant s'il voit la malade peu de temps après la manœuvre criminelle, il donne la préférence au curage digital.

M. DE COTRET attend généralement les premiers symptômes d'infection avant d'intervenir, car beaucoup de ces cas d'avortement se font sans aucune réaction fébrile. Il a aussi obtenus de bons résultats dans ces cas avec la quinine à haute dose.

Pour le curettage il se sert d'instruments spéciaux mousses.

Il a essayé dernièrement dans un cas grave le sérum antistreptococcique sans bons résultats.

M. LESAGE. Je ne veux pas éloigner la discussion du sujet qui nous occupe, mais je profite de l'occasion pour donner un simple renseignement aux membres de la Société. Après le travail très consciencieux fait l'année dernière par M. de Cotret nous avons admis que le sérum antistreptococcique n'était pas curatif dans l'infection puerpérale. Néanmoins, il est bon de savoir que le Prof. Pinard, dans une leçon récente, et avec preuves à l'appui, a affirmé que le *sérum antistreptococcique était préventif*. C'est une notion qu'il est utile de connaître et de retenir car le Prof. Pinard est de ceux dont on peut et doit suivre les avis, lorsqu'on connaît ses méthodes de travail et d'observation.

M. HARWOOD admet qu'il faut attendre que la fausse couche se fasse, mais non pas attendre l'infection. Car celle-ci quoique légère et paraissant bien guérie est toujours une chose très grave pour la santé future de notre patiente.

M. DE MARTIGNY ajoute qu'il ne faut pas craindre les hémorragies à la suite de ces curettages, elles sont rarement dangereuses et s'arrêtent toujours après le nettoyage complet de la cavité utérine.

J.-P. DÉCARIE,
Correspondant.

QUESTIONS PROFESSIONNELLES

LA LICENCE INTERPROVINCIALE ET LE BILL RODDIK

RAPPORT DU COMITE SPECIAL

Le Comité spécial nommé aux fins d'étudier la question de la licence interprovinciale a l'honneur de soumettre aux membres de cette Société le rapport suivant :

I. — HISTORIQUE.

Avant de discuter le mérite actuel de la question, il est juste de rappeler en peu de mots les tentatives apparemment sincères qui ont été faites, dans le passé, dans le but que nous poursuivons aujourd'hui.

1° En 1888, le docteur E.-P. Lachapelle, avec l'assentiment du Bureau des Gouverneurs et des autorités Universitaires, proposa l'adoption d'un bill intitulé "Acte Médical de la Province de Québec" dont le but était d'obtenir la reconnaissance, par chacune des provinces qui constituent la Puissance du Canada, de leur licence respective.

Ce bill décrétrait entre-autres que tout étudiant en médecine porteur d'un diplôme universitaire devrait subir un examen écrit et oral devant le bureau des examinateurs du Collège des Médecins provincial pour obtenir sa licence qui seule lui donnait le droit de pratiquer. Ce bureau était composé de deux professeurs appartenant à chacune des Universités reconnues, et de dix médecins licenciés non attachés aux écoles ou facultés. Pour des raisons de privilèges, le bill fut renvoyé sur le préambule.

2° Plus tard, 1890 et 1893, des tentatives furent faites de nouveau par le bureau des Gouverneurs (1), dans le même but. Les provinces de Manitoba, de la Nouvelle-Ecosse et du Nouveau-Brunswick consentirent à un *modus vivendi* qui prit fin lorsque la Province de Québec, sur le refus d'Ontario de

(1) Marcell, Beausoleil.

suivre les autres provinces-sœurs sur le terrain des concessions, décida de mettre fin à cet accord partiel qui lui était préjudiciable. En effet, des élèves diplômés dans Ontario obtenaient la licence du Manitoba ou du Nouveau-Brunswick et se prévalaient de ce certificat, admis et reçu dans la Province de Québec, pour obtenir le permis d'y pratiquer la médecine.

3° En 1900, la question fut de nouveau mise à l'étude; et le docteur Roddick, de Montréal, proposa une mesure intitulée "Acte à l'effet d'établir un Conseil médical en Canada," qui demandait la formation d'un *bureau fédéral*, composé d'un certain nombre de représentants nommés par chacune des provinces du Dominion, devant lequel devrait se présenter, pour y subir des examens, tout candidat à la licence interprovinciale, qu'il fût ou non porteur d'un diplôme universitaire.

Devant l'opposition énergique d'une partie des médecins de la Province de Québec, le bill fut successivement ajourné en 1900 et 1901. Il fut amendé en 1902 et adopté par les Chambres fédérales à condition que cette mesure ne deviendrait loi que lorsque toutes et chacune des provinces y auraient adhéré par un ordre en Conseil.

La question est donc de notre ressort et il importe de l'étudier sans préjugés afin de rechercher quel est le meilleur moyen de la résoudre tout en sauvegardant les privilèges qui nous sont garantis par "l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord."

II. — NÉCESSITÉ D'UNE LICENCE INTERPROVINCIALE.

Dans la Province de Québec nous comptons 1600 médecins pour une population de 1,648,898 personnes, soit un médecin pour 1035 personnes, environ. Soustrayons de ce dernier chiffre le nombre de malades traités gratuitement dans les dispensaires publics, les hôpitaux, les sociétés de secours mutuels, et nous obtenons le chiffre approximatif de un médecin pour 600 à 700 personnes, plus ou moins.

Ajoutons à cela le fait que 125 médecins nouveaux sortent chaque année des Universités françaises et anglaises de cette province, que plusieurs médecins établis aux États-Unis et diplômés de nos Universités peuvent, grâce à des lois d'exception (1), obtenir leur licence du Collège des Médecins de notre province et y exercer la médecine, malgré qu'ils ne soient pas dûment qualifiés sous les lois de cette province (sous brevets et bacheliers); et nous pourrions conclure logiquement que l'encombrement professionnel devient rapidement menaçant. Il faut donc prévenir ce danger en cherchant, dès aintenant, à étendre de plus en plus notre champ d'action.

Les États-Unis ont été, durant longtemps, un vaste territoire d'un accès facile aux nôtres, mais chaque État s'est protégé, depuis quelques années, en passant des lois prohibitives contre les médecins étrangers. De plus, il est admis, aujourd'hui, que les centres les plus favorables sont encombrés de médecins; et il est reconnu que cette immigration constante à l'étranger d'un élément très important de notre population n'est ni louable ni patriotique.

Force nous est donc de trouver, ici même, les moyens les plus propres à faire disparaître cette disproportion inquiétante entre le nombre de médecins et le nombre de malades.

Or, si nous étudions les fluctuations de la population française dans les provinces-sœurs, nous constatons qu'un grand nombre de centres français — en tout ou en partie — sont desservis par des médecins de langue anglaise et que d'autres en sont complètement privés.

Dans *Ontario*, principalement, il est facile de faire le dénombrement d'un grand nombre de centres industriels — miniers ou autres — dont la population varie entre 2,000 et 16,000 habitants dont la majorité est française, qui n'ont jamais pu obtenir qu'un médecin canadien-français exerce au milieu d'eux, à cause des lois et règlements prohibitifs locaux dont le but est, précisément, d'y empêcher toute immigration professionnelle ou concurrence étrangère.

(1) Loi Pinault et loi Roy.

Les mêmes considérations s'appliquent au Nouveau-Brunswick, à la Nouvelle-Écosse, ou ailleurs. Donc, nous pouvons conclure, logiquement, qu'une licence interprovinciale est nécessaire à cause des dangers de l'encombrement professionnel qu'elle prévient ou qu'elle écarte en élargissant indéfiniment nos champs d'action et à cause des avantages réels qu'elle procure aux médecins canadiens-français, en particulier, à qui elle ouvre, dans un rayon relativement restreint, des centres populeux, industriels et souvent riches, dont ils deviennent rapidement les chefs les plus autorisés et les mieux assortis pour la direction des affaires et l'orientation des esprits, au point de vue local ou national.

III. — MOYENS D'OBTENIR UNE LICENCE INTERPROVINCIALE

Si l'on songe aux moyens d'action dont on puisse disposer, deux se présentent à nous qui semblent les seuls possibles dans les circonstances.

1° *Une législation provinciale;*

2° *Une législation fédérale.*

1° *Une législation provinciale:*

Avant de fixer les bases d'une législation provinciale uniforme, il convient d'étudier l'organisation respective de chacune des provinces au point de vue médical.

Dans la Province de Québec, tout élève porteur d'un diplôme de docteur en médecine d'une Université reconnue, et dûment qualifié, (sous brevet ou bachelier), reçoit, *de droit*, la licence provinciale. Le Collège des Médecins est tenu de la lui délivrer sans se préoccuper autrement des qualifications du candidat si ce n'est par ses assesseurs: contrôle purement nominal et absolument insuffisant.

Dans les *provinces-sœurs*, l'organisation diffère.

En prenant la Province d'Ontario comme type nous voyons au contraire, que tout élève porteur d'un diplôme universitaire doit, pour recevoir sa licence qui lui donne seule le droit d'exercer, passer un nouvel examen devant un bureau d'examineurs nommés par le Collège des Médecins dont quelques-uns de ses membres sont choisis parmi les professeurs des Universités reconnues.

Ce fait, d'une organisation diamétralement opposée, nous explique le refus de la part des autres provinces, spécialement d'Ontario, opposé à notre demande d'échange pure et simple. Elles ne pouvaient reconnaître à notre licence une équivalence égale sans accorder, *ipso facto*, à nos Universités un privilège qu'elles ont toujours refusé à leurs propres Universités.

L'objection était péremptoire; et elle subsiste. Néanmoins, elle pose, d'une façon nette et précise, dans cette province, la question du contrôle de l'enseignement médical par le Collège des Médecins et Chirurgiens. Si l'on admet que le Bureau des Gouverneurs soit qualifié pour changer, perfectionner de temps à autre le *curriculum* d'études médicales et l'imposer aux écoles enseignantes, il est juste de croire qu'il puisse se qualifier au même titre pour exercer un contrôle effectif sur les résultats acquis de ce même enseignement. Car, jusqu'à présent, ses fonctions ont pu être assimilées à celles d'un simple bureau d'enregistrement. On y exerce aucune surveillance sur la qualification scientifique du candidat à la licence.

On objectera peut-être que les assesseurs auprès des Universités sont les représentants officiels du Collège; mais il est permis de soutenir que le contrôle qu'ils exercent est purement nominal, n'ayant aucune voix délibératrice aux examens. (Jug. en appel.)

Or, en supposant que les Universités de la Province de Québec admettent le principe du contrôle des examens, il devient possible de légiférer de façon à mettre sur un même pied tout élève diplômé dans l'une des Universités au Canada.

Donc, nous pourrions, par une législation provinciale, obtenir tous les résultats désirables, en nous basant sur les principes suivants:

1° Une licence provinciale donne *seule* le droit, à un élève diplômé et dûment qualifié comme étudiant, d'exercer la médecine;

2° Le Collège des Médecins et Chirurgiens est seul autorisé à délivrer la licence provinciale;

3° Tout élève diplômé est tenu de passer un nouvel examen avant d'obtenir sa licence;

4° Le Collège des Médecins et Chirurgiens est autorisé à nommer un bureau provincial d'examineurs composé de professeurs attachés aux différentes Universités et de médecins non affiliées aux facultés ou écoles de médecine;

5° Ce bureau d'examineurs assumera la charge de faire subir des examens écrits et oraux, au moins une fois par année, à tout élève diplômé qui désirera obtenir la licence provinciale.

On objectera peut-être qu'une semblable mesure diminuerait le prestige de l'enseignement universitaire; mais nous soutenons, au contraire, qu'elle ne ferait que le mettre en évidence en démontrant, une fois de plus, l'excellence des qualifications du candidat. Au surplus, les Universités des provinces anglaises n'en ont pas été amoindries, et, même dans la Province de Québec, l'Université Laval, par la Faculté de Droit, a dû reconnaître la compétence du Barreau et de la Chambre des Notaires pour contrôler l'enseignement qu'elle donne à ses élèves sans détruire, d'aucune manière le prestige dont elle a joui jusqu'à ce jour.

Il en serait de même pour la Faculté de Médecine qui s'est toujours efforcée de fournir les meilleurs élèves possibles.

Nous aurions, dès lors, la satisfaction de croire que tous les corps enseignants seraient sur un même pied d'égalité; nous aurions le grand avantage d'échanger notre licence provinciale contre celle de toute autre province au Canada, car leurs statuts, ceux d'Ontario entr'autres, renferment un *proviso* qui décrète l'échange *pure et simple* avec toute province qui sera sur un même pied d'organisation; et nous conserverions intact le principe de l'autonomie provinciale en matière d'enseignement supérieur.

Telles sont les considérations qui découlent de l'étude que nous avons faite, dans cette première partie, de la licence interprovinciale au point de vue d'une législation purement provinciale.

2° *Législation fédérale:*

Dans le cas où il serait impossible d'obtenir l'adoption d'une législation provinciale dont la base se rapprocherait sensiblement de celle que nous avons posée ci-dessus; seule une législation fédérale pourrait rencontrer les *desiderata* de chacune des provinces. Et, la question se pose si la loi Roddick atteint le but pour lequel elle a été proposée; si elle est désirable dans sa forme actuelle au point de vue des avantages qu'elle procure à côté des objections qu'elle soulève; et si, en l'amendant, il est possible de rencontrer tous les désirs en sauvegardant les intérêts de l'enseignement secondaire et supérieur garantis à la minorité en Canada par "l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord."

Nous examinerons ensemble et succinctement chacun de ces trois points, qui sont les plus importants.

(a) *La loi Roddick atteint-elle, en principe, le but pour lequel elle a été proposée?*

En posant le principe qu'une licence unique devrait ouvrir les portes de chacune des provinces du Dominion à tout candidat qui en serait le porteur, il fallait exiger, en même temps, une épreuve supplémentaire devant un bureau indépendant à cause de la dissemblance qui existe dans l'équivalence des certificats de capacité délivrés par les bureaux provinciaux (licences provinciales).

Or, la loi Roddick pourvoie à la création d'un bureau fédéral d'examineurs ayant seuls le droit d'accorder la licence fédérale après examens spéciaux, et nommés: qui par des Universités; qui par le Collège des Médecins et Chirurgiens; qui par les médecins généraux et dûment qualifiés sous les lois provinciales.

Donc, tant par l'uniformité de l'épreuve terminale que par les connaissances et qualités requises de tout aspirant, la loi Roddick atteint dans son principe le but pour lequel elle a été proposée.

(b) *La loi Roddick est-elle désirable, dans la forme approuvée par les Chambres fédérales, au point de vue des avantages qu'elle procure, à côté des objections qu'elle soulève?*

Nous soumettons qu'elle n'est pas désirable ni possible dans sa forme actuelle. Le fait que ce bureau fédéral peut, à un moment donné, se substituer aux institutions enseignantes, universitaires ou autres, en matière d'enseignement provincial, atteint le principe de l'autonomie, auquel nous croyons devoir adhérer sans réserves, et nous empêche de lui donner notre adhésion.

(c) *La loi Roddick amendée, telle qu'annexée à ce rapport, rencontre-t-elle tous les desiderata et sauvegarde-t-elle les intérêts généraux et spéciaux des provinces en matière d'enseignement supérieur ou secondaire?*

Nous soumettons que *oui*.

En effet la loi Roddick, telle qu'amendée dans ce rapport repose sur les bases suivantes: nous en ferons une simple énumération, car elles sont bien mises en évidence par la lecture des différents paragraphes qui la constituent.

1° Les provinces nommeront un certain nombre de représentants choisis soit parmi les médecins; soit parmi les membres du Collège des Médecins; soit parmi les Universités dûment reconnues.

2° Ces membres, au nombre de 40, environ, plus ou moins, constitueront un bureau fédéral qui aura le pouvoir de faire subir un examen et de délivrer une licence fédérale qui sera reconnue par chacune des provinces, moyennant le paiement, par le candidat, de la licence provinciale-locale.

3° Seuls seront admis à se présenter, pour y subir les examens, les médecins licenciés dans l'une des provinces du Dominion, ou diplômés dans une Université étrangère dûment reconnue par les lois de leur pays respectif.

4° Les étudiants en médecine dûment inscrits en vertu des lois provinciales, au moment où la loi deviendra exécutoire, ne pourront pas être interrogés sur d'autres matières que celles qui leur ont été enseignées dans les écoles ou Universités antérieurement à cette loi. Elle n'a pas d'effet rétroactif.

Telles sont les bases qui forment, pour ainsi dire, le noëud de la question actuelle.

En décrétant que, *seuls, les médecins licenciés*, dans l'une des provinces auront le droit de se présenter devant le bureau fédéral pour y subir les examens requis en vue de la licence, nous conservons aux Universités les privilèges dont elles jouissent actuellement et dont elles auraient été privées si tout étudiant eut pu se dispenser des épreuves qu'elle leur impose en faveur d'un examen fédéral et si on eut eu le droit de faire des programmes d'études exigibles de toute corporation enseignante; nous continuons aux Collèges des Médecins respectifs le pouvoir qu'ils ont, d'accorder des licences provinciales aux étudiants dûment qualifiés; enfin nous fermons la porte aux abus et aux injustices en excluant tout médecin qui ne se sera pas, au préalable, qualifié comme étudiant sous les lois provinciales.

De plus, nous empêchons l'intervention politique dans la constitution du bureau fédéral en décrétant "qu'un membre, dans chaque province, sera nommé par le Gouverneur en Conseil parmi trois membres recommandés à telle charge par le Collège des Médecins et Chirurgiens."

Projet d'Acte à l'effet d'établir un Conseil Médical en Canada (1)

Sa Majesté, par et avec l'avis et le consentement du Sénat et de la Chambre des Communes du Canada, décrète ce qui suit:—

1. Le présent acte peut être cité sous le titre: *Acte Médical du Canada. de 1902.*

2. Dans le présent acte, à moins que le contexte n'exige une interprétation différente.—

(a) l'expression "médecine" sera censée comprendre la chirurgie et l'art obstétrique, mais non la chirurgie vétérinaire, et l'expression "médical" sera censée comprendre chirurgical et obstétrique.

(b) l'expression "Conseil médical provincial" comprend Bureau médical provincial et Collège de médecins et chirurgiens.

(c) l'expression "école de médecine" comprend toute institution où s'enseigne la médecine".

(d) l'expression "étudiants" s'entend seulement des personnes admises à l'étude de la médecine en vertu des lois provinciales".

(1) Basé sur le bill Roddick.

3. Les personnes qui seront de temps à autre nommées ou élues, ou qui deviendront d'autre manière membres du Conseil médical du Canada, en vertu des dispositions du présent acte, sont constituées en corporation sous le nom de "Conseil médical du Canada," — (*The Medical Council of Canada*), — et après appel "le Conseil."

4. Le but du Conseil est —

(a) d'établir un degré d'aptitudes et de connaissances en médecine qui permettra à ceux qui l'atteindront d'être admis et autorisés à pratiquer dans toutes les provinces du Canada;

(b) d'établir un registre des praticiens en médecine canadiens, et faire la publication et la révision de ce registre;

(c) d'établir et fixer les qualités et connaissances exigées pour l'inscription à la licence fédérale, y compris les examens à subir.

(d) de créer et maintenir un bureau d'examineurs pour l'examen et l'octroi de certificats de capacité à tout candidat dûment qualifié comme médecin dans l'une des provinces du dominion ou à l'étranger.

(e) de travailler à élever la profession médicale en Canada à un niveau tel qu'elle puisse être reconnue dans le Royaume-Uni, et que les praticiens canadiens puissent acquérir le droit de s'y faire inscrire en vertu des actes de parlement impérial désignés sous le titre de *Medical Acts*;

(f) l'obtention, avec la coopération et à la demande des différents conseils médicaux des diverses provinces du Canada, des mesures législatives nécessaires pour la mise à exécution des dispositions du présent acte, et pour atteindre les objets ci-dessus énumérés.

5. Le Conseil pourra acquérir et garder tous immeubles qui lui seront nécessaires ou utiles pour atteindre ses fins ou en tirer un revenu applicable à cet objet, et il pourra les vendre, les louer, ou autrement en disposer; mais la valeur annuelle des immeubles possédés et gardés par le Conseil pour des fins de revenu ne devra jamais dépasser la somme de vingt-cinq mille piastres.

6. Le Conseil sera composé —

(a) d'un membre de chaque province qui sera nommé par le Gouverneur en conseil parmi trois membres recommandés à telle charge par le Collège des Médecins et Chirurgiens de chaque province;

(b) de membres représentant chaque province, dont le nombre sera fixé suivant le nombre de praticiens enregistrés en vertu des lois de la province, dans les proportions suivantes: —

Pour le premier 100, ou toute fraction de ce nombre.	Un
Pour le second 100, ou une fraction de ce nombre dépassant la moitié.	Un
Après les premiers 200, pour chaque 600 suivants, ou une fraction de ce nombre dépassant la moitié.	Un

Les membres électifs représentant chaque province seront élus — un par le Conseil médical provincial, et les autres par les praticiens dûment inscrits qui auront reçu une licence ou un certificat d'enregistrement dans la province, en vertu de réglemens à établir à ce sujet par le Conseil médical provincial; pourvu qu'aucun Conseil médical provincial, non plus que les praticiens réguliers d'aucune province, ne puissent élire comme membre du Conseil qui que ce soit qui sera attaché au personnel enseignant ou au conseil d'administration d'aucune université ou école de médecine constituée en corporation, qui, en vertu des dispositions du présent acte, aura le droit d'élire un membre du Conseil, et qu'ils ne puissent, non plus, ainsi élire qui que ce soit appartenant à quelque école particulière et distincte de la pratique de la médecine du genre de celle mentionnée et visée à l'alinéa (d) du présent paragraphe;

(c) d'un membre de chaque université ou de tout collège ou école de médecine constitué en corporation en Canada ayant quelque arrangement avec une université l'autorisant à conférer des degrés à ses élèves, engagé dans l'enseignement actif de la médecine, qui sera élu par cette université, par ce collège ou cette école, conformément aux règlements applicables.

(d) de trois membres élus par les médecins praticiens au Canada désignés sous le nom d'homéopathes.

2. Personne ne sera membre du Conseil, à moins qu'il ne —

(a) réside dans la province pour laquelle il sera nommé ou élu;

(b) soit inscrit comme membre de la profession médicale en conformité de la loi de la province qu'il représentera;

(c) soit inscrit comme médecin pratiquant dans le registre établi en vertu des dispositions du présent acte; mais cette qualité ne sera requise d'aucun des membres composant le Conseil à son origine.

3. Aucune province ne sera représentée au Conseil, soit par des membres nommés ou élus, avant que le législateur de la province n'ait statué que l'inscription par le Conseil sera acceptée comme donnant droit à l'inscription provinciale avec les mêmes charges et ayant même effet en vertu des lois de la province; et quand toutes les provinces auront légiféré à cet effet, il sera loisible de nommer et élire de la manière susdite les membres du Conseil; pourvu toujours, que, si quelque une des dites législatures abroge ensuite sa législation, prévue par cet article, il ne soit donné à d'autres personnes le droit de pratiquer la médecine dans les limites de la juridiction de cette législature, à raison de leur qualification ou enregistrement en vertu du présent acte.

7. La durée de charge des membres nommés sera de quatre ans.

2. Les membres élus par les Conseils médicaux provinciaux resteront en charge pendant la durée du mandat des membres du Conseil médical provincial de la province pour laquelle ils auront été élus.

3. Tous les autres membres seront élus pour quatre ans.

4. Tout membre pourra en tout temps donner sa démission par avis écrit adressé au président ou au secrétaire du Conseil. Si cette démission est acceptée, le Conseil la signifiera par écrit, si c'est un membre nommé, au Secrétaire d'Etat ou au Secrétaire du Collège des Médecins qui représente, à ce titre, tel membre démissionnaire, et si c'est un membre élu, au secrétaire du Conseil médical de la province ou à toute université ou école de médecine constitué en corporation, ou au président ou secrétaire de toute école reconnue et distincte de pratique de la médecine représentée, que ce membre nommé.

5. Toute personne qui est ou a été membre, si elle possède les qualités requises, pourra être nommé de nouveau ou être réélue; mais personne ne pourra cumuler les fonctions de deux membres.

6. Dans le cas de membres du Conseil dont la durée de charge touchera à sa fin, leurs successeurs pourront être nommés ou élus en tout temps dans les trois mois qui précéderont l'expiration de leurs fonctions; néanmoins, lorsqu'il se produira quelque vacance parmi les membres du Conseil, soit par expiration de la durée de charge, soit pour toute autre cause, cette vacance pourra être remplie en tout temps.

7. Si l'autorité compétente à élire un membre néglige de le faire, ou manque d'élire un membre possédant les qualités requises, ou de transmettre le nom du membre élu au secrétaire du Conseil dans un délai raisonnable après que cette élection aurait pu avoir lieu, alors, après avis donné par le Conseil invitant le Conseil médical provincial, ou le collège ou l'école constitué en corporation, ou l'université, ou l'école reconnue et distincte de pratique de la médecine, à faire cette élection et son rapport au Conseil sous un mois de la date de la signification de cet avis, le Conseil pourra, si le manquement se continue, faire cette élection lui-même.

8. Un membre nommé ou élu pour remplir une vacance causée par décès ou démission du titulaire, aura les mêmes attributions que celui qu'il remplacera, et occupera la charge pendant le temps qu'il lui resterait à la remplir.

9. Tout membre nommé ou élu restera en charge jusqu'à ce que son successeur soit nommé ou élu, ou jusqu'à l'expiration de son terme d'exercice, si son successeur est nommé avant l'expiration de ce terme.

8. Le Conseil pourra, au besoin,—

(a) élire dans son sein un président, un vice-président et un comité de régie; (b) nommer un registraire, qui pourra aussi, si la chose est jugée à propos, agir comme secrétaire et trésorier;

(c) nommer ou engager tous autres officiers et employés qu'il jugera nécessaires pour les fins du présent acte et sa mise à exécution;

(d) exiger et recevoir du registraire, ou de tout autre officier ou employé, tel cautionnement, pour la bonne exécution de ses devoirs, que le Conseil jugera nécessaire;

(e) fixer l'indemnité ou la rémunération qui sera payée au président, au vice-président, et aux membres, officiers et employés du Conseil.

9. Le Conseil tiendra sa première assemblée en la cité d'Ottawa, à la date et à l'endroit que fixera le ministre de l'Agriculture; et ensuite, les assemblées annuelles du Conseil auront lieu aux époques et aux endroits que fixera le Conseil au besoin.

2. Jusqu'à ce qu'il y soit autrement pourvu par ordre ou règlement du Conseil, vingt et un de ses membres formeront quorum, et tous les actes du Conseil seront décidés par la majorité des membres présents.

10. Le Conseil pourra en tout temps établir des règlements, non contraires à la loi ou aux dispositions du présent acte, à l'égard des fins suivantes:—

(a) celles mentionnées aux paragraphes (a) (b) (c) (d) et (e) de l'article 4 et en l'article 8 du présent acte;

(b) la direction, la conduite et l'administration du Conseil et de ses biens et propriétés;

(c) la convocation et la tenue des assemblées du Conseil, les dates et localités où auront lieu ces assemblées, les délibérations et l'expédition des affaires, et le nombre de membres nécessaire pour former un quorum;

(d) les pouvoirs et devoirs du président et du vice-président, et le choix de leurs remplaçants, s'ils ne peuvent agir pour quelque cause que ce soit;

(e) la durée de charge des officiers, et les pouvoirs et devoirs du registraire et des autres officiers et employés;

(f) l'élection et la nomination d'un comité de régie et d'autres comités pour des fins générales et spéciales; la définition de leurs pouvoirs et devoirs; la convocation et la tenue de leurs réunions, et la procédure à suivre pour l'expédition de leurs affaires;

(g) en général, toutes contributions à imposer, payer ou recevoir en vertu du présent acte;

(h) l'établissement, le maintien et la tenue d'examen pour s'assurer si le candidat à la licence fédérale possède ces qualités; le nombre, la nature et le mode des examens médicaux; la nomination des examinateurs; les conditions auxquelles seront reçus comme preuve de capacité l'immatriculation et les certificats des universités, écoles, ou autres institutions médicales étrangères; et, en général, tout ce qui se rattache à ces examens ou qui est nécessaire ou opportun pour atteindre ce but;

Pourvu, néanmoins que—

(i) La matière des cours d'études médicales établies par le Conseil ne soit jamais inférieure à celle des cours les plus élevés alors établis pour le même objet dans aucune province;

(ii) Le programme des examens fédéraux ne soit jamais inférieur aux meilleurs programmes alors établis dans le but de constater les capacités des candidats à l'inscription à la licence fédérale dans aucune province;

(iii) La possession seule d'un degré d'une université canadienne ou d'un certificat d'inscription provinciale fondée sur cette possession, obtenu postérieurement à la date à laquelle le présent acte deviendra exécutoire

aux termes du paragraphe 3 de l'article 6 du présent acte, ne donne pas à son porteur le droit de recevoir la licence fédérale à moins qu'il ne subisse les examens requis à cette fin;

(iv) Le présent acte n'aura pas d'effet rétroactif spécialement pour ce qui est des matières sur lesquelles seront examinées les personnes dûment inscrites ou qualifiées comme étudiants en médecine sous les lois de quelque une des provinces du Canada à l'époque où il deviendra exécutoire comme susdit.

(i) la reconnaissance des diplômes par une corporation ou autorité britannique, canadienne, coloniale ou étrangère, autorisée à en décerner; l'élaboration et la mise à exécution de tout projet de réciprocité au sujet de l'inscription des praticiens avec toute corporation ou autorité médicale britannique, coloniale ou étrangère; les termes et conditions auxquels, et le cours d'études à la suite duquel les praticiens auront le droit de se faire inscrire en vertu du présent acte, lorsque ces praticiens seront dûment inscrits ou diplômés sous l'empire des lois du Royaume-Uni, ou de celles de toute possession britannique autre que le Canada, ou des lois de tout pays étranger, si cette possession britannique ou ce pays étranger accorde des avantages réciproques au Canada;

(f) l'immatriculation et l'enregistrement de toutes personnes ayant droit, en vertu du présent acte, de figurer sur le registre des praticiens en médecine canadiens;

(k) en général, toute chose au sujet de laquelle il deviendra nécessaire ou opportun de pourvoir ou de régler pour atteindre le but du présent acte suivant son intention générale.

2. Aucun règlement promulgué en vertu du présent article n'aura force d'exécution avant d'avoir été approuvé par le Gouverneur en conseil, et cette approbation sera une preuve concluante que le règlement n'a pas d'effet rétroactif.

3. Un exemplaire de tout règlement, certifié conforme par le registraire ou le secrétaire sous son seing et le sceau du Conseil, fera foi devant toute cour de justice, sans autre preuve que la production de cet exemplaire paraissant être ainsi certifié.

12. Le Conseil établira les règlements à l'effet d'assurer aux homéopathes reconnus en vertu des lois provinciales des droits et privilèges non inférieurs à ceux qu'ils possèdent actuellement en vertu des lois de toute province et des règlements de tout conseil médical provincial.

13. A chaque réunion annuelle du Conseil, celui-ci nommera un bureau d'examineurs, qui sera désigné sous le nom de "Bureau des examinateurs du Conseil Médical du Canada" dont le devoir sera de faire subir les examens médicaux prescrits par le Conseil, sauf les dispositions de l'article 12 du présent acte.

2. Les membres du bureau des examinateurs pourront être nommés de nouveau.

14. Les sujets d'examen seront fixés par le Conseil, et les candidats pourront, à leur choix, être examinés en anglais ou en français; et les examens n'auront lieu que dans les centres où il y aura une université ou un collège activement engagé dans l'enseignement de la médecine, et où il y aura un hôpital ne contenant pas moins de cent lits.

15. Le Conseil fera tenir par le registraire, sous la direction du Conseil, un livre ou registre qui sera appelé le "Registre Médical Canadien," dans lequel seront inscrits, de la manière et avec les détails prescrits par le Conseil, les noms de toutes les personnes qui se seront conformées aux prescriptions du présent acte et aux règlements établis par le Conseil au sujet de l'inscription en vertu du présent acte, et qui demanderont au registraire d'y inscrire leurs noms.

16. Tout médecin dûment qualifié en vertu des lois provinciales qui passera l'examen prescrit par le Conseil et se conformera à toutes les conditions et règles

requis par le présent acte, aura droit, moyennant le paiement des honoraires prescrits à ce sujet, à tous les privilèges attachés à la licence fédérale.

2. Toute personne en possession d'une licence ou d'un certificat d'inscription avant la date à laquelle le présent acte deviendra exécutoire comme susdit, et qui aura été engagée dans la pratique active de la médecine dans l'une ou plusieurs des provinces du Canada, aura, après six ans de la date de ce certificat, le droit d'être inscrit en vertu du présent acte comme praticien en médecine, sans avoir à subir d'examen, en payant la contribution voulue et en se conformant aux conditions et règlements établis à cet égard par le Conseil.

3. Les homéopathes inscrits ou diplômés auront droit de se faire inscrire en se conformant aux règlements établis par le Conseil à cet égard.

17. Toute inscription dans le registre pourra être annulée ou corrigée pour cause de fraude, d'accident ou d'erreur.

18. Sur la décision du registraire au sujet d'une demande d'inscription, de correction ou de modification du registre, le requérant, s'il se croit lésé par la décision du registraire, pourra en appeler au Conseil, qui entendra les parties et décidera l'affaire; mais toute demande à l'effet de faire annuler ou biffer une inscription au registre à l'encontre de l'intérêt de la personne visée, sera renvoyée au Conseil par le registraire, et le Conseil, après trois mois d'avis expédié par la poste, port payé et enregistré, à la dernière adresse connue de cette personne, qui aura le droit de comparaître par avocat, entendra la cause et la décidera.

19. S'il est démontré au Conseil, après enquête, qu'une personne inscrite en vertu du présent acte a été convaincue, dans quelque partie des possessions de Sa Majesté ou ailleurs, d'une infraction qui, si elle eût été commise en Canada, eût entraîné une mise en accusation en vertu du *Code criminel*, 1892, et de ses modifications, ou qu'elle s'est rendue coupable d'une conduite infamante ou indigne au point de vue professionnel, que cette infraction ait été commise, ou que la conviction ait eu lieu, ou que la conduite infamante ou indigne ait été tenue avant ou après la sanction du présent acte, ou avant ou après l'inscription de cette personne, le Conseil, après trois mois d'avis expédié par la poste, port payé et enregistré, à la dernière adresse connue de cette personne, qui aura le droit de comparaître par avocat, ordonnera au registraire de rayer le nom du coupable du registre; pourvu, néanmoins, que si une personne inscrite en vertu du présent acte a aussi été inscrite en vertu des lois de quelque province, et si cette inscription provinciale a été biffée du registre, pour quelque une des causes susdites, par ordre du conseil médical de cette province, le Conseil devra alors, sans plus ample enquête, ordonner la radiation du nom de cette personne du registre tenu en vertu du présent acte.

2. Le nom d'une personne ne sera pas biffé du registre en vertu du présent article, —

(a) parce qu'elle aura adopté ou refusé d'adopter la pratique de telle ou telle théorie particulière en médecine ou en chirurgie; ou

(b) parce qu'elle aura été trouvée coupable, en dehors des possessions de Sa Majesté, d'un délit politique contre les lois d'un pays étranger; ou

(c) parce qu'elle aura été trouvée coupable d'une infraction qui, bien que tombant sous le coup des dispositions du présent article, sera, de l'avis du Conseil, soit à cause de l'insignifiance de l'infraction, soit par suite des circonstances dans lesquelles elle aura été commise, insuffisante pour empêcher quelque'un d'être inscrit en vertu du présent acte.

20. Lorsqu'il sera démontré au Gouverneur en conseil que quelque'une des prescriptions du présent acte n'a pas été remplie, le Gouverneur en conseil pourra autoriser la commission d'arbitrage ci-dessous prévue à s'enquérir d'une manière sommaire et de lui faire rapport si tel est le cas, et, s'il en est ainsi, prescrire la manière d'y remédier, si la chose est possible.

2. Le Gouverneur en conseil invitera le Conseil médical du Canada à y remédier dans tel délai que, en tenant compte du rapport de la commission, il jugera à propos de fixer. Si le Conseil manque de le faire, il devra, par un arrêté en conseil, modifier les règlements ou prendre les mesures ou rendre les arrêtés qu'il jugera nécessaires pour donner effet à la décision de la commission.

3. La commission d'arbitrage sera composée de trois membres, dont l'un sera nommé par le Gouverneur en conseil, un autre par le Conseil médical du Canada, et le troisième par le plaignant.

4. La commission pourra contraindre les témoins à comparattre et les interroger sous serment, exiger la production de livres et documents, et sera revêtue de tous les autres pouvoirs nécessaires que lui conférera le Gouverneur en conseil pour les fins de l'enquête.

21. Le présent acte ne sera pas interprété comme autorisant la création d'écoles de médecine, ou donnant à quelque titre un enseignement médical.

Ainsi, nous croyons avoir résolu le problème de la licence interprovinciale aussi bien que les circonstances nous le permettent.

Dans les deux projets que nous soumettons, nous conservons intacts les privilèges acquis dans cette province en particulier, enseignement secondaire et enseignement supérieur; et nous bénéficions, d'autre part, des très grands avantages qui sont attachés à la licence interprovinciale et que nous avons essayé de mettre en évidence dans le rapport qui vous est soumis présentement.

(Signé), Les membres du Comité spécial.

MM. E.-P. Lachapelle; Hervieux; Harwood; Dubé; Boulet,
Décarie; LeSage (rapp.).

ANALYSES

THERAPEUTIQUE

Indications et contre-indications du lavement électrique.

Nous trouvons dans la *Revue Thérapeutique* (oct. 1902), une analyse par G. Lyon de la question telle qu'exposée par Zimmern dans la *Presse Médicale*, No 80, pages 953, 1902.

Le lavement électrique peut et doit être employé même si le diagnostic de la cause de l'obstruction est impossible.

Forme aiguë.—Employer le lavement électrique dès le début, sans perdre un temps précieux d'épuiser les moyens médicaux (purgatifs, opium, lavement, entéroclyse, etc.)

Les lavements électriques seront répétés à trois ou quatre heures de distance, sans dépasser le chiffre de trois séances si les lavements n'ont donné aucun résultat.

Si l'une de deux premières applications a amené l'émission de matières ou de gaz, l'électrisation pourra être répétée, sans crainte, jusqu'à la débâcle complète.

Forme chronique.—L'on peut dans cette forme d'occlusion employer les divers moyens médicaux avant d'avoir recours à l'électrisation. Ses séances seront au nombre de trois répétées à sept heures de distance l'une de l'autre.

Cas aigus.—Les cas aigus sont le plus souvent produits chez l'adulte par étranglement de l'intestin, soit par bride, hernie interne, volvulus ou coudure; chez l'enfant au-dessous de quatre ans, par invagination.

Chez l'adulte, quelques-uns, considérant qu'il s'agit parfois d'étranglements peu serrés ou de volvulus peu tordus n'ayant pas encore contracté d'adhérences, admettent que le nœud peut se défaire sous l'influence des contractions intestinales, et recommandent d'avoir recours au lavement électrique.

Celui-ci peut être également employé, dans les vingt-quatre heures qui suivent le début de l'invagination. L'échec de ce moyen commande la laparotomie dès la fin du deuxième jour.

Cas chroniques.—Occlusion par rétrécissement cicatriciel chez les sujets jeunes ayant eu une atteinte antérieure de tuberculose intestinale, de dysenterie, de fièvre typhoïde. Dans ces cas, presque toujours le traitement par électrisation donnera des résultats favorables.

Si l'occlusion est due à une compression par tumeur ovarique ou utérine, le lavement électrique ne peut être qu'un moyen palliatif, utile ou même nécessaire; utile, si l'opération étant décidée, l'on veut évacuer un intestin rempli de matières en fermentation ou encore utile pour diminuer le stercome par d'abondantes évacuations et rendre possible l'intervention que l'état du malade n'eût pas permis d'entreprendre; enfin, ce sera un palliatif nécessaire, si l'opération radicale est impossible ou refusée.

Le lavement électrique est le traitement de choix dans les obstructions stercorales chez les aliénés, les hystériques, les paralytiques généraux et très fréquemment chez les jeunes constipés.

C'est encore le traitement par excellence des rétentions par paralysie réflexe de l'intestin que l'on observe à la suite de certaines contusions de l'abdomen, des entérites aiguës, coliques néphrétiques, ou hépatiques. Ces rétentions peuvent encore prendre place après la laparotomie, l'hystérectomie; occlusions post-

opératoires caractérisées par des vomissements, un état bilieux, état général grave où les purgatifs sont sans action et presque toujours vomis. Certaines péritonites chroniques ne se traduisent que par des signes cliniques d'occlusion ; certains états morbides où il semble que l'on ne puisse invoquer que l'étiologie *a frigore* présentent aussi des phénomènes de rétention, et dans toutes ces différentes formes le lavement électrique passe avant la chirurgie comme moyen de guérison.

L'on conseille dans ces cas de continuer l'électrisation sous forme de courants percutanés interrompus ou ondulés, après avoir obtenu, dans le but de rendre à l'intestin la tonicité qui lui manque.

Contre-indications.—Le lavement électrique est contre-indiqué dans la péritonite par perforation, dans la gangrène de la paroi intestinale, dans l'appendicite, dans l'asthénie cardiaque (pouls misérable, précipité, intermittent), dans l'affaiblissement extrême.

H. HERVIEUX.

Un ancien traitement du coryza aigu.—Romme, dans la *Presse Médicale*, 14 janvier 1903.

Un médecin de Vienne, en faisant des recherches sur ce sujet, a découvert qu'un médecin anglais, Williams, préconisait autrefois contre cette affection un traitement simple qu'il a essayé sur lui-même avec succès et qu'il recommande aux autres. "J'appellerais volontiers, dit Williams, méthode dessiccante le procédé qui permet de faire rapidement disparaître le catarrhe. J'ai essayé cette méthode sur moi-même et n'ai eu qu'à m'en louer. Dans le temps j'étais très sujet aux rhumes de cerveau qui, après avoir duré huit jours, se terminaient par une toux grasse. Or, j'ai remarqué que lorsque je prenais du thé ou une autre boisson chaude, ma tête devenait plus lourde, l'écoulement nasal augmentait, l'expectoration se faisait plus abondante et le larmolement plus intense. J'ai donc eu l'idée de m'abstenir presque complètement de toute boisson pendant 24 heures. J'ai constaté alors qu'au bout de quelques heures déjà, le flux catarrhal commence à diminuer et que l'on est moins souvent obligé de recourir à son mouchoir. Au bout de 24 heures il ne persiste plus qu'une légère irritation de la gorge, et les phénomènes catarrhaux ainsi que la toux disparaissent complètement.

"Cette méthode dessiccante réussit toujours à la condition de l'appliquer dès le début ou pendant la période d'irritation du rhume de cerveau.

"On peut manger du pain, des farineux préparés avec du beurre, des légumes et de la salade, du poisson, des viandes blanches, du pudding. Le mieux, certainement, c'est de ne rien boire pendant les repas ni en dehors des repas, mais j'ai constaté qu'un peu de thé ou de lait (une cuillerée à bouche) pris le matin et un verre à dessert d'eau pris avant de se coucher ne compromettent pas les effets de la cure. Ce régime doit être suivi pendant 24 ou 48 heures, et si les phénomènes diminuent déjà vers la fin de la journée, il ne faut toujours considérer la cure comme terminée que lorsque l'obstruction des voies respiratoires est terminée ; à ce moment il ne se forme dans le nez et les bronches que du mucus consistant, et sans irritation.

"Le grand avantage de la méthode dessiccante consiste en ce qu'elle ne trouble en aucune façon les habitudes du malade et ne l'oblige pas à garder la

chambre. Quand on a soin de se vêtir chaudement de façon à se garantir contre le refroidissement, on peut sortir, car les mouvements au grand air favorisent les sécrétions naturelles et rendent la méthode dessiccante encore plus efficace. Il faut, en effet, savoir que celle-ci ne trouble en rien les sécrétions naturelles mais qu'en revanche, en diminuant la masse du sang, elle arrête la sécrétion des membranes irritées, parce que les parties disponibles du sang étant prises par les sécrétions normales, les membranes irritées se trouvent privées de matériaux nécessaires à leurs sécrétions morbides."

J. A. LESAGE.

THERAPEUTIQUE.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu, par prof. COMBEMALE, dans *Echo Médical du Nord*, déc. 1902.

I. CHEZ L'ADULTE.

Le traitement est à la fois médicamenteux, spécifique et local, et diététique.

1° *T. médicamenteux*: Le salicylate de soude ou l'aspirine sont donnés aussitôt que le diagnostic sera porté.

Le salicylate de soude se donne à la dose journalière de 6 grammes (90 grains) ou l'aspirine à la dose de 4 grammes durant quatre ou dix jours au plus. Il faut ne diminuer la dose que quatre jours après que la douleur et la fièvre seront calmées. Donnez l'un ou l'autre de ces médicaments durant deux semaines en en diminuant la dose graduellement, soit :

1re semaine—Salicylate de soude.....	6 grammes par jour.
do —Aspirine.....	4 " "
2me do —Salicylate de soude.....	4 " "
do —Aspirine.....	3 " "
3me do —Salicylate } Aspirine }	2 " "

" Ne supprimez complètement l'un ou l'autre de ces deux médicaments que lorsque le rhumatisme aura passé une semaine sans retour offensif des douleurs."

Le séjour au lit est indispensable, car le salicylate ne s'accommode pas de la station debout.

On peut formuler de la façon suivante :

Aspirine 6 grammes (90 grains).

En 6 cachets ; un toutes les trois heures.

On peut aussi donner des poudres ou cachets de sal. de soude, mais on donne avec succès l'une des potions suivantes :

I. Salicylate de soude.....	6 grammes (90 grains).
Sirop de framboises.....	20 " (I c. a. s.)
Eau	70 "

Une cuillerée à café (1 gramme de sal) toutes les 4 heures dans un verre d'eau de Vichy.

Ou bien :

II. Salicylate de soude.....	6 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères	50 "
Rhum vieux.....	20 "
Eau.....	50 "

Une cuillerée a s. toutes les 3 heures dans un verre d'eau alcaline.

2° *T. local* : Immobiliser les jointures malades ou sur le point de le devenir, par des enveloppements ouatés légèrement compressifs. Eviter les liniments calmants. Vous pouvez appliquer avec avantage au moment de l'enveloppement, une pommade à base de *Salicylate de Méthyle*, ou mieux, 60 à 80 gouttes du salicylate de méthyle sur une petite flanelle.

Mettez des demi-cerceaux pour empêcher le poids des couvertures sur les membres malades.

3° *T. diététique* : Il faut favoriser les sueurs et entretenir la diurèse en ouvrant largement tous les émonctoires. Le lait et les *potages légers*, joints à l'eau de Vichy, forment la base de l'alimentation. Une fois la fièvre tombée on ajoutera les légumes, les œufs. La viande ne sera reprise qu'en dernier lieu, car il faut se souvenir qu'une reprise de la maladie est souvent due à une alimentation carnée trop hâtive.

II. CHEZ L'ENFANT.

Les indications sont les mêmes que chez l'adulte et l'intégrité du rein doit être assurée par le lait et les limonades alcalines. On donnera à un enfant au-dessous de six ans 2 à 3 grammes de salicylate de soude, soit : deux cuillerées à café toutes les quatre heures de la potion I (voir ci dessus). De six à dix ans : trois cuillerées à café ; au-dessus de dix ans la même dose que pour un adulte.

III. CHEZ LE VIEILLARD.

S'assurer que le rein n'est pas scléreux, et par conséquent fermé à l'élimination des médicaments ; surveiller la tolérance du médicament dont l'action longue peut se manifester par des nausées, vomissements, vertiges, bourdonnements d'oreille, syncopes, diplopie, délire, collapsus.

Le salicylate a maintes fois provoqué l'avortement. Il faut se rappeler ces détails lorsqu'on traite un rhumatisant cardiaque, alcoolique ou artério-scléreux. Dans les cas d'intolérance ou de contre-indications on donnera l'*antipyrine* en cachet ou de la façon suivante :

Antipyrine.....	4 grammes.
Bicarbonate de soude.....	2 "
Sirop de sucre.....	15 "
Eau.....	45 "

Une cuillerée à soupe (1 gramme) trois à quatre fois par jour suivie d'une cuillerée de la potion suivante :

Acide citrique.....	2 grammes,
Sirop de limous.....	15 "
Eau.....	45 "

Le régime lacté est indiqué, et, si les sueurs provoquées par l'antipyrine sont trop abondantes on donnera le soir un cachet de sulfonal de 1 gramme (15 grains.) N'employer ni le *salophène* (acide phénique et salicylique), ni le salol (phénol salicylé).

Complications du rhumatisme.

1°. *Cérébrales* : La loquacité, l'hyperthermie, la rapidité du pouls, les sueurs profuses, les maux de tête, les divagations : tous ces symptômes persistants malgré le traitement chez un rhumatisant dont les jointures sont dégonflées nous permettent de faire le diagnostic de rhumatisme cérébral. Il

faut suspendre le *salicylate de soude* et recourir aux bains froids : un toutes les 3 heures durant 10 minutes ou environ lorsque la température dépasse 39° C. Au bout de 4 jours, le mal est jugulé, les jointures redeviennent gonflées.

Le *chloral* est donné contre l'insomnie.

2° *Pulmonaires* : C'est la dyspnée rapidement suivie de point de côté ou de crachement de sang *œdème aigu* dont le traitement consiste dans des ventouses sèches (un verre à bords épais dans lequel on verse quelques gouttes d'alcool qu'on fait brûler pour faire le vide et qu'on applique immédiatement) appliquées en grand nombre sur toute l'étendue du thorax, en avant comme en arrière ; les injections d'éther (1 à 5 ou 6) faites profondément sous la peau ; les bouillies d'eau chaude aux pieds ; l'aération de la pièce.

C'est la *congestion pulmonaire* avec toux quinteuse suivie d'expectoration de spume gommeuse qui sera traitée par les ventouses sèches et les doses de salicylate à 8 ou 10 grammes (150 grains) par jour, sans craindre l'ivresse dans ces cas.

C'est la *pleurésie* qu'il faut surveiller et ponctionner *en cas* d'hydrothorax double ou abondant. Le salicylate sera continué.

3° *Cardiaques* : Il faudra surveiller le cœur durant tout le cours de la maladie. Le voilement des bruits du cœur et quelquefois l'apparition d'un souffle doux à la pointe devra engager le malade au repos absolu.

Le salicylate sera continué. Si le pouls s'accélère l'auteur donne la *spartéine* sous la forme suivante :

Sulfate du spartéine.....	0 g r. 30 centigrammes.
Sirop de Tolu.....	30 grammes.
Eau distillée ou de tilleul.....	60 “

Deux cuillerées à soupe dans la journée.

Contre la douleur précordiale : ventouses scarifiées, pointes du feu, vésicatoires.

Si le pouls devient irrégulier, l'auteur donne la digitale comme suit :

Poudre de feuilles de digitale.....	0 g r. 50 centigr.
Eau pour infusion.....	100 grammes.
Sirop de convallaria (ou simple).....	30 “

Mettre à infuser durant une demi-heure et prendre dans la journée. (1)

Dans le cas de myocardite avérée, donner la *cafféine*. Ce qu'il faut rejeter suivant l'auteur, ce sont : le tartre stibié, les mercuriaux, la saignée, l'alcool.

J. A. LESAGE.

(1) Nous préférons la *digitaline* en solution alcoolique titrée à 1 milligramme pour 50 gouttes, qu'on peut donner en une seule fois ou durant 5 jours à 10 gts par jour dans eau.