

JUILLET 1902

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

- 387 — Les progrès de l'hygiène moderne.....*E. P. Lachapelle*
392 — Variété spéciale des cholécystites aiguës suppurées, leur traitement chirurgical *Marien*
403 — Thérapeutique infantile *S. Lachapelle*
408 — Traitement de la rétention urinaire..... *St-Jacques*
416 — Etude critique sur l'emploi du sérum antistreptococcique dans l'infection puerpérale. (*Suite*)..... *DeCotret*
-

REVUE GÉNÉRALE.

- 425 — La diète hydrique (extrait).....*Babonneix*
-

SOCIÉTÉS.

- 429 — Le 1er congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord..... *La rédaction*
-

QUESTIONS PROFESSIONNELLES.

- 434 — Le Bureau des Gouverneurs du Collège des M. et C. P.Q. en assemblée à Montréal le 2 juillet...*La rédaction*
-

ANALYSES.

MÉDECINE.

- 441 — Tuberculose humaine et tuberculose bovine.....*Dubé*

OBSTÉTRIQUE.

- 443 — De l'antisepsie obstétricale.....*LeSage*

THÉRAPEUTIQUE.

- 445 — La conduite à tenir dans l'hémorragie cérébrale
et son traitement abortif.....*Chagnon*

PHARMACOLOGIE.

- 446 — Formulaire thérapeutique de la congestion hépa-
tique et de la lithiase biliaire.*LeSage*

BIBLIOGRAPHIE.

- 448 — Traité élémentaire d'anatomie, de physiologie
et d'hygiène privée par le docteur P. E. Prévost. *LeSage*
-

PREMIER CONGRES

— DES —

Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

MEMOIRES

HYGIÈNE MODERNE (1)

Par E. P. LACHAPELLE

Chevalier de la Légion d'Honneur, Professeur à l'Université Laval, Président du Conseil d'Hygiène Provincial, Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Messieurs,

Les organisateurs du premier Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord n'auraient pas cru leur organisation complète s'ils n'avaient créé une section spéciale pour l'hygiène et les intérêts professionnels. En cela ils se sont montrés soucieux des besoins du jour et anxieux d'être à la hauteur de leur époque. Que serait, en effet, au début du vingtième siècle, un congrès médical qui laisserait de côté les questions concernant la santé du public en général, et les besoins du corps professionnel en particulier? N'est-ce pas l'une des notes caractéristiques du jour de voir la médecine, placée sur de nouvelles bases, prendre une direction de plus en plus grande dans l'organisation sociale, et n'en découle-t-il pas naturellement la nécessité, pour notre profession devenue plus influente, de poursuivre ses recherches et ses réformes, pour rester digne de sa mission toujours grandissante?

Aussi je félicite sincèrement messieurs les organisateurs du présent Congrès d'avoir fourni à ses membres l'opportunité de discuter ces questions de première importance. Je vous suis reconnaissant aussi, Messieurs, d'avoir répondu en si grand nombre à l'appel que vous ont fait ces messieurs. En-

(1) Discours d'ouverture prononcé devant la Section d'hygiène et des intérêts professionnels, au premier Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, les 25, 26 et 27 juin 1902, à Québec.

fin, je remercie le comité de m'avoir choisi dans une occasion aussi solennelle, au moment où tous les médecins français d'Amérique sont convoqués à célébrer le cinquantenaire de l'Université Laval, pour présider cette section, l'une des plus importantes de ce congrès.

Je n'ai pas cru devoir, en ouvrant cette séance, vous faire un long discours. Si je l'avais fait, je vous aurais fatalement parlé de l'hygiène, de ses progrès, de son organisation; c'eût été, je le sens, confisquer inutilement une partie du temps précieux qui nous est alloué pour la discussion des sujets portés à l'ordre du jour. Personne plus que vous, je le sais, ne connaît l'utilité de l'hygiène, la perfection de plus en plus grande de ses moyens d'action, l'étendue de plus en plus considérable des résultats qu'elle obtient. Vous n'avez pas besoin d'être convaincus, vous l'êtes d'avance. Il était donc inutile d'insister.

Cette conviction, le public commence à la partager. Il eût été pénible qu'il en fut autrement, car c'est lui qui bénéficie en premier lieu de l'action bienfaisante de l'hygiène, et c'est pour lui, uniquement pour lui, que travaillent les hygiénistes. Oh! je sais bien que la conviction a été lente à venir. Songez au nombre incalculable de cerveaux qu'il fallait convaincre, et combien, sur le nombre, sont peu ouverts aux questions scientifiques, sont obscurcis par des préjugés vieux comme le monde. Je sais bien encore qu'aujourd'hui même certains groupes demeurent réfractaires à la conviction; leur résistance opiniâtre sera brisée par l'éloquence des faits, plus durable encore que leur entêtement. Vous le savez, un fait prouvé ne se conteste plus. Ils auront beau, ces gens, crier que la science de l'hygiène est un leurre, que les lois sanitaires sont des abus de pouvoir, que les médecins hygiénistes sont dans l'erreur, ils n'arrêteront jamais l'hygiène dans sa marche vers le bien et la vérité, ils n'empêcheront pas la science de corriger, dans une certaine mesure, le mal qui est en nous et autour de nous, ils n'empêcheront pas les mesures hygiéniques de fortifier la vie et de combattre la mort. Et le fait éclatant demeure que l'hygiène a non-seulement, par ses

progrès, diminué les ravages causés par les maladies infectieuses et contagieuses, mais qu'elle a aussi diminué la mortalité générale de la population du globe, et que cette diminution de la mortalité générale, dans tous les pays, a toujours été en proportion des mesures prises.

Ces faits étant reconnus, voyez quel trouble infini l'on se donne partout pour établir une organisation sanitaire effective, quelle importance de plus en plus grande l'enseignement de l'hygiène a pris dans nos facultés médicales, avec quelle ardeur l'on étend, l'on complète cet enseignement, enfin quelle large place l'on accorde dans les congrès de médecine, à la discussion des questions d'hygiène. Québec a voulu, dans cet ordre d'idées, suivre l'exemple de Paris, de Londres, de Berlin, et prouver, en agissant ainsi, qu'il fait partie du monde scientifique moderne. C'est pour nous un plaisir particulier de le constater, et ce sera pour la réputation de notre pays une bonne note de plus.

Au point de vue sanitaire, comme d'ailleurs à bien d'autres points de vue, la province de Québec n'a pas à rougir de la place qu'elle occupe dans le monde civilisé. Dès 1886, par une loi créant un Conseil d'Hygiène Provincial et lui donnant les pouvoirs nécessaires, elle entraît de plein pied dans le grand mouvement hygiénique qui s'affirmait alors et qui a fait depuis de si rapides progrès. Non-seulement elle est entrée dans ce mouvement avec résolution et vigueur, mais encore elle a marché allègrement du même pas avec ses aînés du vieux continent; sa législation, d'année en année, a fixé dans son code les mesures de plus en plus complètes inspirées par la science pour, pas plus tard que l'année dernière (1901), doter nos statuts d'une loi d'hygiène qui peut se comparer avantageusement, par sa plénitude et son efficacité, avec celles de tous les autres pays. Je le dis avec fierté, il n'y a pas, à l'heure qu'il est, une loi d'hygiène plus complète dans ses prévisions et plus efficace dans les pouvoirs qu'elle donne. Appliquée avec discernement et suivant l'esprit de responsabilité morale qui l'a inspirée, elle ne pourra donner que les meilleurs résultats.

Mieux que n'importe qui vous comprenez, messieurs, l'importance d'une législation sanitaire complète et efficace, car, ayant charge de vie, vous savez les services que l'hygiène peut rendre non-seulement à vous-mêmes, mais à ceux qui vous consultent. Ces services, vous aurez l'occasion, dans les délibérations qui vont suivre, d'en apprécier les mérites incontestables, d'en constater les résultats évidents, et, je n'en ai aucun doute, d'en conseiller l'utilisation quotidienne. Car c'est à vous, plus qu'à n'importe qui, qu'incombe la responsabilité de faire connaître les moyens sanitaires, leur efficacité, leur application, et d'en diriger l'emploi. De même que, dans la pratique de tous les jours, vous êtes en état de venir constamment en aide à ceux qui sont spécialement chargés de veiller sur la santé publique, de même, dans vos discussions d'aujourd'hui, vous serez à même de jeter sur les différents problèmes sanitaires qui vous seront soumis, la lumière de votre expérience professionnelle. C'est ainsi que de nos discussions et de nos travaux communs naîtront pour le plus grand bien de tous, l'entente harmonieuse et l'éclaircissement mutuel qui donneront à ce congrès son résultat pratique. Ce résultat si désirable, nous serons fiers d'en avoir été les artisans.

Quant à nos intérêts professionnels, messieurs, si nous ne les prenons pas nous-mêmes en considération, qui le fera? Nous avons des droits: il faut savoir les défendre: nous avons des devoirs: il faut savoir les remplir! Et ces droits, ces devoirs, il faut être sûrs d'abord que nous les connaissons bien nous-mêmes dans toute leur intégrité, avec tout ce qu'ils comportent de bonne foi, de courage, d'honnêteté: il faut voir ensuite à ce que les autres ne les oublient pas, ne cherchent pas à nous les diminuer, à nous les enlever. L'heure est propice à des discussions de ce genre, et l'endroit est bien choisi. Ayons, nous aussi, notre patriotisme médical: efforçons-nous de placer ce patriotisme à la hauteur de notre race — noblesse oblige — et de le rendre fier dans ses revendications, droit dans son but, honnête dans ses procédés. Étendons-le à tout notre patrimoine, appliquons-le à toutes nos

institutions, ne cherchons pas à limiter, à circonscrire son application, et nous gagnerons à notre corporation l'estime, le respect, la justice de nos gouvernements, de nos tribunaux et de nos concitoyens.

Oui, messieurs, l'occasion est belle et le moment bien choisi. Qu'il s'agisse des intérêts de la santé publique ou de nos intérêts en particulier, si nous voulons, ces intérêts, les bien définir devant l'esprit public, les bien faire entrer dans le domaine des choses reconnues, leur attirer le respect des gens et la protection des lois, profitons de ces jours de réjouissance publique et d'allégresse nationale, et sachons par la courtoisie de nos discussions, par la largeur de nos vues, par la sagesse de nos décisions, démontrer que nos intérêts ne font qu'un avec ceux du pays et de la nation, et que, pour une fois, nous avons su nous mettre d'accord. Ce sera le moyen d'ouvrir, pour notre profession, une ère de prospérité et de grandeur qui sera pour nous une source de satisfaction et de joies sans mélange, et que, pour ma part, je désire de tout mon cœur. Je suis sûr, messieurs, que vous le désirez également.

En agissant de la manière que je viens de dire, en prenant en main fièrement et courtoisement les intérêts de notre profession et ceux de la santé publique, si intimement liés les uns aux autres, nous agirons suivant les nobles traditions enseignées durant un demi siècle par cette Université Laval que nous sommes heureux de fêter aujourd'hui, et ce sera pour nous, je crois, le meilleur compliment à lui faire à l'occasion de ses noces d'or, celui dont elle aura le plus de raison de s'enorgueillir.

VARIÉTÉ SPÉCIALE DES CHOLÉCYSTITES AIGÜES SUPPURÉES ¹, LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL ⁽²⁾

Par A. MARIEN

Aggrégé-Chirurgien de l'Hotel-Dieu de Montreal.

J'ai voulu, en faisant cette communication, attirer l'attention sur une variété, encore assez peu définie, de cholécystites aiguës suppurées, calculeuses ou non calculeuses, survenant brusquement chez des malades qui sont à leur première attaque et qui n'ont jamais présenté de symptômes de lithiase biliaire, jamais de coliques hépatiques, jamais d'ictère, jamais d'évacuation de calculs biliaires par l'intestin.

Comme depuis deux ans, sur un total de douze interventions chirurgicales pratiquées sur les voies biliaires, j'ai eu l'occasion d'observer six cas de ces cholécystites aiguës, comme il s'agissait, dans tous ces cas, de personnes qui n'avaient jamais souffert, à leur connaissance, de troubles antérieurs du foie ou des voies biliaires, j'ai été frappé de la particularité et de la fréquence de cette affection, de même que de la série assez importante que j'ai eue à étudier. Les difficultés du diagnostic, les phénomènes graves constatés chez ces malades, les bons effets que j'ai obtenus du traitement chirurgical fait en temps et lieu, méritent je crois d'attirer votre attention.

D'autre part, au point de vue chirurgical, de même qu'au point de vue anatomo-pathologique, les caractères de ressemblance de cette maladie, avec ceux de l'appendicite, les rapports de physionomie et de forme des symptômes en font une affection aussi intéressante que l'appendicite aiguë et qui mérite que l'on s'occupe d'elle au même titre.

Les cas de lithiase biliaire, qui sont des *trouvailles* d'autopsie et qui ne se traduisent, pendant la vie, par aucun symptôme, sont très nombreux. Ils restent d'ordinaire dans le domaine de la médecine, et c'est ainsi que des malades, porteurs

(1) Travail présenté au premier Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Québec, les 25, 26 et 27 juin 1902.

de nombreux et volumineux calculs, peuvent n'accuser qu'une simple colique hépatique, quelques rares vomissements mis sur le compte d'une indigestion, de l'ictère plus ou moins intense, voire même de l'évacuation de calculs par l'intestin, et continuer à vivre paisiblement et à se porter très-bien. Dans ces conditions, la maladie passe souvent inaperçue et le chirurgien n'a rien à faire.

Ce sont les *complications seules* de la lithiase biliaire qui peuvent rendre l'intervention chirurgicale nécessaire.

Ces complications, dont les symptômes et les manifestations ont été bien étudiés et qui sont aujourd'hui bien connues, peuvent être rapportées à deux causes principales.

La première, c'est l'*infection* des voies biliaires, la deuxième, c'est l'*obstruction* des voies biliaires, soit par un ou plusieurs calculs, soit par un néoplasme des canaux hépatiques ou de l'intestin, à l'ampoule de Vater.

Les *accidents inflammatoires aigus* seuls, dus à l'infection des voies biliaires, feront uniquement le sujet de ma communication, car, dans ces conditions, la lithiase biliaire passe au second plan, attendu que l'on peut assister à des phénomènes absolument analogues, sans qu'il y ait le moindre calcul. Je laisse donc de côté les accidents qui viennent compliquer la lithiase et qui sont consécutifs à l'arrêt du calcul en un point quelconque de sa migration.

Je laisse également de côté les accidents inflammatoires dus à la cholécystite chronique par rétention biliaire, et qui se présentent avec de l'ictère, des attaques répétées de coliques hépatiques, de la décoloration des selles, etc., pour ne m'occuper que de la *cholécystite* et de l'*angiocholécystite aiguës*.

— Il y a quelques années à peine, l'intervention chirurgicale dans les cholécystites et les angiocholécystites infectieuses était inconnue.

Depuis le mémoire de Netter et Mantha, l'étude bactériologique de cette affection a été sérieusement entreprise, et c'est cette étude bactériologique seule, qui pouvait jeter quelque clarté dans cette question jusqu'alors obscure, et si la lumière est à peu près faite aujourd'hui, c'est à la microbiologie que nous en sommes redevables.

Duclaux, Netter, démontrèrent que divers microbes habitent normalement l'ampoule de Vater. Depuis cette époque et surtout depuis 1890, après l'importante communication de Gilbert et Girode à la Société Anatomique, les travaux se sont multipliés. Plusieurs thèses, l'intéressante communication de Terrier au Congrès de Chirurgie, divers rapports faits à la Société de Chirurgie de Paris sont des documents assez nombreux pour démontrer, que, dans une foule de cas, l'infection des voies biliaires doit prendre place au rang des affections chirurgicales, au même titre que celles des autres organes.

Tout récemment, dans ses magnifiques leçons de Clinique Chirurgicale mon maître Legueu consacra un chapitre sur la cholécystite aiguë.

L'on sait que les voies biliaires, de même que les voies urinaires et l'appendice sont aseptiques, à l'état normal. Leur envahissement par les microbes pathogènes est à peu près identique et les inflammations et suppurations, qui en résultent, offrent les mêmes caractères. Si l'on recherche les causes et le mécanisme de ces infections, l'on voit qu'il y a de l'analogie, de la similitude dans leurs processus. Par exemple, l'infection de l'appendice et des canaux biliaires provoquée par le voisinage de l'intestin infecté peut avoir une même pathogénie: l'infection ascendante des voies urinaires, qui s'étend de l'urètre jusqu'au rein, ressemble absolument à l'infection biliaire, qui, partie de l'ampoule de Vater peut remonter jusqu'à l'origine des canaux biliaires, au niveau du lobule hépatique. Enfin la présence de calculs, soit dans la vessie, soit dans l'appendicite, soit dans la vésicule, donne lieu aux mêmes phénomènes, à savoir l'inflammation et la suppuration.

Pour les voies biliaires, les sources d'infection sont nombreuses, et les menacent constamment. Le tube intestinal, et en particulier le duodénum, est un milieu fertile en microbes pathogènes. Dans le cours d'autres maladies infectieuses, des microbes d'espèces différentes peuvent aussi envahir le territoire du foie et des voies biliaires.

Enfin la formation récente ou ancienne de calculs dans les

canaux hépatiques, la vésicule biliaire, le canal cholédoque jouent un grand rôle dans la genèse des cholécystites suppurées; l'arrêt ou même le ralentissement du cours de la bile détermine, dans tout l'arbre hépatique, des conditions favorables à l'infection.

Les conditions d'âge et de sexe semblent jouer un rôle assez important dans l'étiologie de cette affection: en effet, les malades que j'ai opérées sont toutes des femmes âgées de 25 à 50 ans. Ce sont des femmes, qui ont eu plusieurs accouchements et qui ont dans leur dossier pathologique plus d'une infection à leur crédit.

Au point de vue clinique, dans les six cas que j'ai observés, le diagnostic présentait de réelles difficultés, surtout parce que les symptômes et les signes classiques de l'infection biliaire faisaient à peu près défaut.

Ces malades n'avaient jamais présenté d'ictère à aucun degré, elles n'avaient jamais eu de coliques hépatiques, jamais de selles décolorées, jamais d'urine teintée; elles étaient à leur première attaque.

Voici, en résumé, leur histoire. A la suite d'une indigestion ou d'un écart de régime, elles ont d'abord ressenti les phénomènes caractéristiques qui accompagnent toute affection générale, et qui se manifestent par un sentiment de lassitude générale, de la céphalalgie, de la courbature et des troubles digestifs, diarrhée et vomissements; puis brusquement la fièvre éclate avec fracas, elle prend une allure spéciale et se déroule en un tableau clinique assez identique à celui d'une infection aiguë grave, et en particulier à celui de l'accès de fièvre, qui accompagne l'appendicite aiguë: la température monte à 103° ou 104°. L'accès débute presque toujours par un grand frisson qui peut secouer le malade des pieds à la tête, ses dents claquent, sa figure se congestionne, sa peau devient brûlante et sèche, la respiration est hâletante, le pouls est rapide et dur, il bat de 120 à 130 pulsations à la minute. Enfin une douleur violente siège dans tout le côté droit de l'abdomen, à partir du rebord des côtes jusque dans la fosse iliaque droite. La crise, qui dure des heures, peut se

calmer au milieu de sueurs profuses, pour se répéter à nouveau, douze, vingt-quatre ou trente-six heures plus tard. Mais, malgré cette accalmie, la température reste toujours très élevée, 102° le matin, 104° le soir, le pouls se maintient toujours rapide, vers 120 pulsations à la minute.

Dans ce tableau pathologique, le phénomène le plus important est assurément le symptôme *douleur*.

C'est son analyse, son étude qui permettront de préciser le diagnostic. En effet, dès l'écllosion de l'infection, les malades accusent de la sensibilité dans le flanc droit. Cette sensibilité, qui persiste longtemps, très longtemps, n'aime lorsque les autres accidents infectieux sont calmés, que la température est tombée et que le pouls bat au-dessous de cent, s'exagère parfois très violemment, au moment des crises; elle est dans certains cas assez intense pour nécessiter une injection de morphine, cela ressemble à une crise de colique appendiculaire, c'est une véritable crise de *colique vésiculaire*. Cette crise douloureuse peut exister chez des malades qui n'ont pas de calculs, je l'ai constatée plusieurs fois répétées chez une de mes opérées, qui avait une cholécystite suppurée *sans calculs*; toutes les autres malades avaient des vésicules bourrées de calculs.

Il existe, comme dans l'appendicite, de la défense musculaire et de l'hyperesthésie cutanée dans tout le flanc droit, à partir du rebord costal jusque dans la partie inférieure de la fosse iliaque. La douleur s'irradie même parfois en arrière dans la région rénale, jusque dans l'angle costo-iliaque. Mais il est difficile d'en établir le siège et de le localiser avec précision, parce que l'exploration est pénible et rendue très difficile à cause de la rigidité et de la sensibilité de la paroi.

Ces divers signes sont évidemment assez caractéristiques et assez importants pour attirer l'attention de ce côté droit du territoire abdominal; il n'y a pas de doute, en présence de ces phénomènes, qu'il se fait une infection dans la région et qu'un foyer purulent est en train de s'organiser.

Mais les réelles difficultés du diagnostic résident dans la recherche du foyer infectieux, dans la découverte de l'organe atteint.

En effet, il n'y a pas d'antécédents, pas d'histoire de la maladie pour aider à éclaircir le diagnostic. C'est une première attaque qui éclate brusquement.

La palpation, même sous chloroforme, ne donne souvent pas grand chose, surtout chez les personnes grasses, car dans quelques cas la vésicule atrophiée, ratatinée est inaccessible, elle est cachée sous l'épiploon ou le gros intestin.

Il est cependant des malades chez qui les signes physiques fournis par la palpation peuvent prendre une grande importance.

C'est lorsque la vésicule est distendue, largement augmentée de volume et qu'elle est remplie de calculs et de pus; la vésicule peut alors former une grosse tumeur et descendre plus bas que l'ombélic. Chez une de mes malades, elle était énorme et contenait 85 calculs, de la grosseur d'une noisette.

Dans ces cas, le diagnostic est plus facile; l'intensité des phénomènes fébriles, qui coïncident avec une tuméfaction douloureuse au niveau de l'hypochondre droit, doit faire songer immédiatement à une cholécystite suppurée, surtout lorsque la tumeur est sous-péritonéale, qu'elle est haut située, en avant, presque sous le muscle grand droit, et qu'elle est continue vers le foie.

Il n'en est pas de même, lorsque la vésicule est inaccessible et que la palpation ne permet pas de localiser le foyer d'infection.

Dans ces circonstances, la cholécystite peut être assez facilement confondue avec une péritonite aiguë, une appendicite aiguë à type remontant, un abcès périnéphrétique ou hépatique, un abcès de la tête du pancréas, un kyste hydatique suppuré, voire même avec la fièvre typhoïde et la pneumonie.

Pour les infections aiguës des voies biliaires, comme pour bien d'autres d'ailleurs, la meilleure façon de les reconnaître, c'est encore d'y songer.

Cependant, si l'attention est attirée sur elles, l'on devra rechercher et analyser avec soin les signes que pourra fournir le symptôme *douleur*. Si on l'étudie attentivement, au moyen de la palpation et de la percussion, on aura bien des chances

de localiser son maximum d'intensité au niveau de la vésicule biliaire et de reconnaître la cholécystite infectieuse, lorsque toutefois le diagnostic de cette affection est matériellement possible.

—Le traitement médical reste impuissant en présence de ces infections graves, car si les malades ont le bonheur de se défendre contre les premiers accès, ils restent, des mois, impotents et exposés à de fréquentes récurrences.

Au lieu de temporiser et de perdre parfois un temps précieux, il n'y a qu'un moyen vraiment rationnel de combattre l'affection, c'est l'intervention chirurgicale, qui est non seulement autorisée comme dans l'appendicite, mais qui reste encore la seule et suprême ressource.

Dans les cholécystites comme dans les angiocholécystites, l'opportunité de l'intervention chirurgicale est aujourd'hui nettement posée en principe. La laparotomie suivie de l'abouchement de la vésicule à la peau, la *cholécystostomie*, en un mot, permet, dit le Professeur Terrier: "de donner une issue facile à la bile septique que renferment les voies biliaires et qui intoxique l'économie; de se rendre un compte exact de l'état des voies biliaires accessoires; d'explorer les voies biliaires principales.

"De plus, l'issue facile de cette bile toxique détermine, d'une façon en quelque sorte indirecte et mécanique, la désinfection des voies biliaires et cela beaucoup mieux que les prétendus traitements médicaux, trop souvent nuisibles."

Lorsque les voies biliaires sont infectées et obstruées, la bile est retenue dans les vaisseaux intra et extrahépatiques comme dans une cavité close où pullulent et foisonnent les microbes. L'opération la plus rationnelle est de donner issue à la bile et de débarrasser l'économie des agents infectieux qu'elle renferme et des toxines qu'ils élaborent.

Les infections biliaires non calculeuses sont évidemment moins fréquentes que les calculeuses, car, dans l'immense majorité des cas, il s'agit de cholécystites venant compliquer la lithiase. Mais dans tous ces cas, à moins de complications graves et de contre-indications sérieuses tirées de l'état du

malade, il n'y a pas à hésiter et il faut suivre le conseil de Terrier: " Dans les cas, dit-il, où les voies biliaires directes ou indirectes, renfermant ou non des calculs, sont le siège d'inflammation déterminant des accidents fébriles intenses, continus ou avec des exacerbations, il est absolument indiqué d'intervenir chirurgicalement, de pratiquer une laparatomie." Celle-ci doit avoir pour but final d'ouvrir la vésicule biliaire et de tenir cette ouverture béante, en un mot de pratiquer une cholécystostomie.

Tout dernièrement, à la Société Médicale de Montréal, O.-F. Mercier a rapporté un cas de cholécystite calculeuse, dans lequel il a obtenu un succès remarquable.

J'ai eu pour ma part l'occasion d'opérer avec le Dr Merrill, six malades depuis deux ans, et j'ai obtenu cinq guérisons complètes. Quelques-unes de mes malades ont conservé leur fistule biliaire durant quelques mois. Mais ces fistules, qui, en somme, offrent bien peu d'inconvénients, ont fini par guérir radicalement au moyen de cautérisations et de pansements méthodiquement faits.

Nous avons perdu une malade, chez qui les accidents d'une infection excessivement grave n'ont pu être combattus par la cholécystostomie. Il s'agissait d'une malade traitée, depuis huit jours, pour une fièvre typhoïde et qui avait une volumineuse vésicule biliaire remplie de gros calculs et d'environ deux cents grammes de pus. L'opération a été pratiquée d'urgence chez cette malade qui avait 105° de température et 140° de pouls; le foie était très congestionné et très hypertrophié. Il existait une angiocholécystite généralisée aux mille branches des canaux et canalicules biliaires.

La *cholécystostomie* doit être en un mot l'opération de choix et la *cholécystectomie*, ne peut être qu'une opération d'exception. Car il faut se rappeler que l'on opère dans un milieu infecté et qu'il vaut mieux faire vite et bien une opération facile qui assure le drainage, que de tenter une opération longue, laborieuse et difficile.

OBSERVATION I. — Le 28 juillet 1901, vers minuit, je suis appelé en consultation auprès de Mme D., âgée de 33 ans.

C'est une femme très grasse et d'un état de santé apparente magnifique. Elle a eu cinq enfants et deux ou trois fausses-couches; il y a huit ans elle fut laparatomisée pour une annexite gauche; pas de passé hépatique ou biliaire; à la suite d'un copieux dîner au champagne, indigestion, vomissements, diarrhée; elle souffre toute la journée de ces troubles digestifs et le soir apparaît une violente douleur dans tout le côté droit. A minuit sa température est à 104, son pouls bat à 130 pulsations. Aspect général d'une infection grave avec douleur vive et défense musculaire dans tout le flanc droit, depuis le 1^{er} bord costal jusqu'à 3 à 4 travers de doigt au-dessous de l'épipleurique antéro-supérieure.

Le lendemain matin la malade est transportée à l'hôpital. A la suite d'une grosse transpiration, la température baisse et l'état général s'améliore. Jusqu'au 9 août suivant, c'est-à-dire pendant un mois, elle est tenue sous observation; quelques jours après son entrée à l'hôpital la température tombe à la normal, le pouls à 80, pour remonter de nouveau par intervalles l'une à 102, l'autre à 120.

Pendant ce temps la sensibilité abdominale reste la même; tout mouvement occasionne de la douleur. A la palpation, même sous chloroforme, il est impossible de sentir quoi que ce soit. La percussion seule permet de localiser le *maximum douleur* en un point situé sur le bord du muscle grand droit à mi-chemin entre l'ombilic et le rebord costal; le foie est aussi douloureux. Le 28, nouvelle crise: température 102, pouls 120; le lendemain, intervention chirurgicale par une laparotomie latérale oblique, incision partant de l'ombilic jusqu'à l'extrémité de la 8^e côte. Au-dessous du colon qui est adhérent au foie, l'on trouve une vésicule épaissie, ratatinée, mais remplie de pus et de calculs. Cholécystostomie et drainage des voies biliaires; guérison au bout d'un mois. Il persiste une fistule muqueuse qui est fermée au bout de trois mois.

OBSERVATION II. — Madame P., âgée de 59 ans, a eu cinq enfants. Elle n'a jamais eu d'ictère, jamais de coliques hépatiques, mais souffre depuis des années de troubles dyspeptiques. Le 17 novembre 1901, à la suite d'une indigestion, elle est prise d'une fièvre violente suivie de frissons avec douleur

interne dans tout le flanc droit. L'on croit à une attaque d'appendicite. Elle est transportée à l'hôpital et comme il est possible, malgré une grande défense musculaire, de sentir une masse de la grosseur de *deux poings d'adulte*, l'on pratique, le 20, une cholécystostomie après laparatomie oblique avec drainage. La vésicule biliaire, très distendue et mobile au milieu des intestins, contenait environ 200 grammes de pus et 89 calculs biliaires.

Inmédiatement après l'opération la température tombe de 101° à 99° puis les jours suivants à la normale.

Les suites opératoires sont très bonnes, et la malade part de l'Hôtel-Dieu, quinze jours après, avec une fistule biliaire qui guérit bientôt spontanément.

OBSERVATION III. — Vers les premiers jours d'octobre 1901, Mme H., âgée de 28 ans, présente tous les symptômes d'une fièvre typhoïde.

Mère de cinq enfants, elle n'a jamais souffert de troubles du côté des voies biliaires.

Huit jours après l'écllosion de sa fièvre, comme elle offre des phénomènes très graves du côté droit de son abdomen, elle est transportée d'urgence à l'hôpital soit pour une perforation, soit pour une appendicite.

Le maximum douleur permet de faire une incision latérale haute et de découvrir facilement une grosse vésicule biliaire distendue et remplie de pus et de calculs. Le foie est énorme et très mou. *Cholécystostomie* facile avec drainage. L'opération est faite vers huit heures p.m., et la malade meurt à minuit avec une température de 105° et un pouls de 140 à la minute. Température et pouls qu'elle avait avant l'opération.

OBSERVATION IV. — Vers le milieu de janvier 1902, je vais à la campagne. Madame B., âgée de 25 ans, qui accuse depuis quelques jours, pour la première fois, des phénomènes graves d'infection générale, température 104°, pouls 120; douleur dans le flanc droit avec défense musculaire. Pas d'antécédents hépatiques, pas d'ictère, pas de coliques hépatiques; les urines cependant contiennent des pigments biliaires et les selles sont un peu décolorées, maximum douleur au niveau

de la vésicule. Une intervention chirurgicale est proposée, mais pas acceptée. Deux mois plus tard, après des périodes d'accalmie suivies de nouveaux accès, l'opération est réclamée et la *cholécystostomie* pratiquée. Le vésicule, les canaux biliaires, cystique, cholédoque, hépatique, ne contiennent pas de calcul; mais la paroi vésiculaire est épaissie et adhérente à tout le voisinage; elle offre présentement plutôt des phénomènes de péricholécystite chronique, rappelant ceux de l'appendicite chronique; guérison.

OBSERVATIONS V et VI. — Il s'agit de deux malades, âgées l'une de 40 et l'autre de 45 ans, rencontrées dans les salles de l'hôpital. Après deux ou trois accès de fièvre qui ont duré de 5 à 8 jours, ces malades sont immobilisées au lit depuis des mois avec une douleur et une masse dans le flanc droit. Jamais d'ictère, jamais de coliques hépatiques, jamais de selles décolorées. *Cholécystostomie* avec drainage après extraction de calculs biliaires; guérisons.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE (1)

Par SÉVERIN LACHAPELLE

Professeur de Pathologie générale et de Pédiatrie à l'Université Laval.

Nous nous permettons d'affirmer que, s'il n'y a pas d'exception d'âge pour la maladie en général, il ne doit pas y en avoir pour la thérapeutique, et que toutes les médications doivent être appliquées à l'enfant comme à l'adulte, comme au vieillard, qui nous offre d'ailleurs plus d'un point de contact avec l'enfant, pendant la maladie.

Cette proposition qui est le sujet de l'étude que j'ai l'honneur de vous présenter, je la mets devant le Congrès, non seulement au point de vue médical qui devrait être le seul, mais aussi au point de vue national, puisque cette association est aussi nationale que médicale, son titre étant : Association des médecins de la langue française de l'Amérique du Nord.

Au point de vue national. — Dans une possession anglaise comme la nôtre, la force numérique de l'élément français est la seule garantie de la protection de ses droits et du maintien des libertés promises. C'est pourquoi tous les efforts combinés de la science et de la politique doivent tendre à en assurer l'augmentation normale; la loi Mercier fut une noble tentative dans cette direction. Il est un fait bien établi, c'est que la mortalité infantile est plus élevée chez nous que chez nos compatriotes d'origine anglaise, et si cette différence injurieuse n'eût pas existé, il est permis de supposer, d'après les données assez vraies, que notre population française serait plus que doublée; elle l'eût été plus que doublée peut-être, lors de la Confédération, et ce chiffre supérieur eût amené nécessairement comme résultat une représentation plus forte et plus juste dans le Grand Conseil de la nation, la Chambre des Communes.

Au point de vue d'un peuple les siècles sont un peu comme

(1) Communication au premier Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Québec, les 25, 26 et 27 juin 1902.

les années d'un homme, et si nous trouvons dans le siècle passé une faute, cause d'infériorité nationale, nous pouvons espérer réparer cette faute dans le siècle à venir et je me plais à envisager dans ce lointain, que verront nos petits-fils, nos enfants continuant à naître nombreux, — car la famille canadienne française est bénie du Seigneur, — et ne mourant que dans une proportion qui peut être atteinte et non dépassée (90 p. /000) quatre-vingt-dix par mille, au lieu de (300 p. /000) trois cents par mille, et alors je m'écrie avec un légitime enthousiasme que oui, il est bien vrai de dire que le Canada est la France de l'Amérique.

Sœur Bourgeois nous dit dans ses mémoires: " on a été environ huit ans sans pouvoir garder d'enfants à Montréal ce qui donnait bonne espérance, puisque Dieu prenait les prémices."

Jeanne Loysel et Jean Desroches furent les premiers qui résistèrent et vécurent.

Ces pieuses paroles sont peut-être justifiables dans la bouche de cette sainte femme, quand la France était seule " maîtresse sur nos bords," mais dans cette colonie française devenue colonie anglaise, les répéter serait se couvrir de ridicule et si l'ignorance traditionnelle continue à s'inspirer de cette résignation, il y a là crime de lèse-nation, et il est temps d'en arrêter la marche fatale.

Au point de vue médical. — Inutile de dire que les maladies des nourrissons constituent un groupe à part, et que les infections intestinales qui sont toujours dues à l'alimentation — à sa mauvaise qualité ou à sa quantité toujours trop exagérée. — ne sauraient être traitées chez l'enfant comme chez l'adulte puisque tout le traitement ici consiste dans une alimentation réglée.

Abstraction faite de ce groupe qui est le plus nombreux du premier âge, nous devons mettre l'enfant sur un pied d'égalité avec les âges qui suivent.

Si le préjugé, qu'il est inutile de soigner nos enfants, était un préjugé propre à notre population seulement, il serait pour le moins oiseux d'en parler ici; mais ce préjugé est profondé-

ment enraciné dans la profession médicale c'est pourquoi nous nous enrégistrons énergiquement contre lui.

Est-il l'écho du dehors qui se répercute au dedans, nous le croyons, comme nous croyons aussi que l'enseignement universitaire tel que donné est insuffisant pour le faire disparaître; la part qu'il occupe dans cet enseignement est pour ainsi dire nominale; et par enseignement ici, nous comprenons non seulement l'enseignement théorique mais aussi l'enseignement pratique, c'est-à-dire la clinique: à Montréal, comme à Québec d'ailleurs, nous n'avons aucune clinique à notre disposition: que serait l'enseignement pathologique interne ou externe sans la clinique? En attendant qu'on donne à l'enfant la place qui lui est due dans les études médicales, nous sommes laissés à nous mêmes, à l'initiative individuelle.

Et pourquoi à la question posée: l'enfant malade peut-il être traité comme l'adulte? ne répondons-nous pas également tous dans un sens affirmatif. La maladie se résume à deux choses essentielles: le diagnostic et le traitement.

Est-ce que l'enfant ne fournit pas les signes de diagnostic suffisants. Quels sont les signes de diagnostic: nous avons les signes subjectifs et les signes objectifs.

Est-ce que dans l'examen d'un malade, les signes subjectifs aident aujourd'hui comme autrefois le médecin consultant; est-ce que les moyens multiples d'examen ne nous permettent pas de nous dispenser de l'assistance même du patient?

Et si nous voulons tenir compte de ces signes subjectifs, ne les rencontrons-nous pas dans le langage muet mais si expressif de la physionomie de l'enfant malade, de la même manière et peut-être plus, que dans le langage parlé de l'adulte, au point que nous pouvons nous permettre de dire, sur un simple coup d'œil, que la maladie siège dans une des trois grandes cavités sp'anchniques, le cerveau, la poitrine ou l'abdomen? Oui, nous nous permettrons de faire cette affirmation avec les grands maîtres: le diagnostic des maladies de l'enfant est aussi facile, sinon plus que celui de l'adulte.

Que cette vérité soit admise et le préjugé tombe de lui-même, car ce n'est pas la difficulté du traitement qui l'a fait

naitre, mais bien la croyance erronée dans l'impossibilité d'un diagnostic. Le traitement en effet ne saurait faire hésiter un seul instant l'intervention active du médecin.

Et d'abord entendons-nous bien sur les termes.

Dans toute maladie, nous avons la médication expectante, symptomatique et la médication rationnelle: la médication expectante que l'on rencontre au début de toutes les maladies (les exceptions sont si rares d'un diagnostic certain au début que nous pouvons nous permettre cette manière de parler) et la médication rationnelle qui s'attaque à la maladie même non pas seulement aux symptômes, quand celle-là a mis une signature lisible.

Or, l'enfant sera-t-il privé éternellement de cette double assistance défensive, l'une hésitante, mais palliative, l'autre plus audacieuse et plus souvent triomphante que chez l'adulte: car souvenons-nous que nous avons un terrain vierge, — quand il n'est pas souillé par la tare héréditaire, par une diathèse bien établie, — ou la maladie peut germer facilement, mais ou le remède aussi a une action médicamenteuse plus sûre que chez l'adulte, puisque l'absorption est plus prompte, et les contre-indications plus rares, puisque l'élimination est plus facile, (expériences de la satsoute sur l'iodure de potassium et le salicylate de soude établissant que la rapidité d'absorption et d'élimination est en raison inverse de l'âge).

Nous n'avons pas à craindre chez l'enfant le rein fermé assez souvent de l'adulte, encore plus du vieillard; et la crainte de ce rein toujours à craindre qui poursuit toujours le médecin de l'adulte ne paralysera jamais l'intervention du médecin de l'enfant.

Et c'est bien sur la connaissance intime de ces données physiologiques que nous nous appuierons pour diriger une médication suffisamment énergique et hardie. Si, à la suite de Gaubins, nous tabulons la dose au point de vue de l'âge seulement, nous ferons un faux raisonnement, mais si, appuyés sur ces notions indiscutables, nous poussons la dose médicamenteuse dans ses limites nécessaires à l'efficacité nous serons dans le vrai, et l'effet produit, le but atteint et la guérison assurée le plus souvent. Car, avec les données de philosophie médicale qui nous guident tous, il nous faut dire que tout est

dans la dose, et l'infiniment petit ne saurait convenir même à notre petit.

Ces notions sur la dose ont été longtemps bien fausses. Trousseau eut le malheur un jour de trouver un enfant empoisonné par une dose d'opium, et l'on déclara de suite que l'opium est incompatible avec l'organisme infantile: cette opinion du grand maître fit école pendant longtemps; mais Jules Simon en a fait bon compte et nous n'hésitons pas aujourd'hui à nous servir de ce pavot indispensable plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte; le fractionnement de la dose au début, et l'élimination prompte de ce médicament le plus actif sont deux garanties que nous fournissons l'art et la nature; avec elles nous pouvons travailler confiants. Qui n'a pas assisté dans les cliniques de Jules Simon, pris d'un double sentiment d'admiration et de confiance, à ces efforts hardis sans être trop téméraires, dans le but de démontrer, combien tous les médicaments les plus actifs sont tolérés plus même par l'enfant que par l'adulte. Exemple: la belladone et l'aconit que le grand clinicien donne à l'enfant à des doses réellement massives: l'accumulation médicamenteuse encore une fois n'est pas à craindre ici.

Nous insistons sur cette importante question des médicaments actifs et sur celui qui est le plus indispensable, l'opium et ses préparations, parcequ'il nous semble qu'il n'y a pas de médication possible le plus souvent sans ce puissant auxiliaire: l'élément douleur jouant un rôle primordial dans la maladie. Quel est le praticien qui affirmera la possibilité de se dispenser de ce remède puissant où de son équivalent chez l'adulte? Or l'élément douleur n'est-il pas inhérent plus à l'enfant, en vertu de son impressionnabilité, de sa sensibilité, sans contrôle moral. Morcellez votre médicament actif, quelque actif qu'il puisse être, mais servez vous en quand même, l'âge n'est pas une contre-indication!

Le temps accordé m'oblige à me contenter des considérations qui précèdent, espérant qu'elles seront suffisantes tout de même pour justifier mon sujet et surtout sa conclusion.

La thérapeutique de l'enfant ne diffère de celle de l'adulte que dans le dosage des médicaments.

DE LA RETENTION VÉSICALE

OBSERVATIONS CLINIQUES. — TRAITEMENT

Par EUGENE SAINT-JACQUES

Médecin de l'Hotel Dieu.

Dans un précédent article ⁽¹⁾ nous avons synthétisé, en les groupant ensemble, les différentes causes de la rétention vésicale. Envisageons maintenant de quels moyens nous disposons pour intervenir.

Les constrictions externes sont facilement supprimées. Un crochet mousse soulèvera la corde que le ciseau fera sauter. Parfois l'anneau constricteur requerra une cisaille ou même une scie délicate, comme rapporté plus haut.

Le calcul urétral et les autres corps étrangers (bouts de sonde, crayons, pailles, fèves [sic: je me rappelle de 3 ou 4 trouvées dans une vessie]) à moins d'être enclavés dans la région tout à fait postérieure pourront d'habitude être retirés avec la pince urétrale ad hoc, ou s'ils sont dans la région prostatique peut-être refoulés dans la vessie.

Les rétentions traumatiques donneront beaucoup plus de mal. Est-ce à la suite d'un coup reçu ou d'une chute sur le périnée, c'est la paroi inférieure de l'urèthre qui aura cédé. Donc c'est une sonde qui suivra le plafond de l'urèthre que nous emploierons.—c'est dire une béquille, dont le bec franchira la brèche en suivant le pont qu'est la paroi supérieure. Par contre, dans les fractures du pubis, l'urèthre est rupturé à son plafond: donc l'inverse et cheminons sur le plancher pour arriver à la vessie.

Quant aux *rétrécis en rétention*, souvent un simple bain de siège chaud les soulagera immédiatement jusqu'à intervention chirurgicale pour leur refaire un canal normal. Mais aussi nous en rencontrons qui nécessitent notre intervention immédiate. Calibrons d'abord la lumière urétrale avec une bougie à boule qui nous dira où siège le rétrécissement et

(1) Voir numéro du mois de juin. Communication à la Société Médicale de Montréal, 1902.—(Suite et fin).

avec un cathéter de quel numéro nous pouvons tenter l'évacuation. Le cathéter à bout olivaire, un petit numéro, nous réussit souvent. Si un numéro minuscule ne peut pénétrer, alors armons-nous de patience et prenons une bougie filiforme. Tantôt à la première tentative, tantôt au contraire ce ne sera qu'après de longs tâtonnements que nous réussirons à la faire pénétrer. Que la bougie soit droite; si elle ne franchit pas, coudons-la en bayonnette ou tournons-la en tire-bouchon, et sa tête finira par trouver la lumière du canal, qui très souvent n'est plus au centre. Notre anxiété cessera dès que nous aurons introduit une bougie filiforme. Fixons-la en place et soyons certain que l'urine va filtrer goutte à goutte en même temps que sous la présence de cette bougie le canal se dilatera, et le lendemain nous pourrons en placer une seconde et peut-être même trois. Ce sera le premier pas pour l'uréthrotomie interne qu'il y a avantage à pratiquer le plus tôt possible: car chez tout rétentionniste le système urinaire supérieur est menacé. Le vrai et seul traitement ici, est la dilatation par les sondes, les béniqués, dont l'uréthrotomie est le premier temps.

Pour les nerveux et congestifs rétentionnistes, pensons aux bains de siège. — à l'évacuation rectale suivie d'un lavement chaud laudanisé ou d'un suppositoire à la belladone et morphine. Le bromure de camphre et la jusquiame à l'intérieur, auxquels nous joignons avec avantage la tisane de graines de lin et l'infusion de buchu, nous ont donné d'excellents résultats. N'oublions pas les fomentations chaudes sur l'abdomen. En cas extrêmes, une injection uréthrale de cocaïne aplaît les difficultés du moment.

Il est enfin une dernière classe de rétentionnistes, la plus nombreuse et la plus intéressante parce que chez elle les dangers sont plus imminents: je veux parler des *prostatiques*.

Le rétentionniste qui réclame nos soins a-t-il passé la cinquantaine, attendons-nous déjà à trouver une prostate en faute. Son histoire est généralement celle-ci. A la suite d'exposition au froid, après un repas trop copieux ou au lendemain de libations un peu trop généreuses, le voilà qui ne peut

plus uriner. Il aura également pu avoir une attaque de dysenterie ou être sous l'effet d'une poussée hémorrhoidale. Il éprouve difficulté pour uriner, et plus il force plus il congestionne sa prostate et ses plexus veineux périvésicaux. L'urine s'accumule, la pression augmente et avec elle l'engorgement vasculaire. C'est alors qu'il nous fait demander: heureux encore si une main peu habituée n'aura pas, avant nous, tenté le cathétérisme et fait une fausse route. La percussion pré-vésicale nous dira si la vessie est bien distendue. Souvent l'œil seul nous dit tout en voyant un globe bomber vers l'ombilic. La vessie peut subir une distension énorme; il est des cas rapportés où elle atteignait au creux épigastrique. C'est là chose rare, car habituellement la vessie subit un maximum de distension qui lui est propre, après quoi le col vésical est forcé et l'urine s'échappe goutte à goutte. C'est même ainsi que bon nombre de rétentionnistes nous arrivent. Les uns sont des rétentionnistes "absolus," les autres des rétentionnistes "incontinents." Ils évacuent leur vessie sans la vider: la vessie regorge son trop plein. A la percussion abdominale, joignons le toucher rectal qui nous dira combien grosse est la prostate et si l'hypertrophie est totale ou partielle. C'est ainsi que chez M. P., prostatique en rétention, nous avons pu constater une hypertrophie totale et de plus partielle: le lobe gauche faisait forte proéminence vers le rectum et de même aussi vers la vessie, ce que nous constatâmes au cathétérisme, le bec de la sonde étant fortement dévié à droite.

Il est intéressant d'examiner comment se fait cette hypertrophie et de saisir mieux ainsi l'évolution de l'affection. La prostate est un organe musculo-glandulaire, à stroma assez lâche et riche en vaisseaux. L'anatomie pathologique nous fait trouver ce que, au tout premier abord, l'on présume. L'hypertrophie porte tantôt sur l'élément glandulaire, tantôt sur le stroma fibro-musculaire, parfois aussi et c'est généralement le cas sur les deux éléments à la fois: constatations maintes fois faites au microscope sur des pièces pathologiques. Dans une série de préparations microscopiques, je note dans quelques-unes des concrétions occupant les lumières

glandulaires, concrétions si fréquentes chez les vieillards, mais rencontrées également chez les enfants. Dans d'autres je constate l'hypertrophie due au développement exagéré des glandes, ailleurs celle où l'élément fibreux domine; dans un bon nombre la forme mixte, et dans quelques-unes la tendance aux formations kystiques.

Mais l'hypertrophie organique de la prostate n'est pas la seule cause de la rétention vésicale. Ne perdons pas de vue la richesse du plexus vasculaire prostatique et peri-vésical. Gillette, en France, et Lenhosseck, en Allemagne, les ont bien décrits les premiers; mais c'est surtout à Guyon et Tuffier qu'il revenait de nous indiquer leur importance dans l'étiologie de la rétention vésicale. Chez le vieillard ce système veineux local peut arriver en poussée congestive jusqu'à décupler ses dimensions de l'état normal. Ses anastomoses avec le plexus de santorini et le plexus hémorrhoidal, avec les veines de l'urèthre et du bulbe en font presque une éponge. — ou pour employer une expression si typique de Forgue " un lac cloisonnée de sang noir."

A l'hypertrophie organique permanente de la prostate chez les vieillards, à l'engorgement subit des plexus veineux, il faut chez la plupart d'entre eux ajouter un troisième facteur étiologique: je veux dire la dégénérescence scléreuse des parois vésicales. Guyon a eu le mérite de mettre ce point en lumière et avec quelle insistance ne l'avons nous pas tant de fois entendu attirer notre attention sur ce détail dans ses leçons cliniques.

C'est chez les rétentionnistes chroniques, avec bas-fond vésical à stagnation que ce défaut de contractilité vésicale est le plus évident. Faisons-les évacuer leur urine et nous voyons que peu souvent ils " vident eux-mêmes " leur vessie: l'urine semble décanter, quand elle n'est pas simplement lavée au dehors. Cette dégénérescence fibreuse du muscle vésical n'est pas spéciale au réservoir urinaire; — c'est une simple manifestation locale d'un processus général que nous notons également aux artères, à la cornée, — c'est une généralisation de l'artério-sclérose, cette vieillesse vasculaire, parfois si hâtive.

Cabanis n'a-t-il pas dit avec tant de justesse: on a l'âge de ses artères.

Quelle conduite à tenir, en face d'un de ces vieux prostatiques en rétention aiguë. Si les douleurs ne sont pas trop vives, faisons donner un bon bain de siège chaud, un peu chaud même. L'asepsie n'y perdra rien. Nous savons que chez ces vieux vésicaux le système urinaire supérieur est en équilibre très instable. Donc soyons aseptiques le plus possible. Nos sondes en gommés auront été stérilisées aux vapeurs de formol; — nos cathéters métalliques seront bouillis ou flambés à l'alcool. Ayons un bocal contenant de l'eau bouillie horiquée, ce qu'il est toujours facile de se procurer avec un tant soit peu de bonne volonté. D'un coup de seringue lavons le prépuce et l'urèthre antérieur. Assurons-nous du calibre de l'urèthre avec une bougie à boule: nous saurons si le canal recevra une sonde de gros calibre ce qui est tout à notre avantage. Lubréfions avec glycerine ou huile d'olive si possible stérilisée, au moins phéniquée à 5%. Nous pouvons tenter le cathétérisme avec une sonde Nélaton (s. molle) qui d'habitude ne réussira pas, car la compression dans l'urèthre postérieur est trop énergique. Espérons plus d'une béquille de Mercier (s. demi-molle); si elle ne sait seule se rendre jusqu'à la vessie, armons-la sur un mandrin à "grande" courbure ou le mandrin pour les "bi-coudures" et avec cet aide elle saura généralement franchir l'obstacle prostatique.

Mais il n'est rien d'absolu et plus d'une prostate nous rencontrons qui se refuse à laisser passer une tête de béquille. Alors il nous reste un dernier instrument — pour bon nombre de chirurgiens et avec grande raison le premier employé — quasi infailible celui-là: c'est la sonde métallique à "grande" courbure, $\frac{1}{3}$ de circonférence, avec le bec de laquelle on réussit à crocheter la plupart des prostatites.

D'aucuns prétendent plus prudent de ne pas évacuer d'une fois tout le contenu vésical; avec un très-grand nombre de chirurgiens je préfère tout enlever, car nous avons d'habitude une urine infectée. Evacuons donc le tout, faisons suivre d'un bon lavage à l'eau horiquée tiède, et, en place d'un résidu in-

fecté et infectant, laissons en place si vous y tenez absolument un peu de la solution boriquée.

Une urine terminale hémorrhagique est de règle en ces cas de rétention prostatique. L'hémorrhagie pourra parfois nous donner des inquiétudes. Il est rare qu'elle soit si profuse. En tout cas, une solution d'antipyrine ou de tannin à 5% est d'utilité dans les cas graves.

Faudra-t-il laisser ou non une sonde à demeure? Grand point assez discuté. Si nous avons évacué avec une sonde métallique à grande courbure retirons-la et laissons le canal au repos; si grosse et de petite courbure laissons-la pour 24 à 48 heures au plus, surtout si il y a eu fausses routes. Si c'est la béquille en gomme demi-molle qui nous a servi et que nous craignons difficulté nouvelle pour le prochain cathétérisme laissons-la en place; mais fixons-la pour qu'elle ne puisse glisser et venir blesser de son bec la prostate. Pour un rien elle saigne cette prostate gorgée, car ses sinus sont à fleur de muqueuse. Si nous laissons une sonde à demeure, que la gomme soit des plus fines et ayons soin de la changer toutes les 48 heures, l'enlevant le matin pour ne la remettre que le soir si possible, laissant ainsi le canal en repos. Tenons les intestons très-libres, ne négligeons pas les bains de siège et notre malade ne tardera pas à s'améliorer. .

Mais la cystite et l'infection urinaire sont fort à redouter chez ces vieillards. Cystite, hématurie et néphrite, voilà la dangereuse trinité qu'il faut prévenir. Contre la cystite, les lavages bi ou tri-quotidiens à l'eau bouillie boriquée sont au premier rang. Joignons l'Ac. Boric et le Salol, le Bleu de Méthylène ou l'Urotropine, à l'intérieur. Les lavages de nitrate d'argent à 1/1000 (1: 1000) ou au Bichlorure de Mercure à 1: 5000 ou 10000 auront bon effet dans les cas graves. Les lavages au Bichlorure de Mercure peuvent être donnés plus concentrés, et je n'en veux d'autre preuve que le cas susdit de M. P., qui avait développé une cystite, dont nous nous expliquions facilement la cause dans un cathétérisme fait sans précautions à la campagne, où le médecin ne peut toujours s'entourer de toute l'asepsie désirable. Par erreur il lui est

donné la nuit un lavage de vessie au bichlorure à 2% (deux pour cent). Les douleurs sont très-vives, si bien qu'à peine une heure après l'interne de garde est appelé. Il refait un nouveau lavage, cette fois à l'Ac. Boric et fait mettre un suppositoire de morphine. Le lendemain le vieillard fait un peu d'hyperthermie et du délire: le tout tombe dans les 12 heures et il en fut quitte pour passer des débris de muqueuse les 2 ou 3 jours suivants. Je ne serais pas loin de croire qu'une antiseptie aussi rigoureuse — plus énergique j'avoue que voulue — ait été pour quelque chose dans l'amélioration de la cystite qui évolua graduellement bien et, maintenant, ce bon vieillard est depuis longtemps retourné à sa vie habituelle, sans avoir besoin plus qu'avant de se servir de cathéter.

Cependant les prostatiques ne sont pas tous rétentionnistes aigüis. Loin de là, et la plupart ont une tout autre histoire. Un homme passé la cinquantaine vient nous consulter pour fréquence urinaire la nuit. Le jour tout va bien, mais la nuit il est, à l'encontre de ses jeunes années, obligé de se lever deux ou trois fois pour uriner: c'est vers le matin surtout qu'il en est ennuyé. Nous examinons ses artères que nous trouvons scléreuses tout probablement. La prostate de son côté témoigne d'une hypertrophie totale ou partielle. Si nous le faisons uriner, nous remarquons un jet faible et sans force: après quoi nous faisons un cathétérisme, nous évacuons, au grand étonnement du malade, un résidu d'urine trouble et de mauvaise odeur, d'autant plus infectée qu'il y aura plus longtemps qu'il emprunte quotidiennement à l'une de ses poches une vieille sonde sale.

Voilà les cas journaliers qui taxeront toutes nos ressources thérapeutiques. Si notre client n'est pas encore entré dans la "vie du cathétérisme," n'allons pas l'y introduire sans absolue nécessité. Car le cathétérisme journalier laissé aux mains du patient veut à peu près sûrement dire "infection."

Tenons les intestins très-réguliers, car la constipation engorge les plexus prostatiques. Recommandons d'éviter les excès de table et de liqueurs. Prudence pour ne pas s'exposer aux refroidissements. L'iodure de sodium régulariserait la circulation et, ce faisant, prévient les poussées congestives.

Si il y a résidu urinaire marqué et surtout infecté, il y aurait alors indication de conseiller l'évacuation quotidienne au cathéter. C'est notre devoir d'impressionner le patient de la nécessité d'une scrupuleuse propreté si l'on ne peut exiger l'asepsie. La sonde de Nélaton est ici tout indiquée pour l'usage personnel du malade.

Un dernier mot. Peut-on espérer guérir un prostatique qui en est rendu au cathétérisme quotidien?

Il semble qu'il n'y ait qu'une réponse négative malgré la grande variété des interventions proposées: cystostomie sus-pubienne, prostatectomie partielle supra-pubienne, prostatotomie suivant la méthode de Bottini, castration, résection des canaux déférents, puis enfin l'angioneurectomie du cordon et plus récemment la prostatectomie totale périnéale.

De toutes ces interventions, le Bottini et l'énucléation de la prostate par la voie périnéale semblent avoir donné les résultats les plus encourageants, je dois dire. Mais il faut attendre encore pour se prononcer définitivement sur ces deux derniers procédés. J'ai vu en Allemagne la méthode de Bottini donner d'excellents résultats immédiats et éloignés; les derniers travaux sur la chirurgie urinaire semblent pleins d'encouragements pour l'énucléation prostatique proposée par l'école française. Toutes deux méritent certainement des essais répétés.

ETUDE CRITIQUE SUR L'EMPLOI DU SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE DANS L'INFECTION PUERPERALE⁽¹⁾

PAR RENÉ DE COTRET

Professeur suppléant d'Obstétrique, Accoucheur de la Maternité.

(Suite)

Que veulent donc dire ces paroles: *qu'on a le droit et qu'on a le devoir?* C'est en un mot, constater l'insuffisance, même plus, c'est exprimer un manque de confiance absolu dans l'efficacité thérapeutique de la sérothérapie.

Attendez, ce n'est pas tout; Pinard n'est pas satisfait et il nous l'exprime clairement. Continuons à le lire:

"C'est au sérum que nous devons demander de faire ses preuves au point de vue clinique."

"Le sérum doit, pour donner ce qu'il promet, fournir des résultats curatifs, alors qu'il sera employé concurremment avec le traitement intra-utérin, agissant là où ce dernier cessera d'agir."

"Cette méthode, la sérothérapie, si elle nous promet des résultats curatifs, nous permet d'espérer aussi une action préventive."

"A l'heure actuelle, nous sommes suffisamment instruit par le passé, pour ne pas être exposé à proclamer trop vite la réalisation de ce beau rêve, et pour savoir attendre patiemment des résultats nombreux au moins sur plusieurs milliers d'accouchements."

Voilà, à mon point de vue, pourquoi Pinard continue l'emploi du sérum à titre préventif, parce qu'il veut s'appuyer sur une statistique de plusieurs milliers avant de condamner définitivement le sérum.

"Si, dit encore Pinard, l'innocuité absolue du sérum anti-streptococcique est établie, il peut être essayé à titre préventif."

Ainsi donc, comme curatif, le sérum n'a pas fait ses preuves; comme préventif, il n'y a pas de mal à l'employer.

(1) Voir *Union Médicale*, numéros de mars, avril, mai et juin 1902.

“ Mais son action à titre préventif ne sera pas difficile à démontrer. (Pinard.) ”

Quel enseignement devons-nous tirer de cet opuscule sur le traitement de l'infection puerpérale? Que la sérothérapie est loin d'avoir fait ses preuves, et, si elle n'en fournit pas de meilleures, elle est ruinée; mais, cependant, comme elle repose sur un principe bon en lui-même, il n'est pas inutile de l'essayer davantage, à titre préventif, de l'expérimenter encore sur plusieurs milliers de cas. C'est ce que s'est proposé Pinard en 1896. Voilà pourquoi, en 1901, Pinard l'emploie encore dans un but d'expérimentation. Mais les résultats!

Voilà pour cet opuscule du *Traitement de l'infection puerpérale*; passons maintenant au travail que Pinard nous présente, en 1897, au congrès de Moscou, et voyons si ce qu'il dit, après une année d'expérience, vaut plus en faveur de cette méthode de la sérothérapie. Je crains qu'il n'arrive là avec des preuves plus tangibles de l'inefficacité de la sérothérapie. Analysons ce rapport.

Au 12^e Congrès International des sciences médicales, tenu à Moscou, pendant la séance du 2 août, 1897, M. le prof. Pinard lisait le rapport sur la *sérothérapie appliquée à la septicémie puerpérale*.

C'était le résultat des expériences faites à Baudelocque pendant l'année 1896.

Ce rapport est divisé en 4 parties:

1^o Préambule; 2^o partie expérimentale; 3^o partie clinique; 4^o conclusions.

Dans le préambule, Pinard résume ce qu'il a déjà dit dans son traité sur le traitement de l'infection puerpérale. Il appuie principalement sur certains points, tels que: la sérothérapie ne devrait s'adresser qu'aux infections à streptocoques; il est presque impossible de faire cliniquement le diagnostic bactériologique de l'infection puerpérale; ce n'est qu'à l'autopsie qu'on peut faire ce diagnostic bactériologique; on peut diagnostiquer cliniquement une infection puerpérale, mais ne pas diagnostiquer si elle est due au streptocoque, au staphylocoque ou autres microbes; l'application de la sérothérapie ne peut

être faite que dans la généralité des cas, afin d'atteindre parmi eux les infections à streptocoques.

Voici quelques mots sur lesquels j'attire tout particulièrement votre attention, parce qu'ils nous servent à élaguer dans une statistique un certain nombre de faits qui ne servent qu'à l'embrouiller. " Les résultats obtenus dans ces tentatives de sérothérapie, lit-on dans le rapport, ne sauraient, à notre avis, être étudiés dans les observations isolées, publiées ça et là déjà en très grand nombre: les unes favorables, les autres défavorables, car, avant de recourir à la sérothérapie, on avait vu des infections même très graves guérir, ou, d'autres fois, entraîner la mort; cela n'a pas changé depuis la sérothérapie."

Ainsi donc, ces cas isolés de guérison rapportés par tels ou tels confrères ne valent absolument rien en faveur de la méthode. On n'établit pas une statistique sur des faits plutôt un fait qu'un chacun peut rencontrer. Ce n'est pas un cas qui peut faire une statistique.

Ce que je trouve de plus remarquable et de plus concluant dans les paroles citées plus haut, c'est que "*cela n'a pas changé depuis la sérothérapie.*"

Pinard veut trouver et va, en effet, chercher ses chiffres dans une statistique de sa clinique Baudelocque. Dans son laboratoire il fera des expériences sur les animaux et dans ses salles sur les femmes accouchées.

" La partie expérimentale, dit le rapport, sera l'exposé d'expériences personnelles (par Wallich), faites sous la direction de M. le prof. Pinard dans son laboratoire de la clinique Baudelocque.

" La partie clinique comprendra l'examen des résultats obtenus à la clinique Baudelocque par l'emploi méthodique de la sérothérapie, tel que l'a institué dans son service M. le professeur Pinard."

Que veulent donc dire ces paroles: *qu'on a le droit et qu'on*

Dans la 2e partie du rapport ou partie expérimentale, Wallich et Pinard se posent les questions suivantes:

" 1° Le sérum de Marmorek dont les effets préventifs, d'après M. Marmorek, ont été expérimentalement les mieux

accusés, a-t-il la même innocuité sur la femelle pleine que sur l'animal en dehors de la gestation ?

“ 2° Ce sérum a-t-il une action préventive et curative contre les infections à streptocoques non plus d'origine quelconque, mais d'origine *puerpérale* ?

“ 3° Comment agit le sérum sur le streptocoque d'origine *puerpérale* ?

Voici la réponse sous forme de conclusion à la première question :

“ Les animaux, pendant la gestation ne présentent donc pas, vis-à-vis du sérum de Marmorek, une réaction spéciale, tenant à leur état, et pouvant porter atteinte à la marche régulière de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

A la deuxième question, on répond : “ Il ne se dégage de notre expérimentation qu'un fait, c'est que, avec les sérums de Marmorek, nous n'avons pas obtenu, chez les animaux ayant des streptococcies d'origine *puerpérale*, les résultats réguliers, constatés par M. Marmorek lui-même, dans ses expériences, où les animaux avaient des streptococcies d'origine *non puerpérale*.”

Enfin comme conclusion à la troisième série d'expériences nous lisons :

“ Nous avons cherché à nous rendre compte de l'effet direct, *in vitro*, du sérum de Marmorek sur le streptocoque d'origine *puerpérale*, ainsi que cela était fait en même temps à l'Institut Pasteur, par M. Bordet sur différents streptocoques. Comme cet auteur, nous avons constaté que nos streptocoques se développaient dans le sérum comme milieu de culture, et qu'ils y conservaient leurs qualités de virulence. Le sérum n'a donc pas une action directe sur le streptocoque d'origine *puerpérale*.”

Dans la troisième partie du rapport ou partie clinique, on nous dit qu'on a essayé la sérothérapie chez les femmes soupçonnées d'infection et chez celles atteintes d'infection.

“ Dans l'année 1896, nous dit le rapport, à la clinique Baudelocque, il y a eu 2.270 accouchements ou avortements ; on

a posé le diagnostic d'infection 179 fois (chiffre qui est celui des interventions intra-utérines dans les suites des couches, comprend les cas les plus légers).

“ Il y a eu 383 femmes soupçonnées d'infection chez qui on a pratiqué pendant le travail des injections de sérum, 58 de ces 383 femmes, soit un sixième, se retrouvent dans la catégorie morbide qui se chiffre à 179 cas; ces 58 femmes ont reçu un traitement par le sérum d'une façon précoce, pendant le travail, à un moment où l'infection était seulement le plus souvent soupçonnée, et pourtant elles forment un tiers $58/179$, de la catégorie morbide.”

Quel beau succès! Comme on doit être fier du résultat obtenu par la sérothérapie!

Comme c'est encourageant et d'autant moins que comme M. Pinard nous le fait remarquer, “ nous ne devons pas omettre de dire que ces femmes suspectes ont aussi reçu après la délivrance une injection intra-utérine prolongée, à titre prophylactique, en même temps qu'on les soumettait aux injections de sérum de Marmorek. Nous ne pouvons dire si l'emploi de ces dernières seules nous aurait conduit au résultat obtenu, mais nous pouvons affirmer que l'emploi des injections intra-utérines préventives nous a fourni à lui seul des résultats analogues les années précédentes.”

Voilà pour la *quantité* des infections; recherchons maintenant, avec Pinard, si la sérothérapie a porté son action sur la *qualité*, ou mieux sur le caractère de gravité de l'infection.

“ A la clinique Baudelocque, nous dit Pinard, les cas d'infection bien marquée et ayant résisté aux injections intra-utérines sont traités par le curettage; il y en a eu 23 en 1896. Dans 12 cas, c'est-à-dire, dans la moitié des cas, il y avait eu application précoce de sérothérapie; et parmi les 5 cas de mort par septicémie de l'année 1896, 4 fois le sérum avait été administré d'une façon précoce.”

Ce serait à faire croire que le sérum est plus nuisible qu'utile!

“ Il ne nous est donc pas permis, ajoute le rapport, d'établir par ces constatations une influence marquée de la sérothérapie, employée chez les femmes soupçonnées d'infection, aussi

bien sur la quantité ou le chiffre des infections, que sur la qualité ou le caractère de gravité de ces infections."

En l'année 1896, il y a eu, à Baudelocque, 104 femmes traitées par le sérum de Marmorek, non pas comme soupçonnées d'infection mais comme infectées; "c'est-à-dire que chez ces malades le sérum a été administré à titre curatif.

Et en 1896, 5 femmes sont mortes d'infection puerpérale; elles avaient été traitées par le sérum et même 4 d'entre elles avaient reçu des injections précoces de sérum. En 1894, il n'y eut que 4 cas mortels, et pendant cette dernière année on ignorait la sérothérapie de l'infection puerpérale. Donc avec la sérothérapie, l'année fournit une mortalité de 0.22 p. 100, et l'année sans sérothérapie ne donne qu'une mortalité de 0.18 pour cent.

Aux reproches qu'on lui a faits du traitement local employé conjointement avec les injections de sérum, Pinard oppose les mêmes raisons qu'il nous a données en faveur du traitement local, et il termine en disant: "qu'il ne faut pas le remplacer par la sérothérapie, qui a encore ses preuves à faire dans l'infection puerpérale"... "La sérothérapie curative ne peut et ne doit faire ses preuves qu'associée au traitement local."

N'est-ce pas en somme un manque de confiance absolu en la sérothérapie?

Enfin la quatrième partie du rapport ne contient que les conclusions générales que je transcris littéralement.

"I° *Au point de vue expérimental*, en agissant avec des sérums de Marmorek, sur des animaux inoculés dans le sang avec des streptocoques provenant d'infections puerpérales, nous n'avons pas obtenu les effets préventifs et curatifs d'une façon régulière, surtout avec le sérum qui a été administré aux femmes pendant l'année 1896.

"II. *Au point de vue clinique*, nous ne trouvons pas de modifications assez sensibles dans les chiffres de la morbidité et de la mortalité par septicémie en 1896, à la clinique Baudelocque où le sérum de Marmorek a été employé méthodiquement pour en tirer, à l'heure actuelle, une conclusion définitive. Nous estimons qu'il faut pour cela une expérience plus longue

et nous la continuons. Nous ne connaissons pas la valeur d'une sérothérapie préventive.

" La sérothérapie curative de l'infection puerpérale par le sérum antistreptococcique aussi longtemps qu'on n'aura pas les moyens de poser cliniquement le diagnostic bactériologique de l'infection, ne devra pas être pratiquée seule, à l'exclusion du traitement intra-utérin, qui a fait ses preuves, et qui, lui, s'adresse à toutes les infections quelqu'en soit l'agent pathogène."

Il est difficile d'exprimer plus clairement l'inefficacité de la sérothérapie. Après de telles paroles de M. Pinard, peut-on dire que la sérothérapie de l'infection puerpérale a fait ses preuves? Les a-t-elles faites comme traitement préventif? "*Nous ne connaissons pas la valeur d'une sérothérapie préventive.*" Les a-t-elles faites comme traitement curatif?

Non, parce qu'on lui associe toujours un traitement qui réussit, sauf de rares exceptions, seul et sans sérothérapie: traitement "*qui, lui, a fait ses preuves*" et qui est adopté par tous les accoucheurs sans exception.

Dire que la sérothérapie n'ait pas réussi quelquefois, ce serait peut-être exagéré; cependant, si je m'en rapportais à l'opinion de plusieurs accoucheurs de renom, je serais plus affirmatif. M. le prof. Budin ne m'écrit-il pas: " comme, dans aucun cas, l'action du sérum ne m'avait paru très nettement efficace. . . ". M. G. Lepage accoucheur de la Pitié, et auteur conjoint du " *Traité d'accouchement* " que vous connaissez tous, ne me dit-il pas dans sa lettre: " il n'y a guère que dans un cas où j'ai cru voir une action manifestement utile."

Je demande bien pardon à mes auditeurs, des longues citations des travaux de M. Pinard. Il le fallait parce que M. Pinard est à peu près, sinon le seul, à employer le sérum de Marmorek. Mais pourquoi Pinard emploie-t-il encore ce sérum? Parce qu'il lui faut une expérience plus longue et qu'il la continue, parce qu'il veut asseoir son opinion sur une statistique de plusieurs milliers. Et que nous dira-t-il après? Probablement ce qu'il nous a déjà dit dans sa *clinique*, dans son *traité*, et dans son *rapport*, et ce qu'il me dit dans sa lettre.

Les statistiques de Baudelocque sont-elles meilleures depuis qu'on emploie systématiquement le sérum chez les soupçonnées d'infection et chez les infectées? Non. Consultons les chiffres, ils sont plus éloquents que toutes les longues phrases qu'on essaierait de faire pour le prouver. Prenons le "*Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque*" et lisons et comparons.

Dans l'er apport présenté au congrès de Moscou nous y lisons quelque part ceci:

"Au point de vue de la *valeur relative* de la sérothérapie, il faut chercher si le chiffre de la mortalité, observé en 1896, présente des modifications importantes par rapport à celui des années précédentes.

	Accouchements ou avortements.	Morbidité par infection.
1894	2,139	123—5,7 par 100
1895	2,077	189— 9 par 100
1896	2,270	179—7,8 par 100

"La différence entre 1894 et les deux années suivantes est moins considérable en réalité: car, dans ces deux dernières années, dans environ une quarantaine de cas, on a diagnostiqué et traité des cas d'infection où la température n'a pas atteint 38°. Si l'on tient compte de cette remarque, les chiffres de la morbidité ne diffèrent plus beaucoup et ne nous paraissent pas suffisants pour établir un avantage marqué en faveur de l'année 1896, où l'on a employé la sérothérapie."

Maintenant voyons dans le "*Fonctionnement*" s'il y a une différence entre les années suivantes à l'avantage du sérum.

	Accouchements ou avortements.	Morbidité par infection.
1897	2,314	340—14 par 100
1898	2,305	—11 par 100
1899	2,506	— 5 par 100
1900	2,442	—11 par 100

Comme nous le voyons par ce tableau, la morbidité n'a pas été diminuée, le pourcentage même beaucoup plus fort, excepté par l'année 1899 où il descend à 5%.

Examinons le pourcentage de la mortalité à partir de l'année 1894.

Années.	Accouchements.	Mortalité par septième.
1894	2,139	4—0,18 par 100
1895	2,080	5—0,24 par 100
1896	2,270	5—0,22 par 100
1897	2,314	5—0,21 par 100
1898	2,305	6—0,26 par 100
1899	2,506	5—0,19 par 100
1900	2,442	5—0,20 par 100

Ce tableau est très démonstratif et ne parle pas en faveur du sérum. On n'a pas même atteint le pourcentage de 1894 et, même plus, en 1898 le chiffre a atteint 0,26%. Quelle éloquence dans ces chiffres!

Quand même le taux de la mortalité aurait diminué pendant les années à partir de 1896, serait-ce dû au sérum? Je prends les statistiques de la Maternité de Bucharest. C'est M. le prof. Draghiescu qui les donne au Congrès de Paris de 1900.

En 1896, sur 1,546 accouchements	3 morts	-0,12 par 100
En 1897, sur 1,838 "	4 " "	-0,22 par 100
En 1898, sur 1,743 "	1 " "	-0,05 par 100
En 1899, sur 2,047 "	3 ⁽¹⁾ " "	-0,13 par 100

(1) *Semaine Médicale*, 1900, p. 273.

M. Daghiescu pratique ⁽¹⁾ " le traitement immédiat de l'infection. Dès les premières manifestations, il fait une irrigation intra-utérine prolongée, puis tamponne avec de la gaze iodoformée imbibée de solution phéniquée à 5 ou 10%."

Sur 3,957 accouchements de la clinique de Bâle, Bumm n'a eu à enregistrer que 21 morts, dont 4 seulement (soit 0,101%) dues à la septicémie. Et le sérum a-t-il été employé? ⁽¹⁾

Nous allons voir dans un instant les statistiques de Budin et ce dernier emploie-t-il le sérum?

(1) *Semaine Médicale*, p. 139.

(A suivre)

LA DIÈTE HYDRIQUE

Par M.-L. BABONNEIX,

Interne à l'hôpital des Enfants-Malades de Paris.

Préconisée depuis longtemps par Luton dans le traitement du choléra infantile, la diète hydrique est aujourd'hui couramment employée dans la plupart des gastro-entérites: elle consiste dans la suppression de tout aliment et dans l'administration exclusive d'eau pendant tout le temps que persistent les phénomènes aigus.

Quel liquide employer pour la diète hydrique? On a recommandé successivement l'eau bouillie pure, sucrée ou alcoolisée, l'eau albumineuse, les eaux naturelles alcalines. De toutes, celle qui donne de beaucoup les meilleurs résultats est l'eau absolument pure, préparée et administrée de la façon que nous allons indiquer dans un instant; mais il est sans inconvénient de l'additionner d'un peu de sucre ou d'une infusion de thé léger. Dans beaucoup de cas, l'eau bouillie alcoolisée avec du champagne (une cuillerée à bouche par biberon) ou d'un peu de cognac ou de rhum, rend les plus grands services, et MM: d'Espine et Picot recommandent formellement cette préparation, à laquelle M. Marfan reproche d'irriter un intestin déjà fort enflammé. Quant à l'eau albumineuse, sa valeur est très discutée. Si, d'une part, elle semble diminuer réellement les troubles intestinaux en *collant* pour ainsi dire les parois du tube digestif, elle subit trop facilement, d'autre part, la fermentation et il est difficile de la conserver longtemps intacte. Elle ne doit être employée qu'en solution fraîche et fréquemment renouvelée. Beaucoup d'auteurs accordent la préférence aux eaux minérales alcalines, de Vals, de Vichy, de Soultz-matt.

L'eau bouillie pure semble préférable, pour M. Marfan, à toutes les autres préparations. Il est sans inconvénient, et cette petite modification est très bien acceptée des familles, de l'additionner d'un peu de thé léger ou d'alcool; l'eau albumi-

(1) Voir *l'Union Médicale*, février 1902.

neuse ne doit jamais être employée que fraîche: les eaux minérales naturelles seront utilisées dans les cas d'extrême urgence.

Comment préparer et administrer l'eau bouillie? La solution de cette question est particulièrement importante, parce que d'elle dépend le succès de la médication. A cet égard, il convient de suivre pas à pas les conseils qu'a si souvent donnés M. Marfan (1). On prend une grande casserole de 2 à 3 litres bien étamée et bien propre; on y fait bouillir, pendant un quart d'heure environ, une grande quantité — 2 à 3 litres — d'eau pure. Puis on retire la casserole du feu, on la recouvre et on laisse refroidir l'eau. Il est très important de laisser l'eau refroidir dans le vase même où elle a bouilli, pour éviter tout transvasement inutile, et par suite toute contamination. Lorsque le liquide est amené à la température de la chambre, il peut être administré à l'enfant. Sa température doit être de 15-18 degrés environ, et nous ne saurions approuver la pratique des auteurs qui recommandent de donner l'eau froide ou même glacée: cette pratique, dans les cas où les phénomènes de collapsus sont accentués, peut en effet faire courir à l'enfant les plus grands dangers.

L'eau bouillie sera administrée régulièrement à la dose de 30, 40, 50 grammes toutes les demi-heures ou de 60, 80, 100 grammes toutes les heures. Il est d'ailleurs sans inconvénient d'en donner à l'enfant toutes les fois qu'il a soif. " Enfin, dit M. Mir, et c'est sur ce conseil qu'il faut toujours avoir soin de terminer, il faut bien recommander aux parents de ne rien donner d'autre aliment pendant toute la durée de la diète. Beaucoup de parents écoutent attentivement les explications qu'on leur donne et, lorsqu'on a fini, vous disent tranquillement: " Et quelle nourriture donner à mon enfant pendant toute cette période? " ou encore: " Ne pourra-t-on pas, pour éviter la déperdition rapide des forces, donner à mon enfant un peu de bouillon, de lait, etc.?" D'autres reviennent le lendemain avec un enfant plus malade et expliquent avec candeur que la diète hydrique n'a rien fait, bien qu'ils aient donné en même temps du

(1) *Traité de l'allaitement*; — *Presse Méd.*, 1896; — *Id.*, 1900, etc.

lait, des panades, etc. Aux uns comme aux autres, il faut faire bien comprendre que la diète hydrique, pour utile, doit être absolue, et que l'enfant ne mourra pas de la suppression des aliments pendant toute la durée de la phase aiguë (1)."

La quantité d'eau bouillie à donner en vingt-quatre heures varie avec l'âge de l'enfant: elle sera toujours facile à apprécier si l'on tient compte de cette remarque de M. Marfan que la quantité de lait qui devrait être prise. " Il faut, dit M. Marfan, remplacer autant que possible la quantité de lait qu'on ne donne pas par une quantité d'eau au moins équivalente." On donnera donc par jour 100 grammes environ à un bébé de deux mois, 600 à 800 grammes à un bébé de six mois, 1 litre à un bébé de neuf mois, etc.

Quelle doit être la durée de la diète? Vingt-quatre ou trente-six heures au plus. Certains auteurs ne craignent pas de la prolonger trois, quatre jours et même quelquefois plus. C'est là une erreur dont les conséquences peuvent être des plus graves pour le bébé. D'habitude, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures d'une diète hydrique bien comprise, les phénomènes aigus s'amendent, les vomissements et la diarrhée disparaissent ou diminuent, l'état général se remonte. Que si ces troubles persistent, il faut essayer d'autres médications, telles que les lavages de l'estomac ou de l'intestin (2). Au surplus, à ce moment, il est prudent de ne pas redonner immédiatement à l'enfant la quantité de lait qu'il prenait au début des accidents, mais diminuer sensiblement cette quantité, de la couper d'un tiers et même de donner alternativement un biberon d'eau bouillie et un biberon de lait coupé. Ces précautions prolongeront en quelque sorte la diète hydrique et assureront les meilleurs résultats.

Les effets de la diète hydrique sont ainsi exposés par M. Marfan (3): Tout d'abord, la diète hydrique fait disparaître les fermentations et putréfactions intestinales en supprimant tout aliment aux microbes du tube digestif. De plus, elle laisse reposer l'estomac et l'intestin: en somme, elle substitue au

(1) *Mir. Th. de Paris*, 1902, p. 26.

(2) Voir *Union Médicale du Canada*, février 1902.

(3) *Presse méd.*, 1900, p. 58.

lait un liquide aseptique et difficilement fermentescible, elle nettoye mécaniquement la muqueuse digestive et facilite le retour des fonctions absorbantes de cette dernière: mais, en même temps, et par le fait même, une certaine quantité de liquide passe dans la circulation générale et tend à relever, dans une certaine mesure, la tension artérielle et à augmenter la force des contractions cardiaques. "Donc, action locale tout à la fois d'asepsie et d'antisepsie, action générale toni-cardiaque et toni-vasculaire (1)."

Les indications de la diète hydrique sont des plus faciles à résumer. Cette médication s'impose dans toutes les formes de gastro-entérites aiguës et dans les épisodes aigus des gastro-entérites chroniques. Elle est nettement indiquée dans le choléra infantile où, avec les injections de sérum et la balnéation, elle constitue la médication par excellence de l'affection; elle diminue l'intensité des phénomènes généraux et locaux dans les formes aiguës pyrétiques: elle réussit enfin lorsque, au cours d'une gastro-entérite chronique, survient une poussée caractérisée par l'augmentation du nombre des vomissements et les modifications des selles, qui deviennent plus fétides, plus liquides, plus fréquentes que d'habitude. En somme, la diète hydrique est indiquée dans tous les cas d'inflammation aiguë du tube digestif chez le nourrisson: elle donne les meilleurs résultats à condition d'être appliquée rigoureusement pendant tout le temps convenable. (2)

(1) *Mir.* *Loc. cit.*, p. 22.

(2) Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*, 4 février 1902.

EXHIBITS AU CONGRÈS MÉDICAL DE QUÉBEC.

Les maisons *Mathieu et Chenal & Douilhet*, représentées au Canada par la *Cie des Médecines Patentées Françaises*, ont fait une très belle exposition au Congrès Médical du Canada. Les instruments de la maison *Mathieu* sont trop peu connus au Canada, et il serait désirable que ces maisons françaises de tout premier ordre saisissent, chaque fois, l'occasion qui leur est offerte d'exhiber leurs marchandises au profit de tous et de chacun.

La maison *Chenal & Douilhet* s'est mise au premier rang par la magnifique exposition qu'elle a faite de produits pharmaceutiques, chimiquement purs et dont on ne saurait trop recommander l'emploi dans la pratique familière. La maison *Parke-Davis* a intéressé vivement les membres présents par la démonstration qu'elle a faite, à la lanterne magique, des procédés de choix dans la fabrication des sérums.

SOCIÉTÉS

PREMIER CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

(TENU A QUÉBEC LES 25, 26 ET 27 JUIN 1902)

Nous n'écrivons pas longuement sur l'importance de ce grand Congrès, fait unique dans l'histoire de la Médecine française en Amérique. Les développements que nous avons déjà donnés à l'idée qu'il comporte nous dispensent de tout commentaire nouveau.

Néanmoins, nous tenons à en constater les résultats.

Comme nombre, 450 médecins français exerçant dans les différents centres de l'Amérique se sont inscrits comme membres de la nouvelle Association.

Près de cent communications, portant sur les sujets les plus variés, ont été inscrites chez les secrétaires généraux. Elles seront publiées en entier et fourniront un volume dont chaque membre recevra un exemplaire.

Près de 225 convives assistaient au banquet du 26 juin.

Ce résultat est assurément beau.

Cette affirmation énergique, éloquente, est précieuse dans ce temps de lutte coloniale où la centralisation à outrance menace d'enlever à chaque élément constitutif la part d'initiative qui lui est propre.

En effet, le rôle utilitaire des Congrès est incontestable.

Nous ne parlerons pas de la confraternité qui trouve, là, une magnifique occasion de resserrer les liens souvent problématiques qui existent entre chaque membre d'une même profession; mais nous dirons, qu'au point de vue scientifique, le Congrès médical est la consécration solennelle du travail dans ce qu'il a de plus noble comme but: le soulagement de la douleur et la prolongation de la vie.

Au point de vue national, pour nous, médecins de langue française, il a été et il sera l'affirmation non équivoque d'un droit à l'existence scientifique sur ce continent.

On a pu croire ou dire que ce mouvement marquait l'ère des scissions entre médecins d'origine différente, mais nous sommes convaincus du contraire; en tout cas, nous affirmons que tel n'est pas l'esprit de cette nouvelle Association.

Les associations existantes nous étaient fermées depuis longtemps à cause de la connaissance imparfaite que nous avons de la langue anglaise, celle du plus grand nombre de leurs membres. Nous avons voulu créer un champ d'action qui puisse convenir au groupe important des médecins de langue française d'Amérique qui ont un rôle à jouer dans l'évolution de la médecine en ce pays.

En toute occasion les médecins d'autres langues seront les bienvenus chez nous.

Nous reconnaissons à un grand nombre d'entre eux une valeur que personne ne conteste; mais nous estimons qu'il y en a un grand nombre également parmi les médecins de langue française et il importe que ce fait soit signalé dans des limites que la pensée aime à reculer bien au delà des frontières de notre pays. Le Congrès était le moyen universellement adopté par nos prédécesseurs. Nous l'avons utilisé à notre profit. Voilà tout.

A l'instar des grandes Facultés de Médecine où chaque professeur contribue par ses recherches personnelles de laboratoire ou autres à l'œuvre commune de tout le corps enseignant dont il est une unité, notre Association, par son travail collectif, contribuera, dans la mesure de ses forces, à l'édification, en ce pays, d'un *Temple à la Médecine* où la fusion des croyances ne devra pas engendrer nécessairement la confusion des langues.

Le principe de la *race supérieure* n'existe plus que dans l'esprit des gens qui ne lisent pas ou de ceux qui ne comprennent rien dans l'histoire raisonnée de tous les temps. En effet, les races sont comme les individus, elles n'ont pas les mêmes facultés en sorte que la supériorité de l'une d'entre elles dans une branche n'implique pas sa supériorité dans les autres. Beethoenv fut un grand musicien; Laplace fut un astronome éminent; doit-on dire que Beethoven fut supérieur à Laplace?

"Il en est des collectivités exactement comme des individus. De ce que les Américains ont déployé un génie prodigieux dans les inventions mécaniques et l'organisation des entreprises industrielles et financières, il ne s'ensuit pas qu'ils soient d'une race supérieure aux Français ou aux Allemands, parce que ceux-ci ont déployé, dans d'autres branches, des facultés supérieures à celles des Américains.

Quand bien même il serait démontré que les Anglais modernes ont les plus hautes aptitudes pour gouverner les peuples et qu'ils sont, sous ce rapport, les vrais héritiers des Romains, cela ne prouverait pas encore la supériorité absolue des Anglo-Saxons sur les autres races, parce que le génie politique n'est qu'une des facultés que peut posséder une nation." (1)

Nous pourrions ainsi multiplier les exemples à l'infini.

Nous admettons que des circonstances particulières favorisent quelquefois une race plutôt qu'une autre, mais nous croyons dans *les races égales*.

C'est de ce principe que sont nées toutes les grandes associations médicales du monde entier; c'est de ce principe qu'est née notre Association en particulier, à laquelle ont coopéré d'une façon si effective les Sociétés médicales des villes et des autres districts; c'est de ce principe que naîtra, ici même, cette harmonie bienfaisante qui oublie avec tant de bonne grâce et qui préside avec tant d'éclat au plein épanouissement de l'âme intellectuelle d'une nation, quand, par bonheur, elle lui emprunte ses méthodes.

LA RÉDACTION.

**TRAVAUX LUS ET INSCRITS DANS LES DIFFÉRENTES
SECTIONS DU CONGRÈS.**

Section de Médecine

Brochu — 1^o De l'insuffisance rénale.

2^o Contribution à l'étude du pronostic et du traitement des hémiplegiques

Valin. — Deux observations de lèpre prouvant la contagiosité de la maladie et l'efficacité du traitement dans un cas.

(1) Novicow, dans la *Revue*, juin 1902.

- LeSage*.—Les injections épidurales de cocaïne au point de vue médical.
Dubé.—Néphrite chronique compliquée de rétinite hémorragique avec amaurose suivie de guérison après huit ans.—Observation personnelle.
Paquin.—Des causes subordonnées dans la genèse des maladies.
Faucher.—De la Sérothérapie préventive.
Verge.—De la Radiothérapie appliquée au traitement du lupus et du cancer.
Mercier et Bernier.—Un cas d'ostéopathie hypertrophiante chez un enfant.
Simard.—Essai sur les moyens de défense de l'organisme.
Dorion.—De l'alcoolisme.
Hervieux.—La gelatine comme agent hémostatique en médecine.
Joyal.—L'inflammation suivant les données de la médecine contemporaine.
Daigle.—Contribution à l'étude des maladies de la nutrition.
Demers.—Quelques accidents de tabagisme.
De Marligny.—Du péril syphilitique.
St-Jacques.—Deux cas de sarcome secondaire du poumon à évolution différente.
Savary.—Des manifestations extra-pulmonaires de la pneumonie.
De Varennes.—Des auto-intoxications.
Brophy.—Contribution à l'étude de l'opothérapie.
Mathieu.—De l'emploi du fer dans la tuberculose pulmonaire.
LeCavalier.—Essai de thérapeutique défensive dans la fièvre typhoïde.
Marion.—Purpura hémorragique au cours de la fièvre typhoïde.
Lippé.—Du chlorate de potasse dans la diarrhée.
De Blois.—Traitement de la neurasthénie.
Laberge.—Considérations sur l'épidémie de la variole dans la Province de Québec, de 1839 à 1902.

Section de Chirurgie

- Ahern*.—Traitement de l'hypertrophie de la prostate.
Marois.—Contribution à l'étude de la rachicocainisation.
Simard (jr).—Des grands traumatismes des membres.
Marien.—Les cholécystites aiguës et leur traitement chirurgical.
Monod.—1° Traitement chirurgical du pied bot varus équin congénital de l'enfant.
 2° Traitement de l'appendicite aiguë.
Mercier.—1° Un cas de fracture de la colonne vertébrale traitée et guérie par l'extension à l'aide de l'appareil de Sayre et l'application du corset plâtré.—Observation personnelle.
 2° Traitement des fractures par la suture métallique.—Observation personnelle.
Parizeau.—Indications et manuel opératoire des interventions dans les déviations rachitiques des membres inférieurs.—Observation personnelle.
Delancy.—Contribution à l'étude de l'anesthésie générale.
Saint-Jacques.—1° Traitement du pied bot paralytique par l'anastomose tendineuse.—Observation personnelle.
 2° De la greffe pour hâter la cicatrisation des pertes étendues de téguments, résultat du phlegmon diffus gangréneux.—Observation personnelle.
LeCavalier.—Un moribond opéré pour une tumeur du creux épigastrique.
Dagneau en collaboration avec Simard, jr.—De la luxation incomplète de la rotule : variété verticale externe et procédé nouveau de réduction.
Genest.—De l'innocuité de la ponction sus-pubienne.
Brassard.—Péritonite purulente. Intervention chirurgicale.—Observation personnelle.
LeBel.—De l'hypertrophie de la prostate.
Lacerte.—Contribution à l'étude des abcès prostatiques.
Archanbault E.—De la coexistence du cancer et de la tuberculose.

Section d'Ophtalmologie, Rhinologie, Otologie.

- Fouche*.—Ulcère serpiginieux de la cornée : considérations générales ; traitement.

Boulet.—Traitement chirurgical de la kératite à bandelette.

Duhamel.—Traitement de la pharyngite.

Fiset.—1^o Des injections intra-trachéennes.

2^o Traitement de l'hémorragie nasale.

Dussault.—De l'adrénaline en oculistique et rhinologie.

Gauthier.—Du traitement des conjonctivites granuleuses.

Bachanà.—De l'iritis d'origine nasale.

Section de Gynécologie.

Frévoil.—Les grossesses extra-utérines.

Harwood.—Essai de chirurgie conservatrice dans la pratique gynécologique.

Groudin.—Contribution à l'étude des rétro-déviations.

Section d'Obstétrique.

Mathieu.—De la rétention prolongée du placenta et des membranes.

DeColret.—Du veratrum viride dans l'éclampsie puerpérale.

Laurendeau.—Quelques remarques sur l'opération césarienne.

Guérard.—Variole et grossesse.

Lessard.—Contribution à l'étude de la version.

Jobin.—De la stomatite ulcéreuse : accident de la puerpéralité.

Dagneau et Ahern.—Prélapsus complet irréductible chez une nullipare. — Observation personnelle.

Section de Pédiatrie

Lachapelle S.—Thérapeutique infantile.

Fortier.—Contribution à l'étude de l'alimentation artificielle du nourrisson.

Cornier et Bernier.—Contribution à l'étude de la matière grasse du lait. Lait humain : lait des différentes races de vaches.

DeGrandpré.—Pathologie et thérapeutique infantiles.

Section d'Hygiène

Lachapelle J. P.—Les progrès de l'hygiène moderne (discours d'ouverture).

Pelletier.—La lutte anti-tuberculeuse au Canada. — (Legislation, sanatoriums).

Vesochs.—De l'apathie du médecin pour l'hygiène

DeMartigny.—Urgence de la réglementation de la prostitution.

Boucher.—La goutte de lait : résultats obtenus au point de vue de l'hygiène infantile.

Sirois.—Hygiène rurale.

Schmith.—De la géographie médicale de l'île d'Anticosti.

Paradis.—La maison d'école comme centre actif de propagation de la tuberculose

Section des Intérêts professionnels.

Paquet.—De la prophylaxie de la tuberculose.

Lachapelle S.—De l'urgence des nominations officielles de médecins experts dans les enquêtes médico-légales.

Gauthier.—Du médecin affilié aux loges et aux sociétés de secours mutuels et de bienfaisance, son rôle, ses méthodes et son influence sur la pratique de la médecine.

Bissonnette.—Le médecin et les compagnies d'assurance mutuelle.

Beausoleil.—La médecine au Canada. Enseignement et pratique.

Tous ces travaux seront réunis en un seul volume qui sera adressé à chaque membre inscrit chez les secrétaires généraux.

QUESTIONS PROFESSIONNELLES

LES GOUVERNEURS DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

EN ASSEMBLÉE A MONTRÉAL LE 2 JUILLET.

La dernière réunion du bureau des gouverneurs a été d'une importance capitale si l'on étudie de près les résultats vraiment encourageants que devront donner les différentes mesures adoptées presque unanimement dans chaque cas.

AVIS DE MOTION.

1° Le docteur Pagé, de Waterloo, donne avis qu'à la prochaine réunion, il demandera au Collège de venir en aide aux Sociétés Médicales du district.

Nous ne faisons que citer, en passant, cet avis de motion qui s'impose à l'attention des gouverneurs en raison des services immenses que peuvent en retirer les médecins de district en particulier et le Collège d'une manière générale.

Nous croyons savoir que l'auteur de ce projet, dont nous ne saurions trop approuver le but louable, appréciera lui-même, dans une correspondance spéciale, l'importance de cette mesure et les raisons qui ont motivé cette heureuse initiative.

2° Le docteur Brophy, de Québec, demandera que les leçons de Thérapeutique soient réduites de 260 à 160.

3° Le docteur Moreau demandera que tout médecin occupant un emploi lui rapportant un salaire au-delà de \$800 soit empêché d'exercer sa profession.

4° Le docteur Sirois, de St-Ferdinand d'Halifax, secondé par le docteur Choquette de St-Hilaire, proposera que la durée des études médicales soit de cinq années de neuf mois chacune et que le programme soit révisé en conséquence.

Cette dernière innovation fera plaisir à tout médecin soucieux des intérêts de sa profession.

Depuis quelques années, le programme des études médicales a été considérablement augmenté. L'évolution de la médecine a été aussi rapide que nombreuses et décisives ont été les notions nouvelles acquises depuis Pasteur. Les gran-

des Universités ont dû subdiviser les cours, multiplier les laboratoires, pour satisfaire aux exigences de l'enseignement vraiment supérieur tel qu'il est compris de nos jours.

L'élève instruit, le médecin expert, ne sauraient ignorer ce que tout le monde feint de savoir; mais, d'autre part, l'étude de ces nouvelles branches ne saurait être comprise dans l'espace de temps consacré à l'étude de la médecine d'autrefois. Cette mesure s'inspire tout naturellement d'une idée de progrès et on ne saurait mieux faire que de seconder les efforts de ses promoteurs.

Au surplus, les Universités européennes l'ont mise en pratique depuis longtemps et les résultats obtenus ont prouvé qu'elle était bonne. Nous pourrions, ainsi, donner aux travaux pratiques la place qu'ils doivent occuper, c'est-à-dire la pré-séance sur les cours théoriques, absolument insuffisants, aujourd'hui, à assurer, au médecin praticien ou autre, la valeur réelle à laquelle il doit prétendre. Ils devraient servir, dès maintenant, d'introduction à l'étude de la médecine, alors que le laboratoire et la clinique hospitalière en seraient le complément indispensable.

MOTIONS.

1°. Le docteur Brophy, secondé par le docteur Paquin, propose que les élèves qui auront obtenu la moitié des points ès-lettres et ès-sciences soient admis à l'étude de la médecine sans brevet en produisant un certificat du recteur attestant ce fait.

A l'appui de cette motion, l'auteur expose qu'il veut ainsi relever le niveau intellectuel des étudiants en médecine en engageant les élèves à faire un cours complet d'études.

Les docteurs Boulet, Sirois, Choquette et Lachapelle, se sont opposés à cette motion, et avec raison.

L'intention est excellente, mais le moyen est mauvais. Si l'on veut améliorer l'état de choses actuel, il faut, de toute nécessité, refuser l'admission à l'étude de la médecine à tout élève qui n'aura pas fait un cours d'études complet. Nous éliminons ainsi, sans efforts, ce que l'on est convenu d'appeler les *fruits secs*, c'est-à-dire des échappés du commerce et du collège avant terme, dont les connaissances, absolument insuffi-

santes, ont été acquises dans l'école privée de Monsieur X... ou Y... dans le simple but de passer le brevet. " C'est un gavage absolument inutile, a dit le professeur Vallée, de Québec, et l'expérience nous apprend que, même avec du talent, ils sont toujours inférieurs à l'élève classique." Or, la motion Brophy remédie-t-elle à cet état de choses?... Pas du tout; elle fait pis encore; elle décrète que, à l'avenir, on se contentera de la moitié des points ès-lettres et ès-sciences alors qu'on exige, actuellement, les deux tiers par la loi des bacheliers.

En réalité nous aurions abaissé sensiblement le niveau actuel, car l'avantage apparent d'engager les élèves à faire un cours d'études complet est purement illusoire attendu qu'il est facultatif: *il faut le rendre obligatoire.*

Fort heureusement, c'est ce qu'a compris le docteur Marsolais, de Montréal, en proposant la motion suivante:

Proposé par le docteur Marsolais, secondé par les docteurs Vallée de Québec, et Pelletier de Sherbrooke, qu'un certificat d'études complètes soit exigé de tout élève qui désirent passer brevet à l'étude de la médecine.

L'assemblée semblait se rallier à cette motion. Néanmoins, après quelques remarques, le docteur Cyphiot de Ste-Cumégonde, secondé par le docteur Camirand, de Sherbrooke, a proposé l'amendement suivant:

Sera admis à passer son brevet pour l'étude de la médecine tout élève qui aura fait un cours d'études complet. Aura droit à son brevet sans examen tout élève qui aura obtenu la moitié des points ès lettre et ès-arts.

Cet amendement semblait rendre justice à tous lorsque le docteur Girouard, de Longueuil, est intervenu en demandant que la question soit renvoyée au comité d'éducation sous le simple prétexte qu'il n'était pas qualifié à voter, séance tenante, sur son mérite. L'assemblée s'est prononcée dans ce sens, sur division.

Nous regrettons cet ajournement. Le prétexte d'incompétence est futile, à notre avis, si l'on songe que le bureau des gouverneurs est composé de classiques, professeurs ou autres, qui connaissent l'importance, nous dirons plus, la nécessité d'un cours solide pour l'élève qui se destine à l'étude des

professions libérales. Cette habitude d'élaguer une difficulté par le renvoi à une date ultérieure est funeste aux intérêts de la médecine en particulier. Ces comités spéciaux sont, souvent, composés de membres qui demeurent aux antipodes et dont la réunion est quelquefois impossible. On rapporte progrès, et tout est dit. C'est la vieille formule du *noli tan-gere*. Cependant, nous avons confiance que le professeur Vallée — une sentinelle avancée de l'éducation supérieure — don-nera à la motion du docteur Marsolais toute l'attention qu'elle mérite. Elle est rationnelle; elle est urgente. Voilà de la bonne besogne.

Rapport semi-annuel du Trésorier.

RECETTES

Balance en caisse le 26 septembre 1901.....		\$ 4,813 93
Honoraires des licences.....	\$ 2,280 00	
“ “ examens préliminaires.....	1,170 00	
Contributions annuelles.....	2,500 59	
Divers enrégistremens.....	10 87	
Intérêts et dividendes.....	77 53	
Produit de la vente des 5 parts de la Banque de Montréal	2,590 00	
Trois billets promissoires endossés par les Drs Lacha- pelle, Marsolais, et le trésorier du Collège au mon- tant de.....	3,300 00	
Divers.....	10 00	
		<u>11,938 99</u>
Total.....		\$16,752 92

DÉBOURSÉS

Remises d'honoraires pour licences	\$ 220 00
“ “ “ examens préliminaires.....	140 00
Salaires des officiers.....	525 00
Bonus au Président.....	200 00
“ “ Régistrare	100 00
Honoraires des Assesseurs.....	855 00
“ “ Examineurs.....	247 50
ASSEMBLÉE DU 26 SEPT. 1901 :	
Honoraires des gouverneurs.....	820 00
Frais d'hôtel	483 34
FRAIS GÉNÉRAUX :	
Salaire de l'agent du collège, M. S. Mondou, du 1er Sept. 1901 au 1er de Juillet 1902.....	862 56
M. G. Gonthier, pour contrôle et vérification des livres du collège, et travaux généraux de révi- sion (balance).....	175 00
Annonces.....	326 90
Impression du rapport de l'assemblée de Sept. 1901	113 00
Impression de diplômes.....	100 00
Divers impressions	41 50

FRAIS JUDICIAIRES :

Mtre Taschereau <i>re</i> Brunet et alias.....	2,990 41
Mtres Rochette & Pelletier <i>re</i> Brunet et al.....	2,216 12
Mtre H. Gervais, pour services professionnels divers, et pour frais et honoraires dans différentes causes.....	1,000 00
Mtre Chs. Angers <i>re</i> Boily.....	87 40
Mtres Renaud & Guilbault <i>re</i> Mirault.....	170 00
Mtre R. Barry <i>re</i> Mary Brennan.....	13 10
Mtres Bourbeau & Rainville <i>re</i> Mary Brennan.....	33 45
Mtre Belley <i>re</i> O. Tremblay.....	7 65
Mtres Taillon, Bonin & Morin <i>re</i> N. Boucher.....	146 80
Mtres Greenshields & Greenshields <i>re</i> J. Watson.....	3 30
Mtres Sicotte & Barnard <i>re</i> MacDougall.....	88 35
Mtres Pacaud, Smith & Bolduc <i>re</i> A. Lessard ..	37 10
Mtres Hamel & Fortier <i>re</i> A. Lessard.....	52 00
Mtres Marceau & Archambault <i>re</i> Dumont.....	272 75
“ “ “ “ <i>re</i> Gagnon.....	122 05
Mtre L. P. Pelletier <i>re</i> Bolduc.....	145 00
Mtres Roy, Bergeron & Simard <i>re</i> Bolduc.....	101 00
Mtre Robitaille <i>re</i> A. Bolduc.....	96 50
Mtres Fortier & Hamel <i>re</i> Ferland & Dubois	115 65
Mtre J. E. Savard <i>re</i> Alain.....	5 00
Mtre H. Gervais : frais.	6 00
Mtres Bouffard & Letellier <i>re</i> O. Ferland.....	52 45

DIVERS :

Accompte sur billet promissoire.....	500 00
Honoraires des officiers-rapporteurs.....	290 00
Escompte sur billets promissoires.....	119 00
Estampiles.....	154 37
Papeterie et service de messenger	89 73

Total des recettes.....	Total	\$ 14,175 38	16,811 33
“ “ déboursés	“ “		14,175 38

Balance en caisse..... \$ 1,635 95

BILAN

Actif en caisse.....	2,634 95
Passif : trois billets à payer au montant de.....	2,800 00
Déficit.....	164 05

ALBERT JOBIN,

Trésorier du Collège des M. C. P. Q.

Comme il est facile de le constater, il y a un déficit passager dans la caisse dû à l'énorme somme déboursée en frais judiciaires. C'est une année exceptionnelle. La refonte des lois du collège, qui est devenue urgente, devra empêcher, à l'avenir, de semblables pertes. Il faut légiférer de telle façon qu'il n'y ait qu'une seule interprétation possible à Québec comme à Montréal ou ailleurs.

Aussi, les gouverneurs dans un but d'économie ont coupé

certain items dont tous pourront prendre connaissance dans le rapport officiel.

RAPPORT DU COMITÉ DU BILL RODDICK

Il est généralement connu de tous les médecins que le bill Roddick a été adopté par les Communes d'Ottawa (1). Le bureau des gouverneurs avait nommé un comité chargé d'aller à Ottawa discuter sur le mérite du bill devant le comité de la Chambre. Malheureusement, malgré l'opposition bien connue d'un certain nombre de médecins de la province de Québec, personne ne s'est présenté à Ottawa. Il y a eu malentendu et non fourberie comme on a tenté de l'établir plus tard, au détriment du docteur F.-P. Lachapelle, président actuel du collège.

Nous donnons quelques détails en justice pour tous et chacun.

Sur avis spécial au président du Collège que le comité de législation se réunirait à Ottawa, le 2 avril, et que le bill Roddick y serait discuté, tous les membres du comité spécial furent convoqués à cet effet le 24 mars.

Le lendemain, une lettre particulière du docteur Fiset, sénateur, informait le président qu'il n'était pas nécessaire que les membres du comité se transportent à Ottawa pour discuter le bill attendu que la question de législation — droit du gouvernement fédéral de légiférer en matières de lois provinciales — serait seule discutée. Le sénateur Fiset voulait, ainsi, épargner des dépenses inutiles au Collège. Le docteur Lachapelle fit adresser un second avis à chacun des membres, contre-mandant la convocation à Ottawa, pour les raisons sus-mentionnées.

Par hasard, le bill fut discuté, amendé et renvoyé à la Chambre, où il fut adopté, ainsi qu'au Sénat.

Les membres du comité furent froissés du peu d'importance qu'on leur attribuait, et quelques-uns en firent un reproche amer au président qui, en tout cela, avait agi avec une entière bonne foi.

(1) Voir *Union Médicale*, numéro de juin 1902.

Sa présence, à Ottawa, vers la même époque, fut interprétée comme un manque de confiance dans les membres du comité qu'on avait voulu éliminer de la discussion, alors qu'il y était appelé par le *Congrès contre la tuberculose* et qu'il s'était refusé à toute entrevue avec qui que ce soit au sujet du bill, Roddick.

Fort heureusement, après les explications entendues de part et d'autres, le malentendu est dissipé. Le professeur Brochu, de Québec, avec sa courtoisie bien connue, s'est excusé d'avoir attaché trop d'importance à un doute que des circonstances exceptionnelles semblaient justifier, et il a rendu justice au président, le docteur Lachapelle, en admettant comme véridiques les explications données.

Nous terminerons par un dernier trait qui est caractéristique. Nos gouverneurs voient juste. Considérant que *les assesseurs* jouent un rôle absolument *nul* dans les examens universitaires; considérant, également, que les sommes versées à cette fin sont beaucoup trop élevées pour l'apport qu'elles donnent, ils ont décidé, qu'à l'avenir, deux assesseurs, pour chaque Université, seront suffisants pour sauvegarder les intérêts du Collège.

Très-bien. *Age quod agis!*

Et le nombre des gouverneurs?... Il y aurait place pour un avis de motion ici!... n'est-ce pas M. le trésorier?...

LA RÉDACTION.

ANALYSES

MEDECINE

Tuberculose humaine et tuberculose bovine.

Monsieur Adami, professeur au McGill, et pathologiste officiel pour le gouvernement à Ottawa, a fait, dans son rapport annuel au ministre de l'agriculture, une étude fort intéressante et des plus documentées sur les rapports qui existent entre la tuberculose humaine et la tuberculose bovine.

Nous renvoyons les lecteurs à ce travail sérieux et nous les engageons à le lire en entier ; nous nous contenterons d'en donner ici les conclusions dressées par M. Adami lui-même, à la fin de son rapport.

1. La *tuberculose bovine* se transmet facilement d'un animal à un autre et cette contagion, qu'elle se fasse par inhalation (le mode le plus fréquent), par le lait (chez les veaux), par la contamination de l'étable et de l'eau, par la salive et les sécrétions nasales des animaux infectés, par la voie des organes génito-urinaires, ou par une infection intra-utérine (très rare), elle est assurément pour le bétail le mode de contagion le plus fréquent, au point que tous les autres pourraient peut-être être négligés.

2. La *tuberculose humaine* peut se transmettre au bétail. Une culture mixte du bacille de Koch comme dans les crachats, semble plus virulente qu'une culture pure de ce même bacille. Le passage *naturel* de la tuberculose humaine au bétail doit se faire assez difficilement, si l'on en juge par les difficultés que l'on rencontre lorsque l'on veut l'effectuer *artificiellement*.

3. La tuberculose humaine et la tuberculose bovine peuvent facilement être inoculées aux cochons. Mais s'il est vrai que ces animaux peuvent devenir tuberculeux en se nourrissant de lait de vaches infecté, le contraire se rencontre rarement. Ainsi tandis que les cochons peuvent parfois servir d'intermédiaires pour le passage de la tuberculose de l'homme au bétail, il est exceptionnellement rare de voir la tuberculose passer de l'homme chez le cochon, ou du cochon au bétail.

4. Si cette dernière proposition est vraie, il devient possible d'enrayer complètement la tuberculose bovine, dans une région où la tuberculose humaine continue ses ravages.

5. La contagion de la tuberculose humaine se fait d'homme à homme, surtout par l'inhalation, moins souvent par les voies digestives, et plus rarement encore par la voie génitale, par des plaies, et enfin, pendant la vie intra-utérine de la mère au fœtus.

6. Tout porte à croire que le bacille qui cause la tuberculose chez un homme provient d'un autre homme souffrant de cette maladie.

7. Pendant son séjour chez l'homme et par son passage d'un homme à un autre, le bacille de la tuberculose humaine a acquis des propriétés qui diffèrent de celles acquises par le bacille qui a passé chez le bétail : leur forme n'est pas la même, leur culture et l'apparence de ces cultures est bien différente, de même pour leurs effets chez les animaux de laboratoire.

8. Ces différences ne sont pas cependant assez marquées ou même assez constantes pour nous permettre de conclure qu'il s'agit bien de deux espèces distinctes. Bien au contraire, il paraît évident avec des preuves à l'appui, que chez les animaux d'espèces différentes, nous rencontrons tout au plus des *raças* de bacille tuberculeux qui prennent en cultivant chez ces animaux d'espèces différentes tous les caractères propres aux bacilles de ces animaux.

9. La *tuberculose bovine* peut être transmise à l'homme, soit par l'intermédiaire d'une place ou même par les voies digestives.

10. Par son passage chez le bétail le bacille tuberculeux acquiert une grande virulence pour le bétail, les lapins et les cochons d'inde, et une virulence moindre pour l'homme et pour (à ce qu'il paraît) les animaux carnivores.

11. Sauf dans les cas d'infection par des plaies, il est difficile de trouver des preuves que le bacille de la tuberculose bovine a infecté l'homme.

12. Ce sont les nourrissons et les enfants du premier âge qui sont les plus exposés à l'infection par la tuberculose bovine, surtout par l'intermédiaire du lait. Les statistiques qui démontrent la fréquence de la tuberculose chez les enfants, ainsi que la proportion assez grande de lésions tuberculeuses de l'abdomen chez eux en sont une preuve assez concluante.

13. Même chez les enfants, on arrive à la conclusion que le bacille de la tuberculose bovine n'a pas une grande virulence, lorsque l'on considère, d'une part, la grande fréquence de la tuberculose bovine dans certaines régions, et, d'autre part, l'absence d'observation de malades souffrant de tuberculose après s'être nourris du lait de vaches tuberculeuses.

14. Le petit nombre d'observations de transmission directe de tuberculose de la vache à l'homme par l'intermédiaire du lait prouve suffisamment que cette transmission se fait seulement par l'emploi d'un lait donné par des vaches très malades, plus particulièrement de vaches portant des lésions de la glande mammaire elle-même. Ce dernier lait renferme un nombre considérable de bacilles. En un mot; il faut un très grand nombre de bacilles pour que la tuberculose bovine soit transmise à l'homme. On peut en déduire en plus que ces bacilles ne sont pas très virulents pour l'homme, et que l'infection ne se fait pas très facilement.

15. Tout animal présentant des signes physiques de tuberculose, et surtout celui qui a des lésions tuberculeuses de la glande mammaire, doit être sacrifié et son lait ne doit être utilisé sous aucunes considérations.

16. Lorsqu'un troupeau de vaches est atteint de tuberculose, il faut se servir de la méthode préconisée par Bang; les animaux réagissant à la tuberculine sont séparés du reste du troupeau et leur lait ne doit pas être utilisé avant d'avoir été stérilisé.

17. La gastro-entérite et la diarrhée sont les grandes causes de la mortalité infantile. Ces maladies sont engendrées par l'usage d'un lait mal conservé et en état de fermentation. Il est donc de toute nécessité, en dehors de toute question se rapportant à la tuberculose, de bien surveiller la vente du lait et d'empêcher la distribution d'un lait donné par des vaches malades—quelle que soit la maladie. La pasteurisation et la stérilisation diminueront de beaucoup les dangers de la transmission de la tuberculose bovine à l'homme.

Dans un travail présenté au Congrès de la Tuberculose tenu à Londres l'an dernier, le docteur Mazyck P. Ravenel traite longuement du bacille tuberculeux de l'homme et de celui d'origine bovine. Son travail expérimental est divisé en deux parties :

1. Isolement et étude des cultures pures de sources variées, chez l'homme et les bovidés.

2. Pouvoir pathogène expérimental des produits tuberculeux de source bovine et humaine.

Les bacilles d'origine bovine sont courts, ils sont épais et étroits. Ils se colorent par la fuchsine et manquent totalement de granulation.

Les bacilles humains sont beaucoup plus longs. Ils se colorent moins bien par la fuchsine.

Ce qui différencie surtout ces deux bacilles, c'est la façon différente dont ils se comportent dans les inoculations aux différents animaux. L'auteur a fait de nombreuses expériences et en en faisant le total on voit que dix-huit animaux ont été inoculés avec une culture bovine et dix-huit avec une culture humaine. Parmi les premiers quinze sont morts et trois ont été sacrifiés, et parmi ceux inoculés avec la culture humaine, sept sont morts, onze ont été sacrifiés.

En répétant ces expériences avec des produits de la tuberculose bovine et humaine au lieu d'utiliser les bacilles seuls, l'auteur est arrivé aux résultats suivants :

1. Douze animaux ont été inoculés avec des produits bovidés ; dix sont morts, deux ont survécu.

2. Quatorze animaux ont été inoculés avec des produits humains ; huit sont morts et six ont survécu. Pour la plupart des animaux, les produits tuberculeux de la vache semblaient les plus virulents.

Toutes ces expériences permettent à l'auteur de poser les questions suivantes :

1. Le bacille tuberculeux de source bovine a, en culture, des caractères particuliers de morphologie constants et persistants, différents de ceux que l'on observe ordinairement chez le bacille de l'homme.

2. Les cultures provenant de ces deux sources diffèrent notablement au point de vue du pouvoir pathogène, le bacille du bœuf étant beaucoup plus actif que celui de l'homme, pour toutes les espèces d'animaux en expérience, excepté peut-être le cochon, qui réagit aussi vivement sous l'influence des deux bacilles.

3. Les produits tuberculeux des bovidés et ceux de l'homme, offrent, pour tous les animaux en expérience, au point de vue du pouvoir pathogène, une correspondance étroite avec les cultures pures de bacilles tuberculeux provenant des deux sources.

4. Il est légitime de supposer, et tout tend à le prouver, tandis que rien ne vient à l'appui du contraire, que le bacille tuberculeux de source bovine possède à un haut degré le pouvoir pathogène aussi pour l'homme, ce qui est particulièrement manifeste dans les premières années de la vie.

J. E. DUBÉ.

OBSTÉTRIQUE

De l'antisepsie obstétricale, par prof. QUEIREL, de Marseille, dans *Revue Pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, dec. 1901.

Qu'est-ce que l'antisepsie obstétricale ?

Une ensemble de moyens propres à préserver les femmes des accidents puerpéraux.

Et l'auteur fait l'histoire peu connue de l'évolution de cette infection.

Pasteur, en 1879, en découvrit le germe morbide, mais en 1846, Semmelweiss, de Vienne, avait déjà observé que la mortalité dans les maternités fréquentées par les étudiants était plus grande que celle observée dans les maternités fréquentées par les sages-femmes. Une observation plus suivie et des expériences sur des lapins lui démontrèrent que c'était bien le processus morbide importé par l'infection cadavérique, qui engendrait la fièvre puerpérale. Des travaux identiques furent faits par Kweeland, un Américain; mais ils furent ignorés. Donc cause de la fièvre puerpérale: le streptocoque, seul ou associé. Condition: propreté des mains et du conduit vulvo-vagino-utérin, en un mot, *asepsie*.

Jadis, avant l'ère antiseptique, les femmes en couches mouraient dans les proportions de 1 à 5 ou 20 p. c.

Tarnier a fourni le tableau suivant:

1. 1858 à 1869,—inaction: mortalité 10 p. 100.
2. 1870 à 1880,—isolement: mortalité 2.32 p. 100.
3. 1881 à 1889,—antiseptie: mortalité 1.05 p. 100.
4. 1889 à nos jours,—antiseptie: mortalité 0. p. 100.

Fritsch de Breslau a eu 1620 acc. sans une seule mortalité.

D'autre part Depaul, ne croyant pas à l'antiseptie enrégistre une mortalité de 1 mort sur 24 femmes en couches.

Pinard publie un chiffre de dix années: 19,004 accouchements avec mortalité de 0.50 p. 100, dont 0.14 p. 100 par infection.

L'auteur a vu la mortalité se réduire de 6.69 p. 100 à 1.68 p. 100, lorsque les règles de l'antiseptie furent appliquées strictement.

En résumé: jadis 20, 15, 10 p. 100; aujourd'hui 1, 0.50 p. 100. Ces chiffres réfutent les errements des quelques médecins qui ne croient pas en ces méthodes.

L'auteur passe en revue les principaux agents antiseptiques.

1. Le *sublimé* ou *bichlorure de mercure* est heureusement associé dans la formule suivante:

Sublimé corrosif	0g. 25 centigrammes.
Acide tartrique	1 gramme.
Carmin d'indigo	Une goutte.

Pour un litre d'eau.—Le carmin sert à reconnaître l'eau.

2. Le *Biodure de Mercure* s'emploie à la dose de 0gr. 50 centigs pour un litre d'eau, additionné de 2 grammes d'iodure de potassium.

3. L'*acide phénique* s'emploie à la dose de 2.50 pour cent, ou même 1 p. 100. On facilite sa dissolution en ajoutant de l'alcool, de la glycérine.

L'auteur conseille de ne pas employer ces antiseptiques dans l'albuminurie à cause de leur effet sur les reins, à la suite de l'absorption par la peau ou les plaies.

4. Le *permanganate de potasse* s'emploie à la dose de 0gr 50 centigr. par litre.

5. Le *sulfate de cuivre* ou couprouse bleue est employé par Tarnier à la dose de 5 grammes dans un litre d'eau bouillie.

6. L'*aniodol*, préconisé par l'auteur, s'emploie aux mêmes doses que le sublimé, mais il n'est pas toxique.

7. Enfin dans les cas désespérés il y a l'eau chaude. Pas un microbe ne résiste à une température de 100°, 115°, 120°, durant un quart d'heure. On

peut ajouter à l'eau du carbonate de soude ou simplement du sel de cuisine (5 à 10 grammes par litre).

Et l'auteur insiste sur la propreté des mains dans tous les examens que l'on pratique sur les femmes enceintes. Le brossage des mains, l'eau savonneuse, suivie du bain antiseptique ; l'usage de la vaseline au biiodure ou autre immergée dans une solution antiseptique ; le nettoyage des ongles, etc ; les injections vaginales et intra-utérines en cas d'intervention ; le nettoyage des avant-bras, dans tous les cas. L'auteur insiste avec raison, sur les soins à donner aux yeux du nouveau-né. Immédiatement après la naissance, nettoyer les yeux à l'eau bouillie et instiller, entre les paupières, du jus de citron recommandé par Pinard.

Autre détails : il est inutile et même dangereux de s'essuyer les mains avec un linge, fut-il propre, lorsqu'on vient de se laver, brosser, et avant de pratiquer un examen.

J.-A. LESAGE.

THERAPEUTIQUE

La conduite à tenir dans l'hémorrhagie cérébrale, et son traitement abortif, par WILLIAM BROWNING, M. D. (*The New York Medical Journal*, fév. 1902.)

L'auteur conseille le gelsemium, l'aconit, le vératrum. Le gelsemium pourra être donné à une dose initiale de 10 gouttes, et continué à la dose de 5 à 10 gouttes suivant les indications. La gelsemine, à la dose de $\frac{1}{16}$ à $\frac{1}{8}$ de grain, pourra être continuée à la dose de $\frac{1}{16}$. L'aconitine s'emploiera à la dose de $\frac{1}{16}$ à $\frac{1}{8}$ de grain, cette dernière dose comme dose initiale. Il est souvent nécessaire d'employer des doses initiales élevées, ou encore les doses doivent être données assez rapprochées jusqu'à production de l'effet physiologique.

Il est aussi important que le malade soit traité à l'endroit même où il a été frappé ; en effet, le seul fait de transporter le malade est souvent suffisant pour produire une nouvelle hémorrhagie.

On peut quelquefois avoir recours à un purgatif, bien qu'il ne soit pas à propos que le malade soit dérangé par son effet, alors que le cerveau saigne encore. Il vaut mieux favoriser l'immobilisation temporaire. Le calomel, dont l'action est lente, peut être donné avec sûreté.

Les déprimants valent mieux que la phlébotomie. La position du malade est aussi de quelque importance. Il doit être couché de telle manière que tous les muscles soient relâchés, et de préférence sur le côté droit. S'il est nécessaire, on peut donner du bromure ou un dérivé du goudron, mais jamais de l'opium.

On peut aussi utiliser la gélatine, par voie sous-cutanée ou par voie buccale, quoiqu'elle agisse plus lentement que les déprimants. Elle peut être employée comme adjuvant. L'on pourra injecter 250 c. c. d'une solution à 1 pour cent dans la solution saline normale.

Lorsque le bromure ne pourra soulager la céphalagie, l'on pourra essayer l'antipyrine à petites doses. Les convulsions sont rares ; si elles se produisent, l'on donnera du chloroforme. Le cathétérisme sera quelquefois nécessaire, afin de vider la vessie. La scarification nasale peut quelquefois produire de bons résultats.

Il ne faut pas donner de stimulants ; leur emploi dans ces cas est tout-à-fait contre indiqué. Il ne faut pas non plus recourir aux injections salines, ni don-

ner de l'épéac, de la pilocarpine, de l'apomorphine, ou autres médicaments analogues. La digitale et les opiacés sont aussi contre indiqués.

Il ne faut permettre aucun mouvement au malade durant les premiers jours qui suivent l'hémorrhagie ; mais, après une semaine, il est avantageux de suivre une pratique tout opposée. Ainsi, on pourra faire asseoir le malade, en commençant par un temps très court.

Après disparition de l'état aigu et sous-aigu, on peut utiliser la noix vomique, le massage, l'électricité, etc. L'auteur insiste surtout sur les mouvements imprimés par le malade à ses membres paralysés.

E. P. CHAGNON.

PHARMACOLOGIE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE.

I. Congestion hépatique d'origine gastro-intestinale.

- (a) Poudre de calomel (vapeur)..... 0 gr. 30 centig.
Poudre de sucre 0 gr. 20 centig.

Pour un paquet No 6.

Trois par jour durant deux jours consécutifs, le matin à une heure d'intervalle dans un peu de lait.

- (b) Régime lacté absolu : une tasse de lait toutes les deux heures coupée d'eau Vichy (Grande-Grille).
(c) Dans les jours consécutifs, revenir au régime mixte lentement, et prendre, à chaque repas, un des cachets suivants :

Salol	} ââ 0 gr. 30 centig.
Benzonaphтол	
Salicylate de soude	

Pour un cachet. Trois fois par jour après le repas.

II. Congestion hépatique d'origine cardiaque.

- (a) Régime lacté absolu.
(b) Prendre, pendant quatre jours consécutifs, cinq des pilules suivantes :

Poudre de scille	} âo â gr. 05 centig.
Poudre scammonée	
Poudre de digitale	
Poudre de calomel	
Prodophyllin.....	

Pour une pilule No 20.

- (c) Appliquer deux ventouses scarifiées au niveau de l'hypocondre droit suivant les cas.
(d) Administrer, chaque jour, un lavement d'eau fraîche.
(e) Frictions légères sur la région hépatique avec liniment ordinaire.

III. Traitement de la cholé lithiase.

- (a) La crise aiguë.

Repos absolu au lit, régime lacté absolu coupé d'eau de Vichy (Vals, Contrexeville), thé chaud, boissons abondantes excepté les boissons alcoolisées ou

l'alcool sous toutes ses formes. Contre la douleur donner les bains à 36° c. prolongés 15 m. à 1 h., ou appliquer loco-dolenti des cataplasmes laudanisés, sac d'eau chaude ou liniment suivant :

Huile de jusquiame	150 grammes
Chloroforme.....	4 grammes
Laudanum	20 grammes

A l'intérieur, associer la potion suivante :

Eau chloroformée.....	125 grammes
Sirop de codéine	50 grammes
Analgsine	2 grammes

A prendre par c. à s. de $\frac{1}{2}$ h. en $\frac{1}{2}$ h. : la moitié suffit généralement.

La douleur peut être soulagée par voie rectale v. g.

Eau bouillie.....	125 grammes
Laudanum Sydenham.....	XV gouttes
Analgsine	2 grammes

Pour un lavement après lavement évacuateur préalable. La morphine à la dose de 1 centig. à 2 centig. est donnée par exception en inject. s. cutanée ; il faut avoir soin de tâter la susceptibilité du malade en commençant par $\frac{1}{2}$ centig. Elle est contre-indiquée chez les cardiaques, les artério-scléreux, les brightiques.

(b) *Intervalle des crises :*

Régime mixte, peu de viande, fruits, raisins. Proscrire les graisses, les œufs, féculents, pâtisseries, sucreries, les pois, l'oseille. Conseiller les légumes verts : laitue, chicorée, épinards.

Boissons abondantes, Vichy, eaux minérales (Epiphanie, St-Léon, Vals, Carlsbad, etc.)

Exercice régulier, sans fatigue, intellectuelle ou autre. Bains et douches réguliers, massage. Pas de corset serré chez la femme.

Les intestins seront régularisés par un purgatif léger : rhubarbe (0 g. 50 centig. par jour), le cascara sagrada (1 c. à thé une fois ou deux par jour). Eau de Carabana une fois la semaine (3 à 4 c. à soupe).

Comme médication, on peut donner les cachets suivants durant 20 jours par mois :

Penzoate de soude.....	10 grammes
Salicylate de soude.....	grammes

Pour 30 cachets. Une après chaque repas.

On a conseillé l'*huile de Harlem* en capsules, 1 à 3 par jour, deux à trois jours par semaine.

L'*huile d'olive* a été vantée comme préventif à la dose de 2 à 5 cuillerées à soupe par jour.

Le *jus de citron* à la dose d'un tiers à un demi-verre le matin à jeun peut enrayer le processus lithiasique.

Les *lavements froids* pris régulièrement le matin durant huit jours avec repos égal et repris sont fortement conseillés et agissent bien.

L'Eau de Vichy est contre-indiquée quand le foie est grasseux au cachectique, et dans la cachexie biliaire.

J.-A. LESAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire d'anatomie, de physiologie et d'hygiène privée, destiné aux écoles primaires par P.-E. PRÉVOST, chef de la statistique au conseil d'hygiène de la province de Québec.

Le livre que le docteur Prévost vient de livrer à la publicité contient les principaux éléments de cette bonne hygiène que tout enfant doit commencer à pratiquer dès le bas âge, sur les genoux de sa mère ; plus tard, à l'école, et dans les collèges ; enfin dans les différentes charges qu'il est appelé à remplir sa vie durant.

L'auteur a fait son livre sous formes de questions et réponses, formant un total de dix-sept leçons.

Dans une première partie, comprenant cinq leçons, l'auteur fait une étude rapide des principaux organes du corps humain et de sa charpente osseuse. Il s'attache surtout à fixer dans l'esprit de l'enfant—car ce livre est destiné aux enfants—le rôle principal assigné à chaque organe. C'est ainsi que l'estomac, le poumon, le cœur et le cerveau reçoivent les développements succints que l'on sait. C'est court, c'est précis.

Dans une septième leçon, il parle de la nutrition, ce que sont l'assimilation et les excrétiens. Enfin, dans les deux dernières leçons de cette première partie, il appuie sur l'importance de l'air, et sur l'alcool, dont il démontre l'influence pernicieuse par des chiffres éloquents.

Dans la deuxième partie, l'auteur fait de l'hygiène appliquée.

Le bain, les douches quotidiennes, le vêtement reçoivent tour-à-tour une attention particulière.

L'hygiène à l'école, fait le sujet de la 11^{ème} leçon. L'auteur a eu l'heureuse pensée d'illustrer par quelques desseins appropriés les positions vicieuses de l'enfant qui écrit ou qui étudie. La démonstration en est saisissante.

Plus loin l'auteur donne une leçon pratique de gymnastique avec desseins variés qui guident à la fois le maître et l'élève.

Enfin, comme couronnement, l'auteur parle de l'hygiène dans les maladies contagieuses.

Le microbe, le milieu favorable, les poussières, la désinfection, la déclaration obligatoire sont bien définis.

La vaccination et la revaccination sont déclarées obligatoires et l'immunité est seule la meilleure prévention.

Le docteur Prévost mérite une mention honorable pour son travail pratique, et nous estimons que le jeune enfant devra profiter des notions élémentaires qui y sont contenues.

Pour terminer nous citerons à propos l'auteur lui-même que nous approuvons pleinement dans ces conclusions.

“ Sous son apparence de simplicité, ce traité élémentaire est un livre sérieux dont la lecture attentive fournira à l'esprit de l'enfant des notions utiles qui l'aideront à comprendre et raisonner le moindre des faits et les lois qui gouvernent notre nature.”

—Avis au Conseil de l'Instruction publique.

J.-A. LESAGE.