

PAGE

MANQUANTE



MONUMENT ELEVE A

JEANNE MANCE

Et les trois Religieuses Hospitalières, les Révérendes Mères Maillet et de Bresolles et Massé, à l'occasion du 250^e anniversaire de la fondation de l'Hôtel-Dieu de Montréal

Le 250^e anniversaire de la fondation de l'Hôtel-Dieu de Montréal

L'Hôtel-Dieu de Montréal célébrait il y a quelques jours le 250^e anniversaire de l'arrivée à Ville-Marie des Religieuses Hospitalières de St-Joseph, — de la Flèche.

Le chétif et pauvre abri des premiers jours de la colonie s'est graduellement développé en une institution dont la valeur est connue d'un bout du pays à l'autre.

Quand on compare la magnifique efflorescence de l'arbre géant à la maigreur de l'arbuste à ses débuts, l'esprit est émerveillé autant qu'étonné et il comprend alors ce que peut une volonté, à la fois persévérante et douce, au service d'un noble idéal.

Depuis au-delà de deux siècles et demie il s'est trouvé, sans interruption et en nombre sans cesse croissant, des jeunes femmes qui à l'instar de Jeanne Mance n'ont pas craint d'abandonner le confort et le charme de la vie de famille pour vivre des années de renoncement et de privations afin d'avoir ainsi plus de loisirs pour se dévouer à ceux qui souffrent.

Se faisant auxiliaires de "Celui qui console, de Celui qui guérit", elles continuent depuis l'existence première de Ville-Marie à appeler à elles "ceux qui souffrent, ceux qui pleurent." Et ainsi la douce main de la vaillante Jeanne panse encore les plaies.

* * *

Les fêtes, qui eurent lieu à l'Hôtel-Dieu, à l'occasion de cet anniversaire mémorable, furent à la fois religieuses et civiles, comme il convenait. Le légat papal, Mgr Sbarretti, les honora de sa présence. A ses côtés l'on remarquait leurs Granteurs les archevêques et évêques de Montréal, St-Boniface, Valleyfield, Joliette et Kingston, ainsi qu'un nombreux clergé. Les sermons de circonstance furent prononcés par les abbés Lecocq, Gauthier et le Rév. Père Lalonde, S. J.

La parole abondante et nourrie du Supérieur de St-Sulpice, le verbe éminemment éloquent et sympathique du chanoine métropolitain, la voix toujours écoutée du fils de Loyola, trouvèrent les véritables accents pour évoquer la valeur des dévouements passés et la simple grandeur des continuatrices de l'oeuvre.

* * *

Comme il convenait, Jeanne Mance a son monument et l'humble fille de La Flèche revit aujourd'hui dans le bronze des âges. Ce groupe, qui représente la bonne Jeanne penchée à soutenir un malade qui s'affaisse, a fixé au parfait dans l'airain les traits de la fondatrice de l'Hôtel-Dieu en même temps qu'il symbolise merveilleusement l'idéal de sa vie. Si nous devons à sa Grandeur Mgr Bru-

chési l'heureuse initiative pour l'érection de ce monument, — c'est au ciseau maintes fois habile de notre artiste national Philippe Hébert que nous sommes redevables du bronze glorieux.

Le Lieutenant-gouverneur Sir A. Peltier, rehaussa les fêtes de son gracieux concours. De même en fut-il des autorités civiles et religieuses.

L'Hon. Dr Guérin, président du Bureau Médical de l'Hôtel-Dieu, et le Dr Hervieux, également médecin de l'Hôtel-Dieu, dirent respectivement en anglais et en français, avec l'éloquence qu'on leur connaît, l'admiration de tous et plus particulièrement de leurs collègues pour l'oeuvre si féconde de Jeanne Mance et ses nobles compagnes, les Religieuses hospitalières de St-Joseph.

Durant ces jours de fêtes, l'Hôtel-Dieu fut largement ouvert aux visiteurs, qui très nombreux et venus d'un peu partout admirèrent avec l'exquise propreté la bonne ordonnance des salles, le confort et presque le luxe des départements privés, qui contrastent si singulièrement avec la simplicité monacale du logement de la Communauté et des cellules des Hospitalières.

* * *

Voilà 250 ans que sans interruption l'Hôtel-Dieu de Montréal reçoit, loge, nourrit, soigne et guérit les pauvres malades et infirmes de la ville, — et le croirait-on, la Ville de Montréal n'a pas cru à propos de s'associer à ces fêtes commémoratives d'une manière qui fut digne d'une cité qui se respecte.

Sait-on que jusqu'à l'an dernier la Ville de Montréal forçait l'Hôtel-Dieu à payer pour l'eau dont se servait cet hôpital — comme d'ailleurs les autres hopitaux aussi — pour laver et nettoyer les malades pauvres, pour faire les potions nécessaires à leurs plaies, pour préparer les potions calmantes de leurs douleurs. Reconnaissons que depuis deux ans — sur l'insistance des hôpitaux réunis — la ville leur fait gracieusement remise de la taxe d'eau.

Dans un beau geste la Ville a accordé à l'Hôtel-Dieu une allocation annuelle de \$500 pour le service d'ambulance. Nous l'en avons remercié sagement et avec reconnaissance. Il n'y avait pas exception en notre faveur toutefois, puisque l'Hôpital Général et l'Hôpital Notre-Dame reçoivent chacun \$1500, annuellement aux mêmes fins. Mais qu'on nous permette d'ajouter que les dépenses du service d'ambulance sont beaucoup plus élevées que cette mince allocation. Ainsi l'an dernier ces dépenses du service ambulancier se sont élevées à \$2042.53.

Il nous eut semblé que la Ville de Montréal, dans un sentiment de dignité et de reconnaissance eut du penser être de son "devoir" de prendre une part active à ces "Fêtes Commémoratives" et ne pas faire ainsi la sourde oreille aux invitations qui lui furent faites.

Nous serions portés à croire que le souci des devoirs et de la dignité municipale est le dernier de tous présentement à l'Hôtel de Ville! Espérons que nous nous trompons.

E. ST-JACQUES.

Tendances des médications nouvelles

Par le Dr M. H. Lebel, assistant au service médical de l'Hôtel-Dieu.

Il y a longtemps déjà, l'on a émis l'idée de traiter les maladies générales avec manifestations locales, en limitant l'administration du médicament aux seuls tissus atteints. Le Prof. Albert Robin en parlait, en 1895, dans ses leçons de thérapeutique à l'hôpital de la Pitié, et plus tard dans son traité des maladies de l'estomac (1900). Vers la même date, le Professeur Bouchard se livrait à des expériences sur le sujet et dans une magistrale communication au Congrès du Caire, en 1902, il exposa le résultat de ses travaux. Prenant comme exemple le rhumatisme, il avait fait le raisonnement suivant : écoutons-le plutôt :

"En cas de rhumatisme articulaire aigu, un homme du poids de 60 kilogrammes qui reçoit chaque jour par la bouche 6 grammes de salicylate de soude, soit simultanément ou successivement voit chacune de ses arthrites disparaître. On a fait pénétrer chaque jour 10 centigrammes du médicament dans chaque kilogramme de son corps, dans chaque kilogramme de substance saine comme dans chaque kilogramme de substance malade. Si dans une articulation — je ne parle pas des grandes articulations — les parties molles qui sont le siège du travail morbide pèsent 50 à 100 grammes, c'est à des doses de 5 à 10 milligrammes qu'est due la guérison de chaque lésion locale."

L'expérience est venue justifier cette conception ; et de fait, il est parvenu à guérir plusieurs arthrites rhumatismales en injectant *in situ* des quantités très petites de salicylate de soude (3 à 20 centigrammes)...

Comme il le faisait remarquer lui-même, si un homme prend 6 grammes de salicylate de soude par jour pour une arthrite rhumatismale unique, il reçoit dans la jointure malade un centigramme du médicament, lequel est nécessaire et suffisant à la guérison. En agissant ainsi, on se trouve à jeter dans l'économie 599 centigrammes d'une substance inutile et peut-être pas inoffensive.

Le Professeur Bouchard a eu depuis de nombreux imitateurs et il est heureux de constater que cette nouvelle méthode de traitement fait son chemin.

Malheureusement la technique d'une thérapeutique locale efficace est difficile à réaliser. Ainsi, les solides et les liquides ne traversent pas la peau saine et si les vapeurs fournies par certains médicaments la pénètrent, ils passent immédiatement dans la circulation générale. L'Electrolyse toutefois fixe bien certaines substances au point d'introduction, mais on a constaté que la dose du médicament ainsi introduite est infime et que sa pénétration reste toujours localisée à la peau ; de sorte que cette méthode de traitement ne saurait être utilisée qu'en thérapeutique dermatologique. L'injection sous-cutanée faite localement ne peut non plus être considérée en réalité comme une thé-

rapeutique locale car les substances introduites passent très rapidement dans la circulation générale ainsi qu'en témoigne l'examen des urines.

Pour parvenir à fixer mieux le médicament sur les lésions locales, MM. A. Manté et J. Aubertin ont essayé récemment de modifier la circulation sanguine en déterminant la stase veineuse au niveau des tissus malades. Ils ont triomphé en pratiquant une ligature élastique à la racine du membre des animaux sur lesquels ils opéraient. C'est ainsi qu'après 6 heures ils ont pu constater chez un lapin la fixation d'une substance colorante injectée. Tous les tissus du membre inférieur soumis à l'opération, les ligaments et les cartilages articulaires compris, étaient fortement colorés, tandis que la patte opposée présentait à peine une légère teinte.

Chez l'homme ils sont parvenus à retarder de 1½ à 2 heures l'élimination du bleu de méthylène ou du salicylate de soude en appliquant une bande modérément serrée.

Ces faits cliniques démontrent l'efficacité de la méthode et en effet une arthrite rhumatismale aiguë cède le plus souvent à l'injection d'une seule dose de 10 à 15 centigrammes de salicylate.

Il n'est peut-être pas inutile d'ajouter que pendant l'attaque aiguë du rhumatisme, surtout s'il y a polyarthrites, le traitement local ne suffit pas. Il fera bien cesser l'attaque dans la jointure malade, mais il n'empêchera pas le développement de nouvelles arthrites ni l'invasion des grandes séreuses. Dans ces cas il est mieux d'avoir recours au traitement général quitte à se faire aider du traitement local si celui-ci se montre insuffisant. En effet, cette méthode est beaucoup plus efficace quand le rhumatisme est localisé d'emblée ou quand il n'existe plus comme maladie générale et qu'il n'en reste que des vestiges persistants. Combien de fois sommes-nous demeurés impuissants en face de ces douleurs qui persistent souvent à la suite d'attaques aiguës de rhumatisme et qui, après avoir épuisé toutes ses ressources de thérapeutique, menacent encore de s'éterniser ? Nous avons dans le traitement local un moyen nouveau de les combattre et c'est une arme précieuse à laquelle nous serons heureux de recourir à l'occasion.

NOTES EDITORIALES

Nouveau recteur

Un nouveau Recteur vient d'être élu à Québec: nos félicitations vont à l'abbé Gosselin. Avec les amis de l'Université nous nous réjouissons du choix qui porte sur l'un des membres les plus distingués du clergé canadien. Il est au premier rang de nos historiens et archéologues et ses dires font autorité en histoire canadienne.

Depuis plusieurs années d'ailleurs, l'abbé Gosselin est l'un des membres les plus actifs de la Commission des Archives nommée par le gouvernement d'Ottawa.

Le nouveau supérieur du Séminaire de Québec et Recteur de l'Université continue donc très dignement la lignée de ses prédécesseurs distingués.

Les Laflamme, les Mathieu sont des noms que nous aimons à rappeler: nous sommes certains que dans les années à venir celui de l'abbé Gosselin y sera associé.

* * *

Ouverture des Cours Universitaires

Les élèves sont revenus et les cours battent leur plein. Il nous fait plaisir de constater que le nombre en augmente chaque année. Non seulement en est-il ainsi pour notre Faculté de Médecine — dont le nombre de plus de 70 nouveaux compare favorablement avec celui de 52 l'an dernier, et ce malgré la portée des études de 4 à 5 ans — mais aussi le nombre augmente-t-il dans les autres Facultés, et tout particulièrement à la Faculté des Sciences Appliquées (Polytechnique) à celle du Droit et de la Chirurgie Dentaire.

Le seul regret que nous ayons à enregistrer c'est que le public n'ait pas trouvé à propos de se rendre en plus grand nombre à la Séance Inaugurale du soir. Peut-être ne l'en avait-on pas assez prévenu et certainement que les amis de l'Université n'avaient pas été prévenus par invitation spéciale — comme le comportait l'occasion — de la présence du Premier Ministre, l'Honorable Gouin. C'est une lacune d'organisation à laquelle il sera facile de remédier lors de la *Séance de Clôture*, que nous espérons enfin pour cette année.

La modestie par trop persistante de nos vieilles et premières Facultés, pourrait fort bien être interprétée pour tout autre chose.

Notons que les plus jeunes Facultés sont fières de leurs élèves et du labeur accompli. Les vieilles Facultés n'auraient-elles pas raison d'en penser autant? Les amis de l'Université attendent leur réponse.

Il est dommage comme nous le disions que le public universitaire n'ait pas été plus nombreux à cette séance

d'ouverture. Il eut goûté l'excellente et très intéressante allocution du Vice-Recteur Dauth.

M. Dauth, qui a déjà à son crédit l'affiliation à Laval de plusieurs Facultés et Ecoles — Polytechnique, Pharmacie, Art Dentaire, Institut Agricole, Ecoles des Hautes Etudes pour jeunes filles, — ne se croit pas à bout de labeur. Il a décidé la création d'une nouvelle chaire à la Faculté des Arts, celle de Philologie ou des méthodes d'enseignement comparées. Cette chaire — qui nous donne une satisfaction toute particulière — s'occupera, comme en un congrès permanent, d'étudier les méthodes d'enseignement à l'étranger et de voir s'il ne pourrait pas être ajouté quelque chose au nôtre, qu'il s'agisse d'enseignement secondaire ou même supérieur. Nous sommes certains qu'on trouvera, car où n'y a-t-il pas place pour le progrès.

Nous savons que l'enseignement classique tel qu'il existe dans notre province — car c'est le point sur lequel le Vice-Recteur s'est plus particulièrement arrêté — nous savons que cet enseignement est à la fois un bienfait du passé et une nécessité de l'avenir. Mais personne ne niera qu'à côté de lui il n'y ait place pour un enseignement qu'on est convenu d'appeler "classique moderne", qui est à la fois quelque chose de supérieur aux simples études commerciales comme culture générale et qui aux yeux d'un bon nombre égale les études classiques comme formation intellectuelle.

Il serait hors place d'étudier ici cette question de la valeur comparative des études classiques. Ces études comparées seront faites par des voies autorisées dans la chaire que nous indiquait donc le Vice-Recteur.

Espérons que ces conférences pédagogiques seront suivies par tous ceux qui s'intéressent aux choses de l'éducation.

Félicitons le Vice-Recteur de son beau mouvement d'initiative et espérons que cette commission des études, à l'instar d'un fruitier, ne se contentera pas de semer des fleurs mais portera des fruits.

* * *

L'Annuaire de Laval

Un autre progrès, — que nous nous hâtons de saluer.

Avez-vous vu l'annuaire de Laval cette année? N'est-ce pas qu'il est attrayant! A sa lecture l'étranger se dit qu'il s'agit là d'une Université. Vraiment. — Mieux que par le passé on y peut trouver un coup d'oeil de l'enseignement des différentes facultés. Ces illustrations sont une heureuse innovation.

Nous aurions aimé y lire un peu plus de détails sur le curriculum médical — tel qu'on le lit par exemple dans le catalogue des Facultés de médecine de l'Université John Hopkins ou de Pensylvanie. N'y aurait-il pas profit à montrer plus clairement les avantages de notre enseignement clinique hospitalier, qui est bien compris et devient chaque année plus perfectionné. Ces améliorations dans le détail se feront nous n'en doutons pas: nous savons que le Secrétaire de la Faculté, le Dr Mignault, y travaille.

De l'ulcère d'estomac

Par le Prof. Debove

Par l'efficacité habituelle du traitement médical, par l'opportunité fréquente d'une intervention chirurgicale, l'ulcère simple de l'estomac acquiert pour le praticien un intérêt majeur, encore accru de la fréquence même de l'affection. En outre, l'obscurité de sa pathogénie ouvre le champ à l'hypothèse: nous nous abandonnerons à ses charmes sans en être les dupes.

Notre premier cas est classique, c'est pour nous un mérite. L'enquête étiologique est négative, comme il est de règle; ce disant, je néglige cependant l'alcoolisme: outre le vin qu'il boit en abondance, notre malade absorbe l'appétitif avant le repas, le cognac après, parfois d'autres alcools dans l'intervalle; mais l'alcool me semble sans influence, sinon sur l'évolution, du moins sur la genèse de l'ulcère; je n'en veux pour preuve que l'existence de l'ulcère chez des sujets sobres et sa fréquence chez la femme.

Depuis 4 ou 5 ans, notre malade souffre, par intermittences, de douleurs épigastriques, sans irradiations thoraciques ni abdominales, mais leur intensité croissante et la perte de l'appétit n'ont forcé son attention que depuis deux ans. Il consulte alors un médecin qui le soumit à un régime de pâtes et de purées et l'envoya se reposer dans son pays. Il en revint, guéri en apparence, oublia sa maladie pendant quatre mois, ne se soigna plus, mais alors les douleurs épigastriques réapparurent, commençant trois heures après les repas, accompagnées de régurgitations, jamais de vomissements véritables.

Ainsi donc l'ulcère ne détermine souvent que des douleurs, insuffisantes à faire porter le diagnostic; même il reste parfois latent jusqu'à l'apparition brutale d'une complication grave. Dès lors si celle-ci est conditionnée par un traumatisme, c'est à lui qu'on se sera tenté de rapporter l'ulcère quand il n'a déterminé que la complication seule. Tel le fait suivant: dans un accident de chemin de fer, un voyageur est projeté contre la paroi du wagon; tout d'abord il se croit indemne, se livre à ses occupations, mais quelques jours après il est pris d'hématémèses abondantes et dans les mois qui suivent évolue un ulcère gastrique classique. Il semble difficile d'admettre, qu'un ulcère ait pu se constituer en quelques jours. Il est infiniment plus probable qu'un ulcère latent existait antérieurement, c'est ainsi qu'appelés à en juger au point de vue médico-légal, nous avons pensé, Brouardel et moi.

Suivons donc l'évolution de la maladie:

En septembre dernier, D... consulte un médecin parce que ses matières contiennent du sang: l'origine gastrique du melaena fut d'ailleurs prouvée par le sondage qui retira un liquide sanglant. Cependant le diagnostic se posait entre l'ulcère et le cancer; la pâleur, la maigreur, l'âge du malade l'orientaient vers la seconde hypothèse; d'autre part la longue durée de la maladie, la conservation de l'appétit imposaient l'idée de l'ulcère; il est vrai qu'on peut admettre la dégénérescence secondaire de l'ulcère, cas fré-

quent, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. Mais l'amélioration par le régime lacté et le traitement classique de l'ulcère ne sont guère en rapport avec cette hypothèse.

Je dois dire cependant qu'en février, le malade, très amélioré, nous ayant supplié de changer son traitement, nous eûmes la faiblesse de céder: le sang réapparut dans les matières pour disparaître avec la reprise du traitement.

A côté de ce premier malade, j'en ai placé un autre, d'un aspect différent, moins classique.

L... est âgé de 27 ans, il n'a pas la vertu de sobriété, abuse des boissons dites hygiéniques par nos législateurs, il prend par jour trois litres et demi de vin sans préjudice des apéritifs et des petits verres, aussi a-t-il des pituites nasales. En août 1908, il éprouva de vives douleurs thoraciques bilatérales. Il se présenta à la consultation à l'hôpital Saint-Antoine où le médecin parla de douleurs intercostales et prescrivit des douches. Bientôt apparaissent des douleurs épigastriques différentes des précédentes, survenant trois heures après le repas, calmées par l'ingestion de substances alimentaires. Dans ces conditions nous fîmes le diagnostic d'hyperchlorhydrie et nous prescrivîmes un traitement approprié. Nous ne pouvions faire d'autre diagnostic puisque l'ulcère ne diffère symptomatiquement de l'hyperchlorhydrie que par les hémorrhagies. Mais L..., deux jours après son entrée, eut une hématomèse si abondante qu'elle occasionna une syncope. Sous l'influence du régime, les douleurs épigastriques disparurent et il ne se produisit pas de nouvelles hémorrhagies, mais il subsista toujours des douleurs thoraciques qui n'ont aucun rapport avec les heures de repas, partent du dos, irradiant des deux côtés de la cage thoracique en suivant à peu près le trajet des nerfs intercostaux. Elles éclatent brusquement par crises, durent plusieurs heures et nécessitent parfois l'emploi de la morphine. Quel rapport ont-elles avec l'ulcère? Nous l'ignorons, et c'est ce qui nous fait considérer ce cas comme anormal, et nous craignons qu'il n'y ait en dehors de l'ulcère quelque complication dont la nature nous échappe.

L'ulcère est une maladie dont le pronostic doit toujours être réservé. Dans les cas les moins graves en apparence peuvent survenir des accidents qui mettent immédiatement la vie en danger; telles les hémorrhagies et la péritonite par perforation; quand l'ulcère guérit, il peut donner lieu à un rétrécissement du pyllore qui nécessite une intervention chirurgicale toujours grave, car la gastro-entérostomie laisse après elle des troubles digestifs, peut même déterminer l'ulcère peptique du jejunum dont je vous entretiendrai ultérieurement.

Citons encore parmi les complications de l'ulcère, sa transformation en cancer si souvent observée. Nous ignorons trop la nature du cancer pour qu'il nous soit possible d'en expliquer la cause; mais je ne puis m'empêcher de citer ici un fragment d'un mémoire du Dr Borrel, qui a fait dans ces derniers temps des études du plus haut intérêt dans lesquelles il a cherché à élucider la pathogénie du cancer: "Il est permis, écrit-il, de penser chez l'homme à quelque infection vermineuse, d'origine alimentaire, à quelque larve, à quelque parasite venu de l'eau ou des aliments souillés.

par des fumiers ou l'épandage. La prudence voudrait, semble-t-il, que radis, salades, fraises et tous aliments crus souillés par des fumiers soient tenus en suspicion par les personnes qui redoutent le cancer et qui approchent de la quarantième année. Ce n'est là, malheureusement, qu'une hypothèse." Si vous admettez cette théorie il vous sera facile de comprendre que l'inoculation de ces germes sera plus facile en un point où la muqueuse est ulcérée que dans les régions où elle est saine.

Abordons maintenant une question particulièrement obscure, celle de la nature de l'ulcère simple.

C'est une lésion spécifique, je veux dire par là qu'elle n'est pas due à une cause banale. Il y a bien des variétés d'ulcération de l'estomac, elles sont traumatiques ou dues à des maladies infectieuses, mais il ne faut pas confondre ulcération avec ulcère. L'*ulcus rotundum*, l'ulcère de Cruveilhier a une forme anatomique et une évolution clinique qui l'en séparent trop profondément. C'est une maladie spéciale à l'estomac, ou plus exactement spéciale aux parties de la muqueuse digestive qui peuvent être au contact du suc gastrique; c'est ainsi qu'on le voit se développer dans la dernière partie de l'oesophage, dans la première partie du duodénum, dans le jejunum lorsqu'à la suite d'une gastro-entérostomie la muqueuse de cette région est baignée par le suc acide de l'estomac. Je dis suc acide, parce que lorsque cette opération est pratiquée sur un malade qui a une obstruction cancéreuse du pyloré, il n'y a point d'ulcère peptique du jejunum, les sécrétions de l'estomac ne contiennent plus qu'une petite quantité d'acide chlorhydrique.

Vous pourriez me demander si le suc pancréatique ne peut produire, lui aussi, l'ulcère du jejunum: je vous répondrais que cliniquement on n'a jamais observé l'ulcère du jejunum en dehors de la gastro-entérostomie; d'autre part, M. Frouin, le physiologiste bien connu pour ses travaux sur les ferments digestifs et notamment sur le suc pancréatique, m'affirme, sur la foi d'expériences répétées, que ce suc est incapable de digérer les tissus vivants; vous connaissez par contre la vieille expérience de Claude Bernard qui obtient la digestion du train postérieur d'une grenouille vivante en l'introduisant dans l'estomac par une fistule gastrique. Ainsi cliniquement et physiologiquement on peut, à ce point de vue, opposer les deux sécrétions gastrique et pancréatique.

Reste à savoir pourquoi la muqueuse est digérée en un point circonscrit: à une lésion locale il faut une cause locale; c'est pourquoi l'hyperchlorhydrie de l'ulcère est incapable à elle seule d'expliquer la production de la lésion. Mais, dès lors, quelle cause locale invoquer? Ce ne sera point le traumatisme, car expérimentalement on n'obtient point ainsi l'ulcère; d'ailleurs les interventions chirurgicales n'ont jamais donné lieu à un ulcère. Ce ne sera point davantage une lésion locale, vasculaire ou nerveuse; comment expliquer, en effet, dans cette hypothèse l'apparition fréquente de l'ulcère jéjunal après gastro-entérostomie pour ulcère gastrique? En l'absence de toute autre explication plausible, je suis tenté de croire à l'inoculation locale d'un parasite, peut-être une de ces levures qui poussent si aisément en milieu acide. Elles prépareraient l'action du suc

gastrique et ainsi s'expliqueraient, par réinoculation, les ulcères multiples de l'estomac et l'ulcère peptique du jejunum. Je le reconnais, je suis en pleine théorie; j'avoue même avoir tenté inutilement de la vérifier; reconnaissons cependant qu'elle relie aisément des faits inexplicables dans l'état actuel de la science.

Ainsi donc il y aurait deux facteurs à combattre, mais l'un d'eux nous échappe encore: c'est l'agent pathogène initial; contre l'auto-digestion gastrique nous sommes heureusement mieux armés si bien que nous améliorons presque toujours nos malades, nous les guérissons souvent. Vous savez que la pepsine n'agit qu'en milieu acide; en milieu neutre ou alcalin elle perd toute action digestive. C'est donc contre l'acidité gastrique qu'il nous faudra lutter. Dans ce but on utilisera surtout le bicarbonate de soude, la craie préparée, le phosphate de chaux.

Le bicarbonate de soude est soluble et agit immédiatement, mais en raison de sa solubilité il est rapidement absorbé. De plus, sans le croire responsable de tous les méfaits dont on l'a accusé, il n'est peut-être pas sans danger de faire absorber pendant des mois des doses énormes de ce sel qui tendraient à modifier la composition du sang. Vous n'avez rien de pareil à craindre avec la craie préparée qui est attaquée dans la proportion nécessaire pour saturer l'acide. Les quantités que vous donnerez en excès passeront sans transformation dans les garde-robes. Je vous recommande de le prescrire non en cachets qui souvent ne se désagrègent pas dans l'estomac, mais délayé dans l'eau de façon à augmenter les surfaces de contact. Il présente un seul inconvénient, celui de constiper légèrement. Il sera facile de combattre cet effet en l'additionnant de petites quantités de magnésie qui ont l'avantage de faciliter les garde-robes et en même temps de saturer les acides.

Quant au régime alimentaire il faudra le surveiller attentivement, prescrire les viandes qui excitent les sécrétions acides, insister sur le régime végétarien et surtout sur le régime lacté.

Le lait n'agit pas seulement parce qu'il est d'une digestion facile, mais parce qu'il contient peu de chlorure de sodium. Des expériences très intéressantes, dues à MM. Dastre et Frouin montrent que l'acide chlorhydrique de l'estomac est fabriqué aux dépens du chlorure de sodium du sang; on peut diminuer considérablement la teneur chlorhydrique du suc gastrique par le régime déchloruré. Il semblerait donc indiqué de mettre les malades à ce régime, mais lorsqu'il est appliqué avec rigueur il est très pénible. La chose est connue depuis longtemps, elle m'était encore confirmée, il y a quelques jours, par un collègue de cet hôpital qui, enfermé dans Metz, lors de la guerre de 1870, a souffert cruellement de la privation du sel. D'un autre côté les animaux soumis au régime achloruré ne tardent pas à dépérir. La conclusion est qu'il faut instituer un régime peu chloruré et non achloruré. Je n'ai fait que vous indiquer les grandes lignes du traitement, je reprendrai plus tard ce sujet et le développerai en détail. Je vous rappellerai qu'il a été remarquablement exposé par notre confrère le Dr Linossier, dans un rapport fait au Congrès de médecine, que j'eus l'honneur de présider à Paris en 1907.

Traitement de la blennorrhagie aigue chez l'homme

Par le Dr Léon Kendiradjy, Chef de Clinique adjoint à la Faculté.

La blennorrhagie est une maladie infectieuse spécifique, due à l'invasion de la muqueuse de l'urètre par le gonocoque de Neisser. Après une période d'incubation qui varie de quelques heures à plusieurs jours, et qui est en moyenne de deux à cinq jours, l'urétrite apparaît, caractérisée par une série de troubles subjectifs, au premier rang desquels figure la douleur, laquelle a valu à l'affection sa dénomination vulgaire de *chaudepisse*, et de troubles objectifs dont le plus important est l'écoulement. C'est cet écoulement, dont la coloration, l'abondance et la consistance varient suivant l'intensité de l'atteinte microbienne, qui a valu à l'affection son nom scientifique; c'est lui qui domine la scène et attire plus particulièrement l'attention du malade; c'est lui, enfin, qui constitue le véhicule du gonocoque, jouant par cela même, le rôle essentiel dans la transmission de la maladie de l'un à l'autre sexe, et qu'il faut chercher à tarir par tous les moyens possibles.

Troubles subjectifs et troubles objectifs sont sous la dépendance directe de l'inflammation de la muqueuse provoquée par le gonocoque. Ce processus inflammatoire, très atténué au début, suit une progression régulièrement croissante, atteint au bout de quelques jours sa période d'acmé, puis décroît et tend à disparaître, ou bien, si un traitement efficace n'est pas intervenu, passe à l'état chronique et persiste indéfiniment tant est grande la vitalité de l'agent pathogène cause de tout le mal.

C'est donc à cet agent nocif qu'il faut s'attaquer et c'est lui qu'il faut chercher à détruire, en portant des substances antiseptiques au contact même de la muqueuse envahie et enflammée. C'est dire que le *traitement local* doit dominer aujourd'hui la thérapeutique de la blennorrhagie, et que les moyens médicaux et hygiéniques ne sont que des adjuvants, dont l'utilité est, d'ailleurs, incontestable. Grâce à un traitement local convenablement appliqué, la durée de la maladie est abrégée, en même temps que l'on en évite la plupart des complications locales et générales. Mais autant ce traitement est efficace lorsqu'on l'applique judicieusement, autant il devient dangereux lorsqu'on l'emploie hors de propos ou d'une manière brutale ou maladroite.

Ce traitement local consiste en *grands lavages uréthro-vésicaux*, et non pas en *injections* limitées à la partie antérieure de l'urètre. Nous proscrivons formellement ces injections, qui sont insuffisantes, parce qu'elles n'atteignent qu'une partie de l'urètre, c'est-à-dire l'urètre antérieur, et qu'en réalité, dès les premiers jours, le canal est déjà envahi dans sa totalité. En admettant même que, tout à fait au début, l'affection soit localisée à l'urètre antérieur, l'injection, telle qu'elle est encore conseillée et pratiquée, risque de repousser les germes dans l'urètre postérieur et la vessie,

sans les poursuivre jusque-là par le liquide antiseptique comme cela est fait par de grands lavages.

Voyons d'abord la *technique* des grands lavages; nous en formulerons ensuite les *indications* et les *contre-indications*.

Pour faire un lavage uréthro-vésical, il faut un appareil et une solution antiseptique. L'appareil est des plus simples, et se compose d'un bock que l'on accroche au mur, d'un tube de caoutchouc muni d'une sorte de clapet métallique qui permet d'arrêter l'écoulement et que l'on actionne avec le pouce de la main droite qui lave, et d'une canule en verre, dite de Janet, dont le bout effilé et mousse sera introduit à travers le méat. Avant de s'en servir, on fera bouillir le tout dans un grand récipient, puis on versera dans le bock un litre de la solution antiseptique et on l'accrochera au mur, à une hauteur, au-dessus du plan du lit ou de la table sur laquelle sera couché le malade, variant de 0 m. 50 cm. à 1 m. 50, suivant le cas, c'est-à-dire suivant la résistance opposée par le sphincter urétral du patient.

Comme antiseptique, il est classique d'employer le *permanganate de potasse*. On a préconisé, dans ces dernières années, une foule d'autres substances, telles que le protargol, l'oxycyanure de mercure, etc. Aucun d'eux, à notre avis, ne saurait détrôner le permanganate qui reste l'antiseptique pour ainsi dire spécifique du gonocoque. L'eau qui lui sert de véhicule doit être bouillie et, si possible, distillée. Quant au *titre* de la solution, il sera *très faible* au début. L'expérience de tous les jours montre que les solutions très étendues ont d'une efficacité certaine. Il est donc pour le moins inutile de recourir à des solutions fortes; d'autre part, comme le permanganate possède une certaine action irritante et même caustique, l'emploi de ces solutions fortes peut ne pas être sans inconvénients.

Pour commencer, on se contentera donc d'une solution à 1-10.000e, soit 0 gr. 10 centig. de permanganate pour un litre d'eau. Puis, on augmentera progressivement la proportion d'antiseptique, en passant par les litres de 1 pour 9000, 1 pour 8000, etc., jusqu'à ce qu'on atteigne la solution à 1 pour 4000, soit 0 gr. 25 centig. par litre. Un certain nombre de spécialistes vont jusqu'à 1 pour 2000. Nous ne contestons pas que, dans des cas d'écoulement rebelles, il ne soit permis d'arriver à ce degré de concentration, surtout si la muqueuse du malade paraît tolérante. Mais de tels cas sont l'exception, et, en règle générale, nous considérons la solution à 1 pour 4000 comme une limite extrême qu'il y a intérêt à ne pas dépasser.

Pour faire sa solution extemporanée, le praticien pourra avoir de petits paquets contenant la dose voulue de permanganate. Celui-ci étant déversé, on agitera le mélange soit avec un fil métallique préalablement flambé, de façon à obtenir une solution homogène. Il y a mieux, cependant, et nous conseillons vivement l'usage d'une solution mère de permanganate à 5 pour 100. Chaque centimètre cube de cette solution contiendra 0 gr. 05 de sel. Il suffit alors d'avoir à sa disposition une éprouvette graduée en centimètres cubes pour que le calcul soit d'une grande simplicité.

Tous les préparatifs étant terminés, il convient de pro-

céder à l'opération. Le malade sera couché sur une table à hauteur des mains de l'opérateur, lequel se placera à sa droite; et sa tête sera relevée au moyen de coussins ou d'un dispositif spécial. Un bassin sera glissé sous son siège, destiné à recevoir le permanganate que, tout à l'heure, le patient urinerá.

On procédera d'abord à une toilette sommaire du gland découvert, de la rainure balano préputiale et des lèvres du méat, au moyen d'un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'une solution antiseptique faible, par exemple d'oxycyanure de mercure. Puis, la verge étant maintenue de la main gauche, l'index et le médium d'un côté, le pouce, l'annulaire et le petit doigt de l'autre, et immédiatement en arrière de la couronne du gland, on introduira dans le méat l'extrémité pointue de la canule de Janet, adaptée au tube de caoutchouc après avoir pris soin de casser les bulles d'air qui pourraient s'y trouver, en laissant couler dans le bassin une certaine quantité de permanganate. La solution devra être plutôt *caude* que tiède, mais d'une chaleur supportable, nous dirions volontiers agréable. Toutes choses égales d'ailleurs, les solutions chaudes pénètrent plus facilement que les solutions froides, lesquelles, en surprenant désagréablement le sphincter, en provoquent la contracture.

La canule, tenue d'une main légère, étant bien en place, on donne libre cours au permanganate, en serrant à peine les lèvres du méat de façon à faire un lavage à canal ouvert. Ce lavage, au cours duquel on ne cherche pas à vaincre la résistance du sphincter est destiné à désinfecter l'urètre antérieur, siège principal de l'écoulement. D'ailleurs, toutes les fois que la chose sera possible, on priera le malade d'uriner immédiatement avant l'opération, ce qui permet, du coup, et de vider la vessie, et d'entraîner au dehors le pus accumulé dans toute l'étendue de l'urètre.

Dès que le canal antérieur aura été suffisamment lavé, on cherchera à réaliser le grand lavage proprement dit. Pour cela on recommandera au malade de respirer facilement, sans effort, et de relâcher ses muscles, comme lorsqu'il veut uriner spontanément. L'opérateur, de son côté, serrera davantage les lèvres du méat qu'il appliquera hermétiquement, sans toutefois faire mal à son malade, sur les parois de la canule, pour empêcher tout reflux du liquide et vaincre ainsi la résistance du sphincter strié entourant l'urètre membraneux. Cette résistance, éminemment variable d'un individu à l'autre, est en rapport avec le degré d'inflammation de la muqueuse et de la douleur que cette inflammation provoque. Ce n'est, en somme, qu'une contracture réflexe de défense que l'opérateur doit vaincre *sans violence*. Celle-ci, d'ailleurs, ne ferait qu'augmenter la douleur et la contracture qui en est la conséquence involontaire, et irait ainsi à l'encontre du but que l'on se propose. Plus les manœuvres sont douces et sans à-coup, plus les chances de réussite sont grandes.

On reconnaît le libre passage du permanganate jusque dans la vessie à ce fait que la main gauche, qui tient la verge, n'éprouve plus aucune résistance et perçoit, au contraire, les vibrations de la colonne liquide cheminant librement et sous pression le long du canal. Tant que le sphinc-

ter a résisté, l'urètre antérieur se trouvait distendu et la verge gonflée dans la main. On le reconnaît aussi au mouvement du liquide coloré, visible à travers la paroi transparente de la canule, et à l'abaissement progressif de son niveau dans le récipient qui le contient. Enfin, le malade lui-même, qui sent le liquide passer et sa vessie se remplir, renseigne le médecin sur les progrès de l'opération.

À un moment donné, le malade éprouve le besoin d'uriner par suite de la réplétion de sa vessie. Ce besoin est indépendant de la quantité de liquide intra-vésical. Tel malade l'éprouvera avec 100 grammes, tel autre ne l'accusera qu'à 250 ou 300 grammes, ou même davantage. Le degré de l'inflammation, l'extension de celle-ci à l'urètre postérieur et au col de la vessie, la concomitance possible d'une prostatite-vésiculite, le coefficient d'irritabilité individuelle, sont autant de facteurs qui règlent ce besoin d'uriner. Il faut tenir compte également du degré de concentration et de la température du liquide injecté. Quoi qu'il en soit, dès que le malade accuse ce besoin, il faut arrêter immédiatement le lavage et l'autoriser à uriner, soit couché, soit assis, soit même debout; certains malades ne peuvent, en effet, uriner dans le décubitus horizontal.

Le liquide rendu à cette première miction n'a presque jamais la belle couleur violette du permanganate. Cela tient à ce que, au moment du lavage, la vessie contenait une certaine quantité d'urine, et cette quantité a été suffisante pour décomposer le permanganate et pour lui donner une coloration brua-jaunâtre un peu sale. Il n'en sera pas de même lors des prochaines mictions qui laisseront sortir un liquide possédant la même nuance qu'à son entrée.

Dès que le malade a vidé sa vessie, on recommencera l'opération comme précédemment, et ainsi de suite jusqu'à épuisement du litre. On remarquera qu'à mesure que la séance avance, la quantité de permanganate qui détermine le besoin d'uriner est de moins en moins abondante. Il arrive même qu'à la fin la vessie se contracte aux premières gouttes de liquide qui y pénètrent, opposant ainsi une résistance plus brutale que celle du sphincter laquelle est, que l'on nous permette l'expression plus élastique. Une main exercée arrive à discerner parfaitement l'une de l'autre les deux résistances.

Nous venons de dire: jusqu'à épuisement du litre, parce que nous croyons inutile de dépasser cette quantité dans une même séance. La plupart des malades arrivent à cette limite fatigués et réclament d'eux-mêmes la cessation du lavage. En cas de besoin, nous aimerions mieux pratiquer deux lavages par jour, d'un litre chacun, qu'un lavage unique de deux litres.

À la place du bock ou du laveur spécial, on peut se servir de la seringue de Guyon. Pour notre part, nous avons, depuis longtemps, adopté la seringue à l'exclusion de tout autre appareil, parce qu'elle est moins encombrante et, surtout, parce qu'elle permet de *toujours* vaincre la résistance du sphincter. Ce serait une erreur de croire que le succès constant de la seringue soit dû à ce fait que l'on peut réaliser avec elle des pressions très fortes et venir ainsi à bout des sphincters les plus énergiques. Nous avons dit, et nous ne saurions trop le répéter, que la douceur est la

condition essentielle de tout grand lavage, et assure bien mieux le succès que les violences intempestives qui sont, en outre, douloureuses. Non, le succès de la seringue est dû à ce qu'elle permet de mieux surprendre l'état de relâchement du sphincter. Il ne faut pas oublier, en effet, que la contracture de ce muscle n'est pas permanente, mais qu'elle est, au contraire, intermittente. C'est justement, de ces intermittences qu'il faudrait profiter pour pousser l'injection d'un ponce léger à l'extrême. Or, cette douceur dans l'injection est plus facile à réaliser avec la seringue dont le piston est manœuvré par le doigt conscient de l'opérateur, qu'avec le bock, où l'écoulement est réglé, en grande partie, par les lois de la pesanteur.

Mais, si la seringue possède, à nos yeux, un grand avantage, elle a aussi un grand inconvénient: c'est qu'entre des mains non expérimentées, violentes ou maladroitement, elle constitue un instrument dangereux. Si elle permet, en effet, un maximum de douceur, favorisé par un jeu très facile du piston à l'intérieur du corps de pompe, elle permet non moins un maximum de force, et alors, si le praticien est persuadé qu'il arrivera à franchir le détroit sphinctérien hermétiquement fermé en usant d'une pression de plus en plus considérable, il pourra non seulement faire souffrir inutilement son malade, mais aussi provoquer à l'intérieur du canal des dégâts sérieux; donc, pour le praticien non spécialisé, l'emploi de la seringue ne doit pas être conseillé.

Bock ou seringue, peu importe, et voilà notre grand lavage dûment pratiqué. S'il a été bien fait, le malade ne doit pas avoir souffert d'une manière appréciable, et l'opération ne devra laisser, comme reliquat, qu'un peu de pesanteur au périnée. Parfois, il s'y ajoute, dans les moments qui suivent, de faux besoins d'uriner et même d'aller à la garde-robe. Ces sensations sont fugaces; au bout de quelques heures, le malade ne se ressent plus de son lavage, surtout s'il a eu soin de prendre, immédiatement, soit un bain de siège chaud, soit, mieux encore, un grand bain alcalin.

Telle est, brièvement énoncée, la technique du grand lavage. Mais à quel moment devra-t-il être pratiqué et le grand lavage constitue-t-il le traitement unique et exclusif de la blennorrhagie? En d'autres termes, quelles sont ses indications et ses contre-indications et, subsidiairement, quels en sont les résultats?

Au début, c'est-à-dire, dès les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures de l'urétrite, le grand lavage constitue la méthode de choix. A cette période, la miction n'est pas ou est à peine douloureuse. D'autre part, les signes locaux d'inflammation sont à peine existants; il n'y a ni rougeur, ni tuméfaction des lèvres du méat, et la verge, flaccide, a son volume normal. Le grand lavage, dans ces conditions, n'est nullement douloureux, et il présente, en outre, à cette période son maximum d'efficacité, au point de constituer parfois une sorte de traitement abortif, mettant fin d'une façon immédiate à l'écoulement, ce qui ne dispense nullement, d'ailleurs, de le continuer pendant huit à dix jours encore, sous peine de voir reparaitre le pus au méat.

Il n'en va plus de même lorsque le malade se présente

en pleine période d'état, c'est-à-dire de douleur. L'examen montre alors un écoulement abondant, jaune verdâtre; les lèvres du méat sont rouges et turgescents, presque violacés, à ce point qu'au moment de la miction l'urine sort en bavant ou en jets multiples. La verge est lourde et tuméfiée, et le prépuce est le siège d'un oedème parfois considérable. Les veines de l'organe se dessinent saillantes sous la peau. Avec de telles lésions, qu'il est rare de ne pas voir retentir plus ou moins sur l'état général, le grand lavage serait horriblement douloureux. Il serait de plus, dangereux, car il risquerait de provoquer des complications de voisinage parmi lesquelles l'orché-épididymite et la cystite occupent le premier rang. Pour toutes ces raisons, le lavage uréthro-vésical ne saurait, à cette période aiguë de la maladie, faire valoir ses droits.

Malheureusement et sauf de rares exceptions, c'est à cette période que les malades viennent ordinairement consulter. Force est alors de mettre de côté un traitement que nous avons vu si efficace à la période de début, et de mettre en oeuvre le traitement médical.

Le malade sera mis au régime des boissons diurétiques (tisanes de chiendent, de queues de cerises, de buchu) et alcalines (eau de Vichy). On lui prescrira, en outre, des antiseptiques urinaires, tels que le salol (0 gr. 50 à 1 gr. par jour), l'urotropine de 1 gr. à 1 gr. 50 dans les 24 heures), l'urodonal, l'uraseptique, l'érythrine, etc. Grâce à ce traitement, la période aiguë, douloureuse, est abrégée, ce qui permet de recourir un peu plus tôt aux grands lavages. Le malade prendra un grain bain alcalin à 36 degrés quotidien, et, dans la journée, il prendra aussi souvent qu'il le pourra, des bains de verge à la température la plus élevée possible, soit avec de l'eau simplement bouillie, soit avec une solution antiseptique telle que l'oxycyamure de mercure à 1 pour 1000. Certains auteurs préfèrent les bains froids et en obtiennent d'excellents résultats.

Une des manifestations les plus pénibles de l'urétrite, à cette période aiguë, est la rétention d'urine due au spasme de l'urètre membraneux, lui-même provoqué par les douleurs très vives de la miction. Un bon moyen de la combattre consiste à prendre un bain de siège chaud, ou même simplement un bain de verge à température élevée; au bout de quelques minutes, la verge, qui était turgescence, parfois en demi-érection, se flétrit et la miction arrive à se faire avec un minimum de souffrance.

Une autre manifestation non moins pénible consiste en érections douloureuses la nuit. Contre ces érections, on prescrira, d'une part, un traitement interne, consistant dans un cachet de 0 gr. 75 centigr. à 1 gr. de bromure de camphre à prendre une demi-heure avant de se mettre au lit; d'autre part, un traitement externe consistant en applications locales de compresses humides très chaudes ou très froides. Souvent il suffit que le malade se lève et fasse quelques pas dans sa chambre, ou bien qu'il satisfasse un besoin plus ou moins pressant d'uriner, pour que l'érection tombe aussitôt. Malheureusement, dès qu'il est recouché, dès surtout qu'il est de nouveau plongé dans le sommeil, l'érection reparait, très pénible, au point d'interrompre le sommeil le plus profond.

Le traitement médical, dont nous nous sommes contenté de tracer les grandes lignes, sera continué tant qu'il y aura localement des signes d'inflammation. Mais, dès que ces signes et la douleur qui les traduit ont disparu, et à condition toutefois qu'il n'y ait aucune complication de voisinage: abcès péri-urétral ou cowpé-rite, orché-épididymite, prostatite-vésiculite, cystite, etc., on commencera les grands lavages suivant les règles que nous avons établies plus haut. Pendant deux semaines, en moyenne, on fera un lavage quotidien; ensuite on laissera un jour d'intervalle entre deux lavages, et c'est à ce moment qu'il convient d'adjoindre au traitement local l'usage des balsamiques, pris par voie interne.

La préparation la plus courante de ces balsamiques est et a été surtout l'opiat, mélange en proportions variables de cubèbe et de copahu additionnés de sirop de gentiane q. s. L'opiat se prend en boulettes, ayant chacune le volume d'une petite noisette, au nombre de six, huit par jour, dans du pain azyme. Mais ce chiffre peut n'être atteint que progressivement. Au bout de huit à quinze jours, on diminue progressivement d'une boulette par jour, jusqu'à cessation complète.

Certains malades répugnent à l'ingestion de l'opiat. De plus, celui-ci n'est pas sans avoir une action irritante sur la muqueuse du tube digestif, et les coliques, la diarrhée, des vomissements ou, tout au moins, des mouvements nauséux, ne sont pas d'une observation rare. Aussi vaut-il mieux, dans la clientèle aisée surtout, remplacer l'opiat par le santal, que l'on prend en capsules, jusqu'à dix et douze par jour, et dont on diminue ensuite progressivement la dose comme pour l'opiat.

Pendant tout le cours du traitement, il est un certain nombre de prescriptions hygiéniques dont l'observation est d'une importance capitale. Ne pas s'y conformer équivaut à compromettre, voire même à annihiler les résultats que l'on est en droit d'espérer du traitement proprement dit, et c'est dans les écarts de régime ou dans les imprudences commises qu'il faut, la plupart du temps, chercher la cause de l'insuccès de ce traitement. Ces prescriptions sont les suivantes:

1^o Éviter les fatigues de toutes sortes (marches prolongées, station debout), et tous exercices tels que: équitation, cyclisme, escrime, natation, gymnastique, etc.

2^o Porter un suspensoir garni d'ouate et ne comprimant pas trop les bourses afin d'éviter, dans la mesure du possible, l'orché-épididymite.

3^o S'abstenir rigoureusement de toutes boissons alcooliques ou excitantes (vin, bière, liqueurs, café, thé, etc.).

4^o S'abstenir également de viandes rouges, de mets épiciés, également de crustacés, de coquillages, de charcuterie, d'oseille, de tomates, d'asperges, de salades et de fruits crus et, en général, de tout aliment considéré comme pouvant réentendre fâcheusement sur les voies urinaires.

5^o Boire aux repas et en dehors des repas, soit des eaux alcalines (eau de Vichy), par exemple, soit des eaux diurétiques (Evian, Vittel, Contrexéville).

Le malade sera mis en garde contre la possibilité et l'extrême gravité d'une infection conjonctivale. Il devra

done, après toute manipulation de sa verge, se laver soigneusement les mains et les plonger ensuite au besoin dans une solution antiseptique.

Inutile de dire que les rapports sexuels lui seront interdits jusqu'à guérison complète et cela aussi bien dans son propre intérêt que dans celui de la femme.

Dans l'intervalle des mictions, il maintiendra son gland enveloppé dans une couche d'ouate hydrophile sur laquelle sera ramenée le prépuce. Cette ouate devra être renouvelée fréquemment dans la journée, et le malade en profitera pour uriner et prendre ses bains locaux évitant ainsi la balanoposthite.

Combien de temps durera le traitement? Il va sans dire que l'examen bactériologique du pus urétral, que nous supposons avoir été fait dès le premier jour, en vue d'asseoir le diagnostic, devra être répété assez fréquemment, car il constitue un important critérium permettant de suivre pas à pas les progrès du traitement antiseptique local et de reconnaître en dernier lieu la guérison définitive. D'une façon générale, une série de quinze lavages ininterrompus nous paraît indispensable. Ensuite, les lavages seront continués avec des intermittences de plus en plus longues. Il est difficile, sous ce rapport, d'édicter une règle univoque et absolue, et la marche à suivre, est surtout ici une question d'espèce. Lorsque tous les signes subjectifs auront disparu, et qu'il n'y aura plus qu'un léger suintement au niveau du méat, surtout si le malade en est à une deuxième ou à une troisième blennorrhagie, ordinairement plus tenace que la première, quoique moins violente, il sera bon d'adjoindre aux lavages, isolément ou en les combinant l'un à l'autre, le massage de la prostate et des vésicules séminales, et la dilatation progressive du canal avec massages sur Béniqué. On est autorisé également, pour parachever la guérison et la rendre définitive, à instituer une série d'instillations intraurétrales au nitrate d'argent au 1-100e ou au 1-50e. Mais ici, nous empiétons sur le chapitre de l'urétrite chronique ou tendant vers la chronicité, et dont le traitement si délicat et si incertain dans ses résultats, exige des manœuvres qui sont du domaine à peu près exclusif du spécialiste.

C'est la possibilité de ce passage à l'état chronique qui est la terreur du malade et, souvent aussi, du médecin. Certes, un traitement local bien conduit et suffisamment prolongé, chez un homme qui observera religieusement et à la lettre les diverses prescriptions thérapeutiques et hygiéniques qui lui seront faites, aura les plus grandes chances de mener à la guérison. Et si ce traitement a été précocé, si, chose malheureusement rare, on a pu l'instituer dès les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures de l'apparition de l'écoulement, alors que le gonocoque n'a pas encore pénétré à une grande profondeur, et dans l'épaisseur de la muqueuse et dans ses innombrables culs-de-sac glandulaires, les chances de guérison équivalront à une quasi-certitude. Il n'en est pas moins vrai qu'il existe des cas rebelles dans lesquels le traitement le mieux conduit n'arrive pas à déraciner le mal. Ces cas sont, à n'en pas douter, l'exception, et leur existence ne doit nullement porter atteinte à la confiance, amplement et surabondamment justifiée que mérite le traitement local, combiné à l'hygiène.

Une fois l'écoulement tari, le malade attendra un certain temps pour reprendre sa vie habituelle. Six semaines à deux mois d'observations ne sont pas de trop, et le praticien saura calmer l'impatience dont trop souvent font preuve les malades, en les mettant en garde contre une reprise toujours possible des accidents et en leur faisant comprendre l'importance, au double point de vue individuel et social, d'une guérison complète et définitive.

Notes de Pédiatrie

Par le Dr L. Verner, Assistant au service médical de l'Hôtel-Dieu.

TRAITEMENT DE L'OPHTALMIE DES NOUVEAUX-NÉS

Au point de vue du pronostic, il faut diviser les ophthalmies du nouveau-né en trois catégories :

- 1^o Celles qui apparaissent dans les deux premiers jours;
- 2^o Celles qui se développent du troisième au septième jour;
- 3^o Celles qui viennent après le septième jour.

Les premières sont presque toujours graves et gonococques; les secondes sont d'une gravité moyenne et ont une richesse microbienne très variée; les dernières sont amicrobiennes et sont presque toujours bénignes; elles guérissent avec un traitement quelconque.

Voici, en détail, le mode de traitement de l'ophtalmie préconisé dans les récentes séances de l'Académie de médecine. Il est simple, sans danger et d'une efficacité démontrée :

1^o *Lavage des yeux* aussi souvent qu'il est nécessaire, c'est-à-dire lorsqu'une petite quantité de pus apparaît entre les bords palpéaux. Il suffit d'écarter les paupières le plus possible, d'enlever le pus avec un tampon d'ouate hydrophile largement imbibé d'une solution tiède de permanganate de potasse à 0,25 p. 1.000. Si la paupière supérieure est gonflée, il faut la renverser.

Rejeter l'emploi, pour les lavages, de l'entonnoir de Kalt qui peut provoquer des lésions mécaniques de l'épithélium cornéen.

Si la sécrétion a tendance à agglutiner le bord des paupières en se desséchant, badigeonner les bords palpébraux avec de la vaseline légèrement iodoformée (? p. 100).

2^o Quand la *cornée est saine*, instiller aussitôt après le lavage au permanganate, VI à VIII gouttes d'une solution faible de nitrate d'argent à 1 p. 100 (1-75 au plus).

3^o Si la *cornée est ulcérée*, on proscriera absolument la solution de nitrate d'argent et on lui substituera le protargol à 1-25 qu'on emploiera aux mêmes doses dans les mêmes conditions. L'albuminate d'argent étant sans dar-

ger pour l'épithélium corné, on pourra avoir recours à une solution plus concentrée: à 1-5 par exemple, dont on instillera 2 gouttes à chaque fois.

Tous les cas d'ophtalmie cèdent au bout de 10 à 15 jours de ce traitement, à condition qu'il soit fait *régulièrement*. L'ulcère cornéen est amélioré progressivement. Il n'y a jamais d'à-coups ni de temps d'arrêt dans la marche de la cicatrisation qui est rapide.

Accessoirement, on peut faire usage de l'atropine pour prévenir les synéchies postérieures.

Comme *traitement préventif*, on peut inviter les sages-femmes à instiller dans l'œil du nouveau-né VII ou VIII gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100, de manière à bien arroser avec le liquide argentique le sac conjonctival et la marge des paupières; s'il apparaît une sécrétion, elles pourront faire de grands lavages au permanganate de potasse, en attendant le médecin.

D'après MM. Motais, Lagrange, Pinard (*Bullet. Acad. Méd.*, 4 et 11 mai 1909).

* * *

COMMENT SE TRANSMET LA SCARLATINE

Sous ce titre, M. le Dr Conby publie dans les *Archives de médecine des enfants* (no 8) un article d'un très grand intérêt pratique, et proteste de nouveau contre l'inutilité des désinfections de meubles et d'appartements, montrant encore une fois que la cause de l'infection ne se trouve que dans le malade et surtout dans ses sécrétions bucco-nasales ou dans les objets qui ont pu être contaminés par les sécrétions. De nombreux faits montrent que la desquamation elle-même, toujours incriminée dans la scarlatine n'est probablement contagieuse que lorsqu'elle sert de véhicule à ces sécrétions. M. Conby cite l'opinion de plusieurs auteurs compétents comme Lemoine, Bressé, Herrmann et celle de Heubner. "On suppose, dit cet auteur, que le virus peut se conserver dans la chambre, sur les murs et les parquets, même après une désinfection complète. Cette croyance est basée sur les cas dans lesquels les membres sains de la famille, ayant été envoyés loin de la maison, à leur retour dans les chambres soigneusement désinfectées, ont été pris de scarlatine. Mais on oublie une autre possibilité, c'est que le virus persiste chez le malade guéri en apparence, ou peut-être chez le garde-malade ou chez les parents ayant eu une attention légère. Très fréquemment, ce sont les cas légers, les cas non encore déclarés, qui se transmettent à l'entourage, et les véhicules les plus dangereux sont ces adultes, dont la maladie consiste uniquement dans une angine souvent même apyrétique."

Ces opinions se trouvent confirmées par les faits de Thornton (*Brit. med. Journ.*, 29 fév. 1908); en 1903, de nombreux cas de scarlatine se déclarent dans une école anglaise surveillée par l'auteur. Il y eut 96 cas en tout, dont 31 avec éruption typique, mal de gorge et fièvre; 19 sans éruption, avec un peu d'angine et de fièvre; 46 sans symptômes notables, mais avec desquamation.

Les cas tardifs, à incubation prolongée, ne peuvent s'ex-

pliquer que par le contact avec les cas frustes ou avec des personnes conservant plus ou moins longtemps le germe dans leur nez ou leur gorge. Le contact virulent est toujours suivi à bref délai (un à trois jours) de la scarlatine.

Des enfants retenus à l'hôpital pendant six semaines ou davantage, paraissent très bien et n'ayant plus de desquamation, reviennent chez eux et contaminent d'autres enfants. Comment? En général, cette contamination est due à un écoulement nasal ou auriculaire. On peut trouver, dans la gorge des diphtériques guéris, le bacille de Loeffler virulent huit et dix semaines après la guérison, surtout chez les enfants qui ont des adénoïdes et de grosses amygdales. Il en est certainement de même pour la scarlatine. M. Herrman admet que certaines personnes peuvent garder le contagé dans leur gorge et leur nez pendant des mois. Quand il y a envahissement de l'oreille moyenne, celle-ci sert de réceptacle, de magasin au virus; de même que la vésicule biliaire, dans la fièvre typhoïde, peut conserver les bacilles d'Eberth et les disperser dans l'intestin, de même le poison scarlatineux peut être déversé dans le naso-pharynx à travers la trompe d'Eustache. Alors l'enfant, en parlant, en toussant, en éternuant, pourra infecter d'autres enfants. Voilà les véritables véhicules de la scarlatine!

"Ne pensons plus à la desquamation, ajoute M. Comby, comme source d'infection scarlatineuse, mais prenons garde aux sécrétions du nez, de la gorge, des oreilles. Tant que ces organes ne seront pas nettoyés et redevenus sains, nous devons considérer les enfants comme dangereux. Il faut désinfecter les malades du mieux possible; la désinfection des locaux est superflue. Telles sont les conclusions qui se dégagent du mémoire de M. Herrman.

Comme on le voit, d'après les citations que nous avons faites, partout, à l'étranger comme en France, la désinfection des locaux a fait faillite. Qu'on la perfectionne, qu'on la pousse aussi loin qu'on le voudra, jusqu'à la destruction complète, jusqu'à l'incendie, l'échec est certain. Car les microbes de la scarlatine, comme ceux des autres maladies contagieuses ne s'attachent pas aux murs, aux parquets, aux plafonds, ils ne hantent ni la cave ni le grenier, ils ne se réfugient pas sur les toits, fussent-ils de chaume, comme dans le cottage cité par Richardson. Les microbes sont véhiculés par le malade et les personnes qui l'approchent; ils vivent dans ses sécrétions et excréments; on désinfectera les objets souillés par elles. Mais on s'appliquera surtout à la désinfection la plus soignée des cavités naso-pharyngiennes, buccales, auriculaires, etc. On prescrira un isolement rigoureux et prolongé; on sera propre, aseptique; on mettra des blouses, on se lavera les mains, la figure, quand elles auront pu être contaminées; quant à l'antiséptie, elle sera limitée aux linges et autres objets souillés par le contact du malade; l'eau bouillante, la lessive suffisent dans la plupart des cas; l'étau à vapeur sous pression qui détruit les étoffes, même les matelas, sans d'ailleurs les désinfecter à fond, les pulvérisations de sublimé, qui détériorent tout sur leur passage et ne servent à rien, seront proscrites. Leur règne a assez duré; il doit cesser.

Assainissons l'habitation, donnons de l'air, du soleil, de

l'eau en abondance, isolons rigoureusement les malades de nos hôpitaux, ne laissons pas partir trop tôt les convalescents, soyons propres, aseptiques comme les chirurgiens; ne faisons pas de mal aux malades, respectons leurs meubles, ne détériorons pas leurs pauvres logements; nous ne pouvons faire mieux actuellement pour la prophylaxie de la scarlatine."

* * *

LES ENSEIGNEMENTS DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE A NEW-YORK.

M. Robert Simon communique à l'Académie de médecine les résultats de son enquête sur la mortalité infantile à New-York, enquête poursuivie sur place pendant 4 mois.

De 1898 à 1908, la mortalité infantile à New-York a diminué de un tiers: 144 pour 1000 de la natalité, au lieu de 214 pour 1000.

Ce résultat est dû en grande partie à une œuvre privée, l'Association pour l'Amélioration de la Condition de la Classe pauvre, et à la pression exercée par elle sur les services sanitaires officiels.

Parmi les moyens appliqués avec le plus de succès, dans la lutte contre la mortalité infantile, il convient de citer:

1^o L'établissement, en été, pour les mères et les nourrissons, de camps de plein air, hôpitaux de rivage, hôpitaux flottants, destinés à soustraire les enfants à l'influence de la grosse chaleur, dans des logis étroits. L'enseignement familial de la puériculture est facilité par ces institutions.

2^o La création, sous le contrôle de laboratoires municipaux, d'un *certificat de lait*, délivré chaque jour et révoquant de même, et accordé seulement sous cinq conditions: le lait proviendra de vaches tuberculines; il ne contiendra pas plus de 30.000 bactéries par centimètre cube (à Paris, on compte 5 millions de bactéries par centimètre cube après 24 heures); il sera vendu, au plus tard, 36 heures après la traite; en flacons scellés et conservés dans la glace; ces flacons seront remplis et scellés à la ferme et non à New-York; ils porteront le nom de la ferme la date et l'heure de la traite la plus éloignée.

Le public est, naturellement, engagé à ne consommer qu'un lait ainsi "garanti".

3^o La visite fréquente à domicile des nouveaux-nés, par des infirmières spécialement éduquées, et surtout la surveillance régulière des femmes de la classe pauvre, pendant leur grossesse, par les mêmes visiteuses.

Alors que, dans la classe pauvre, et pour les enfants surveillés seulement au lendemain de leur naissance, la mortalité est encore de 17,1 pour 100, elle tombe à 4,7 pour 100 pour les enfants dont les mères ont été surveillées de 1 à 6 mois avant l'accouchement. Annuellement, une visiteuse surveille 100 mères et gagne 12 vies à la société.

L'auteur estime que l'établissement d'un certificat de lait et la surveillance à domicile des nouveau-nés et des femmes enceintes constituent des progrès facilement réalisables partout où on le voudra. Les dépenses supplémentaires incombant de ce fait à la collectivité seront largement compensées par le gain en vies humaines.

A ALTRUISME

L'article intitulé *Intérêts Professionnels* et publié dans le numéro du mois d'août du Bulletin de Québec m'oblige à expliquer, bien à contre-cour, ma conduite comme registraire, et aussi à rectifier certaines affirmations erronées et volontairement méchante de l'auteur.

Mais auparavant je désire signaler la fin du troisième alinéa, qui se lit comme suit: "et autrement plus importantes pour le corps professionnel que les froissements d'amour-propre, d'autres disent les déceptions d'intérêt, de M. le Dr Boucher."

Froissements d'amour-propre, soit, cela peut se dire, mais écrire: "d'autres disent les déceptions d'intérêt", c'est faire une insinuation injurieuse et contraire à la vérité; en cela, je me soumetts au jugement de la profession médicale, et je défie l'écrivain de prouver par un seul de mes dires ou de mes actes que j'ai jamais pensé à mon intérêt personnel depuis que je suis gouverneur du Collège.

En effet, si j'avais pensé à mon intérêt personnel, je n'aurais jamais accepté d'être registraire, et, après avoir accepté, j'aurais été moins ferme lorsqu'on a essayé de me faire passer des irrégularités, et l'auteur de l'article sait, si, dans ses parages, on a tenté de m'en passer. A-t-on agi ainsi par ignorance, par intérêt ou par faiblesse? je crois qu'il y avait de tout cela; on a été jusqu'à m'envoyer un certificat faux, (j'en ai la preuve écrite) pour me faire délivrer une licence pour l'exercice de la médecine. J'ai fait mon devoir, en protégeant les intérêts des membres réguliers du corps médical et en exigeant la soumission des irréguliers aux règlements du Bureau, sans peur des reproches et je n'en ai aucun regret.

Page 564 on lit: "Pourtant quelques-uns lui reprochaient une raideur administrative choquante dans ses rapports avec la profession, d'autres une méticulosité qui allait jusqu'à la minutie; quelques-uns enfin pensaient que faire payer à la profession près de six mille dollars pour une loi — ce qui entre nous dépasse les bornes connues au Bureau provincial, un record, — n'était pas merveilleux comme administration."

1er reproche. — Raideur administrative choquante.

Si par raideur administrative choquante, l'on veut dire que je n'ai jamais voulu consentir (et être d'accord avec l'auteur) à laisser exercer la médecine par des irréguliers, ou encore à protéger ces derniers au détriment des réguliers, je ne me repens pas, parce que agir autrement eut été malhonnête; mais on veut peut-être dire que j'ai contraint les retardataires à payer leurs arrérages de contributions, ou bien que j'ai forcé un très grand nombre d'irréguliers (qui exerçaient sans licence, quelques-unes depuis plusieurs années, jusqu'à dix ans,) à se régulariser, je ne me repens pas davantage parce que je devais le faire, et je ne vois pas bien comment on pourrait s'en plaindre.

Toute ma correspondance, restée au bureau, prouvera que jamais je n'ai été d'une raideur administrative cho-

quante, dans mes rapports avec la profession; et que, bien souvent, j'ai fait des travaux considérables pour rendre service à des gouverneurs ou à des membres de la profession. Cependant chaque fois qu'on a été impoli ou insolent, j'ai fait comprendre que j'entendais me faire respecter.

2me Reproche. — Méticulosité jusqu'à la minutie.

Je prends ce reproche pour un compliment, et j'en remercie l'auteur.

3me Reproche. — Dépenses de la nouvelle loi médicale.

L'accusateur ignore-t-il franchement ou veut-il ignorer que je n'ai eu absolument rien à faire avec ces dépenses; pourquoi aussi protester par la voie des journaux, quand c'était son devoir comme membre du Bureau, s'il trouvait la dépense exagérée, de le dire en assemblée, des explications eussent été fournies immédiatement par les intéressés.

Si, toutefois, j'avais à répondre moi-même, je ne serais pas gêné le moins du monde. Je commencerais par lui dire qu'il exagère le montant, (de mille dollars à peu près, et j'ai pris mes informations à bonne source) et je lui rappellerais ensuite que, à l'assemblée du 3 juillet 1908 (voir rapport) sur la "Suggestion du Dr Simard" une proposition fut votée "pour que les membres des comités travaillant aux fins professionnelles du Bureau, en dehors des séances régulières, soient payés dix dollars par jour, plus leurs frais de déplacement"; ceci augmenta considérablement les frais de la nouvelle loi médicale; je n'ai pas l'intention, en faisant cette remarque, de blâmer la passation de cette résolution, mais je veux prouver l'inconséquence de celui qui me fait des reproches, quand même ses reproches ne peuvent m'atteindre. Et, d'ailleurs ne dit-il pas lui-même page 563, au bas, que le rôle du registraire est un rôle de teneur de livres tout simplement, comment ose-t-il maintenant lui attribuer cette responsabilité. J'en appelle au Président du Collège, qui témoignera, je n'en ai aucun doute, que dans toutes les occasions j'ai observé la plus stricte économie.

Me serait-il permis d'attirer son attention sur le fait que la traduction en anglais du rapport de l'assemblée de septembre 1908 "A QUEBEC" a coûté cent quarante dollars (\$140.00) (voir rapport du trésorier page 29 dans le rapport de l'assemblée du 7 juillet 1909) payés dit-on au frère du secrétaire, et cette traduction était tellement mal faite que le secrétaire de Montréal, le Dr MacDonald, n'a jamais voulu la transcrire dans son cahier.

Je lui rappellerais encore la proposition Simard-Brochu votée à l'assemblée de juillet 1909, (voir rapport page 36): "Je (le Dr Simard) propose, secondé par M. le Dr Brochu, que les anciens officiers soient nommés officiers additionnels pour l'année courante. M. le Dr Simard expliquant sa motion, ajouta que les anciens officiers ainsi continués en fonctions, seraient les aides ou les assistants de l'officier exécutif du bureau au même salaire." (qu'antérieurement je suppose). Et le Dr Brochu ajouta (mais ceci n'est pas dans le rapport) que, pour ne pas désorganiser le bureau, il serait nécessaire d'avoir l'aide des anciens officiers pour donner au nouveau registraire le temps d'apprendre à faire sa besogne.

J'ai protesté contre cette proposition parce qu'elle était illégale, et ce, malgré les affirmations de l'assemblée, et gaspillait un montant de seize cents dollars (\$1600.00) des fonds du Collège, les donnant en cadeau, purement et simplement, parce que les secrétaires et le trésorier ne pouvaient être ni des aides ni des assistants de l'officier exécutif du Bureau, la chose étant impraticable, et aussi parce que l'officier nommé devait être compétent; ce moyen détourné pour avoir l'aide de l'ancien registraire ne me convenait pas, on s'est mépris, le succès eut été plus facile autrement.

Je pourrais citer bien d'autres faits, parler de la nomination des assesseurs à Québec, où pas un nom suggéré par les gouverneurs n'a pu passer, malgré que j'en aie envoyé la liste complète au secrétaire (j'ai encore la copie de ma lettre), dire que les rapports des examens de 1909 ne portent les signatures que de quatre (4) assesseurs, et encore que l'un de ceux-là a été assesseur en primaires et en finales, et qu'il a été le seul assesseur en primaires pour vingt-deux (22) élèves; comment cela a-t-il pu se faire, je ne le comprends pas, et pourtant les documents sont là; le montant payé à ces assesseurs, je n'en veux rien dire, je m'arrête et je laisse le lecteur apprécier les raisons invoquées contre moi. Les faits cités, et beaucoup d'autres, que je ne mentionne pas, ne me permettent-ils pas de supposer que ma position de registraire eût été gênante pour ceux qui ont l'habitude de se faire fi des règlements, de favoriser les amis et de conduire les affaires du Collège selon les intérêts ou les caprices du moment.

J'ai été un registraire rigide, je suis content de l'admettre et cette fois je suis d'accord avec Altruisme, mais j'ai été rigide également pour tous, la loi et les règlements guidaient seuls ma conduite, et si cela m'a valu des inimitiés, qui se sont manifestés de diverses manières, l'approbation sincère et les bons sentiments de tous ceux qui jugent sans passion, m'ont amplement récompensé, et le seul regret qui me reste, c'est de n'avoir pas eu le temps de compléter l'organisation que j'avais commencée.

S. BOUCHER.

Education Médicale

Quand je lis les journaux de médecine, les différentes revues, qui traitent de la science médicale, j'y vois une tendance à tout changer, à tout bouleverser, à tout innover, et dans la manière de connaître les maladies, et la manière de les traiter. Nous avons des instruments qui font voir des yeux et toucher du doigt tous les dérangements qui peuvent se produire dans notre organisme, et nous avons des formules de remèdes pour toutes et chacune des maladies. L'enseignement médical tend à la chimie, à la physique, et aux arts mécaniques.

Sans vouloir déprécier ces sciences et ces arts, il me semble qu'on accorde trop de valeur à leur acquisition, et pas assez d'attention à notre machine humaine.

En effet, pourquoi les mêmes maladies différent-elles de gravité chez deux sujets différents, et même parfois sur le même sujet. Ce sont pourtant les mêmes causes qui doivent produire ces affections. Pourquoi se comportent-elles d'une manière différente chez les uns et les autres? Il faut qu'il y ait quelque chose qui nous échappe dans l'évolution de ces affections, ou dans la condition des malades. Pourquoi avec un pouls de 100 à la minute, et une température de 98 à 99, un malade meurt-il? tandis qu'un autre avec un pouls de 130 et même 140 et une température de 104 à 105, paraissant avoir parfois la même maladie, s'en réchappe-t-il, lui? Avec toutes les indications que nos instruments nous fournissent, qui aurait cru que le dernier malade survivrait, et que le premier mourrait?

Au-dessus de tous les instruments et inventions nouvelles, il y a le sujet en cause; il y a aussi, comme le disait M. le Dr E. P. Benoit, dans l'éloge qu'il fit, l'automne dernier, de M. le Dr Rottot, dans la leçon d'ouverture de la Clinique Médicale de l'Hôpital Notre-Dame, il y a le tact médical, qui lui, ne trompe pas.

Aujourd'hui la tendance est trop aux sciences secondaires, et l'on s'occupe trop, il m'est permis de m'exprimer ainsi, à former des mécaniciens, et pas assez à développer le sens médical chez les étudiants. Quand ils ont reçu leur diplôme, s'agit-il d'examiner un malade, ils ne peuvent le faire sans avoir un attirail de tous les instruments dont on leur a appris à ne pas savoir se passer. Ce n'est pas que je blâme l'usage de ces instruments dans certains cas; mais je trouve qu'on leur donne trop de confiance, et l'on devrait pouvoir juger un malade, même sur la simple apparence, et savoir distinguer la gravité de la plupart des maladies par les symptômes qu'elles présentent sur chaque sujet. Il s'agit moins de connaître les maladies, dans leurs plus petits détails, que de guérir les malades.

Et aussi qu'avons-nous gagné par ce déluge de médicaments, qu'on nous présente sous différents noms, et qu'on préconise bons pour telle et telle maladie. Là surtout, il y aurait une révolution à faire, comme le disait si judicieusement un article de notre journal en date du 22 mai, et intitulé "La Pharmacologie et la Pharmacotechnie". Pourquoi avoir tant de milliers de formules, qui ne renferment en réalité que les principes d'une centaine de remèdes?

Débarrassons-nous donc de tout cet encombrement de formules; sachons employer les principes actifs de nos cent remèdes, et apprenons à les mélanger nous-mêmes, suivant le cas que nous avons à traiter. Quand nous saurons apprécier l'état de notre malade, et que nous connaîtrons l'effet, non dans le laboratoire, mais sur nos organes, des remèdes que nous appliquons, alors nous pourrions être réellement médecins.

Dr J. LIPPE,

St-Ambroise de Kildare.

Sociétés Médicales

Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette

Assemblée du 13 septembre 1909.

PRESIDENCE: Dr I. A. BAROLET, de Joliette.

Membres présents: MM. les Drs: Jos. Lippé, S. Martineau, G. Desrosiers, Jos. Marion, I. A. Barolet, I. A. Labrèche, Gaudet, Alb. Laurendeau.

ELECTION D'OFFICIERS: Ont été élus:

Président: Dr Jos. Lippé, de Kildare.

Vice-président: Dr I. A. Barolet, de Joliette.

Secrétaire-Trésorier: Dr Sylvio Roch, de St-Gabriel de Brandon.

Comité de régie: Drs Gaudet et Desrosiers.

Tribunal de déontologie: Drs Martineau, Labrèche, Marion et Archambault.

Comité "re charlatans": Drs Barolet, Marion, Gaudet.

Il a été décidé que la prochaine réunion aura lieu à l'Assomption.

SILVIO ROCH, M.D.,

Secrétaire-Trésorier.

NOTES THERAPEUTIQUES

Dr L. E. FORTIER, Professeur de Thérapeutique, et Dr M. H. LEBEL, Assisant à l'Hôtel-Dieu.

L'ACCÈS DE GOUTTE; A QUEL MOMENT FAUT-IL DONNER LE COLCHIQUE ?

Cette question a fait le sujet de nombreuses discussions. Les uns prescrivent immédiatement le médicament pour supprimer la douleur, mais la plupart le prescrivent vers le cinquième ou sixième jour, considérant l'accès de goutte aiguë comme une sorte d'émonchoire qu'il faut respecter. On a hésité dans la crainte de compromettre la fonction des reins. L'auteur montre que cette crainte n'est pas justifiée et que le colchique, comme son alcaloïde, la colchicine, n'atteignent en rien la glande rénale.

La colchicine ne modifie en rien l'excrétion de l'acide urique, ainsi qu'il résulte de l'analyse des urines des podagrae soumis au traitement.

Il n'agit pas non plus défavorablement sur les fonctions du rein. Les urines diminuent de quantité, mais c'est le fait de l'accès même et non du médicament. On ne constate pas non plus d'albuminurie provoquée par la médication. Par conséquent, chez un goutteux dont les reins sont en bon état, il ne faut pas hésiter à donner la colchicine dès le début de l'accès; il n'y a aucun avantage à retarder le traitement, à condition que les reins soient indemnes. On diminue ensuite les doses vers le troisième ou le quatrième jour.

Dans les autres périodes de la goutte, où l'élimination de l'acide urique est moins abondante, le colchique doit aussi être prescrit dès le début de l'accès. Quant aux accès de moindre importance dans la goutte chronique, ils se trouvent bien de médication moins actives, telles que l'aspirine, qui n'a pas la toxicité de la colchicine. L'auteur met

en garde contre l'injection de morphine qui paralyse la fonction rénale.

Par le Dr Constant (*Revue méd. de l'Est*, 1er juin 1909).

TRAITEMENT DU COMA DIABÉTIQUE

L'auteur fait ressortir que tous les cas de coma observés par lui furent précédés de fermentations gastriques plus ou moins intenses et prolongées. On a constaté, en outre, qu'il y a une relation entre le coma et la consommation exagérée de matières albuminoïdes exogènes ou endogènes. Les émotions morales, les excès de l'alimentation grasse, les traitements trop intenses ou trop longtemps prolongés, enfin la survenance d'une maladie infectieuse constituent l'étiologie du coma et dominent la thérapeutique.

Le traitement de la maladie confirmée ne donne que des succès: la seule médication rationnelle, qui a donné 2 succès sur 5 cas, est la saturation des quantités énormes d'acide par l'administration de bases. Le bicarbonate de soude, qui a été donné à des doses de plus de 100 grammes par jour, présente des inconvénients; car il libère de l'acide carbonique et déprime l'hématose et les fonctions nerveuses. Il faudrait lui associer l'hydrate de magnésie et le carbonate de chaux précipité.

Le traitement préventif donne plus d'espérances: dès qu'un diabétique maigrit, s'affaiblit, digère mal, etc., on cesse de suite tout régime et on ordonne le régime lacté absolu avec du lait écrémé, le repos au lit, la suppression de toute médication antidiabétique et l'institution d'un traite-

ment anti-dyspeptique. On combattra donc les fermentations gastriques par :

Fluorure d'ammonium, 0 gr. 20.

Eau distillée, 300 gr.

Dissolvez.

Une cuillerée à soupe, quatre à cinq fois par jour, diluée dans la prise de lait au moment.

Encore :

Mure double de bismuth et de cinchonidine, 0 gr. 02 à 0 gr. 05.

Carbonate de chaux précipité, 0 gr. 10.

Mélez en un cachet, dont on prendra deux ou trois par jour, au moment des prises de lait.

On donnera en outre des poudres saturantes alcalines ; après chaque prise de lait, on donnera une des poudres suivantes, délayée dans un peu d'eau :

Hydrate de magnésic, 5 gr.

Bicarbonate de soude, 5 gr.

Carbonate de chaux précipité, 8 gr.

Mélez et divisez en 12 cachets.

Puis, environ deux heures après — les prises de lait devant être espacées de trois heures — on sature de nouveau, avec une préparation plus forte, les acides formés par la digestion du lait lui-même.

Hydrate de magnésic, 5 gr. 50.

Bicarbonate de soude, 3 gr.

Soas-nitrate de bismuth, 0 gr. 50.

Carbonate de chaux précipité, 1 gr. 25.

Pour un paquet.

On fera respirer au malade des torrents d'oxygène, et si le pouls fléchit, on donnera des cachets de caféine de 0 gr. 05 (1 à 5 dans les vingt-quatre heures). Si le pouls devient irrégulier, on emploiera la solution de digitaline cristallisée au millième (V gouttes deux fois par jour), jusqu'à ce que le pouls tende à se ralentir.

Par A. Robin (*Bull. gén. de Thérapeutique*, 15 janvier 1909).

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

APPENDICITE ET ENTERITE MUCO-MEMBRANEUSE.

Existe-t-il des rapports morbides entre l'appendicite et les typhlo-colites ? et quels sont ces rapports ? La coexistence de ces deux affections ne serait-elle, au contraire qu'une "exception rarissime", à tel point que la constatation d'une ténite muco-membraneuse dans le passé ou dans le présent permettrait d'éliminer le diagnostic toujours si délicat d'appendicite ?

Telles sont les questions auxquelles l'auteur cherche à donner une réponse d'après ses observations personnelles, au nombre de six, et de ces observations, il retient les enseignements qui suivent :

1^o Il n'est pas *rarissime* d'observer des crises d'appendicite chez des malades atteints d'entérite muco-membraneuse. Mais le nombre de ces malades est si grand que l'on ne peut considérer l'appendicite comme une complication *très fréquente* de l'entérite muco-membraneuse. Entre ces deux affections doivent exister, selon toute vraisemblance clinique, des relations morbides encore mal définies.

2^o Aussi l'existence d'une entérite muco-membraneuse actuelle ou dans le passé morbide du malade ne permet pas d'éliminer *a priori* l'hypothèse d'appendicite. Les aphorismes de Dieulafoy me paraissent dangereux. D'après mon expérience, je ne puis pas les accepter comme guides thérapeutiques.

3^o Il est souvent très difficile de diagnostiquer une crise d'entérite muco-membraneuse d'une crise d'appendicite. Dans le doute, il sera sage d'instituer d'emblée la thérapeutique médicale de l'appendicite.

4^o La suppression de l'appendice malade peut avoir quelquefois une heureuse influence sur l'évolution de l'entérite.

(Cr. Mongour, *Journal de médecine de Bordeaux*, 14 mars 1909).

* * *

HYPERTHERMIE DUE A LA ROUGEOLE

M. le Dr Taillens, privat-docent à l'Université de Lausanne, rapporte dans les *Archives de médecine des Enfants* (no 5) un cas de rougeole remarquable en ce que la température atteignit 43 degrés et que néanmoins l'enfant guérit. Cette rougeole paraissait normale, lorsqu'au second jour de l'éruption, sans complication apparente, la température monta, le soir, en trois heures de 39 degrés à 43 degrés. A mesure que la fièvre s'élevait, les symptômes généraux s'accroissaient : dyspnée, cyanose, soubresauts des tendons, délire violent, langue sèche. Sous l'influence de bains à 34 degrés, la température s'abaisse graduellement et la maladie se termina normalement.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est, d'une part, qu'il s'agissait d'une rougeole normale, car le plus souvent, sinon toujours, l'hyperthermie rubéoleuse est due à une infection surajoutée, et, d'autre part, c'est que la guérison se produisit rapidement et normalement.

On sait, en effet, que les températures très élevées, au-dessus de 42 degrés, sont le plus souvent incompatibles avec la guérison, surtout s'il s'agit de fièvre par infection. Comby, qui a observé plusieurs cas de rougeole ayant dépassé 42 degrés, ajoute que ces cas furent tous mortels.