

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS.

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,  
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,  
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,  
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef  
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XLII

1er JUIN 1913

No 6

## ACTUALITES

### UNE CHAIRE DE PHTISIOThERAPIE A LAVAL, DE MONTREAL

D'où viennent ces tremblantes gouttes?  
Il ne pleut pas, le temps est clair;  
C'est qu'avant de se former toutes,  
Elles étaient déjà dans l'air. (1)

Il y a quelques mois, un citoyen de cette ville qui occupe une position éminente dans le haut commerce, Monsieur Auguste Richard, proposait à l'Université Laval de lui verser une somme de dix mille dollars, dans le but de fonder une chaire de phtisiothérapie à charge, par la Faculté de Médecine, d'en désigner le titulaire, d'en organiser le fonctionnement et d'en défrayer les dépenses à même les revenus de cette somme principale.

L'Université accepta avec reconnaissance ce don magnifique, et la Faculté de Médecine, spontanément et à l'unanimité, désignait aussitôt le titulaire à cette nouvelle chaire: le Dr J. E. Dubé, de Montréal.

Le geste est noble; il mérite d'être signalé à l'attention de tous.

Nous sommes heureux de cette innovation dans l'art de créer, chez nous, car elle indique qu'une mentalité nouvelle va naître et que nous sommes en train de franchir une des étapes les plus importantes de notre vie médico-sociale: la collaboration financière

(1) Sally Prudhomme, "Rosées"

*des citoyens riches et éclairés aux œuvres de haut enseignement et d'éducation populaire.*

Depuis longtemps, quelques esprits progressistes songeaient à la solution pratique de ce problème, vital pour nous Canadiens-français, dont la mortalité par tuberculose s'accroît constamment, lorsqu'un hasard providentiel est venu servir à souhait leurs plus secrets désirs.

Depuis deux ans, *Monsieur Auguste Richard* occupe, avec un rare bonheur, le fauteuil de la présidence au bureau de direction de l'Institut Bruchési dont il est un des fondateurs.

Grâce à ce tact, que tous lui reconnaissent, et à sa grande générosité, il avait su retenir auprès de lui, malgré le pessimisme de certains prophètes, quelques citoyens importants intéressés à cette œuvre dès les premiers jours.

Témoin attristé et douloureusement surpris des misères sans nombre accumulées par cette véritable peste blanche: la contamination de l'ouvrier dans l'atelier humide et privé de lumière, la maladie implacable installée désormais au foyer d'une famille souvent nombreuse et jusque là saine, le chômage fréquent, bientôt l'impotence définitive, enfin la mort à échéance plus ou moins longue du chef de file; une mère atteinte elle-même par la contagion, qui décline rapidement, à cause du travail qu'elle s'impose pour nourrir les orphelins, des privations de toutes sortes qu'elle endure et du mal qui la consume;

" Ce mal qui caché, nous ôte l'embonpoint,  
Qui nous tue à vue d'œil et que l'on ne voit point "

enfin, des enfants privés, comme par accident, de leurs soutiens naturels, héritiers d'une constitution affaiblie quand ils ne sont pas déjà contaminés, qui sont recueillis dans les hospices où ils vont grossir le nombre déjà si grand des déshérités de la vie, ou bien qui s'engagent comme serviteurs dans les familles à l'aise où ils inoculent inconsciemment, par ignorance ou par nécessité, les jeunes poitrines des enfants dont elles ont la garde; témoin, dis-je, de ces scènes pitoyables que le public ignore et qui se répètent fréquemment sous les yeux des médecins dans le dispensaire anti-tuberculeux, il cherchait avec anxiété le moyen de remédier davantage, si possible, à cet état de choses qui menace l'avenir de notre race. Il en causait fréquemment avec ses intimes et ses collaborateurs.

— Sans doute, le dispensaire public, tel que celui de l'Institut Bruchési, comblait déjà une lacune importante, car c'est là que le médecin vient en contact avec les malades, qu'il fait leur éducation en leur donnant des soins intelligents et assidus, et en attirant leur attention sur les meilleurs moyens de se prémunir contre la contagion ou d'empêcher la contamination ; mais cela n'était pas suffisant. Il fallait sceller la consécration officielle de l'enseignement " *contre la tuberculose* " afin d'en assurer la pérennité et de donner le véritable élan dans cette lutte qui se poursuit partout ailleurs, qui a déjà provoqué, ici même, de beaux dévouements et suscité de nobles aspirations.

C'est ainsi, qu'après de mûres réflexions, il fondait cette chaire de phtisiothérapie à Laval.

Nos vœux les plus chers s'accomplissent.

Grâce à la générosité du philanthrope qu'est M. Richard, dont l'esprit si large, si souple, saisit rapidement l'importance de ces questions d'économie sociale, la lutte contre la tuberculose prend un nouvel essor. Elle n'est plus confinée exclusivement au dispensaire où elle fait le bien comme à la dérobee, à l'insu de tous, excepté des humbles et des idéalistes, mais elle monte à la tribune et elle parle d'autorité. Elle prend la direction du mouvement en organisant en quelque sorte la synthèse des initiatives privées que leur isolement condamnerait à l'impuissance et elle assume la réalisation d'une œuvre aussi noble qu'utile, car elle est liée intimement à la prospérité générale du pays, à son essor économique, à sa grandeur.

— Aux pouvoirs publics, elle tracera au fur et à mesure la voie à suivre, les lois à formuler contre l'alcoolisme dont la tuberculose est un des plus douloureux effets, contre le logement insalubre, le taudis, où naissent et meurent tant de victimes, contre le lait infecté qui tuberculise les jeunes enfants et qui les prédispose à succomber au moindre choc.

— Cette chaire nouvelle fera plus encore. Elle groupera, chaque année, tous les étudiants en médecine qu'elle instruira non-seulement au point de vue scientifique mais encore au point de vue social. Elle indiquera les causes, l'évolution, les aspects économiques et sociaux de la maladie, elle leur donnera les meilleurs moyens de la combattre à toutes ses phases, enfin elle formera la mentalité de ces jeunes intelligences en leur enseignant le caté-

chisme des devoirs et des responsabilités du médecin moderne en face des dangers qui menacent la famille et la race. Ces jeunes médecins iront à leur tour dans les différents centres de leur pays où ils continueront la saine propagande d'éducation populaire dont les résultats ont été si encourageants ailleurs.

— Cette fondation aura les plus heureuses conséquences à plusieurs autres points de vue, car elle nous achemine rapidement vers la conception — nette pour un grand nombre — *d'un hôpital pour les tuberculeux indigents.*

Nous ne pourrions pas enrayer ce fléau, surtout dans les classes ouvrières, si nous consentons à laisser vivre au sein des familles nombreuses, dans des logements trop étroits, des tuberculeux qui contaminent leur entourage.

Le problème est posé. Nous souhaitons qu'on puisse le résoudre dans un avenir prochain, car les circonstances favorisent tout particulièrement l'exécution de ce plan.

Quant au titulaire de cette nouvelle chaire, est-il besoin d'exprimer ici notre sentiment ?

Le choix est heureux et nous nous en réjouissons à plus d'un titre.

Depuis quinze ans, mon ami Dubé mène les bons combats avec une ardeur, une sincérité et un succès qui imposent l'admiration et lui gagnent la sympathie de tous les honnêtes gens.

Ce n'est pas le moment de parler de son initiative dans les œuvres sociales de puériculture et autres ; qu'il me suffise de rappeler aujourd'hui l'heureuse influence qu'il a exercée dans la fondation de l'Institut Bruchési et du préventorium de Belœil. Il a su grouper dans un tout homogène des citoyens éclairés, des médecins dévoués et compétents et les admirables Sœurs de la Providence, pour édifier cette œuvre d'assistance à domicile et de consultations externes qui a fait un bien immense et qui a tant contribué à vulgariser dans le public les notions indispensables à connaître sur ce sujet.

A cette école, dirigée avec une science consommée et un dévouement admirable, des jeunes médecins de talent ont acquis une expérience très étendue à cause du grand nombre de malades qui viennent les consulter. Ils sont devenus des disciples avertis et ils forment déjà une véritable pépinière destinée à alimenter le

*dispensaire, la chaire nouvelle et le futur hôpital anti-tuberculeux.*

Cette œuvre magnifique de charité et d'assistance publique jointe à sa longue expérience, à l'étendue de ses connaissances, au bon renom de sa réputation et à l'espoir d'un avenir encore fructueux et toujours brillant le désignait tout naturellement pour occuper ce poste important.

Le prestige de Laval en est rehaussé d'autant et le travail désintéressé reçoit sa juste récompense.

— Mon ami Dubé ne conduira pas seul une besogne aussi lourde.

Il a à ses côtés, depuis les débuts, un collaborateur précieux qui possède au même degré un talent d'organisation remarquable, une science consommée de tout ce qui touche à la tuberculose, de la ponctualité au devoir et la notion nette et précise des besoins du moment et des nécessités de l'avenir. Si j'ajoute, qu'à ces dons rares il joint une ténacité légèrement agressive qui réveille les énergies latentes et force la victoire jusque dans ses derniers retranchements, je n'aurai pas besoin de nommer celui que tous auront reconnu dans ces quelques lignes: *le Dr Eugène Grenier*, ancien élève du professeur Knopf, et le directeur en titre de l'Institut Bruchési.

On ne saurait séparer deux hommes qui se complètent si bien. C'est le verbe et son complément.

— Tels sont les éléments qui composent l'œuvre que le geste de M. Auguste Richard vient d'unifier afin d'en assurer le succès et d'en perpétuer l'influence bienfaisante.

Je le dis bien haut, afin que d'autres grands financiers nous entendent: lorsqu'un homme de cœur, arrivé au faite de la fortune ou des honneurs, a le mérite d'avoir établi une maison de commerce sur des bases telles qu'elles assurent la richesse à ses enfants et qu'elles lui permettent désormais de regarder l'avenir avec sérénité, on comprend qu'il puisse en ressentir un légitime orgueil; mais si, plus tard, cet homme a le rare privilège d'ajouter à son actif une œuvre reconnue d'utilité publique dont l'action bienfaisante continuera de se faire sentir aussi longtemps qu'il y aura un devoir à accomplir et du bien à faire, il doit s'estimer heureux d'avoir vécu sa vie dans toute sa plénitude, et même d'avoir réussi à en prolonger indéfiniment le souffle, car les œuvres de charité sont impérissables comme le souvenir de ceux qui les ont fondées et qui en ont assuré l'existence.

Albert LESAGE.

# CONGRÈS

---

## COMPTE RENDU DE LA PREMIERE CONVENTION

DES

“ GOUTTES DE LAIT ” DE MONTREAL

*Section française.*

---

### PREMIÈRE SÉANCE PUBLIQUE

Le 11 mai 1913, dans les salles du Cercle paroissial de l'Enfant-Jésus, offertes gracieusement par les autorités scolaires, s'ouvrait de la façon la plus solennelle, la première Convention des “ Gouttes de lait,” de Montréal, — et, comme le faisait remarquer son président, M. le Dr Lachapelle, — “ la première du genre peut-être tenue en Amérique.”

#### 1er ORDRE

##### *Bienvenue*

Par le Dr Rouleau, Président du Dispensaire de l'Enfant-Jésus, et Directeur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Dès sept heures et demie, à la foule qui se presse dans la vaste salle, M. le Dr J. Rouleau souhaite la plus cordiale bienvenue.

Au nom de ses collègues du Dispensaire, au nom de la Commission scolaire, au nom du Curé et des fidèles de la paroisse de l'Enfant-Jésus, il remercie du fond du cœur les Conventionnels d'avoir choisi cette dernière comme siège de leurs délibérations.

Il voit dans ce fait, non seulement un honneur pour la paroisse, mais un hommage rendu à tous ceux qui, par leur collaboration intelligente et dévouée, ont contribué à la fondation et au succès de cette première “ Goutte de lait ” paroissiale, à Montréal.

#### 2e ORDRE

##### *Ouverture de la Convention*

Par le Président M. le Dr S. Lachapelle.

Le vieux professeur de pédiatrie à Laval, dans une allocution à la fois pleine d'enthousiasme et de sagesse, où apparaît dans toute sa noblesse le zèle qui, pendant toute sa vie, a été consacré à la cause de l'enfance, dit d'abord, pourquoi la paroisse de l'Enfant-Jésus a été choisie comme siège de la première des "Gouttes de Lait," à Montréal; c'est d'abord parce qu'elle a été la première à comprendre l'utilité de cette œuvre qu'est la "Goutte de Lait," pour combattre la mortalité infantile, et à l'encourager de façon à ce qu'elle fonctionne avec succès; c'est ensuite pour rendre hommage au dévouement et au zèle de ceux qui depuis la première heure, c'est-à-dire depuis trois ans, s'attachent à en démontrer et à en répandre les bienfaits.

La paroisse de l'Enfant-Jésus peut donc être considérée comme le berceau des "Gouttes de Lait" de Montréal.

Après avoir exprimé le vœu qu'une "Goutte de Lait" soit fondée dans chaque paroisse de la ville de Montréal, M. Lachapelle s'applique ensuite à démontrer dans les grandes lignes, ce qu'est une "Goutte de Lait," et quelle est sa raison d'être.

"Créée, dit-il, pour combattre la mortalité infantile, cette institution peut être aujourd'hui considérée comme la plus efficacement connue contre le terrible fléau qui nous menace, nous, en particulier, les Canadiens-Français."

Elle comprend deux opérations dont l'une, la principale, l'essentielle, est l'éducation des mères, soit par les conférences, soit par la consultation au dispensaire des nourrissons une ou plusieurs fois la semaine; la seconde, consiste dans la distribution d'un lait aussi pur que possible.

M. le Dr Lachapelle insiste fortement sur cette école maternelle, école de puériculture qui est le seul moyen de s'attaquer directement à la cause principale des maladies multiples des petits enfants, à savoir: le manque de connaissance chez la mère dans l'élevage des petits nourrissons.

Après ces quelques considérations développées d'une façon aussi éloquente que convainquante, le Président déclare la Convention ouverte.

## 3e ORDRE

*Rapport général des opérations du dispensaire de l'Enfant-Jésus depuis sa fondation,*

par M. le Dr Eugène GAGNON.

M. le Dr Eugène Gagnon rappelant que le dispensaire gratuit de l'Enfant-Jésus n'est en opération que depuis le 5 juillet 1910, montre au moyen de statistiques, qu'il serait très long de rapporter ici en entier, les résultats excellents obtenus sur le taux de la mortalité infantile dans la paroisse, grâce au travail fait par le dispensaire.

Comparant la moyenne des décès pour les années 1910, 1911 et 1912, avec celle des six années précédentes, il donne 45 décès de moins pour chacune des trois dernières années sur les six précédentes, et, en particulier, les décès par gastro-entérite ont été diminués de 32 chaque année. Parmi les enfants âgés de moins de cinq ans, il en est mort 44 de moins que durant la période précédente.

Avant 1910, sur 100 enfants qui naissaient, 14 succombaient à la suite de gastro-entérite, depuis, cette proportion est réduite à huit. Avant 1910 37% des enfants mouraient avant d'avoir atteint l'âge de 5 ans, il n'en meurt plus que 29%. M. Gagnon continue ainsi à prouver par des chiffres consolants que l'œuvre du dispensaire de l'Enfant-Jésus n'a pas été tout à fait stérile.

Il fait remarquer que l'excédent des naissances sur les décès est de 23 par mille de population dans la paroisse, tandis que, pour toute la ville de Montréal, cet excédent n'était que de 16 par mille en 1908 et en 1911; et de 19 par mille à Buenos-Ayres, l'une des villes où l'on meurt le moins.

M. Gagnon explique ensuite l'organisation du dispensaire de l'Enfant-Jésus, le but qu'il poursuit et les moyens qui y sont employés.

Le dispensaire est tout simplement une association entre le curé, les commissaires d'écoles, et la plupart des médecins de la paroisse. Tous n'ont qu'un but: empêcher les petits enfants de mourir. Et comme ceux-ci meurent surtout de troubles gastro-intestinaux, de là la consultation gratuite donnant un service régulier et permanent, et la distribution d'un lait aussi pur que

possible. Enfin comme la consultation ne permet pas d'atteindre toutes les mères, et encore moins les futures mères, des conférences publiques sont données de temps en temps par les médecins du dispensaire.

#### 4e ORDRE

*Rapport complet des opérations de toutes les "Gouttes de Lait" à Montréal,*

*par M. A. CHEVALIER du Bureau de l'Assistance Municipale.*

M. Chevalier fait remarquer que, au cours de l'année 1912, la cité de Montréal a subventionné 26 "Gouttes de Lait."

Sur ce nombre, 16 seulement ont cru devoir profiter de la subvention accordée, les 10 autres étant restées à l'état de projet.

Le montant de chaque subvention a varié entre \$800.00 à \$1400.00. Après la nomenclature de chacune de ces 26 "Gouttes de Lait," avec les détails qui s'y rattachent, M. Chevalier donne un aperçu historique des efforts tentés jusqu'ici dans les principaux pays pour combattre la mortalité infantile.

Dès 1784 en France, Beaumarchais suggéra l'idée, tout à fait moderne, de secourir les mères pauvres allaitant leur enfant, en leur remettant chaque mois une certaine somme d'argent.

Newman rapporte qu'en 1775, dans une certaine province de Finlande, une amende de \$10.00 dût être imposée aux mères, afin de les forcer à nourrir elles-mêmes leurs enfants.

Depuis 1892 existe en France : "La Société pour les mères nourrices," de caractère privé, mais subventionnée par l'Etat. Elle reçoit les femmes dans une maison, les occupe de menus travaux, leur enseigne l'hygiène, les soins du ménage, etc., et après la naissance du bébé, leur accorde une allocation mensuelle.

Il existe en France la Société Mutuelle de Secours maternels, fondée en 1891, et enfin les restaurants fondés par Madame Coulettes, où l'on sert gratuitement deux bons repas par jour aux mères nourrices. La qualification requise étant: qu'elles sont mères et qu'elles ont faim. En Angleterre il existait, en 1910, 92 institutions destinées à l'éducation des mères.

C'est à Fécamp, en France, que fût fondée en 1894 par le Dr Dufour, la première "Goutte de Lait."

Vers la même époque, M. Strauss établissait aux Etats-Unis quelque chose comme une "Goutte de Lait," mais parce qu'il ne s'occupait point de l'éducation des mères, aucun résultat ne fût obtenu.

La première "Goutte de Lait," en Angleterre, fut fondée à St. Helen, Lancashire, en 1899. En somme, dit M. Chevalier, il apparaît assez clairement que, pour enrayer la mortalité infantile, il faut d'abord faire l'éducation des mères présentes et futures, et cela au moyen de conférences, de consultations médicales, de conseils donnés à domicile par des gardes malades, etc., et en outre, il faut obtenir la collaboration de tous les travailleurs sociaux et de tous les philanthropes. La plus grande publicité doit enfin être accordée aux résultats obtenus par les grands journaux.

#### 5e ORDRE

##### *Travail sur les causes et le taux de la mortalité infantile à Montréal,*

*par M. le Dr J. E. LABERGE, médecin en charge du Département  
des Maladies contagieuses.*

Après avoir rappelé que ce sont les découvertes de l'illustre Pasteur qui ont donné l'élan au mouvement hygiénique vraiment pratique des temps modernes, il cite comme exemples les lois de quarantaines si effectives, la fondation d'hôpitaux pour malades contagieux, les sociétés anti-tuberculeuses, l'établissement des départements d'hygiène, l'inspection médicale des écoles, la fondation de "Gouttes de Lait," etc., toutes institutions qui ne sont pas des précautions inutiles parce qu'elles répondent à un besoin urgent.

Passant ensuite aux statistiques relatives à la mortalité infantile à Montréal, il fait défiler une série de tableaux montrant :

1° Que durant la période de 13 années, c'est-à-dire de 1899 à 1911, nous avons perdu le quart des enfants nouveaux-nés ;

2° Que la mortalité des enfants de moins d'un an durant la période qui s'étend de 1877 à 1912 a été une moyenne de 1,000 morts par 100,000 de population ;

3° Que la moyenne de mortalité chez les enfants âgés de moins d'un an, comparée à la mortalité totale a été durant les 13 dernières années de 41.8% ;

4° Que la cause principale de cette mortalité chez les enfants de moins d'une année, est la diarrhée ou gastro-entérite, dans l'énorme proportion de 66.6% ;

5° Que les mois d'été sont les plus meurtriers.

M. Laberge comparant ensuite ces statistiques avec celles de quelques autres centres populeux, constate que pour l'année 1911 Montréal, est, après Calcutta, la ville où les enfants meurent le plus.

Si, dit-il, on excepte Montréal et Calcutta, ces deux villes fameuses par leur mortalité infantile, on constate que la mortalité moyenne dans les autres centres est de 112 par mille de population, tandis qu'à Montréal elle est de 242. Ce qui fait qu'à Montréal, nous avons 130 décès de plus que dans les autres villes du monde entier, que nous enregistrons un décès pour 4 naissances.

Devant ces statistiques effroyables, M. Laberge conclut logiquement qu'il est nécessaire d'agir promptement en s'attaquant à toutes les causes de la mortalité infantile, mais en particulier à la principale, aujourd'hui très connue : la mauvaise alimentation des bébés.

Il faut d'abord, ajoute-t-il, insister auprès des mères sur la nécessité de l'allaitement maternel, et les instruire sur les multiples soins hygiéniques indispensables aux petits enfants, mais il faut aussi mettre tout en œuvre pour procurer à ceux de ces petits êtres qui sont privés de la nourriture maternelle, le meilleur lait possible, c'est-à-dire ne contenant qu'une faible proportion de bactéries, et surtout aucune toxine, c'est là une des saisons d'être de ces nobles entreprises désignées sous le nom de "Gouttes de Lait."

Puissent les pouvoirs publics qui déjà ont fait peu jusqu'à ce jour pour assurer le succès de ces œuvres, s'efforcer, soit par des lois, soit autrement de coopérer à l'enrayement de ce fléau qui menace l'avenir de notre race.

#### 6e ORDRE

##### *La mortalité infantile mondiale.*

par M. le Dr BONNIER, du Bureau Provincial d'hygiène.

Avant d'approfondir les statistiques qu'il va présenter sur la mortalité infantile des différents pays, M. Bonnier constate avec

les orateurs précédents que cette mortalité est chez nous, effrayante et qu'elle menace d'annihiler la grande natalité qui est la caractéristique de notre race et qui fait son orgueil.

C'est, dit-il, cette natalité qui a permis aux 60,000 Canadiens-Français qu'ils étaient lors de la cession à l'Angleterre de se propager et de compter aujourd'hui près de 4,000,000 malgré les conditions de lutte, de misère et de travail qu'ont dû traverser et vaincre nos ancêtres.

L'orateur ne perd pourtant pas l'espérance car, dit-il, nos populations sont encore vivaces; les principes religieux, l'amour du foyer et l'attachement au sol sont encore trop vifs pour que nous ne continuions pas à nous épanouir. Nous ne souffrons pas encore des fléaux qui déciment le vieux continent; les guerres, les épidémies, l'indigence, etc., nous vivons relativement dans l'aisance, notre climat est salubre et l'espace ne manque pas. Nos femmes sont incomparables de dévouement et d'amour maternel.

Nous devons donc nous armer contre la mortalité infantile qui est soumise ici aux mêmes causes qui sont générales à tous pays.

Suit le tableau comparatif pour chaque pays du nombre d'enfants morts de 0 à 7 ans. . . . Moyenne annuelle extraite du total de dix ans et représentée par 1,000 naissances.

Causes générales ordinaires — D'après une enquête faite par MM. Balestre et Gileta, portant sur la période comprise entre 1892 à 1897, il résulte que la mortalité moyenne des enfants au-dessus de 1 an comparée à la mortalité totale est de 16.6%. Dans les villes, elle égale  $\frac{1}{5}$ ,  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{3}$  et même  $\frac{1}{2}$

Sur 100 décès d'enfants de moins de 1 an 28.5 meurent de diarrhée. Celle-ci est plus meurtrière en juillet et août, elle cause à elle seule 60% des cas de mort.

D'après Monat, la gastro-entérite tueait 47% des enfants au sein. Rapprochant ces chiffres de ceux qui sont fournis par la ville de Montréal, il constate que ces derniers sont particulièrement éloquentes puisque sur 1,000 naissances, 250 meurent avant 1 an, que 43.5% meurent de gastro-entérite, etc.

D'un relevé en Angleterre sur les 124,218 enfants de moins de 1 an morts en 1903, nous voyons que la gastro-entérite vient en tête des causes avec 29.5%.

M. Bonnier donne des chiffres qui prouvent que partout les enfants illégitimes meurent plus que les légitimes, que la mortalité

est moindre là où il n'y a pas d'agglomération, que la mortalité infantile est fortement influencée par la misère et l'insalubrité, qu'elle décroît à mesure que l'enfant vieillit de 0 à 1 an.

Il reste acquis que la mortalité infantile d'un pays varie suivant les lieux, les milieux, les mœurs, l'industrie, la prospérité et l'indigence.

#### SEANCE MEDICALE

Lundi, 8 hrs, le 12 mai 1913.

Le Président M. le Dr Lachapelle ouvre la séance par quelques remarques judicieuses sur le succès obtenu par la soirée précédente, et en particulier sur les espérances que celui-ci a fait naître dans l'esprit de tous.

Il exprime sa plus grande satisfaction de voir réunis un si grand nombre de médecins — au delà de 60 — pour travailler à cette œuvre de charité et d'éducation qu'est la "Goutte de Lait."

Cette nombreuse assistance ne l'étonne cependant pas car il sait, pour l'avoir constaté depuis longtemps, que les médecins ne se montrent jamais indifférents ni aux questions d'ordre scientifique, ni à celles d'ordre philanthropique. Or la "Goutte de Lait," son organisation, son succès ont justement pour base à la fois la science et la charité.

Il remarque dans l'assemblée un certain nombre de vieux praticiens comme lui-même, mais il constate que ce sont surtout des jeunes, ses élèves, pour la plupart, qui sont venus offrir leurs efforts et leur énergie à la grande cause qui fait l'objet de cette convention.

#### 1er ORDRE

##### *Discussion des rapports donnés la veille.*

M. le Dr Raoul Masson, fait remarquer que le travail de M. Gagnon, fait d'ailleurs d'une façon admirable, est une compilation de statistiques, et qu'il ne croit pas qu'il puisse être l'objet de discussion. Il propose donc que ce rapport soit adopté.

Adopté à l'unanimité.

Sur la demande du Président M. A. Chevalier résume pour les besoins de la discussion quelques-unes des opinions qu'il a émises

dans son travail de la veille, et entre autres la suivante: " que les " Gouttes de Lait," ou consultations de nourrissons devraient toujours être d'initiative privée."

Il rappelle que dans certaines villes ces institutions sont tout à fait sous le contrôle absolu des autorités municipales, ces institutions ne donnent aucun résultat, justement parce que les personnes charitables qui en sont l'âme, comme les médecins, le curé, s'en désintéresseront.

Une autre question sur laquelle M. Chevalier désire attirer l'attention des membres de la Convention est la suivante:

Est-il préférable qu'une " Goutte de Lait " soit en opération toute l'année ou seulement pendant les mois d'été ?

En réponse à cette dernière question M. le Dr Lussier, médecin en chef de la ville de Maisonneuve, fait observer que dans cette dernière ville depuis le mois de janvier, 48 enfants sont morts de gastro-entérite, chiffre qui, d'après lui est suffisant pour justifier le fonctionnement permanent d'une " Goutte de Lait."

M. le Dr Décarie, Président de la Société Médicale de Montréal, croit qu'il y a une distinction à faire entre les œuvres purement charitables et les œuvres d'utilité nationale.

Quand il s'agit, dit-il, simplement de faire la charité, qu'on la fasse d'une façon cachée par des œuvres paroissiales ou autres, c'est très bien, mais lorsqu'il s'agit d'œuvres nationales et surtout de celles en rapport avec la mortalité infantile dans la nation canadienne-française, la position est différente. Il se demande si, tout en sollicitant l'initiative privée des différentes paroisses en vue du bien-être des enfants de chacune d'elles, il n'y aurait pas avantage à placer cette initiative sous la direction d'un corps central relevant du pouvoir municipal.

En somme M. Décarie se déclare en faveur, pour les " Gouttes de Lait," d'organisation avec direction locale ou paroissiale, mais relevant toutes d'un pouvoir unique, afin d'arriver à leur donner une marche uniforme et de permettre aux officiers municipaux de présenter des statistiques absolument sérieuses.

Le Président M. S. Lachapelle ajoute qu'il serait avantageux pour la ville de Montréal, de dédoubler son service de santé et d'avoir un département uniquement consacré à l'enfant.

M. le Dr Rivet, professeur de Chimie à l'Université Laval, ne partage pas l'opinion de mettre toutes les " Gouttes de Lait " sous

le contrôle des autorités municipales. Il croit que cette espèce de bureaucratie aurait pour effet de ralentir, de paralyser même l'initiative et le travail particulier des médecins ou autres organisations des "Gouttes de Lait," justement parce que ceux-ci n'auraient plus conscience que l'œuvre dépend d'eux, de leurs efforts et de leur zèle.

M. le Dr Garceau, échevin de la ville de Montréal, déclare que pour lui, il n'y a aucun doute que l'organisation des "Gouttes de Lait" doit être laissée à l'initiative privée, mais il croit aussi que l'autorité publique doit dans ce cas-ci venir en aide à l'initiative privée, non pas, dit-il, en se prévalant de son autorité, mais en l'encourageant par des subsides et par des conseils.

Au sujet de la permanence des "Gouttes de Lait," M. J. Décarie dit que, vû les ressources limitées qui sont généralement à notre disposition la consultation seule devrait être permanente, et la distribution du lait n'être faite que durant les mois d'été, y compris le mois de juin qui, sans être généralement un mois de chaleur excessive, permettrait de faire l'éducation des mères pour les mois suivants.

Et à ce propos, il verrait avec plaisir les autorités municipales accorder une rénumération légère pour l'organisation d'un service permanent de conférences instructives aux mères et aux futures mères.

Après cette longue mais intéressante discussion, sur proposition du président, les travaux de MM. Laberge et Bonnier sont adoptés à l'unanimité.

## 2e ORDRE

*La discussion conduite par M. le Dr Raoul Masson, médecin de l'Hôpital Ste-Justine, est ouverte sur les sujets suivants :*

- (a). La "Goutte de Lait" est-elle désirable ?
- (b) Est-elle possible sans contrôle médical ?
- (c) Les consultations doivent-elles être gratuites pour tout le monde indistinctivement ?

La première ne rencontrant aucune objection, M. R. Masson fait judicieusement remarquer que le nombre considérable des médecins présents est une preuve suffisante que la "Goutte de Lait" est non seulement désirable, mais nécessaire.

Il déclare donc cette première question résolue.

Passant à la seconde question, M. Masson explique ce qu'il entend par "Goutte de lait" sans contrôle médical, c'est, dit-il, une distribution de lait sans consultation de médecin.

Le président se charge de répondre à cette seconde question en disant qu'on ne saurait entretenir de doute sur la nécessité d'une direction médicale dans toute "Goutte de Lait," puisque, ajoute-t-il, celle-ci est une création essentiellement médicale, puisque, des deux opérations qui la composent, la seule essentielle, comme disait le professeur Budin dans ses magistrales leçons, c'est la consultation.

D'ailleurs MM. Variot et Dufour, ce dernier fondateur de la première organisation de ce genre en France, n'ont-ils pas répété que dans leur idée, la "Goutte de Lait," devrait être avant tout une école de puériculture, c'est-à-dire une école ayant pour but d'enseigner aux mères à élever leurs nourrissons.

Or, non seulement les fondateurs de la "Goutte de Lait," à Montréal se sont inspirés de cette idée, mais comprenant, en outre, que le premier devoir d'une "Goutte de Lait" est de prêcher l'allaitement maternel, ils ne pouvaient qu'admettre la nécessité absolue d'un contrôle médical dans chacune de ces organisations.

M. J. Décarie qui déclare partager absolument l'opinion du Président sur la seconde question s'applique ensuite à répondre à la troisième qui est la suivante: "Les consultations doivent-elles être gratuites pour tout le monde instinctivement?"

Considérant, dit-il, que les médecins du dispensaire font là une œuvre d'intérêt public et qu'ils y passent un temps précieux, ils devraient en retour, recevoir une certaine rémunération mais donner leurs consultations à tout le monde instinctivement et gratuitement; quant au lait distribué, il doit être payé par les riches.

M. le Dr Rivet, de son côté, considère que ce serait une injustice à faire aux médecins de famille, que de donner gratuitement la consultation à ceux qui sont capables de payer.

Il ne voit aucun inconvénient à ce que le lait soit délivré à ceux-ci sur prescription du médecin de famille, et que le contrôle de leur alimentation soit laissé entièrement à ce dernier.

M. le Dr Gagnon croit comme M. Décarie que le médecin du dispensaire devrait avoir le contrôle absolu du régime de tous les enfants qui s'y présentent, tout en admettant cependant que la

chose serait susceptible de faire perdre quelques revenus aux médecins de famille, mais en face du mal à combattre, dit-il, ceux-ci devraient en faire le sacrifice.

M. le Dr E. Asselin, professeur d'électrothérapie à l'Université Laval, se déclare de l'opinion de M. Rivet, et ajoute, que dans une "Goutte de Lait," il y a la distribution du lait et la consultation, et il ne devrait pas être indispensable pour avoir du lait de consulter le médecin qui s'y trouve. Si cela ne convient pas à la statistique telle qu'on la désire, tant pis.

Le Président, MM. Dubé, Rivet, Archambault, Garceau, Asselin, Poissant, Laberge, qui, suivant la spirituelle remarque du Dr DeGrandpré, sont tous d'avis que l'on peut soigner les bébés sans faire mourir les médecins, semblent à peu près d'accord pour accepter les points suivants :

Que la consultation doit se faire gratuitement pour tous ceux qui viennent la demander, et que la distribution du lait moyennant finance, sur prescription du médecin de famille, ne peut être refusée, sans blesser les droits de ce dernier, et sans priver une partie considérable de la population des bienfaits d'une "Goutte de Lait," car remarque M. Dubé, s'il est facile d'établir le contrôle du lait, dans les institutions de ce genre, il ne l'est pas autant, à domicile et les clients à l'aise peuvent sûrement en payant, profiter de cet avantage, sans nuire aux clients pauvres, sans nuire à l'établissement d'une bonne statistique, ajoute M. DeGrandpré, sans partager les subsides accordés exclusivement aux pauvres par la cité de Montréal, déclare M. Asselin.

Le rapporteur M. R. Masson, veut bien admettre cette opinion quasi unanime de l'assemblée, mais il croit qu'elle ne règle pas tout à fait la difficulté. Comme il tient à ce que la statistique de toutes les opérations d'une "Goutte de Lait" soit parfaite, il suggère que l'on oblige les médecins qui envoient leurs clients s'approvisionner de lait au Dépôt, à tenir eux-mêmes les statistiques de ces clients sur des cartes fournies par le dispensaire, et à faire rapport de temps en temps. Pour résumer ce qui précède M. Masson présente le vœu suivant :

"Attendu qu'il est admis que les clients externes peuvent être autorisés, moyennant une juste rétribution et sur ordonnance d'un médecin, à se procurer à l'une ou l'autre des différentes "Gouttes de Lait," établies dans la ville de Montréal."

Je suggère que les statistiques des "Gouttes de Lait" soient divisées en deux parties distinctes :

1° Statistiques des clients internes, étant sous le contrôle d'un médecin des "Gouttes de Lait," statistiques qui répondent à toutes les questions de formules uniformes à toutes les "Gouttes de Lait."

2° Statistiques des clients externes sous le contrôle de leur médecin particulier, répondant aux questions suivantes : Nom, âge, adresse du client, quantité de lait vendue chaque jour, nom et adresse du médecin traitant.

En réponse à la question : Les consultations doivent-elles être gratuites pour tout le monde indistinctivement ?

Je propose la gratuité de toutes les consultations, du moins pour le moment.

### 3e SEANCE

(*Séance publique*)

Mardi, 13 mai 1913.

Le Président après avoir exprimé toute sa satisfaction pour le succès obtenu jusqu'ici par la Convention, donne lecture d'un travail très documenté sur l'allaitement maternel.

Rappelant dès le début ces paroles de Pinard : " Que la mortalité infantile est quatre fois moins considérable chez les enfants nourris par leurs mères," il déclare donc que l'allaitement maternel représente une grande économie de nourrissons, et que partout notre premier devoir à tous, est de combattre cet abandon grandissant d'une loi naturelle, de l'observation de laquelle dépendent et la vie de l'enfant et la santé de la mère.

Passant ensuite aux causes qui semblent inviter davantage les mères à l'inobservance de cette loi, il cite :

1° La vanité ;

2° La crainte, cause la plus fréquente peut-être chez nous ; le moindre trouble de santé étant un prétexte donné par la mère et accepté souvent trop volontiers par le médecin ;

3° Les menstruations pendant l'allaitement. Or, il est prouvé que 40% des mères ont leur menstruation régulière pendant qu'elles nourrissent, ce ne peut donc être là une raison suffisante.

La santé de la mère non seulement n'est pas affaiblie par l'allaitement maternel, mais au contraire, comme les lois de la nature ne sont pas violées impunément, si elle ne nourrit pas son enfant, elle compromet à la fois la santé de celui-ci et la sienne propre.

M. Lachapelle donne ensuite quelques préceptes de puériculture qu'il verrait avec plaisir afficher en gros caractères dans chacune des "Gouttes de Lait," et dont nous citons quelques-uns :

MÈRES :

1° Voulez-vous avoir un enfant qui se développe normalement ?  
NOURRISSEZ-LE.

2° Voulez-vous avoir un enfant d'une taille plus élevée ?  
NOURRISSEZ-LE.

3° Voulez-vous avoir un enfant moins exposé à la maladie et plus fort ? NOURRISSEZ-LE.

4° Voulez-vous jouir vous-mêmes d'une meilleure santé ?  
NOURRISSEZ VOTRE ENFANT.

Il termine par une description des soins généraux et locaux qu'exige l'allaitement maternel, et en particulier le sevrage. Celui-ci étant une opération grave, puisque dépend de lui la vie de l'enfant, il faut le préparer longtemps à l'avance.

Les soins qui concernent la mère sont entre autres, l'exercice modéré, alimentation riche, soins de la peau, entourage d'affection et de tendresse, repos prolongé après la maladie.

Les soins locaux ont surtout pour but de prévenir et de guérir les maladies du sein, telles que fissures, crevasses, etc., qui empêchent l'allaitement maternel dans une proportion de 20%.

Le sevrage est une seconde opération délicate qui ne doit jamais avoir lieu quand l'enfant est malade, ou pendant les chaleurs de l'été.

Enfin M. Lachapelle demande à la Convention d'émettre le vœu suivant :

"Les pouvoirs publics, les sociétés d'assistance de l'enfant, particulièrement toutes les organisations de "Gouttes de Lait," toutes les autorités d'influence dirigeante, sont priés de prendre toutes les dispositions possibles pour réhabiliter l'allaitement maternel, dont l'abandon grandissant est la principale cause de la mortalité infantile."

## L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

Par M. le Dr J. A. LEDUC,

*professeur agrégé à l'Université Laval.*

Dans un travail très documenté, le jeune et brillant professeur nous parle de l'allaitement artificiel.

Il dit, en substance, que dès la naissance l'allaitement maternel prime toutes autres sortes d'alimentation.

Que l'allaitement artificiel est un mal social qu'il faut subir, mais dont on doit chercher à atténuer les mauvais effets.

Qu'à défaut d'allaitement maternel, l'on doit donner la préférence au lait cru recueilli antiseptiquement; mais que cette méthode étant impraticable dans une ville comme Montréal, il vaut mieux avoir recours au lait stérilisé.

Que dans Montréal, de tous les laits stérilisés, celui fourni industriellement par un établissement offrant toutes les garanties possibles, est celui que nous devons prescrire le plus souvent.

Que le moyen le plus simple pour le rendre digestible est le coupage par l'eau sucrée.

Que les laits modifiés ou corrigés ne doivent être employés que là où le lait stérilisé ne peut plus rien faire, et que ces laits ne sont bons que pour lancer un enfant souffrant, et que leur emploi ne peut être prolongé que quelque temps, sous peine de voir apparaître de l'intolérance digestive, et des accidents de nutrition.

En terminant le Dr Leduc dit : que nous sommes portés à donner trop de lait aux nourrissons.

## ETUDE DU LAIT

Par M. le Dr EL. GAGNON,

*professeur agrégé de l'Université Laval.*

M. Gagon dit, en résumé que parler du lait semble une chose bien banale, et que c'est cela, peut-être, qu'on oublie trop souvent; que l'animal qui produit le lait peut être malade; que celui-ci est un aliment périssable, et qu'enfin pour le conserver il faut bien en connaître les moyens.

Après avoir rappelé que dans ce pays après le lait maternel, c'est le lait de vache, qui est le plus employé pour l'alimentation

du nourrisson, il ajoute qu'une vache peut être une excellente laitière et cependant avoir des maladies qui rendent son lait dangereux; il s'étend ensuite sur les soins à donner au troupeau, et en particulier sur la nourriture qui doit être abondante et saine, de même que l'eau.

Il condamne les puits artésiens creusés dans le sous-sol des étales, les auges communs, etc.

Quant aux moyens de conserver le lait M. Gagnon dit qu'à moins d'un luxe de précautions qui le rend excessivement dispendieux, on ne saurait obtenir un lait parfait, cependant, ajoute-t-il, avec de la grande propreté on peut obtenir un lait convenable.

M. Gagnon déplore avec tous l'excessive fréquence de la tuberculose chez la vache (50%), et dit qu'elle constitue un danger constant pour l'enfant.

Il passe ensuite à la constitution chimique du lait chez la femme, la chèvre, la vache et l'ânesse, et fait ressortir les propriétés qui caractérisent chacun d'eux, il explique comment se fait sa contamination par les différentes bactéries, et comment enfin il nous est encore possible malgré tout de lui rendre à nouveau sa stérilité, pourvu que cette stérilisation ait lieu sur le lieu de production, c'est-à-dire immédiatement après la traite.

En terminant M. Gagnon donne de son travail, les conclusions suivantes :

1° Que le lait aseptique coûte trop cher, et ne présente pas d'avantages spéciaux, et que le lait cru septique du commerce doit être proscrit.

2° Que le lait stérilisé à l'autoclave à 110° centigrade, n'est pas indigeste, qu'il n'a pas perdu ses qualités nutritives, se manipule facilement et n'engendre ni rachitisme, ni scorbut;

3° Que le lait homogénéisé-stérilisé corrige certains défauts du lait simplement stérilisé, se digère peut-être plus facilement et il semblerait qu'il doive supplanter à brève échéance les autres modes de préparation du lait.

#### 4e ORDRE

*Comment devrait être comprise la réglementation de la vente et de la distribution du lait dans une ville,*

par M. le Dr J. H. GARCEAU, *échevin de Montréal.*

Pour répondre à cette question, M. Garceau n'a cru mieux faire que de donner lecture du règlement municipal projeté, concernant

la vente et la distribution du lait dans la ville de Montréal, règlement dont il est lui-même un des principaux collaborateurs, et qui, vu et revu à plusieurs reprises, attend depuis longtemps déjà, la sanction du conseil de notre ville.

Ce règlement se rapporte à trois sujets principaux: la production, le transport et la distribution, et a pour but d'obtenir un lait pur, sain et propre.

Pour ce qui a rapport au troupeau, il exige que celui-ci soit sain, que les étables soient bien entretenues, et bien éclairées, qu'elles aient un cubage d'air suffisant et un approvisionnement d'eau saine et non contaminée.

Il voit à ce que des précautions toutes particulières soient prises concernant la laiterie, la traite, le personnel, les ustensiles, le refroidissement du lait, etc.

Pour obvier aux nombreux abus et inconvénients du transport, le règlement exige que les bidons de lait soient scellés et transportés dans des chambres froides, que la distribution se fasse dans des bouteilles stérilisées, et qu'enfin aucune manipulation ne transvasement du lait n'aient lieu en dehors de la laiterie.

M. Garceau conclut, et rencontre en cela l'assentiment général de la Convention, qu'il est du devoir des autorités municipales d'aller directement à la source du mal en adoptant un tel règlement, lequel tend à empêcher toute cause de contamination dans la production du lait, et de le faire parvenir aux consommateurs dans les meilleures conditions de pureté.

### 5e ORDRE

#### *Fonctionnement d'un laboratoire municipal,*

par M. le Dr LUSSIER,

*chef du Bureau de Santé de la ville de Maisonneuve.*

Comme on est forcé, dit-il, de donner aux enfants qui ne peuvent être nourris par leurs mères, du lait de vache et que, en plus ce lait ne parvient aux consommateurs qu'après avoir subi une série de manipulations de nature à en diminuer la valeur nutritive, nous avons cru à Maisonneuve, que la meilleure solution de cet inconvénient était de faire la stérilisation au laboratoire municipal et d'engager tous les citoyens à s'y approvisionner.

Ce laboratoire comprend un département spécial pour les ana-

lyses bactériologiques de toutes sortes, mais en particulier du lait.

M. Lussier ajoute que malheureusement il n'existe pas encore dans sa ville de dispensaire ou consultations de nourrissons, mais il se charge de représenter les bienfaits d'une telle institution aux autorités de Maisonneuve, et nul doute que celles-ci se rendront volontiers à une demande aussi légitime et aussi nécessaire.

A la suite de ce travail, *M. le Dr Beaudoin, médecin-hygiéniste*, de la ville de Lachine, désire offrir ses félicitations à M. Lussier d'abord pour son magnifique travail, et les idées tout à fait pratiques qu'il y préconise, mais encore à la municipalité qu'il représente pour le souci qu'elle montre de la santé de ses citoyens au point de leur procurer l'avantage d'un laboratoire.

Parlant ensuite de la ville de Lachine, il explique comment les autorités ont cru devoir s'y prendre pour arriver à contrôler la production et la vente du lait. Elles ont pensé, dit-il, qu'en faisant analyser souvent le lait fourni par les divers laitiers et en donnant au résultat de chacune de ces analyses la plus grande publicité possible, elles se trouveraient par le fait même à annoncer le meilleur lait, et à forcer les mauvais laitiers à s'amender ou à perdre leur clientèle.

*M. le Dr C. H. Baril, professeur de chimie biologique*, à l'Université Laval, succède ensuite à M. Beaudoin, et démontre que si l'analyse du lait au point de vue bactériologique est absolument nécessaire pour contrôler la valeur d'un lait, l'analyse chimique n'est pas moins également nécessaire, car à part les substances dites antiseptiques qui peuvent s'y rencontrer il y a les toxines microbiennes qui dans une faible proportion sont souvent mortelles.

Comme conclusion des travaux de MM. Garceau et Lussier, ainsi qu'à la discussion qu'ils ont provoquée, M. J. E. Laberge émet le vœu suivant, accepté par toute l'assemblée :

Vu le taux exagéré de la mortalité infantile à Montréal, 242 morts par 1,000 naissances, mortalité qui dépasse de 130 par 1,000 la moyenne de décès de la première année dans les autres villes du monde entier, je sou mets respectueusement à cette assemblée les quatre vœux suivants :

1° Qu'il est désirable que la ville de Montréal ait des labora-

toires de bactériologie et de chimie bien installés, bien outillés et bien dirigés pour faire de nombreuses analyses du lait, mis en vente à Montréal, que ces analyses soient faites tous les jours de l'année afin de connaître les laitiers malpropres et afin de débarrasser la ville de ces empoisonneurs des petits enfants.

2° Qu'une inspection plus complète des fermes et des laiteries soit faite pour assurer à notre population un lait plus pur obtenu dans des conditions de propreté plus minutieuse et gardé à une température convenable pour en assurer sa conservation; ce desideratum ne peut être obtenu que par l'éducation du fermier, éducation faite chez lui par des leçons de choses données par des inspecteurs compétents.

3° Qu'il est également très désirable qu'une inspection des logis très complète soit organisée avec établissement du casier sanitaire de chaque maison, et ce, dans le but d'empêcher la surpopulation des logis, l'occupation des chambres noires et afin d'empêcher qu'un logis négligé devienne une nuisance, un foyer de contagion, enfin une cause de mort.

4° Enfin, qu'il est désirable que le projet de règlement municipal maintenant terminé, révisé, corrigé, etc., etc., soit adopté par le conseil le plus tôt possible et ait force de loi dans un avenir rapproché.

## 6e ORDRE

### *Comment organiser une "Goutte de Lait."*

par MM. J. ROULEAU et J. E. DUBÉ.

M. Rouleau, gouverneur du Collège des Médecins et médecin hygiéniste, nous dit d'abord que d'après Jonart, pour créer une consultation de nourrissons ou "Goutte de Lait," trois choses suffisent: le local, une balance et le dévouement d'un médecin.

Dans la paroisse de l'Enfant-Jésus, dit-il, grâce à la générosité des autorités scolaires, nous disposons dans une de leurs écoles, d'une salle magnifique, et nous croyons que toutes les municipalités scolaires pourraient faire la même chose. Le matériel consiste en une balance pèse-bébés qui coûte très bon marché. Notre système d'enregistrement consiste dans une série de trois cartes dont la première comporte le questionnaire, sur la seconde sont

consignées toutes les remarques concernant l'enfant, et celle-ci doit être mise à chaque consultation devant le médecin, enfin la troisième contient le nom, l'adresse, l'enregistrement de la pesée de chaque semaine, le régime suivi et les remarques faites à la mère. Au verso de cette dernière se trouve une série de conseils pratiques pour la mère.

Le pesée et la mensuration sont faites par une garde-malade; laquelle remplit partiellement les cartes contrôlées ensuite par le médecin.

Quant à l'organisation médicale, M. Rouleau fait remarquer que le dispensaire de l'Enfant-Jésus étant une œuvre exclusivement paroissiale, tous les médecins de la paroisse ont été appelés à y contribuer.

Le dispensaire est ouvert toute l'année, et le service est quotidien pendant les mois de l'été, les médecins faisant le service à tour de rôle.

Tous les enfants de moins d'une année qui se présentent sont admis et à part les conseils généraux, le traitement se limite aux affections d'origine alimentaire ou troubles gastro-intestinaux.

Une statistique spéciale est tenue par la garde-malade pour les enfants pour lesquels on vient chercher du lait sans consultation.

La méthode de distribution du lait est celle suivie par Variot en France, c'est-à-dire que la mère est elle-même chargée du dosage et du coupage du lait, etc., d'après les conseils du médecin traitant.

Le lait distribué est le lait "Laurentia," lait homogénéisé et stérilisé à l'autoclave. Il est employé sous la forme ordinaire et sous une forme spéciale, dite: "lait maternisé."

Il est enfin donné gratuitement aux pauvres et délivré au prix coûtant à ceux qui peuvent payer.

En terminant M. Rouleau déclare que grâce aux subsides accordés par la Cité de Montréal, à toute "Goutte de Lait" qui en fait la demande, une organisation de ce genre devrait fonctionner dans chaque paroisse, et ne craint pas d'affirmer qu'en faisant ainsi, avant dix ans le problème de la mortalité sera résolu.

M. le Dr Dubé, professeur de phtisiothérapie à l'Université Laval, succédant à l'orateur précédent pour parler du même sujet, dit que pour organiser un "Goutte de Lait," pour arriver à un résultat pratique et hâtif, il faut absolument avoir la collaboration

de toutes les classes dirigeantes d'un quartier, d'une paroisse, petite ville, municipalité ou autre, et en particulier celle du curé et des médecins.

Le curé, tous les dimanches, du haut de la chaire où seul il a droit de parler, et où tout le monde écoute, pourra facilement convaincre les mères de famille qu'elles sont obligées de travailler à empêcher leur petit enfant de mourir.

On dit qu'il est immoral d'avoir une mortalité aussi élevée que la nôtre; eh bien! le curé, parce qu'il est le gardien moral de sa paroisse, est obligé de s'occuper de cette question.

Maintenant si le curé est le gardien moral de sa paroisse, le médecin lui, en est le gardien sanitaire, et s'il ne remplit pas cette fonction, il manque à son devoir.

Donc, curés et médecins sont liés par une obligation morale à cette œuvre si importante: "*La Goutte de Lait.*"

Le curé, en outre, comme président de la commission scolaire, peut obtenir de celle-ci sa collaboration qui consistera par exemple, comme dans la paroisse qui nous donne en ce moment l'hospitalité, dans le local, le chauffage, l'éclairage, etc., toutes choses très importantes, et qui coûtent cher.

Enfin, le curé qui mieux que personne connaît la statistique de la mortalité dans sa paroisse, s'il veut établir une "Goutte de Lait," n'a qu'à faire appel aux médecins de sa paroisse, en leur exposant la situation, et il est certain de rencontrer chez eux une collaboration toute dévouée.

M. Dubé insiste sur la nécessité de compléter l'œuvre du dispensaire par des conférences hygiéniques, et désirerait fortement qu'un système de conférences instructives soit organisé pour toute la ville.

La "Goutte de Lait" doit être située autant que possible dans le centre de la paroisse, et si celle-ci est trop grande, il vaut mieux en fonder deux.

L'aide nécessaire aux "Gouttes de Lait" peut venir des différentes sociétés paroissiales, des journaux qui, suivant M. Dubé, devraient accorder à la fois plus d'attention et plus d'espaces aux choses de l'hygiène, enfin des pouvoirs publics.

Il profite de l'occasion pour féliciter la ville de Montréal de ce qu'elle a fait jusqu'ici pour l'œuvre de la "Goutte de Lait," en particulier des subsides qu'elle a accordés si généreusement, mais

elle devrait faire encore davantage, par exemple, en adoptant le casier sanitaire recommandé par le Dr J. E. Laberge, et en donnant une sanction au nouveau règlement d'hygiène municipale.

Quelques vœux sont ensuite émis par la Convention dont le suivant présenté par M. le Dr Bourgouin :

Que comme complément des "Gouttes de Lait," la Convention considère non seulement comme opportun, mais comme nécessaire qu'une organisation de conférences publiques, sous la direction médicale soit établie pour toute la ville.

M. le Dr Garceau désire que la Convention profite des bonnes dispositions du Dr E. P. Lachapelle, commissaire de la ville de Montréal, pour obtenir l'argent nécessaire à ces conférences.

M. le Dr Masson propose que cette Convention se change l'an prochain en un grand Congrès annuel des "Gouttes de Lait," et que les médecins du Canada et même de l'étranger y soient invités.

M. le Dr S. Lachapelle propose que le Comité soit chargé d'aller présenter les vœux de cette Convention aux commissaires de la Ville de Montréal.

M. le Dr Dubé suggère la fondation d'une société de pédiatrie.

La Convention désire que son Comité actif constitue le Comité permanent des "Gouttes de Lait," à Montréal, Section Française.

La Convention enfin recommande fortement l'emploi du lait stérilisé, et, s'appuyant sur le résultat des travaux qui y ont été présentés, considère que dans la saison des chaleurs, souvent le lait homogénéisé a son indication.

#### CLOTURE DES SÉANCES DE LA CONVENTION

M. le Dr Rouleau, président de la "Goutte de Lait" de la paroisse de l'Enfant-Jésus, croit devoir se faire l'écho des officiers de la "Goutte de Lait" de cette paroisse pour remercier les organisateurs de la Convention d'avoir choisi celle-ci comme siège de ses délibérations.

M. le chanoine Lepailleur, curé de la paroisse de l'Enfant-Jésus, clôt cette dernière séance de la Convention, par une allocution pleine de conseils marqués au coin de la plus belle et de la plus généreuse charité chrétienne.

Il offre son presbytère et les salles d'école de sa paroisse aux médecins qui désirent, soit par des conférences, soit par des con-

grès, etc., travailler à la solution de ce grand problème de la mortalité infantile.

Il déclare qu'au cours des multiples réunions qu'a nécessitées l'organisation de cette Convention et auxquelles il a participé dans le mesure de ses forces, il a senti que les prêtres et les médecins devraient se voir plus souvent, qu'ils devraient être des amis, et travailler toujours de concert dans la réalisation de ces œuvres de charité et de philanthropie.

Lorsque, ajoute-t-il, après ces réunions, je rentrais très tard à mon presbytère, je ne pouvais m'empêcher de dire :

“ Seigneur, bénissez ces hommes du monde, et faites qu'ils soient chrétiens dans leur vie sociale comme dans leur vie individuelle.”

“ Signé ” Dr WILFRID DEROME,  
*Secrétaire des séances.*

Dr ED. DUFRESNE,  
*Secrétaire général*

---

## REVUE GENERALE

---

### LES APPENDICITES HEMATOGENES ET L'ALIMENTATION MICROBIENNE PAR L'APPENDICITE (1)

Par Chs RICHET, fils, de Paris.

Par là s'explique, croyons-nous, la fréquence avec laquelle on trouve exclusivement les anaérobies intestinaux et le colibacille dans le pus des appendicites d'origine sanguine. Ainsi 2 fois dans le pus appendiculaire de deux malades opérées appendicites hémotogènes, nous n'avons constaté que des bacilles strictement intestinaux. Une observation toute récente de Poynton (F. J.) et Paine est venue confirmer ce fait.

Il s'agissait d'une jeune fille de 15 ans qui fit une attaque d'appendicite au cours d'une angine. Les cultures des sérosités amygdalienne et appendiculaire donnèrent un streptodiplocoque. Sur les coupes de l'appendice on constate, dans les couches muqueuse, sous-muqueuse et sous-séreuse ce streptodiplocoque, d'origine sanguine; dans les régions nécrosées au contraire on constate le colibacille évidemment d'origine intestinale.

L'observation de Letulle est comparable. Il s'agissait d'un

(1) Voir la première partie dans l'*Union Médicale du Canada*, Avril 1913, page 208.

malade chez qui on constata anatomiquement, l'existence d'une poussée aiguë appendiculaire — vraisemblablement d'origine intestinale — et une appendicite tuberculeuse qui nous semble dépendre de l'infection sanguine.

Certes, à côté de ces appendicites secondaires à une maladie générale, il est des appendicites d'origine directement intestinale; dans l'entérite amibienne, par exemple, qui est le type des entérites d'origine digestive, Hoppe Seyler et Le Roy des Barres, l'ont signalée, mais ce sont les cas d'exception. Dans les gastro-entérites aiguës du nouveau-né, où quoi qu'on en ait dit, il y a à côté du facteur intoxication, un facteur infection indéniable, qui, pour être secondaire à l'intoxication et sous sa dépendance n'en existe pas moins, il n'y a jamais appendicite — dans les gastro-entérites aiguës de l'adulte, d'origine digestive, même quand l'infection intestinale est maxima, l'appendicite est exceptionnelle. Ce n'est pas à dire cependant que dans l'association si fréquente, appendicite et entérocolite, l'appendicite ne soit venue souvent compliquer l'entérocolite; bien des auteurs en ont publié de multiples observations; mais plus souvent croyons-nous, la succession des faits est inverse et dans les trois cas d'association d'appendicite (contrôlée à l'opération) et d'entérocolite glaireuse ou muco-membraneuse que nous avons pu étudier, la filiation des accidents a été la suivante:

Septicémie.

Appendicite.

Entérocolite.

Cependant malgré que parfois l'appendicite soit d'origine directement digestive, malgré que l'inflammation des parois intestinales puisse gagner directement par continuité les parois appendiculaires constituant ainsi une appendicite par propagation pariétale, malgré que l'appendicite puisse être d'origine lymphatique, la majorité des cas d'appendicite relève de l'infection sanguine.

Cette appendicite hémotagène affecte-t-elle une forme clinique spéciale? Non.

Nous avons vu que parfois elle pouvait prendre le type d'appendicite toxique.

Un des plus beaux exemples est celui que nous citons de cet adolescent qui, à la suite d'une septicémie mal déterminée, fait

une localisation appendiculaire, évoluant au bout de trois jours vers une forme hypertoxique avec insuffisance hépatique.

Chez d'autres malades, la septicémie détermine l'apparition d'une appendicite gangréneuse ou perforante. C'est le cas de certaines appendicites observées au cours des angines (Kretz) de la scarlatine (Kauffmann) de la rougeole (Mad. Schoumsky) de la pneumonie (Lesné et Marre) de la paratyphoïde (Widal) peut-être l'observation de Gambetta, citée par Tripier et Paviot, rentre-t-elle dans ce cadre. On doit également y ranger un certain nombre d'appendicites tuberculeuses (observations de Letulle, de Mosher, de Karewski, de Petit, etc.)

Beaucoup d'appendicites survenues au cours d'angines et d'appendicites grippales peuvent rentrer dans ce même groupe. En général cependant, la grippe détermine, surtout à une première attaque, l'appendicite suppurée ordinaire, sans perforation. La plupart des observations de Merklen, de Gagnière, de Faisans et des nôtres ont trait à de telles appendicites, mais fréquemment l'infection grippale effleure seulement la muqueuse appendiculaire réalisant ainsi l'appendicite dite catarrhale.

Celle-ci est très fréquente dans tous les états infectieux, mais à cause de sa bénignité on la méconnaît souvent.

Le fait essentiel est donc le suivant: *Une appendicite survenant au cours d'une maladie infectieuse peut revêtir n'importe quel aspect; autrement dit, la notion étiologique ne nous semble avoir qu'une importance secondaire pour juger si l'attaque appendiculaire sera forte. Il est des cas où la septicémie la plus bénigne peut déterminer l'appendicite la plus foudroyante et dans les infections même les plus graves, la réaction appendiculaire peut être légère.*

Quel est l'avenir de ces appendiculaires " par occasion " ? Ou sous une autre forme doit-on après l'orage appendiculaire survenu au cours d'une grippe ou d'une fièvre typhoïde par exemple intervenir comme après une attaque appendiculaire d'autre origine.

Les observations suivantes répondent à la question :

Dans la fièvre typhoïde, Bayer (cité par Molveaux, Obs. XII), rapporte un cas d'appendicite typhique chez un étudiant en médecine évoluant vers la chronicité. Dans deux observations de Delagenière et de Perrone (cités par Molveaux), le malade quel-

ques mois après la guérison et de l'appendicite et de la fièvre typhoïde, fait une rechute d'appendicite. Dieulafoy rapporte un cas d'appendicite aiguë chez un adulte qui, quelques années auparavant, avait eu une appendicite typhique.

Nous avons observé une jeune femme qui, à deux reprises à l'occasion d'une grippe les deux fois, fait une attaque d'appendicite, la seconde plus grave que la première. Entre temps elle avait eu d'ailleurs une nouvelle poussée.

Dans d'autres cas, que l'on peut opposer à ceux-ci, il s'agit de malades qui ont présenté une attaque d'appendicite plusieurs années auparavant, et qui, parce qu'ils font une septicémie généralisée, très discrète le plus souvent, localisent cette infection sur l'appendice.

C'est un jeune homme de vingt-deux ans, A. R. observé par nous, qui présente 2 crises d'appendicite fruste à treize et à dix-sept ans ; quatre ans après, au cours d'une grippe manifeste, il a une nouvelle crise, bénigne d'ailleurs, contrôlée par l'opération et suivie d'une poussée d'entérocolite. C'est une jeune femme Y. F. . . observée par un de nos collègues et qui a deux crises appendiculaires ; à l'occasion d'un grippe, elle fait une nouvelle crise d'appendicite compliquée d'entérocolite. C'est un jeune enfant de sept ans L. . . qui fait coup sur coup 2 angines suivies de poussées appendiculaires. C'est un malade dont Tripier et Paviot relatent l'histoire et chez qui deux fois à l'occasion d'abord d'une grippe, puis d'un rhumatisme articulaire aigu, une attaque d'appendicite se déclare ; or antérieurement, il avait déjà présenté plusieurs crises appendiculaires.

Ces exemples pourraient être multipliés car ils sont extraordinairement nombreux et ils ont une importance capitale puisqu'il suffit que *l'appendice ait été touché une fois, pour que toute nouvelle infection ait tendance à se greffer sur lui.*

Ce sont là des faits qui assombrissent singulièrement le pronostic lointain des appendicites survenant au cours d'une infection générale. Peu importe l'opinion pathogénique que l'on professe, leur traitement doit être *chirurgical*. C'est la seule façon d'éviter soit à l'occasion d'une nouvelle infection, soit sans cause apparente, une rechute dont on ne peut préjuger la gravité.

Tous ces faits cliniques nous incitaient à chercher par l'expérimentation le mécanisme de l'infection appendiculaire. Il était

peu vraisemblable d'admettre l'infection par voie digestive, et de fait, dans de très nombreuses expériences faites il y a quatre ans jamais nous n'avons pu réussir à produire d'entérite ou même la diarrhée chez le lapin par ingestion de culture microbienne ou de matières fécales d'individu diarrhétique. Si dans quelques cas les bacilles (en particulier le bacille d'Eberth) survivaient et pouvaient être retrouvés, ce n'était qu'un phénomène passager ; rapidement ils disparaissaient sans déterminer de lésions intestinales. Au contraire lancés dans la circulation, ces mêmes bacilles, bien tolérés dans la cavité intestinale déterminent des lésions pariéto-intestinales ; le fait est surtout évident avec le colibacille.

Aussi en nous basant sur les faits cliniques et sur ces premiers résultats expérimentaux, nous sommes-nous demandés si le mécanisme de l'infection intestinale n'était pas identique à celui de l'infection des autres glandes à sécrétion externe (foie, pancréas, rein) et s'il n'y avait pas entérite et en particulier appendicite par élimination microbienne comme il y avait cholécystique par élimination bactérienne. Pour démontrer ce fait, nous nous sommes livrés à une série d'expériences, dont nous résumerons ici quelques-unes rapidement.

Déjà certains auteurs, Emmerich, Buchner, Isseff et Kolle pour le bacille cholérique, Shiga et Corradi pour le bacille dysentérique avaient montré que cette élimination microbienne intestinale était possible pour quelques microbes.

Bientôt Cotton, Chiarolanza, Ribadeau, Dumas et Harvier, Hess, Breton, Bruyant et Mezie, Calmette et Guérin reprirent la question.

Il est intéressant de dissocier à l'aide de leurs expériences et des nôtres, le rôle de chaque segment de l'intestin. Or cette étude montre que plus que tous les autres *l'appendice est organe d'élimination microbienne*.

La plupart des expériences des divers auteurs et celles que nous avons réalisées avec Saint-Girous ont été faites sur le lapin dont l'appendice est particulièrement actif. Il est plus long et plus volumineux que celui de l'homme, il est comme celui de l'homme formé de tissu lymphoïde très abondant, c'est une véritable plaque de Peyer enroulée mais ses dimensions sont telles qu'il nous a semblé devoir être homologué non pas simplement à l'appendice

humain, mais encore à la partie toute inférieure de l'iléon qui, histologiquement, lui est absolument comparable.

Il est d'ailleurs souvent impossible de faire le départ entre l'élimination de l'intestin grêle et l'élimination appendiculaire, si bien que seules prouvent l'élimination appendiculaire, les expériences où il n'y a pas eu élimination biliaire, pancréatique ou intestinale en amont de l'appendice. Aussi cette dissociation entre les divers segments de l'intestin a-t-elle rarement été indiquée.

Cotton avait noté que le staphylocoque doré et le pneumobacille pouvaient s'éliminer par l'appendice. Chiarolanza n'y retrouve pas le bacille d'Eberth ; par contre Ribadeau Dumas et Hervier décèlent 4 fois sur 5 expériences, le bacille d'Eberth ou le paratyphique dans la paroi de l'appendice.

Nos expériences qui ont porté principalement sur l'élimination du streptocoque, du bacille d'Eberth, du pneumocoque et du bidysentérique (type Shiga) nous ont montré la fréquence de cette élimination appendiculaire.

Dans 4 expériences sur 8, le streptocoque s'est éliminé exclusivement par l'appendice ; dans les autres cas, il fut impossible de prouver la réalité de cette élimination appendiculaire car les résultats de l'ensemencement idéal avaient été positifs ou n'avaient pas été pratiqués.

Avec le bacille dysentérique, même résultat ; 3 fois sur 6 expériences l'élimination se fait par l'appendice.

Avec le bacille d'Eberth, il en est de même, 6 fois sur 4 expériences.

Avec le pneumocoque, j'ai obtenu 2 résultats positifs sur les expériences ; j'ai eu 1 succès avec le pneumobacille et 1 avec le bacille tuberculeux sur 2 expériences.

Si maintenant nous comparons l'élimination bactérienne appendiculaire et l'élimination des autres segments de l'intestin, on arrive à des résultats intéressants.

L'élimination du streptocoque est surtout appendiculaire, 2 fois seulement sur 11 expériences, l'élimination se fait par l'intestin grêle, 3 fois sur 13 par la muqueuse gastrique. Une seule fois alors que l'élimination appendiculaire était négative, nous avons pu déceler l'élimination cœcale.

Sur 12 expériences faites avec le bacille typhique, jamais nous n'avons constaté d'élimination par l'intestin grêle.

Chiarolanza dans 5 cas sur 6, Ribadeau-Dumas et Hervier dans 3 cas sur 5 l'y ont cependant décelé. Sans doute cette différence tient-elle à ce que nos animaux ont été sacrifiés de façon précoce ; peut-être est-elle également sous la dépendance de l'échantillon du bacille d'Eberth que nous avons utilisé et qui provenait d'une hémoculture faite sur un malade atteint d'appendicite éberthienne.

L'élimination appendiculaire pouvait concorder avec une élimination cœcale abondante et nous avons pu constater une fois une typhlite hémorragique d'origine éberthienne. Enfin lorsque l'élimination ne se fait pas par l'appendice, elle ne se fait pas par le gros intestin.

Les résultats sont comparables avec le bacille dysentérique. Jamais il n'y a d'élimination gastrique, duodénale, jéjuno-iléale. L'exode bactérienne se fait exclusivement par l'appendice et le gros intestin. Il est difficile d'apprécier d'ailleurs l'élimination cœco-côlique quand il y a élimination appendiculaire, cependant, même alors qu'on ne constate pas le bacille de Shiga dans l'appendice on peut le retrouver dans le cœcum (1 fois sur 3 expériences).

Quant au pneumocoque, il s'élimine par toute la surface de l'intestin, peut être avec une fréquence particulière par la muqueuse duodénale.

Le pneumobacille et le bacille tuberculeux semblent, autant qu'on peut en inférer d'une seule expérience, s'éliminer surtout par l'appendice. Ainsi, comme le disaient Saint Girons et nous-même, de tous les segments de la muqueuse intestinale, c'est la muqueuse appendiculaire qui élimine le plus fréquemment les bacilles ; ensuite viennent la région duodéno-côlique. Ce sont les faits expérimentaux qui se surajoutent aux faits cliniques.

Cette élimination appendiculaire est très précoce. Dès la première heure, parfois dès les premières trente minutes, elle existe déjà.

Elle nous a semblé à la fois plus fréquente et plus précoce que l'élimination biliaire et que l'élimination urinaire.

Ainsi l'expérimentation permet d'affirmer la réalité de cette élimination appendiculaire, sa fréquence, sa précocité.

Cette élimination peut se faire par trois processus.

1° Par l'intermédiaire des globules blancs.

2° Beaucoup plus souvent elle se fait directement sans l'intervention des éléments mobiles, rien que sous l'influence des cellules glandulaires. Ce mécanisme sur lequel avec Abrami et Saint-Girons nous avons déjà insisté dans notre étude sur les éliminations de bacilles par le pancréas est, je crois fondamental ; il n'est pas différent de celui qui caractérise l'élimination des particules d'encre de Chine dont nous avons pu sur l'intestin comme sur le pancréas contrôler l'existence (1). Nous avons essayé de l'apprécier *in vitro* en étudiant la phagocytose des bactéries et des levures par les cellules intestinales. A diverses reprises, nous avons cru pouvoir le constater ; jamais cependant nous n'en avons eu la preuve absolue.

3° Dans d'autres cas enfin, c'est à la faveur des lésions anatomiques que s'effectue le passage des bactéries et ces lésions au bout d'un certain temps existent toujours. Tantôt elles sont du type ulcéro-nécrotique, tantôt elles appartiennent à la série congestive ou hémorragique et de ces lésions dépend un troisième mode d'élimination microbienne mais qui est accessoire. *Ce n'est pas parce qu'il y a lésion qu'il y a exode bactérienne intestinale, c'est parce qu'il y a élimination microbienne qu'il y a lésion.*

Cette élimination de bacilles par l'appendice dont l'existence ne peut, croyons-nous, être contestée, détermine-t-elle expérimentalement de l'appendicite ? La plupart des auteurs ne sont arrivés à aucun résultat ; d'autres, comme Beaussenat n'y sont arrivés qu'en traumatisant la muqueuse. Cependant Mosny avec un colibacille, Josué avec un streptobacille, Mouisset avec des anaérobies provenant d'une gangrène pulmonaire, enfin Poynton et Paine avec leur diplostreptocoque ont pu reproduire l'appendicite par voie sanguine.

Nous-mêmes avec un échantillon de colibacille avons obtenu

(1) Ce mécanisme me semble devoir être rapproché de celui que Heymans vient d'étudier sous le nom de ultra-diapédèse. L'ultra-diapédèse est la propriété qu'on la plupart des microbes de traverser dans certaines conditions les filtres et les ultra-filtres dont les pores sont plus petits qu'eux par mouvements plasmodiques et surtout par multiplication. Des recherches de Heymans il semble qu'on puisse admettre que les bacilles traversent plus facilement les pores des ultrafiltres que les bacilles immobiles. De tous c'est le bacille diphtérique qui le traverse le plus lentement et ce fait est bien en rapport avec la rareté des septicémies diphtériques si tant est qu'elles existent.

trois fois des résultats positifs bien que tout se bornât à des points de folliculite avec congestion appendiculaire légère mais sans réaction péritonéale (1).

Par contre avec 5 ou 6 autres échantillons de colibacille provenant de pus appendiculaire ou retiré des matières fécales, nous n'avons eu dans un grand nombre d'expérience que des résultats négatifs.

Avec le streptocoque on peut observer il est vrai une infection massive des parois de l'appendice mais ce n'est pas là à proprement parler l'appendicite.

Ainsi l'appendicite expérimentale hémotogène est difficile mais non pas impossible à réaliser.

En résumé, deux faits résultent de cette étude :

1° Expérimentalement l'élimination de bacilles par la muqueuse appendiculaire est de règle dans la plupart des septicémies ;

2° Cliniquement toutes les maladies infectieuses peuvent se compliquer d'appendicite et réciproquement, la plupart des appendicites sont sous la dépendance d'infections générales : l'appendicite par voie sanguine est la règle, l'appendicite d'origine digestive l'exception.

Ainsi l'expérimentation confirme la clinique. Celle-ci nous donne des exemples multiples d'appendicite secondaire aux septicémies, celle-là nous permet d'affirmer que l'appendice est par excellence organe éliminateur de microbes.

Ces deux phénomènes sont-ils indépendants l'un de l'autre, nous ne le croyons pas.

Dans l'effort que fait la muqueuse intestinale et plus spécialement la muqueuse appendiculaire pour débarrasser notre organisme de tous les germes pathogènes en circulation (car tout se passe comme si cet effort existait réellement, ce qui excusera cette expression quelque peu finaliste) les cellules glandulaires et le tissu folliculaire sont lésés par le passage incessant des bactéries. Le résultat est obtenu mais la victoire est achetée au prix de lésions multiples ; c'est une véritable "victoire à la Pyrrhus", le but est atteint, mais les lésions se sont constituées qui permettent à l'infection de prendre parfois sa revanche. Tantôt en effet, ren-

(1) L'appendicite folliculaire du lapin est fréquente.

forcée par des apports microbiens incessants que la septicémie initiale déverse à ce niveau, cette élimination persiste et s'exagère, tantôt, grâce à ces lésions, une infection d'origine intestinale vient renforcer la septicémie d'origine sanguine et, par un mécanisme complexe dont par ailleurs nous avons précisé les termes, l'infection devient multiple, surajoutant à la première phase uniquement sanguine un nouveau épisode d'ordre intestinal qui évoluera dès lors pour son propre compte.

---

## CHRONIQUE

---

### HONNEUR A LA MEDECINE CANADIENNE-FRANÇAISE

---

Pourquoi les Canadiens-Français manifestent-ils autant d'indifférence, autant d'ingratitude, voire même d'hostilité envers la Profession Médicale ?

Est-ce par ignorance, est-ce par méchanceté ou par apathie ?

A l'Institut Pasteur de Paris, en 1894, lorsque l'illustre Pasteur vivait encore, à l'époque de la découverte géniale de la Sérothérapie par Roux et Yersin, tous les pays du monde civilisé se faisaient un devoir et un honneur de découvrir et de choisir un ou plusieurs de leurs jeunes savants, de les équiper et de les envoyer étudier à Paris.

Citons le Japon, Kitasato ; l'Allemagne, Behring ; l'Angleterre, Ross ; la Russie, l'illustre Metchnikoff ; les Etats-Unis, etc., etc.

Le Canada seul n'était pas officiellement accrédité, dans ce Palais de la Science Médicale Internationale.

Il y a de cela dix-neuf ans, et le Canada n'a encore rien fait pour encourager et aider les médecins qui ont du talent, peut-être du génie, mais qui sont parfois pauvres, et souvent trop modestes.

Et l'on se demande pourquoi le Canada ne s'est pas encore illustré dans le monde savant de la Médecine.

Pourtant, à cause de notre titre de Canadiens-Français, à cause de notre origine, nous devrions être les premiers à bénéficier de l'abondante moisson que produit le génie de la France Médicale.

— Nous ne l'avons pas fait jusqu'à aujourd'hui, dans toute la plénitude de notre talent, avec toute l'ampleur de notre ambition

et du génie de notre race, parce que le peuple canadien-français est resté *indifférent*, lorsqu'il ne s'est pas montré *méchant* ou *hostile*.

Car, en effet, depuis au delà de vingt ans, chaque année, quelques jeunes médecins de notre Province, éblouis et enthousiasmés par les splendeurs des découvertes de savants Français, se sont aventurés spontanément vers le foyer lumineux, qui éclaire et dirige encore aujourd'hui le monde médical.

Presque tous ignorés et sans fortune, ils ont entrepris seuls, de leur propre initiative, cet admirable pèlerinage vers le sanctuaire de la Science Médicale.

Tous se sont instruits, plusieurs se sont distingués, soit en publiant des travaux originaux dans les journaux de Médecine française, soit en collaborant à la publication de Traités classiques, soit en faisant des communications aux Sociétés Savantes de Paris, soit en publiant des Thèses de Doctorat, qui sont encore aujourd'hui consultées par des savants, etc., etc.

Après deux, trois, quatre, cinq années et plus, ces médecins canadiens, connus et estimés de leurs maîtres en France, sont revenus au pays, l'espoir et la joie au cœur.

Ceux qui se sont lancés dans l'exercice pratique de leur art, ceux qui ont fait de la clientèle, se sont presque tous imposés par leur *talent*, leur *science* et leur *supériorité générale*.

Ceux, au contraire, qui se sont *consacrés*, qui se sont *voués* à la SCIENCE, par amour de leur art, ceux qui travaillent dans les laboratoires, ceux qui nous honorent et nous instruisent par leurs travaux scientifiques, travaux qui feraient bonne figure à l'Académie de Médecine de Paris, ceux enfin qui font l'enseignement scientifique, dans notre Université et nos Hôpitaux canadiens-français restent ignorés et méconnus par le grand public, par les Pouvoirs et par les Crésus de notre pays, lorsqu'ils ne sont pas éclaboussés par les tirades de journalistes ignorants ou injustes.

Le Public pauvre et malheureux, lui, connaît bien le chemin des hôpitaux où il est certain de découvrir le médecin qui cultive la science et en prodigue gratuitement les bienfaits; le Public riche et omnipotent aura-t-il, un jour, la décence de comprendre qu'un peuple et un pays qui s'honorent doivent aider, doivent respecter et vénérer les hommes qui consacrent leur vie et leur talent à la science.

Il existe à Montréal deux Facultés de Médecine, McGill et Laval. Leur passé est assez glorieux pour nous autoriser à dire que les deux Ecoles auront chacune une page brillante dans l'histoire du développement général de notre pays.

Elles sont en pleine prospérité, leurs ambitions grandissent chaque jour, leurs dépenses vont en augmentant.

Pour l'une d'elles, l'argent ne cesse d'affluer dans ses caisses; pour l'autre, le dévouement, le désintéressement et le talent ne cessent d'affluer dans ses rangs, mais pour celle-ci l'argent manque, le déficit augmente.

Il y a un trait de mœurs qui caractérise hautement la société anglaise et qui est en grand honneur dans notre pays: il contribue, dans une très large mesure, à la grandeur, à la prospérité des nations.

C'est un devoir patriotique d'en parler publiquement et de le proclamer bien haut.

Chez nos compatriotes anglais, tout honnête homme, *comme on eût dit au XVIIe siècle*, a l'obligation morale de contribuer à entretenir les écoles, les églises et les hôpitaux. Celui qui se déroberait à accomplir ce devoir, dans les justes proportions où il doit le faire, serait aussi déconsidéré que s'il avait subi une condamnation infâmante.

Souhaitons ardemment voir passer ce code moral dans nos mœurs. Nous sommes convaincus que nous y trouverions l'un des plus puissants éléments de progrès futurs, dans toutes les sphères de notre Société nationale.

Amédée MARIEN.

---

## ACTES DE LA FACULTE

---

M. LE PROFESSEUR A. MARIEN

Elu membre du conseil de la Faculté de Médecine

Un contact journalier dans la plus grande intimité et datant déjà de nombreuses années avec le professeur Marien, me vaut l'honneur de lui offrir les félicitations de la profession et de "l'Union Médicale" pour la distinction qui vient de lui être conférée.

Cette nomination n'a pris personne par surprise ; elle s'imposait même dans les circonstances.

Marien a plus d'un titre pour recueillir la succession de ce cher disparu Hervieux, espoir trop tôt envolé de ses collègues de la Faculté.

Hervieux, que nous connaissons profondément, anatomiquement même, puisque nous avons palpé dans le creux de son abdomen le mal irréparable qui devait l'arracher si brutalement à ses amis, Hervieux, dis-je, aurait-il eu l'avantage de faire un testament politique, qu'il aurait certainement désigné Marien son légataire universel à la Faculté.

Mais si Marien considère cet héritage comme le plus précieux, nous savons aussi qu'il aurait fait le sacrifice des ambitions les plus légitimes pour conserver l'ami qu'il aimait tant et qu'il a souvent pleuré.

Mais la fatale destinée a accompli son œuvre, et les portes du " Conseil de Faculté de Médecine de Laval " s'ouvrent au professeur Marien. Celui-ci, nous en sommes certain, saura répondre aux besoins de la situation ; il sera une recrue puissante pour réhabiliter notre Ecole de Médecine dans l'opinion publique.

Fondateur de la Société Médicale de Montréal, organisateur émérite, ayant passé par presque tous les laboratoires, il connaît parfaitement et à fond les besoins de l'enseignement, qu'il a déjà tout transformé au point de vue chirurgical.

D'une ponctualité irréprochable, essentiellement méthodique, prévoyant, pas égoïste, il ne se rend pas indispensable et prépare, partout où il passe, des successeurs qualifiés.

Il stimule par son exemple des plus jeunes déjà déçus et presque blasés.

Il ne s'en laissera jamais imposer par des influences extra-médicales, et il sera le protecteur des vrais travailleurs qui ont de justes titres à des promotions.

Nous félicitons donc, et la Faculté pour son heureux choix, et le distingué titulaire sur lequel nous fondons les plus grandes espérances pour orienter notre école vers l'idéal qu'elle devrait s'imposer, c'est-à-dire l'égalité en valeur avec toute autre faculté médicale d'Amérique.

Z. RHÉAUME.

## CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE

---

*M. Albert Le Sage est nommé titulaire, en remplacement de Henri Hervieux, décédé.*

Aucune nomination n'a été mieux accueillie à la fois par les Etudiants, par les Praticiens et par les Professeurs.

Les étudiants ont vu avec joie — et l'ont-ils manifesté avec assez d'enthousiasme! — arriver à cette importante chaire de Pathologie interne un homme, dont ils avaient déjà apprécié la culture scientifique et les rares qualités d'enseignement — comme l'élégance et la clarté d'exposition, ainsi que la méthode et l'érudition, — tant à la clinique de Notre-Dame qu'à la Société Médicale, et dans les colonnes de cette "Union", qu'il dirige avec le tact que l'on sait, depuis treize ans.

Praticien lui-même, et des mieux avertis, et des plus consultés, surtout par les confrères, le Dr Albert Le Sage, *Officier d'Académie, Docteur en Médecine de la Faculté de Paris*, est au premier rang de la profession médicale de la province. Ses nombreux et importants travaux sur des questions d'ordre général — intérêts professionnels — l'ont rendu populaire parmi les praticiens qui ont applaudi chaudement son avènement à une situation dont le caractère officiel donnera encore plus d'autorité à sa voix.

Quant à ses collègues et amis, ils savent dans quelles brillantes dispositions et avec quelle compétence Le Sage arrive à ce professorat dont il a fait, en quelque sorte, le but de sa vie. Sa préparation à l'enseignement date de son long et fructueux séjour à Paris; où, tant dans les hôpitaux avec *Potain, Tessier*, que dans les amphithéâtres et les laboratoires de la Faculté avec *Dieulafoy, Letulle, Gombault, Widal*, il reprend ses études, complète, perfectionne ses connaissances médicales, passe les examens de l'École et enlève alors le doctorat *si envié* de Paris avec cette thèse remarquable, — maintenant classique, — sur "la Pneumonie du sommet" qui fut le point de départ d'une série ininterrompue de travaux et de mémoires publiés tant dans les congrès que dans les Sociétés savantes et les journaux.

Ainsi animé, consumé par la curiosité scientifique, rompu à la

besogne par un travail constant et opiniâtre, et, surtout, si bien doué, le professeur Le Sage fera école dans cette Maison, parce qu'il est de ceux qui ont compris tout de suite, que *la médecine, en ce pays*, ne devait pas éternellement ne servir qu'à nourrir l'homme qui l'exerce ou la vulgarise; que *l'enseigner*, au vrai sens du mot, voire même *contribuer à l'enrichir* étaient des devoirs auxquels nous ne pouvions plus, aujourd'hui, décemment nous soustraire. Maître, il saura lui, comme par le passé, donner l'exemple de l'effort, réveiller autour de lui les enthousiasmes, et susciter ainsi *la production scientifique* jusqu'à présent, hélas! encore si dédaigneusement regardée et si froidement encouragée par d'autres.

Eugène LATREILLE.

### BILLET OFFICIEUX

DÉNIGREURS ET DÉNIGRÉS TOMBENT D'ACCORD...

Pourquoi payer les membres de la Corporation, directeurs de l'École, plus cher que les agrégés?

Pourquoi ne pas choisir les professeurs parmi les anciens praticiens?

Leurs publications scientifiques, nous ne les comprenons pas, mais nous nous en moquons quand même....

Les musées et les laboratoires de Laval ne sont pas si beaux... que s'ils étaient plus beaux!

(“L'Aigri”, Réminiscences.)

A une réunion extraordinaire de la Corporation de la Faculté convoquée d'urgence pour parer aux formidables traits lancés par “l'Aigri”, les membres présents ont été unanimes à se rendre enfin aux logiques réclamations des réformateurs de la nation, et ont publié un bulletin officiel qui se résume ainsi :

Considérant qu'il ressort nettement de la lecture des derniers articles de “l'Aigri”, que ce n'est ni la haine, ni la vengeance, ni l'ambition, ni même la jalousie qui ont allumé dans le cœur de ces messieurs une rage aussi furieuse contre le président de l'A. C. J. C., le premier ministre de la province et l'ancien administrateur-directeur du journal “Le Canada,” M. le doyen E. P. Lachapelle, (1) mais bien plutôt *le seul souci* d'assurer aux Canadiens un meilleur service médical, par le relèvement opportun et judicieux du niveau des études dans cette Ecole.

(1) Dire que Sir Lomer Gouin et le Dr Lachapelle ont subventionné Laval de \$35,000 par année, est-ce assez *shocking*, pense “l'Aigri”, et nous autres...

Les membres de cette Corporation ont décidé d'adopter sans réserves les sages conseils, la direction prudente, et les avis saluaires qui se dégagent des propos de bonne foi et des leçons sincères de ce franc journal qu'est "l'Aigri".

Conséquemment, dorénavant, 1° l'administration des affaires, la direction des études, la responsabilité de l'enseignement, les nominations, les destitutions (fonctions secondaires dans une école d'enseignement supérieure, insignifiantes même, et partant, désormais non rétribuées) seront abandonnées aux plus jeunes professeurs de la maison, qui se seront qualifiés par leurs titres scientifiques, leurs travaux personnels et leurs états de service à l'enseignement et à la pratique en clientèle des sciences médicales modernes.

2° Quant aux anciens membres de la Corporation qui comptent le plus grand nombre d'années de pratique, ils seront admis à faire valoir leurs qualités et à concourir avec leurs anciens confrères de la campagne ou retour des Etats-Unis, pour le titulariat des chaires d'enseignement technique, telles que la bactériologie, l'anatomie pathologique, la chimie biologique, la physiologie expérimentale, etc. . . .

3° Les travaux d'expertises, les recherches, les communications et les mémoires originaux des professeurs de la Faculté (malheureusement de tous ceux publiés, de beaucoup les plus nombreux), devront, avant d'affronter la critique officielle, surtout n'avoir pas fait sourire l'austère rédaction de "l'Aigri". A cette fin, un aréopage de savants auteurs, choisis avec soin parmi les illustrations médicales qui renseignent habituellement "l'Aigri", pourra être érigé en bureau de censure scientifique spéciale.

4° Enfin, pour ce qui est du traitement des professeurs spécialisés, ainsi que des crédits et allocations pour les musées et les laboratoires, la Corporation, pour donner pleine et entière satisfaction à "l'Aigri", et faire beau et grand tout de suite, *sans passer par le commencement*, propose, l'affiliation de Laval à une école de médecine laïque qui réussit, au moins financièrement, et suggère deux noms: Harvard. . . . ou l'hôpital-école pour gardes-malades du Dr Luxain l'Isariote !

Pour copie conforme. . .

CARABIN SARCÔME.

1 mai, 1913.

## NOUVELLES

### LE CONSEIL MEDICAL DU CANADA

Le Conseil médical du Canada, institué d'après le Bill Roddick, siègera pour le première fois à Ottawa, du 7 au 13 juin 1913. Le secrétaire pourra donner la licence aux médecins qui en feront la demande et qui sont diplômés depuis dix ans et plus au 7 novembre 1912, date à laquelle le Bill est venu en force.

### AU BUREAU DES GOUVERNEURS DE L'UNIVERSITE LAVAL

Le professeur Villeneuve vient d'être délégué par la Faculté de Médecine pour la représenter au Bureau des Gouverneurs de l'Université Laval en remplacement du regretté Hervieux. Ce choix est très heureux à cause des qualités de jugement et de droiture qui caractérisent le nouvel élu ; mais le rôle qu'on y joue est tellement ingrat à cause des attributions même de ce bureau, que nous félicitons notre ami du courage qu'il a montré en acceptant d'occuper ce siège au plafond.

### HORAIRE DES EXAMENS DE DOCTORAT A LAVAL, DE MONTREAL

Session 1913.

Pathologie Interne, lundi le 2 juin à 9 hrs a.m. Examineurs, MM. LeSage et Hébert.

Pathologie Externe, lundi le 2 juin à 9 hrs a.m. Examineurs, MM. Parizeau et B. Bourgeois.

Obstétrique, jeudi le 5 juin à 9 hrs a.m. Examineurs, MM. de Cotret et A. Ethier.

Ophtalmologie, jeudi le 5 juin à 9 hrs a.m. Examineurs, MM. Desjardins et Foucher.

Pédiatrie, lundi le 9 juin à 9 hrs a.m. Examineurs, MM. S. Lachapelle et R. Masson.

Médecine Légale et Maladies Mentales, lundi le 9 juin à 9 hrs a.m. Examineurs, MM. Villeneuve et Dérome.

Hygiène, jeudi le 12 juin à 9 hrs a.m. Examineurs, MM. Valin et Moreau.

Matière Médicale, jeudi le 12 juin à 9 hrs a.m. Examineurs, MM. Fortier et Bourgoin.

Anatomie Pathologique, lundi le 16 juin à 9 hrs a.m. Examineurs, MM. Latreille et Verner.

Gynécologie, lundi le 16 juin à 9 hrs a.m. Examineurs, MM. Harwood et Ethier.

Examens Cliniques, jeudi le 19 juin. Examineurs: Clinique Externe, MM. Marien, Mercier, Saint-Jacques et Hingston. Clinique Interne, MM. Guérin, Benoit, Dubé, Alph. Mercier et Bruneau.

## THE CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION

La réunion annuelle de cette Association aura lieu à London, Ontario, les 24, 25, 26 et 27 juin.

---

## LE CONGRES INTERNATIONAL DE LONDRES

Ce congrès s'ouvrira à Londres le 6 août sous la présidence d'honneur du Prince Arthur de Connaught, représentant du roi, et siégera jusqu'au 20 inclusivement.

Le président actif est sir Thomas Barlow.

Il y aura 36 sections et sous-sections qui seront ouvertes durant l'avant-midi et l'après-midi.

Des discours seront prononcés par les médecins suivants: *Médecine*, par le professeur Chauffard, de Paris; *Chirurgie*, par le professeur Harry Cushing; *Pathologie*, par le professeur Erlich; *Hérédité*, par M. Bateson; *Hygiène publique*, par l'hon. John Burns, président du bureau d'hygiène de Londres.

On compte sur la présence de 5,000 médecins.

On poursuit l'organisation du Congrès depuis trois ans. Le programme final sera publié bientôt.

La contribution est de \$5.00 pour chaque membre.

Les travaux du Congrès seront publiés en deux forts volumes.

On s'inscrit au bureau du Secrétaire du Comité canadien, 134 Bloor St. West, Toronto.

---

## LE QUATRIEME CONGRES INTERNATIONAL D'HYGIENE SCOLAIRE

à Buffalo, E.-U., du 20 au 30 août 1913.

Ce Congrès est le quatrième du genre.

Les trois autres ont siégé à Nuremberg en 1904, à London en 1907 et à Paris en 1910.

— Le but de ces congrès est le suivant:

1° Réunir dans une même session des hommes et des femmes qui s'occupent de la santé des enfants qui fréquentent les écoles.

2° Préparer des travaux et faire la discussion des sujets qui touchent à l'hygiène scolaire.

3° Organiser une exposition scientifique qui représente les meilleures méthodes d'hygiène scolaire.

4° Faire des démonstrations pratiques de l'importance de l'éducation du peuple.

5° Publier et distribuer à chaque membre les délibérations du Congrès.

Toutes les nations sont représentées sur les différents comités.

Le Comité de la province de Québec est composé de:

Président : M. M. C. J. Magnan, inspecteur général des écoles de la P. Q.

*Secrétaire* : Dr J. H. Beaudoin, médecin en chef du bureau d'hygiène de Lachine.

Drs J. E. Laberge, C. R. Paquin, de Québec; T. A. Starkey, C. N. Valin, A. D. Blackader, I. Cormier et R. Fortier de Québec.

— La Société Médicale de Montréal a passé une résolution demandant au Gouvernement d'y envoyer un délégué, mais il importe que toutes les institutions enseignantes et municipales y soient représentées par des hommes qualifiés qui y liront des travaux et qui rapporteront de ce congrès des idées pratiques qu'ils pourront mettre à profit ici.

---

#### COURS PRATIQUE ANNUEL DE M. CALLOT

Du 11 au 17 août 1913, à l'Institut Orthopédique de Berck (7ème année), en sept jours, de 8 hrs du matin à 7 hrs du soir. Enseignement de l'Orthopédie indispensable au médecins, et du traitement des tuberculoses externes, Coxalgie, Mal de Pott, Tumeurs blanches, Luxation Congénitale de la hanche, Déviations, Maladies des Os et des Articulations, Traitement de la Scoliose par la *méthode d'Abbott*.

Chaque jour, cinq heures de démonstrations cliniques et techniques faites par M. Calot, et cinq heures d'exercices pratiques *individuels*, sous la direction et avec l'aide de M. Calot ou de ses assistants.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers. — Pour l'inscription, le programme détaillé et le mode d'installation à Berck. S'adresser dès maintenant au Dr Fouchet, chirurgien assistant de l'Institut Orthopédique à Berck-Plage (P.-de-C.). Le nombre des places étant limité, on est prié de l'inscrire à l'avance.

---

#### LE CINQUANTENAIRE D'UN VIEUX PRATICIEN : LE DR LACERTE, DE LEVIS

Le Dr Narcisse Lacerte, de Lévis, a célébré son cinquantenaire de pratique médicale le 13 du mois de mai. Il vient d'entrer dans sa 75ème année, ce qui ne l'empêche pas d'exercer sa profession (il est médecin municipal de Lévis).

Il acheva ses études médicales à l'École de Médecine de Montréal sous Monroe, Trudelle, Rottot, etc., en 1863. Il a toujours pratiqué à Lévis depuis, à part 2 ans à Acton Vale, de (63 à 65). Deux de ses fils l'ont suivi dans la carrière : Jos. Rémi, décédé en 1892 et le Dr E. Lacerte, de Thetford Mines.

— *L'Union Médicale* adresse au Dr Lacerte ses félicitations d'usage, car le Dr Lacerte est un abonné de notre journal depuis sa fondation il y a plus de 42 ans. C'est un double record.

## ANALYSES

### MEDECINE

Troubles gastriques dans la néphrite chronique simulant le cancer de l'estomac. — L'hyperchlorhydrie dans la néphrite chronique, par CASTAIGNE, dans *Revue de Méd. et de Chirurgie pratique*. Oct. 1912.

Les rapports entre les troubles gastriques et les albuminuries sont très complexes et d'ordre très varié et peuvent donner lieu à des interprétations très diverses.

C'est ainsi qu'on peut voir survenir dans les néphrites chroniques des troubles gastriques simulant complètement le cancer de l'estomac, M. Castaigne a cité à l'appui de cette importante notion des faits extrêmement instructifs.

Une première observation est relative à une malade de 42 ans, qui entre à l'hôpital pour des troubles gastriques assez vagues, remontant à plusieurs mois et consistant surtout dans de l'inappétence pour de la viande et des vomissements avec ou sans alimentation, et renfermant parfois, dans ce dernier cas, des aliments ingérés deux jours auparavant. Elle avait été admise dans un service de chirurgie parce qu'on avait pensé à une sténose du pylore et à ce moment les hémorragies intestinales semblaient confirmer l'hypothèse d'un cancer. Aussi pratiqua-t-on une gastro-entérostomie sans même aller à la recherche d'une tumeur, et uniquement dans le but de faire cesser ces vomissements incessants. D'ailleurs, la malade, opérée *in extremis*, succomba quelques jours après dans le coma, et à l'autopsie on constata simplement, avec l'absence de tout cancer, une néphrite scléreuse atrophique du type dit interstitiel.

Il y avait donc chez cette malade une néphrite chronique qui présenta à peu près tous les symptômes du cancer gastrique à un point tel qu'on pratiqua une gastro-entérostomie pour remédier aux vomissements.

Une seconde observation est tout à fait analogue, avec cette différence cependant que la malade put éviter l'opération.

Dans ce cas il y avait eu d'abord des troubles gastriques à forme hyperchlorhydrique avec appétit exagéré, brûlures gastriques calmées par l'ingestion des aliments, puis ensuite dégoût de la viande, vomissements, refus de manger, etc.

Ce fut dans cet état qu'elle fut amenée à l'Hôpital où un examen du suc gastrique fit tout d'abord constater l'absence absolue d'acide chlorhydrique, constatation tout à fait en faveur de l'hypothèse d'un cancer, lequel fut admis d'autant plus facilement qu'à tous ces symptômes se joignait la présence d'une certaine quantité de sang dans les matières.

Cependant M. Castaigne ayant vu cette malade remarqua qu'elle présentait aussi tous les signes d'une néphrite chronique: hypertension artérielle considérable, ce qui ne se présente guère dans le cancer, polyurie, légère albuminurie, élimination lente du bleu de méthylène, rétention chlorurée, azotémie (3 grammes au lieu de 0,50 centigrammes). Tous ces symptômes se rattachent à la néphrite; d'autres, il est vrai, pouvaient être interprétés comme se rapportant au cancer, mais il n'y avait aucun signe objectif et une radiographie faite par M. Bécèle resta négative. Il devenait donc très probable qu'il s'agissait d'une néphrite sans cancer, et de fait, la malade ayant succombé dans le coma au bout de quelques jours, on put constater à l'autopsie l'existence d'une néphrite typique, mais pas de cancer. Il est à remarquer qu'ici l'existence de 3 grammes d'urée dans le sang constituait un symptôme de la plus haute gravité.

Ces deux observations montrent donc une symptomatologie simulant presque complètement celle du cancer. Un troisième fait est plus intéressant encore, parce qu'il montre ce qui peut être fait au point de vue de la pratique, et que, dans ce cas, le malade a pu arriver à une guérison relative.

Il s'agissait ici d'une homme amené à l'hôpital plongé dans le coma, et présentant depuis plusieurs mois, d'après les renseignements fournis par sa femme, des troubles gastriques, avec un amaigrissement rapide, des vomissements, qui avaient fait admettre un cancer par le médecin qui le soignait. Aussi fut-il alimenté le plus fortement possible avec des liquides nutritifs, des jus de viande, des jaunes d'œuf, etc., donnés par petites quantités à la fois pour qu'ils fussent mieux supportés. Sous l'influence de ce régime, il s'améliora d'abord pendant quelques jours, vomissant moins, mais à mesure qu'il semblait mieux assimiler, il tombait dans une sorte de torpeur, et peu à peu arriva à un coma complet.

Ce qui frappait à son entrée à l'hôpital, était une forte odeur

ammoniacale de l'haleine, symptôme très habituel d'uricémie, puis une tension artérielle très élevée, un bruit de galop, du myosis.

On ne trouvait pas de tumeur ; aussi malgré les renseignements contradictoires, l'idée de coma urémique s'imposait et on fit aussitôt une saignée abondante de 600 grammes. On fit également une ponction lombaire de 200 centimètres cubes et sous cette double influence, le coma diminue très rapidement. On trouvait en même temps dans le sang une rétention d'urée de 1 gr. 50. Cette dernière indication venait confirmer le diagnostic.

Le malade fut mis au régime de l'eau lactosée (50 grammes de lactose par litre avec trois litres par jour), aux injections de sérum lactosé, et au bout de trois jours, l'amélioration était considérable et son aspect était entièrement modifié. Pendant ces trois jours il s'était produit aussi des vomissements et une diarrhée abondante et fétide qu'on n'a pas cherché à arrêter, car ils contribuaient pour beaucoup à la désintoxication du malade qui au bout de quatre jours put être soumis à un régime hypoazoté. A ce moment il n'y avait plus que des signes de néphrite chronique.

Si l'on considère cette évolution on peut assurément dire que les accidents avaient été accélérés par le diagnostic erroné de cancer et par la prescription, qui en avait été la conséquence, d'une alimentation très azotée.

Ces trois observations typiques, qui sont loin d'être isolées, permettent d'affirmer que très souvent la néphrite chronique à type hydrurique donne lieu à l'apparence du cancer de l'estomac. Aussi, dans les cas où on ne trouve pas de signe certain de cette affection, il faut chercher la néphrite chronique, laquelle d'ailleurs n'exclut pas la possibilité du cancer, mais en ce cas, ce dernier ne doit être admis que si l'on constate des signes de certitude qui en démontrent l'existence.

La pathogénie de ces troubles gastriques n'est pas encore complètement connue. Cependant on peut admettre qu'ils sont dus à la rétention de substances toxiques dans le sang. On trouve en effet de l'urée dans le sérum, mais à côté de cette substance se trouvent très certainement toute une série de produits toxiques qu'on ne peut guère doser. Chauffard a montré, par exemple, qu'il y avait souvent beaucoup de cholestérine dans le sang et il y a là probablement d'autres matières qui contribuent à cette toxicité. En tous cas, la présence de l'urée en est l'indice, et sa re-

cherche est très utile au point de vue du diagnostic et du pronostic: la règle est que si sa quantité est inférieure à un gramme, le pronostic n'est pas très grave; si cette proportion est dépassée, si surtout elle est au-dessus de deux grammes, le pronostic devient infiniment plus sérieux.

En pareil cas, les vomissements, la diarrhée, ont pour but d'éliminer le rein: mais ces substances sont elles-mêmes irritantes pour les muqueuses, et ainsi s'expliquent les ulcérations et les hémorragies qui se produisent en pareil cas.

Comme ce sont les matières azotées qui sont la source de ces intoxications, il faudra donc les éviter autant que possible dans le régime. S'il n'y a que de l'inappétence, des vomissements, de la diarrhée, une simple diète avec l'eau lactosée fera très rapidement cesser les accidents, qui peuvent être enrayés ainsi et ne pas reparaître si on soumet ensuite le malade à un régime hypoazoté.

S'il s'agit d'accidents très graves, de vomissements incoercibles, de coma, etc., il faudra un traitement énergique: la saignée abondante, la ponction lombaire, les lavages d'estomac et d'intestin; on arrive parfois ainsi à un résultat inespéré, mais on ne peut compter beaucoup sur un succès bien durable.

Ce qu'il faut bien se rappeler, en manière de conclusion, c'est que la néphrite chronique simule beaucoup plus souvent qu'on ne le croit le cancer d'estomac, et que la confusion qu'on peut commettre à cette occasion est d'autant plus dangereuse qu'on met alors en œuvre un traitement absolument opposé à celui qui est indiqué.

— A côté de ces cas, dans lesquels la néphrite chronique présente à peu près exactement le tableau clinique du cancer de l'estomac, on peut placer certaines formes d'hyperchlorhydrie qui sont liées à cette néphrite chronique. Le fait suivant est un exemple remarquable des difficultés de diagnostic qui peuvent résulter d'une semblable association.

Un homme de 40 ans était atteint depuis très longtemps de trouble de l'estomac, typiques au point de vue de l'hyperchlorhydrie. Il commençait à souffrir assez exactement deux heures après le repas et toutes les médications dirigées contre les douleurs avaient échoué.

Il essaya de se faire des injections de sérum marin et avait obtenu tout d'abord une certaine amélioration, lorsqu'il fut pris

d'une dyspnée violente, avec expectoration abondante, et tous les signes d'un œdème aigu du poumon, pour lequel il entra à l'hôpital. C'était un type classique de la néphrite chronique, avec urines abondantes, deux à trois litres par jour, contenant très peu de substances dissoutes et surtout très peu de chlorure de sodium, légère albuminurie, bruit de galop très marqué avec hypertension considérable. Perméabilité du rein très diminuée à l'épreuve du bleu de méthylène.

Il s'agissait, en somme, d'une néphrite chronique ancienne, latente, au cours de laquelle, sous l'influence des injections de sérum chloruré, il se produisit une rétention de chlorures exagérée et une poussée d'œdème aigu du poumon.

Sous l'influence du régime hydrique, tous les accidents disparurent rapidement et au bout de quatre jours il ne restait plus que les symptômes ordinaires de la néphrite. Après le régime hydrique, on prescrivit le régime lacté, puis le régime déchloruré complet. Sous cette influence, au bout de trois semaines, tous les symptômes de l'hyperchlorhydrie avec régurgitation acide, douleur quelque temps après le repas, avaient disparu. Mais à plusieurs reprises, chaque fois que l'on essayait de faire reprendre le chlorure de sodium, l'hyperchlorhydrie reparaisait. Les choses se produisaient ici avec la régularité d'une expérience.

Dans un autre cas cité par M. Castaigne, un malade atteint de néphrite chronique prit par erreur, au lieu de sulfate de soude, une dose élevée de chlorure de sodium. Sous cette influence il fut pris d'une crise très grave d'hyperchlorhydrie et sa néphrite devint albumineuse pendant deux mois, alors qu'il ne présentait ordinairement pas d'albuminurie.

Sans insister ici sur les théories qui expliquent l'hyperchlorhydrie gastrique chez des sujets en état de rétention chlorurée, les faits montrent que beaucoup de malades atteints de néphrite chronique peuvent présenter le syndrome hyperchlorhydrique; mais on peut se demander: 1° dans quelle proportion des malades paraissant des hyperchlorhydriques simples peuvent être considérés comme étant atteints de néphrite chronique et 2° dans quelle proportion des néphrites chroniques caractérisées s'accompagnent du syndrome hyperchlorhydrique.

Pour ce qui est du premier point, depuis une série d'années, M. Castaigne a cherché à dépister la néphrite chez des sujets qu'on ne pouvait guère soupçonner d'être des rénaux. Or souvent il l'a

trouvée chez des malades venus consulter pour leur estomac et récemment, sur une série de 18 malades paraissant atteints d'hyperchlorhydrie simple, il a trouvé cinq fois une néphrite latente. On peut donc conclure que chez des malades hyperchlorhydriques il faut rechercher attentivement les signes de la néphrite chronique, qu'on trouvera environ une fois sur trois ou quatre cas.

Si, d'autre part, on recherche l'hyperchlorhydrie gastrique dans toutes les néphrites chroniques, on trouve des résultats en apparence contradictoires: ce fait tient à ce qu'il faut tenir compte de l'état de la muqueuse gastrique chez ces sujets. Chez les sujets jeunes, dont la muqueuse est en bon état, l'hyperchlorhydrie est extrêmement fréquente. Au contraire chez les néphritiques anciens, dont la muqueuse est altérée, les glandes deviennent incapables de produire l'acide chlorhydrique, et les troubles gastriques revêtent alors plutôt la forme du cancer. Chez eux, le syndrome hyperchlorhydrique est beaucoup plus rare.

On conçoit que chez des malades de cet ordre, le traitement de choix existe avant tout dans la restriction des chlorures dans l'alimentation. C'est donc le régime déchloruré qu'il faudra prescrire. Mais il n'agit pas toujours très rapidement, car l'organisme est souvent long à se débarrasser des chlorures qu'il renferme en excès.

---

#### OBSTÉTRIQUE

**L'origine intestinale du poison éclamptique. Traitement de l'éclampsie,** par M. LIÉGEOIS, dans *Revue de Méd. et Chirurgie pratique*. Nov. 1912.

M. Liégeois s'est attaché surtout à exposer les idées de M. le professeur Fabre relativement à l'origine du poison éclamptique et à la méthode thérapeutique qui est issue de cette théorie.

M. Fabre admet, en effet, que chez la femme enceinte, sous l'action de facteurs divers, le contenu intestinal est susceptible de fournir une entérotoxine spéciale, à laquelle on doit rapporter tous les troubles morbides de l'éclampsie.

On peut affirmer, en effet, que l'éclampsie ne peut éclater que si deux facteurs essentiels sont réunis: d'une part, la production de l'entérotoxine, d'autre part, la défaillance de la barrière intesti-



tervention de la poudre de charbon est, dans ce cas, tout à fait remarquable. Le professeur Fabre, depuis 1907-1908, associe cette médication fixatrice énergique à l'ingestion du chloral. La poudre de charbon est utilisée depuis très longtemps comme antidote dans les empoisonnements; elle agit d'une façon remarquable sur les toxines intestinales. On peut employer de la poudre de charbon de peuplier, de fusain, de bois ordinaire, mais gros avantages à ce qu'il soit récemment calciné et pulvérisé. Dans l'éclampsie, on prescrit 2 gr. toutes les deux heures dans 300 gr. d'eau; on peut d'ailleurs augmenter les doses, car le charbon est inoffensif et Taisne a montré que les fortes doses sont les meilleures.

A ces moyens évacuateurs et destructeurs de toxines, nous associons la diète hydrique. On fait absorber à la malade 3 litres d'eau en 24 heures; à raison de 300 gr. toutes les 3 heures; les 300 premiers grammes sont administrés de suite après le premier lavage de l'estomac, et on profite de la présence du tube de Faucher.

Le chloral est indiqué non seulement quand les attaques sont manifestes, mais encore quand un signe quelconque peut faire penser à l'invasion du mal.

“Le chloral est donné à doses massives et décroissantes, et il faut prolonger son emploi pendant plusieurs jours après la disparition des crises. Dans les formes légères, on prescrit 6 grammes de chloral en trois fois: le premier jour, on donne 3 grammes, et 2 grammes les jours suivants. Dans les formes moyennes, on prescrit 12 grammes de chloral le premier jour, par doses de 2 grammes, toutes les quatre heures. Le lendemain, 4 grammes, le surlendemain 4 grammes, et si les symptômes s'amendent 2 grammes au bout de quelques jours; on les continuera quinze jours, trois semaines ou un mois, si l'albuminurie persiste. Dans les formes graves, on donne 10 grammes ou même 20 grammes de chloral le premier jour, 10 grammes le second, 6 grammes le troisième et on continuera 4 grammes de chloral pendant plusieurs jours.” (Obstétrique, Fabre).

La quantité d'urine émise par la malade est très importante. Sous son influence, les crises disparaissent, le coma éclamptique est remplacé par le coma chloralique, la diurèse s'établit, les urines deviennent moins rares et moins albumineuses.

Pour éviter l'effet caustique du chloral sur les muqueuses diges-

tives, il faut le faire prendre très dilué: un gramme de chloral dans 150 à 200 grammes d'eau. Sous l'effet de cette médication intensive, l'entérotoxine, cause première de l'éclampsie, subit au niveau de sa production, dans l'intestin, l'action neutralisante du chloral, car cette substance pour M. Fabre est un antitoxique qui se fixe sur l'entérotoxine et la détruit dans l'intestin d'abord, puis dans le milieu sanguin.

Quant à la saignée qui, pour beaucoup, constitue le moyen de traitement par excellence, M. Fabre réserve cette médication aux hypertensions notables (23 à 25 Hg), il faut saigner les femmes fortes, vigoureuses, chez qui l'on redoute l'hémorragie cérébrale ou l'œdème. Leur pouls est dur et vibrant. La saignée doit être au moins de 500 grammes et quelquefois massive. Chez les éclampsiques pâles, anémiées par l'accouchement ou les hémorragies de la délivrance, la saignée est contre-indiquée.

Enfin, dans les cas très rares où le traitement chloralique n'a pas donné de résultats appréciables, on est en droit de tenter une saignée, à moins que des contre-indications sérieuses ne soient tirées de l'état général de la malade (anémie grave).

M. Liégeois conclut son travail par les résultats statistiques très favorables obtenus dans le service de M. Fabre.

Mortalité maternelle de 1903-1911, 2 sur 28 cas: 7,14 p.c.;

Mortalité fœtale de 1903-1911, sur 28 cas; 21,4 p. c.

---

#### THERAPEUTIQUE

**Traitement de la syphilis par les injections endoveineuses d'Enésol,**  
par le Dr M. AGAMENNONE, médecin des Hôpitaux de Rome. (*Giornale italiano delle Malattie veneree e delle pelle*, 20 juillet 1912.)

Le Dr Agamennone a publié un travail considérable concernant l'usage de l'Enésol en injections intraveineuses.

Le Dr Agamennone a commencé par reprendre complètement l'étude de l'Enésol au point de vue de la toxicité et de l'élimination. Il a étudié en détail la toxicité de l'Enésol en injections intraveineuses chez le chien, et il s'est assuré que ce médicament était pratiquement dépourvu de toxicité et s'éliminait régulièrement et rapidement, principalement par la voie urinaire.

L'auteur, dans son article, a développé longuement sa technique de l'injection intraveineuse, puis il a rapporté la partie clinique de son travail, qui comprend cinquante-trois observations recueillies à l'hôpital S. Gallicano.

Les observations du Dr Agamennone ont cela d'intéressant qu'elles comportent une étude très soignée des commémoratifs, un procès-verbal complet de l'examen objectif et de l'évolution des symptômes, avec prise de la température, du pouls et des respirations plusieurs fois par jour, courbes des poids, examen des urines, examen du sang et réaction de Wassermann.

Toutes ces données assurent au travail clinique du Dr Agamennone un haut intérêt scientifique et amènent l'auteur à des conclusions importantes et précises :

“ Le salicylarsinate de mercure, écrit-il, résultant de la combinaison des deux corps (arsenic et mercure) déploie la plus grande activité curative possible, surtout lorsqu'il est employé par la voie intraveineuse. Du reste, en employant, l'énésol même simplement par voie intramusculaire à doses croissantes, on peut facilement atteindre 5 à 6 c. c.

“ L'Enésol doit être préféré aux préparations arsenicales simples, car il ne donne lieu à aucune réaction intense, ni locale, ni générale.”

Et le Dr Agamennone insiste sur la puissante action analeptique de l'Enésol, sur son activité stérilisante et cicatricielle et enfin sur le pouvoir qu'il a de faire disparaître la réaction de Wassermann.

Il en conclut, en définitive, que, dans le traitement de la syphilis, “ rien ne pourra nous être plus utile que le salicylarsinate de mercure.”

---

**De l'application de l'Enésol dans la syphilis et les affections parasymphilitiques**, par le Dr B.-A. LOUNTZ (1). Travail de la clinique thérapeutique hospitalière du Prof. N.-A. Sawelieff, de l'Université de Moscou.

L'auteur, après avoir étudié la littérature rassemblée jusqu'à ce jour sur la question du traitement de la syphilis par l'Enésol, a désiré expérimenter cette préparation dans le traitement des accidents tardifs de la syphilis et des accidents parasymphilitiques.

A cet effet, il a administré l'Enésol dans trois cas d'anévrisme de nature syphilitique et dans un cas de syphilis tertiaire avec cirrhose hépatique et épanchement pleural.

Les trois anévrismes traités par le Dr Lountz étaient, l'un un anévrisme de l'artère innominée, l'un un anévrisme de l'aorte descendante, et le dernier un anévrisme de l'aorte ascendante. Dans les trois cas, sous l'action des injections d'Enésol, on a vu tous les symptômes subjectifs (essoufflement, insomnie, douleur) s'améliorer. Objectivement, les pulsations et le frémissement cataire ont disparu. Les souffles se sont améliorés, la formule hématologique est devenue meilleure et les forces des malades ont été remontées.

Dans le cas de syphilis tertiaire, les injections d'Enésol ont rapidement amené la cicatrisation des ulcères, la disparition d'une éruption, la résorption d'une restant de liquide pleural et la diminution de volume du foie.

Dans deux cas où la réaction de Wassermann était positive, le Dr Lountz a observé la disparition de cette réaction. Il a en général administré vingt à trente injections d'Enésol avec des pauses de cinq à huit jours. Les injections ont été en moyenne de 0 gr. 03 puis de 0 gr. 06 d'Enésol par piqûre.

“ D'une façon générale, écrit le Dr Lountz, nous partageons l'avis des auteurs français et allemands, à savoir que l'Enésol est un produit peu toxique, qui contient le mercure et l'arsenic sous une forme telle que l'on peut administrer des doses relativement grandes assez longtemps et sans provoquer aucun trouble. L'Enésol contient en combinaison heureuse le mercure spécifique et l'arsenic, tonique et quelque peu spécifique aussi.”

Et plus loin, l'auteur écrit encore: “ L'Enésol réunit les propriétés spécifiques et toniques et peut s'administrer chez des malades épuisés. Il a une action sur la syphilis et sur les affections parasyphilitiques des organes internes. Son élimination est rapide.”

Le Dr Lountz termine son étude en souhaitant que l'emploi de l'Enésol pour le traitement des accidents tardifs de la syphilis se généralise dans la pratique médicale.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en  
Médecine mentale, par le Docteur Georges GENIL-PERRIN.  
280 pages in-8°. Paris, Alfred Leclerc, 1913. Prix: 6 fr.

La notion de dégénérescence mentale est mal définie, parce qu'elle est diversement définie. L'auteur s'est efforcé de fixer la valeur exacte de cette idée en remontant à ses origines et en suivant pas à pas son évolution.

L'idée de dégénérescence mentale trouve ses origines lointaines dans le *problème des rapports du physique et du moral* et dans les formes premières de la *question de l'hérédité*. Elle trouve son origine immédiate dans la notion de *prédisposition héréditaire*.

La doctrine de la dégénérescence acquiert son plein développement dans l'œuvre de M. Morel, qui consacre, en la mettant en valeur, l'*affiliation de la psychiatrie à la médecine générale et à la biologie*.

Vaste conception anthropogico-psychiatrique dans l'œuvre de Morel, la notion de dégénérescence deviendra plus tard, en particulier dans l'œuvre de Maignan, un *instrument de nosologie*. Pénétrant dans la psychiatrie allemande avec le *Traité* de Griesinger, elle constituera le pivot de la classification de Schule et de Krafft-Ebing, mais sa valeur nosologique sera battue en brèche par Ziehen et par Krapelin. En France, postérieurement à Maignan, se dessine un mouvement de réaction et de critique qui, tout en respectant la valeur étiologique fondamentale de la dégénérescence, *réduit à très peu de chose sa signification nosologique*.

Aussi la doctrine de la dégénérescence mentale, si elle constitue un des faits les plus importants de l'évolution de la psychiatrie, *doit-elle rentrer maintenant dans le domaine de l'histoire rétrospective*. C'est d'ailleurs l'opinion du Professeur Gilbert Ballet, dont M. Genil-Perrin est l'interne: M. Gilbert Ballet a résumé sa façon de voir en quelques pages, spécialement rédigées pour être incorporées à l'ouvrage de M. Genil-Perrin, où elles constituent le paragraphe III du chapitre onzième.

Signalons particulièrement les chapitres de ce volume où l'auteur expose certaines questions dont l'intérêt dépasse le domaine purement psychiatrique. Dans le chapitre huitième il suit l'évolution du problème de la *dégénérescence supérieure* et des *rapports*

*du génie et de la folie* : dans le chapitre neuvième, il montre que les *Physionomistes* de l'Antiquité et de la Renaissance avaient entrevu les liens qui unissent la dégénérescence et la criminalité, et pouvaient être considérés comme les précurseurs de la *Nuova Scuola*. M. Genil-Perrin rend d'ailleurs un juste hommage aux beaux travaux des criminologistes italiens qui, depuis Lombroso, ont la coquetterie de compter parmi leurs initiateurs Morel, le père de la dégénérescence.

L'auteur aborde aussi le point pratiquement intéressant de la question, l'histoire de la *lutte contre la dégénérescence* et examine à ce propos les problèmes troublants des *dégénérés à l'armée* et de la *stérilisation des dégénérés*.

---

**Æsculape.** Grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Le numéro : 1 fr. Abonnement : 12 fr (Etranger : 15 fr.). A. ROUZAUD, Editeur, 41, Rue des Ecoles, Paris.

SOMMAIRE DU N° DE MARS 1913

*L'Ecole du Service de Santé militaire de Strasbourg* (14 illustr.), par le Médecin-Inspecteur Ch. Viry. — Le passé glorieux de l'Ecole de Médecine militaire française de Strasbourg raconté par un de ses anciens élèves. Sédillot, Kœberlé, Küss. Le siège de 1870 et la belle conduite des "petits soldats carabins." Le bombardement, la cathédrale en feu, le vieux Strasbourg, la cité des cigognes.

*La "Voyance"* (8 illustr.), par le Dr Ch. Guilbert. — Les curieux dessins du Comte de Tr., exécutés à l'état de veille ; leur interprétation ; l'examen à la loupe y révèle de nombreux personnages inaperçus à première vue ; scènes de Sabbat ; démons et démons.

*Une science nouvelle : l'Océanographie* (10 illustr.), par le Dr Bouquet. — Les sondages aux grandes profondeurs marines ; espèces animales aux formes bizarres, élégantes ou monstrueuses, aux couleurs fragiles, éclatantes ; bactéries phosphorescentes. Ce que contient l'estomac d'un phoque.

*Le Macabre dans l'Art ; 3e article* (8 illustr.), par le professeur Guiart. — Aux XVIIe et XVIIIe siècles les représentations de la

Mort deviennent quasi sporadiques; la Fin des Gloires de ce monde; la Putréfaction des corps de Zumbo; la ruelle du Genièvre et la Mort à la faux d'Hogarth.

*Le Corset dans l'Art* (4 illustr., dont 1 hors-texte), par le

*Le Macabre dans l'Art* (4 illustr., dont 1 hors-texte), par le Prof. F. Regnault. — La splendeur physique de la beauté grecque non déformée; les élégantes romaines; les corsets rigides et le bombement du ventre; les Eves, les Vénus déformées de Van Eyck et de Cranach.

*Un vieil album sur Madame Lafarge* (13 illustr.) — L'artiste anonyme, malgré nos recherches, n'a pu être identifié. Quelques têtes de jurés limousins; "Orfila, prince de la science fait refrirer les estomacs du pauvre afarge"; il présente au jurés un demimilligramme d'arsenic. La violente campagne de Raspail dans la *Gazette des Hôpitaux* il y a 60 ans.

**Supplément** (20 illustr.). — *Le problème de l'intelligence des animaux.* — *La croyance à la stérilité de l'un des jumeaux.* — *Le Prof. Le Double décoré.* — *Un souvenir à la Faculté française de Médecine de Strasbourg.* — *Y'action des vagues.* — *Une curieuse épitaphe.* — *Notes d'un médecin sur le Sud-Oranais.* — *Un grand chirurgien alsacien.* — *La suggestion dans le dressage du léopard.* — *Les chats de Remy de Gourmont.* — *La lèpre en pays annamite.* — *Faut-il castrer les lépreux?* — *Le jubilé du Prof. Renaut.* — *Le danger des insectes et le rôle protecteur des oiseaux.* — *L'administration d'un clystère en pleine rue au XVe siècle.* — *L'exploitation de l'enfance.* — *Le serpent de mer a été rencontré.* — *Sur un homme mort de la rage.* — *Les persécutions contre la race juive au Moyen-Age.* — *La férocité du chevreuil.* — *A propos des herbes du diable.*

---

Le numéro du 3 mai de *Paris Médical*, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, est entièrement consacré à la **Gynécologie et à l'Obstétrique.**

Voici le sommaire :

La Gynécologie en 1913 (*Revue annuelle*), par le Dr A Schwartz. — Données fournies par l'examen cystoscopique dans

le cancer du col de l'utérus, par le Professeur Hartmann. — L'adénomyomatose, par les Drs Forgue et Massabuau. — Les kystes de la région clitoridienne, par les Drs Lefèvre et Loubat. — L'Obstétrique en 1913 (*Revue annuelle*), par le Dr Funck-Brentano. — De la situation normale ou anormale de l'utérus après l'accouchement à terme, par le Dr Bouffe de Saint-Blaise. — Les phlébites utéro-pelviennes des femmes en couches, par le Dr Jeamin. — Actualités médicales. — Sociétés savantes. — *Libre propos*, par le Professeur Gilbert. — Chronique scientifique. — *Curiosités*. — *La médecine d'autrefois: Accoucheurs de jadis*. — *Diététique*. — *Formules thérapeutiques*. — *Revue de la Presse française et de la Presse étrangère*. — *Congrès*. — *Nouvelles*, etc.

(Envoi franco de ce numéro de 116 pages in-4 avec figures, contre 1 franc en timbres-poste de tous pays.)

---

**Formulaire des Spécialités pharmaceutiques pour 1913**, par le Dr V.

GARDETTE. 1 vol. in-8 de 400 pages, cartonné, 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Le but du Dr Gardette a été d'essayer d'être utile à ses confrères en leur donnant sur les spécialités pharmaceutiques les plus usuelles les renseignements nécessaires pour leur permettre de les prescrire quand ils le désireront.

Le succès rapide de ce petit livre arrivé à la 6e édition a montré qu'il répondait à un véritable besoin.

---

**UN RELEVEUR DU SYSTEME**

Le médecin est appelé à prescrire un tonique, dans la plupart des cas, parce que les patients le consultent souvent pour des dépressions et de la débilité générale. Ceux-ci ont besoin d'une médication qui les mette à niveau et les y maintienne. Le Pepto-Mangan exerce une action prompte et énergique sur l'appétit mais surtout sur la qualité du sang. Il n'est ni irritant, ni constipant. Il est agréable à prendre et agit avantageusement sur la constitution générale.

---

## PHARMACOLOGIE

## ERRATUM

Dans le No de Mai de "L'UNION MEDICALE" p. 307,

Poudre de s cille.....	} à 1 gramme
Extrait de s cille.....	

Pour une pilule : 3 à 5 par jour

NOTE: Il faut lire "pour 20 pilules au lieu de une" — Cette formule est De Castaigne.—On peut donner cependant des doses plus élevés.

LESAGE.

## SUPPLEMENT

## AVIS OFFICIEL

Le Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal, a l'honneur d'annoncer qu'il y a une vacance pour la position de Moniteur bénévole au service de la Maternité.

Cette charge sera occupée par le titulaire pendant une année.

Les médecins qui désirent poser leur candidature pour cette nomination, sont priés de s'adresser au Doyen de la Faculté.

Par ordre,

T. D. MIGNAULT,

Secrétaire E. M. C. M.

LE TRAITEMENT DES INFECTIONS RHUMATISMALES PAR LES  
PHYLACOGENES

Depuis la publication des résultats favorables obtenus dans plus de 1300 cas de rhumatisme traités par les phylacogènes, les médecins se sont vivement intéressés à cette forme de traitement et ont demandé des renseignements.

Nous pouvons affirmer dans les infections rhumatismales les plus variées: articulaire, myalgique, névralgique, irities, lumbago, sciatique, c'est-à-dire dans cette variété due au streptocoque. Il importe donc de le différencier des autres formes de rhumatisme.

Dans le rhumatisme chronique, il faut continuer le traitement durant 3 à 4 semaines. En cas d'insuccès, un nouvel examen s'impose.

Pour plus de détails, demandez l'opuscule publié sur ce sujet par la maison PARKE-DAVIS & CO., à Walkerville, Ontario.