

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine, Chirurgie,
Obstétrique, Pédiatrie, Thérapeutique, Hygiène

LA PLUS ANCIENNE REVUE MEDICALE FRANCAISE
AU CANADA

FONDÉE EN 1872

TOME XLII

BIBLIOTHÈQUE
D'ARTS ET MÉTIERS
PARIS

1913

DIRECTEURS — PROPRIÉTAIRES

MM. LES DOCTEURS

- Boulet**, Officier de l'Instruction Publique, France, Professeur suppléant à l'Université Laval, Médecin en chef des services d'Ophtalmologie, de Rhinologie-d'Otologie, et de Laryngologie de l'Institut Ophtalmique, vice-président du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- Dubé**, Officier d'Académie, France, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur de Phisiothérapie à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Ste-Justine, Membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, Président du Bureau de Direction de l'Institut Bruchési.
- De Lotbinière-Harwood**, Professeur de Gynécologie à l'Université Laval, Surintendant de l'Hôpital Notre-Dame, Membre de la Société d'Urologie de Paris.
- Le Sage**, Officier d'Académie, France, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur de Pathologie Interne à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame (Rédacteur en chef).
- Marien**, Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université Laval de Montréal. Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Membre de la Société Anatomique de Paris.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT :

L'Union Médicale du Canada paraît le 1^{er} de chaque mois par fascicules de 64 pages, formant, chaque année, un volume de 800 pages environ.

PRIX DE L'ABONNEMENT

Pour le Canada et les États-Unis.....	\$2.00
Pour les pays faisant partie de l'Union Postale (Etranger).....	2.50
Etudiants	1.00

Payable d'avance par Mandat-poste ou autrement,

Le fascicule..... 0.25cts

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco* à M. le Docteur LESAGE, 46, Avenue Laval.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé *franco* à M. T. VALIQUETTE, Comptable, rue Huntly Montréal, ou Boite Postale No. 3026.

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 JANVIER 1913

No 1

BULLETIN

—❖— 1913 —❖—

L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE
L'AMERIQUE DU NORD

VIE CONGRÈS, SEPTEMBRE 1913

Bonne et heureuse année à tous nos lecteurs et collaborateurs.

— Durant le cours du mois de septembre le VI^e Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord siégera à Montréal, sous la présidence du professeur Hervieux.

Nous faisons des vœux, en passant, afin que notre collègue et ami se rétablisse définitivement d'une maladie longue et douloureuse pour laquelle il a dû être opéré deux fois. Il est actuellement à Paris, où il avait l'intention de travailler dans les intérêts de notre futur Congrès. Malheureusement, il a dû s'aliter en arrivant, après une traversée orageuse, et il a été opéré une deuxième fois par le professeur Quénu, sur les conseils du professeur Chauffard.

Les dernières nouvelles sont bonnes. Nous espérons que la marche du Congrès n'en sera pas retardée, et que toutes les bonnes volontés s'uniront pour contribuer à son succès.

91776

De tout temps, ici comme ailleurs, des esprits maladifs attachés en route par des espoirs déçus ou des ambitions démesurées et inassouvies ont insinué que ces congrès étaient aussi inutiles que peu concluants au point de vue pratique; qu'ils mettaient en vedette toujours les mêmes personnalités encombrantes; qu'ils se résumaient en des réunions plutôt sociales que scientifiques et que, pour nous tout particulièrement, ils mettaient trop en lumière l'insuffisance de nos moyens au point de vue de recherches à faire et des travaux originaux à publier.

Ce raisonnement équivalait à dire que nos hôpitaux sont remplis de malades dont nous ne pouvons tirer aucun profit pour nous-mêmes et pour les autres; que nos laboratoires sont incapables d'exercer aucun travail de contrôle applicable à la clinique; que les travailleurs et les chercheurs, dont le nombre et l'activité augmentent chaque année, doivent s'immobiliser dans le *statu quo*, comme les purs scholastiques de l'antiquité envoûtés par les idées rétrogrades d'un passé désuet; et rester indifférents aux problèmes de l'avenir dont l'épais rideau dérobe à notre vue tant de points obscurs malgré les clartés nouvelles du siècle dernier.

A chacune de ces affirmations futiles nous opposerons en temps opportun des arguments *ad rem*: la preuve contradictoire et décisive du fait accompli ou sur le point de l'être.

Ces idées, d'un autre temps, ne devraient plus avoir d'avocats parmi nous, car c'est une chose jugée par les esprits sérieux et clairvoyants qui envisagent l'avenir avec espoir et sérénité.

Membres de la grande famille médicale, nous devrions désirer de plus en plus ces grandes réunions et rechercher ces occasions de nous entr'aider en collaborant de notre mieux à l'œuvre commune.

Quel est donc celui d'entre nous qui pourrait proclamer, sincèrement, qu'il ne retire aucun bénéfice de la fréquentation des Sociétés Médicales ?

“Celui qui sait tout — dit Osler — et ne peut rien retirer de la fréquentation de la Société Médicale, nous fait penser à ce spécimen d'avorton humain, l'enfant prématurément sénile, dont la dégénérescence a ajouté une vieillesse précoce à un corps d'enfant.”

— Nous pourrions dire la même chose des Congrès qui sont comme la *Fédération des Sociétés Médicales*

— Veut-on connaître, sur ce sujet, l'expérience du professeur Chauffard, président du dernier Congrès français, à Paris, en octobre 1912 ? La voici sur quelques points. Après avoir parlé des débuts difficiles de l'œuvre dont le succès en France est dû à la ténacité d'un Mayet et au prestige d'un Potain, il dit :

— “ Si les Congrès médicaux ont fait leur chemin dans le monde, ce n'est pas qu'ils n'aient eu et qu'ils ne conservent leurs détracteurs. Que n'a-t-on pas dit des congrès et de leur stérilité scientifique ! Combien de psychologues peu bienveillants n'ont voulu y voir que des occasions de joyeuses réunions, des évasions momentanées en dehors du cercle monotone de la vie professionnelle.....”

“ Mais, à coup sûr, ce n'est pas là toute la vérité, et n'envisager nos congrès que sous cet aspect, c'est n'en comprendre ni la vraie nature, ni les profondes raisons d'être, ni les forces vitales qui les animent, ni les nécessités scientifiques et sociales qui les justifient.....”

Et plus loin, il ajoute :

....“ Que voyons-nous autour de nous ? Partout des forces, jusque là isolées et presque inconscientes, qui se cherchent, qui se coordonnent, trop souvent, pour s'opposer les unes aux autres, mais en ce qui nous concerne, pour s'unir dans une action commune..... Livrés à nous-mêmes, dans notre indépendance solitaire, nous nous sentons diminués et moins agissants ; associés par l'union, nous prenons plus pleinement conscience de nos visées communes et de nos moyens d'action.

“ Sur le terrain scientifique, nos Congrès sont nos *grandes manœuvres*, gage de force et prélude de nouveaux progrès”.....

— Et pour terminer, je cite ce dernier passage : “ j'irai plus loin, dit-il, et je dirai que certaines questions ne peuvent à un moment donné faire le pas décisif que grâce aux enquêtes collectives et aux discussions contradictoires que permettent nos réunions. Souvent, sur de bien graves questions l'opinion médicale hésite longtemps, se réserve, attend dans le doute scientifique jusqu'au jour où la cause est plaidée devant elle.”

— Cette opinion est aussi la nôtre.

Nos Congrès, ici, ont été les véritables apôtres de la diffusion des sciences médicales et des réformes de toutes sortes.

A aucune époque nous avons compté autant de sociétés médicales dont l'activité, dans certains districts, est digne des plus grands éloges.

Les médecins se connaissent mieux aujourd'hui qu'autrefois; ils ont plus d'égards les uns pour les autres; ils s'intéressent aux travaux publiés dans les centres plus importants et ils en bénéficient; ils en font eux-mêmes qui dénotent un esprit d'observation très averti.

Les centres universitaires ont aussi décuplé leurs forces pour perfectionner leur enseignement et pour alimenter ces Congrès. Une belle émulation anime chacun de ses membres. Tous veulent apporter leur pierre à l'édifice qu'ils élèvent lentement sur les frontières des deux générations qui vivent, ici, côte à côte et en bonne harmonie. C'est qu'une seule pensée nous préoccupe, malgré les hésitations des premières heures et les critiques malveillantes de quelques pharisiens égarés sur notre territoire: *le progrès*. Or, on ne l'ignore plus désormais: "le progrès, disait le professeur Pozzi au Congrès de Montréal en 1904, ne s'accomplit pas par des batailles, mais par les recherches et les découvertes du pionnier et du savant."

Et à ce propos, il faisait une comparaison élégante empruntée à l'histoire du peuple d'Israël:

"Le prophète Elie, disait-il, avait été poussé par l'esprit de Dieu vers la montagne d'Horeb au lieu même où le Seigneur avait apparu et parlé à Moïse. Elie s'était retiré dans une caverne, et une voix lui dit: "Sors, le Seigneur va passer"! Et voici, dit la Bible, que, devant le Seigneur, pour le précéder, il y eut d'abord un vent violent et impétueux, capable de renverser les montagnes et de briser les rochers; et le Seigneur n'était pas dans cette tempête.

Après, il se fit un tremblement de terre; et le Seigneur n'était pas dans ce tremblement.

Ensuite, il s'alluma un grand feu; et le Seigneur n'était point encore dans ce feu.

Ensuite, voici que survint un souffle très léger; aussitôt Elie se couvrit le visage de son manteau, et étant sorti, il se prosterna à l'entrée de la caverne; car le Seigneur avait passé dans ce souffle à peine entendu."

— Et il concluait par ces paroles mémorables:

“ Il en est ainsi du souffle vivant et régénérateur, quoique parfois insensible de la science. Il n'étonne pas, il n'éblouit pas, il ne bouleverse pas, à la manière des guerres et des révolutions; mais nous l'avons senti passer en nous, et nous savons qu'il transformera le monde.”

— Eh bien, il nous anime ce souffle, car depuis longtemps il avait passé en nous, alors que nous étions encore immobilisés dans l'attente d'une mission à remplir. Mais depuis, il a pénétré dans le corps universitaire tout entier, il a chassé les poussières d'un autre âge, il a ouvert le croisée, il a mis du soleil un peu partout, bref, il a vivifié l'atmosphère.

Bientôt il soulèvera le toit, car il élève tout ce qu'il anime et rien ne résiste au mouvement qu'il imprime à toute chose.

Oui, nous avançons lentement et sans bruit, sur un terrain chaque jour mieux préparé. Nous avons confiance, quoi qu'on dise, car les armes sont perfectionnées de plus en plus et les minutions nous arrivent toujours plus nombreuses.

— Le prochain Congrès devra être pour nous une manifestation publique de cet esprit à la fois doux et fort.

Groupons-nous donc, et à la stérilité d'une critique facile et malveillante, opposons la fécondité d'un travail utile et “ *toujours poursuivi !* ”

Albert LESAGE.

Note. — Voici les détails de l'organisation qui nous sont transmis par le secrétaire général :

RAPPORTS ET RAPPORTEURS DU VI^e CONGRES

1. Les *Eaux potables du Canada*,
Rapporteur: M. ARTHUR BERNIER (Montréal).
2. Les *Stations d'Altitude du Canada*,
M. Z.-H. ETHIER (Montréal).
3. Les *Eaux minérales du Canada*,
Rapporteur: M. G.-H. BARIL, (Montréal).

BUREAU DU VI^{ème} CONGRES

(Montréal, Septembre 1913).

Président-Général : - - - - M. HENRI HERVIEUX
Trésorier-Général : - - - - M. B. G. BOURGEOIS
Secrétaire-Général : - - - - M. E. P. CHAGNON
 16, rue de la Sainte-Famille, Montréal.

Section de Médecine.

Président: M. E. P. BENOIT, 267, Prince Arthur O., Montréal. Vice-Présidents: M. J. A. MATHIEU, 196, rue St-François, Québec; M. E. G. ASSE-LIN, 481, rue St-Antoine, Montréal. Secrétaires: M. ODILON LECLERC, 379, rue St-Joseph, Québec; M. ALBERT DEMERS, 204, rue Dufresne, Montréal.

Section de Chirurgie.

Président: M. T. PARIZEAU, 323, rue Sherbrooke E., Montréal. Vice-Présidents: M. P. C. DAGNEAU, 6, rue Collins, Québec; M. EUGENE ST-JACQUES, 29, rue Sherbrooke Ouest, Montréal. Secrétaires: M. ALBERT L'AQUET, 71, rue Ste-Anne, Québec; M. R. FALARDEAU, 398, rue St-Denis, Montréal.

Section de Gynécologie.

Président: M. SIMEON GRONDIN, 45, rue Sainte-Ursule, Québec. Vice-Présidents: M. A. ETHIER, 232, rue Sherbrooke Est, Montréal; M. GEO. BOURGEOIS, Trois-Rivières. Secrétaires: M. EDGAR COUILLARD, 26½ rue Desjardins, Québec; M. ALEX. SAINT-PIERRE, 703, rue St-Hubert, Montréal.

Section d'Obstétrique.

Président: M. E.-A.-R. de COTRET, 414, rue Dorchester Est, Montréal. Vice-Présidents: M. ALPHONSE LESSARD, 134, rue St-François, Québec; M. L.-A. BEAUDRY, Saint-Hyacinthe. Secrétaires: M. J.-EMILE FORTIER, 309½, rue St-Joseph, Québec; M. STEPHEN LANGEVIN, 128, rue Mont-Royal Est, Montréal.

Section de Pédiatrie.

Président: M. RENE FORTIER, 20, rue Sainte-Ursule, Québec. Vice-Présidents: M. RAOUL MASSON, 127, rue Sherbrooke est, Montréal; M. C.-O. OSTIGNY, Valleyfield. Secrétaires: M. J.-P. FREMOND, Québec; M. Jos.-A. LEDUC, 69, rue Sherbrooke ouest, Montréal.

Section d'Hygiène.

Président: M. J.-A. BEAUDRY, 9, rue St-Jacques, Montréal; Vice-Présidents: M. JOS. GUERARD, 73, rue de l'Eglise, Québec; M. J.-C. BERNARD, Joliette. Secrétaires: M. JULES VALLEE, Québec; M. J.-A. BEAUDOIN, Lachine.

Section d'Ophthalmologie, Ontologie, Rhinologie et Laryngologie.

Président: M. N.-A. DUSSAULT, 28, rue Sainte-Ursule, Québec. Vice-Présidents: M. C.-N. ROY, 277, rue Saint-Denis, Montréal; M. J.-A. DARCHE, Sherbrooke. Secrétaire: M. J.-H.-G. MORIN, 727a, rue St-Denis, Montréal.

Section de Psychiatrie et de Médecine Légale.

Président: M. GEO. VILLENEUVE, 322, rue Saint-Denis, Montréal. Secrétaires: M. EUDORE PARENT, Asile d'aliénés de Beauport, Québec; M. G. WILFRID DEROME, 411, rue de Montigny est, Montréal.

Section d'Anatomie Pathologique et de Bactériologie.

Président: M. ARTHUR VALLEE, 22, rue Sainte-Anne, Québec. Vice-Président: M. EUGENE LATREILLE, 500, rue Saint-Denis, Montréal. Secrétaires: M. JOS. CAOUETTE, Québec; M. HECTOR AUBRY, 616, rue Saint-Denis, Montréal.

Section de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Président: M. C.-N. VALIN, 17, Carré St-Louis Montréal. Secrétaires: M. P.-H. BEDARD, 236, rue Saint-Jean, Québec; M. G. ARCHAMBAULT, 377, rue Saint-Denis, Montréal.

Section de Physio-Thérapie.

Président: M. C.-N. de BLOIS, Trois-Rivières. Secrétaire: M. J.-E. PAN-
NETON, Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Section des Intérêts Professionnels.

Président: M. ALBERT LESAGE, 46, Avenue Laval, Montréal. Vice-Présidents: Les Présidents des Sociétés Médicales. Secrétaires: Les Secrétaires des Sociétés Médicales.

MEMOIRES

**INCISION OBLIQUE TRANSVERSALE DANS LES OPERATIONS SUR
LA VESICULE ET LES VOIES BILIAIRES (1)**

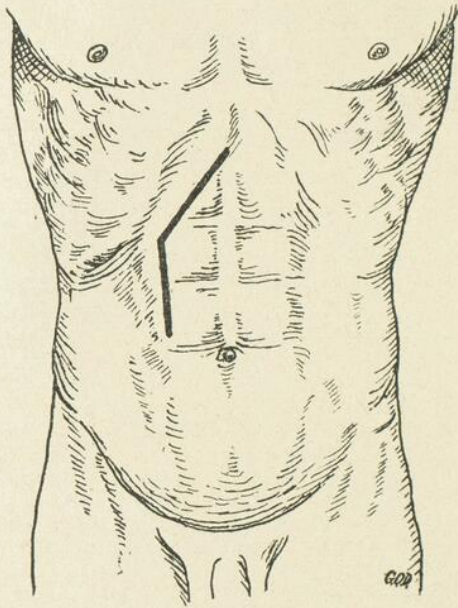
Par M. AMEDEE MARIEN,
Professeur de clinique chirurgicale, Chirurgien en Chef de l'Hôtel-Dieu.

A la Société de Chirurgie de Paris, à la séance du 2 octobre 1912, M. Gosset fait une communication dans laquelle il dit :
" On discute beaucoup en ce moment, du choix de l'incision dans
" les opérations sur les voies biliaires. Avant tout, l'incision doit
" permettre d'explorer, *sans le contrôle de la vue*, non seulement
" la vésicule et le cystique, le cholédoque et l'hépatique, mais en-
" core le hile du foie, le pancréas, le duodénum. Cette incision
" doit permettre, en outre, de pratiquer sur le duodénum et l'es-
" tomac toute opération complémentaire jugée nécessaire."

Après avoir exposé ces principes et avoir indiqué les qualités

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 17 décembre 1912.

et les avantages d'une incision idéale, qui puisse répondre à tous les *desiderata* de la chirurgie actuelle des voies biliaires, il passe en revue les diverses incisions connues aujourd'hui; ce sont les deux incisions classiques d'autrefois, l'incision *oblique* parallèle au rebord costal, et l'incision *verticale* le long du bord externe du muscle droit, qui ne répondent aucunement aux besoins de la chirurgie moderne.

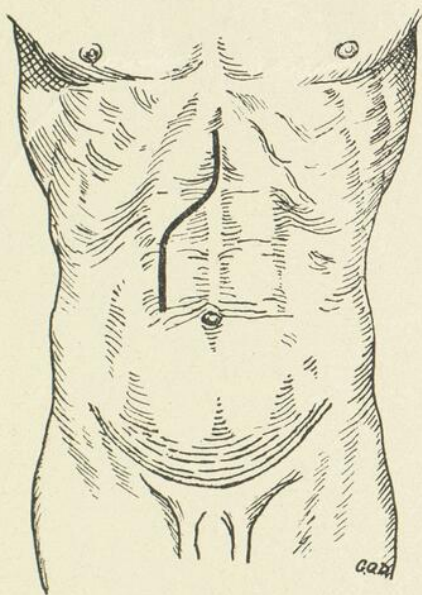


Pl. I. Incision primitive de Kehr.

Avec ces incisions d'autrefois il était très difficile sinon impossible de pratiquer la plupart des opérations nécessaires sur les voies biliaires. Aussi lorsque l'incision ondulée de Kehr fut publiée, elle fut acceptée avec une grande faveur par la plupart des chirurgiens, qui, grâce à elle, ont appris à explorer complètement et minutieusement l'ensemble des voies biliaires; c'est aussi grâce à elle qu'ils ont pu pratiquer avec facilité et succès les opérations transduodénales et que le pronostic des interventions sur la voie biliaire principale a été si largement améliorée. Le service rendu par l'emploi de l'incision de Kehr a été considérable dit Gosset. Et cependant l'incision de Kehr n'aurait pas dû être acceptée, dit-il, car elle ne tient pas compte de l'obligation stricte qui nous est imposée dans le tracé de toute incision intéressant des mus-

cles : respecter les filets nerveux de ces muscles, à cause de l'éventration qui doit fatalement en résulter.

Et il faut bien reconnaître que parfois même sans éventration on note un certain relâchement de la paroi dans la zone comprise entre l'incision transmusculaire verticale et la ligne médiane. Aussi depuis quelques années, tend-on, pour les opérations sur



Pl. II. Incision ondulée de Kehr.

les voies biliaires, à revenir aux sains principes, et Sprengel, en 1910, au congrès allemand de Chirurgie, a montré tous les avantages de *l'incision transversale*."

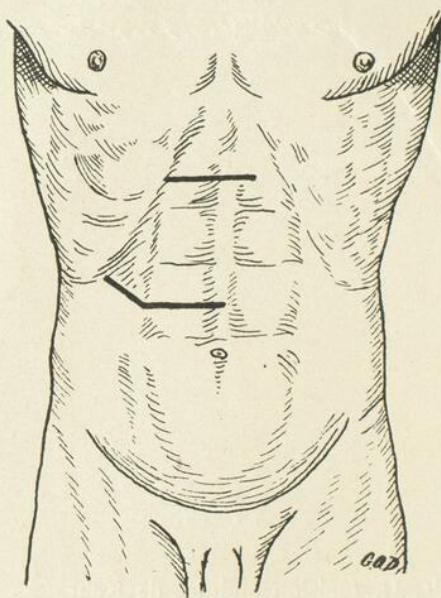
" Pour les opérations sur les voies biliaires, écrit Sprengel, l'incision que je considère comme la plus recommandable est une incision en forme de crochet, disposée de telle sorte que le bras court, externe, du crochet, corresponde à la direction du muscle grand oblique, et que ce muscle soit sectionné parallèlement à ses plis ; le grand bras du crochet, au contraire coupe transversalement le muscle grand droit. Si le jour ainsi obtenu n'est pas suffisant, ce qui est la règle dans les interventions sur les voies biliaires profondes, je conseille de prolonger l'incision vers la gauche, c'est-à-dire de sectionner également, transversalement, en partie ou en totalité, le muscle grand droit du côté gauche, et d'assurer ainsi un jour suffisant à peu près dans toutes les éventualités."

Bakes a adopté l'incision de Sprengel dans 48 opérations sur les voies biliaires .

Koste l'emploie également.

Kehr lui-même a été amené à modifier son incision pour la troisième fois.

Gosset conclut en disant: " le point intéressant c'est la facilité d'accès que donne l'incision de Sprengel sur les voies biliaires profondes. Lorsqu'on est habitué à l'incision de Kehr, on a ten-



Pl. III. Incision de Sprengel.

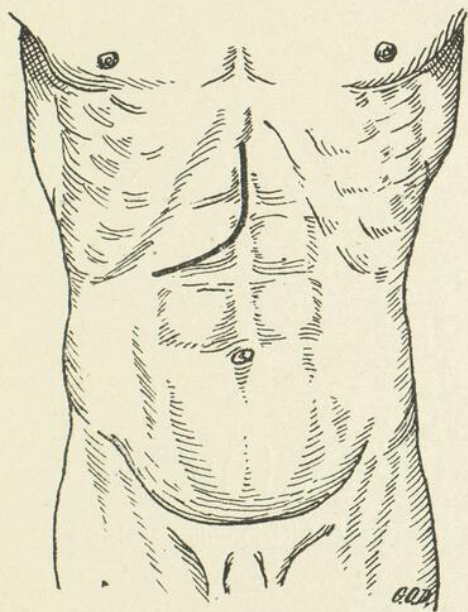
dance la première fois qu'on essaie l'incision de Sprengel à la trouver inférieure à ce point de vue. Mais très vite on apprend à se servir de cette incision et à la trouver supérieure. Kehr lui-même abandonne l'incision ondulée, et ne recommande plus que l'incision courbe; or, entre l'incision courbe de Kehr et l'incision transversale de Sprengel, je préfère de beaucoup, dit-il, cette dernière.

— Depuis trois ans, j'emploie pour mes opérations sur la vésicule et les voies biliaires une incision inédite, qui est **oblique transversale** et que je préconise comme supérieure à toutes les incisions connues, puisqu'elle est simple, facile, scientifique et qu'elle répond à tous les *desiderata* de la chirurgie actuelle des voies biliaires.

Avec cette incision, j'ai pratiqué toutes les opérations connues jusqu'à aujourd'hui, sur les voies biliaires.

L'incision oblique transversale se dirige obliquement, à partir du rebord des côtes, entre la neuvième et la huitième, jusqu'à l'ombilic, qu'elle peut dépasser au besoin et devenir médiane, au-dessous de celui-ci en suivant la ligne blanche.

Dans un premier temps, l'incision comprend la peau et le tissu cellulo-graisseux sous-cutané jusqu'à l'aponévrose. Dans un deuxième temps, incision de l'aponévrose, qui découvre facilement les muscles *droit* et *grand oblique*. Au niveau de la deuxième in-



Pl. IV. Incision actuelle de Kehr.

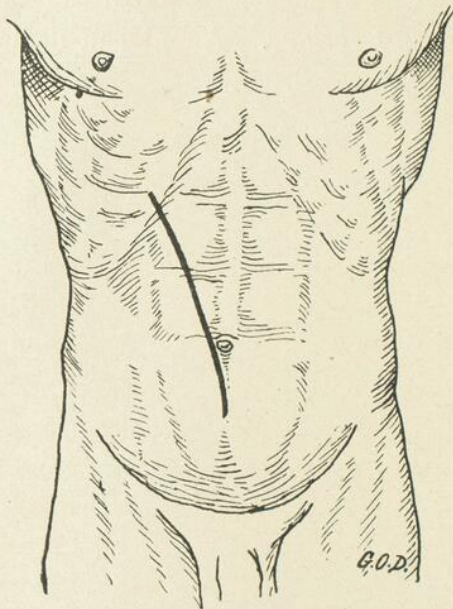
tersection du grand droit, il est facile de trouver l'interstice musculaire, et à l'aide de la sonde et de deux index fléchis en crochets l'on divise d'un seul coup, sans couper une seule fibre musculaire, l'espace intermusculaire, verticalement de haut en bas.

Les faisceaux des deux corps musculaires de chaque côté se laissent facilement écarter, et l'on aperçoit dans le fond l'aponévrose blanche et mobile de la gaine postérieure. Il est alors aisé de la saisir à l'aide de deux petites pinces à griffes, de l'attirer au dehors et de l'inciser en même temps que le péritoine, à l'endroit que l'on veut explorer, mais de préférence dans le haut de

l'incision où se trouve fatalement le fond de la vésicule biliaire qui vient parfois faire hernie.

D'un coup de ciseau ou deux l'on agrandira au besoin cette incision du péritoine.

Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que l'on n'a pas encore coupé un seul vaisseau important ni un seul nerf. et l'on a une incision suffisante qui permet d'explorer facilement et sans le contrôle de la vue, une portion du bord antéro-inférieur du foie, la vésicule et les voies biliaires, le pylore, le duodénum et l'estomac ainsi que la tête du pancréas et le rein droit.



Pl. V. Incision de Marien.

Si l'on a la précaution de soulever le rachis, en glissant un billot au niveau de la pointe des omoplates, le champ opératoire des voies biliaires se trouve ainsi bien exposé, et l'on peut avec avantage, surtout chez les sujets maigres, se passer d'écarteurs, qui sont toujours encombrants, à condition qu'un assistant bien entraîné et habile déprime les parois et extériorise en quelque sorte le duodénum et les voies biliaires.

La réparation se fait facilement, comme dans toute laparotomie, en suturant plan par plan, les quatre couches superposées de la paroi.

Le drainage est parfaitement bien assuré, si on laisse passer le tube de caoutchouc, entouré de mèches de gaze, au milieu de l'incision, et si l'on a soin de maintenir le malade couché sur le côté droit.

DE L'IMPORTANCE DE LA PERMEABILITE RENALE DANS LES NEPHRITES (1)

Par E. P. BENOIT,

Professeur titulaire de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Nous venons de voir, au No. 48 de la Salle Sainte-Marie, une jeune fille de 20 ans atteinte depuis quelques jours de néphrite aiguë. L'examen de la malade nous a révélé qu'il s'agissait d'une néphrite parenchymateuse; en effet, nous avons constaté la pâleur du teint, l'œdème de la figure, l'albumine dans l'urine, la diminution des chlorures, l'absence de troubles cardio-artériels. La malade nous a raconté son histoire; nous savons qu'elle est servante d'auberge, qu'elle fait usage d'alcool, et qu'elle est venue dans le service l'été dernier pour une attaque semblable. Nous avons porté un pronostic favorable parce que l'examen de la perméabilité rénale a montré que cette perméabilité est suffisamment conservée chez la malade.

Je vous ai fait voir ensuite, au No 17 de la Salle Saint-Jean-de-Dieu, un homme de 35 ans offrant, lui aussi, tous les symptômes de la néphrite parenchymateuse: teint pâle, œdème de la figure et des membres, albuminurie, diminution du volume de l'urine des vingt-quatre heures, rétention des chlorures, etc. Ce malade, quelques-uns d'entre vous l'ont vu l'année dernière, alors qu'il souffrait dans cette même salle d'une pneumonie compliquée de néphrite. Chez lui, la perméabilité rénale est devenue tout à fait insuffisante; il y a non seulement rétention des chlorures, mais rétention de l'urée; on en a trouvé 1.83 gr. au litre dans le sang, et la constante uréique égale 0.47. Ce malade, à première vue, n'offre pas de symptômes bien alarmants; cependant nous avons porté un pronostic grave et immédiat, nous basant surtout sur l'analyse de la perméabilité rénale.

Permettez-moi de revenir sur ce sujet, si important dans les néphrites, et d'y consacrer la leçon d'aujourd'hui.

Le contrôle scientifique des malades par le laboratoire devient de nos jours d'une grande utilité. Nous en avons un exemple démonstratif dans cette épreuve de la perméabilité rénale, où le chimiste ne se contente pas de constater la présence ou l'absence de l'albumine, de l'urée ou des chlorures dans l'urine ou dans le sang, mais il nous enseigne, par une méthode d'analyse rigoureuse sur

(1) Clinique médicale de l'Hôpital Notre-Dame, nov. 1912.

la valeur fonctionnelle de l'organe, c'est-à-dire sur le degré de conservation de la perméabilité rénale. C'est évidemment un très grand progrès.

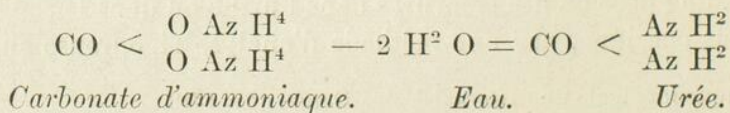
Autrefois, dans les néphrites, on attachait beaucoup d'importance à la présence de l'albumine dans l'urine. L'albuminurie constituait la base du diagnostic; le pronostic était lié directement à l'intensité du symptôme. Aujourd'hui, nous savons que l'albumine peut faire complètement défaut dans les néphrites interstitielles les plus graves, et que sa présence dans l'urine n'a qu'une valeur secondaire pour établir le pronostic dans les néphrites parenchymateuses. L'albuminurie nous dit bien que l'utilisation des substances albuminoïdes fait défaut dans l'organisme, que le filtre rénal est altéré, mais elle ne nous dit pas si les substances toxiques de l'urine sont retenues dans le sang. Pourtant c'est là le point important. Ce qui crée le danger, dans les néphrites, ce n'est pas le passage de l'albumine dans l'urine, qui est tout au plus une cause d'amaigrissement; mais c'est la rétention des chlorures et de l'urée. Les œdèmes et l'urémie, voilà ce qui tue les brightiques.

La recherche de la perméabilité rénale est d'autant plus importante dans les néphrites qu'elle seule permet de juger exactement la valeur fonctionnelle des reins, et révèle le danger avant qu'il apparaisse dans les symptômes, c'est-à-dire avant l'œdème et avant l'urémie constituée.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Avant de vous donner quelques notes sur la recherche de la perméabilité rénale, il vaut mieux, je crois, que je vous explique en quelques mots le rôle de l'urée et du chlorure de sodium dans l'organisme.

L'urée est un produit de la désassimilation des tissus. La théorie classique sur ce point est celle de Schmiedberg: "La désassimilation des albuminoïdes aboutit à l'acide carbonique et à l'ammoniaque; le carbonate d'ammoniaque ainsi formé, perdant de l'eau, forme l'urée." L'auteur résume sa théorie dans la formule suivante:



Evidemment, dans l'urémie, l'urée n'est pas seul en jeu ; toutes les substances toxiques de l'urine y contribuent. Suivant la formule de Bouchard : " L'urémie est une intoxication par tous les poisons qui, normalement introduits ou formés dans l'organisme, auraient dû s'éliminer par la voie rénale et en sont empêchés par l'imperméabilité rénale." Mais l'urée est lui-même toxique.

Si, dans les analyses de laboratoire, on cherche la présence de l'urée de préférence à celle des autres substances extractives, c'est parce qu'on possède des réactifs connus pour constater la présence de ce corps, et que la technique de cette recherche est établie. C'est aussi parce que la toxicité de l'urée est bien prouvée.

Le chlorure de sodium, lui, joue dans l'organisme un rôle tout à fait spécial : c'est l'agent des échanges et des sécrétions. Ses molécules sont constamment en circulation dans le sang, la lymphe, le liquide céphalo-rachidien ; elles baignent tous les tissus, toutes les cellules, et maintiennent dans les plasmas ce milieu salé indispensable à toute vie animale.

Cette fonction chlorurée est tellement nécessaire à la nutrition qu'elle doit, comme la température, se maintenir au même niveau. On a reconnu que l'organisme demeure constamment en état d'équilibre chloré. La quantité de chlorure de l'organisme reste fixe ; la quantité de chlorure apportée par l'alimentation et celle excrétée par l'urine varient parallèlement. S'il arrive que les reins ne laissent plus passer les chlorures, le sang, pour maintenir son équilibre chloré, se débarrasse du surplus en le fixant dans les tissus, où il cause les œdèmes et les épanchements.

Vous comprenez facilement l'importance de ces phénomènes. Donner du sel de table lorsqu'il y a rétention des chlorures, c'est augmenter chez le malade l'albuminurie et l'œdème, c'est faciliter l'apparition des accidents urémiques par l'infiltration interstitielle des reins, des poumons et des centres nerveux. Constater que l'urée est retenue dans le sang, même s'il n'est pas diminué dans l'urine, c'est constater une intoxication par insuffisance rénale, avec toutes les conséquences graves que cela implique à plus ou moins brève échéance.

RECHERCHE DE LA PERMÉABILITÉ RÉNALE

Dans les néphrites, surtout les néphrites chroniques, il faut donc de toute nécessité savoir s'il y a rétention azotée, ou réten-

tion chlorurée, ou encore si le filtre rénal fonctionne bien. Autrement, il est impossible de connaître le pronostic, ni d'établir le traitement approprié. En pathologie rénale, ce n'est pas l'étendue de la lésion qui importe, mais le degré de la destruction fonctionnelle du rein.-

Nous possédons en clinique trois moyens d'étudier la fonction rénale: 1° l'épreuve de la perméabilité; 2° l'analyse de l'urée; 3° l'analyse des chlorures. Je me contenterai aujourd'hui de vous expliquer en quelques mots ces méthodes. Dans la prochaine leçon, le Dr Wilfrid Derome, chargé du laboratoire de l'Hôpital Notre-Dame, vous en donnera une démonstration technique. Je serai cependant un peu plus détaillé pour ce qui concerne le premier procédé, l'épreuve de la perméabilité totale, que l'on pratique à l'aide du bleu de méthylène.

1° *L'épreuve au bleu de méthylène.*

Cette substance chimique donnant à l'urine une coloration spéciale, on s'en sert pour constater si l'élimination par le rein se fait dans un temps normal, ou si elle est retardée.

On emploie pour cela une solution aqueuse stérilisée de bleu de méthylène pur, titrée à 1 pour 20, dont on injecte 5 centigrammes dans les muscles de la fesse, après avoir fait uriner le malade pour vider la vessie. On pratique cette injection le matin.

Une demi-heure ou une heure après l'injection, puis toutes les heures pendant la première journée, on demande au malade d'uriner, et au besoin on pratique le cathétérisme. Chaque échantillon est mis dans une bouteille portant sur une étiquette la date et l'heure de la miction. Le lendemain et les jours suivants, quand il y a lieu, on recueille les émissions lorsqu'elles viennent, sans fixer d'heure.

L'analyse consiste à rechercher, dans chaque échantillon recueilli, la présence du bleu de méthylène ou de son chromogène. Le bleu révèle sa présence par la coloration bleue ou verte de l'urine; dans les cas douteux, on agite l'urine avec un peu de chloroforme, qui se charge rapidement de la substance colorante. Pour mettre en évidence le chromogène, il faut chauffer l'urine additionnée d'un peu d'acide acétique; lorsque l'urine est en ébullition, on voit apparaître une coloration bleue plus ou moins foncée.

On cherche par l'épreuve au bleu de méthylène à mettre en évidence les points suivants: 1° le début de l'élimination du bleu doit

commencer dès la première heure; 2° cette élimination est cyclique; elle augmente jusque vers la quatrième heure, reste stationnaire jusque vers la douzième heure, décroît ensuite progressivement; 3° la durée totale de l'élimination varie normalement entre quarante et soixante heures. C'est l'intensité de l'élimination des premières vingt-quatre heures qui est la plus importante à noter.

L'analyse étant faite avec soin, il faut en interpréter les résultats d'après les bases suivantes: (a) La perméabilité est normale si le bleu apparaît dès la première heure, atteint une coloration intense vers la sixième heure, et si l'élimination du bleu ou de son chromogène est terminée vers la 50e heure. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de lésion rénale, mais cela signifie que la fonction rénale est intacte. (b) La perméabilité est augmentée si la coloration est intense dès le début et cesse après dix, quinze ou vingt heures. Il s'agit d'une néphrite épithéliale. Suivant l'expression de Bard: le filtre est percé. On peut permettre la viande au malade, mais pas le sel, car la rétention des chlorures est à craindre, si elle n'existe pas déjà. (c) La perméabilité est diminuée si la quantité de bleu éliminé est moindre qu'à l'état normal (faible coloration) ou se prolonge pendant trois, quatre, cinq et six jours. Il s'agit d'une néphrite interstitielle atrophique; le rein est insuffisant; on doit éliminer du régime les aliments azotés; le régime lacté est de rigueur.

2° *La recherche de la rétention azotée.*

On peut doser l'urée dans l'urine, dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang.

Le dosage dans l'urine seule est insuffisant. Le régime, le degré de concentration de l'urine modifieront ce dosage. De plus, lorsqu'il y a beaucoup d'urée de retenu dans le sang, la quantité d'urée dans l'urine peut demeurer normale. Cette méthode, employée seule, peut donc nous induire en erreur.

Le dosage de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien exige une ponction lombaire; il n'offre aucun avantage spécial; il n'y a donc pas lieu de l'employer d'une façon courante.

Le dosage de l'urée dans le sang est beaucoup plus simple, et d'une importance de premier ordre. On perfore aseptiquement une veine avec une aiguille à ponction pour recueillir du sang. L'analyse révèle immédiatement si l'urée est retenue dans le sang;

elle permet de calculer quelle quantité par litre est retenue, ce qui fixe le pronostic.

La méthode de choix est de doser l'urée dans l'urine et dans le sang, et de calculer le rapport entre les deux quantités, ce qui donne la constante uréique ou constante d'Ambard.

On doit interpréter les résultats de la façon suivante :

(a) S'il n'y a pas de rétention azotée, le pronostic est bénin, la viande peut être permise ;

(b) Si la rétention azotée est faible (moins d'un gramme au litre dans le sang), le pronostic est favorable tant que le malade suit son régime ; il peut vivre ainsi des années ; mais la moindre imprudence peut aggraver le pronostic ;

(c) Si la rétention d'urée est forte (entre 1 et 2 grammes d'urée au litre dans le sang), la survie ne dépassera pas une année ;

(d) Avec plus de 2 grammes d'urée au litre dans le sang, on peut s'attendre à une mort prochaine, quels que soient les symptômes.

La constante uréique (Ambard) a une très grande valeur documentaire, puisqu'elle est basée sur le calcul de la proportion mathématique constante entre l'urée dans l'urine et l'urée dans le sang. C'est un fait très curieux constaté pour la première fois en physiologie pathologique : le taux de l'urée dans le sang varie comme la racine carrée du taux de l'urée dans l'urine. La constante normale ne dépassant pas 0.06, on sait qu'il y a néphrite si la constante s'élève à 0.10 ou 0.12, urémie lorsqu'elle atteint 0.20 et plus, et que l'urémie est très grave lorsque cette constante dépasse 0.40.

3° *La recherche de la rétention chlorurée.*

Le dosage des chlorures dans l'urine a une certaine valeur lorsque la quantité de NaCl est notablement diminuée et que l'alimentation est normale. De même, si l'on pèse un brightique tous les jours, et que son poids augmente progressivement, la quantité du sel dans les aliments demeurant la même, on peut conclure qu'il y a rétention. Mais ces méthodes manquent d'exactitude. Elles peuvent suffire dans la pratique courante, mais il vaut mieux soumettre les malades à des épreuves plus précises.

Achard établit un régime fixe (par exemple 3 litres de lait par jour) et donne en plus tous les jours 10 grammes de sel. Si l'élimination augmente dès le 1er jour et cesse le lendemain du

jour où l'on supprime les dix grammes de sel, c'est qu'il n'y a pas rétention. Autrement, l'élimination persiste encore plusieurs jours.

Widal dose le sel des aliments et le chlorure de l'urine des 24 heures. S'il y a plus de sel absorbé que de sel éliminé, c'est qu'il y a rétention.

Mais je n'entre pas dans le détail de ces analyses. M. Derome vous les expliquera et vous en fera la démonstration dans une prochaine clinique. J'ajouterai seulement, pour terminer, que la rétention des chlorures n'a pas la même signification pronostique que celle de l'urée; la première peut exister sans la seconde; elle ne devient dangereuse que par l'intensité ou la persistance de l'œdème.

MESURE DE L'ACTIVITÉ RENALE — CONSTANTE UREMIQUE ET CHLORUREMIQUE D'AMBARD, (1)

Par G. WILF. DEROME,

Professeur suppléant de médecine légale et de toxicologie,
Chef du Laboratoire de l'Hôpital Notre-Dame.

A la demande de votre professeur de Clinique Médicale, M. E. P. Benoit, et pour faire suite à sa dernière leçon sur l' "*Importance de la perméabilité rénale dans les néphrites*," je ferai devant vous l'exposé avec démonstrations, d'un moyen récent et considéré à juste titre, comme le plus propre à donner la vraie mesure de la fonction rénale, je veux parler de la *Constante urémique et chlorurémique d'Ambard*. . .

Dans un article original paru dans la *Semaine Médicale*, le 19 avril 1911, MM. Ambard et Moreno présentant le résultat de leurs recherches sur les dosages comparés de l'urée dans le sang et dans les urines, mettaient en lumière les deux lois suivantes concernant la sécrétion urinaire de ce produit de transformation des matières albuminoïdes :

1^{re} loi. — *L'élimination urinaire de l'urée croît en raison du carré de la concentration du sang en urée.*

2^e loi — *Avec un même taux d'urée sanguine, le débit de l'urée dans l'urine varie comme l'inverse de la racine carrée de la concentration de l'urée dans l'urine.*

(1) Pour faire suite au travail du Dr Benoit (voir ci-dessus) clinique de l'Hôpital Notre-Dame, nov. 1912.

Ce qui en termes concrets, signifie que: (1^{re} loi). Toutes les fois que l'urée dans le sang augmente de 2, l'urée dans l'urine augmente de 4; si elle augmente de 3, 4, dans le sang, elle sera dans l'urine de 9, 16.

Voici un exemple d'un autre ordre: Supposons qu'un sujet dont les reins sont normaux, élimine 20 grammes d'urée au litre lorsque son sang contient 0.20 centigrammes d'urée au litre (de sang), il en éliminera 80 grammes par ses urines, lorsque son sang en contiendra 0.40 centigrammes.

Un dernier exemple: Supposons qu'un autre sujet dont les reins sont aussi normaux, élimine non plus 20 grammes, mais 10 grammes d'urée au litre d'urine lorsque son sang en contient 0.20 centigrammes au litre, toujours en vertu de la même loi, lorsque le taux de l'urée du sang doublera, celui des urines quadruplera, s'il triple dans le sang, la quantité dans les urines sera de 90.

Il existe donc à l'état normal, un rapport constant entre la teneur en urée du sang et celle des urines, lequel rapport tel qu'énoncé par la première loi, peut être figuré de la façon suivante:

$\frac{\text{urée dans le sang}}{\sqrt{\text{urée dans l'urine}}}$ ou (deuxième exemple précité):

$$\frac{0.20}{\sqrt{.20}}, \quad \frac{0.40}{\sqrt{80}}, \quad \frac{0.60}{\sqrt{180}}.$$

Rapports dont la *constante* = 0.044. — (Troisième exemple précité): $\frac{0.20}{\sqrt{10}}, \frac{0.40}{\sqrt{40}}, \frac{0.60}{\sqrt{90}}$. Rapports dont la *constante* = 0.0625.

Ces deux constantes (0.044 et 0.0625) sont normales et représentent à peu près les limites entre lesquelles se place la *constante* de tous les individus dont les reins sont normaux.

On peut aussi étiqueter tout sujet au moyen d'un chiffre qui ne doit pas varier tant que ses reins seront normaux.

Mais si les reins deviennent malades et en particulier, s'ils s'opposent plus ou moins à l'élimination de l'urée, on peut admettre, n'est-ce pas, en théorie, qu'indépendamment des fluctuations azotées dues à l'apport alimentaire, le taux de l'urée du sang va augmenter, tandis que celui des urines va diminuer. En d'autres termes et d'une façon plus conforme à la réalité, le taux de l'urée dans l'urine pourra dans la mesure marquée par la lésion rénale, subir comme celui du sang les fluctuations inhérentes au régime alimentaire, mais d'une façon nullement en rapport avec les lois précitées.

On pourra, par exemple, trouver dans le sang de certains néphritiques une quantité d'urée par litre de 0.35 ou 0.50 centigrammes — ce qui correspond à la quantité normale, moyenne, rencontrée chez des individus sains et soumis au régime ordinaire — et trouver d'autre part dans les urines une teneur en urée excessivement basse, disons 5 ou 8 grammes au litre

D'une façon inverse et en supposant que la lésion rénale reste la même, si ces mêmes néphritiques sont soumis à un régime carné généreux, il peut arriver que la quantité d'urée rencontrée dans les urines, soit normale et même au-dessus de la normale, soit 20, 25, 30 grammes au litre; mais alors, dans le sang, le taux de l'urée sera excessif, c'est-à-dire, qu'il sera de 3, 4, 5 grammes au litre. Donc, dans l'un et l'autre cas, bien que les données du rapport ne soient pas les mêmes à cause du régime alimentaire, la *constante*, elle, reste la même et restera telle tant que la lésion rénale ne se modifiera pas.

Vous entrevoyez déjà, Messieurs, la notion du diagnostic et celle non moins importante du pronostic qui découlent d'une façon claire et nette de cet exposé. Permettez-moi en outre de vous signaler un autre fait qui découle également de ce qui vient d'être dit: c'est que le dosage seul, de l'urée dans l'urine n'a plus sa raison d'être, et d'ailleurs, comme on a dû vous le dire, il n'a jamais donné des indications très précises.

Maintenant, Messieurs, une légère correction doit être apportée à la *constante* telle que nous venons de l'étudier. Cette correction est déjà énoncée dans le texte de la seconde loi urinaire, et voici en quoi elle consiste: Il est évident qu'un sujet dont les reins sont normaux, ou même malades, peut émettre, disons en 24 heures, une quantité plus ou moins grande d'urine suivant qu'il boit peu ou prou, de sorte que — supposant pour plus de facilité que les reins sont sains — la quantité d'urée qui est éliminée dans les 24 heures ou par litre d'urine, tout en étant en rapport normal avec celle du sang, se trouve plus ou moins diluée d'un moment à l'autre, d'un jour à l'autre, enfin d'un litre à l'autre. En d'autres termes, un sujet qui élimine 20 grammes d'urée par 24 heures lorsque son sang en contient 0.20 centigrammes peut émettre aujourd'hui un demi-litre seulement d'urine et demain un litre et demi peut-être; et cependant les 20 grammes d'urée sont là, quand même. Il existe donc à l'état normal et pathologique

une concentration plus ou moins grande de l'urée dans les urines, concentration variable chez le même sujet à tous les instants et par conséquent pour chaque litre d'urine émise.

Or la seconde loi urinaire dit que le "débit de l'urée dans l'urine varie comme l'inverse de la racine carrée de la concentration de l'urée dans l'urine lorsque le taux de l'urée sanguine reste le même." Ce qui signifie que pour un taux donné d'urée sanguine, disons 1, la quantité d'urée éliminée sera de $\frac{1}{\sqrt{25}}$ lorsque la concentration urinaire de l'urée sera de 25 grammes pour 1000 cc. d'urine, et de $\frac{1}{\sqrt{9}}$, lorsque cette concentration sera de 9 grammes au titre, soit respectivement $\frac{1}{5}$ et $\frac{1}{3}$.

Maintenant si nous faisons entrer dans la formule de la première loi, les facteurs de la seconde, et si nous rapportons à 25 grammes par 1000 cc. d'urine le taux type auquel doivent être comparées toutes les sécrétions urinaires, nous avons en définitive la *constante urémique* suivante qui est *absolue*, c'est-à-dire invariable chez le même individu tant que ses reins sont sains. La formule de la première loi n'étant que *relative* ou, si vous voulez, n'étant vraie que pour le moment où l'on opère, vu qu'elle ne tient pas compte de la concentration variable de l'urée dans l'urine :

En appelant *ur* le taux de l'urée du sang,
D le débit urinaire de l'urée,
C la concentration de l'urée dans l'urine,
 25/1000 le taux type de comparaison,

la formule de la constante urémique peut être figurée ainsi :

$$V \frac{ur}{D \frac{\sqrt{C}}{\sqrt{25}}}$$

CONSTANTE URÉMIQUE

Pour ce qui a trait à la sécrétion urinaire des chlorures, vu que notre temps est limité, nous nous contenterons pour aujourd'hui, de rappeler que, le 8 mai 1912, MM. Ambard et Weill émettaient à propos de la sécrétion des chlorures des lois identiques à celles qui régissent la sécrétion urinaire de l'urée.

Une remarque doit être faite cependant au sujet du taux des chlorures du sang :

Les auteurs précités considèrent qu'une quantité de sel égale à

5.62 grs par litre de sang, est nécessaire au bon fonctionnement de notre organisme, au point que la sécrétion urinaire des chlorures n'aurait lieu qu'en autant que le sang en contiendrait par litre, une quantité supérieure à 5.62 grs. ; et c'est cet " excès sur le seuil," par conséquent, qui seul serait soumis aux lois de la sécrétion urinaire.

TECHNIQUE DE LA CONSTANTE URÉMIQUE

I. — *Dosage de l'urée dans l'urine.*

On opère sur un échantillon d'urée fraîchement émis et compté avec la quantité exacte des 24 heures, disons 10 cc. d'urine. On précipite alors au moyen de 7 cc. de sous-acétate de plomb tous les produits azotés autres que l'urée on ajoute 50 cm³ d'eau filtrée, on agite fortement et on filtre. De la sorte 5 cm³ du liquide étalent 7 cm³ d'urine.

Ses 5 cm³ du liquide introduit dans l'uréomètre Yvon, avec 5 cm³ au moins d'hypobromite de soude, donnent après mélange, agitation et refroidissement, une quantité d'azote en volume que l'on compare au volume d'azote dégagé par une quantité donnée d'urée et ainsi on obtient exactement la quantité d'urée contenue dans 1 cc. d'urine, dans 1000 cc. et dans le total des 24 heures.

II. — *Dosage de l'urée dans le sang.*

Il faut retirer 20 cm. du sang au moins par ponction de la veine. Ce sang se coagule assez rapidement à la température du laboratoire ; le sérum est ensuite décanté et mélangé à parties égales avec une solution à 20 p. c. d'acide trichlorabacétique dans le but de précipiter totalement l'albumine. On filtre et le liquide obtenu est introduit avec l'hypobromite de soude dans l'uréomètre Yvon. L'azote qui se dégage est de même que pour l'urine, évalué en urée par comparaison avec une solution titrée d'urée.

L'un des malades (no 17, St-Jean-de-Dieu) qui a fait l'objet de la dernière leçon de votre professeur de Clinique Médicale, est un exemple frappant de la valeur de la constante d'Ambard tant au point du diagnostic que du pronostic dans les maladies du rein.

Ce malade, en effet, dont vous connaissez mieux que moi l'histoire, présentait des signes cliniques évidents d'insuffisance rénale ; mais, de l'aveu même de votre professeur, rien chez lui ne

laissait prévoir un dénouement fatal aussi rapproché, c'est-à-dire que le malade est mort dans la même semaine où sa constante urémique avait atteint le chiffre élevé de 0.47 — contre 0.04 à 0.06 à l'état normal.

Voici d'ailleurs les pièces d'autopsie de ce malade: Vous remarquez que les deux reins ont le double du volume normal, leur coloration est d'un jaune mat, la capsule s'enlève, assez facilement leur consistance est plutôt pâteuse. C'est là le type du *gros rein blanc* décrit par Bright en 1827 et plus tard sous le nom de néphrite parenchymateuse ou épithéliale par Lancereaux et Bard.

L'autre cas de néphrite — cette servante d'auberge (no 48, Ste-Marie), que vous avez pu examiner à la même leçon du professeur — pour lequel un pronostic favorable a été porté, avait, au contraire, une constante urémique de 0.16.

Comme vous voyez, Messieurs, le laboratoire, sans jamais porter atteinte aux droits de la clinique, lui devient un conseiller de plus en plus utile; et pour ce qui a trait à la *constante d'Ambar* en particulier, après une expérience de douze cas, je considère que tout chirurgien ne devrait entreprendre aucune opération sérieuse avant d'être éclairé sur l'état de perméabilité rénale par la constante d'Ambar, que tout accoucheur devrait, par le même moyen, contrôler l'efficacité d'un traitement chez une femme enceinte et en imminence d'éclampsie.

On vous l'a dit à maintes reprises: si la recherche de l'albumine était un moyen suffisant, il y a vingt ans, pour s'enquérir sur l'état des reins, elle ne l'est plus aujourd'hui, premièrement parce qu'on peut avoir de la néphrite sans albumine et deuxièmement, parce que la quantité d'albumine donne nullement la notion exacte de l'étendue ou de la gravité de la lésion rénale.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FLUXIONS ET DES ALTER- NANCES MORBIDES (1)

Par le Docteur G. Archambault,

Dermatologiste et Syphiligraphie à l'hôpital Notre-Dame et à l'Institut Bruchesi,
Médecin consultant de l'Hôpital Saint-Jean de Dieu.

Il y a plusieurs années, lorsque je demandais à mon regretté père pourquoi il était si prudent dans le traitement de l'eczéma

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 17 décembre 1912.

du nourrisson, toujours il m'a répondu que l'eczéma infantile n'était qu'un symptôme d'une maladie générale, et que les manifestations cutanées guéries trop vite pouvaient entraîner des complications viscérales graves, parfois mortelles.

Plus tard, en suivant les enseignements de Gaucher et de Brocq à l'hôpital St-Louis de Paris, j'ai souvent réentendu les mêmes conseils suivis d'explications scientifiques. Certaines manifestations cutanées que quelques auteurs ont de la tendance à considérer comme des maladies vraies, ne sont que des poussées fluxionnaires qui se font du côté de la peau, parce qu'à ce moment celle-ci se trouve être le "*locus minoris resistentiae*" de l'organisme. Cet endroit le plus faible, peut varier très souvent et très rapidement dans les diverses phases de la vie. Les lésions cutanées disparaissent alors pour faire place à des manifestations viscérales, qui ne sont elles aussi que l'indice d'un organisme malade.

Je me rappelle toujours l'histoire clinique de ce malade qui souffrait de crises d'asthme alternant avec des poussées d'eczéma, depuis plus de quinze ans, crises qui faisaient leur apparition aussitôt que la peau était blanchie, poussées eczématisées qui se faisaient sentir immédiatement après la disparition des crises d'asthme.

Le malade s'en était si bien rendu compte lui-même, qu'il était parvenu à force de tâtonnements et de médications diverses, à pouvoir amener son eczéma ou son asthme tout près de la guérison, conservant aussi longtemps que possible les dernières papules eczématisées, pour ne pas voir apparaître les crises de sa maladie de poitrine, et restant parfois plusieurs mois, dans cet état curieux, *presque guéri*, sans vouloir en sortir.

J'ai recueilli moi-même, depuis ce temps, quelques observations dans ma clientèle de ville, qui me paraissent être des exemples très nets d'alternance entre des manifestations cutanées et des manifestations viscérales, et démontrer que le mode de production de ces accidents morbides est la fluxion ou poussée congestive, laquelle se produit tantôt du côté du tégument, tantôt du côté d'un viscère quelconque.

La première a trait à un malade, monsieur L. . . . , âgé de 48 ans, venu consulter en octobre 1911, pour de l'eczéma de la figure. Dans son jeune âge, ce patient a eu une attaque d'hydropisie, avec œdème généralisée et ascite.

Vers l'âge de 25 ans, il eut une blennorrhagie qui amena une maladie de vessie, ayant duré 2 à 3 ans. Depuis ce temps, il a toujours joui d'une santé parfaite, à part quelques légères crises de douleurs rénales.

C'est de l'eczéma vésiculeux banal, disséminé sur toute la face et le cuir chevelu, sous forme de petites papulo-vésicules discrètes, et causant un prurit intense.

trop rapidement les lésions cutanées, craignant une alternance du trop rapidement les lésions cutanées, craignant une alternance du côté du système urinaire.

Le malade, deux mois après le début du traitement, faisant un voyage de quelques jours, changea la médication sur les conseils d'un ami. De retour en ville, sa première visite fut pour me faire savoir que son eczéma était complètement disparu. Inutile de dire s'il était content.

Quelques jours après, je fus appelé d'urgence à son domicile par la famille, et je le trouvai en pleine crise de lithiase rénale, avec douleurs atroces, s'irradiant jusqu'au testicule droit qui était déjà très enflé.

La décharge urinaire se fit peu après, avec transpirations abondantes, et sable dans les urines.

Seulement l'eczéma et le prurit réapparurent presque aussitôt, plus intenses que jamais.

Depuis ce temps, i. e. 10 mois environ, les crises rénales ont alterné avec les crises prurigineuses, diminuant toutefois peu à peu en intensité et en durée.

Le patient ayant compris les étroites relations qui existent entre les diverses manifestations qui l'affligent, et étant convaincu de l'utilité d'une thérapeutique générale plutôt que locale, nous avons espérance de le guérir dans un avenir assez prochain.

La deuxième observation est celle d'une femme, Madame B. . . , âgée de 55 ans, qui vint consulter pour une simple plaque eczémateuse de la nuque, de la grandeur d'une pièce de cinq sous, accompagnée de prurit, et qui l'ennuyait depuis quelques semaines.

Lorsque, après trois semaines de traitement, je vis arriver cette femme, oppressée, toussant et crachant, je ne doutai pas d'une complication viscérale. L'eczéma et le prurit avaient disparu, mais cette oppression et cette toux furent le début d'une attaque d'asys-

tolie qui faillit l'emporter. Mon estimé confrère et ami, le docteur Z. H. Ethier qui la remit sur pieds, pût constater la réapparition du prurit, à mesure que le cœur reprenait de la force.

La troisième observation, moins complète, est celle d'une autre femme, Madame T.... qui voulut faire disparaître un eczéma chronique de la face, toujours prurigineux, et qui n'a dû, nous en sommes convaincus, éviter une alternance très grave, du côté du cœur ou du rein, au fait que nous avons arrêté la médication locale, qui avait beaucoup d'efficacité, aussitôt que nous avons constaté chez elle, un malaise subit, de l'albumine dans les urines, et " un bruit de galop au cœur, dix jours environ après le début du traitement.

"Ces faits, Messieurs, que nous venons de relater, ont été observés de tous temps. Ils ont vivement frappé l'esprit des anciens médecins: leur enchaînement leur a paru tellement évident qu'ils ont édifié sur ces constatations des théories pathogéniques. La maladie était pour eux un être réel qui envahissait l'organisme, et qui affectait tantôt un appareil, tantôt un autre. Et certes, cette conception n'était pas fort éloignée des idées actuelles." — (Brocq.)

Cependant, certains dermatologistes ont nié leur existence, toute une école a tourné en ridicule pendant plus d'un demi-siècle ceux qui ont voulu en parler.

C'est qu'un maître éminent entre tous, maître dont l'autorité a pesé pendant toute la moitié du siècle dernier sur la dermatologie mondiale, c'est que Ferdinand Hébra a déclaré dictatorialement en 1862 que tout ce faisceau de faits n'était que mensonge. Cela a suffi. Toute l'Ecole Allemande a emboîté le pas, et n'a plus voulu rien comprendre.

Dans un article ayant pour but de prouver que les révulsifs n'ont que des effets nuisibles, l'éminent dermatologiste écrit:

" Si nous posons la question comment le monde médical et le monde non médical se sont formé l'opinion que les révulsifs sont propres à s'employer à la guérison des affections internes, il faut pour y répondre, faire remarquer que l'*altération supposée des affections cutanées avec les affections internes tient à un jugement erroné*

Et plus loin, il déclare nettement:

" Nous ne craignons pas non plus de guérir trop promptement

“ les affections cutanées ; tout au contraire, nous nous efforçons de
 “ trouver les moyens de les faire disparaître le plus vite possible.
 “ Lors même que nous aurions en notre possession des remèdes
 “ suffisants pour obtenir une guérison aussi rapide, nous nous
 “ croirions encore complètement à l’abri des métastases ou d’autres
 “ accidents consécutifs.”

Son brillant disciple, M. Kaposi a soutenu l’opinion de son maître, et a contribué à laisser s’accréditer cette fausse théorie encore plus longtemps.

Dans son ouvrage “ Leçons sur la pathologie et le traitement des maladies de la Peau, nous trouvons cette note :

“ Il est étrange de voir que beaucoup de médecins s’imaginent
 “ que le traitement des maladies de la Peau, il faut toujours ob-
 “ server une certaine précaution pour que leur guérison ne cause
 “ pas quelque préjudice à l’organisme général. La médecine mo-
 “ derne a complètement fait disparaître cette notion du cadre des
 “ phénomènes pathologiques.”

L’Ecole française a toujours soutenu la théorie des alternances morbides, et malgré l’influence qu’exerçaient alors Hébra et Kaposi, Bournès de Lyon a publié des travaux admirables sur les fluxions. Malheureusement, le maître lyonnais a exagéré, en étendant sa théorie à toute la pathologie cutanée.

Les dermatologistes modernes ont remis la question au point. Le professeur Gaucher est un de ceux qui ont le plus insisté sur les étroites relations qui existent entre les affections cutanées et les affections viscérales.

Voici comment il formule sa doctrine :

“ Il y a une sorte d’état constitutionnel, une disposition générale de l’organisme, qui fait que certains sujets sont des *dermo-*
 “ *pathes*.

“ Tantôt c’est le même type éruptif qui reparaît toujours chez
 “ eux, à la moindre occasion ; c’est l’eczéma le plus souvent. Tan-
 “ tôt ce sont des éruptions de type différent — l’urticaire, le pru-
 “ rigo, l’acnée, etc.

“ L’affection cutanée est rarement isolée ; elle appartient à une
 “ série morbide, comprenant, avec les déterminations cutanées,
 “ des manifestations viscérales multiples. La goutte, le rhuma-
 “ tisme, l’asthme, les lithiases biliaire et urinaire, etc., sont des
 “ affections qu’on observe fréquemment chez les dermopathes eux-
 “ mêmes, ou dans leur famille.

“ Il se fait une sorte de remplacement d'une affection par une
“ autre. Vous savez que, par métastase, les anciens entendaient
“ le transport de l'essence de la maladie d'un point à un autre de
“ l'organisme. Pour rester dans le domaine des dermatoses, c'est
“ le remplacement d'une manifestation cutanée bénigne de la dia-
“ thèse par une détermination viscérale plus grave et quelquefois
“ mortelle.

“ Je suis et je reste, malgré toutes les oppositions, un adepte de
“ la doctrine des métastases.

“ J'ai vu plusieurs fois, chez des malades atteints de néphrite
“ interstitielle, des éruptions eczématiformes se produire, persister
“ et préserver les malades d'une attaque d'urémie, qui ne tardait
“ pas à se manifester, quand l'éruption tendait à disparaître, et
“ surtout quand elle disparaissait tout à fait. Il y a des *poisons*
“ *morbides autogènes* qui provoquent alternativement des érup-
“ tions cutanées et des affections internes. La peau est un émon-
“ toire pour ces poisons morbides ; la dermatose est une sauve-
“ garde, et, quand elle disparaît, les accidents viscéraux appa-
“ raissent.”

Mais c'est Brocq surtout, qui s'est fait en France le champion de la théorie des alternances ; c'est sur elle qu'est basée sa théorie des réactions cutanées, sa conception générale des dermatoses, exposée d'une façon magistrale dans son “ trait de Dermatologie pratique,” paru en 1907, c'est elle qu'il défend dans un article merveilleux de mise au point et d'argumentation, publié dans les Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, de mars et d'avril 1909, article dans lequel j'ai puisé largement, afin de rendre intéressant et convainquant, le travail que je vous présente aujourd'hui.

Avec une série de 20 cas dans lesquels on voit le prurit, l'urticaire, l'eczéma, les parakératoses psoriasiformes, l'eczéma séborrhéique, le psoriasis, le lichen, la furonculose, alterner avec les coliques hépatiques, le rhumatisme, la goutte, l'asthme, la gastralgie, l'épilepsie, le maître de St-Louis conclut :

“ Qu'avec Baumès, dans beaucoup de cas, il faut tenir compte,
“ pour la juste appréciation des faits morbides, d'un élément de
“ premier ordre, *la fluxion*. Cette fluxion qui se traduit par des
“ poussées congestives, semble dépendre des intoxications et auto-
“ intoxications de l'organisme, du mauvais fonctionnement de di-

“ vers viscères, de l'état du système nerveux, etc. Quand le sujet
“ est en imminence de poussées congestives, les moindres causes
“ occasionnelles en déterminent l'apparition, et elles se portent
“ aux *loci minoris resistentiae* du moment. C'est ainsi qu'elles
“ peuvent fort bien se produire sur une affection parasitaire ou
“ microbienne, sur un furoncle par exemple qu'elles transforment
“ en volumineux anthrax, sur un traumatisme, sur une dermatose
“ torpide préexistante, à laquelle elle donne une poussée aiguë,
“ sur un viscère défectueux, etc. Cette explication large et simple,
“ qui n'est que la constatation des faits cliniques journaliers
“ que nous voyons dans notre clientèle, permet de comprendre
“ tout un ensemble de phénomènes morbides et thérapeutiques qui,
“ sans cette interprétation, restent parfaitement obscurs.”

Cette question des alternances morbides, mérite d'être exposée longuement. C'est une question d'importance capitale.

Toute la thérapeutique cutanée est basée sur son interprétation.

Si nous considérons les dermatoses comme des maladies locales, il faut évidemment les traiter le plus énergiquement possible, et essayer d'en débarrasser le malade au plus tôt; si au contraire nous croyons que certaines dermatoses ne sont qu'une manifestation d'un mauvais état général, si nous pensons qu'elles soient susceptibles de créer des complications viscérales si on les guérit trop vite, il faut alors être prudent dans la médication, et rechercher plus loni la cause de tout le mal. Le rôle du dermatologiste s'élargit alors singulièrement, devient même très intéressant.

C'est à cette dernière théorie que nous nous rangeons, appuyés que nous sommes, d'abord par notre légère expérience personnelle, ensuite et surtout par l'opinion de nos maîtres de l'Ecole Française.

LES DEVOIRS DU MEDECIN AUPRES D'UNE PARTURIENTE (1)

Par E. A. RENÉ DE COTRET,

Accoucheur en chef de la Maternité, professeur du cours et de la clinique d'obstétrique.

“ Je vais terminer par un conseil à messieurs nos jeunes confrères, conseil que peut-être *leurs professeurs* (2) ont négligé de leur donner à eux aussi. C'est de couvrir leurs malades et de ne les découvrir que dans le cas d'absolue nécessité.

“ Quand Monsieur le Dr Mignault (3) nous recommandait de ne pas découvrir nos malades, même pour poser le cathéter, ce n'est pas sans surprise que je reçus cet avis; car tous les médecins de l'Hôtel-Dieu de notre temps, avaient besoin de beaucoup de lumière pour faire ce genre d'opération. Messieurs, habitez vos index de bonne heure à suppléer à vos yeux pour trouver l'ouverture de l'urètre, même en plein soleil. Ce qui vous causera le plus de trouble ce sera de poser le cathéter le lendemain d'un accouchement et les jours suivants chez une primipare, la vulve alors est très déformée et vous aurez la difficulté de trouver l'ouverture de l'urètre. N'allez pas vous aviser de recourir à l'aide de vos yeux, ils vous seront d'aucune utilité, et vous aurez gagné en plus d'*avoir affecté énormément vos nerfs olfactifs.*” (4)

Ces paroles sont tirées de la *Clinique*, Vol. III, No 7, pages 252 et 253. Elles sont l'écho d'une communication faite à la Société Médicale du district de Richelieu, par M. le Dr J. M. Brisebois, membre du Collège des Gouverneurs de la Province de Québec. (Elles ont certainement passé inaperçues à la Direction de la *Clinique*.)

Pouah ! ces paroles et ces conseils exhalent une odeur de fétidité comme l'odeur de relent ou de décomposition qui s'échappe des couvertures d'une *malade*, oui je dis bien d'une *malade*, examinée et accouchée sans être découverte. Allez donc, jeunes confrères, suivant le conseil de notre aîné, qui exerce la médecine depuis vingt-neuf ans, allez donc, dis-je, sous ces draps et ces vê-

(1) Travail lu à la Société Médicale de Montréal, le 3 décembre 1912.

(2) J'ai souligné moi-même ces mots. — E. A. R. de C.

(3) Certainement pas le professeur. — E. A. R. de Cotret.

(4) Je souligne encore ces mots parce que l'idée qu'ils expriment en vaut la peine. — E. A. R. de C.

tements abritant la maladie et la mort, faire un toucher ou un cathétérisme du bout de vos doigts seuls. Ah! c'est bien à l'ombre et dans ces replis gluants et infectes que vous allez prendre de vos doigts sales (car je ne puis supposer que vous aurez le cœur de vous laver les mains pour les glisser dans ces parties honteuses, et que vaudrait-il de vous laver les mains préalablement?) — des myriades de microbes et les transporter dans le vagin, dans l'urètre et dans la vessie, et donner, à une pauvre femme qui vous confie sa vie et le bonheur de sa famille, une infection puerpérale, si elle ne l'a pas déjà, une cystite, une pyélo-néphrite et toute la kyrielle des symptômes de ces diverses infections et le cortège à n'en plus finir des conséquences de ces maladies.

Remarquez-le bien, quand l'odeur des lochies peut affecter énormément vos nerfs olfactifs, c'est que la malade est infectée. L'odeur des lochies normales n'est pas si repoussante. Les lochies normales ont une odeur *sui généris* qui ne peut affecter que le nez d'un homme prude.

Qu'on vienne donc à la Maternité, qu'on vienne à ma clinique du mardi et du samedi; que l'on m'y voit découvrir respectueusement les malades; que l'on me voit prendre les serviettes qui ont servi de *garnis* aux accouchées et les passer sous le nez des étudiants pour habituer ces derniers à dépister les cas d'infections même les plus légers; et bien plus, qu'on vienne et qu'on soit témoin, *O horrible dictu!* qu'on soit témoin de cet acte du professeur qui ne craint pas de se pencher au-dessus de la malade, d'approcher son visage à une dizaine de pouces des parties génitales et chercher à y découvrir la moindre odeur; et qu'on vienne voir les étudiants exécuter tour à tour la même gymnastique et puis qu'on leur demande si jamais leurs nerfs olfactifs ont été si désagréablement affectés que le prétend M. le Dr Brisoboïs.

Mais c'est une faute lourde, c'est un crime que d'agir comme le fait le Dr Briseboïs. Je ne puis comprendre comment un médecin peut exercer de telles pratiques, s'en vanter hautement et surtout les conseiller à de jeunes confrères qui sortent de nos universités avec des théories saines. Je doute fort qu'il soit acquitté par un juge intelligent, le médecin qui sera amené devant les tribunaux pour expliquer une conduite si extraordinaire, si contraire au bon sens et s'accordant si mal avec les données de la science

moderne, une conduite qui dénote l'ignorance la plus absolue, et la malhonnêteté la plus complète.

Ce n'est pas de la sorte que nous formons nos élèves. Si plus tard, quand ils nous ont laissés, ils ont recours à des pratiques si absurdes et si condamnables, ils en portent seuls la responsabilité; mais ils peuvent nous rendre le témoignage que nous leur avons indiqué la bonne voie.

Je le dirai dans un instant comment nous donnons notre cours et nos cliniques sur les devoirs du médecin appelé auprès d'une parturiente. Avant d'entrer dans mon sujet, je veux m'excuser de répondre à M. le Dr Brisebois. Je n'ai pas l'habitude de relever les inepties qu'on rencontre parfois dans les journaux de médecine: chacun porte la responsabilité de ses actes et de ses écrits. Hélas! combien d'inepties dans cette communication de notre savant confrère; et pour une entre autres, celle de l'application du forceps au détroit supérieur. J'ai regretté, il y a quelques jours, que le Dr Brisebois n'ait pas assisté à une de mes dernières cliniques; il aurait vu comme il est facile d'appliquer le forceps en prise directe par rapport au fœtus au détroit supérieur, d'en extraire un enfant bien vivant et sans aucune lésion même de la peau. Et la gymnastique a été nulle.

Ce n'est qu'incidemment que je parle de cette communication faite à la Société Médicale du district de Richelieu, et encore le fais-je parce que l'auteur m'a un peu piqué par cette remarque quelque peu obligeante: "je vais terminer, dit-il, par un conseil "à messieurs nos jeunes confrères, conseil que peut-être leurs professeurs ont négligé de leur donner à eux aussi."

Ce conseil, leurs professeurs n'ont pas négligé de le leur donner; ils le leur ont redonné bien souvent, mais dans un sens tout à fait contraire à celui qu'y attache le Dr Brisebois. Ils leur ont dit et répété mille et mille fois: "Quand vous faites un toucher, découvrez vos malades, écartez les grandes et les petites lèvres et introduisez ensuite vos doigts directement, sans tâtonner, dans le vagin; quand vous faites un cathétérisme, découvrez vos malades, écartez les grandes et les petites lèvres, nettoyez bien la vulve et introduisez directement dans l'urètre votre cathéter bien stérilisé."

Je me serais cru en conscience de parler à mes étudiants comme le fait le trop distingué gouverneur du Collège des Médecins aux membres de la Société Médicale de Richelieu: j'aurais fait preuve

d'une ignorance que je ne puis baptiser et j'aurais essuyé les huées des étudiants.

Quand M. le Secrétaire de "l'Union Médicale" m'a demandé un article sur un sujet pratique de l'obstétrique, j'ai cru que je devais me faire l'écho de ce *tollé* général des étudiants en médecine qui ont lu, avec le plus grand étonnement et la plus grande surprise, la reproduction de la communication faite à la Société Médicale de Richelieu. J'ai voulu effacer la mauvaise impression produite sur mes étudiants à la lecture d'une telle communication; et, dans l'intérêt de ceux qui n'assistent plus aux cours d'obstétrique et qui malheureusement pratiquent trop souvent, au préjudice des malades, les coupables manœuvres préconisées par notre aîné, j'ai voulu leur montrer non seulement les inconvénients de leur conduite, mais encore les dangers et les graves responsabilités qui peuvent résulter de telle manière d'agir.

La voici la conduite à tenir pendant l'accouchement en général.

*
* * *

Les deux grandes qualités essentielles de l'accoucheur sont la *propreté* et la *patience*. L'accoucheur, qui ne les possède pas toutes deux à la fois, expose à tout instant la vie ou la santé de la femme à lui confiée au moment du travail. Il aura beau être un savant, s'il ignore les règles de l'asepsie et de l'antisepsie, s'il n'est pas familiarisé avec leurs moindres détails, et surtout s'il ne sait pas les mettre en pratique, ou s'il les oublie à un seul moment, il possède une science dangereuse et qui n'est plus celle d'un bon accoucheur.

Il aura beau être un savant et un homme propre, même d'une propreté minutieuse, méticuleuse, s'il manque de patience, il sera un très mauvais accoucheur. L'accoucheur ne doit pas être dur. La sensibilité est pour lui une qualité secondaire; il doit savoir compatir aux maux de la parturiente, mais il doit ignorer la sensiblerie qui peut lui faire commettre les plus grandes erreurs de jugement et les fautes obstétricales les plus graves. La sensibilité n'est pas ennemie de la patience.

La patience, appuyée sur la connaissance des vrais principes du mécanisme et de la marche du travail, arrêtera toujours l'accou-

cheur au moment où les désirs non raisonnés de la malade ou de l'entourage pourraient le pousser à des manœuvres intempestives et prématurées. Il est toujours aisé de tromper la patiente et l'entourage qui ignorent complètement le mécanisme de l'accouchement et se laissent facilement décourager par les douleurs et les cris. Malheureusement bon nombre de médecins, oubliant leurs devoirs et leur titre, semblent exciter ou encourager ces cris et ces plaintes et guettent sournoisement le moment où on leur demandera d'en finir au plus vite. On se hâte, à la première réquisition, d'appliquer le forceps ou de faire une manœuvre quelconque dans le but de terminer vite un accouchement même normal. La moindre opération apparente, même inutile et par cela même dangereuse, rapportera plus au gousset. Plus vite on laisse une malade, plus vite on est auprès d'une autre ; et deux rapportent plus qu'une seule. Qu'importe à ces médecins d'appliquer le forceps dans un col à demi dilaté et non dilatable ? Le forceps y entrera bien et les tractions termineront la dilatation. Peu leur importent la déchirure et toutes ses conséquences. Cependant il aurait été si facile à la *patience* et à l'*honnêteté* de donner une dose de morphine ou de chloral et de laisser terminer un peu plus tard, dans un calme relatif, l'accouchement qui suit une marche normale. Rappelons-nous donc ceci, — les grands maîtres l'ont tour à tour répété : *on n'a pas le droit de faire une application de forceps de complaisance.*

* * *

Quelles que soient les conditions dans lesquelles l'accouchement s'effectue, le premier soin de l'accoucheur est d'éloigner de la femme toute cause d'infection ; il lui faut mettre tout en œuvre pour assurer des suites de couches aseptiques. J'ai déjà prouvé surabondamment dans de longs articles, que les organes génitaux de la femme ne contiennent d'habitude aucun germe dangereux. Il faut donc veiller pendant l'accouchement à une propreté minutieuse et désinfecter soigneusement tout ce qui peut venir en contact avec ces organes toujours plus ou moins lésés par le passage du fœtus. Il faut se souvenir à tout instant que l'accouchée est une blessée qui offre de nombreuses portes d'entrée aux microbes, et que l'oubli momentané des règles de l'asepsie et de l'antisepsie peut produire des effets funestes.

L'infection est rarement d'origine endogène. Elle est le plus souvent d'origine exogène, c'est-à-dire qu'elle vient du dehors. Ce qui la produit c'est le microbe apporté par les doigts de l'accoucheur, de la garde-malade, de la malade elle-même, par les linges et les instruments. Pour éviter cette infection, il faut donc en faire la prophylaxie par l'application des règles de l'asepsie et de l'antisepsie, autrement dit par la pratique de la propreté la plus absolue.

Le doigt de l'accoucheur est le principal agent de la contamination. Les microbes que le doigt porte dans les organes génitaux de la femme qui accouche, trouvent dans cet endroit un milieu de culture favorable à leur développement. Il faut donc que les mains soient complètement désinfectées avant de pratiquer le toucher.

Dans ma clinique, j'ai placé, au-dessus des lavabos, une pancarte rappelant qu'*il est strictement défendu de faire aucun toucher sans s'être lavé et brossé les mains pendant au moins dix minutes*. On se lave ainsi les mains pendant dix minutes dans de l'eau chaude et du bon savon, puis on se les brosse pendant deux ou trois minutes dans une solution de bichlorure de mercure.

Il n'est pas toujours suffisant de se laver et broser les mains pendant dix minutes et même plus longtemps; encore faut-il savoir comment les préparer d'avance et comment faire usage de la brosse. Il m'est arrivé souvent de renvoyer les étudiants se nettoyer de nouveau les mains, parce qu'ils avaient oublié de se couper les ongles, ou d'enlever le liseré noir dans les espaces sous-unguéaux.

Tout d'abord les doigts ne doivent pas présenter d'excoriation, parce que cette plaie offre un double danger: danger pour le médecin de s'infecter au contact d'un vagin septique; danger aussi pour le médecin de communiquer sa propre infection à la malade. A la rigueur si l'excoriation ne suppure pas, on pourra l'occlure avec du collodion iodoformé, après une désinfection complète et soigneuse des mains. Même dans ce cas il est préférable de pratiquer le toucher avec les doigts de la main saine.

Les doigts ne doivent pas porter de bague. Les ongles doivent être coupés ras. Les espaces sous-unguéaux sont minutieusement nettoyés et raclés avec un instrument quelconque. Les mains sont savonnées et brossées dans de l'eau aussi chaude que possible

pendant une dizaine de minutes. Il vaut mieux prendre une petite quantité d'eau, afin de former une solution de savon plus concentrée. Quand l'eau devient trop mousseuse, on peut la remplacer deux ou trois fois. L'eau chaude qui sert au savonnage des mains ne doit pas être une solution de bichlorure de mercure, parce que, au contact du savon, le bichlorure de mercure forme un précipité qui rend nulle l'action du savon et du bichlorure.

“ L'eau stérilisée, dit Fabre, n'est pas absolument nécessaire pour la désinfection des mains; on peut se servir d'eau ordinaire, pourvu que l'on procède avec le savon à une désinfection minutieuse complétée par un nettoyage à l'alcool et au sublimé.”

Après le brossage dans l'eau savonneuse, les mains sont trempées et, mieux brossées, pendant deux ou trois minutes dans une solution de sublimé assez forte ou de tout autre antiseptique au *titre voulu*. C'est la brosse qui doit faire le plus et le mieux dans le nettoyage des mains; c'est elle qui donne le plus de sûreté dans l'asepsie. Il faut brosser les doigts sur toutes leurs faces et dans les commissures interdigitales et les espaces sous unguéaux.

Dans la pratique courante, quand les mains n'ont pas été infectées au préalable par une autopsie, par de la médecine opératoire ou une opération septique, la désinfection, ainsi obtenue par le brossage et le lavage plus haut indiqués, est très suffisante. Mais si l'on veut obtenir une désinfection presque idéale, qui devient nécessaire quand les mains ont été souillées au contact de matières septiques, il faut faire un brossage et un savonnage à l'eau chaude pendant dix minutes; un lavage et un brossage à l'alcool pendant quelques minutes et enfin un dernier brossage dans une solution antiseptique *au titre voulu*. Je dis au titre voulu et j'appuie fortement sur cette remarque, parce que j'ai rarement vu, en pratique, les médecins faire une solution vraiment antiseptique: on versera par exemple dans deux litres d'eau chaude quelques gouttes d'acide phénique, ou de lysol ou de créoline. Que peuvent bien faire ces quelques gouttes dans une si grande quantité d'eau? donner tout au plus une odeur quelconque, mais ne pas faire une solution antiseptique.

Les mains désinfectées ne doivent pas être essuyées. La désinfection des avant-bras doit se faire en même temps que celle des mains. Les mains lavées et désinfectées ne doivent plus toucher

quoi que ce soit qui ne soit stérilisé. S'il nous arrive de toucher un objet non stérilisé, il ne suffit pas de tremper les doigts dans le sublimé, il faut les laver à nouveau.

*
* *

Doit-on mettre des gants en caoutchouc pour faire des accouchements, comme le veulent certains accoucheurs? Pour ma part, je me sers de gants seulement pour éviter la contamination de mes mains quand il existe des lésions manifestes de maladie vénérienne chez ma patiente ou quand je porte sur les doigts ou la main des plaies ou des affections suppuratives. Je ne mets pas de gants pour faire du curage ou du curettage ou pour donner des injections intra-utérines; mais j'ai la précaution de me désinfecter longuement et minutieusement les mains, aussitôt après l'opération, dans une solution de permanganate de potasse, de bichlorure de mercure et de l'alcool. Il m'est arrivé assez fréquemment de pratiquer des touchers ou de faire des accouchements aussitôt après un curettage et jamais je n'ai contaminé de femme. Quand je me suis lavé les mains suffisamment longtemps et d'une manière scientifique je crois que l'usage des gants est inutile.

*
* *

Il faut prendre pour règle de *s'aseptiser les mains pour pratiquer le toucher chez une femme en travail, comme si l'on devait faire une laparotomie.*

*
* *

Je vois sourire un bon nombre de médecins à l'énumération de toutes ces précautions; je les aperçois soulever les épaules d'un air dédaigneux; je les entends et je les ai entendus souvent me dire: "Nous avons fait souvent des touchers et des accouchements sans nous laver et surtout sans nous désinfecter les mains, et nos malades n'en sont pas mortes, donc vos précautions sont inutiles." Toutes les malades n'en sont pas mortes; mais malheureusement le nombre des mortes est déjà trop considérable; c'est moi qui le

sais ; ce sont les gynécologues qui le savent. La plupart de celles qui ne sont pas mortes ont souffert de lésions infectieuses des annexes, lésions qui ont passé inaperçues de l'accoucheur, dans les premiers temps des suites de couches, mais que le gynécologue pourrait diagnostiquer au premier examen. Ces accoucheurs malpropres, qui n'ont jamais d'infection puerpérale, me font penser aux médecins qui n'ont jamais fait de déchirure du périnée dans le cours d'une longue pratique.

Un jour j'étais appelé, à la campagne, par un médecin, pour sa femme en travail depuis douze ou quatorze heures. L'enfant se présentait par le siège décomplété mode des fesses. Le mari avait tenté sans succès certaines manœuvres. Sa non-réussite l'avait forcé de m'appeler.

En arrivant chez mon confrère je fais immédiatement bouillir de l'eau. Je prends la température de la parturiente ; elle était déjà montée à 102° F. J'en fais la remarque au mari. Je me désinfecte soigneusement les mains ; je rase la malade ; je fais la toilette des parties génitales.

Surpris de l'ébahissement du mari, je lui demande s'il avait pris les mesures nécessaires à la prophylaxie de l'infection, surtout s'il s'était lavé les mains avant de pratiquer le toucher et de faire les manœuvres d'accouchement.

Il était un de ceux qui ont oublié les leçons et les préceptes donnés à la Maternité. " J'ai si souvent fait, dit-il, des accouchements sans me laver les mains sans qu'il ne m'arrivât aucun accident, que je ne crois plus à vos théories." Malheureusement sa femme est morte d'infection puerpérale ; et, huit jours après, une autre femme qu'il avait délivrée mourait de la même maladie.

Une autre fois, je suis appelé dans une autre campagne, auprès d'une parturiente, femme et fille de médecins. Il s'agissait d'un placenta praevia. Après avoir pris les précautions usitées en pareilles circonstances, j'établis mon diagnostic et j'attends quelque temps auprès d'elle. Trois ou quatre heures plus tard, avec les mêmes précautions aseptiques et antiseptiques, je répète le toucher et je demande au mari et au père de vouloir bien vérifier mon diagnostic, d'approuver ou d'infirmer mon traitement. Les malheureux ! pour singer, mais à demi ma façon d'agir, ils se sont trempé à la hâte deux doigts d'une main dans la solution de su-

blimé. On aurait dit que le bichlorure de mercure leur avait brûlé les doigts tant ils les avaient vite retirés de la solution et tant ils les secouaient fortement; puis ils pratiquaient avec un aplomb imperturbable le toucher qui amena une infection assez grave.

Combien d'exemples et de faits semblables, arrivés à la campagne ou à la ville, je pourrais citer; et mes amis les gynécologues quelle réponse me donneraient-ils de l'expérience qu'ils ont acquise de l'infection puerpérale? Il est bon de répéter ici les paroles de Ribemont Dessaignes: (1) "N'est-il pas singulier de voir que les femmes, sœurs, parentes de médecins fournissent en clientèle, une proportion relativement élevée de mortalité et de morbidité." Le même auteur cite aussi les paroles de Barnes: "Nous avons trop souvent vu les femmes de médecins être prises de fièvres puerpérales, nous sommes certains que la fièvre puerpérale les atteint plus souvent que les autres femmes appartenant à la même classe *titre voulu*. C'est la brosse qui doit faire le plus et le mieux dans sociale."

* * *

Le médecin qui n'a pas suivi les règles de l'asepsie et de l'antisepsie pour ses mains au moment du travail, non seulement n'est pas un bon accoucheur, mais c'est un médecin sans conscience, qui se fait fi de la santé ou de la vie de ses malades. Ce n'est pas un médecin, c'est un homme quelconque, un profane qui pratique la médecine et qui mérite d'être poursuivi rigoureusement devant les tribunaux et d'être condamné à de forts dommages pour avoir causé des torts considérables à la bourse de ses patientes, à la santé de ses accouchées, et, peut-être, pour avoir donné la mort sciemment ou au moins par négligence.

* * *

A tous ces préceptes rigoureux, à toutes ces précautions que je prétends nécessaires, on m'oppose continuellement l'exemple de ces accouchements précipités qui se font juste au moment de l'arrivée du médecin. Celui-ci n'a pas le temps d'enlever son habit,

(1) Précis d'Obstétrique, 6e Edit. — page 157.

de se tremper les doigts dans l'eau ; l'enfant lui tombe dans les mains. Les irréflechis ! ils ne comprennent pas que, dans ce cas même, ils auront inoculé volontairement l'infection, si la femme en souffre plus tard. Cet accouchement précipité, avec des relevailles normales, n'est pas une preuve de l'inutilité de l'asepsie. La femme ne fait pas d'infection, pourquoi ? c'est simple ; c'est parce qu'ils ne l'ont pas touchée ; ils ont reçu l'enfant dans leurs mains comme dans un panier. Mais après la sortie rapide de cet enfant, ils doivent se laver et désinfecter les mains avant la sortie du placenta, parce qu'ils seront, peut-être, forcés d'aider ou de faire la délivrance.

Je passe sur la rue, près de la voie des tramways ; une personne tombe sous le char qui l'ui coupe un membre ; vais-je courir à mon bureau ou même entrer à la première pharmacie pour me laver et désinfecter les mains et prendre les linges stérilisés nécessaires pour faire un premier pansement et arrêter l'hémorragie qui va tuer l'infortuné ? Un peu de bon sens. Mes mains fussent-elles horriblement sales, j'accourrai auprès de la victime et je pincerai, entre mes doigts infectes les vaisseaux d'où gigue le sang, ou je mettrai le premier linge me tombant sous la main. Mon premier devoir est de sauver la vie et si j'ai donné l'infection involontairement et malgré moi, on la traitera plus tard. Mais, si, ce qui arrive assez fréquemment, le blessé ne fait pas d'infection, dois-je en conclure que les pansements aseptiques ou antiseptiques sont à négliger. J'ai déjà donné, dans quelques circonstances pressantes, des injections de sérum préparé, *ex abrupto*, avec une eau plus que douteuse parce que je n'en avais pas d'autre et que je n'avais pas le temps de la stériliser, avec un sel qui avait traîné longtemps sur la table ou dans la cuisine. Quelquefois il ne s'est pas produit d'abcès. Est-ce une preuve qu'on doit ériger en principe que l'eau stérilisée n'est pas nécessaire pour la préparation du sérum.

*

* *

Pendant l'accouchement, je place sur une table ou une chaise auprès de ma parturiente, deux bassins, l'un contenant de l'eau propre savonneuse, et l'autre une solution de bichlorure de mercure. De la sorte, je puis renouveler aussi souvent que nécessaire et surtout avant tout toucher, le lavage et la désinfection de mes mains.

à suivre

FEUILLES DE ROUTE

VOYAGE A TRAVERS LES HOPITAUX AMERICAINS (1)

Par le Dr Z. RHEAUME,
Professeur agrégé à l'Université Laval, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
et de l'Hôpital Ste-Justine,

C'est sur les instances de notre distingué président que je me suis décidé à vous faire part de mes impressions sur un voyage d'études, entrepris dans un but de renseignements personnels sur des questions en rapport avec l'exercice de la chirurgie et l'enseignement médical aux Etats-Unis.

Je vous livre ces réflexions, pour ce qu'elles valent, avec la plus franche sincérité, certain à l'avance de votre bonne indulgence.

Vous comprendrez facilement que dans l'espace d'un mois il m'était impossible de me renseigner exactement sur l'état médical de tous les Etats-Unis. Aussi j'ai limité ma petite enquête aux grandes villes de l'Est, qui sont, en somme, les centralisations les plus anciennes et le plus en renom, à l'heure présente, de la science américaine.

Mes investigations n'ont même pu porter que sur ce que nos voisins comptent de mieux, de sorte qu'ils sont jugés dans les meilleures conditions possibles.

Le but de mon voyage avait plusieurs motifs. Je voulais d'abord me renseigner sur le fonctionnement du "Rockefeller Institute"; prendre connaissance, sur place, des travaux de chirurgie expérimentale qu'Alexis Carrel y produit, au grand étonnement des savants du monde entier; puis y voir des applications à la chirurgie courante.

J'ai voulu constater aussi le mode de fonctionnement des écoles de médecine les plus réputées, visiter les hôpitaux qui servent à l'enseignement, voir les chirurgiens à l'œuvre chez eux; juger de leur technique opératoire, de leur dextérité; puis, tout naturellement, comparer leur école à une autre qui nous est plus familière.

La visite des hôpitaux pour enfants a tout spécialement attiré

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal. Séance du 3 décembre 1912.

mon attention, en prévision de la construction prochaine du nouvel hôpital "Ste-Justine."

Pour ne pas perdre un temps précieux et afin de me faciliter la tâche, comme je n'avais pas de mentor, je me suis associé, dès le début de mon voyage, M. Abraham Flexner.

Voici comment Flexner a pu m'être utile. J'ai eu l'idée de prendre son rapport à "La fondation Carnegie pour l'avancement de l'enseignement" sur l'éducation médicale en Amérique, puis en faire une espèce de contre-enquête personnelle.

Je vous assure que Flexner n'est pas si loin de la vérité qu'on peut se l'imaginer dans certains milieux, malgré les récriminations et les protestations qu'on a fait valoir.

Si son rapport a pu causer quelque préjudice, non calculé, à quelques institutions qui méritent d'exister ; par contre il a porté un coup fatal à des organisations purement spéculatives et vicieuses, qui contribuaient à une pléthore professionnelle incompétente.

En effet, depuis la publication de ce document, une quantité de facultés, après avoir envisagé la situation, se sont trouvées incapables de continuer l'enseignement médical sur des bases solides, et ont cessé de vivre.

Le résultat a été un gain pour l'éducation médicale. D'un autre côté des écoles qui se faisaient compétition, en se divisant les élèves et le matériel, se sont unies pour former une seule et même école.

Vous avouerez aussi que, si notre faculté a été injustement critiquée, c'est depuis le passage de M. Flexner à Montréal que nous possédons ces magnifiques laboratoires qui ne demandent qu'un plus grand nombre d'intelligences productives.

Ces quelques considérations faites, permettez-moi d'entrer dans le vif de mon sujet et de vous parler d'abord de l'organisation médicale de *New-York*. Mais, avant de passer en revue le matériel d'enseignement des principales écoles new-yorkaises, parlons du "Rockefeller Institute for Medical Research."

L'Institut Rockefeller a été fondé en 1901 par le grand philanthrope américain John D. Rockefeller, sur la recommandation d'un groupe de professeurs de différentes Universités, qu'il avait

consultés afin de connaître le meilleur moyen de faire fructifier une somme d'argent dans un but de recherches médicales.

L'objet de l'Institut est de diriger et d'encourager les recherches dans les sciences et dans les arts, de l'hygiène, de la médecine et de la chirurgie; d'encourager des recherches sur la nature et les causes des maladies, et sur les moyens de les prévenir et de les traiter.

Les pouvoirs de l'Institut sont très étendus, et son fonctionnement, présent et à venir, est assuré par la somme fantastique de \$9,000,000 que M. Rockefeller a déjà donnée jusqu'à présent.

L'Institut se compose de laboratoires et d'un hôpital.

Les laboratoires sont ainsi subdivisés: pathologie et bactériologie, chimie, physiologie et pharmacologie, biologie expérimentale, chirurgie expérimentale.

Smon Flexner, qui est le directeur des laboratoires, est en même temps chef du laboratoire de pathologie, tandis que Carrel dirige le laboratoire de chirurgie expérimentale. Arrêtons-nous ici pour constater les choses réellement merveilleuses que Carrel a produites depuis quelques années, depuis ses travaux sur les anastomoses vasculaires. Ce qui nous frappe tout particulièrement, nous dit un chroniqueur: "c'est la liaison, l'enchaînement des divers éléments qui composent son œuvre. Les recherches qui semblent, à première vue, indépendantes les unes des autres, apparaissent, à la réflexion, reliées entre elles par une même pensée directrice, et la suite logique les unes des autres."

J'ai vu les pièces anatomiques d'anastomoses vasculaires, dont la technique me paraît aussi délicate que l'exécution d'une dentelle vénitienne.

J'ai vu les membres transplantés qui m'ont déjà servi de sujet de chronique dans "l'Union Médicale du Canada."

La transplantation des organes a aussi bien réussi que la transplantation des membres.

J'ai vu, sous le champ du microscope, des cultures pures de cellules vivantes.

Enfin une dernière chose, renversante, presque inconcevable, et qui vient de réussir dans les mains magiques de Carrel: c'est la vie d'un être *viscéral*. Je m'explique. Après avoir séparé du corps, du cerveau et du système nerveux d'un animal vivant le cœur, l'estomac avec un groupe d'organes comprenant un circula-

tion, Carrel a réussi, par une technique spéciale, à conserver la vie et les fonctions de ces organes pendant près de dix heures. En somme il a pu conserver les battements du cœur et les fonctions d'organes complètement séparés du système nerveux central; et si l'expérience a été concluante pour une période de dix heures, il n'y a pas de raisons pour qu'elle ne puisse pas être prolongée.

Je laisse à vos esprits le soin de penser quelle révolution de telles expériences peuvent amener dans le domaine de la physiologie nerveuse, et dans quel embarras peuvent se trouver certains philosophes pour expliquer les mystères de la vie et de la mort.

Mais si intéressantes que soient les expériences de Carrel, je voulais me renseigner jusqu'à quel point la chirurgie peut bénéficier de ses découvertes.

J'avais cru qu'à l'hôpital du Rockefeller on y pratiquait couramment toute la chirurgie des transplantations possibles; mais j'ai été fort déçu, car on y fait presque pas de chirurgie. Carrel, du reste, emploie tout son temps à la chirurgie expérimentale.

L'hôpital, en outre, a d'autres fonctions à remplir: celles d'étudier les maladies comme elles apparaissent actuellement chez l'homme sous des conditions également favorables de traitement et d'observation scientifique. Ce n'a pas été le but de l'Institut, jusqu'à présent, de faire des recherches sur des maladies rares ou des cas typiques de maladies communes, de préférence à d'autres plus connues. Au contraire, les recherches qu'on a faites, tant dans les laboratoires qu'à l'hôpital, ont porté sur beaucoup de maladies considérées comme les principaux fléaux de l'humanité. Ainsi la syphilis, la pneumonie lobaire aiguë, certains types de maladie du cœur, la poliomyélite antérieure aiguë, etc., ont, tour à tour, attiré l'attention des chercheurs de l'hôpital. En somme, le but des laboratoires et de l'hôpital de Rockefeller Institute: c'est de poursuivre des recherches qui servent à faire avancer la science médicale et chirurgicale. Quand on croit avoir fait avancer une question, on la livre au public médical pour qu'il soit à même d'en tirer profit. Ainsi, maintenant que Carrel a démontré que l'on peut faire certaines transplantations, les chirurgiens, avec discernement, doivent tâcher d'en faire bénéficier l'humanité.

New-York, avec sa population de 5,000,000 d'habitants et ses quarante hôpitaux de toute sorte, offre un matériel hospitalier qui peut être comparé à celui de Londres, Paris, Vienne ou Berlin.

Malheureusement ce matériel ne sert pas suffisamment à l'enseignement médical, qui est défectueux à plusieurs points de vue. D'abord les écoles de médecine, trop nombreuses, se partagent le matériel hospitalier disponible, et trop peu d'hôpitaux servent à l'enseignement clinique. Sept écoles de médecine, à part celle du "Post-Graduate," se partagent l'enseignement médical dans la ville de New-York; mais les seules facultés dignes d'être mentionnées sont celles de: Columbia, de Cornell et de Bellevue; trois facultés formant un département organique de différentes universités, dont la seule vraiment digne de ce nom est l'Université Columbia.

Tous les hôpitaux de New-York subsistent, soit par des initiatives privées ou par le concours de pouvoirs publics; et les universités n'ont aucune prérogative et aucune influence dans le choix des cliniciens, qui est absolument entre les mains incompetentes de pouvoirs administratifs politiques. En sorte que les facultés sont forcées d'utiliser les cliniciens qu'on leur offre, qu'ils soient qualifiés ou non. Ainsi le Bellevue, hôpital municipal, donne l'hospitalité aux trois principales facultés, qui ont, chacune, un personnel enseignant qui leur est propre, mais qui leur est imposé. Heureusement qu'il arrive assez souvent que des professeurs compétents se trouvent à occuper des positions importantes dans les hôpitaux; mais le système de les choisir ne garantit pas que leurs successeurs auront les mêmes qualités. Il y a tellement d'intérêts particuliers en jeu que les hôpitaux et leurs médecins ne veulent pas céder devant les universités; et, tant que les universités n'auront pas le contrôle scientifique des hôpitaux, elles ne pourront pas édifier leur enseignement clinique sur des bases solides.

Cela est réellement un malheur car New-York possède une douzaine d'hôpitaux capables de devenir des foyers d'enseignement, dans le meilleur sens du mot. Parmi les principaux citons: le "Bellevue Hospital," d'une capacité de 1100 lits, nous rappelant les grands hôpitaux de Paris, et donnant l'enseignement à trois écoles de médecine; le "St. Luke's" et le Mount Sinai," le "Presbyterian" et le "Roosevelt," sont des hôpitaux modernes équipés d'une façon idéale. Le "Babaies Hospital," qui n'est cependant pas comparable à celui de Toronto, offre une particularité que l'on rencontre dans nul autre hôpital d'enfants d'Amérique. Cette particularité consiste en une salle pour les enfants

prématurés, où on a remplacé *la couveuse* par un système d'air chaud, réglé à 90° F., par un appareil automatique. Quatre bébés peuvent y être logés à la fois, et la surveillance en est confiée à une garde-malade, qui seule a accès dans la chambre, et peut donner des renseignements quotidiens au médecin, à travers une cloison vitrée. Le système, qui a donné de bons résultats, me paraît bien supérieur à celui de l'incubateur.

Dans tous ces hôpitaux les laboratoires fonctionnent avec une activité fébrile. Les cultures du sang, les réactions de Wassermann, etc., sont devenues des routines quotidiennes et des modes d'investigation dans l'histoire de cas de chaque malade. Mais il faut avouer que les directeurs de laboratoires sont rémunérés suffisamment et peuvent consacrer leur temps, en entier, aux recherches de laboratoires.

Quant à ce qui regarde la technique chirurgicale: ce que j'ai constaté dans un hôpital je l'ai revu dans un autre, et ce qui me paraissait particulier à New-York m'a révélé une école généralisée, lorsque j'ai pu prendre contact avec l'organisation hospitalière d'autres villes importantes, telles que Philadelphie et Baltimore.

Un décorum imposant existe dans toutes les salles d'opération. Le personnel des fonctionnaires est, en général, intelligent et excessivement poli.

Les infirmiers et les gardes-malades, généralement bien stylés, sont d'un aide précieux dans l'exécution du travail de la salle d'opération. Les assistants et toute la population du service de chirurgie font mine d'un respect et d'une déférence, pour le maître qui opère, réellement édifiants.

La technique opératoire je l'ai vue la même, partout.

Tous les chirurgiens opèrent avec des gants de caoutchouc. Les assistants, trop nombreux (j'en ai compté jusqu'à cinq à part les gardes-malades) manipulent instruments, compresses et ligatures, et sont autant de risques d'infection pour le malade. Tout un arsenal d'instruments, qui passent de main en main jusqu'à l'opérateur, est utilisé pour chaque opération. Le malade sert de table à instruments, et nous en voyons fréquemment à partir des pieds jusqu'à la tête.

Quand on a vu l'activité du peuple américain en affaires commerciales, quand on s'est rendu compte de son besoin irrésistible

de se renseigner vite et de faire vite, on est quelque peu surpris de la lenteur opératoire d'un grand nombre de ses chirurgiens. Mais cette condition n'est pas tant due à une lenteur physique qu'à l'école même qui paraît diriger, à l'exclusion de toute autre, la chirurgie américaine: *l'école allemande*.

Sur ce rapport de la technique opératoire, je vous avoue bien franchement que je nous considère, nous, chirurgiens canadiens, supérieurs aux chirurgiens américains que j'ai pu voir à l'œuvre jusqu'à présent. La raison existe dans le fait que nous savons tirer profit des différentes écoles, et que nous avons surtout bénéficié de l'enseignement d'une école qui s'efforce à simplifier les techniques, une école malheureusement ignorée aux Etats-Unis: *la grande et belle école française*.

D'un autre côté, j'ai eu fréquemment l'occasion de constater que les chirurgiens américains sont plus interventionnistes que nous le sommes, surtout lorsqu'il s'agit de troubles digestifs persistants et ne pouvant être expliqués avant l'apparition de symptômes funestes. S'il font souvent des laparotomies exploratrices, sans diagnostic, peut-être n'en faisons-nous pas assez fréquemment. Le risque qu'ils font courir à leurs patients est encore moins grave que celui de la temporisation à outrance qui ne nous permet souvent que d'entreprendre une opération palliative. Leur attitude interventionniste explique, du reste, le succès de certains chirurgiens américains dans la chirurgie gastro-intestinale.

Les Américains eux-mêmes admettent que, si New-York a grandi rapidement d'une façon si prodigieuse, son enseignement supérieur n'a pas progressé en proportion équivalente. Pour voir ce qu'il y a de mieux aux Etats-Unis il faut se rendre plus loin, à Philadelphie, par exemple.

En effet, *Philadelphie* est un centre d'enseignement supérieur très important. Son université "Pennsylvania" est une des meilleures organisations que je connaisse; mais ici, comme à New-York, trop d'écoles de médecine se divisent le matériel hospitalier. Je ne mentionnerai que les deux principales: la faculté médicale de l'université Pennsylvania et l'école libre du "Jefferson hospital."

Ce qui caractérise la faculté médicale de l'Université Pennsylvania et la rend supérieure à bien d'autres c'est: la quantité et la

qualité de ses professeurs, dont un bon nombre est payé pour se livrer entièrement à l'enseignement et aux recherches; de nombreux laboratoires bien outillés, des musées et des instituts ouverts aux étudiants diplômés pour des recherches anatomiques; l'hôpital de l'université qui sert à l'enseignement clinique et qui est contigu aux laboratoires et aux salles de cours. En somme une faculté qui se suffit à elle-même et qui possède tout, chez elle, sans se déplacer.

Sous ce rapport, l'école libre du "*Jefferson Hospital*" offre à peu près les mêmes avantages. Les laboratoires sont à la porte voisine, tandis que tout l'enseignement médical se fait à l'hôpital, le plus luxueux que je connaisse. Le *Jefferson Hospital* est ce que l'on peut concevoir de mieux comme organisation. Situé en plein centre d'activité de la ville de Philadelphie, il est administré comme les plus grands hôtels de luxe. C'est le paradis des malades riches et exigeants, qui voient s'exécuter tous leurs petits caprices.

Les consultations externes jouent un rôle très important ici, et offrent des avantages exceptionnels à l'étudiant, dans toutes les spécialités de la médecine et de la chirurgie.

La consultation des maladies génito-urinaires et vénériennes est une des plus considérables d'Amérique. Cet état nous paraît quelque peu paradoxal dans une ville puritaine, aux mœurs rigides et pudiques; mais c'est la conséquence néfaste qu'on a constaté dans tous les milieux où on a voulu enrayer le vice d'une façon radicale.

Baltimore, avec une population comparable à celle de Montréal, donne l'hospitalité à sept écoles de médecine. Cela est inouï! 412 médecins contribuent à l'enseignement de ces différentes écoles. Ceci signifie que près des deux tiers du total des médecins de la ville de Baltimore sont des professeurs; mais, s'ils sont professeurs, il faut avouer que tous ne peuvent avoir des qualités pédagogiques transcendantes.

Il est tout de même surprenant de constater que dans cette ville, véritable tour de Babel de l'enseignement libre, existe l'école de médecine la plus réputée aux Etats-Unis: "*Le John Hopkins.*" En effet, la réputation faite à cette faculté médicale n'est pas exagérée. Le visiteur, étranger, même prévenu, s'enthousiasme devant son organisation pédagogique presque idéale, qui est la con-

séquence de plusieurs facteurs : ses ressources, qui lui permettent de faire beau et grand ; ses professeurs, nombreux et bien rémunérés, qui sont choisis avec discrétion ; ses laboratoires effectifs au point de vue de l'enseignement et des recherches ; ses avantages cliniques, qui couvrent tout le terrain connu de la médecine et de la chirurgie. Cette école, qui est un département organique de l'université du même nom, existe grâce à la générosité du crésus philanthrope John Hopkins.

Je ne voudrais pas, en si peu de temps, porter un jugement final sur l'organisation universitaire et l'enseignement médical aux Etats-Unis. Mais ce que j'ai pu constater jusqu'à présent me permet de faire les considérations suivantes, que je vous soumetts bien humblement.

Lorsque la profession médicale aura fini son travail d'épuration ; lorsque ces écoles parasites, qui fonctionnent dans un but purement spéculatif et d'intérêt particulier, auront disparu, les universités américaines joueront un grand rôle dans le monde ; outillées comme elles le sont déjà, elles produiront leur quote-part dans les recherches et les découvertes scientifiques.

"Le Rockefeller Institute" est déjà un foyer scientifique sérieux, assis sur des bases solides, et pouvant soutenir la comparaison avec ce qui existe de mieux en Europe. On finira bientôt par faire à cet endroit, ce qu'on a déjà fait au "Metropolitan Opera," et s'assurer les collaborations les plus sérieuses de tous les pays.

Une condition qui m'a particulièrement frappé chez nos voisins : c'est l'influence, le prestige, le rôle prépondérant que jouent les jeunes, dans toutes les branches de l'activité humaine et dans les écoles de médecine en particulier. Quand un homme a de la valeur, au lieu de le laisser s'étioler dans l'attente, on l'utilise quand il peut produire quelque chose, en pleine activité cérébrale ; quitte à le faire reposer plus tard quand il a gagné ses lauriers.

Une autre caractéristique du peuple américain, qui est tout à son honneur, c'est le peu d'importance qu'on attache aux origines nationales ou aux croyances religieuses d'un candidat à une fonction quelconque. Si ce candidat vaut quelque chose, on en tire profit, sans prendre en considération des titres extra-professionnels.

Nous en avons un exemple frappant dans la personne de Carrel,

qu'ils considèrent comme un des leurs. L'honneur, substantif et tant envié, qu'il vient de recevoir, ils le font rejaillir sur toute la nationalité américaine. Puisqu'ils lui ont permis de faire ses découvertes, n'est-il pas juste aussi qu'ils bénéficient des appréciations flatteuses de l'extérieur ?

Les universitaires américains paraissent pousser bien loin le sentiment de la solidarité. J'ai eu l'avantage de le constater à New-York, où il m'a été permis de m'asseoir à une table de douze cents diplômés d'Universités, qui s'étaient réunis autour de M. Woodrow Wilson, le futur président de la confédération américaine, pour supporter sa candidature. Ces universitaires, sans distinction de parti politique, se sont formés en ligue, afin de promouvoir l'influence des "college men" dans la direction de leur pays et prêter main-forte à ceux des leurs qui briguent les suffrages populaires. Ce mouvement, très noble et exemplaire, est digne de notre admiration.

Enfin tout ce que le peuple américain entreprend il le veut grand, "greatest in the world." S'il ne réussit pas toujours, avouons au moins que c'est une ambition, un idéal bien louable.

Le peuple américain gagne à se faire connaître; l'expérience m'a enthousiasmé et m'encourage à continuer ces bonnes relations.

Dans un prochain voyage je visiterai les universités du centre, pour ensuite continuer mon pèlerinage jusqu'à l'océan Pacifique.

CHRONIQUE

LA SUPERSTITION ET LA MEDECINE

Voilà un titre capable d'effrayer bien des gens, bien des esprits timorés et superstitieux. Mais, rassurez-vous, nous ne toucherons pas au côté "mystique" de la question, nous nous bornerons à en exposer le côté philosophique au point de vue médical: nous ferons comme Enée descendu aux Enfers, nous en diviserons les ombres avec notre plume (pas avec notre épée) plus par courage que par confiance et sans croire qu'après nous aurons démoli une des plus grandes plaies des peuples et la plus dangereuse "phobie" des rustres et des ignorants, c'est-à-dire la *superstition*.

La superstition est le fait des esprits faibles, elle est la plus dangereuse rivale des religions et de la science. Saint-Simon, Fénelon, d'Alembucte, ont tour à tour combattu la superstition et ses pratiques, comme dangereuses, pour l'avenir du peuple et pour le progrès. Voltaire lui-même, n'a-t-il pas, dans les vers suivants, ridiculisé à l'affreuse "chimère" :

Lorsqu'un mortel atrabilaire
Nourri de superstition,
A, par cette affreuse chimère,
Corrompu sa religion,
Son âme alors est endurcie,
Sa raison s'enfuit obscurcie,
Rien n'a plus sur lui de pouvoir,
Sa justice est folle et cruelle,
Il est dénaturé par zèle,
Et sacrilège par devoir.

La superstition n'est point l'apanage exclusif des gens simples et dépourvus de culture, mais aussi des lettrés, des savants et des illustres. Elle constitue plutôt une "maladie" de l'esprit, non localisée, une espèce de névrose de l'âme. Jadis elle était contagieuse et s'étendait rapidement aux groupements humains, au point de devenir dangereuse pour l'ordre public. Aujourd'hui nous ne sommes plus superstitieux, du moins collectivement; car, dans leur particulier, beaucoup d'entre nous le demeurent, et il est bien des esprits forts qui rachètent ensuite leur incrédulité par des faiblesses qu'ils seraient fort embarrassés de justifier. Mais si l'on cherche où la superstition récente a le plus d'adeptes, il n'est pas douteux que ce soit parmi les gens à système nerveux faible, ébranlé ou mal équilibré; ce sont eux qui entretiennent ce peuple de devins, de charlatans, de guérisseurs, de cartomanciens, etc, dont les annonces remplissent certains journaux. Les femmes principalement (êtres encore remplies de mystère) sont les principales clientes de ces exploiters de la superstition surtout lorsqu'elle est greffée sur l'ignorance. Car les femmes sont curieuses; et comme elles souffrent impatiemment que rien leur reste secret, elles veulent connaître l'avenir lui-même. Elles veulent surtout que cet avenir soit surprenant et mouvementé. Elles ne redoutent pas qu'on leur prédise des malheurs frappants, car

ce sont toujours des événements; et elles en prennent d'autant mieux leur parti que ces malheurs fâcheux pour elles, ne sont irréparables que pour d'autres: car c'est la mort d'un de leurs proches, ou quelque chose de semblable, elles s'en consolent facilement; pour elles ce sont des épreuves et, avec un optimisme robuste et un égoïsme inconscient, elles acceptent ainsi de payer, aux frais d'autrui, le bonheur qu'on leur promet en fin de compte.

De telles femmes finissent par tomber dans une agitation assez puérile, et rien n'est plus divertissant que la consommation qu'elles font de cartomanciennes pour se redonner le petit émoi de prédictions fantastiques; elles taquinent et inquiètent l'avenir, au lieu de le respecter, et ressemblent à ces enfants qui, ayant semé une graine, n'ont pas la patience de la laisser croître et vont la déterrer pour voir si elle germe.

Le supplice le plus grand du superstitieux est celui qui avec un mélange d'avidité et de terreur, s'informe de tout ce qui peut porter malheur et en arrive ainsi à restreindre tellement sa liberté qu'il devient le prisonnier de toutes ces prohibitions qu'il s'impose; sa vie serait intenable et la folie s'emparerait vite de son pauvre cerveau, si, heureusement, à mesure que l'homme invente des raisons d'avoir peur, la science en trouvait en même temps le correctif qui le rassure. Mais de ce que les superstitions sont absurdes, faut-il en conclure que la superstition le soit? C'est là une réponse bien délicate et bien difficile à rédiger, car le sentiment de superstition est profond et philosophique. Il répond à la complexité et à l'entrelacement des forces naturelles et physiques — ces dernières encore peu connues — et exprime que notre vie dépend perpétuellement de ces forces que nous ne pouvons percevoir et qui, immenses, semblables au fluide électrique qui nous environne, sont insaisissables; qu'il y a entre les choses des rapports cachés, et qu'incapables de déterminer ce qui agit sur nous, nous le sommes même de mesurer les conséquences de nos actes. Et sans doute, si "nosologiquement" la superstition est fondée, n'empêche qu'elle se traduit en rites déraisonnables et ridicules, mais dont il ne faut pas trop se moquer. Les hommes sentent qu'ils sont menacés par des puissances aveugles, sans aucune bienveillance, et les pratiques de leurs superstitions, ce sont des prières encore, mais tordues et déformées; ce sont les prières de la méfiance et de la peur, qui constituent le

plus grand danger, non seulement pour la société, mais aussi pour la religion de nos pères.

Boulay, professeur de pathologie comparée, à la Sorbonne, fit en 1880, à sa leçon d'ouverture, un discours où il parla de la superstition en ces termes :

“ Il existe encore des pauvres d'esprit, dépourvus même des notions les plus élémentaires, et qui sont parmi nous les représentants attardés des époques de la plus complète ignorance. Pour ces déshérités, à qui tout demeure inconnu de ces rapports que la science a découverts et découvre tous les jours, et qui constituent les lois des phénomènes, rien n'est incroyable de ce qui est absurde, et il ne leur répugne pas d'admettre qu'il est au pouvoir de certains hommes d'évoquer des esprits malfaisants, de les faire agir à leur commandement et de conjurer leur puissance par des paroles et par des gestes.”

Il est évident que pour le médecin réellement convaincu de sa mission, la superstition est condamnable, car elle entraîne parfois leurs auteurs à des dangers redoutables et même à la mort. Il faut donc la combattre, chaque fois que l'occasion s'en présentera et bien coupable celui qui, en passant à travers la forêt du monde, ne frissonne même pas un peu au contact de ces misères intellectuelles et trouve tout naturel, parce qu'il ne voit rien. Il s'évite peut-être bien des tracasseries, mais combien à la longue, le sentiment qu'il se fait des choses devient sec, court, mesquin, limité !

Le peuple du nord de l'Amérique anglo-saxon et latin, est en majeure partie superstitieux ; et ce sentiment, qu'il est trop aisé de railler, il est peut-être dangereux de vouloir le supprimer à la hâte, car il s'entremêle si étroitement à celui de la poésie, de la fantaisie, de la féerie, que dès que l'on se met à couper dans ses racines obscures, on ne sait pas tout ce qu'on atteint ; et il ne faut pas s'étonner si les fruits les plus beaux, dans les branches, sèchent et meurent soudain du coup qu'on a porté sous la terre. Ce sont les peuples superstitieux qui ont les plus belles légendes ; et c'est de ces légendes que sortent les plus superbes œuvres d'art. Il faut dans une race que le paysan frémissse et que les pauvres gens se racontent des visions à la veillée, pour qu'au haut de cette race, tous ces frissons, ces terreurs et ces songeries du peuple se condensent dans les tragédies de H. W. Longfellow et les drames de Shakespeare. Les pauvres gens sont superstitieux bien hum-

blement. Ils sentent d'après leur ignorance, qu'ils ne tiennent pas les vraies explications et ne peuvent se formuler les réponses définitives, c'est alors qu'ils se mettent en rapport avec les forces du monde et ils traitent avec elles comme ils peuvent; au moins ils les aperçoivent: *ils ont un sentiment trouble mais riche de ce prodige dans lequel nous vivons tous, et leur superstition, ce n'est pas seulement d'être aveuglé, c'est aussi d'être ébloui.*

Dr L. VILLECOURT,
de Montréal.

NOUVELLES

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

BANQUET ANNUEL

Samedi, le 14 décembre, monsieur le Dr J. D. Pagé, président de la Société Médicale de Québec, conviait toute la profession médicale de la vieille cité de Champlain à un grand banquet donné dans les belles salles du Kent-House, aux Chûtes Montmorency.

Le Dr Pagé et les officiers de la Société Médicale se sont surpassés dans l'organisation de cette fête. Québec compte environ quatre-vingt-dix médecins; et soixante-quinze avaient répondu à l'appel du Dr Pagé.

Il y avait de bonnes choses à déguster dans cette demeure royale; je crois même que l'esprit du bon Duc habite encore ce paradis terrestre et qu'il avait dû causer du menu avec le chef!

Après bonne chère arrosée de bons vins, les discours s'extériorisèrent le plus facilement du monde!

Le président fit brièvement l'histoire de la Société depuis sa fondation: 1897, à nos jours. Il fit ressortir les faits les plus importants, ceux qui ont exercé une influence sur le mouvement professionnel dans notre province. L'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, les multiples sociétés médicales de districts, le *Bulletin Médical* publié à Québec, voilà des œuvres qui parleront et vivront longtemps encore pour répéter

à nos arrières petits-fils médecins le mérite de ceux qui ont présidé à leur fondation.

Le Dr Pagé n'a pas négligé de dire que la Société Médicale était nécessaire à tous les confrères; il les invita à venir tous et à toutes les réunions. Des médecins qui se connaissent mieux s'apprécient et se respectent davantage.

Après la santé du Roi le Dr Verge proposa la santé du président et le chant : Il a gagné ses épaulettes ! salua les paroles du Dr Verge, un des plus respectés parmi les doyens de la profession médicale de la vieille capitale.

M. le Docteur Normand, président du Collège des Médecins et Chirurgiens fit, comme il en a le secret, un discours "*to the point*," sur le Bill Roddick et les avantages qu'offre cette loi nouvelle à toute la profession.

M. le Docteur S. Boucher, délégué officiel de la Société Médicale de Montréal, dont il est le président, présenta à la Société sœur de Québec, les hommages de ses collègues montréalais. Il parla avec chaleur de l'Université Laval qui fait, à Québec et à Montréal, l'œuvre si belle de l'enseignement supérieur. "Ayons, ajouta-t-il l'esprit universitaire! Cet esprit universitaire qui agira comme l'*ange gardien* de tous les jours, en nous rappelant "nos devoirs de médecins et de citoyens!"

Le président donna la parole au Dr Dubé de Montréal qui, de passage à Québec avait voulu se joindre à ses amis en route pour le Kent House! Le Dr Dubé remercia en quelques mots, le président de sa gracieuse hospitalité et félicita les médecins de Québec d'avoir trois de leurs confrères au conseil de ville. Il leur conseilla de s'entendre entre eux pour qu'il y en ait un plus grand nombre aux prochaines élections. C'est encore le moyen le plus sûr d'avoir l'inspection médicale des enfants des écoles, etc.

Pourquoi ne pas avoir également à la Législature provinciale un plus fort contingent de médecins? Nos affaires ne s'en porteraient que mieux! Le Dr Dubé termina en conseillant aux convives d'avoir de l'esprit public! Il faut appuyer vos collègues du conseil de ville par votre vote et faciliter leur travail en vous servant de votre influence dans tous les quartiers de la ville, pour mieux former l'opinion publique et lui faire accepter le progrès.

M. le Dr J. P. Décarie le futur président de la Société Médicale de Montréal prit ensuite la parole. Il dit, avec son esprit

habituel, combien il était heureux, à son retour de France, de causer du dernier Congrès des médecins de langue française tenu à Paris. Il nous parla de la sympathie de nos cousins de France pour tous les médecins de chez nous.

Les convives applaudirent longuement lorsque le Dr Décarie leur annonça que cette Association si importante en Europe, avait décidé de tenir son congrès de 1916 à Montréal.

Puis les conseillers municipaux MM. Gosselin et Dussault assurèrent leurs amis de leur bonne volonté pour la réorganisation du bureau d'Hygiène municipal.

M. le Dr Dagneault, appelé à parler, dit que le temps des promesses et des beaux discours était passé et qu'il fallait que tous se mettent à l'œuvre, au conseil de ville et partout ailleurs !...

Et ce n'est qu'à une heure avancée que les convives prirent gaiement d'assaut le tramway spécial en route pour Québec endormi là-bas, sous un grand dôme lumineux !

Dr AGAPE.

SOCIÉTÉS

ASSOCIATION MEDICO CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE

Séance du 9 décembre 1912.

Membres présents: MM. les Drs Joseph Lippé, J. A. Barolet, J. Shepperd, Albert Geoffroy, Joseph Marion, J. P. Laporte, J. C. Bernard, Roméo Turgeon, W. Gaudet, Albert Laurendeau, Pierre Pelland, T. Lamarche.

Présidence: Dr J. A. Barolet.

MM. les Drs Pierre Pelland de St-Cuthbert, et Roméo Turgeon de St-Jean de Matha sont admis membres de l'Association.

Le Dr Albert Laurendeau de St-Gabriel de Brandon donne une conférence sur la carie dentaire et son traitement.

Les membres de l'Association prennent ensuite connaissance de faits graves imputés à l'un des médecins du district, contre la déontologie professionnelle; et après avoir minutieusement examiné et pesé toutes les circonstances qui se rapportent à cette regrettable affaire, adoptent la résolution suivante:

Attendu qu'il est démontré que le Dr J. A. Paquet, de Ste-Elisabeth, comté de Joliette, tient un bureau conjoint avec le

rebouteur A. Mireault en la ville de Joliette; que le dit J. A. Paquet agit comme s'il était en société avec le dit A. Mireault, en donnant des consultations et des soins conjoints aux malades qui s'adressent à l'un d'eux; en collectant même des clients la rémunération pour leurs soins respectifs;

Attendu que le rebouteur Mireault annonce dans le journal "L'Etoile du Nord", publié à Joliette: qu'il tient un bureau dans la ville de Joliette et qu'il est accompagné d'un médecin diplômé, et que le dit "médecin diplômé" n'est autre que le Dr J. A. Paquet de Ste-Elizabeth;

Il est proposé par le Dr J. Lippé, secondé par le Dr Albert Laurendeau:

Que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette charge la Commission *re charlatans* (composée de MM. les Drs C. Bernard, J. P. Laporte et A. Geoffroy) de prendre des procédures contre le dit J. A. Paquet de Ste-Elizabeth, conformément à la loi médicale, article 4002cc, 9 Edouard VII, qui se lit comme suit: Sont déclarés actes dérogatoires à l'honneur professionnel:

"Le fait de s'associer ou avoir des consultations avec des charlatans ou des rebouteurs; de porter ces faits à la connaissance du Conseil de discipline de la Province de Québec; de faire la plainte et la procédure nécessaires contre le dit J. A. Paquet, conformément aux Règlements du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec;

Que le secrétaire soit autorisé à faire tous les déboursés nécessaires en rapport avec cette cause, à même les fonds de l'Association médico-Chirurgicale du district de Joliette."

Adopté à l'unanimité,

Albert LAURENDEAU, *Sec.-Trés.*

Note. — Nous félicitons la Société Médicale de Joliette de son attitude énergique. Il devrait y avoir une clause dans nos règlements qui supprimerait automatiquement la licence à des médecins de cet acabit qui sont la honte de notre profession.

BIBLIOGRAPHIE

Æsculape. Grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Le numéro: 1 fr. Abonnement: 12 fr. (Étranger: 15 fr.). A. Rouzaud, éditeur, 41, Rue des Ecoles, Paris. Sommaire du No de novembre 1912.

Les Restes de Descartes (7 illustr.), par le prof. Verneau. — Une alerte récente à l'Académie des Sciences. M. Verneau, professeur au Muséum, à la sollicitude duquel sont confiées nos précieuses collections anthropologiques, raconte, d'après les documents inédits les multiples pérégrinations du crâne de Descartes et de ses autres restes. Photos de la lettre de Berzélius et du crâne de Descartes.

Le Duel au point de vue chirurgical (5 illustr.), par le Dr Dartigues. — Quelques mots sur l'auteur et sur sa naissance accidentelle à Paris. L'état d'âme du chirurgien dans une rencontre; l'état d'âme des "condamnés"; le rôle du chirurgien avant le combat, pendant le combat, après le combat; quelques anecdotes vécues.

La lumière inconnue (6 illustr.), par Tony D'Ulmès. — Le grand écrivain, dans une nouvelle angoissante et tragique, traite la question du dédoublement de la personnalité et du fantôme.

Comment fonctionne un laboratoire de police (16 illustr.), par le Dr Locard, directeur du laboratoire de police de Lyon. — Les progrès de la science mis au service de la recherche des malfaiteurs et criminels: empreinte de doigts, repérages d'orifices de glandes sudoripares, les empreintes dentaires du cambrioleur dans le gâteau à la crème de marrons; les empreintes de genoux; le truquage de l'écriture; les alphabets secrets, etc.

Saint-Mathurin, guérisseur de la folie (9 illustr.), par Saint-Yves. Il guérit: la fille de l'empereur Maximien possédée du démon, les extravagants du pèlerinage de Larchant; son action agit plus à distance qu'au voisinage; les démons et leurs divers aspects.

Paysages lunaires (6 illustr.), par L. Rudaux. — Montagnes, plaines et vallées de la lune; pas de vie organisée; paysages grandioses et sinistres, photos.

Supplément trimestriel. — *Le Bal de l'Interternat*. (23 illustr.). — Reproduction des cartes d'invitation de photos de loges; dessins de cortèges. La salle de Bullier pendant le Bal; la foule tournoie, chante, danse; quelques costumes originaux ou audacieux. Quelques sujets de loges: Mimi Pinson chassé de la salle de garde; le relèvement de l'Homme-malade; l'Homme-chauve de Lariboisière; le Chinois fumeur d'Opium; le Harakiri de Fal-

lières; Supplices infligés aux "Chefs" de Tenon; l'Institut Carrel et ses organes de rechange; la Maison arabe de Cochin, ses danses lascives, sa quarteronne; le Lupanar grec. Quelques cortèges: la Gaïeté française morte, le Manneken-Pis, l'Eugénie, le Médecin qui comprend les femmes.

Supplément (20 illustr.). — *Exoteries Colombiennes*. — *Autour de l'âme humaine*. — *Flore et faune des océans*. — *Le lait artificiel*. — *Mort de Henriette d'Angleterre*. — *Le tir à l'arc est un sport*. — *Dessins d'enfants*. — *Le Gymnase grec*. — *Les insectes et leur interprétation décorative*.

Le numéro du 7 décembre 1912 qui commence la 3e année de *Paris Médical*, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, est entièrement consacré aux *Maladies des enfants*.

Voici le sommaire:

La chirurgie infantile et l'orthopédie en 1912 (*Revue annuelle*), par le Dr A. Mouchet. — La Médecine infantile en 1912 (*Revue annuelle*), par les Drs Lereboullet et Schreiber. — Considérations générales sur les traumatismes osseux chez les enfants, par le professeur Kedmisson. — La pneumonie infantile jugée par la radiographie, par les Drs E. Weill et Mouriquand. — Traitement opératoire des paralysies spasmodiques, par le Dr Forster. — Faut-il opérer le spina-bifida, par le Dr Froelich. — Diagnostique des formes frustes de la coqueluche, par le Dr Delcourt. — Les petits trucs de l'orthopédiste, par le Dr Røederer. — Sociétés savantes. — Livres propos, par le professeur Gilbert. — Le berceau de la loi de 1902 sur la santé publique, par le Dr A. Loir. — Les hôpitaux d'enfants en Allemagne, par le Dr Dorlencourt. — L'éducation physique de l'enfance par le passé. — Le rôle du médecin en éducation physique. — Les crèches de Paris. — *La Médecine au Palais*. — *Silhouette médicale*. — Diététique. — Formules thérapeutiques. — Revue hebdomadaire de la Presse française et étrangère. — Œuvres d'assistance. — Institutions pour les enfants. — *Chronique des livres*. — *Nouvelles*. — *Vie médicale*. — *Cours*. — *Memento de la quinzaine*. — *Thèses*.

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

SUPPLEMENT

EN EUROPE

Le Dr Asselin, professeur suppléant de physiologie à l'Université Laval de Montréal, est en Europe pour quelques mois où il a l'intention d'étudier les derniers perfectionnements de la physiologie expérimentale, à Paris, à Louvain, à Berlin et à Vienne.

A PROPOS DE VACCIN

Dans un procès par jury, assez récent, la ville de Montréal avait été condamnée à payer "\$6,000" à une veuve dont l'enfant aurait souffert de paralysie à la suite d'une vaccination. La preuve et l'expertise ont démontré que ce vaccin avait évolué sur le bras d'un enfant qui souffrait de paralysie infantile type Duchesne-Erb, et qu'il n'y avait là qu'une malheureuse coïncidence. Néanmoins le préjugé l'emporta.

En révision, les trois juges ont été unanimes pour renverser ce jugement et remettre les choses au point, au grand désespoir d'un journal du soir qui bafouille pitoyablement dans le compte rendu qu'il donne du jugement final, et qui parle de médecine comme un aveugle des couleurs.

Dans les cas d'amaigrissement qui se prolongent et persistent malgré une diète appropriée, nous sommes en présence d'un problème difficile à résoudre.

Les préparations à base d'huile de foie de morue provoquent souvent des nausées. Or, nous savons que la clef du succès, chez le tuberculeux, c'est de conserver l'estomac bon.

Dans ces circonstances, nous pouvons résoudre le problème par le BOVRIL, dont le pouvoir nutritif, sous un petit volume, est considérable, en même temps qu'il favorise l'absorption des autres aliments.

L'électrosélénium dans le traitement du cancer inopérable, par les Drs H. BOUGEANT et A. GALLIOT, dans *La Clinique*, 9 août 1912.

Les auteurs de ce travail procèdent tout d'abord à un exposé de la question au point de vue historique. Ils rappellent les expériences initiales de Wassermann et les motifs qui les ont décidés en pratique, à choisir l'Electrosélénium ou sélénium colloïdal électrique rouge corail, plutôt que toute autre préparation séléniée dont la toxicité pourrait être grande.

Les auteurs ont constamment introduit l'Electrosélénium chez l'homme par la voie intraveineuse, chaque ampoule de 5 c. c. contenant 1 milligramme de sélénium métalloïdique. Leur technique est celle de toutes les injections intraveineuses; il n'y a aucun phénomène douloureux. La réaction générale est le plus souvent marquée, la température monte à 38 ou 39°. On observe des frissons; un grand soulagement suit, dans presque tous les cas, cette réaction. Jamais on n'a eu à noter de véritable intolérance.

Les auteurs ont traité, à la Polyclinique Rotschild, 5 cancers de l'utérus, 3 cancers du sein, un cancer de l'estomac, un cancer de la langue, un ostéosarcome de la cuisse, un lymphosarcome cervical.

"Chez tous, écrivent-ils, nous avons obtenu d'heureuses modifications."

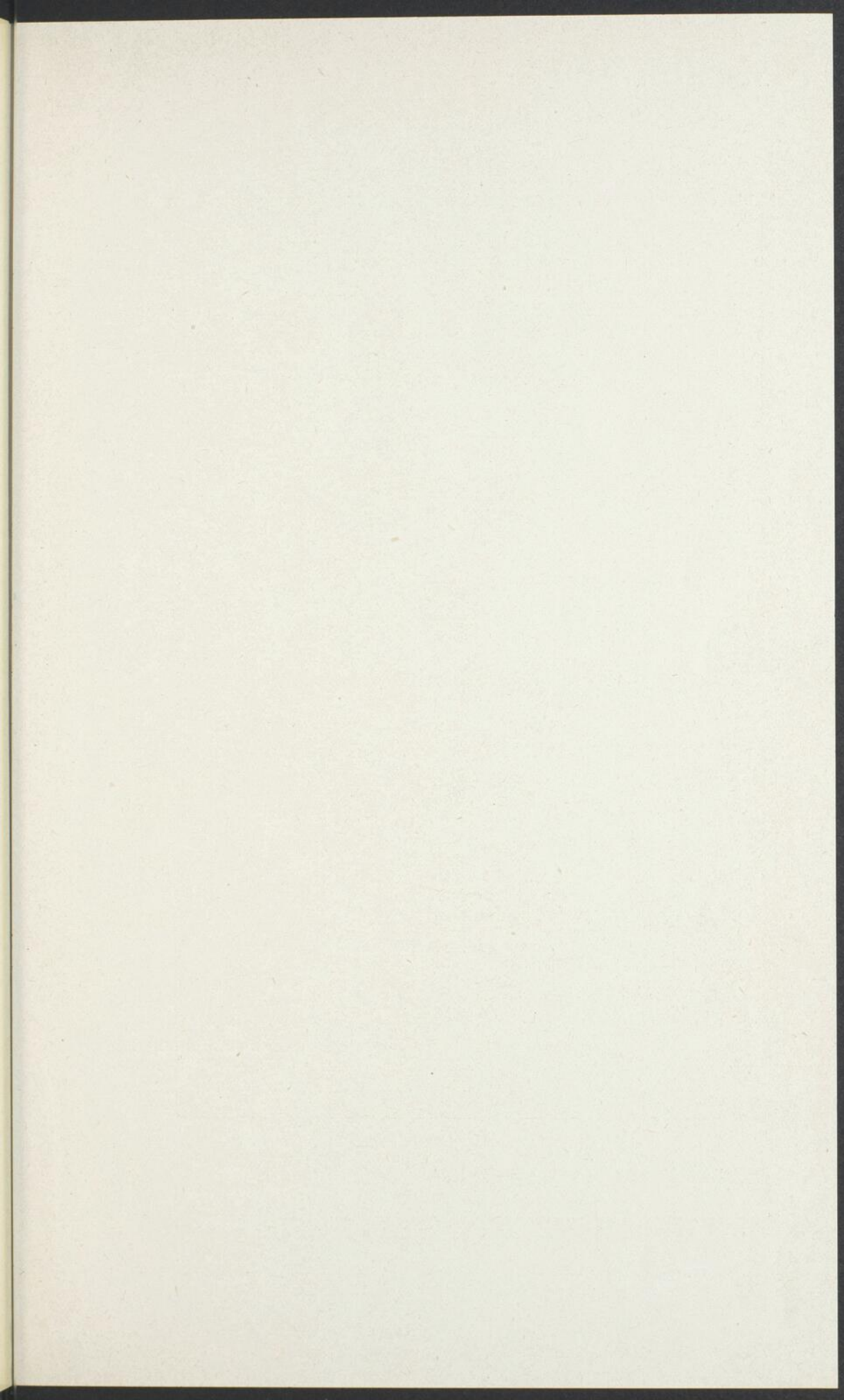
Ils rapportent en détail 5 de leurs observations et constatent, dans les cinq cas, les mêmes effets à des degrés plus ou moins prononcés. Le premier est l'amendement considérable de la douleur qui permet de supprimer la morphine que l'on n'est que trop souvent obligé d'administrer aux cancéreux. *"Le sélénium est un analgésique de premier ordre et d'une parfaite innocuité."*

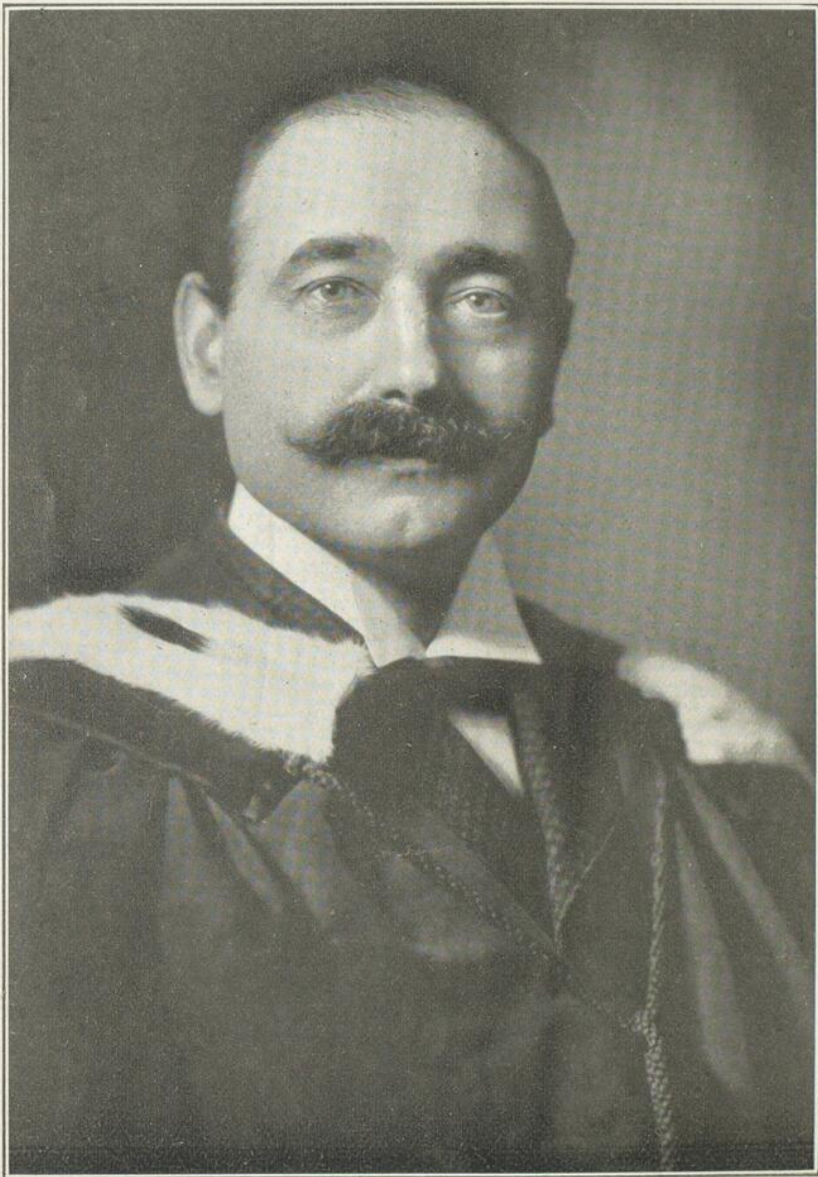
On note en même temps *"un relèvement considérable de l'état général, la régression limitée des lésions et la survie en des limites fixées par la gravité du mal."*

Dans un cas de cancer de l'utérus, non seulement ils ont noté la cessation de la douleur, mais encore, fait capital. *"l'assèchement des lésions et au moins l'arrêt de leur progression dans une forme extrêmement rapide."*

La conclusion de MM. Bougeant et Galliot est donc que non seulement le sélénium est inoffensif, indolore, et ne produit pas d'accumulation, mais encore qu'il peut rendre un très grand service comme adjuvant médical du traitement du cancer. On devra l'administrer d'une part avant l'intervention chirurgicale *"dans le but d'assécher et de mobiliser les lésions."* On devra l'administrer après l'intervention dans le dessein d'éviter ou de reculer les récidives; on devra surtout l'administrer dans les cas où, pour des raisons anatomopathologiques ou autres l'intervention chirurgicale sera impossible.

Il est curieux de constater que MM. Bougeant et Galliot se rencontrent dans leurs conclusions avec les autres, Blumenthal, Cade et Girard, Trinckler, etc., dont les travaux ont été publiés depuis quelques mois sur le rôle de l'Electrosélénium en thérapeutique.





LE PROFESSEUR HERVIEUX
1863 - 1913