

**PAGES**

**MANQUANTES**

# MEMOIRES

---

## GASTRO-ENTERITE DES NOURRISSONS, ou INFECTIONS ET INTOXICATIONS DIGESTIVES.

---

J'emprunte à la Presse médicale de Paris, du 22 février 1905, les lignes suivantes qui sont de Hubert Legrand : " S'il  
" est une branche de la médecine qui ait pris de l'extension  
" dans ces dernières années, c'est bien l'étude de la puériculture,  
" depuis qu'il est démontré qu'un bon moyen de lutter contre la  
" dépopulation est de diminuer la mortalité, et que cette morta-  
" lité est due surtout à des fautes d'hygiène. On a fait beau-  
" coup ces derniers temps pour la puériculture, et déjà les  
" statistiques prises chez des enfants soumis à une surveillance  
" régulière, accusent une diminution notable de la mortalité.  
" Mais pour arriver à ce bon résultat, il faut connaître les règles  
" précises de l'élevage des enfants. Or ces règles sont mainte-  
" nant bien fixées : Il y a bien à vrai dire, quelques divergences  
" d'opinion sur des points de détail chez les spécialistes en la  
" matière ; c'est ainsi, pour prendre un exemple, que, dans  
" l'allaitement artificiel, certains préfèrent le lait cru, tandis  
" que d'autres préconisent le lait pasteurisé, et d'autres encore  
" le lait stérilisé."

" Il n'en est pas moins vrai que les grandes règles de la  
" puériculture sont aujourd'hui nettement posées et connues de

“ tous. Cette connaissance théorique est insuffisante ; il faut y joindre la pratique. Le nouveau-né est en effet, un être à part, ayant une physiologie spéciale, une manière de réagir toute particulière et des affections qui lui sont propres ; de telle sorte que l'hygiène et la thérapeutique du premier âge, ne ressemblent nullement à celles des adultes, ni même à celles des enfants.”

Cet article, messieurs, m'a fourni l'idée de mon travail, en me faisant demander, quelle était de toutes les maladies de la première enfance, la plus meurtrière, et après des recherches, la statistique m'a répondu : “ *La gastro-entérite.* ” Trousseau a insisté sur les entérites qui se manifestent au moment du sevrage, et Budin et d'autres, qui sont maintenant légion, n'ont-ils pas institué en maints endroits des consultations de nourrissons, en vue de diminuer la mortalité due à cette affection, qui suivant eux, emporte le plus de nourrissons ?

En outre, messieurs, si j'ai choisi ce sujet, c'est que tout en remplissant mon rôle de médecin, je veux en même temps, travailler pour mon pays. Si je ne puis créer dans le moment, je puis au moins aider à conserver la création des autres. Pour l'instant je ne puis faire d'autre patriotisme.

Autre et dernière raison. Nous serons bientôt à l'époque où la gastro-entérite fera le plus de victimes, et j'ai cru qu'il était bon de s'armer sans retard. J'aurais voulu, messieurs, vous offrir un peu de mon expérience personnelle. Hélas, je n'ai que dix mois de pratique, et mes confrères les plus voisins qui ne veulent pas manquer au secret, même non professionnel, garderont le silence, et ne vous diront pas que j'ai encore bien moins de clients. Je compte donc sur votre bienveillance pour discuter mon travail glané un peu partout, chez les autorités les plus compétentes en la matière, et sur vos connaissances personnelles pour l'enrichir.

Dans notre pays fécond en toutes choses, le nombre des naissances est plus considérable que la mortalité de la première enfance. Ce n'est pas à dire pour cela, que tout soit bien. Non, il meurt trop d'enfants, et si nous n'en sommes pas rendus à l'égal d'un certain pays d'outre-mer où on est obligé de légiférer pour enrayer la dépopulation, et qu'un journaliste russe raillait finement dernièrement, en disant : "La France est timide et elle craint tout ; non seulement la mort, mais aussi les naissances ; elle craint ses propres enfants qui ne sont pas encore nés et qui pourraient prendre le peu qui reste aux générations existentes." Il ne faut pas pour cela rester les bras croisés, et laisser mourir ces pauvres petits êtres, pour lesquels la science moderne tend à faire beaucoup, ayant elle-même compris que tout être humain, quel que soit son âge, a également droit à la vie, et qu'il est du devoir du médecin de tout mettre en œuvre pour sauver tous les âges.

Il y a, messieurs, un principe au-dessus des traditions : c'est de suivre dans les productions scientifiques le mouvement de l'époque. A l'heure actuelle, la pédiatrie est dans une période de stabilité relative où on peut, en utilisant les compétences spéciales, édifier vivement, photographier, si je puis le dire, l'état actuel de nos connaissances sur l'étiologie, la pathogénie, la bactériologie, la symptomatologie et la thérapeutique de la gastro-entérite. Mais comme le cadre de cet article ne me permet pas de m'étendre trop longuement, les considérations suivantes ne porteront que sur la symptomatologie et la thérapeutique de cette affection. Je laisse à d'autres de mes confrères, le soin de nous développer longuement l'étiologie, la pathogénie et la bactériologie des gastro-entérites et leurs complications ; développements qui nous conduiraient à des mesures prophylactiques très importantes, et j'entre dans le vif de mon sujet, en commençant par

les gastro-entérites aiguës, et je finirai par les gastro-entérites chroniques.

“ La maladie aigue, tout en présentant des signes cardinaux constants (vomissements, diarrhée) a des allures variables, suivant qu'elle retentit ou non sur l'état général (fièvre ou algidité) suivant l'aspect de la diarrhée (forme dysentériorforme) suivant l'absence même des signes intestinaux (choléra sec.) Avant d'étudier chacune de ces variétés en particulier, il est bon de donner quelques notions générales sur les divers symptômes pris en eux mêmes.”

*Vomissements*.—Il se produit un temps variable après la tétée, le lait est caillé, formé de grumeaux blancs, nageant dans un liquide incolore, d'odeur aigrelette assez prononcée. Parfois la coloration est jaune ou verte. Le vomissement est toujours acide. Le vomissement est augmenté par l'ingestion du lait; de là la pratique de la diète. Il se produit habituellement sans effort et sans douleur; cependant la douleur peut être intense et éveiller des cris au point que l'estomac ne peut supporter même de très petites quantités de lait qu'il rejette immédiatement. L'organe est irritable et intolérant. Le vomissement peu abondant dans les affections légères ou pyrétiques, acquiert une grande intensité dans la forme algide.

*Diarrhée*.—La diarrhée est variable suivant le degré de l'infection; peu intense dans les cas légers et pyrétiques, elle devient abondante, fréquente, d'une extrême fluidité dans les formes algides. Dans ce cas elle est profuse, si bien que les larges sont toujours mouillés. Elle est alors aqueuse, séreuse, incolore ou jaunâtre. Jamais on ne trouve les grumeaux riziformes caractéristiques du choléra, mais parfois des flocons blanc jaune. Dans la diarrhée à type cholérique, l'odeur n'existe pas ou est amoniacale. Dans les diarrhées avec fièvre les selles sont souvent très fétides et peuvent contenir des débris

d'aliments non digérés que l'on voit à l'œil nu. Dans la forme dysentrique, on voit des filaments de mucus (glaires) accompagnés de traînées rouges, sauglantes, et de traînées grises purulentes.

En général, la réaction est acide ; cependant depuis l'emploi des laits stérilisés à 115°, on rencontre bien souvent et à l'état normal et dans les maladies des selles neutres et même alcalines. Les selles quelle que soit la variété de la maladie, deviennent fréquemment vertes.

Tantôt la poussée est légère ; 1 à 2 selles vertes, puis la diarrhée redevient jaune ; tantôt au contraire la poussée biliaire persiste, devient tenace, et les selles restent toujours vertes. On peut ainsi observer, dans le cours de l'infection aiguë, toute une série de poussées biliaires. Dans la forme algide on voit souvent avant l'apparition de la diarrhée caractéristique, une poussée biliaire prodromique. A la fin de l'infection on peut voir survenir une poussée biliaire terminale, qui fait office de crise et juge la maladie. La diarrhée bilieuse est surtout observée pendant les trois premiers mois de la vie. La suractivité du foie qui est caractéristique de la vie fœtale, persiste quelques mois après la naissance. Plus l'enfant avance en âge plus cette activité diminue, et moins la bile est sécrétée. Toute l'activité organique est alors concentrée dans ce viscère, si bien qu'à la moindre infection, le foie est le seul viscère capable d'éliminer les poisons, et de réagir contre ces derniers. Plus tard une part de ce travail sera dévolue au rein.

*Du tympanisme abdominale.*—Dans le cours des infections digestives aiguës, le tympanisme aigu est fréquemment observé ; il est attribué aux fermentations intestinales ; aussi, celles-ci étant variables, ce signe peut manquer. L'abdomen est tendu, ferme, résistant ; c'est le tympanisme dur, qui élargit la base du thorax, en refoulant les côtés, et donne au ventre cet aspect

de ventre de batracien. En se dilatant les côlons masquent l'estomac, dont il est difficile dans ces cas de pratiquer l'examen. Le tympanisme peut être localisé à l'estomac, c'est-à-dire à l'épigastre, le reste de l'abdomen étant mou; tantôt au contraire, au gros intestin, (régions sus-ombelicales et latérales), tantôt à l'intestin grêle (région ombelicale et sous-ombelicale). La distance de l'ombilic à la symphise pubienne est, en effet, petite chez le nourrisson; elle augmente avec l'âge, de sorte que toute la portion sus-ombelicale est occupée par le côlon transverse distendu, et la portion sous-ombelicale, (très petite avant six mois) par l'intestin grêle.

Il existe souvent une ligne de démarcation nette, entre le côlon transverse et l'intestin grêle, à peu près au niveau de l'ombilic. Au-dessous la percussion dénote une sonorité faible, souvent même de la submatité, par refoulement des anses intestinales: là le ventre est mou et dépressible, si l'intestin grêle n'est pas tympanisé. Si le tympanisme est intense il provoque de la gêne de la respiration en refoulant le diaphragme et les organes thoraciques. Le tympanisme est léger dans les infections digestives *aiguës* de peu d'intensité, très marqué dans les infections sérieuses (type pyrétique). Il manque totalement dans la forme cholérique ou algide.

*Douleurs abdominales.*—Les coliques sont variables: elles sont très intenses dans la période de début de la diarrhée; plus tard elles semblent diminuer d'intensité. L'enfant qui a des coliques crie comme celui qui a de la gastralgie: la coïncidence du cri avec l'expulsion des matières fécales semble indiquer qu'il y a entéralgie. Les jambes sont pelotonnées et retractées sur le ventre. Ces coliques paraissent intermittentes et présentent des exacerbations surtout avant l'émission des selles. La pression sur le ventre les augmente. Parfois l'infection diges-

tive est localisée à l'estomac, ce qui est rare et se manifeste par une douleur à l'épigastre.

*Thermométrie locale.*—Ce mode d'investigation peut rendre quelques services dans l'étude des diarrhées. D'après Moncorvo, alors qu'il n'y a ni réaction générale ni fièvre, on peut déceler la présence d'un certain degré d'entérite par la température locale. Ainsi, normalement la température de la paroi abdominale, est de 35° à 35,5. En cas de diarrhée cette température monte à 36° ou 36,5° d'un degré en moyenne.

*Urine.*—A l'état normal, le nourrisson urine plus que l'adulte par rapport à son poids (80 à 100 gram. jusqu'au 100 jour, puis 300 gram. jusqu'au 4ème mois ; puis 500 gram.) Dans les formes légères, la quantité n'augmente pas ; au contraire elle baisse à 50 gram., 30 gram. ; si le cas est grave. Claire et jaune à l'état normal et dans les formes légères, l'urine devient brune, foncée, trouble et sale dans les cas graves. L'acidité augmente dans la maladie ; de même la densité qui, de 1002 à 1005 monte à 1015 et 1020.

#### *Formes de la gastro-entérite aigue.*

1° *Forme légère, banale.*—Toute la symptomatologie se réduit aux vomissements et à la diarrhée que nous venons d'étudier. Toutes les variantes précédemment décrites peuvent être observées, (vomissements légers ou tenaces, indolores ou douloureux, diarrhée légère ou intense, jaune ou panachée, avec ou sans poussées biliaires). Tout est variable et comme aspect et comme intensité. La caractéristique de cette affection au petit pied est l'absence de réaction de ces troubles digestifs sur l'état général. Elle est toute localisée à l'appareil digestif. L'enfant est simplement un peu souffrant. La température est normale, ainsi que le poids, parfois cependant on peut observer des accès de fièvre très légers et de courte durée (à 38°). Tous les termes de passage entre cette *injection minima* et.....

les infections sérieuses, que nous allons étudier, peuvent être observés.

Dans ces formes légères, le seul retentissement sur l'état général, est marqué par le poids de l'enfant. L'enfant n'augmente pas de poids et maigrit. À ce sujet, il est bon de dire que parfois il n'y a aucune relation entre l'intensité de la diarrhée et la prise de l'état général. Ainsi on peut observer des diarrhées à type cholérique ne retentir en aucune façon sur l'organisme, sauf par l'amaigrissement qu'elles produisent. Il n'y a ni fièvre ni algidité. Il semble que dans certains cas la virulence des microbes est toute particulière et ne provoque que de la diarrhée intense. Peut-être, il y a lieu de penser, dans ces faits, à une toxine purement active sur la sécrétion de l'intestin, poison qui n'est pas absorbé par la muqueuse. Le pronostic de la forme banale n'est pas grave.

*Forme stomacale.*— Le foyer d'intoxication peut rester localisé à l'estomac. Il n'existe pas de diarrhée, et même il n'y a pas d'émission de selles. Les seuls signes sont les suivants : vomissements brusques et intenses, accompagnés d'une certaine voussure à l'épigastre. La langue est saburrale, l'enfant a de l'anorexie et rapidement du collapsus. C'est l'indigestion aiguë étudiée par Siebert, Heubner. Dans des cas plus légers, l'état général n'est pas atteint ; l'enfant vomit, paraît souffrir du creux épigastrique, qui est un peu tendu et ballonné. Tout se calme avec le repos de l'estomac et la diète hydrique. Cependant, parfois celle-ci ne donne aucun résultat. En ce cas, les vomissements cessent seulement avec un lavement purgatif. Ce sont des vomissements d'intoxication stercorale qui ne tiennent à aucune altération de l'estomac.

*Forme pyrélique.*— Ce qui caractérise cette forme est  
1° La fétidité des selles ; 2° Le tympanisme très marqué ;  
3° L'état infectieux d'allure typhoïde. La peau est chaude et

sèche, la face pâle les yeux excavés, les pupilles dilatées. La soif est vive ; la langue saburrale au milieu et rouge sur les bords, se dessèche bientôt. L'enfant est somnolent, assoupi et abattu, la fièvre oscille entre 38 degrés et 41 et dans le rectum et dans l'aisselle. Le pouls est à 90, 108 et 144. La baisse de poids est notable. Parfois la rate et le foie sont légèrement augmentés de volume.

La maladie dure 4, 5, 6 jours. Les signes d'infection augmentent peu à peu, et, l'enfant meurt avec des températures de 40 degrés, 41 degrés parfois. Il meurt à la manière d'un typhique et non d'un cholérique. Cependant la terminaison n'est pas toujours fatale ; l'enfant peut guérir et guérit souvent. Les signes s'amendent et les fonctions normales se rétablissent. Parfois le passage de la maladie à la santé se fait tout d'un coup par une crise diarrhéique, souvent verte biliaire. C'est la maladie du sevrage.

*Formes à reprises.*— Tous ces signes peuvent s'amender, la fièvre tombe ; on croit à la guérison, quand après deux ou trois jours d'apyrexie, les phénomènes morbides apparaissent de nouveau. Renaud, dans une thèse célèbre, a bien étudié ces infections à reprises.

*Forme de passage, au type algide.*— Il n'est pas rare d'observer le passage de cette forme pyrétique d'infection à la forme algide. Après quelques jours de durée, l'aspect clinique change, l'enfant se refroidit et prend le type algide que nous allons étudier.

*Forme algide.*— Dans cette forme d'infection, ce qui est caractéristique, est l'abondance et la fluidité des pertes aqueuses intestinales. Au début, la langue est saburrale, puis à mesure que les troubles digestifs augmentent, sa surface se dessèche, devient rugueuse et râpeuse. La succion est difficile et la soif très marquée. L'abdomen d'abord un peu météorisé, devient

rapidement mou, affaissé, flasque et se laisse pincer comme du linge, suivant l'expression de Rilliet & Barthez. L'absence de tympanisme a la même valeur pour le diagnostic de cette forme d'infection que sa présence pour la forme pyrétique. L'enfant prend la position en chien de fusil. Il frotte les talons sur les langes et les malléoles les unes sur les autres, si bien que ces frottements répétés peuvent engendrer des ulcérations. Peu ou point de coliques. Le ventre paraît plutôt insensible. L'état général est d'abord peu atteint; l'enfant présente plutôt de l'agitation. L'enfant crie, remue ses bras, a des mouvements de latéralités du cou avec frottements de l'occiput sur l'oreiller. Le cri normal au début, perd de plus en plus de son timbre, et la voix devient enrouée avec l'apparition de l'algidité; quelques fois on observe de légères convulsions. La diarrhée et les vomissements provoquent rapidement, par suite de leur intensité l'apparition d'un état spécial de l'organisme, l'algidité qui aboutit plus ou moins vite à la terminaison fatale. Le caractère essentiel de l'algidité cholérique est l'hypothermie périphérique, et l'élévation ou l'état normal de la température centrale. On note aussi l'abaissement thermique de la respiration, en plaçant la main devant la bouche de l'enfant. L'enfant fait aussi du collapse et de la dyspnée. La durée totale de cette forme est courte, de quelques heures à 4 ou 5 jours. La mort survient en général entre deux ou trois jours. Le refroidissement augmente de plus en plus; la température baisse et dans le rectum et dans l'aisselle. La dyspnée diminue et s'éteint progressivement, le pouls devient de plus en plus imperceptible, de rapide qu'il était au commencement, 90 à 120. Dans les cas heureux où la guérison survient, l'enfant présente une réaction légère. La chaleur revient progressivement, le pouls s'élève, le regard devient vif et mobile. Les troubles digestifs cessent, et les urines qui étaient devenues rares ou qui étaient

complètement disparues, réapparaissent, et l'enfant revient rapidement à la santé. A cette période de réaction, la diarrhée peut changer de nature et devenir verte ; c'est une crise biliaire qui juge la maladie. L'infection algide est sérieuse, car les  $\frac{3}{4}$  des enfants (Rilliet & Barthez) ou la  $\frac{1}{2}$  (Wiherdofer) sont voués à la mort. Elle est la maladie de l'enfant non sevré et au lait.

*Entero-colite aiguë.*—(Wiherdofer). On l'observe surtout au sevrage chez les enfants qui ont une mauvaise alimentation. La maladie vient par crises, à répétition, chez les enfants qui ont ou un mauvais intestin héréditaire avec constipation, ou une gastro-entérite chronique. En ce cas, il y a toujours un état de paresse de l'intestin, qui précède l'accès d'entéro-colique. On peut observer plusieurs crises chaque année. Le terme entéro-colite indique que le processus infectueux à son maximum d'élection sur le gros intestin. Dans la gastro-entérite ordinaire on remarque déjà sur les langues une certaine quantité de mucus. L'entéro-colite présente au contraire une très grande quantité de mucus qui forme l'élément prédominant et primordial. De là les noms d'entérite glaireuse, d'entérite muqueuse. En examinant attentivement ce mucus, on peut remarquer parfois des traînées grisâtres de pus. De temps à autre, des filets rouges de sang. On remarquera de plus la faible quantité des déperditions aqueuses : la diarrhée est légère. Les signes généraux sont variables. L'abdomen est creux, dur, contracté, en défense douloureux à la pression, surtout sur le trajet du côlon descendant, qui roule sous le doigt, comme un tube de caoutchouc. Il y a du tenesme et l'enfant crie avant l'émission des selles. L'enfant vomit tout ce qu'il prend ; la langue est blanchâtre, saburrale, l'haleine fétide, la soif vive, l'anorexie absolue. L'enfant revêt bientôt le masque d'un typhique ; les lèvres deviennent fuligineuses, la langue se dessèche et devient rouge.

La fièvre est intense dès le début : 400 et le pouls 120 à

130, irrégulier parfois. Bientôt les phénomènes fébriles se calment. Les urines sont rares, foncées, brunes, souvent albumineuses. Cet état infectieux dure deux à trois jours, puis tout se calme. Le sang disparaît, et le mucus diminue progressivement la guérison est fréquente.

*Entéro-colite sèche (choléra sec d'Hutinel).*— Dans cette forme les signes intestinaux sont au minimum, parfois même la constipation existe. L'état général est très affecté. L'enfant est froid algide. La température est sous normale, le pouls est dépressible et fréquent. Les selles sont fétides et rares, elles sont englobées dans du mucus abondant. Il suffit d'un lavage pour évacuer le contenu de l'intestin et que tout rentre dans l'ordre.

Telles sont les principales formes de la gastro-entérite aiguë.

*Symptomatologie des gastro-entérites chroniques.*

Tandis que la maladie aiguë présente une symptomatologie unique, car l'estomac et l'intestin participent au processus infectieux, la gastro-entérite chronique revêt plusieurs aspects cliniques, qui tiennent à la localisation à l'estomac ou à l'intestin. De là des états gastriques et des états intestinaux, qui pouvant marcher de pair, sont souvent isolés.

*Dyspepsie.*—Les états dyspeptiques ont été jusqu'à ce jour, peu étudiés. Weill et Pehn ont décrit une dyspepsie caractérisée par la lenteur de l'évolution de la digestion. En général, la digestion chez le nourrisson, dure environ une heure et demie. Dans les faits de Weill et Pehn, la durée fut de deux à trois heures, malgré l'absence de dilatation de l'estomac.

Cette dyspepsie est bénigne. En voici les symptômes : Le nourrisson a des vomissements réguliers, faciles et sans odeur de fermentation, survenant un quart d'heure ou une demi-heure après l'ingestion de tout lait. Ils sont périodiques et ne pré-

sentent pas de trace de sang. L'appétit est normal ou exagéré. Les fonctions digestives sont régulières ; il n'y a ni diarrhée, ni constipation, ni gros ventre. On note de l'amaigrissement et une diminution progressive de poids.

Cet état passager dyspeptique est bénin ; il guérit par le lavage d'estomac.

*Gastro-entérite chronique ou maladie du gros ventre.*—La gastro-entérite chronique peut succéder à la maladie aiguë, par suite de l'intoxication profonde subie par l'organisme, les fonctions des divers appareils, surtout de l'appareil digestif, se rétablissant avec une certaine difficulté et une grande lenteur. La maladie peut au contraire s'établir d'emblée, lentement, insidieusement, par petites poussées successives.

La prise de l'estomac se caractérise par les vomissements et la dilatation de l'organe ; l'altération de l'intestin par l'irrégularité de ses fonctions, et par son développement anormal, (le gros ventre).

Peu à peu l'état général s'altère ; l'organisme devient la proie des infections secondaires, si bien qu'il est difficile de faire la part de ce qui appartient à l'infection digestive et à ces infections secondaires.

Notons de plus, que la chronicité est entre-coupée d'accès aigus, pendant lesquels, le tube digestif subit une poussée d'intoxication.

*Etat de l'estomac.*—Le vomissement ne doit pas être confondu avec la régurgitation. Celle-ci est due au rejet immédiat du lait trop abondant que l'estomac trop petit ne peut contenir ; le lait est liquide non coagulé, non digéré. Le vomissement au contraire survient quelques minutes, un quart d'heure ou une heure après l'absorption du lait. Le lait rejeté dans ces conditions se présente sous forme de grumeaux caillés nageant dans un liquide blanchâtre ou petit lait. Il existe des éructations un

odeur fade ou aigrette de l'haleine. L'appétit est irrégulier ; d'abord vorace, puis tôt ou tard, l'innapétence survient. L'enfant souffre et crie, l'estomac se ballonne, et à la longue peut se dilater.

*Etat de l'intestin.*— L'enfant a des coliques. Les selles ont des caractères variables ; accès de constipation alternant avec des accès de diarrhée. Celle-ci tend de plus en plus à s'établir d'une façon permanente. La diarrhée est de réaction acide. Marfan & Renault en cite à réaction neutre ou alcaline ; elle contient des grumeaux de lait non digérés, présente un aspect panaché (vert, jaune, blanc). De temps en temps poussée biliaire verte. Souvent fétides, les selles peuvent présenter du mucus ; elles sont souvent blanches et verdissent à l'air. La diminution de l'ingestion du lait est suivie du retour de la coloration normale.

*Etat général.*— L'enfant présente des accès de fièvre légers à 35°5 à 38° qui durent quelques jours. Il a continuellement soif et a de la boulimie ; la langue est chargée, souvent couverte d'aphtes, l'haleine est fétide ; on note de l'insomnie, des rêves et des cauchemars.

Les urines sont moins abondantes qu'à l'état normal. L'enfant maigrit de plus en plus, et perd chaque jour de 20, 40 à 100 grammes. S'il a moins de trois mois, il prend le type de l'athrepsie ; dans un âge plus avancé, il maigrit, se cachectise, la dentition est retardée et irrégulière la taille cesse de croître, les sueurs sont fréquentes, accompagnées d'éruptions.

Peu à peu on voit apparaître les signes du rachitisme. Parfois l'amaigrissement est masqué par une légère bouffissure (cachexie grasse de Marfan). Tous ces enfants sont anémiques d'après Comby ; le visage est pâle, jaune et parfois terreux ; la peau est décolorée, sèche, flétrie. Les muqueuses sont décolorées, les yeux excavés, la mine souffrante et triste. D'après

Rougier, on peut quelquefois trouver le bruit de diable dans les vaisseaux du cou. Le foie et la rate sont normaux. Cependant Czerny, Comby ont relaté des cas de gastro-entérites chroniques avec splénomégalie.

*Marche de la gastro-entérite chronique.*—L'infection lente des voies digestives, ne suit pas une marche uniforme; elle présente des périodes d'acuité où les phénomènes infectueux augmentent, que ceux-ci relèvent de l'infection digestive ou d'infections secondaires qui sont si fréquentes. La mort survient le plus souvent, dans le cours d'une complication. Le pronostic est presque toujours fatal avant trois mois, surtout si l'enfant présente le type accompli de l'athrepsie. Après cet âge, le pronostic est moins grave, l'enfant peut guérir, s'il est soumis à une hygiène rigoureuse.

#### TRAITEMENT

Toute gastro-entérite aigue doit être traitée par la diète hydrique, méthode de Luton. Même s'il est sain, l'enfant ne doit prendre que de l'eau, 24 heures, 48 heures et trois jours même, suivant l'amélioration obtenue. La diète hydrique, dit Luton, "répond à l'instinct même du malade," car dit Hénoch, "la soif est tellement vive, que les enfants épuisés entrouvrent avidement leurs lèvres desséchées en voyant briller la cuiller."

La diète hydrique donne du répit à l'organisme, diminue l'infection, favorise le repos des voies digestives, et contrebalance les déperditions aqueuses, qui, d'après Baginsky, peuvent aller jusqu'à 1500 grammes en un jour. Elle augmente la diurèse en élevant la pression sanguine et relève la force du poulx. Donner de l'eau à la température de la chambre, car trop fraîche elle provoque des coliques et des douleurs. La donner par gorgées toutes les demi-heures, tous les quarts d'heures, suivant la soif de l'enfant.

Après 24 heures, 48 heures ou trois jours, la diète hydrique a procuré tout le bénéfice que l'on peut attendre d'elle. On reprend alors soit le sein, soit l'allaitement artificiel, non pas brusquement, mais de la façon suivante : trois tétées d'eau, deux tétées de lait, puis on augmente ces dernières au détriment des premières : La tétée de lait sera faible ; le lait non coupé. Si la diète hydrique n'a donné aucun résultat, on la reprendra quelques jours après de la même façon.

Quand doit-on donner des médicaments ? Lesage, médecin de l'hôpital des enfants malades (Hérolt) dit : Après 24 heures et même 48 heures, quand la diète hydrique n'a donné aucun résultat. Les médications sont nombreuses, car aucune d'elles n'est spécifique ; chacune réussit parfois, échoue souvent. Les médications de ce traitement sont nombreuses : 1° La maladie étant une infection des voies digestives, on a cherché à annihiler la puissance des germes contenus dans le tube digestif, en s'adressant aux médicaments dits antiseptiques ; 2° On peut diminuer les pertes aqueuses intestinales, en ayant recours à des médicaments astringents. Depuis quelques années on fait usage des lavages de l'estomac et de l'intestin, qui éliminent mécaniquement et microbes et toxines.

*Médication antiseptique.*—Chez le nourrisson, le meilleur moyen de pratiquer l'antisepsie de l'appareil digestif, est de faire usage des purgatifs. Gilbert, Dominici, Clopatt l'ont démontré.

*Purgatifs.*—Plusieurs purgatifs sont quotidiennement employés, mais le meilleur sans contredit et le plus actif, est le calomel. On peut l'employer de deux façons, ou à doses purgatives, ou à doses filées.

Doses purgatives,

0.05 centigrammes pendant les 3 premiers mois.— $\frac{3}{4}$  grain.

0.10 " de 3 à 12 mois.— $1\frac{1}{2}$  grains

0.15 " après 12 mois.— $2\frac{1}{4}$  grains.

On le donne uni au sucre, en un ou deux paquets, dans du lait ou de l'eau. On se rappellera qu'il est insoluble, et qu'il provoque une diarrhée légère et verdâtre. Il sera bon de prévenir la mère de ce fait.

Doses filées 0.01 gram.  $\frac{3}{4}$  gr. de calomei toutes les 2 heures pendant 12 heures. L'effet n'est pas purgatif. Quelles sont les indications de ces deux méthodes? Si l'enfant a du tympanisme, de la diarrhée peu abondante, fétide, de la fièvre, le mieux est de faire usage des doses purgatives. Si le ventre est mou, si la diarrhée est forte, aqueuse, s'il y a de la tendance à l'algidité, le mieux est d'avoir recours aux doses filées.

Gross (de New-York) dit obtenir de meilleurs résultats en unissant le salol au calomel de la façon suivante :

Calomel.....	0.01 centigrammes	$\frac{3}{30}$ grain
Salol.....	0.15	" $2\frac{1}{4}$ grains
Sucre.....	0.20	" 3 grains

Pour un paquet 5 par jour.

Il arrive parfois que les vomissements intenses empêchent toute administration de purgatif par la voie buccale. On peut dans ce cas employer le lavement purgatif suivant :

Follicules de séné.....	2 grammes
Miel de mercuriale.....	25 à 40 grammes

Ce lavement donne d'excellents résultats dans les infections pyrétiques lorsqu'il y a du tympanisme, des selles fétides et de la fièvre. Son emploi doit être rejeté, si le ventre est mou, si la diarrhée est abondante et aqueuse, s'il y a de la tendance à l'algidité.

*Antiseptiques.*— Les médicaments antiseptiques préconisés sont fort nombreux. C'est ainsi que Jacobi, Caillé, Coucho ont recommandé la résorcine; Martin le thymol; Caillé, Rothe,

Baginsky, Weissner, le benzoate de soude, Cadet de Gassicourt l'iodoforme et le salicylate de bismuth ; Weissner le salol, la naphthaline et l'acide salicylique ; Moncorvo le chlorure de potassium ; Butler, le pyrophosphate de fer et le bi-iodure d'hydrargyre. Malheureusement ils ne donnent que bien peu de résultats, sauf peut-être dans les infections traînantes, chroniques, pure qu'on ne peut les administrer qu'à faibles doses, vu leur toxicité. Le seul mis-en usage maintenant, est le benzo-naphthol, qui, d'après Gilbert et Le Gendre, est le véritable antiseptique intestinal d'une toxicité faible. Le benzo-naphthol est employé de la façon suivante avant un an :

Benzo-naphthol . . . . .	0.50 centigrammes	7½ grs.
Salicylate de bismuth . . . . .	1 gramme.	15 grains

En trois paquets, à prendre à jeun dans les 24 heures. Après un an, on élève la dose à un gramme de benzo-naphthol et à un gramme 50 de salicylate de bismuth.

Chaumier, Fischer, font usage de l'orphol ou naphthalate de bismuth, dans les cas où les vomissements manquent et où la diarrhée existe seule ; 1 à 4 grammes par jour dans du sirop ou du miel (à donner à trois prises avant les tétées). Abelles recommande les lavements antiseptiques à la créoline : 1 à 2 lavements par jour (100 grammes d'eau chaude contenant deux gouttes de créoline pure).

*Astringents.*— Acide lactique. Pendant une demi-journée ou une journée, outre la cessation de tout aliment, on ne donne que l'acide lactique et la diète hydrique. Toutes les demi-heures une cuillerée à soupe après un an, de la solution suivante glacée :

Acide lactique . . . . .	3 à 10 grammes
Sirop simple ou d'orange . . . . .	25 grammes
Eau distillée . . . . .	100 grammes

On peut ajouter un peu de sucre à chaque cuillerée. Il est souvent utile quelques minutes après, de faire boire à l'enfant un peu d'eau. Après 6 prises identiques, c'est-à-dire après trois heures, on espace les doses à chaque heure au lieu de de chaque demi-heure; et cela pendant 8 à 10 jours, après quoi on recommence l'alimentation avec du lait de la mère ou du lait stérilisé. Lesage ne croit pas utile de continuer l'acide lactique lors de la reprise de l'alimentation. Il est à noter que l'action de ce médicament est bien diminuée, si on continue concurremment l'alimentation qui doit être supprimée.

*Phosphate de bismuth.*—Doïffler a recommandé l'action astringente du phosphate soluble de bismuth, voici comment il formule :

Phosphate soluble de bismuth...	2 grammes
Eau distillée .....	90    "
Sirop simple.....	10    "

Une cuillerée à café d'heure en heure. Il est nécessaire de continuer ce médicament 1 à 2 jours après la cessation de la diarrhée. Il est bon d'avertir la mère que les selles deviendront noires.

*Tannigène.*—Ce nouvel astringent est employé depuis peu de temps. Il nous vient de l'Allemagne, où ses bons effets astringents ont été relatés par Meyer, Escherich, Drews, Buch, Strauss, Lwoff, Wenands. Outre son action astringente, ces auteurs lui attribuent une action antiseptique par suite de ses combinaisons insolubles avec les toxines et les alcaloïdes. Le tannigène est une poudre insoluble dans l'eau, (on le mélange avec du sucre, comme pour le calomel) sans odeur, sans goût et bien supportée par les enfants. On donne avant un an, par jour, à jeun, 25 centigrammes de tannigène mélangé avec du sucre. Après un an, la dose de 5 décigrammes,  $\frac{1}{2}$  grain, est

nécessaire. On continuera plusieurs jours après la cessation de la diarrhée, car les récives sont fréquentes. L'emploi du tannigène est réservé aux entérites traînantes chroniques.

*Antipyrine.*— Ce médicament présente, outre une action astringente sur la sécrétion intestinale, des effets sédatifs sur les coliques et les spasmes intestinaux. Son mode d'emploi a été indiqué par Clemente Ferreira et Saint-Philippe, et réservé aux cas de diarrhées simples, non infectueuses, accompagnés de cris, de douleurs de dentition. On doit éviter de l'employer dans les entérites infectueuses (pyrétiqes et algides). On donne avant chaque tétée une cuillerée à café de la solution suivante :

Antipyrine.....	5 décigrammes
Sirop simple.....	50 grammes
Eau distillée de tilleul....	50 grammes

Après un an, on élève la dose à 1 gramme. Tels sont les astringents qui donnent les meilleurs résultats.

*Opiacés.*— On sait que l'opium et ses dérivés ont une heureuse action sur la diarrhée. Tous les pédiatres sont d'accord que chez le nourrisson, leur emploi doit être rejeté. A cet âge l'enfant est d'une grande susceptibilité vis-à-vis de ce médicament. La dose que l'on peut employer est tellement faible qu'il vaut mieux abandonner complètement ce médicament dangereux. Cependant, à partir du 13<sup>ème</sup> ou du 14<sup>ème</sup> mois, on peut faire usage de l'élixir de parégorique de la façon suivante : 5 à 15 gouttes dans 75 grammes d'eau sucrée (Simon) une cuillerée à café toutes les heures. Cesser dès le sommeil et la disparition de la diarrhée. Cependant, il n'y a pas très longtemps, le Dr Borde de Bordeaux a réagi contre cet ostracisme, et obtient de bons effets avec l'opium. Il donne 6 gouttes de laudanum de Sydenham dans 30 grammes, 15 gouttes dans 60 grammes, 30 gouttes dans 100 grammes de véhicule, suivant l'âge.

Dans les cas aigus à vomissements, Zangger recommande la créosote.

Créosote pure.....gouttes  $\frac{111}{111}$

Alcool.....1 gramme

Eau distillée.....100 grammes

Une cuillerée à café quatre fois par jour dans du café.

*Lavages d'estomac.*— Voici ce que Lesage en dit : Dans la gastro-entérite aigue, il ne donne que peu ou pas de résultats. Il fatigue les enfants et ne sert pas à grand chose. Heubner vient, avec raison, de s'élever contre les abus de cette méthode, et limite son action au cas d'indigestion aigue.

*Lavages d'intestin.*— Lesage, encore ici, dit : un lavage peut donner et donne des résultats, mais je ne saurais trop m'élever contre les abus, car on voit en effet souvent ordonner un et même deux lavages par jour pendant plusieurs jours.

*Du liquide à employer pour pratiquer le lavage de l'estomac ou de l'intestin.* — Pour l'estomac, la quantité sera de 100 à 150 grammes ; pour l'intestin de 1 à 2 litres. On fera usage d'eau bouillie ou d'eau salée à 7 pour 1000, Blech y ajoute une cuillerée à soupe d'eau oxygénée. Ce qui est important, c'est la température de l'eau de lavage, qui sera froide, s'il y a de la fièvre ; chaude à 38°, 40° et même 45° s'il y a de l'hypothermie. Ainsi que l'a montré Lorain, le lavage froid abaisse la température autant qu'un bain froid. Chaud au contraire, dans les cas algides, il peut la relever d'un demi degré.

*Compresses mouillées.*— Sans fatiguer l'enfant, on obtient de bons résultats, en appliquant d'une façon permanente sur le ventre un linge mouillé avec de l'eau à la température de la chambre, recouvert d'une lame de taffetas gommé. Cette compresse laissée en permanence (jour et nuit) calme les coliques et les mouvements de l'intestin.

*Traitement des phénomènes généraux.*—On peut modifier l'état général, de diverses façons. 1° Par les médicaments; 2° Par la balnéation; 3° Par les injections de sérum artificiel.

*Médicaments.*—L'éther, soit en inhalations, soit en piqûres, peut être mis en usage, pour lutter contre l'infection et le collapsus cardiaque, mais chez le nourrisson, l'éther peut provoquer de petits points de phacèle à l'endroit de la piqûre. A ce point de vue la caféine lui est bien supérieure. On injectera 2 gouttes avant un an et 4 gouttes après un an de la solution suivante :

Caféine.....	2 grammes
Benzoate de soude.....	2 "
Eau distillée.....	10 "

On pourra pratiquer par jour, 2 ou 3 injections.

L'alcool à la dose de 10 à 20 grammes par jour, sera des plus utiles dans les infections digestives sérieuses. On l'ajoutera à l'eau de boisson. On frictionnera l'enfant avec de la flanelle soit sèche, soit imbibée d'alcool. Le café noir ou le café vert chaud, peuvent également à la même dose, donner de très bons résultats. Les injections d'huile simple sont recommandés par Corradi et DuMesnil de Rochemont; Combe et Nartiel y ajoutent de la lécithine. On fait une piqûre de 1 c. c. tous les deux jours, dans les cas chroniques.

Lesage trouve que l'huile camphrée est un médicament excellent et dans les cas aigus et dans les cas chroniques, mais il ne faut pas prolonger son action (1 c. c. tous les deux jours, pendant une huitaine) sinon, malgré toute antisepsie, on peut voir survenir des abcès.

*Balnéation.*—Les bains seront froids ou chauds, suivant l'état de fièvre ou d'algidité.

*Bains froids.*— Pour lutter contre la fièvre, si celle-ci dépasse 38° 5, on plongera toutes les 3 heures l'enfant dans un

bain à 27° pendant 15 minutes. Si la température est à 40° ou 41°, le bain sera à 25° à 22°. Si l'enfant a du délire ou des convulsions, on peut pratiquer dans ce bain, des affusions froides sur la tête. On cesse les bains dès que la température du soir est au-dessous de 38° 5. Le résultat de l'application de ces bains froids, est de faire baisser pendant quelques heures la température de 1° à 2°. S'il n'y a aucune modification thermométrique après le bain, le pronostic est sérieux.

*Bains chauds.*—Si l'enfant présente des signes d'algidité et d'hypothermie, le bain chaud est tout indiqué. On plongera l'enfant pendant 5 minutes, dans un bain à 38°. Il est bon, dans la dernière minute du bain, d'ajouter de la moutarde et de transformer le bain simple en bain sinapisé. Au sortir du bain, on lavera l'enfant et on lui fera une friction.

A propos de bains sinapisés, J. Simon, dit qu'il faut éviter de faire des excès et de produire une excitation trop énergique. Cette dernière serait suivie d'une dépression qui serait préjudiciable à l'enfant. Si ce dernier ne présente aucun signe de réaction (retour de la chaleur à la peau, rougeur des téguments, sueur), le pronostic est grave. Outre leur action sur la température et l'état général, les bains provoquent fréquemment une émission d'urine.

*Injection de serum artificiel.* — Les injections hypodermiques de sérum artificiel donnent des résultats bien différents, suivant la quantité de liquide injecté. A ce jour, les injections à doses massives semblent être le meilleur traitement des diarrhées intenses, laissant loin derrière elles, comme efficacité, les médications intestinales. Dès qu'un enfant est atteint d'une diarrhée abondante, aqueuse, avec de la tendance au refroidissement, il ne faut pas attendre l'apparition du collapsus algide, mais il faut pratiquer de suite, une injection de sérum, en même temps qu'il faut supprimer toute alimentation. Les médica-

ments intestinaux ne viennent qu'après. Lesage croit qu'il est de la plus haute importance de ne pas attendre l'apparition de l'algidité. Le collapsus algide établi, les résultats seront encore bons, mais il faudra renouveler ces injections, alors que dans la première éventualité une seule injection suffit. En un mot, la temporisation ne peut être admise, selon la majorité des pédiatres.

On peut employer deux solutions :

- 1° : — Chlorure de sodium . . . . . 7 grammes  
 Eau distillée stérilisée . . . . . 1 litre.  
 Ou 2° : — Le sérum artificiel du professeur Hayem  
 Eau distillée stérilisée . . . . . 1 litre  
 Sulfate de soude . . . . . 10 grammes  
 Chlorure de sodium . . . . . 5 . . . . . “

Les injections se font dans le tissu sous-cutané, à la peau du ventre ou à la fesse, suivant la pratique antiseptique des injections sous-cutanées. On peut injecter plus profondément, dans les masses musculaires. On massera ensuite la région pendant quelques minutes pour aider à la résorption du liquide. On pratique 3 à 6 injections par jour de 30 c. c. chacune.

Le but de ces injections sous-cutanées de sérum artificiel, est de faire pénétrer dans la circulation une grande quantité de sérum pour parer aux inconvénients des déperditions intestinales. De plus, il est bon de noter que la circulation reprend de l'activité, que l'effet stimulant est évident. L'indication de ces injections sous-cutanées à doses massive est rationnelle dans l'infection à type algide avec déperditions aqueuses et abondantes.

*Des injections à petites doses.*— A côté de ces cas où la quantité de sérum artificiel doit être enlevée, il en est d'autres où les injections sont faites à petites doses (5 c. c.). Le but visé est alors tout différent. Ces doses faibles, mais répétées,

fait sur lequel a insisté Chéron, ont pour résultat de relever la tension sanguine, de stimuler l'organismē. Outre cette action stimulante, Chéron & Debove ont observé une élévation thermique passagère.

L'indication de ces injections à doses faibles, stimulantes, est : l'amaigrissement, la cachexie, l'atrophie du nourrisson avec diarrhée traînante chronique. Dans ces cas où on veut relever l'énergie de l'organisme, la densité du liquide a plus d'importance que sa quantité.

Thiercelin a obtenu de bons résultats en faisant usage de ces injections. On pratique une ou deux fois par jour des injections sous-cutanées de 5 grammes de la solution salée ou du sérum de Hayem, ou encore, (et cette solution est spéciale pour ces injections faibles) la solution de Chéron :

Acide phénique . . . . .	1 gramme
Chlorure de sodium . . . . .	"
Phosphate de soude . . . . .	"
Eau distillée et stérilisée . . . . .	100 grammes

Les effets physiologiques produits par ces injections devront être surveillés de près, car après avoir obtenu une excitation de bonne nature, on pourrait en continuant, dépasser le but et produire chez l'enfant, un énervement que la suppression des injections sous cutanées fera cesser.

Autre remarque.—Ces injections à faibles doses sont indiquées chez tout enfant cachectique, pourvu que les viscères soient sains et que les ganglions lymphatiques soient normaux. Toute lésion, quelque minime qu'elle soit, pulmonaire ou lymphatique est une contre-indication à ces injections de sérum.

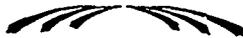
*Traitement de la gastro-entérite chronique.*—Donner du lait à petites quantités et à heures fixes. Un enfant de 8 mois prendre la quantité de lait que doit prendre un enfant de 4 mois. Il sera mis au régime de son poids et non de son âge. Tous les

5 ou 6 jours, un jour de diète hydrique. Le mieux est de mettre l'enfant au sein, et si ceci est impossible, au lait stérilisé. Cependant d'après Monrad, bon nombre d'enfants se trouvent mieux du lait cru. Telles sont les médications thérapeutiques les plus récentes et les plus accréditées, je crois, des gastro-entérites.

Merci, Messieurs, de votre bienveillante attention. Puisse ces pages vous être de quelque utilité, et je serai doublement satisfait, car en les écrivant je me suis instruit, et ce n'est peut-être pas le moindre des avantages du travail.

(Signé) B. A. GASTONGUAY, M. D.

Arthabaska, 13 mai 1905.



### LA LACTO-GLOBULINE COMME ALIMENT.

Dans toutes les maladies aiguës et les états de déchéance, le besoin le plus urgent de l'économie, est une nourriture facile à digérer, facile à préparer et qui fournit aux systèmes musculaire et nerveux un apport abondant de substance alimentaire. La Lacto-Globuline remplit ces indications d'une manière très satisfaisante.

Au cours des fièvres continues, un des plus grand danger, est l'usure des muscles, et la perte du pouvoir contractile du cœur. Il a été démontré par l'expérimentation la plus précise, que les pertes subites par les tissus musculaires ne peuvent être empêchées que par l'usage approprié de protéides La Lacto-Globuline est un aliment pratique, facile à préparer, facilement digéré et très nutritif.

## DU BROMYDRATE DE SCOPOLAMINE COMME ANESTHESIQUE GENERAL

---

(ALBERT LAURENDRAU, M. D., St. Gabriel de Brandon)

(Suite)

Pour ne pas se répéter, je choisirai au hasard de mes observations, celles qui pourraient présenter quelqn'intérêt particulier. Je me sers maintenant de la scopolamine comme anesthésique dans presque toutes mes opérations, sauf, pour mes laparotomies ; et comme je constate qu'une seule injection de 1/50 de gr. avec  $\frac{1}{4}$  de gr. de morphine amène un sommeil suffisant pour éviter au malade toute anxiété pré-opératoire, produit une anesthésie telle que la plupart du temps il suffit d'une quantité de chloroforme moitié moindre pour mener à bonne fin toute opération quelle qu'elle soit, prévient habituellement les vomissements et les douleurs post-opératoire, et cela sans causer les raideurs, les contractures musculaires que j'ai constatées à la suite de trois injections consécutives, je me propose à l'avenir de donner une injection unique, une heure et demie avant chaque laparotomie.

Du reste, dans le cours ordinaire de ma pratique je ne donne pas toujours trois injections consécutives, comme certains auteurs le recommandent, et comme je faisais moi-même au début. Voici d'habitude comment je procède maintenant : je donne d'abord une première injection au cinquantième et au quart de grain de morphine (sulfate ou chlorhydrate). Il n'est pas absolument nécessaire que le patient soit à jeun, toutefois, je préfère que l'estomac soit vide.

Si, une demi heure plus tard, l'insensibilité me paraît suffi-

santé à mon gré, je m'en tiens là, et j'opère. Sans doute qu'alors, il faudra presque toujours faire usage du chloroforme, s'il s'agit surtout d'une opération quelque peu douloureuse. Mais dans ma pratique courante je donne une injection au cinquième de grain, et au huitième de morphine. Si une heure après la seconde injection l'anesthésie n'est pas suffisante, et si le malade me semble bien réagir, je répète une troisième et dernière injection semblable à la première. Enfin, je me mets à l'œuvre une heure après cette dernière injection.

L'étude des cas qui précèdent, de même que ceux qui vont suivre, développeront mieux ma pensée, et feront mieux comprendre ma technique opératoire.

Une remarque que je ferai ici, c'est qu'à la suite d'une seule injection, lorsqu'il m'a fallu y adjoindre une bonne dose de chloroforme, j'ai eu quelque fois des vomissements, tandis qu'après deux ou trois injections je n'ai jamais rencontré de ces vomissements que nous attribuons sans hésiter au chloroforme, dans le cours de nos opérations, ou dans les premières heures qui suivent l'intervention. Deux facteurs contribuent sans doute à empêcher ces vomissements chez les malades scopolaminés : la moindre quantité de chloroforme administré, et l'action spéciale de la scopolamine sur les centres nerveux.

#### 7ÈME OBSERVATION

*Dislocation de l'épaule* : A ceux qui seraient tentés de croire que c'est faire abus de la scopolamine, que de la donner pour une dislocation de l'épaule, je répondrai que c'est là l'une des plus belles indications à l'emploi de cet anesthésique, pour le médecin pratiquant à la campagne, au moins.

L'historique sommaire de ce qui m'est souvent arrivé dans les dislocations et les fractures que j'ai eu occasion de traiter démontrera cette affirmation. Très souvent après une réduction,

bien faite, un pansement bien appliqué, les malades ressentent encore des douleurs au siège de la lésion, surtout si les tissus sont quelque peu lacérés. Alors vous pouvez compter qu'un voisin, un ami charitable, ne manquera pas de faire remarquer que la *cassure* ou la *démanchure* n'est pas bien *ramanchée*. Naturellement les conseils, les suggestions suivent : "Moi j'enverrais chercher Mirault" ou tel autre rebouteur. Quel coin de la province n'a pas son *ramancheur* ? J'ai toujours été étonné de constater avec quelle ténacité cette catégorie de charlatans a survécu aux progrès de la science. Je vois pourtant dans mon horizon, un joli nombre d'insuccès, patents, attribuables à ces spécialistes prétentieux et ignorants ; cependant le peuple n'en tient pas compte. Dans la foi aux rebouteurs, il y a quelque chose d'analogue à la foi au surnaturel. De plus, j'ai constaté un préjugé très répandu contre les médecins : c'est que nous ne savons pas *ramancher*. Bref, le plus souvent, un rebouteur passe derrière vous, s'il ne vous avait déjà précédé ; touche le membre malade ; suggestionne le patient, après avsir endoctriné l'entourage, et le miracle est fait. Oh ! l'on reconnaît volontiers qu'il n'est pas aussi instruit que le médecin du village, mais c'est un *don*. . . . . qu'il a parfois reçu de son père, si ce n'est de sa tante.

Avec la scopolamine, vous pourrez faire vous-même ce miracle. Je vous conseille de suivre la technique suivante qui m'a donné entière satisfaction dans le cas qui suit, de même qu'au patient et à l'entourage : il faut compter avec l'entourage, demain ils seront nos patients.

Le 3 juin, je suis appelé en toute hâte pour un nommé P. . . , mécanicien qui s'était luxé une épaule, dans l'exercice de son métier, en maniant une scie circulaire mobile. Je trouve mon estropié en grosse compagnie ; et si ma présence a momentanément fait taire les langues conseillères, j'ai tôt compris que

mon ascendant serait bien éphémère. Le naturel revenant au galop, j'entends d'abord des murmures, puis ces observations polies, mitigées, puis enfin le malade, la famille me déclare tout net, qu'ils avaient l'intention d'envoyer chercher Mirault, rebouteur de renom. En de telles circonstances, j'ai déjà constaté, par une expérience cuisante, qu'il était inutile, voire même, dangereux de s'emporter. Aussi de ma voix la plus douceureuse, je proposai à la famille de me laisser faire; qu'en tout cas, il serait toujours temps d'envoyer chercher un *ramancheur*, si je ne réussissait pas à réduire correctement la luxation de M. P.. Eh bien! cela ne fut pas suffisant. J'eus beau plaider, argumenter, pour faire entrer la conviction dans ces cerveaux préjugés, rien n'y fit.

Comme j'allais quitter le malade un peu rageur dans mon fors intérieur, ce dernier m'interpelle et me dit: "Docteur, je souffre comme un damné, si j'avais besoin de vous pour me donner du chloroforme pendant que Mirault travaillera pour me mettre mon épaule, voudriez-vous m'endormir?" Enfin je tenais mon argument. Je lui fis comprendre que ni moi, ni aucun autre médecin, de par notre code d'étiquette médical, ne pourraient prêter notre concours à un rebouteur. "Alors c'est bien, endormez-moi, faites votre ouvrage; il sera temps ensuite d'en faire venir un autre s'il le faut." Je saisis l'occasion par les cheveux, et je donne sans délai une injection de 1750 de grain de scopolamine et  $\frac{1}{4}$  de grain de morphine. M. P. s'endort, pendant que je prépare les pièces de mon pansement, et que je fais venir mon confrère le Dr H. Archambault. Une heure après cette injection, je fais donner un peu de chloroforme par le Dr Archambault et je réduis facilement la luxation. Et c'est maintenant que l'on va bénéficier des qualités étonnantes de la scopolamine.

J'avais donné une seule injection hypodermique vers onze

heures A. M., et le malade n'a repris entièrement connaissance pour rendre compte de ses impressions, que vers six heures P. M. ; et comme l'anesthésie persiste longtemps encore après le réveil du cerveau, le malade assure sa famille qu'il est parfaitement bien. Cette demie anesthésie dure encore au moins une douzaine d'heures, c'est-à-dire le temps nécessaire à faire passer ces douleurs spontanées, fréquentes durant les premiers moments qui suivent toute réduction de fracture ou de luxation. Et voilà comment j'estime que la scopolamine a fait perdre un cas au rebouteur de mon district.

#### SÈME OBSERVATION

*Tanaris* : Au 18 juin, Dellé G. . jeune fille de 17 ans me fait mander pour un panaris à l'index droit. Douleurs profondes et violentes, extrémité du doigt volumineuse, &.. Qui de vous, n'a pas rencontré de ces cas assez graves, pour amener la chute de la phalangette ; et si cette infirmité est tolérable chez une sexagénaire, quelle laideur que ce moignon de doigt en massue chez une jeune et jolie fille. Dans ces cas, il n'y a qu'un seul traitement : Ouvrir largement, jusqu'à l'os ; puis curetter (je me sers de la curette de Buck dont je fais aussi usage pour extraire les petits polypes nasaux) minutieusement le fond de la plaie jusque sous le périoste. Ma jeune malade accepta d'emblée ce traitement, mais, à la condition expresse que je l'endorme avec *mon nouveau remède* dont elle avait entendu faire de grandes louanges par sa sœur. (Sa sœur est le sujet de ma quatrième observation : *Accouchement chez une primipare choréïque.*) Je consentis d'autant plus volontiers que je savais par ce moyen éviter les douleurs post-opératoires, parfois assez sensibles pour nécessiter l'administration de quelques centigrammes de morphine. Bref je donnai deux injections de scopolamine-morphine, et je n'eus pas besoin de chloroforme.

Durant le curettage la malade bougea légèrement mais elle fut tout le temps absolument inconsciente. Le lendemain elle me déclara qu'elle était parfaitement bien, qu'elle avait dormi environ quinze heures, histoire de rattraper le sommeil perdu les deux ou trois nuits précédentes, et n'en finissait plus de se confondre en remerciements.

Je ne puis m'empêcher ici de faire un petit parallèle entre la scopolamine et la cocaïne, et cela avec d'autant plus d'autorité que depuis au moins dix ans je fais usage de la cocaïne en injections hypodermiques dans mes cas de panaris, et autres opérations de chirurgie mineure.

En consultant mes notes et mes souvenirs, je me rappelle qu'une fois j'eus une syncope inquiétante à la suite d'une de ces injections de cocaïne; souvent aussi ces injections sont très douloureuses, soit au début de l'introduction de l'aiguille, ou soit par l'augmentation de pression, causée par l'adjonction de quelques vingt ou vingt-cinq gouttes dans les tissus dermiques ou hypodermiques. Quelquefois, l'injection n'atteint pas parfaitement les parties profondes, car j'ai été obligé assez souvent de discontinuer un curettage de l'os du doigt, tant les douleurs étaient vives. Et enfin peu de temps après l'intervention à la cocaïne les douleurs reviennent au point d'empêcher les malades de dormir. Il faut alors recourir à la morphine. Avec la scopolamine rien de tout cela: l'insensibilité post-opératoire dure assez longtemps, qu'il ne survient plus de ces douleurs spontanées que nous rencontrons après la plupart de nos opérations, surtout dans la chirurgie septique.

(A suivre)



## SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DISTRICT D'ARTHABASKA

---

La réunion de la société médicale du district d'Arthabaska a eu lieu en mai sous la présidence du docteur Sirois.

Presque tous les médecins du district étaient présents, monsieur le docteur Viger de St-Eugène s'est fait excuser n'ayant pu se rendre à l'assemblée.

Le docteur Castonguay a lu un travail sur les "Gastro-entérites des nourrissons," que nous reproduisons en première page.

On a procédé ensuite à l'élection des officiers pour 1906 : ont été élus :—

*Membres honoraires* :— M. le docteur Joseph Betty. Le docteur Betty est le doyen des médecins de la province, il est âgé de 93 ans.

*Président honoraire* :—Dr A. Poulin, de Victoriaville.

*Président actif* :—Dr Sirois, de St-Ferdinand d'Halifax.

*Vice-président* :—Dr Belleau d'Arthabaska et le Dr Latrondreau de Victoriaville.

*Secrétaire-Trésorier* :—Dr J. Z. Trigane de Plessisville.

La prochaine réunion aura lieu en septembre à Arthabaska.

---

## LE SANMETTO DANS L'INCONTINENCE NOCTURNE.

Le SANMETTO m'a rendu des services nombreux dans ma pratique. Je l'ai ordonné très souvent aux enfants souffrant de l'incontinence nocturne.

Les résultats étaient toujours bons et rapides. Le SANMETTO était un adjuvant efficace dans ces cas après la circoncision. Je recommande chaleureusement cette préparation.

St. Louis, Mo.

DR. CAROLINE B. SKINNER.

## SUR QUELQUES INCOMPATIBILITÉS

---

DEVALMONT a signalé (Rév. méd. de Normandie et Rév. intern. de Méd. et de chir., janv. 1905) un certain nombre d'incompatibilités pharmaceutiques que nous mentionnons à notre tour, car elles concernent des substances assez couramment employées.

“ L'arséniate de soude est incompatible avec les sels de strychnine, ainsi qu'avec les sels de quinine et en principe avec les sels d'alcaloïdes. On peut éviter la précipitation de l'alcaloïde en ramenant au préalable le sel de soude à l'état manométallique par une quantité convenable d'acide.

“—Le chlorhydrate de cocaïne ne doit jamais être ajouté à l'eau chloroformée saturée. Le chloroforme, étant beaucoup moins soluble dans l'eau contenant de la cocaïne que dans l'eau distillée, se trouve précipité en gouttelettes extrêmement fines qui gagent le fond du flacon. Cet inconvénient est évité en employant l'eau chloroformée non saturée.

“ Si l'on tient néanmoins à faire usage de l'eau chloroformée saturée, il suffit d'ajouter au mélange, soit 1% d'acide citrique, soit 5% d'alcool ; ces corps augmentent la solubilité du chloroforme.

“—Les médecins et les dentistes associent souvent le chlorate de potasse à l'alun, soit pour les soins de la bouche ou de la gorge. Dans cette solution il se produit du chlore libre, ce qui peut avoir des désagréments.

“—Il faut éviter le mélange, en pommade, de l'iodure de potassium et de l'onguent mercuriel ; il se produit alors des iodures mercurieux et mercurique et l'application de cette pommade détermine un érythème approchant la vésication.

“—Le borate de soude et le bicarbonate de soude en solution dans l'eau ne réagissent pas l'un sur l'autre ; mais en présence de la glycérine, le borax réagit sur le bicarbonate et il se produit un dégagement d'acide carbonique. Il en est de même avec l'érythrite, la mannite, la dextrose, la lévulose, les galactoses. Le biborate de soude se trouve transformé en monoborate et en acide borique qui entre en combinaison avec ces alcools polyatomiques pour donner naissance à des composés fortement acides qui décomposent les bicarbonates en produisant un dégagement d'acide carbonique.

“—Le borate de soude, en présence du chloral, agit comme des alcalins ; il dédouble le chloral en chloroforme et formiate. Cette réaction est très vive à chaud ; à froid, elle est plus lente et l'odeur du chloroforme ne devient parfaitement distincte qu'après cinq ou six heures de contact.

“L'addition de glycérine empêche ce dédoublement et permet l'usage de cette préparation.

“—Quand on associe, dans une solution, le borate de soude et le chlorhydrate de cocaïne, on constate qu'il se forme un précipité grumeleux rendant impossible, même par une forte agitation, l'égale répartition de la matière active dans le liquide

“Si cette solution est destinée à faire des pulvérisations, le précipité peut obstruer le pulvérisateur et rendre l'opération impossible. On peut obtenir une solution limitée en ajoutant, peu à peu et en agitant, une suffisante quantité de glycérine dans la solution au sein de laquelle le précipité s'est formé.

“—La gomme arabique, dont l'usage est si répandu en thérapeutique (mucilages, julep gommeux), est considérée comme pouvant être mélangée à toute espèce de médicament. Or, M. Bourquelot a montré dernièrement qu'en raison de ses propriétés oxydantes, la gomme peut être la cause d'altération profondes des composés qui l'accompagnent. Il a montré que

la gomme arabique était toujours accompagnée d'un ferment oxydant la gummoxydase. C'est ce ferment qui est cause des oxydations produites par la gomme.

" Il y a aussi incompatibilité de la gomme avec : l'extrait de fève de Calabar (ésérine), toutes les préparations opiacées liquides (laudanum, élixir parégorique), gouttes noires anglaises (à cause de la morphine), l'adrénaline, la teinture et les préparations liquides d'aloès, la teinture de gaïac, les préparations liquides aromatisées à la vanilline.

" On voit que les produits susceptibles d'être altérés par la gomme sont nombreux. Dans quelques cas, le principe actif n'étant pas altéré, l'inconvénient n'est pas grave ; cependant il y a souvent changement de coloration et le fait peut être à considérer étant donnée la susceptibilité des malades. Dans d'autres cas, l'incompatibilité est absolue, car le principe actif lui-même est altéré. C'est pour cela qu'on ne devra jamais associer la gomme aux préparations opiacées liquides, ni aux produits antiseptiques à base de composés phénoliques.

La propriété oxydante de la gomme étant détruite à  $-80^{\circ}$ , l'inconvénient qui vient d'être signalé peut être évité facilement si on a soin de n'employer dans la préparation du médicament qu'une solution dans laquelle la gomme a été soumise à l'ébullition.

"—Il faut éviter de préparer le sirop de Gibert avec le sirop de quinquina, ainsi que cela a été préconisé récemment ; car il perd ainsi une grande partie de ses propriétés. Si l'on tient à masquer le goût, on peut, comme l'a proposé M. Vigier, substituer le sirop de café au sirop simple.

"—Le mélange de deux ou plusieurs teintures, comme par exemple les teintures d'hydrastis canadensis et d'hamamelis virginica ou de kola et de coca amène souvent un trouble dans le liquide. Pour le supprimer ou pour l'éviter, il suffit d'ajou-

ter une goutte d'acide chlorhydrique pour 15 grammes de teinture. Plus avantageux encore est l'acide citrique. Afin de procéder rapidement, le pharmacien peut ajouter au mélange des teintures quelques gouttes de la solution concentrée qui ne dilue pas le liquide :

Acide citrique..... } p. e.  
Alcool à 90°..... }

“ L'addition d'acide est à recommander dans les mélanges des teintures suivantes, associées d'ailleurs de différentes façons :

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| a) Teinture d'hydrastis | f) Teinture de badiane   |
| — d'hamamelis           | — de gentiane            |
| — de viburnum           | — de noix vomique        |
| b) Teinture de rhubarbe | — de Baumé               |
| — de quinquina          |                          |
| c) Teinture de rhubarbe | g) Teinture de badiane   |
| — de colombo            | — d'ipéca                |
| d) Teinture de gentiane | — de noix vomique        |
| — de noix vomique       | — de Boldo               |
| — de colombo            | h) Teinture de grindelia |
| — de quinquina          | — de drosera             |
| e) Teinture de kola     | — d'ipéca                |
| — de cocoa.             |                          |

“ Toutes ces teintures, d'un usage courant, donnent par leur mélange, des précipités abondants contenant des principes actifs que l'on ne saurait séparer par le filtre ; l'addition d'acide citrique suffit à donner une préparation limpide.

“ Parmi les médicaments récents d'un usage courant, l'un des plus employés, l'antipyrine, présente certaines incompatibilités. Avec les substances qui contiennent de l'acide azotique (nitrate d'amyle, nitrite d'éthyle, etc.), il se forme un produit, un corps de couleur verte ; l'iso-nitro-antipyrine, qui est toxique.

Les solutions d'antipyrine précipitent par le phénol et par le tannin,

L'antipyrine et le salicylate de soude pulvérisés et mélangés donnent une masse pâteuse, semi-liquide. Il ne faut donc pas prescrire ce mélange en cachets, mais en potions.

L'antipyrine et le chloral donnent un liquide huileux ; avec le naphthol B on obtient également un liquide ; même action avec le naphthol et la résorcine.

—Du reste, l'antipyrine n'est pas seule à donner de mélanges pâteux ou liquides. Un grand nombre de médicaments nouveaux, mélangés entre eux, produisent le même effet.

“Il y a une certaine importance à ce que le médecin connaisse ces réactions, afin qu'il ne prescrive pas une poudre qui devienne pâteuse ou liquide au bout d'un certain temps.

“Voici quelques-unes de ces incompatibilités.

“Donnent des produits liquides ou des masses pâteuses :

Acétanilide associée avec : chloral, menthol, thymol, résorcine.

Antipyrine avec : naphthol B, salicylate de soude, phénol, pyrogallol, résorcine, salolthymol, uréthane.

Naphthol B avec : antipyrine, camphre, menthol, phénol, uréthane.

Camphre avec : naphthol B, chloral, exalgine, menthol, phénol, pyrogallol, résorcine, salol, thymol, uréthane.

Bromure de camphre avec : chloral, phénol, salol thymol.

Choral avec : acétanilide, camphre, bromure de camphre, exalgine, menthol, méthacétine, phénacétine, phénol, salol, thimol, uréthane.

Exalgine avec : chloral, naphthol B, menthol, phénol, pyrogallol, résorcine, acide salicylique, salol, thymol.

Menthol avec : naphthol B, chloral, phénol, pyrogallol, résorcine, thymol, uréthane.

Méthacétine avec : chloral, phénol, résorcine, uréthane.

Salicylate de soude avec : antipyrine, phénol.

Phénacétine avec : naphтол B, camphre, bromure de camphre, chloral, exalgine, menthol, méthacétine, salicylate de soude, pyrogallol, résorcine, salol, thimol, uréthane.

Pyrogallol avec : antipyrine, camphre, exalgine, menthol, phénol

Resorcine avec : acétanilide, bromure de camphre, exalgine, naphтол B, menthol, méthacétine, phénol, uréthane.

Acide salicylique avec : exalgine, menthol, uréthane.

Salol avec : antipyrine, camphre, bromure de camphre, chloral, exalgine, phénacétine, pyrogallol, thymol.

Thymol avec : acétanilide, antipyrine, camphre, bromure de camphre, chloral, exalgine, menthol, phénol, salol, uréthane.

Uréthane avec : antipyrine, naphтол B, camphre, chloral, exalgine, phénol, pyrogallol, résorcine, acide salicylique, salol, thymol."



## CHOREE ET ANÉMIE

Le No. de mai 13, du "Virginia Semi-Monthly" contient un article très bien fait du Dr Roshier W. Miller, de Barton Height, Va. au sujet du *Pepto-Mangan* de Gude. Cet article rapporte des cas de chorée (dus à l'anémie chez le malade) où cette précieuse préparation a amené la guérison complète et permanente.

La proportion des globules rouges du sang augmente d'une manière étonnante sous son emploi. La dose moyenne est de deux drachmes par jour, quelquefois en ajoutant 2 gouttes de Fowler trois fois par jour, on active beaucoup son effet,

## FORMULAIRE

### *Traitement de l'ozène par l'eau oxygénée*

M. E. Brugnattelli obtient de bons résultats dans l'ozène, par les pulvérisations des fosses nasales avec l'eau oxygénée contenant en dissolution 1 à 2 0/0 d'acide lactique, pulvérisations qui sont répétées deux ou trois fois par jour. Avant de procéder à ce traitement, on doit faire pendant quelques jours d'abondants lavages alcalins du nez, pour bien débarrasser la pituitaire des croûtes qui la recouvrent.

Une modification qui augmente l'efficacité de ce procédé, mais qui, à moins qu'il ne s'agisse de clients fortunés, offre l'inconvénient d'exiger l'intervention constante du médecin, consiste à se servir, pour les pulvérisations, d'eau oxygénée pure et à faire, en outre, des badigeonnages de la muqueuse nasale avec une solution d'acide lactique à 5 ou 10 0/0, après cocaïnisation préalable (*Bulletin méd.*

\* \* \*

### *Une bonne méthode pour administrer l'antipyrine*

D'après F. Pouchet, le mode d'administration le meilleur est celui qui consiste dans l'adjonction de l'antipyrine à l'une des deux potions de Rivière. Voici une formule très bonne :

Antipyrine (suivant l'âge).....	0 gr. 50 à 2 gr.
Bicarbonate de potasse.....	2 grammes
Sirop de sucre.....	15 —
Eau distillée.....	45 —

Ceci constitue, avec l'antipyrine en plus, la potion n° 1 de Rivière. La potion n° 2 reste la potion de Rivière non modifiée, c'est-à-dire :

Acide citrique.....	2 grammes
Eau distillée.....	50 —
Sirop de limons.....	15 —

On administre successivement et immédiatement l'une après l'autre une cuilleré à soupe de la potion n° 1 et une cuillerée de la potion n° 2. Dans ces conditions, se produit une réaction semblable à ce qui se passe dans l'administration de la potion de Rivière ; le bicarbonate de potasse de la potion n° 1 est décomposé dans l'estomac par l'acide de la potion n° 2, il se fait un citrate de potasse et un dégagement d'acide carbonique, qui facilite précisément la tolérance de la muqueuse gastrique pour l'antipyrine ; puis, après la formation du citrate de potasse dans l'estomac, il se fait ultérieurement dans l'organisme une transformation de ce citrate en carbonate, et cela revient à l'administration de l'antipyrine dans une solution alcaline, avec cette différence avantageuse, toutefois, que la formation du carbonate alcalin au sein même de l'organisme stimule et facilite les phénomènes intimes de nutrition des tissus. (*Clin. inf.*, avril 1905.)



## BUREAU CENTRAL D'EXAMINATEURS

---

Assemblée des membres du Comité Exécutif du Collège des médecins et des représentants des Universités, tenue à Montréal, le 6 juin 1905.

Sont présents : MM. les docteurs Lachapelle, Brochu, McConnell, Jobin, Marsolais, MacDonald et Faucher, officiers du Collège ; et MM. les docteurs Gardner, Lasseur, Catellier, Ahern, Guérin et Mignault, représentants des Universités.

La question de l'opportunité de l'établissement d'un Bureau Central d'Examineurs, pour l'admission à l'exercice de la médecine dans la province de Québec, est mise à l'étude. Le Président du Collège expose les principales raisons qui militent en faveur de l'établissement d'un tel Bureau Central et, après un exposé des vues des membres présents et délibération sur le tout, il est unanimement résolu, sur proposition de M. le Dr Brochu, appuyé par M. le Dr Faucher :

### RESOLUTION

“ Que le projet de l'établissement d'un Bureau Central d'Examineurs, composé aux deux tiers de professeurs des universités et d'un tiers de médecins non professeurs, soit soumis aux universités, avec les raisons alléguées en faveur de ce projet, et que, si les universités sont favorables à l'étude d'un tel projet, le Président du Collège des Médecins soit autorisé à appeler une assemblée des représentants des universités et des membres du Comité Exécutif du Collège des Médecins, dans le but de préparer un projet d'amendement à la loi du Collège, devant réaliser l'établissement d'un tel Bureau Central, et que ce projet de loi soit soumis à l'approbation préalable des universités et du Collège des Médecins, avant d'être présenté à la Législature.”

*Raisons invoquées en faveur de l'établissement d'un Bureau  
Central d'Examineurs :*

1° Faciliter l'établissement de la réciprocité interprovinciale, au sujet de la Licence pour l'exercice de la médecine, en réalisant les exigences de la loi d'Ontario, à ce sujet (R. S. O. 1887, c. 148, s. 26), et, en faisant cesser le privilège d'exception, dont jouissent les universités dans notre Province, de donner, pour le médecin, des diplômes *ad practicandum*, en vertu de l'article 3977 des Statuts Refondus. Ce privilège constitue une infériorité pour notre profession comparée à celle des autres provinces, dont le Bureau Médical contrôle seul les qualifications de ceux qui veulent être admis à exercer la médecine et à jouir des privilèges que confère la profession à ses membres.

Les autres provinces ont, à différentes reprises, manifesté leur bon vouloir en faveur de la réciprocité interprovinciale, aux mêmes conditions qu'Ontario.

2° Remédier à un état de choses que l'expérience a démontré être, pour les jeunes gens, un encouragement à étudier la médecine sans, au préalable, avoir satisfait aux exigences de la loi : en faisant les études classiques requises, en subissant les examens voulus, ou en obtenant un diplôme de B. A.

Ces jeunes gens, après avoir obtenu le diplôme universitaire, constatent qu'ils ne peuvent pas obtenir leur Licence et ils s'adressent à la Législature, pour faire passer des lois spéciales. Ils allèguent que quand ils ont commencé leurs études médicales, sans brevet, ce n'était pas pour éluder la loi, mais parce qu'ils n'avaient pas l'intention d'exercer dans la province de Québec, ou bien, encore, parce qu'ils ne connaissaient pas les exigences de la loi. Ils déclarent qu'ils ont suivi les mêmes cours, donnés par les mêmes professeurs, que ceux auxquels le Collège des Médecins accorde la Licence, sur présentation du diplôme universitaire, qu'ils ont subi avec succès, et devant les mêmes examinateurs, les mêmes examens qu'eux et qu'ils ont aussi reçu les mêmes diplômes qu'eux.

Les Législateurs, en présence de ces allégations, ne peuvent pas comprendre pourquoi le Collège des Médecins refuse aux uns ce qu'il accorde aux autres, et, sur la déclaration de ces jeunes gens, que le refus du Collège équivaut pour eux à un arrêt d'exil, ils se laissent toucher et finissent par accorder la législation spéciale demandée.

Si un Bureau Central existait, les jeunes gens, sachant tous que c'est la seule porte d'entrée pour la profession, se conformerait davantage aux exigences de la loi et, s'il se trouvait encore des irréguliers, ils ne pourraient pas alléguer à la Législature que le Collège leur refuse ce qu'il accorde à d'autres et il ne leur resterait qu'à se qualifier comme les autres pour être admis par le Bureau Central.

3° L'expérience a démontré que le régime des Assesseurs n'a pas réalisé ce qu'on en attendait. Il constitue, pour le Collège des Médecins, une dépense considérable sans résultats équivalents, et pour les universités, une tutelle peu satisfaisante.

4° Les autres professions, dans notre Province—le Barreau, la Chambre des Notaires—possèdent un Bureau Central d'Examineurs. Elles contrôlent les qualifications de ceux qui désirent être admis membres de ces corporations et jouissent ainsi de leur entière autonomie. Les universités n'en souffrent aucunement; pourquoi en serait-il autrement pour la Médecine?

5° Le système actuel, facilitant la tâche aux irréguliers, constitue une injustice pour les réguliers qui, ayant fait tous les sacrifices nécessaires pour se conformer aux exigences de la loi concernant l'admission à l'étude de la Médecine, voient les irréguliers, qui eux se sont soustraits aux exigences de cette même loi, arriver à la Licence en même temps qu'eux et souvent avant eux.

6° Les universités ont tout intérêt à ce que les jeunes gens qui se destinent à la Médecine, ne commencent leurs études qu'après avoir complété leur cours classique. C'est un juste encouragement à donner aux Collèges et aux Facultés des Arts, c'est en même temps assurer une garantie de compétence chez les élèves destinés

à suivre les cours de leurs Facultés de Médecine et à recevoir des diplômes qui engagent la responsabilité universitaire.

7° Il serait possible de constituer un Bureau Central qui, composé en grande partie de professeurs, offrirait aux universités et aux étudiants toutes les garanties de compétence et d'impartialité.

Signé, Dr J. A. MACDONALD,

Secrétaire.

*Statuts Refondus d'Ontario, c. 148, s. 26.*

“ When and as soon as it appears that there has been established  
 “ a “ Central Examining Board ” similar to that constituted by  
 “ this Act, or an institution duly recognized by the Legislature of  
 “ any of the other Provinces of the Dominion of Canada, as the  
 “ sole examining body for the purpose of granting certificates of  
 “ qualification, and wherein the curriculum is equal to that  
 “ established in Ontario, the holder of any such certificate shall  
 “ upon due proof be entitled to registration by the Council of  
 “ Ontario, if the same privilege is accorded by such Examining  
 “ Board or Institution to those holding certificates in Ontario.”

#### TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION PAR LA LEVURINE EXTRACTIVE.

A maintes reprises, nous avons signalé ici, sous cette rubrique “ Pratique médicale,” les différentes applications thérapeutiques de la levure de bière : furonculose, anthrax, angines, staphylococcies diverses, entérites, vaginites, etc. Nous avons montré que le meilleur mode d'administration de la levure consistait à l'employer sous la *forme sèche* plus constante dans sa composition, moins altérable, partant plus facile à conserver et à transporter, et nous avons rappelé, à ce propos, l'excellente préparation que M. Couturieux avait étudiée, sous le nom de *levurine brute* dans la *Presse médicale* du 17 Mai 1899. et qui fut présentée, quelque temps après, par M. Laucereaux à l'Académie de médecine (25 juillet 1899).

A cette époque, M. Couturieux nous apprenait d'ailleurs qu'il étudiait un *extrait sec de levure* auquel il donnait le nom de *levurine extractive* et qui avait pour avantage de condenser sous un très petit volume tous les principes actifs solubles et, par conséquent, toutes les propriétés thérapeutiques de la levure de bière.

Nous voudrions attirer l'attention aujourd'hui sur une propriété de cette levurine extractive qui mérite d'être particulièrement mise en lumière, savoir sa *propriété laxative*, qui permet d'en retirer d'excellents bénéfices dans le traitement de la constipation rebelle. Comme pour prouver la valeur d'un médicament, rien ne vaut les faits, nous nous contenterons simplement de soumettre à nos lecteurs les quelques observations suivantes, communiquées par MM. Laucereaux, Auvard, Garnier et Valentin :

OBS. I. (Lancereaux).—M. L...., trente-cinq ans, présente une suppuration rebelle d'origine staphylococcique. On l'a soumis au traitement par la levurine extractive, à raison de 6 comprimés de 0 gr. 20 par jour. La suppuration a diminué, la plaie est en voie de cicatrisation. Le malade était, d'autre part, atteint de constipation opiniâtre ; or, sous l'influence de la levurine, il présente maintenant des selles molles et régulières.

OBS. II. (Lancereaux).—Mad. R...., atteinte de dyspepsie, avec état saburral de la langue, est très constipée ; elle ne va à la selle qu'au moyen de lavements. On lui prescrit 4 comprimés de levurine extractive par jour. La malade qui ne totérait aucune alimentation et se plaignait d'une inappétence absolue, a pu prendre 3 litres de lait par jour sans vomissements ; d'autre part, son état de constipation a été heureusement modifié par cette médication, et la malade a maintenant des selles régulières et normales.

OBS. III. (Auvard).—Suzanne C...., enfant de vingt mois, eu période de sevrage, ne va à la selle, depuis trois mois, qu'à l'aide de lavements quotidiens ; elle a le teint jaune, dort mal, n'a pas d'appétit, vomit fréquemment. Le 13 avril 1905, on lui donne un demi-comprimé de levurine extractive de 20 centigrammes le matin et un autre le soir : le lendemain, l'enfant a trois selles molles. Le 25 avril, on donne seulement un demi-comprimé dissout dans un peu d'eau sucrée en deux fois : l'enfant a encore une selle. On continue le traitement pendant quinze jours à la même dose et les selles persistent régulières. Depuis, malgré la cessation de la levurine extractive, l'intestin n'a cessé de fonctionner normalement ;

l'appétit est revenu, les vomissements n'ont plus jamais reparu, l'enfant a augmenté de 450 grammes.

Obs. IV (Garnier).—M. X. . . ., cinquante ans, neurasthénique rhumatisant, habituellement constipé, faisant tous les ans une cure à Brides, est mis au traitement par la levurine extractive (2 comprimés par jour). Or, dès le troisième jour, il a un résultat heureux qui depuis est resté constant. Ce malade avait essayé en vain toutes les autres médications.

Obs. V (Valentin).—Mad. A. . . ., paludique, non diabétique, fait, en Juin 1904, un anthrax qu'on soigne par les moyens habituels, dure trois mois et nécessite plusieurs interventions chirurgicales ; la guérison se fait très lentement. En Novembre 1904, nouvel anthrax. Le malade prend, par jour, 6 comprimés de levurine extractive : l'anthrax, cette fois, évolue en quinze jours et la cicatrisation se fait très vite. D'autre part, la malade, qui souffrait fréquemment de constipation, va abondamment à la garde robe. Plus tard, après la guérison de l'anthrax, 1 ou 2 comprimés, pris journellement, suffisent à assurer la régularité des selles. En Février 1905, nouvel anthrax, traité par la levurine et guéri très rapidement, en huit jours.

\* \* \*

Rappelons que la levurine extractive se trouve dans le commerce sous forme de petits comprimés dosés à 0 gr. 20 (équivalents à une cuillerée à café de levurine fraîche et à 1 gramme de levure sèche). Elle s'administre, chez l'adulte, à la dose de 2 à 6 comprimés par jour, pris immédiatement avant ou après les repas (il est inutile de croquer ou de sucrer les comprimés : il suffit de les avaler comme d'ordinaires pilules.) Chez les petits enfants, prescrire un demi-comprimé seulement, deux ou trois fois par jour (faire dissoudre le comprimé, après l'avoir écrasé, dans un peu d'eau sucrée).

J. DUMONT.

#### RAPPORTS CLINIQUES SUR L'APPAUVRISSMENT DU SANG.

Il est probable que le plus grand nombre de ceux qui consultent le médecin souffrent d'appauvrissement du sang. La pauvreté du sang est un état général plutôt qu'une maladie et peut se rencontrer à tous les âges et dans toutes les conditions. C'est le symptôme ou l'accompagnement d'un grand nombre d'affections qui n'ont souvent pas d'autre symptôme objectif, ni aucune lésion organique bien définie, mais tout simplement des malaises. Quelles que soient les conditions qui existent avec l'anémie et indépendamment du traitement demandé par le trouble organique existant il est bien connu que les guérisons les plus complètes et les plus rapides se produisent quand on remet le sang dans son état normal. Par conséquent le médecin doit dans tous les cas traiter l'anémie

spécialement tout en ne négligeant pas le traitement des autres conditions pathologiques qui peuvent exister.

Une grande expérience dans les hôpitaux m'a donné l'occasion d'étudier les conditions du sang dans l'anémie et de comparer l'action d'un grand nombre de préparations thérapeutiques employées dans le traitement de la pauvreté du sang. Je me suis toujours efforcé de trouver le remède qui remet le plus rapidement et le plus complètement le sang à son état normal et ainsi soulage sûrement la faiblesse et la débilité générale qui accompagne toujours la pauvreté du sang.

Au commencement de mes expériences j'ai remarqué que les préparations thérapeutiques formées par une substance nutritive dans un véhicule stimulant donnaient des résultats plus satisfaisants et plus prompts que celles uniquement formées par des drogues. L'utilité de ces dernières m'a toujours semblé être peu marquée.

Dr. JOHN BRIGGS,  
Farmington, Conn.

#### LE SANMETTO DANS L'IRRITATION VÉSICALE ET URÉTHRICALE

Mr. H. M., âgé de 24 ans, à Clinton, Ind., a souffert de l'irritation vésicale et uréthrale depuis l'âge de quatre ans. A dix-huit ans il contracte une blennorrhagie très opiniâtre à tout traitement et qui était suivie d'un rétrécissement dans la partie prostatique.

Ce rétrécissement et l'irritation vésicale étaient une source de souffrances très pénibles et continuelles. Quelquesfois il avait des hémorrhagies profuses. Ayant des envies très fréquentes d'uriner, il passait de fort mauvaises nuits et ne pouvait jamais trouver de repos.

Le patient affirme que la maladie suivait ce cours depuis plus de quatre ans et qu'elle était absolument inaccessible à tout traitement.

Il en était bien abattu physiquement et moralement. Il y a quatre mois qu'il contracta une deuxième blennorrhagie. Il me consulta peu de temps après. Le malade souffrit énormément non seulement de l'inflammation blennorrhagique mais aussi de l'irritation vésicale. L'écoulement très profus accompagné de pertes sanguines mina les forces et la vitalité du malade. La blennorrhagie fut vite calmée par des injections douces de sublimé corrosif à l'aide de l'irrigateur de Valentine. L'irritation persista aussi violente qu'auparavant. Plus tard j'opérai le rétrécissement et je plaçai le malade sous l'action du SANMETTO. L'effet fut superbe, au bout de quelques semaines le malade était parfaitement rétabli. Comme la médication interne s'était bornée au SANMETTO, je considère ce cas comme un fait saillant et qui atteste les mérites du SANMETTO.

Terre Haute, Ind.

Dr OORT F. ASKREN,  
Dipômé en 1883.