

JUILLET 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.

- 391 — Comment on meurt après cinquante ans *Demers*
409 — L'alimentation chez le nourrisson. *De Grandpré*
-

REVUE GÉNÉRALE.

- 424 — Traitement de la diarrhée infantile *Hervieux*
-

CORRESPONDANCE.

- 431 — L'antikamnia, la thérébentine et le sérum de
Marmoreck dans l'infection puerpérale *Mercier*
-

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

- 437 — Le nouveau mode d'élection du Bureau des Gou-
verneurs *Benoit*
-

ANALYSES.

MÉDECINE.

- 442 — Thyroïdectomie dans la maladie de Graves..... *Chagnon*
443 — Stase alimentaire et décubitus latéral droit.

OBSTÉTRIQUE.

- 444 — De la rétention des membranes après l'accou-
chement. — Délivrance artificielle. — Déchirure
du périnée.....*LeSage*

PÉDIATRIE

447 — L'alcool chez le nourrisson... .. *Idem*

THÉRAPEUTIQUE.

448 — Traitement de l'hyperchloxydrie... .. *Idem*

PHARMACOLOGIE.

450 — Rhino - pharyngites. — Pelade, etc. (formules
diverses)..... ..

 BIBLIOGRAPHIE.

452 — Traité médico-chirurgical de gynécologie (Labadie,
Lagrave et Legueu).. *Marien*

MEMOIRES

COMMENT ON MEURT APRÈS CINQUANTE ANS

Par le Professeur DEMERS

Suppléant à la Clinique médicale de l'Hôpital Notre-Dame.

LES CAUSES DE LA MORT PAR ENDARTÉRITE GÉNÉRALISÉE (Artério-sclérose)

Avant de vous parler de cette affection si bien connue depuis que Lancereaux l'a étudiée d'une manière si magistrale, laissez-moi revenir quelque trente ans en arrière. En 1870, lorsque je m'asseyais pour la première fois sur les bancs de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal je fus frappé par cet apophtegme ou parole mémorable: "Dès que l'homme naît il commence à mourir." En effet, dès les premières heures de son existence le nouveau-né éprouve la lutte pour la vie. A peine les premiers besoins de conservation se font-ils sentir que déjà il rencontre des obstacles lorsqu'il veut s'alimenter au sein maternel. Des végétations ou tumeurs adénoïdes, situées au pharynx nasal, l'empêchent de respirer, provoquent des symptômes de suffocation; il lâche le sein maternel à tout moment. De ce fait il a rapidement des symptômes de dénutrition, il devient atrepsique. Les sécrétions nazales sont gênées, le nez coule, le bébé a du jetage. Il dort la bouche ouverte, il est anémié par respiration imparfaite; aussi, que de déformation du *thorax*.

Que de faux croup par intoxication carbonique du sang...

Quand viennent les troubles de la dentition les erreurs d'alimentation amènent la diarrhée verte, cette cause si fréquente de mortalité du jeune âge. Avec l'âge le terrain de la lutte s'élargit.

C'est la diphtérie, les convulsions, la rougeole, la coqueluche, scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, l'influenza, la périostite de croissance, le rhumatisme aigu, toutes maladies qui exposent le sujet à un triste héritage. Il peut de ces faits

devenir un cardiaque, un rénal, ou un hépatique, si l'atavisme ne fait pas de lui un arthritique, un obèse, un diabétique, etc.

Mais, c'est passé cinquante ans que nous avons à compter avec la cause si fréquente de la mort à cette période. Je veux parler de l'endartérite généralisée ou artério-sclérose. Je veux est-il important de diagnostiquer assez tôt cette affection, si on ne veut pas qu'elle emporte avant le temps plusieurs de nos malades, parce qu'elle engendre des désordres graves dans le *cerveau*, le *cœur* et le *reins*.

Mais auparavant, laissez-moi vous soumettre quelques observations prises dans ma clinique médicale à l'Hôpital Notre-Dame, à Montréal.

Le 1er mars 1901, arrivait dans mon service un malade âgé de 52 ans. Ce malade présentait un teint jaune terreux, les yeux saillants et larmoyants. Une calvitie en fer à cheval avait mis à nu le frontal, une partie des pariétaux et de l'occipital. Des veinules saillantes couvraient le nez et les joues. Sub-ictère des yeux. La respiration était précipitée. Tirage costal. Battement des vaisseaux du cou. En découvrant le ventre je le trouve ballonné, mat dans les côtés; les jambes sont œdématisées et présentent de la pigmentation. Les ongles sont en strates en escalier. Le malade se sent essoufflé depuis longtemps, mais il ne peut pas préciser. Il a du vertige, céphalalgie en casque de pompier. S'il lève les yeux du côté de son front le vertige le reprend. Il urine peu. Son rein est à peu près imperméable; le pouls ne s'affaisse pas sous le doigt: on dirait un tuyau de pipe en palpant la radiale. Si on met le bras dans la demi-flexion, il est visible, se dessine à chaque pulsation, il a l'air de se mouvoir comme un reptile.

La palpation à la base du cœur donne une sensation vibratoire. On voit des pulsations au-dessus de la fourchette au sternum. Le stéthoscope placé dans le deuxième espace intercostal gauche nous transmet un souffle diastolique. D'autres signes se montrent: pouls capillaire, aux ongles, au palais mou et sur le front. Le malade présente des symptômes d'angine de poitrine qui nous semblent dûs au rétrécissement des coronaires. Le foie déborde les fausses côtes et est sensible à la

pression. Malgré les purgatifs, les diurétiques, et les stimulants cardiaques, strychnine, caféine, le malade tombe dans l'état comateux qui termine la scène. Pendant l'observation nous avons trouvé peu de traces d'albumine. Ici c'est intermittent.

Autopsie 24 heures après la mort. A l'ouverture du thorax les poumons s'affaissent : il n'y a donc pas d'emphysème. Le cœur augmente de volume; aucun épanchement dans la cavité pleurale : insignifiante dans le péricarde. En sortant le cœur et l'aorte qui est énorme, nous sectionnons la pointe : un courant d'eau que nous mettons dans l'aorte revient par la pointe; preuve de notre diagnostic : " insuffisance aortique, d'origine artérielle ou de Hodgson ". Les valvules sigmoïdes présentent des plaques calcaires. Des plaques semblables se trouvent dans la crosse de l'aorte qui est dilatée ce qui explique les pulsations à la fourchette sternale.

Les poumons sont sains; le foie *augmenté* de volume est *muscadé*. Les deux reins sont inégaux, le droit pesant 32 grammes de plus que l'autre. Les autres organes ne présentent rien de spécial. Le cerveau ne présente rien de pathologique.

Quelques jours après arrivait dans mon service un homme de 56 ans, présentant des signes de Brightisme, avec une plaque gangréneuse dans le tiers inférieur de la jambe gauche. Il avait des bruits de galop, artères résistantes, pression sphygmomanométrique à 22. Albumine dans les urines. Râles secs à la base des deux poumons. Dyspné urémique, tirage diaphragmatique. Malgré les ventouses, les drastiques, les diurétiques, cet homme tombe dans le comâ urémique qui se termine bientôt par la mort.

A l'autopsie, à part les signes de néphrite artérielle, un rein plus petit que l'autre, nous trouvons un caillot dans la pop'ité droite, et vous avez sous les yeux une partie de la fémorale droite.

Je pourrais vous citer nombre d'autres cas avec des manifestations pathologiques diverses, dans lesquelles pour moi, un examen attentif me prouvait toujours qu'un lien commun réunissait tous ces désordres; je les attribuais à l'altération du

système artériel. Pour moi c'est un fil conducteur, qui nous sert de guide sûr, du moment qu'on examine son sujet d'une manière systématique et avec patience, interrogeant le cœur, le foie et les fonctions rénales.

Analysons ensemble les étapes de l'artério-sclérose et nous y verrons comment il faut interpréter plusieurs maladies que l'on a trop compliquées, avant l'étude de Lancereaux sur cette entité morbide, entr'autres le ramollissement du cerveau et la néphrite atrophique, que l'on peut aujourd'hui baptiser sous le nom de *néphrite artérielle*.

C'est dans l'aorte, la plupart du temps, qu'elle débute et c'est dans l'aorte que l'anatomo-pathologiste trouve les lésions les plus grosses. Vous en avez la preuve dans ce cœur. On y découvre des plaques peu étendues d'abord; elles sont minces, transparentes. La dimension première est celle d'une lentille. Elles s'accroissent assez rapidement pour prendre bientôt la dimension d'un demi à un centimètre (une à deux lignes). Elles deviennent opaques en augmentant et si l'on regarde l'aorte, à *jour frisant*, celle-ci présente une apparence mammelonnée; ces plaques se disséminent dans le réseau sanguin et leur siège de prédilection est dans la lumière des artères collatérales.

N'y a-t-il pas là une explication de l'anémie des viscères qui reçoivent le sang de ces vaisseaux? En effet, ceux-ci présentent aussi des plaques disséminées. ces plaques les épaississent et diminuent leur calibre. Vous en avez une preuve dans cette portion fémorale. Si vous regardez les choses de près, vous remarquerez la chose dans les artères rénales, cérébrales, etc.

Chez les artério-scléreux avancés la radiale est allongée, flexueuse, annelée (en trachée d'oiseau). Mes élèves en clinique médicale ont bientôt dépisté un artério-scléreux confirmé à l'examen du pouls. Dans les autopsies, les autres artères présentent les mêmes dispositions. On les trouve aussi amincies, dilatées ou rétrécies. Ici l'interprétation est facile parce que les plaques leur font perdre leur élasticité. Ces plaques s'organisent sur la tunique interne des vaisseaux, les autres tuniques sont à peine touchées quelquefois. Avec le temps

elles subissent une altération granulo-graisseuse. Arrivées à cet état elles donnent à l'aorte un aspect inégal, il s'y forme des aspérités de grosseur variable.

C'est un véritable magma, une bouillie en un mot. Frottées incessamment par le sang, ces aspérités se laissent dénuder. Il s'en détache des lames minces, qui, entrant dans le sang, causent des accès fébriles, traduits par des petits frissons, que Dicu-lafoy, dans ses signes du Brightisme, nomme cryesthésie, (frisson entre cuir et chair).

Plus tard nous trouvons dans la tunique interne, des foyers calcaires. Ces foyers calcaires, par leur contact, peuvent amener des fissures qui laissent transsuder le sang à travers la tunique interne. Celui-ci, s'infiltrant sous la tunique interne, refoule la tunique moyenne et externe, l'anévrisme disséquant est constitué. On comprend ainsi la formation des bouchons sanguins qu'obstruent la lumière des artères des membres et causent leur gangrène, comme dans ma deuxième observation.

Que devient le cœur, ici, lui qui est chargé de fournir le sang, cette chair vivante, à tous les organes, et qui a besoin d'une force auxiliaire, *l'élasticité des artères*.

Comme tous les muscles qui font un travail forçant, lui qui est un muscle creux, il s'hypertrophie, témoin cette pièce de ma première observation. Cette hypertrophie, on le comprend aisément, atteint nécessairement le cœur gauche qui s'allonge et s'épaissit. Mais si, avec cela, notre malade fait de la bronchite avec emphysème, le cœur droit, étant ici en cause, se dilatera. Nous pouvons nous rendre compte des causes du *cœur de baruf*.

Mais nous avons dit que, les artères collatérales étant prises, les organes qui sont alimentés par elles sont anémiés. Si la lumière des artères coronaires est rétrécie, la nutrition du cœur sera ralentie et nous aurons des scléroses partielles de celui-ci ou bien il y aura stéatose, ou dégénérescence graisseuse.

Lorsque le cœur s'hypertrophie, on peut dire qu'il joue le rôle d'hypertrophie de compensation, dans les maladies organiques de cet organe. C'est une hypertrophie nécessaire, iné-

visible. On peut dire qu'elle est providentielle. Tous les viscères de l'abdomen subissent l'effet du défaut d'irrigation occasionnée par l'inégalité de calibre des artères: *rate petite, indurée*, le rein généralement un seul, atrophié, surtout dans sa substance corticale. Du fait de l'altération des tubes urinaires, sa fonction devient irrégulière. Le malade fait de la polyurie avec albuminurie.

Ne trouverait-on pas ici l'explication des ulcères anciens cicatrisés de l'estomac, trouvés dans nombre d'autopsies? Par le défaut de nutrition, cet organe fait de l'autophagie. Le même fait se rencontre dans l'intestin. On y rencontre des érosions, cause fréquente de diarrhée, de lientérie même.

Les muscles de la vie de relation n'échappent pas aux effets de la maladie. Ne recevant pas leur quote-part de *pabulum vitæ*, ils deviennent flasques, ils s'atrophient. On trouve du myxœdème chez les malades.

Les muscles font la corde. Voilà encore un signe que mes élèves connaissent bien. Jusqu'à présent dans mon service nous n'avons pas trouvé de malade pris de myxœdème, qui n'ait pas perdu au moins quinze livres. Laissez-moi vous dire en passant, que tous ceux qui entrent dans mes salles, hommes ou femmes, prennent d'abord un grand bain, et sont ensuite pesés, avant qu'un élève de quatrième année en écrive l'observation. Quand il n'y a pas d'inconvénient, la pesée se répète de temps à autre. J'ai pour cela fait installer une balance dans chacune de mes salles de médecine.

Les effets de cette affection se font aussi sentir sur le système cérébro-spinal. Les artères peuvent être ou *rétrécies* ou *dilatées*. On peut par la suite avoir des foyers hémorragiques ou de ramollissement, de raitrait du cerveau venant du défaut d'irrigation de ce centre.

Vous avez sous les yeux une figure prise dans le service de Lancereaux à l'Hôtel-Dieu de Paris. Les foyers hémorragiques peuvent être circonscrits ou disséminés. Les articulations présentent une usure presque constante. Mes élèves en clinique ne négligent pas chez ces malades âgés de faire des flexions et des extensions, pour constater les craquements oc-

casionnés par les ostéophytes dans le genou. Les autopsies nous les révèlent toujours. L'aponévrose palmaire, les ligaments et les tendons sont épaissis et rétractés.

SYMPTOMES

Je vais m'efforcer d'esquisser à grands traits les symptômes de cette affection si commune et si inévitable. Les vieillards dont les artères sont saines constituent la très grande exception. Un de nos grands maîtres, POTAIN, croyait ses artères saines. Il est mort soudainement. A-t-on fait son autopsie? . . . Cependant les annales de médecine nous disent que Thomas Parr est mort à 132 ans et que Harvey n'a trouvé aucune altération dans ses artères.

L'artério-sclérose peut durer depuis longtemps et n'avoir déterminé aucun symptôme appréciable, ou au moins remarqué par le sujet. Mais si on interroge celui-ci : Si on lui demande : Vous levez-vous la nuit pour uriner ? Presque toujours il vous dira : " Oui ". Essayez de préciser le début de cette pollakiurie nocturne, il est rare qu'on puisse le dire.

Soyez certain cependant que celui qui se lève la nuit pour uriner a un système artériel qui commence à souffrir, et la souffrance porte sur le rein. Mais avant d'aller plus loin laissez-moi vous dire comment je fais procéder mes élèves pour étudier l'artério-sclérose. Ces malades paraissent plus âgés que les années qu'ils comptent. C'est ici le temps de dire qu'on a l'âge de ses artères. Les cheveux ont blanchi de bonne heure. Le malade a de la calvitie en fer à cheval. Du moment que nous constatons cette calvitie, nous regardons les extrémités et nous trouvons de l'eczéma . . . de la pigmentation, des oignons, des varices, des craquements, et en remontant, bien souvent nous constatons des hernies et le malade souffre d'hémorroïdes. Au visage il y a de petites veinules sur le nez et les joues ; aux yeux de l'arc sénile qu'on mettait autrefois sur le compte de l'alcoolisme. Nous avons un collègue des plus sobres porteur d'arc-séniles superbes. Je connais un religieux dont les arcs séniles sont frappants. Les artères temporales saillantes sont sinueuses et indurées. Au poignet les artères radiales sont ré-

sistantes, sinueuses; sous le doigt elles donnent la sensation d'une trachée d'oiseau. J'ai dans le service du docteur Mercier un artério-scléreux dont les artères radiales sont tellement athéromateuses qu'on dirait des tuyaux de pipes qui se soulèvent à chaque pulsation. En les comprimant un peu fortement on pourrait les rompre. Ce malade a une hypertrophie de son ventricule gauche et une plaie au-dessus de la rotule qui guérit lentement à cause de sa nutrition imparfaite, ulcère non disposé à guérir. L'examen des organes, leur interrogatoire, nous rendra compte des artères profondes.

Il est facile de comprendre qu'en raison de la perte d'élasticité des artères, de l'inégalité des diamètres de ces vaisseaux, qui amènent à une gêne mécanique dans la circulation, le cœur qui est obligé de présider à la nutrition des ressorts de tout l'organisme, de tous les organes, se trouve au premier rang; muscle en travail de surmenage, il s'hypertrophie.

Cet hypertrophie du cœur nous donne une juste idée de l'état de circulation. Par la palpation et la percussion, on juge de l'étendue de l'hypertrophie. A l'auscultation on perçoit que l'impulsion est forte, les bruits sont sourds avec un dédoublement du second bruit. Lorsque la lésion artérielle se propage au feuillet aortique des valvules sigmoïdes, celles-ci sont retracts; conséquence, insuffisance aortique, avec souffle diastolique à la base, comme dans le cœur qui est devant vous. Dans ces conditions la tension artérielle est augmentée, ce que nous prouve le sphygmomanomètre qui au lieu de 16 c. c., d'origine nous donne 20 à 22, et c'est ce que je trouve toujours dans mes néphrites artérielles. . . Ici la quantité des urines est augmentée au lieu de 1200 à 1500 c. c., le malade passe 1800 à 2000. Comme je viens de le dire cette polyurie est surtout nocturne. Les urines sont pâles et leur densité tombe de 1015 à 1020, à 1010. Il est bon de se rappeler que dans ces cas la présence de l'albumine est intermittente. Il y a quelques années j'ai vu avec sir William Hingston un cas de néphrite où il y avait à peine trace d'albumine. Le malade mourut. A l'autopsie on trouva un rein rouge, tout à fait retracts.

Du fait de l'artério-sclérose, les organes les plus exposés sont le cœur, le rein et le cerveau.

Au cœur il peut y avoir ischémie, défaut de nutrition de l'organe s'il y a rétrécissement des coronaires. Ici le malade est oppressé, surtout s'il marche vite, s'il monte un escalier, ou a la dyspnée d'effort de Potain qui en fait un signe important.

Il y a des crises de palpitation et de dyspnée. Ces symptômes ont été longtemps confondus avec l'angine de poitrine. Si au fait de surcroît d'action et de dégénérescence de la fibre du cœur, par suite de la combustion chimique, il se fait une dilatation du ventricule gauche, nous avons les phénomènes d'une insuffisance mitrale, traduite par un bruit de souffle, au premier temps, en jet de vapeur, d'une seule tenue, se propageant à l'aisselle et dans le dos. C'est ici que nous sommes exposés à rencontrer la rupture de la compensation après une lutte de quelques années.

A l'occasion d'un refroidissement, ou, d'une fatigue, nous aurons des phénomènes d'asystolie, se traduisant par hyperémie stasique des viscères de l'abdomen, en même temps que de l'œdème aux membres inférieurs.

Les premiers symptômes de rupture de la compensation se traduisent par une tuméfaction douloureuse du foie. C'est le temps de dire que le cœur devient insuffisant.

Avec votre bienveillante autorisation, je donnerai brièvement une description de la compensation dans cette dilatation avec insuffisance mitrale. A chaque systole ventriculaire le sang, au lieu de passer entièrement dans l'aorte, est pour ainsi dire séparé en deux courants dont l'un est lancé dans l'aorte, l'autre du fait de l'insuffisance mitrale, qui ne ferme pas complètement l'orifice auricule ventriculaire gauche, remonte dans l'oreillette gauche. Celle-ci ne tarde pas à se distendre. J'ai ma pièce à l'Université dans laquelle l'oreillette est assez distendue pour loger le poing.

Cette distension ne tarde pas à atteindre les veines pulmonaires puis de proche en proche il se fera une stase dans la petite circulation. Ne trouvons-nous pas ici l'interprétation de la congestion pulmonaire, avec un pouls petit? Pour vaincre l'obstacle qui est ainsi apporté à ses fonctions, le ventricule droit, chargé de régler cette petite circulation pulmonaire, aug-

mentera son action musculaire et s'hypertrophiera, en même temps qu'il se dilatera, entraînant ainsi une insuffisance tricuspidiennne, avec souffle au premier temps, à l'appendice xiphoïde, et pouls jugulaire vrai, par suite du refoulement du sang qui remonte, à chaque systole, du ventricule dans l'oreillette droite, de là dans la veine cave supérieure, sous-clavières, jugulaires.

C'est ici que le système veineux se distendra à son tour, amenant l'hypérémie, et la sensibilité du foie parce qu'il est l'organe le plus proche du cœur. La quantité des urines est d'abord augmentée; la pâleur est remplacée par une teinte sombre, la densité plus élevée, les fonctions digestives sont pénibles: en un mot l'artério-scléreux fait de l'insuffisance de toutes parts. Le pouls d'abord large, quelquefois même bondissant devient petit et faible. La marche est pénible, l'ascension d'un escalier à peu près une torture: le malade est obligé de s'arrêter en marchant, il éprouve de l'oppression, de l'angoisse avec des crises douloureuses à la région précordiale, une véritable ébauche d'angine de poitrine.

MODIFICATIONS RÉNALES.

Les modifications rénales ont pour effet la polyurie, la diminution, la décoloration des urines et l'albumine. Ce dernier phénomène, intimement lié à l'altération de l'artère rénale et de ses branches, est d'abord intermittent, et, plus tard continué. L'automne dernier, dans mon service, nous avons observé un patient chez lequel la présence de l'albumine ne s'est dépitée qu'après quinze jours d'analyse, dans mon service et au laboratoire.

C'est ici que le praticien doit connaître cette forme de néphrite à cause de ses efforts, surtout l'urémie. Celle-ci, peut prendre la forme pulmonaire, se traduisant par des râles fins avec absence d'expectoration, et des accès de dyspnée nocturne, ou bien, il y aura une dyspnée intense, avec tirage diaphragmatique dans l'urémie, parce qu'en général, le tirage costal est la note d'une maladie organique avancée du poumon ou du cœur. C'est dans cette forme d'urémie, que l'on rencontre la respiration Cheyne-Stokes. On dirait vraiment que le malade

cesse ou oublie de respirer, *apnée* dirai-je, pour reprendre sa respiration, par inspirations courtes superficielles, augmentant en incursions, pour devenir profondes, bruyantes, puis, décroître de nouveau, jusqu'à une autre pause d'apnée. Pendant cette dyspnée urémique, les lèvres sont cyanosées violettes; ce qui prouve que cette suffocation est due au défaut d'élimination par le rein, c'est que j'ai vu souvent un ou deux purgatifs y mettre fin. Ce qui prouve bien en somme que la présence d'albumine, qui nous met sur la trace d'une lésion rénale, n'est pas dangereuse, mais elle nous enseigne que le rein n'est plus en état d'éliminer suffisamment les déchets excrémentitiels.

Cette intoxication urémique est très intense, quelquefois, sur le cerveau. Le malade accuse d'abord du vertige, surtout le matin, ou lorsqu'il regarde en haut, disons du côté de son front; il a des bourdonnements d'oreilles, des mouches volantes. Le soir, avant de s'endormir franchement, il fait un saut (choc électrique de Dieulafoy) il lui semble descendre dans un élévateur. Autres signes: crampes dans les jambes, doigts engourdis, souvent le petit, (doigt mort de Dieulafoy), frissons entre cuir et chair, cryesthésie; sensations de picotement, de fourmillement. La céphalée de l'artério-sclérose due à la néphrite artérielle ne se traduit pas par du broiement comme la céphalée spécifique. Les malades présentent aussi de l'amaurose aiguë dans les crises urémiques. La vue est d'abord obscurcie, le malade voit d'abord les objets comme à travers un voile, puis cesse de les distinguer.

Un autre phénomène de la néphrite des artério-scléreux est le délire urémique dû à l'insuffisance urinaire. (Dans ma clinique le taux des urines est pris d'une manière systématique autant que le pouls, ainsi que la température, les pesées, la force sphygmomanométrique). Ce délire est plutôt doux, tranquille, et de peu de durée, que bruyant, et durable.

Le malade urine dans son lit, ou bien se lève, prend le lit d'un autre, urine au pied de son lit. Ailleurs nous trouvons de l'excitation, le malade veut sortir, prend tout le monde en grippe, il va jusqu'à injurier ceux qui le soignent. C'est dans ces circonstances que l'on est porté à interner un pauvre arté-

rio-scléreux, lorsque les drastiques et les purgatifs mettraient tout en ordre.

A part ces symptômes, les artério-scléreux brightiques ont des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Ils croient qu'on veut les empoisonner, et, refusent les aliments. Quelquefois le coma se montre d'emblée ou succède aux convulsions, présage fréquent d'une mort à courte échéance. Le tube digestif n'est pas à l'abri de l'intoxication urémique par néphrite artérielle. Le malade fait de la stomatite urémique, remarquable par l'amas de plaques ou lames muqueuses, épaissies, collantes, qui s'étendent des gencives au pharynx buccal, amenant quelquefois une gêne mécanique à l'entrée du pharynx.

Dans ces circonstances je suis dans la nécessité de faire nettoyer souvent la bouche des patients. Il faut se servir de compresses pour détacher ces mucosités plastiques; lorsqu'on les détache la muqueuse sous-jacente apparaît rouge, sèche, non ulcérée. La salive est visqueuse, non abondante. La langue est rouge sur les bords, couverte au centre d'enduits saburraux gris ou jaunâtres. Si l'urémie s'accompagne de suppuration des voies urinaires, elle devient rouge, lisse, brillante, sèche, ou même noirâtre. J'ai vu des cas semblables chez des artério-scléreux, à Necker, dans le service de Guyon, à Paris.

Dans la gastrique urémique les vomissements sont précédés d'inappétence, le dégoût pour certains aliments, en particulier la viande. Les vomissements sont peu abondants quelquefois, exigeant peu d'efforts. Mais ils ont un trait saillant, ils sont verdâtres.

Dans mon service lorsqu'on me présente un bassin avec des matières vomies verdâtres, je suis toujours sûr qu'on découvrira des flots d'albumine. Les vomissements se renouvelleront à plusieurs reprises dans le courant d'une même journée, et, pendant plusieurs jours successifs. Ils cessent parfois subitement, parfois après une diarrhée spontanée, ou l'administration d'un vomitif, probablement parce que le sang est débarrassé des matières excrémentielles pour lesquelles l'estomac aurait joué le rôle de soupape de sûreté. Lancereaux attribue ces vomissements à l'action des matières excrémentielles non éliminées

par le rein, sur le bulbe. J'ai remarqué qu'ils sont fréquemment accompagnés de hoquet. Laissez-moi vous dire que quand, dans une maladie infectieuse, (fièvre typhoïde, pneumonie à pneumocoque, ou à streptocoque, etc.), mon malade est pris de hoquet, je suis préoccupé.

Presqu'inévitablement, nous trouvons de l'albumine dans les urines.

L'épithélium du rein est plus ou moins touché. Ce symptôme dont le point de départ est dans l'estomac ou dans les centres nerveux, se rencontre aussi dans la dyspnée urémique. Mon expérience m'a prouvé qu'il constitue un accident sérieux. Défions-nous-en, car, par malheur il est l'indice d'une terminaison prochainement fatale. Le baillement si commun ne pourrait-il pas être rapproché du hoquet ?

Un autre fait que l'on remarque chez ces sujets est la diarrhée abondante, mais qui ne fatigue pas le malade. Elle n'est précédée ni de douleurs, ni de coliques, et favorise souvent le sommeil. Au contraire, elle soulage les céphalalgies existantes, et, doit être regardée comme un bienfait.

Voilà pourquoi je la respecte; elle a pour caractère d'être vertébrique comme les vomissements. Si son abondance est trop grande on peut agir énergiquement sur la peau par une piqûre de pilocarpine, restorer l'action des reins, mais éviter l'action des opiacés.

CERVEAU.

Cette figure, prise dans le service de Lancereaux, avec qui j'ai fait à peu près 500 autopsies, nous aidera à interpréter les troubles des fonctions cérébrales, chez les artério-scléreux. Vous remarquerez que le lobe de l'hémisphère gauche est plus court que le droit. Cet hémisphère était diminué du tiers de son volume à peu près, par suite surtout de l'affaissement des circonvolutions antérieures. A l'autopsie la moitié postérieure des deuxième et troisième circonvolutions était affaissée, voilée, jaunâtre. L'artère sylvienne gauche était intacte dans sa première portion, mais une division de deux branches se montrait sous la forme d'un *cordón mince et solide*. Cette division se dirigeait aux circonvolutions antérieures. Cette portion était imperméable à l'eau et à l'air.

SYMPTOMES.

Les troubles fonctionnels produits par l'artério-sclérose dans le cerveau consistent tout d'abord en de simples vertiges qui se manifestent le matin ou dans le cours de la journée quand le malade regarde en haut, ou en des attaques apoplectiformes, de courte durée, et sans hémiplégie. Le rétrécissement graduel des artères amène de l'ischémie ou gêne de la circulation.

Les facultés intellectuelles sont plus ou moins atteintes. Un des symptômes les plus remarquables c'est la diminution de la mémoire. J'ai sous observation un malade très intelligent, peu âgé cependant, qui se perd souvent lorsqu'il sort en ville, même à quelques pas de sa demeure. Il ne peut se promener seul. On observe une sorte de délire. La mémoire du malade fait défaut pour les choses récentes. Il oublie ce qu'il vient de dire, ou d'entendre; il demandera vingt fois la même chose, dans un court espace de temps. Il répètera longuement de vieilles histoires qu'il se rappelle dans tous leurs détails. Il prend une personne pour une autre. La parole est lente, embarrassée; le malade devient graduellement aphasique, son caractère change, il devient impatient, irritable. On le voit quelquefois ricaner, pleurer. ("Défiez-vous du vieillard qui pleure" disait notre professeur de physiologie, feu le docteur Peltier.) La motilité est souvent troublée; tantôt les mouvements sont simplement faibles, ralentis, maladroits; tantôt il existe un tremblement sénile de l'artério-sclérose. Mais ici ce n'est pas le tremblement de la sclérose en plaques, qui augmente dans les mouvements intentionnels, dans l'action de boire, ou de prendre un objet quelconque, par exemple.

On rencontre des paralysies limitées ou étendues suivant le siège et la grandeur des lacunes, dues au défaut de nutrition du cerveau, par oblitération artérielle.

Ces malades font de l'emphysème. Ils ont souvent une bronchite persistante qu'il est bon d'interpréter, témoin notre compatriote qui a consulté Dieuhafoy à Paris. Ils font des épistaxis, prélude des manifestations de néphrite artérielle. Les paralysies sont les symptômes importants de l'endartérite cérébrale. La modalité dépend nécessairement du siège et de l'é-

tendue du terrain irrigué par l'artère intéressée: hémiplegie complète ou incomplète.

Un caractère curieux et important est la variabilité de la paralysie. Ce terme indique que la paralysie varie dans son intensité d'un jour à l'autre, d'un moment à l'autre; le bras, par exemple, était paralysé le matin, le soir il est libre; il se paralysera à nouveau quelques heures ou quelques jours après. On trouve l'interprétation dans l'obstruction et la compression graduelle de l'artère intéressée, dont la perméabilité ne sera pas encore tout à fait disparue. Lorsque ces malades ne sont pas emportés brusquement, ils ont grande chance de devenir des gâteux, et la scène se termine par une maladie aiguë ou chronique, telle que la tuberculose...

On comprend aisément que, par suite du défaut de nutrition, conséquence de l'artérite généralisée, les maladies aiguës, fussent-elles légères, ont toujours un caractère sérieux. Combien de fois à ses cliniques, Potain nous disait, remarquez, messieurs, que le malade est un artério-scléreux. Le pronostic est incertain ici. En effet, la pneumonie, la grippe, l'érysipèle, toutes les affections à température élevée sont presque toujours mortelles, pas tant à cause de l'âge des individus, qu'en raison du désordre nutritif des organes ou viscères qui mettent l'organisme dans un état de faiblesse, qui l'empêche de se défendre d'une manière suffisante.

DIAGNOSTIC.

Il repose sur l'examen des artères et du cœur. La résistance des artères et leur dureté sous le doigt sont d'une valeur sémiologique importante, surtout si, en même temps, on trouve de l'hypertrophie du cœur. Avec cela nous avons les troubles trophiques: calvitie en fer à cheval, veinules des ailes du nez, pigmentation des jambes, ongles en strates, en escaliers, varices hémorroïdes, pointes de hernie, arthrite sèche, etc. Enfin l'hypémie statique des viscères de l'abdomen venant s'ajouter à ces phénomènes, aident dans quelques circonstances à confirmer le diagnostic.

PRONOSTIC.

Ce qui rend le pronostic de cette affection grave c'est sa marche essentiellement progressive. Elle a peu de tendance à la résolution. Le rétrécissement ou la dilatation du système artériel lui font perdre ses principales propriétés: élasticité et contractilité. Cependant, ces désordres ne sont pas absolument incompatibles avec l'existence; mais ce qui la met en danger c'est l'altération consécutive des viscères importants; le cœur, les reins, le cerveau, par suite de leur altération consécutive. On ne doit pas désespérer des premières manifestations de l'artério-sclérose, mais l'amélioration amenée par un traitement judicieux, n'aura qu'une durée passagère, et tôt ou tard, on voit les accidents reparaitre pour emporter le malade.

ÉTILOGIE.

J'ai entendu très souvent mentionner l'abus des boissons alcooliques comme une des causes de l'artério-sclérose. Lance-reaux nie formellement ce fait: "car, dit-il, sur des centaines d'autopsies d'alcooliques, il ne m'est pas arrivé une seule fois de rencontrer cette affection, si ce n'est chez des rhumatisants chroniques" et si vous vous rappelez, je vous ai parlé des craquements dûs aux osthéophytes que l'on rencontre chez nos artério-scléreux de l'Hôpital Notre-Dame. J'ai remarqué que chez les alcooliques, lorsqu'on examine leurs cadavres, on reconnaît que les vaisseaux artériels sont intacts. On peut mettre cette affection sur le compte d'un trouble sous la dépendance du système nerveux, dont les premières manifestations se traduisent, dans le jeune âge, par des éruptions cutanées: eczéma, lichen, herpès, plus tard à l'âge de la puberté, des épistaxis, des migraines, des hémorragies cutanées, telles que le purpura, des troubles vaso-moteurs, hématuries, hémorroïdes, sans oublier la blépharite ciliaire. Chez ces sujets les cheveux grisonnent vite, et la calvitie est prématurée. Ici l'artério-sclérose généralisée, peut être considérée comme le dernier anneau d'une chaîne non interrompue d'accidents mis sur le même compte, modifications du système nerveux central.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Elles sont variées en raison de la complexité du processus morbide. Lorsque je suis consulté par un patient chez lequel je trouve les gros symptômes de l'herpétisme, saignement de nez, migraines, poussées d'éruptions cutanées, je le dirige toujours *quoad futurum*. Je vois chez lui un candidat à l'artériosclérose. La quinine est un médicament merveilleux contre les manifestations de l'herpétisme, mais il ne faut pas craindre de la prescrire. J'ai vu porter cet alcoolide jusqu'à 30 grains (2 grammes) en une dose, au moment des accès, avec des résultats merveilleux. Mais de tous les moyens, un des plus efficaces, c'est l'hydrothérapie, sous forme de douches tièdes, écossaises, et plus tard, froides.

Mais la grande indication, est de s'opposer à la formation d'éléments embryonnaires qui amènent l'hyperplasie des artères, et ce but est atteint, par l'iodure de potassium à la dose de 1 à 3 grammes dans les 24 heures donnée pendant trois semaines, suivie d'un purgatif, repos de huit jours, et reprise du médicament, tout en continuant l'hydrothérapie. C'est le moyen le plus sûr de prévenir la formation de tissus embryonnaires nouveaux qui viennent s'ajouter à ceux qui sont déjà en place, et diminuent d'autant la lumière des vaisseaux intéressés. Si à l'hydrothérapie on ajoute les frictions, nous trouverons là un moyen de stimuler les fonctions de la peau. C'est ici que les bains turcs sont d'un immense avantage. Nous n'oublierons pas que ces sujets font de l'anémie cérébrale en proportion du rétrécissement de leurs artères. L'insomnie, qui en est la conséquence, sera combattue par les préparations opiacées.

L'insuffisance cardiaque sera combattue par la digitale et les diurétiques.

L'insuffisance rénale se réclame des drastiques et des diurétiques énergiques: que de fois ai-je vu dans mon service, des patients, qui, la veille présentaient de la dyspnée, des jambes gonflées d'une manière énorme, avec une ascite distendant le ventre outre mesure, se trouver merveilleusement soulagés sous l'effet de la caféine à la dose de 30 grains (2 grammes).

Ces malades qui n'urinaient que quelques cuillerées à soupe dans les 24 heures, passent dans la nuit, jusqu'à cinq pintes d'eau. Ceci, il me semble, vaut bien mieux qu'une paracentèse de l'abdomen. En général, avant de procéder de cette façon énergique, je m'assure de la perméabilité des reins, par le bleu de méthylène.

A mon arrivée de Paris, j'ai traité un de nos concitoyens les plus en vue de Montréal, un artério-scléreux qui depuis deux ans était sous traitement pour une bronchite chronique. Ayant vu journellement ces manifestations locales d'un état général chez Potain, Jaccoud, Dieulafoy, Landouzy et Lacombeaux, mon jugement sur le cas fut bientôt formé. Ce malade, qui était dans un état désespéré, et que j'ai vu en consultation, avec deux confrères éminents, les docteurs Rottot et Stewart, est aujourd'hui bien portant.

Pendant les épisodes de cette affection, le malade devra être astreint exclusivement à la diète lactée. Dans les premiers temps, on a toujours de la difficulté à la faire accepter, mais avec de la patience on y arrive. Le lait peut être additionné d'eau de Vichy, ou de café, de brandy, de kirsch. Par chopine, lentement, le malade peut en absorber quatre pintes en 24 heures.

L'ALIMENTATION CHEZ LE NOURRISSON (1)

Par le Dr L.-P. DE GRANDPRÉ

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Il va sans dire que je n'ai ni l'intention ni la prétention, dans l'espace de quelques minutes, de traiter dans tous ses détails le sujet indiqué par le titre que j'ai choisi. Je ne veux vous présenter que quelques considérations générales.

L'alimentation est la partie la plus importante de la pédiatrie. Il ne s'agit pas seulement de sauver la vie de l'enfant durant la première année qui est, pour le petit être, la période la plus critique de son existence, il faut aussi, par une bonne hygiène et une alimentation appropriée, préparer le développement normal de ses organes, prévenant ainsi des conséquences désastreuses dont pourrait se ressentir son organisme durant le reste de l'enfance et quelquefois durant toute la vie.

Personne n'ignore que c'est aux troubles de la nutrition que nous devons attribuer la plupart des décès chez les enfants au-dessous d'un an. L'alimentation défectueuse ne produit pas toujours *immédiatement* l'indigestion aiguë et la diarrhée, mais elle prépare toujours l'indigestion chronique, les désordres qui en résultent, malnutrition, rachitisme, scorbut, etc., etc., etc.

Une diète non appropriée persiste parfois pour quelque temps. C'est là le danger. Si les effets d'une mauvaise alimentation se faisaient sentir immédiatement, nous serions avertis et nous agirions en conséquence. Tel n'est pas malheureusement toujours le cas. Les enfants nourris au lait condensé au nestlé's food, au malted milk, au nestlé's ou au Conrick food, paraissent, pour un temps, bien se porter, engraisent même, par suite de la quantité excessive d'hydrocarbure contenue dans toutes ces préparations. Ce n'est qu'un trompe-l'œil. Ces enfants n'ont pas les matières grasses et les matières protéïdes indispensables à l'entretien et au développement des tissus.

Pour les enfants comme pour les adultes, toute alimentation doit contenir cinq éléments: 1° les matières protéïdes; 2° les

(1) Travail lu devant la Société Médicale de Montréal, le 9 avril 1901.

matières grasses; 3° les hydrocarbones dont le principal est le sucre; 4° les sels minéraux; 5° l'eau.

La qualité et la quantité de ces diverses substances varient pour l'enfant et pour l'adulte. La raison de cette différence repose dans le fait que les organes de la digestion sont plus délicats chez l'enfant et que d'un autre côté, on doit lui fournir les éléments nécessaires à son développement, et ce développement est très considérable, attendu que l'enfant durant sa première année, doit presque tripler son poids.

MATIÈRES PROTÉIDES.

Les matières protéides sont essentielles à la vie, puisqu'elles constituent la seule espèce de nourriture capable de remplacer les pertes azotées des cellules de l'organisme. Sans l'aide des matières grasses et des hydrocarbones, les matières protéides peuvent entretenir la vie et prévenir même, pour un temps, une diminution de poids; mais pour ceci, il faut augmenter considérablement la dose des matières azotées, attendu qu'il faut 22 parties de matières grasses. Il va sans dire qu'une semblable diète serait de nature à troubler les fonctions de l'estomac et des reins.

Les matières protéides sont fournies surtout par la caséine du lait, par le blanc d'œuf, par la viande et par le gluten du blé.

Les matières azotées les plus digestibles sont celles fournies par le lait de femme. La grande difficulté, dans l'alimentation artificielle, est de trouver d'autres substances albuminoïdes qui puissent les remplacer. C'est la différence dans la digestibilité de ces substances azotées qui produit si souvent des troubles digestif quand on a remplacé le lait de la femme par le lait de vache.

La quantité moyenne de matières azotées fournies par le lait de femme est de 1.50 p. c. Durant les premiers mois de la vie, l'enfant, nourri au lait de vache, ne doit pas prendre plus que cette proportion de matières protéides. Il est même prudent de réduire cette proportion à 1 ou $\frac{3}{4}$ de 1 p. c., à cause de la différence dans la digestibilité de la caséine du lait de vache.

Il va de soi qu'un enfant ne peut pas être tenu très longtemps à une diète si pauvre en matières albuminoïdes, c'est-à-dire, $\frac{3}{4}$ de 1 p. c. Mais il n'en souffrira pas, pendant quelques semaines, surtout si on a soin d'augmenter la proportion des autres substances, et en particulier, des matières grasses.

Les symptômes résultant d'une alimentation azotée insuffisante sont l'anémie, faiblesse du pouls, perte de force, relâchement des tissus, enfin défaut de nutrition. Il s'en suit que l'enfant finira par digérer difficilement les autres substances qui composent l'alimentation. Avant d'en finir avec les substances azotées, je tiens à faire remarquer que les matières albuminoïdes d'origine végétale ne peuvent indéfiniment remplacer les matières albuminoïdes d'origine animale.

Et pourtant les nourritures artificielles ne contiennent, pour la plupart, que l'albumine végétale.

Maintenant, quant à la quantité quotidienne de lait à donner à l'enfant. Si on se base sur le fait qu'il faut à un adulte, pour se sustenter, 100 à 120 grammes d'albumine par jour, et, si on place à 150 livres le poids moyen de l'adulte, on arrive à la conclusion qu'il faut à un enfant de dix livres, sept à huit grammes par jour. On sait que le lait de vache contient, en moyenne, 4% de caséine ou 4 grammes par 100 grammes de lait. Donc, 180 à 200 grammes de lait — à peu près 6 onces, — contiennent la quantité d'albumine suffisante pour la nourriture d'une journée. Mais j'ai dit tout-à-l'heure que le lait de femme, ne contient en moyenne, durant les deux premiers mois, que 1 à 1.50 p. c., de caséine. Il faudra donc diluer le lait de vache de trois fois son volume d'eau. Ces 6 onces de lait de vache ainsi dilués feront donc 24 onces pour les 24 heures. Ce qui représente 2 onces toutes les 2 heures. Il faudra, bien entendu, ajouter à ce lait dilué, la quantité de sucre, de crème et de chlorure de sodium suffisant pour représenter le lait maternel.

Ceci est exact pour la majorité, malheureusement il est des cas particuliers où il faut varier — c'est ce qui a fait dire à un pédiatre de renom qu'on ne réussit pas toujours à nourrir les enfants avec des chiffres et des proportions.

MATIÈRES GRASSES.

Passons maintenant aux matières grasses.

Les matières grasses ont pour propriété de ralentir les déperditions azotées, d'entretenir la chaleur animale, de nourrir les cellules nerveuses et le tissu osseux.

Il faut à l'enfant plus de matières grasses que son organisme n'en peut consumer, attendu qu'il en renvoie beaucoup avec ses selles. Elles agissent ainsi comme laxatifs naturels. On sait, en effet, que la constipation résulte très souvent du fait de la réduction des matières grasses dans le lait. Il faut donc à l'enfance proportionnellement plus de matières grasses qu'à l'âge adulte. L'erreur la plus fréquente, dans l'alimentation artificielle, est de ne pas donner assez de matières grasses.

Les nourritures brevetées ne contiennent presque pas de matières grasses. Par contre, elles renferment un excès d'hydrocarbures, c'est ce qui fait que, sous ce régime, les enfants engraisent souvent, mais ils sont anémiques et exposés à devenir rachitiques.

Le lait de femme, de bonne qualité, contient, suivant l'époque de l'allaitement, 3 à 5 p. c., de matières grasses. C'est la quantité qu'il faut à l'enfant. C'est la proportion qu'on doit observer en diluant le lait de vache. En moyenne 3 p. c., durant les premiers mois et 4 à 5 p. c., durant le reste de l'année. On doit continuer, durant toute l'enfance, à prescrire libéralement les matières grasses, sous forme de crème ou d'huile de foie de morue, au besoin. On voit donc que les matières albuminoïdes et les matières grasses sont les plus nécessaires dans l'alimentation. Restent les hydrocarbures, les sels minéraux et l'eau.

Les hydrocarbures, comme les matières grasses réduisent les pertes azotées que subit l'économie. Dans l'économie, ils sont, pour une part, convertis en graisse, et augmentent ainsi le poids du corps. Ils sont, avec les matières grasses, le grand facteur de la chaleur animale.

Le sucre de lait est la forme ordinaire sous laquelle les hydrocarbures sont fournis à l'enfant. Cependant le sucre ordinaire peut remplacer le sucre de lait sans que la digestion en souffre.

Les matières amylacées peuvent difficilement remplacer le sucre comme hydrocarbure, à cause du faible pouvoir de diastase que possèdent les sucs digestifs durant les premiers six ou sept mois de la vie.

Ces préparations sont responsables de la plupart des cas de rachitisme. D'autant plus qu'ils n'ont pas la proportion de sels minéraux voulue pour pourvoir au développement du tissu osseux.

Les plus importants de ces sels minéraux sont les *phosphates* de chaux et de magnésie qui sont contenus en abondance dans les laits de femme et de vache.

Quant à l'eau, il ne faut pas oublier que l'enfant a besoin d'une nourriture qui en contienne à peu près 90 p. c. Cette grande proportion d'eau est nécessaire pour dissoudre et tenir en solution les parties solides des substances alimentaires et par là les rendre plus digestibles et plus assimilables. C'est encore, sous ce rapport, le lait qui répond le mieux à cette indication.

En proportion de son poids, l'enfant, durant sa première année, a besoin de SIX fois plus d'eau que l'adulte.

Tant que l'enfant est à la diète liquide, il n'y a pas lieu de lui donner d'autre eau; mais quand, à mesure qu'il vieillit, on espace les repas et qu'on lui permet de la nourriture solide, on doit ordonner l'eau entre les repas, surtout durant la saison d'été.

Si vous voulez bien me le permettre, nous allons maintenant faire brièvement une étude comparative du lait de femme et du lait de vache.

LAIT DE FEMME.

Le lait de femme, personne ne l'ignore, est la nourriture idéale pour l'enfant. Il faut donc bien connaître sa nature et sa composition, parce que cette connaissance doit nous servir de guide dans la préparation des nourritures artificielles qu'il nous faudra employer quand l'allaitement, pour une raison ou pour une autre, est devenu impossible.

Le lait est une sécrétion des glandes mammaires et non pas une simple transudation des vaisseaux sanguins.

Durant les deux ou trois jours qui suivent l'accouchement, cette sécrétion est très peu abondante. On lui donne le nom de *colostrum*. Ce colostrum a une couleur jaunâtre. Il n'est pas aussi riche en sucre que le lait qui apparaîtra plus tard, mais par contre, il contient plus de matières azotées et plus de sels, à savoir :

Colostrum.	Lait en moyenne.
5½ p. c. matières azotées.....	1.50½
3¾ p. c. sucre	7.00
2.00 p. c. matières grasses.	4.00
0.28 p. c. sels	0.20

Le lait de femme est alcalin, quelquefois neutre, à l'état normal mais, il ne doit jamais être acide. Si on y ajoute de l'acide acétique, on ne voit se former qu'une légère coagulation, en forme de minces flocons, et non pas une coagulation en masse comme c'est le cas pour le lait de vache. Ceci est dû au fait que le lait de femme contient, en sus de la caséine, une autre matière azotée qu'on appelle: la lactalbumine qui ressemble à la sérine ou albumine du sang.

La quantité de lait secrétée par jour varie beaucoup, comme on le sait. Chez certaines femmes, la sécrétion se tarit au bout de quelques semaines, chez d'autres cette sécrétion se continue longtemps encore après la première année. Vers le sixième et le septième mois, la quantité moyenne secrétée dans une journée est de 1000 à 1100 grammes — au delà d'un litre. On peut constater le fait en pesant l'enfant avant et après chaque tétée, en ayant soin, bien entendu, de se servir de balances très sensibles, jusqu'à la 8ième semaine, la quantité de lait secrétée augmente rapidement, après la 8ième semaine, cette augmentation est plus lente. La proportion des matières azotées du lait ne varie, pour ainsi dire, que dans le cours du premier mois, après ce temps, il y a peu de changement dans la proportion des matières protéïdes, si ce n'est à la fin de l'allaitement où cette proportion diminue d'une manière considérable.

L'examen du lait de femme se fait comme celui du lait de vache.

La proportion de matières grasses se reconnaît au moyen des appareils centrifuges, dont l'un des meilleurs est celui de *Babcock*.

La proportion de sucre est à peu près constante — en sorte que cliniquement il n'y a pas lieu d'en faire le dosage.

Quant à la proportion des matières azotées qui ne varie pas beaucoup, elle non plus, on la trouve approximativement en prenant la gravité spécifique du lait. La gravité spécifique de lait est, en moyenne, de 1.030 — à la température de 60° Far.

S'il y a, dans le lait, beaucoup de matières azotées, la gravité spécifique augmente. S'il y a, au contraire, une grande proportion de matières grasses, la gravité spécifique diminue.

Pour l'examen du lait de femme, comme pour l'examen du lait de vache, il faut prendre tout le lait d'un sein ou tout le lait d'une traite, à cause de la différence de composition du premier et du dernier lait. Le premier est plus riche en matières azotées et plus pauvre en matières grasses et vice versa.

Il y a des conditions qui peuvent changer ou affecter la composition du lait.

1° L'âge. — Le lait des femmes de 20 à 35 ans est ordinairement plus riche en matières grasses que celui fourni par les toutes jeunes femmes ou par les femmes qui touchent à la quarantaine.

2° Le nombre de grossesses antérieures n'y fait pas grand chose.

3° Au cours des maladies aiguës graves, le lait, comme les autres sécrétions, est diminué. La proportion des matières grasses diminue et la quantité des matières azotées augmente. Dans les matières infectieuses, les germes peuvent se retrouver dans le lait. Dans les conditions normales, le lait est virtuellement stérile. Le microscope nous révélera aussi, dans les maladies de la glande mammaire, la présence de globules de pus ou de sang. Inutile d'ajouter que, dans ces cas, il faudra suspendre l'allaitement.

4° Quant à la *menstruation*, les auteurs que j'ai consultés ne s'accordent pas bien sur l'influence et les effets qu'elle peut avoir sur la sécrétion lactée. On peut dire, en tous cas, que quand la menstruation est régulière, quand la femme n'en est pas affectée, il y a peu ou point de changement dans la nature du lait.

5° La diète de la femme influe beaucoup sur la composition de son lait. Une diète fortement azotée augmente les proportions des matières protéïdes et des matières grasses. Une diète végétale les diminue au contraire. Les liquides augmentent la quantité de lait, surtout l'extrait de malt qui, en outre de la quantité, en augmente la qualité.

Les alcools de mauvaise qualité, pris en grande quantité, peuvent passer dans le lait et produire de graves symptômes chez le nourrisson. *C'est pourquoi il vaut mieux défendre aux nourrices de faire usage d'alcool.* On doit se contenter d'une diète généreuse, adoptée à l'estomac.

6° Les médicaments peuvent s'éliminer par le lait. Ils y passent plus facilement quand le lait est de qualité inférieure. La Belladone, l'arsenic, les salicylates et les cathartiques s'éliminent toujours par le lait. Le mercure, les iodures, l'opium, les bromures, le chloral — pas constamment, et en tous cas, en très petite quantité;

7° La grossesse doit faire cesser l'allaitement, parce que le lait des femmes enceintes est ordinairement pauvre en matières grasses et en matières azotées.

Les fortes émotions peuvent altérer considérablement la qualité du lait. Aussi la fatigue, l'épuisement, les chagrins, les passions tristes. L'enfant, allaité dans ces conditions, peut présenter les symptômes de l'indigestion, vomissements, selles contenant des matières non digérées, etc., — accompagnés parfois d'élévation de température et de convulsions.

LAIT DE VACHE.

En dehors du lait de femme le lait de vache est le seul qui puisse servir à l'alimentation des enfants.

Le médecin doit veiller à sa pureté.

Nous sommes en ce moment à organiser l'œuvre de la "goutte de lait", qui aura pour objet la distribution du lait.

Nous allons voir à ce que le lait soit de première qualité. Le choix des vaches, la manière de les nourrir, leur inoculation à la tuberculine, l'entretien des étables, l'examen microscopique du lait, tout cela sera sous le contrôle d'une commission de quelques médecins.

L'œuvre n'est qu'en voie de fondation, espérons qu'elle réussira. Son but est tout à la fois humanitaire et patriotique, et ses bons effets ne tarderont pas à se faire sentir. Avant longtemps, les statistiques fournies par le Bureau d'hygiène accuseront une diminution considérable dans le chiffre de la mortalité infantile.

Les principales qualités et conditions du lait, sont :

1° Il doit être frais.

La plus grande partie du lait vendu dans les villes est vieux de 18 à 24 heures, et quelquefois plus ;

2° Il doit provenir de vaches saines. C'est pourquoi toutes les vaches laitières devraient être soumises au test ou à l'épreuve de la tuberculine ;

3° Il doit être de plusieurs vaches, au lieu d'une seule. Il y a là un préjugé à faire disparaître ; attendu que les mères sont sous l'impression que le lait d'une seule vache est préférable. Le lait mêlé est plus uniforme dans sa composition, — tandis que le lait d'une seule vache peut subir des changements et des variations, du jour au lendemain. Dans le lait mêlé, il y a, pour ainsi dire, un correctif ;

4° Il doit être propre. Que de réformes à opérer sous ce rapport ! Que de poussières, que de saletés, que de poils à faire disparaître !!!

5° Les vaches ne doivent pas être nourries avec le grain des brasseries, dont on se sert souvent dans le voisinage des grandes villes ;

6° Le lait ne doit pas être transporté de trop loin. Il doit être refroidi et embouteillé chez le laitier même et tenu à une température de 45° F., au moins, jusqu'à ce qu'il soit livré au consommateur.

De cette manière, on évite tout danger de contamination du lait durant le transport.

COMPOSITION DU LAIT DE VACHE.

MOYENNE.

Matières grasses	3.50
Sucre	4.30
Matières azotées.....	3.06
Sels	0.70

La grande différence entre le lait de femme et le lait de vache réside surtout dans la proportion des matières azotées. Non seulement les matières albuminoïdes sont plus considérables dans le lait de vache, mais elle sont aussi de nature différente.

Les matières protéïdes coagulables par les acides sont dans la proportion de 8 pour le lait de vache et de 1 seulement pour le lait de femme. Ceci est dû au fait, comme nous le disions tout à l'heure, que le lait de vache contient plus de caséine et le lait de femme plus de lactalbumine.

Le lait de vache forme, dans l'estomac, des caillots gros et durs qui se dissolvent lentement; les caillots formés par le lait de femme, au contraire, sont floconneux et se dissolvent rapidement.

Les sels minéraux sont trois fois plus abondants dans le lait de vache.

La réaction du lait de vache, à l'encontre du lait de femme, est ou neutre ou acide. Nous avons vu que le lait de femme est ou neutre ou alcalin. L'eau de chaux qu'on ajoute au lait de vache a pour effet de le rendre ou neutre ou alcalin.

La crème, n'est que du lait qui contient un excès de matières grasses, de 8 à 40 p. c.

La crème dont on se sert pour l'alimentation des enfants doit contenir de 12 à 16 p. c., de matières grasses.

Il y a deux moyens d'obtenir la crème, par l'écémage et par le moyen de la machine centrifuge. La crème obtenue par la machine centrifuge est plus riche en matières grasses. 30 à 40 p. c. Celle obtenue par l'écémage, en contient, en moyenne 16 p. c.

Dans la crème de 20 p. c., la diminution des matières azotées n'est que de 1 p. c., c'est-à-dire, que la crème de 20 p. c., contiendra encore 3 p. c. de matières azotées, le sucre et les sels minéraux se retrouvent pour ainsi dire, dans les mêmes proportions.

En plaçant une pinte ou un litre de lait sur la glace, on obtient, au bout de quatre à cinq heures, environ, 10 onces de crèmes à 8 p. c.

En le laissant 6 heures, on obtient à peu près 6 onces de

crème, à 12 p. c. Cette crème est enlevée par l'écémage ou par le moyen d'un récipient plutôt en verre, et muni d'un robinet à sa partie inférieure par lequel s'écoule le lait jusqu'à ce qu'il n'y reste plus que la quantité que je viens de mentionner.

STÉRILISATION DU LAIT

Par stérilisation, on entend l'action de chauffer le lait afin de détruire les germes qui peuvent s'y trouver.

Il faut bien se rappeler toutefois, qu'aucune des méthodes de stérilisation généralement en usage n'a pour effet de rendre le lait complètement stérile.

Pour obtenir ce résultat, il faudrait, comme pour les milieux de culture, soumettre le lait plusieurs fois à la chaleur et cela durant trois jours consécutifs.

Ce qu'on entend d'habitude par stérilisation et ce qu'on obtient par les moyens employés ordinairement, c'est la destruction des germes pathogènes qui peuvent se trouver dans le lait. Quand même toutes les bactéries ne seraient pas détruites, elles le sont suffisamment pour retarder de plusieurs jours la fermentation du lait.

Les germes que l'on rencontre le plus souvent sont : les bactéries saprophytes qui produisent la fermentation du lait, cause la plus fréquente des troubles digestifs.

On peut aussi y rencontrer les germes du choléra, de la fièvre typhoïde, de la fièvre scarlatine et de la tuberculose. Si on soumet le lait à la température d'ébullition pendant une heure ou une heure et demie, la destruction des germes est à peu près complète, preuve, c'est que ce lait, à la température ordinaire, se conservera pendant une semaine et plus. Malheureusement ce lait, soumis à une aussi longue ébullition est plus indigeste par suite des changements qui s'opèrent dans les matières grasses. On ne doit donc conseiller l'ébullition prolongée que dans les grandes chaleurs de l'été et chez les pauvres qui ne peuvent se procurer de la glace. On a alors à choisir entre deux maux, et il faut choisir le moindre.

Le lait est une émulsion naturelle et la chaleur change, détruit plus ou moins cette émulsion.

Les changements dans le lait commencent à se produire à la température de 80° F. Et ces changements sont d'autant plus marqués que cette température s'élève davantage ou se prolonge davantage.

Pour obvier aux inconvénients du lait bouilli, on a adopté la méthode de Pasteurisation. On soumet le lait pendant 20 minutes, à une température de 70° F. C'est suffisant pour détruire le bacille du choléra, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de la tuberculose et le coli-bacille, mais ce n'est pas assez pour détruire les spores.

Le lait pasteurisé ne se conserve à la température ordinaire de la chambre, que pendant 2 ou trois jours. Sur la glace, il peut se conserver plusieurs jours.

Il va sans dire que le lait pasteurisé doit être dilué, modifié selon les indications, tout comme le lait ordinaire.

Le lait pasteurisé n'a aucune valeur thérapeutique. Je veux dire que, dans la gastro-entérite, il faut le supprimer pour quelque temps, comme on suspend l'usage du lait ordinaire.

On a exagéré le danger de la transmission de la tuberculose par le lait. Cette transmission est possible, mais extrêmement rare. Je me rappelle avoir entendu le docteur Holt, de la Polyclinique de New York, déclarer que sur 119 autopsies d'enfants morts de tuberculose, il n'a pas trouvé un seul cas de lésions primaires du tube gastro-intestinal. La diphtérie, la scarlatine et surtout la fièvre typhoïde, se transmettent bien plus souvent par le lait que la tuberculose.

Messieurs, pour me résumer sur cette question de la stérilisation, je dirai que la pasteurisation, règle générale, vaut mieux que l'ébullition. Elle fait subir au lait moins de changement. Le lait doit être aussi frais que possible afin que la fermentation n'ait pas encore eu le temps de se produire avant la stérilisation. Si le lait est vieux de 24 ou 36 heures, surtout en été, la stérilisation n'aurait pas pour effet de rendre le lait inoffensif.

L'idéal serait que le lait fut stérilisé chez le laitier même. De cette manière, on préviendrait le travail de fermentation si rapide en été, activé encore qu'il est par le cahotement des longs transports.

LAIT PEPTONISÉ.

Maintenant un mot du lait peptonisé.

Le lait peptonisé rend de grands services dans les cas d'indigestion. Il se prépare de la manière suivante: on prend une chopine de lait, et 4 onces d'eau qu'on mélange. On y ajoute une poudre contenant 5 grains d'extrait de pancréas et 15 grains de bicarbonate de soude. Le bicarbonate a pour effet de rendre le liquide alcalin, attendu que l'extrait de pancréas n'agit que dans les milieux alcalins.

Ce mélange est chauffé au bain-marie, à la température de 110° ou 115° F. On le laisse exposé à cette chaleur pendant deux heures, en ayant soin d'agiter le liquide de temps en temps. C'est ordinairement suffisant pour transformer les matières albuminoïdes en peptones. On ne doit pas donner ce lait peptonisé trop longtemps, pas plus de 5 ou 6 semaines, pour la raison que l'estomac finirait par devenir incapable de remplir ses fonctions.

LAIT CONDENSÉ.

Le lait condensé est préparé en portant le lait à la température de l'ébullition afin de stériliser, puis en le laissant évaporer jusqu'à un quart de son volume primitif. On y ajoute 6 onces de sucre par chopine. On le met dans des conserves en fer-blanc.

On le donne dilué, 1 p. 12, pour un enfant au-dessous d'un mois et 1 pour 6 ou pour 8 pour les enfants plus âgés.

Voici la comparaison du lait condensé dilué 1 pour 12:

Matières grasses	0.53 p. c.
Matières azotées	0.65 p. c.
Sucre	4.00 p. c.

On voit donc que les matières grasses sont en trop petites quantité. Il faut y ajouter de la crème si on le donne, comme lait peptonisé, il ne doit pas servir longtemps à l'alimentation.

Il y a aussi le Koumis et le petit lait qui sont utilisés dans l'alimentation des enfants. On se sert chez les Orientaux, de lait de jument pour préparer le Koumis. Comme ferment, on em-

plioie le Kéfir. En Amérique, on se sert du lait de vache non écrémé et comme ferment, de la levure de bière.

Lait.....	1 litre.
Sucre.....	15 grammes.
Eau.....	60 grammes.

Puis un morceau de levure de bière d'un demi-pouce carré à peu près. On met dans des bouteilles entourées de fil de fer. La température doit être tenue à 65° ou 70° F. On agite cinq ou six fois par jour et on laisse fermenter pendant une semaine. On conserve sur la glace.

Les avantages du Koumis sont dus à l'acide lactique et à la petite quantité d'alcool qu'il contient. Les changements qui s'opèrent dans la caséine la rendent plus digestible. Les enfants un peu âgés le supportent mieux que les tout jeunes. On doit le diluer de son poids d'eau. Dans les cas d'indigestion aiguë ou chronique le Koumis est souvent gardé par l'estomac quand toutes les autres nourritures sont rejetées. Souvent les enfants le prennent mieux quand le gaz s'en est échappé. Quand l'estomac est très irritable, on le donne de préférence froid et en très petites quantités: 1 cuillerée à soupe toutes les demi-heures. Il faut voir à ce qu'il ne soit pas préparé depuis trop longtemps.

Le petit lait se prépare ainsi:

Lait.....	1 chopine.
Eau de pepsine.....	2 cuillerées à thé.

On agite pendant quelque temps, puis on laisse reposer jusqu'à ce que le caillot se soit formé. On fait passer à travers d'une grosse mousseline. On peut ajouter une petite quantité de cognac à ce petit lait.

Il ne contient que.....	0.85 de matières azotées.
—.....	0.32 de matières grasses.
--.....	4.80 de sucre.

Le petit lait agit très bien dans les cas d'indigestion aiguë.

Le jus de bœuf est aussi employé. Ses propriétés nutritives sont en rapport de la quantité d'albumine qu'il contient et ses propriétés stimulantes dépendent de la proportion de matières extractives qu'on y retrouve.

Les extraits de bœuf en vente partout ne valent rien. Kemmerich a démontré que les animaux nourris exclusivement à ces extraits mouraient de faim aussi promptement que ceux qui ne buvaient que de l'eau.

On pourrait peut-être faire exception pour la bovinine et les beef peptonoïdes de la Arlington Company, qui contiennent un assez fort pourcentage de matières azotées utilisables pour la nutrition.

La pulpe de bœuf ou bœuf râpé, se digère très bien, même par les enfants de 10 mois et d'un an.

Messieurs, il resterait encore beaucoup à dire sur l'alimentation des enfants, — et de plus, je m'aperçois que je n'ai même pas encore touché à la seconde partie de mon travail, — la thérapeutique infantile. Ce sera pour une prochaine séance, si vous voulez bien me le permettre.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE INFANTILE

Nous entrons de plein pied dans les fortes chaleurs de l'été et cela s'annonce bien. Depuis deux jours le thermomètre se tient à peu près à 90° à l'ombre.

Pour tous ces petits enfants qui ne pourront encore cette année profiter de "*l'Œuvre de la goutte de lait*" (malheureusement cette entreprise si patriotique et si humanitaire ne pourra prendre, du premier coup à Montréal, tout le développement que nous lui souhaitons), il nous faudra nécessairement recourir aux moyens hygiéniques et thérapeutiques ordinaires afin de les sauver, en aussi grand nombre que possible, de la diarrhée infectieuse si commune en été et si généralement fatale.

Nous étudierons d'abord les moyens de prévenir la diarrhée chez les petits enfants et en second lieu nous ferons, d'une manière essentiellement pratique, le traitement de cette affection.

Nous classerons les enfants en deux catégories et ceci au point de vue de la prophylaxie aussi bien que du traitement : les enfants élevés au sein et ceux nourris par des procédés que nous sommes convenus d'appeler artificiels : biberons, lait de vache, etc.

Un enfant nourri au sein est bien moins exposé à la diarrhée, encore faut-il que la mère ou la nourrice allaite d'une manière intelligente et en se soumettant aux règles immuables d'une parfaite hygiène.

Un premier point prophylactique d'une exoessive importance est la régularité dans les repas. La nourrice ne peut s'absenter de son nourrisson pour plusieurs heures consécutives et surtout ne doit jamais manquer de donner le sein au bébé, à l'heure fixée, autrement l'enfant dérangé, éprouve une faim trop grande, boit trop et trop vite et fait presque à coup sûr une vraie indigestion, suivie d'un peu de gastrite qui dégenère bientôt en gastro-entérite.

Voilà de suite un enfant qui court fortement le risque de rester durant tout l'été avec un tube digestif infecté et des rechutes fréquentes s'il n'est pas tué dès la première attaque.

Donc première condition pour qu'un nourrisson évite d'être pris de diarrhée : *Régularité absolue des repas.*

Le régime de la nourrice, tout en étant riche et fortifiant devra rester sensiblement le même, tout le temps que durera l'allaitement, au moins pour toute la saison chaude. Un écart de régime de la part de la nourrice a toujours un retentissement dangereux sur le nourrisson. En règle générale la nourrice s'abstiendra de fruits, de légumes verts, de pâtisseries et surtout de boissons fermentées ou alcooliques.

Les règles d'hygiène de la têtée proprement dite consistent à laver le mamelon avant et après chaque prise avec une solution boriquée ou simplement avec du savon et de l'eau pure. Il faut aussi laver la bouche de l'enfant avec une solution boratée ou boriquée après chaque prise, si la muqueuse n'est pas parfaitement saine et normale.

En suivant avec minutie ces prescriptions si simples il est très probable, je dirai même presque certain que le nourrisson échappera à la diarrhée infectieuse.

L'enfant est sevré. Quand le sevrage a été fait en temps opportun, avant les fortes chaleurs, je crois qu'il est encore plus facile de garder l'enfant des atteintes de l'infection que quand l'enfant est au sein. Ceci peut paraître un paradoxe, mais il y a un grand fond de vérité dans cette assertion. D'abord la diète de la nourrice, qui, dans le cas, se trouve être la vache est toujours identique à elle-même. La préparation de ce lait, qu'il soit modifié ou simplement coupé puis stérilisé peut toujours se faire mathématiquement de la même manière. De sorte que l'enfant ne se trouve pas exposé aux écarts de régime d'une nourrice inconsciente ou trop gourmande. Le soin de l'enfant devient plus facile, du fait que la mère peut être relevée par une aide intelligente quelconque.

Ici, comme dans le premier cas, c'est la régularité absolue dans le nombre des repas et dans la préparation de l'aliment qui sera la meilleure garantie de résistance à l'infection. Il n'y a

pas de raisons pour qu'un enfant qui est en bonne santé aujourd'hui, ne le soit pas demain et toujours si le régime n'est pas changé.

Donc régularité absolue, stérilisation parfaite des ingesta et des appareils v. g., lait, bouteilles, sucres, etc., etc.: Voilà le secret de garder les enfants, nourris artificiellement, à l'abri d'une attaque d'entérite ou de gastro-entérite infectieuse.

Si nous passons maintenant au traitement de la diarrhée infantile, nous verrons que pour les enfants élevés au sein et ceux élevés à la bouteille, les moyens thérapeutiques employés sont à peu près les mêmes.

Le traitement changerait plutôt d'après le caractère de l'infection et il faudrait agir plus énergiquement contre une gastro-entérite grave que contre une entérite simple sans grande importance.

L'entérite simple peut être traitée simplement par l'administration d'un antiseptique intestinal v. g., le calomel à dose faible pour une journée suivi d'un laxatif léger: huile de ricin, etc.

On peut encore se contenter d'administrer une poudre insoluble pouvant faire de l'antisepsie sur place: v. g., le benzonaphthol, le salophène, le salol, les naphthols, à doses répétées trois ou quatre fois dans la journée et ce jusqu'à disparition des symptômes. L'administration des antiseptiques donnera toujours plus d'effet si l'on a le soin de les faire précéder ou accompagner d'un laxatif quelconque.

Quelque soit le médicament employé, le point le plus important du traitement sera de régler la diète d'une manière minutieuse. Si l'enfant est au sein, l'on fera diminuer la quantité de lait de chaque tétée et cesser toute autre alimentation adjuvante qui aurait pu être essayée.

Si ce traitement ne suffit pas à enrayer la diarrhée, l'on n'hésitera pas à retrancher le lait absolument, pour 12 et même 24 heures. L'on se contentera durant ce temps de la diète hydrique absolue.

A la place de chaque repas l'on fait prendre au lieu de la mère une quantité d'eau sucrée ou non, mais stérilisée, approximativement égale ou même supérieure à la quantité de lait que

l'enfant aurait pris. Après une demie journée ou une journée de cette diète hydrique absolue et du traitement médicamenteux, l'on revient progressivement à la diète ordinaire au sein de la nourrice.

Comme moyens adjuvants de ce traitement, il faut entourer le ventre d'une bande de flanelle légère pour éviter les refroidissements de surface, et laisser le petit malade au repos le plus complet possible, le moindre mouvement déterminant des mouvements péristaltiques exagérés et augmentant la fréquence des évacuations.

Le lavement rectal antiseptique est aussi un bon adjuvant, ce procédé débarrassant l'ampoule rectale des matières irritantes qui s'y accumulent constamment, fait rapidement disparaître les douleurs et les ténésmes.

Tous ces moyens adjuvants s'appliquent aussi au traitement de l'entérite simple chez les enfants nourris artificiellement. Le traitement médicamenteux est aussi sensiblement le même. Il n'y a que le traitement diététique qui varie quelque peu.

Un enfant nourri au biberon qui est pris de diarrhée infectieuse doit être momentanément, mais immédiatement sevré et de sa bouteille et de son lait. Le plus simple est encore de recourir à la diète hydrique absolue pour une journée, et de recommencer l'alimentation par une eau alimentaire quelconque: eau de riz, eau d'orge, etc., etc. Après deux jours ou plus l'on revient graduellement à la diète ordinaire en surveillant de très près les effets de l'alimentation sur le tube digestif.

La gastro-entérite infectieuse, véritable choléra des enfants, est plus grave et plus difficile à traiter sûrement. L'enfant pris de cette affection n'a pas seulement une diarrhée terrible qui déshydrate rapidement les tissus au point de faire d'un gros bébé un petit corps ratatiné et parcheminé en quelques heures quelquefois, mais les vomissements opiniâtres et répétés s'opposent à toute médication.

Premier point ici: cesser absolument de faire prendre tout solide ou liquide. L'eau stérilisée, même serait infailliblement rejetée sur le champ et ne servirait, par l'effort de vomissement, qu'à épuiser le petit malade.

Il vaut mieux se contenter pour les premières vingt-quatre heures de ne faire prendre par la bouche que les médicaments, plus haut mentionnés, servant à faire la désinfection des voies digestives: estomac et intestin. A ces conditions, l'on sera agréablement surpris en trouvant qu'après les 2 ou 3 premières doses qui seront quelquefois rejetées, les doses suivantes seront retenues et produiront des effets rapidement appréciables.

La meilleure manière de soutenir durant ce temps les forces du petit malade, c'est de lui donner à toutes les deux ou trois heures, après un grand lavement, un lavement alimentaire, ou simplement stimulant, (le sérum artificiel remplit parfaitement le but si l'on veut donner un lavement stimulant).

Si les lavements ne sont pas retenus du tout, l'on peut recourir à de petites injections hypodermiques de sérum artificiel et par ce moyen éviter au petit patient la mort par inanition qui est très rapide dans certains cas. Un léger sinapisme au creux épigastrique pourra contribuer à faire cesser ces vomissements: bandage de corps, repos au lit, lavements antiseptiques.

Le lendemain, les vomissements seront probablement calmés, il sera temps alors de recourir à la diète hydrique absolue d'abord pour une autre journée et ne recommencer qu'au bout de ce temps, l'alimentation qui sera naturellement excessivement simple et très surveillée: le sein de la mère, ou les eaux alimentaires si l'enfant est nourri artificiellement.

Je suppose que malgré ce traitement fort raisonnable, la maladie n'a pas l'air de vouloir céder et que le petit patient est rapidement conduit à la dernière extrémité. Il ne faudrait pourtant pas encore perdre tout espoir et condamner irrévocablement notre malade sans avoir essayé comme moyen ultime du lavage de l'estomac et de l'entéroclyse combinés. Ce dernier moyen seul, l'entéroclyse a plusieurs fois permis d'opérer des guérisons qui ont paru quasi-miraculeuses.

Je veux donner rapidement ici la technique de cette opération très simple en elle-même et à la portée de tous.

Deux conditions sont essentielles pour obtenir un résultat favorable: l'une tient à la position à donner au malade, et l'autre à la manière de faire pénétrer le liquide d'irrigation.

Le sujet est couché à plat, horizontalement, sur le dos, la hanche gauche modérément relevée par un coussin.

On introduit dans le rectum une longue sonde en caoutchouc pour le jeune enfant, une sonde uréthrale en caoutchouc rouge convient parfaitement.

La sonde doit être poussée *jusque dans le colon transverse*, où l'on peut la sentir sous la peau de la paroi abdominale antérieure.

La partie qui déborde l'anus est reliée à l'aide d'un long tube de caoutchouc à un récipient capable de contenir deux gallons à deux gallons et demi de liquide. Un robinet sert à régler l'écoulement.

La solution est employée à 40° et se compose d'eau bouillie additionnée soit d'acide borique à 4 p. 100, soit de naphthol à 2 p. 100, ou d'une solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000, etc.

Un tampon d'ouate, appliqué contre l'anus, tout autour de la sonde, est maintenu avec la main qui tient en même temps la sonde. Cette précaution prévient le reflux intempestif du liquide injecté.

Ces dispositions prises, on ouvre le robinet et on élève le récipient de quatre à six pouces, pas plus. La méthode repose absolument sur l'application d'une faible pression.

Le liquide coule ainsi doucement, vient remplir le cæcum dont les gaz peuvent s'échapper. Une forte pression les comprimerait et ce sont ces gaz comprimés qui forment la barrière infranchissable et non la valvule elle-même.

Vers la 3e pinte, la valvule iléo-cæcale est franchie et l'injection pénètre dans l'intestin grêle. Quelques coliques annoncent cette entrée.

A ce moment si le niveau du liquide dans le récipient continue à baisser régulièrement on maintient la même position. Dans le cas contraire on élève légèrement le bock.

Le remplissage des anses intestinales amène la matité sur le côté droit et au-dessus de la vessie, puis sur les côtés du ventre. Au niveau de l'ombilic persiste de la sonorité par refoulement des gaz qui viennent former une couche uniforme, sorte de coussinet aérien péri-ombilical.

Au bout de la sixième pinte chez l'adulte, moins chez l'enfant, le liquide franchit le pylore et envahit l'estomac. Le vomissement en traduit la présence. La percussion de l'espace de Traube peut donner de la matité. Le liquide arrivé dans l'estomac, on laisse passer encore une à deux pintes.

On peut ensuite retirer la sonde et le liquide ressort à flot, ou bien introduire une sonde dans l'estomac et continuer le lavage, effectuant ainsi un nettoyage absolu du tube digestif.

En résumé l'emploi de la méthode repose sur les conditions suivantes:

- 1° Emploi d'une grande quantité de liquide;
- 2° Faible pression;
- 3° Lenteur de l'écoulement;
- 4° Position horizontale du sujet;
- 5° Déclivité donnée au cæcum.

Le mode d'action de ce procédé, consiste à antiseptiser l'intestin grêle lui-même par les grands lavages.

H. HERVIEUX.

CORRESPONDANCE.

L'ANTIKAMNIA, LA THERÉBENTINE ET LE SÉRUM DE MARMORECK DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

Je viens de lire dans le numéro du mois de mai l'article consacré par M. E. A. de Cotret à l'étude d'un cas de fièvre puerpérale, et vous serais très reconnaissant de bien vouloir mettre sous les yeux de vos nombreux lecteurs, les quelques remarques que m'a fait faire la lecture de cette étonnante communication.

I. Et d'abord, que penser de la valeur antithermique de la formule léguée par l'ancienne garde-malade?

D'après le docteur de Cotret, "ce serait une prescription merveilleuse pour casser les fièvres, elle agirait mieux que tous les autres antithermiques, on obtiendrait avec elle des résultats miraculeux."

Au fond, la note me paraît légèrement forcée, et dans le cas qui nous occupe, si l'on veut jeter un coup d'œil sur le tracé de la température, l'on se fera, je crois, une plus juste idée des choses.

Ainsi prenons la malade le 17 décembre matin.

A 8 heures a.m., 17 décembre, température	103
A 4 heures p.m., 17 décembre, —	105
A 8 heures p.m., 17 décembre, —	103
A 9 heures p.m., 17 décembre, —	102

De 4 à 9 heures du soir, par conséquent, la température baissait de trois degrés. On commence alors, à 11 heures, à donner les paquets d'antikamnia, toutes les deux heures, et l'on continue à prendre la température.

A 11 heures p.m., 17 décembre, température	100 $\frac{1}{2}$ — un paquet.
A 1 heure a.m., 18 décembre, —	100 — un paquet.

C'est-à-dire que la descente continue, mais est-ce le fait des paquets? Notre savant confrère semble le croire. Pourquoi plutôt ne pas y voir l'effet des injections antiseptiques, par ex-

emple, ou bien alors comment expliquer l'abaissement de la courbe avant même l'administration des paquets. Et puis, ne voit-on pas, malgré la continuation de la médication, la fièvre remonter à 103 et rester à ce niveau jusqu'à 8 heures du matin.

A ce moment, (8 hrs du matin), on cesse l'administration des paquets à cause des signes d'intoxication, et chose surprenante, la température stationnaire jusque-là, tombe immédiatement et atteint 101°.

Mais le tracé s'élève à niveau et les paquets rentrent en scène, la quinine restant impuissante à arrêter cette marche ascendante.

- A 9 heures p.m., 19 décembre, température 106 —un paquet.
- A 11 heures p.m., 19 décembre, température 104 —un paquet.
- A 1 heure a.m., 20 décembre, température 104 —un paquet.
- A 3 heures a.m., 20 décembre, température 104 —un paquet.
- A 5 heures a.m., 20 décembre, température 104 —un paquet.
- A 7 heures a.m., 20 décembre, température 104 —un paquet.
- A 10 heures a.m., 20 décembre, température 104 —un paquet.
- A 12 heures a.m., 20 décembre, température 102 —un paquet.
- A 2 heures p.m., 20 décembre, température 101 —un paquet.
- A 4 heures p.m., 20 décembre, température 100½ —un paquet.

Ici encore est-ce à dire que la chute de la température soit due à l'action des paquets? Je ne le pense pas, et dans les deux cas, il s'agirait simplement d'une rémission, d'une chute fébrile très habituelle en pareil cas, et comme on a coutume d'en voir dans les tracés de grande infection.

La fièvre du reste se rallume aussitôt et le soir du même jour elle atteint brusquement 105°, degré où elle va se maintenir, sans variation notable, jusqu'au soir du 27 décembre. Puis nouvelle chute à 101½. Suivie aussitôt d'une nouvelle ascension à 105°.

Le temps semble venu à notre savant confrère de reprendre sa médication de choix, il nous en montre les "merveilleux effets" sur la température qui descend graduellement à 103½, 102, 101, 100¾, 100⅓, 99, et il ne manque pas de nous faire remarquer qu'elle remonte aussitôt qu'il suspend l'emploi de ses paquets. A vrai dire, ceux-ci n'y sont pour rien, et cette fois l'affaissement de la courbe thermique est sans aucun doute la conséquence de l'ouverture large et facile d'un immense abcès de la fesse, d'où le pus s'échappe en abondance. C'est là

un fait de pathologie générale élémentaire, bien connu de tous, et qui nous fournit l'explication toute naturelle de cette défervescence providentielle.

L'ouverture de l'abcès à la fesse, et la chute de la fièvre s'accompagnent d'une amélioration sensible de presque tous les symptômes; "on dirait remarque l'observation, que cette décharge purulente soulage la malade"!

Aussi notre confrère reprend-t-il ses paquets jusqu'au matin du 3 janvier, sans apporter d'ailleurs grande modification à la courbe thermique. Celle-ci ne tombe définitivement à 99° qu'après l'incision d'un deuxième abcès dans le flanc, en voie de formation depuis une dizaine de jours, et d'où il s'écoule encore beaucoup de pus.

En résumé, les choses ont suivi leur cours normal, la médication n'a eu aucune influence sur la marche de la température, et la supériorité des paquets de la garde-malade sur tous les autres antithermiques ne nous paraît pas démontrée.

II. Leur action toxique par contre apparaît d'une façon manifeste. A cinq reprises, les signes d'empoisonnements imposent la cessation du médicament. On constate à un certain moment la présence sur les gencives du liseré bleu de l'hydrargyrisine. L'infection se compliquait en d'autres termes d'une intoxication médicamenteuse. Voici du reste le compte des médicaments ingérés par la malade pendant le cours de sa fièvre:

Antikamnia	200 grains.
Antifébrine.....	210 grains.
Calomel	5 grains.
Quinine	125 grains.

Plus 5 grains de quinine en injection hypodermique.
30 gouttes d'essence de thérébentine.
70 c. c. de sérum de marmoreck.

Le tout sans préjudice des injections intra-utérines à $\frac{2}{1000}$, d'une potion tonique au quinquina, d'une mixture expectorante, et du classique vésicatoire.

Les injections intra-utérines de sublimé à $\frac{2}{000}$, ne peuvent pas, il est vrai, être incriminées, mais il est bon de faire remarquer, en passant, que ces solutions concentrées sont rarement employées à l'intérieur de l'utérus, après l'accouchement. En

règle générale, du moins dans les maternités à Paris, on se défie beaucoup, et à bon droit, du bichlorure. (1) Ainsi Tarnier n'en permettait l'emploi qu'en injections vaginales, et seulement à $1/5000$; encore le proscrivait-il formellement dans les cas de déchirure étendue du vagin, crainte d'absorption.

Pinard, s'appuyant sur les expériences de Bouchard, rejette aussi complètement le sublimé de sa pratique et n'emploie jamais, à Baudelocque et en ville, que le bi-iodure de mercure à $1/4000$.

III. Reprenons maintenant l'observation à la date du 20 décembre. "L'état de la malade paraît désespéré" et M. le docteur de Cotret se décide à recourir aux grands moyens. Seulement, il n'est pas partisan de la sérothérapie, c'est lui-même qui nous l'apprend: "aux injections de sérum de Marmoreck, j'ai si peu de confiance, car mon expérience assez étendue ne m'en dit rien de bon, que je n'ose y avoir recours."

Aussi ce jour-là se contente-t-il d'injecter 5 grains de quinine dans la fesse gauche.

Le lendemain, 21, à 9 heures du matin, "la malade est plus mal: tout espoir est perdu" et aussitôt l'accoucheur de la maternité "injecte dans le flanc, sans prendre aucune précaution antiseptique dans le but de créer le plus tôt possible un abcès quelconque, 20 c. c., de sérum de Marmoreck"...

À 6 heures, le soir du même jour, le thermomètre marque 105° et l'observation ajoute: "comme on le voit, le sérum de Marmoreck n'a produit aucun effet salutaire," mais aussi pour-quoi attendre que la malade soit sub-claquante, pour recourir à la sérothérapie. Un insuccès dans ce cas ne saurait lui être imputable. Notre confrère ne perd cependant pas courage et continue régulièrement ses injections de sérum, toujours, je suppose, avec la même technique.

Le 23 décembre, la malade baisse toujours, la température est à 105° "comme on le voit, dit l'observation, ce sérum n'a pas d'effet sur la température." En revanche, nous lisons plus loin "qu'à la paroi abdominale, où les injections ont été faites sans antiseptie, on remarque de l'œdème et de la rougeur." Le

(1) Voir *Presse Médicale*, 14 juin 1901: Intoxication mortelle par le sublimé.—LEPAG.

but est atteint, l'abcès se forme, et notre confrère aurait vraiment mauvaise grâce de s'en prendre au sérum qui l'a si bien servi.

Seulement dans de pareilles conditions, et ici mon ancien professeur voudra bien me permettre de différer d'opinion avec lui, on ne saurait en toute justice en vouloir au sérum de n'avoir pas réussi à ramener la température à la normale. Employé selon les règles établies par Marmoreck, c'est-à-dire, *en temps opportun, de façon antiseptique, et seul*, il en eût probablement été capable; mais, quand ce même sérum, primitivement destiné à prévenir et à combattre les méfaits du streptocoque, devint lui-même, par la faute préméditée de l'opérateur, la source d'une nouvelle infection, il ne saurait plus prétendre au même résultat, ni surtout réussir à faire disparaître un état fébrile dont il se trouve être indirectement la cause involontaire.

La mauvaise opinion de M. le docteur de Cotret sur le sérum de Marmoreck résulte, nous dit-il, d'une expérience assez étendue; mais elle paraît mal acquise: je me permettrais de lui en opposer d'autres, aussi très respectables.

D'abord, celle de M. Roux, l'auteur du sérum antidiphthérique, affirmant de tout le poids de son autorité, dans ses leçons de l'Institut Pasteur, en 1896, que la méthode de Marmoreck repose sur un principe sûr et solide, et la reconnaissant, dans un avenir prochain comme le plus beau triomphe de la médication sérothérapique. Voilà pour le côté théorique, que voyons-nous maintenant dans la pratique.

Le professeur Pinard, de Baudelocque, déclare le sérum de Marmoreck capable, non seulement de guérir mais de prévenir l'infection puerpérale et en prescrit l'emploi systématique chez toute femme enceinte jugée susceptible d'une intervention un peu sérieuse lors de l'accouchement.

Ces deux noms suffiront, croyons-nous, à montrer qu'il est encore permis, malgré les prétendus succès de notre confrère, d'accorder une certaine confiance au sérum de Marmoreck, et qu'on peut avoir sur la valeur de cette méthode des idées différentes des siennes; sans cesser pour cela de se trouver en fort

honorable compagnie. A ceux qui en douteraient encore, nous conseillons la lecture, on ne peut plus instructive, du beau livre du professeur Landouzy; la sérothérapie, où ils trouveront, avec des observations et preuves à l'appui, des raisons bien suffisantes à dissiper leurs craintes.

Comme conclusion, et pour terminer cette trop longue lettre, nous dirons que :

1° L'antikamnia ne nous semble pas mériter les qualificatifs pompeux que lui décerne M. le docteur de Cotret, et on aurait vraiment tort de croire cette spécialité pharmaceutique capable d'enrayer la marche d'une fièvre puerpérale;

2° L'emploi du sublimé ou obstétrique peut être indiqué et utile, mais à condition de ne pas s'écarter des règles formulées par Tarnier.

3° Dans le traitement de l'érysipèle et de l'infection puerpérale, la médication antistreptococcique a fait ses preuves, bien qu'on puisse encore lui imputer certains succès, mais la syphilis est-elle toujours guérie par le mercure et la quinine a-t-elle toujours raison de l'hématozoaire de Laveran, et pourtant qui oserait nier la valeur de ces deux médicaments?

4° Avant de condamner une méthode de traitement acceptée par les plus grandes autorités de la science médicale française, et de mettre en doute l'efficacité d'une médication susceptible de rendre les plus grands services, il eût été plus logique et surtout plus équitable de bien savoir quand, pourquoi et comment elle doit être employée.

DR ALPHONSE MERCIER.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE NOUVEAU MODE D'ELECTION DU BUREAU DES GOUVERNEURS.

LES PROCHAINES ELECTIONS DU BUREAU DES GOUVERNEURS.

On se rappelle qu'en 1898 les gouverneurs actuellement élus avaient inscrit sur leur programme d'établissement des élections par districts provinciaux et la suppression du vote par procuration et par scrutin de liste. Le Bureau a tenu parole; il a présenté à la législature de Québec une refonte de notre loi électorale qui a été sanctionnée le 23 mars 1900, et les élections de cet automne auront lieu d'après la loi nouvelle.

Cette nouvelle loi électorale est beaucoup trop longue et beaucoup trop détaillée pour que nous puissions la publier textuellement. Cependant, comme les lecteurs de l'UNION MÉDICALE auront bientôt à donner leur vote pour l'élection du bureau médical, et qu'il est important de savoir comment voter, nous pensons que c'est un devoir pour nous de faire connaître cette loi nouvelle. Nous avons donc préparé une analyse, aussi claire, aussi précise et aussi complète que possible, de tout ce qui, dans la nouvelle loi, regarde le voteur, laissant de côté la partie qui se rapporte plus spécialement aux officiers rapporteurs ou au registraire. Nos lecteurs trouveront dans ces notes tous les renseignements utiles à connaître sur la date de l'élection, la notification officielle, la qualification du voteur, le bulletin de vote, les candidats, la transmission du bulletin de vote et le dépouillement du scrutin.

Nous ne donnons les notes qu'à titre de renseignement, et pour faciliter la tâche de nos lecteurs lors de la prochaine votation, en leur faisant connaître la loi électorale telle qu'elle existe aujourd'hui. Il est bien entendu que l'UNION MÉDICALE n'entend conseiller à personne de voter pour tel ou tel candidat en particulier; notre but est simplement de faire voir com-

ment il faudra voter. Nous avons joint à ses notes une copie du tableau électoral de la province de Québec, afin que chacun puisse constater par lui-même à quelle division électorale il appartient. Les officiers rapporteurs de chacune des ces divisions ont été nommés à la dernière assemblée du Bureau des Gouverneurs; la liste en sera publiée dans les journaux, d'ici au 4 du mois d'août. A cette même date, tous les médecins de la province qualifiés à voter aux prochaines élections devront avoir reçu leur bulletin de vote.

Voici le résumé de tout ce qui, dans la nouvelle loi, concerne le voteur.

Date de l'élection. — L'élection des membres du Bureau des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec aura lieu le mercredi, 4 septembre 1901.

Notification officielle. — Avis de l'élection sera donné au moins un mois à l'avance dans au moins deux revues médicales publiées dans la Province de Québec, dans un journal français et un journal anglais publiés dans la ville de Québec, dans un journal français et un journal anglais publiés dans la ville de Montréal. Cet avis contiendra aussi la liste des officiers rapporteurs des 27 divisions électorales de la province de Québec.

Qualification du voteur. — Auront droit de vote dans chaque division électorale et non ailleurs, les membres du Collège des Médecins domiciliés dans la dite division dûment qualifiés conformément aux règlements du Bureau, ayant réglé leurs contributions annuelles jusqu'au 1er juillet précédant l'élection, et étant inscrit sur le registre du Collège.

Bulletin de vote. — Le ou avant le 3 du mois d'août 1901, chaque voteur recevra par lettre enregistrée et cachetée un bulletin de votation portant à gauche le nom du voteur, son adresse et la signature du registraire et à droite une déclaration de vote que le voteur devra remplir en y inscrivant les noms et prénoms du ou des candidats pour qui il vote, ainsi que son ou leur résidence, et y ajouter la date du jour et sa propre signature. L'oubli de mettre sur le bulletin de vote les noms, prénoms et résidence du ou des candidats, ainsi que la date du jour où l'on vote, suffit à annuler la bulletin de votation. Tout

médecin qui, le 4 août 1901, n'aura pas reçu son bulletin de vote et l'enveloppe certifiée pour le transmettre à l'officier rapporteur, devra en avertir par écrit le registraire, qui lui fera parvenir un second bulletin marqué "double" et une seconde enveloppe.

Candidats. — Le Bureau des Gouverneurs ne nomme pas de candidats officiels. L'élection des gouverneurs est laissée à chaque division électorale en particulier. A cette fin, la province de Québec est divisée en quatre districts électoraux, lesquels districts sont subdivisés en vingt-sept divisions électorales, chacune de ces divisions électorales devant élire un, deux ou trois gouverneurs suivant le cas, ainsi qu'il appert par le tableau suivant :

TABLEAU ELECTORAL DE LA PROVINCE DE QUEBEC

DISTRICTS ELECTORAUX.	DIVISIONS ÉLECTORALES. VILLES ET CONTÉS.	NOMBRE DE GOUVERNEURS A ÉLIRE.
DISTRICT DE QUÉBEC.	No 1.—Québec Centre	3 gouverneurs.
	" 2.—Québec Ouest, Québec Est, St-Sauveur...	3 —
	" 3.—Lévis, Lotbinière.....	1 gouverneur.
	" 4.—Montmorency, Québec, Portneuf.....	1 —
	" 5.—Charlevoix, Chicoutimi, Lac St-Jean.....	1 —
	" 6.—Beauce, Dorchester.....	1 —
	" 7.—Bellechasse, Montmagny, L'Islet.....	1 —
	" 8.—Kamouraska, Témiscouata.....	1 —
	" 9.—Rimouski, Matane, Gaspé, Bonaventure, Ile de la Madeleine	1 —
	No 1.—Montréal, Nos 1 et 2 (1).....	2 gouverneurs.
	" 2.—Montréal, Nos 3 et 4 (2).....	2 —
	" 3.—Montréal, Nos 5 et 6 (3).....	2 —
	" 4.—Joliette, L'Assomption, Montcalm, Berthier	1 gouverneur.
	" 5.—Terrebonne, Argenteuil, Deux-Montagnes, Laval	1 —

(1) Comprenant les quartiers municipaux Ste-Marie et St-Jacques, à l'ouest, par les rues Lacroix, Craig et St-Denis, jusqu'à un point situé un peu au-dessus de l'avenue Duluth; au nord par une ligne s'étendant entre la rue St-Denis et la rue Iberville, passant au-dessus de l'avenue Duluth et de la rue Rachel, et traversant le parc Lafontaine; à l'est par la rue Iberville; au sud par le fleuve St-Laurent.

(2) Comprenant les quartiers municipaux St-Laurent et St-Louis: borné à l'ouest par les rues St-Alexandre, Ste-Catherine, City Councillors et Durocher, jusqu'à un point situé au sud de l'avenue Duluth; au nord par une ligne s'étendant de la rue Durocher à la rue St-Denis et passant au sud de l'avenue Duluth et au nord de la rue Napoléon; à l'est par la rue St-Denis; au sud par la rue Craig.

(3) Comprenant les quartiers municipaux St-Antoine, Ste-Anne, Ouest et Centre: borné à l'ouest par une ligne partant de la Montagne et se dirigeant du nord au sud en passant à l'ouest de l'avenue Atwater, de la rue Fulford et de la rue Shearer jusqu'au fleuve; au nord par la Montagne et l'avenue Mont-Royal; à l'est par la rue Esplanade, l'avenue Duluth, la rue Durocher, la rue City Councillors, la rue St-Alexandre, la rue Craig, la rue St-Gabriel; au sud par le fleuve St-Laurent.

TABLEAU ELECTORAL DE LA PROVINCE DE QUEBEC—*Suite.*

DISTRICTS ELECTORAUX.	DIVISIONS ÉLECTORALES. VILLES ET COMTÉS.	NOMBRE DE GOUVERNEURS À ÉLIRE.
DISTRICT DE QUÉBEC.	No. 6.—Ottawa, Pontiac.....	1 gouverneur.
	“ 7.—Beauharnois, Châteauguay, Huntingdon, Soulanges, Vaudreuil.....	1 —
	“ 8.—Shefford, Brome, Missisquoi.....	1 —
	“ 9.—St-Jean, Chambly, Napierville, Iberville, Laprairie	1 —
DISTRICT DE MONTREAL.	No 10.—St-Hyacinthe, Baget, Rouville.....	1 —
	“ 11.—Richelieu, Yamaska, Verchères	1 —
	“ 12.—Hochelaga Est, comprenant : Pointe-aux- Trembles, Longue-Pointe, Rivière-des- Prairies, Sault - au - Récollet, Maison- neuve, DeLorimier, Petite-Côte, St- Léonard de Port-Maurice, St-Louis du Mile-End et les quartiers Hochelaga, St-Denis et St-Jean-Baptiste dans la ville de Montréal	1 —
	No 13.—Hochelaga Ouest, comprenant : le comté de Jacques-Cartier, Verdun, Ville St- Paul, Côte St-Paul, St-Henri, Ste-Cu- négonde, Westmount, Outremont, No- Dame-des-Neiges, Montréal-Ouest et le quartier St-Gabriel dans la ville de Montréal.....	1 —
DISTRICT DE TR.-RIVIÈRES.	No 1.—Drummond, Arthursbaska, Mégantic.....	1 —
	“ 2.—Trois-Rivières (ville), Champlain (comté).	1 —
	“ 3.—St-Maurice, Maskinongé, Niclet.....	1 —
DISTRICT DE ST-FRANÇOIS.	No 1.—Sherbrooke (ville et comté).....	2 gouverneurs.
	“ 2.—Compton, Stawstead, Richmond, Wolfe..	1 gouverneur.

Transmission du bulletin de vote. — Le bulletin de vote sera transmis à l'officier rapporteur du district où réside le voteur dans l'enveloppe spéciale que le registraire aura envoyée à cet effet. Cette enveloppe porte sur sa face l'adresse de l'officier rapporteur de la division électorale où demeure le voteur, les initiales du registraire du Collège des Médecins, ainsi que les timbres pour les frais de port et d'enregistrement de retour. Le voteur demandera un reçu du maître de poste en déposant sa lettre, et il aura soin de sceller sa lettre avant de l'expédier. Tout bulletin de vote envoyé dans une autre enveloppe que celle préparée à cet effet par le registraire sera nul; le dit bulletin ne pourra pas non plus être apporté à l'officier rapporteur par une tierce personne. Cependant le voteur peut, s'il le pré-

fère, envoyer la lettre par express port payé, ou la remettre en personne à l'officier rapporteur qui délivrera un reçu en conséquence. Si le voteur ne demeure pas dans le même endroit que l'officier rapporteur, et qu'il apporte sa lettre lui-même, il ne peut réclamer aucun frais de route. Tout bulletin de vote qui ne sera pas entre les mains de l'officier rapporteur à cinq heures de l'après-midi, le mercredi 4 septembre 1901, ne comptera pas. Le bulletin de vote peut être envoyé à l'officier rapporteur en aucun temps entre le 4 août et le 4 septembre 1901.

Dépouillement du scrutin. — L'officier rapporteur dépouillera le scrutin à cinq heures de l'après-midi, le mercredi 4 septembre 1901, et au moins devant deux témoins. L'officier rapporteur n'a droit de vote qu'en cas d'égalité des voix, son vote est alors prépondérant. Il n'a aucune autorité en cas de contestation; ces matières relèvent du Bureau des Gouverneurs seul; les tribunaux civils eux-mêmes ne peuvent intervenir.

NOTE. — La loi nouvelle donne un député de plus au district de Montréal. On remarquera, en effet, que l'île de Montréal est divisée en deux: Hochelaga *est* et Hochelaga *ouest*, ces deux divisions élisant chacune un député. Les trois divisions de Montréal (est, centre et ouest) éliront chacune deux députés, ce qui donne en tout huit gouverneurs au lieu de sept pour toute l'île de Montréal.

E. P. BENOIT.

ANALYSES

MEDECINE

Thyroidectomie dans la maladie de Graves. — (Société de Neurologie de New-York, 3 avril 1900.)

Le docteur *B. Farquhar Curtis* présente une malade opérée en novembre 1897 de la moitié gauche de la glande thyroïde. La maladie avait débuté quelque temps auparavant. Les yeux étaient proéminents, et le pouls variait de 120 à 150. Moins de deux mois après l'opération, la malade avait pu reprendre son état de comptable, et son pouls était devenu graduellement plus lent. La guérison semblait apparemment permanente.

Réséction du sympathique dans la maladie de Graves.

Le docteur *Curtis* présente une malade, femme âgée de 29 ans. La maladie avait débuté quatre ans avant l'opération. En décembre 1898, elle présentait une exophtalmie modérée, un pouls plutôt rapide, et du nervosisme. En mai, survint une paralysie de la corde vocale gauche. Douze jours plus tard, le docteur *Curtis* lui réséquait le sympathique cervical des deux côtés, mais ne touchait pas au goître. Durant son séjour à l'hôpital, le pouls ne s'était pas élevé à plus de 106. Depuis l'opération, le nervosisme a diminué et les yeux se sont améliorés. Le premier effet de l'opération a été une diminution du volume de la glande.

Le docteur *Théodore Janeway* dit que lorsque cette malade lui est revenue en janvier dernier, la glande thyroïde avait augmenté de volume, le pouls était d'à peu près 90, des murmures aortiques et systoliques se faisaient entendre, et elle souffrait beaucoup de céphalalgie. L'analyse des urines avait été négative.

Le docteur *Curtis* dit avoir fait neuf thyroidectomies, et dans aucune il ne serait survenu de complications, pas même de l'hémorragie. De ses neuf cas, trois se sont terminés fatalement, après avoir présenté une température très élevée. Il attribue ce résultat à une intoxication thyroïdienne.

Le docteur *Graeme M. Hammond* dit que les résultats obtenus par le docteur *Curtis* semblent démontrer que la majorité de ces cas est la résultante d'une hyperactivité de la glande thyroïde, qui serait causée par un trouble nerveux spécial. Il croit que l'on devrait hésiter avant de conseiller la thyroidectomie, vu sa mortalité de 33 $\frac{1}{3}$ p. c. Il serait intéressant de connaître l'effet de l'administration de la glande thyroïde dans les cas présentant des symptômes toxiques après l'opération.

Le docteur *E. D. Fisher* dit avoir vu un malade chez lequel on avait réséqué le ganglion cervical, et que sa condition générale s'était certainement améliorée. A en juger par les interventions rapportées, l'opération serait justifiable. Quelques chirurgiens ont eu de l'hémorragie, et l'expliquent par la grande dilatation des vaisseaux, supposée être produite par le sympathique cervical. Dans quelques cas, il serait survenu de l'amélioration à la suite de la réséction d'un seul ganglion.

Le docteur *W. M. Leczynsky* dit que pour lui le pronostic de la maladie de Basedow semble dépendre largement de la condition financière du malade. C'est pour cette raison que les malades de la classe pauvre ont plutôt recours à l'opération. Il a essayé maintes fois, mais en vain, à faire entrer ces malades à l'hôpital, afin qu'ils pussent suivre un traitement prolongé.

Le docteur *Fisher* croit que beaucoup de ces cas ne répondent pas même au meilleur mode de traitement, et sous les conditions les plus passables.

Le docteur *Leczynsky* est d'opinion que l'institution à bonne heure d'un traitement convenable, dont un élément essentiel serait le repos prolongé, guérirait beaucoup de cas.

Le docteur *Peterson* partage les vues de ce dernier. Les deux opérations décrites par le docteur *Curtis* lui semblent très sérieuses à entreprendre, jusqu'à ce qu'on ait essayé convenablement des méthodes de traitement moins dangereuses.

Le docteur *Curtis* dit que dans ses cas l'opinion avait alors été émise que les symptômes d'intoxication avaient été le résultat du passage dans le système d'une trop grande quantité de sécrétion thyroïdienne. Il est possible qu'une opération à bonne heure éliminerait ce danger.

E. P. CHAGNON.

Stase alimentaire et décubitus latéral droit, par MARTINET, dans la

Presse Médicale, 2 janvier 1901.

En étudiant le rôle de la stase alimentaire dans tous les cas où elle n'est pas due à un obstacle mécanique, Martinet donne un moyen très simple qui empêche tous les malaises particuliers à cet état.

Dès que le malaise commence à s'étendre, il conseille de se coucher sur le côté droit, la tête un peu relevée, et d'absorber dans cette position une tasse d'infusion chaude de tilleul ou de camomille. Certains symptômes tels que nausées et vomissements, sont arrêtés par cette seule position. Voici l'interprétation qu'il donne de ces faits: "Le canal pylorique se dirige obliquement à droite, en arrière et un peu en haut; dans la position assise, l'estomac ne peut se vider que par une contraction active de ses parois; par suite, la stase reconnaît trois causes: insuffisance motrice des parois stomacales, abaissement de la petite courbure par la dilatation stomacale, spasme pylorique. Dans le décubitus latéral droit, le pylore est dirigé en bas et légèrement en arrière; il est le point le plus déclive de l'estomac. L'infusion chaude de tilleul et de camomille est un adjuvant utile; elle doit agir en diluant le chyme, le rendant aussi plus fluide et moins acide, par suite moins irritant, condition qui détermine si souvent le spasme pylorique; elle agit par sa température; ce petit procédé a l'avantage de réussir souvent, d'être simple, peu coûteux, inoffensif.

J. A. LESAGE.

OBSTÉTRIQUE

De la rétention des membranes après l'accouchement, par MAYGRER, dans *L'Obstétrique*, novembre 1900.

L'auteur a fait une communication intéressante sur ce sujet important.

Ses observations, dans son service de la Charité, portent sur 142 cas de rétention des membranes, du 1^{er} mars 1898 au 1^{er} juillet 1900, sur 1939 accouchements. De ce nombre 124 n'ont été suivis d'aucune complication, 18 ont été accompagnés d'accidents infectieux. Dans 31 cas un fil avait été placé sur le moignon membraneux, d'après le conseil de Tarnier, pour aider à l'extraction des membranes décollées.

Sur les 18 cas malheureux, 16 ont guéri, 2 se sont terminés par la mort.

Voici le traitement suivi dans les 18 cas infectieux : 3 fois, il n'y a pas eu d'autre intervention que les injections vaginales et intra-utérines, guérison ; 13 fois, curetage digital et écouvillonnage, succès ; 2 fois, ce traitement n'ayant pas eu de succès on a pratiqué le curetage sans succès : une d'elles a subi l'hystérectomie abdominale totale.

La première observation peut se résumer comme suit : accouchement spontané à terme, rétention d'une partie des membranes, pose d'un fil sur leur moignon, chute du fil sans membranes, infection, curetage et écouvillonnage, puis curetage, mort le 8e jour.

D'après l'auteur, ces 16 observations montrent le danger qu'il y a de se fier à la pose d'un fil sur les membranes. " Ce procédé demande à être surveillé de près ; on ne l'emploiera que lorsqu'on est certain d'êtreindre avec le fil une notable épaisseur de membranes, sans quoi, ce fil pourra tomber sans entraîner avec lui le lambeau membraneux retenu."

M. Maygrier insiste sur le temps que ce fil doit rester en place. Pas plus de 24 heures, car ce fil constitue un véritable drain pour les microbes du vagin vers l'utérus. Après ce temps, il faut extraire les membranes si elles n'ont aucune tendance à tomber.

La deuxième observation se résume également comme suit : Accouchement à 7 mois et demi d'un fœtus mort et macéré, rétention de la caduque, accidents infectieux, curetage digital et écouvillonnage, puis curetage, hystérectomie abdominale totale le 13e jour, persistance des accidents et mort le 44e jour.

Et l'auteur conclut aux dangers que peut faire courir aux femmes la rétention partielle ou totale des membranes malgré les soins d'asepsie et d'antisepsie.

" Il ne faut jamais laisser séjourner les membranes dans l'utérus, dit-il, et leur extraction immédiate doit être pratiquée dans la grande majorité des cas."

Et l'auteur conseille l'écouvillonnage dans les cas d'accidents, le curetage digital et l'écouvillonnage ; en cas d'échec, nettoyage de l'utérus par le curetage instrumental.

" L'hystérectomie totale est une dernière ressource à laquelle on ne s'adresse que lorsqu'on sera certain que l'infection est strictement localisée à l'utérus. Mais il faut bien prendre garde de se faire illusion à cet égard, car l'organisme peut être envahi alors qu'on croit que l'infection ne s'est pas encore généralisée, comme la seconde observation en fournit un exemple."

J.-A. LESAGE.

Délivrance artificielle, par le professeur BUDIN, dans *Journal des sages-femmes*, 16 mars, 1er et 16 avril 1901.

A propos d'une observation où on a pratiqué la délivrance artificielle dans un cas de contraction de l'anneau de Bandl retenant l'arrière-faix emprisonné dans la cavité utérine, l'auteur définit ce qu'il faut entendre par la délivrance artificielle.

" Il y a expulsion, dit-il, lorsque la délivrance s'accomplit sous l'action des seules forces de la nature, sans intervention aucune. On dit, au contraire, qu'il y a extraction lorsque l'accoucheur, pour faire sortir l'arrière-faix, a dû intervenir avec la main ou d'une façon quelconque."

La délivrance spontanée comporte le détachement du placenta et son expulsion au dehors par les seules forces de la nature.

La délivrance artificielle comporte une intervention pour le premier temps, à savoir le décollement complet ou partiel du placenta.

Une première cause qui oblige à intervenir est l'imminence de l'emprisonnement du placenta par contraction de l'anneau de Bandl ou anneau de contraction, au-dessus de l'orifice interne, ou par enclâtonnement, ou par rétraction totale de l'utérus. Le professeur Budin fait remarquer, en passant, que ces accidents sont moins fréquents qu'autrefois, " et cela tient à ce que l'on a abandonné à peu près généralement l'emploi du seigle ergoté. Autrefois médecins et sages femmes se servaient beaucoup d'ergot de seigle qui était passé dans la pratique habituelle des accoucheurs."

L'auteur rapporte quelques cas où l'administration de seigle ergoté immédiatement après la sortie de l'enfant pour activer les contractions utérines avait tétanisé l'utérus, emprisonnant ainsi l'arrière-faix et amenant la mort.

Une deuxième cause d'intervention réside dans les adhérences partielles ou totales du placenta, incitant le praticien à exercer des tractions sur le cordon qui ouvrent les sinus et provoquent une hémorrhagie, surtout s'il y a inertie utérine consécutive.

Une troisième cause où la délivrance artificielle est d'urgence est la rupture utérine.

Une quatrième cause se rencontre dans le placenta prævia et la déchirure du col.

En résumé : hémorrhagies, adhérences placentaires et emprisonnement du placenta constituent les trois grandes indications de la délivrance artificielle.

Manuel opératoire.—En premier lieu faire l'asepsie et l'antisepsie complètes des parties ; agir immédiatement s'il y a danger imminent ; placer la femme dans la position obstétricale (en travers du lit, le siège près du bord du matelas) s'il y a lieu ; donner le chloroforme si possible. On introduit alors la main antiseptisée et enduite de vaseline dans l'utérus en suivant le cordon.

" On place la main gauche, dit-il, sur la paroi abdominale dans le but de fixer le corps de l'utérus. Lorsque, avec la main droite, intérieurement, vous arriverez au niveau du placenta, la main gauche, extérieurement, maintiendra la paroi utérine, la fixera. Vous avez rencontré le placenta. Comment faites-vous pour le détacher ? Vous vous servez de votre main comme d'un vrai couteau à papier que vous insinuez entre le paroi utérine et le placenta. Supposons que ce soit la main droite qui a été introduite et que le placenta occupe la partie postérieure de la cavité utérine. Dans ce cas, c'est le bord cubital de

la main que l'on passe entre le bord de l'utérus et le placenta qui sert de couteau à papier, en allant de gauche à droite, et sépare le dit placenta. Si, au contraire, le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus, c'est avec le bord radial de la main et en allant de gauche à droite que l'on procède à la séparation. Pour la main gauche le principe est le même, seulement on procède en sens inverse. Si le placenta est inséré dans le fond de l'utérus, on ne peut plus opérer le détachement avec le bord de la main; mais on arrive au même résultat avec l'extrémité des doigts réunis et recourbés en crochet. On opère comme on le fait lorsqu'on veut séparer l'écorce d'une orange."

Lorsque le placenta est ainsi détaché, l'auteur recommande de s'assurer que la cavité utérine est libre en la parcourant dans toute son étendue et ne retirer sa main que lorsqu'on se sera assuré de la rétraction de l'utérus. Il faudra examiner attentivement le placenta pour s'assurer qu'il est complet. On procède alors à un grand lavage au sublimé à 1 p. 4000, ensuite à 1 p. 8000 suivi d'une irrigation à l'eau boricuée chaude. Dans d'autres cas plus difficiles, on ne peut pas détacher le placenta, soit à cause de ses adhérences trop fortes, soit à cause de la fermeture du col; il ne faut pas hésiter à faire la dilatation sous le chloroforme.

L'auteur se prononce contre l'emploi de la curette qui peut déchirer l'utérus, il vaut mieux, avec la main introduite dans l'utérus, procéder à la lacération des cotylédons, les déchirer autant que possible et faire ensuite des lavages très soigneux de l'utérus.

Il faudra éviter l'erreur de prendre pour un cotylédon la surface rugueuse de l'utérus à l'insertion du placenta, ou un fibrôme, etc. Si le placenta a subi un commencement d'injection, l'auteur conseille de faire de grands lavages intra-utérins, faire suivre d'un écouvillonnage avec vaseline créosotée et procéder au tamponnement avec la gaze iodoformée.

Suivant l'auteur le pronostic de la délivrance artificielle est bon depuis la période antiseptique. Sur les 39 cas observés par lui, une seule est morte subitement par embolie gazeuse à la suite de pénétration d'air dans les veines. "Néanmoins, dit l'auteur, on doit toujours faire des réserves et ne rien négliger pour se mettre dans les conditions les plus favorables de réussite."

J.-A. LESAGE.

Déchirure du périnée, par le professeur BUDIN, dans *Journal des Sages-femmes*, 1er mai 1901.

Après une description des organes externes l'auteur se demande quelle est la conduite à tenir lorsqu'il y a déchirure incomplète ou complète du périnée?

Dans tout accouchement il faut toujours procéder à l'examen du périnée. Si la déchirure n'intéresse que le dernier, c'est peu grave, mais si le sphincter anal et la paroi vaginale sont intéressés, la chose est plus sérieuse.

Autrefois on laissait la réunion se faire seule, mais aujourd'hui les choses se passent autrement. Si la déchirure intéresse la périnée sur une étendue de un à deux centimètres, Budin conseille le serres-fines qui amènent une réunion complète après deux ou trois jours. Si la déchirure est plus étendue, il faut alors faire la suture ou le périnéorrhaphie.

On peut se servir d'une aiguille et d'un fil quelconque pourvu qu'ils soient aseptiques, on emploie généralement le crin de Florence *bouilli dans de l'eau contenant du sublimé*. Il est préférable de donner le chloroforme et avoir près de soi des curettes contenant une solution de sublimé.

On passe plusieurs fils en commençant par en bas et en remontant ; il faut avoir soin de prendre assez de tissus pour que les fils ne glissent pas. " Vous passez trois ou quatre fils, par exemple, et vous faites alors la réunion toujours en procédant de bas en haut. Le périné est ainsi reconstitué. S'il reste quelques parties béantes à la surface cutanée, vous faites de petites sutures superficielles. Dans le cas de déchirure du sphincter, il faut faire la plus grande attention pour placer le premier fil vers le sphincter.

Si le rectum et le vagin sont intéressés, on commence par suturer le vagin, puis le rectum, en employant de préférence le catgut, pour terminer par le périné avec du crin de Florence ou tout autre fil.

" En faisant la suture du rectum, on s'arrange de manière à ce que les nœuds du catgut soient dans l'intérieur du rectum, parce que l'élimination se fera ainsi plus facilement quand tout sera fini, tandis que si le nœud était en dehors du rectum, on s'exposerait à ce qu'il ne soit pas résorbé et procure peut-être une fistule. Pour la suture du vagin, on aura soin, pour les mêmes raisons, de mettre aussi le nœud dans l'intérieur du vagin."

Un lavage termine tout. En général, l'auteur conseille de ne faire soi-même les injections.

Il est important de donner des laxatifs aux femmes qui ont été opérées. Après six ou huit jours, on enlève les crins de Florence, ou un peu plus tôt si ce sont des fils de soie.

" Si vous suivez ces indications, dit le professeur Budin, vous n'aurez que des succès."

J.-A. LESAGE.

PÉDIATRIE

Accidents provoqués chez le nourrisson au sein par l'alcool qu'absorbe sa nourrice. — (*Gazette des Hôpitaux*, 12 mars 1901, Dr GUINOT).

L'auteur rappelle les liens étroits qui unissent la nourrice à l'enfant, et combien promptement réagit ce dernier lorsqu'un malaise quelconque vient affecter la première.

Ainsi, qu'une nourrice bien portante absorbe une certaine quantité de vins, liqueurs, bière, etc., et immédiatement le nourrisson va mal.

A ce propos, l'auteur rapporte une observation personnelle qui est instructive.

Il fut appelé une nuit auprès d'un enfant élevé en nourrice et jusque-là bien portant. En le mettant au lit le soir, l'enfant avait crié au point de se tordre en se renversant en arrière, etc. Après examen minutieux, on ne releva rien de spécial, pas de fièvre, etc. ; la nourrice se portait bien, comme d'habitude. L'enfant s'endormit bientôt, et, le lendemain, rien n'y paraissait.

Un mois après, il fut de nouveau appelé auprès du même nourrisson et pour les mêmes accidents.

Après enquête, le médecin apprit que la nourrice avait assisté à un grand dîner où elle avait bu du vin et même de l'eau-de-vie de marc. La cause était

l'atropine. Il donne dix gouttes de la solution suivante aux deux principaux repas, soit un milligramme par jour.

Eau distillée.. 50 grammes
Sulfate neutre d'atropine.. 0 gr. 05 centig.

Son action serait momentanée. Des doses plus élevées n'ont pas donné d'effet persistant. Le coq du levant, la morphine et le vécratum viride sont d'un emploi incertain.

Pour aider l'évacuation gastrique, il conseille le bicarbonate de soude dissous dans une infusion chaude. On sait que l'eau chaude est un antispasmodique bien connu.

Tout récemment, Cohnheim a proposé l'huile à la dose d'un verre à liqueur à chaque repas. On a aussi conseillé l'application sur l'épigastre d'une compresse humide recouverte de taffetas gommé et maintenue par un bandage de corps. L'auteur associe aussi quelquefois l'opium et la belladone.

Laudanum de Sydenham.. 10 grammes
Teinture de belladone.. 10 grammes

10 à 20 gouttes dans un verre d'eau au début de chaque repas.

Le médecin devra aussi tenir compte du terrain nerveux et arthritique sur lequel évolue cette maladie. Un régime alimentaire approprié et une hygiène bien comprise feront souvent mieux que le traitement médicamenteux.

Le même auteur, dans un travail publié dans la "Presse Médicale" 1901, n° 21, sur le régime alimentaire des hyperchlorhydriques, recherche quel est le régime alimentaire qui convient le mieux aux hyperchlorhydriques. S'inspirant des recherches faites antérieurement par les auteurs et se basant sur ses propres observations, il constate que d'une part, le régime végétarien, qui serait le plus propre à assurer le repos de l'estomac, laisse un résidu considérable non modifié dans l'estomac de ses malades. D'autre part, les albuminoïdes, notamment la viande, déterminent une excitation sécrétoire intense, mais ils possèdent la propriété de fixer l'acide chlorhydrique combiné, de sorte que si la quantité totale est augmentée, la quantité d'acide libre est moins forte; or, comme c'est ce dernier qui est le facteur principal de l'hyperchlorhydrie, il s'ensuit que les albuminoïdes peuvent restreindre les malaises. Mais il y aurait des inconvénients à exciter cette sécrétion par un usage constant de matières albuminoïdes. Néanmoins ils sont indiqués dans ces cas.

Les œufs sont moins excitants, mais le lait est, sans conteste, supérieur à tous les autres aliments, car il exerce une excitation très peu marquée et il fixe le mieux l'acide chlorhydrique libre à cause de la fine division de sa caseïne. S'il donne lieu à des fermentations chez certains malades, il peut être remplacé par de la viande crue.

Les graisses exerceraient une action inhibitrice sur la sécrétion gastrique. Cohnheim conseille l'usage de l'huile en nature chez certains malades atteints de sténose pylorique. Le beurre cru et la crème seraient également recommandables et au même titre.

J. A. LESAGE.

PHARMACOLOGIE

RHINITE OU RHINO-PHARYNGITE (formules diverses).

Menthol	1 gramme.
Lanoline }	ââ 15 grammes.
Vaseline }	

Ou bien :

Solol }	ââ 0g. 50 centigrammes.
Menthol }	
Lanoline }	ââ 15 grammes.
Vaseline }	

Où bien :

Menthol }	ââ 0g. 50 centigrammes.
Solol }	
Chlorhydrate de cocaïne	0g. 30 centigrammes.
Lanoline }	ââ 15 grammes.
Vaseline }	

On applique gros comme un pois de l'une de ces pommades. Chez le nouveau né on introduit dans les narines un peu d'huile mentholée à 1 p. 10.

En inhalations on peut conseiller le mélange suivant :

Teinture de benjoin	90 grammes.
Chloroforme	xxv gouttes.

Une cuillerée à thé dans un demi-litre d'eau bouillante.

CONTRE L'OTITE AIGUE.

Gardez pendant dix minutes dans le conduit de l'oreille une des deux solutions suivantes :

Chlorhydrate de morphine	0g. 10 centigrammes.
Eau de laurier-cerise	5 grammes.
Eau distillée simple	10 grammes.

Où bien :

Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme.
Extrait d'opium	0g. 10 centigrammes.
Eau distillée simple	10 grammes.

Lorsqu'il y a purulence, on fera bien d'instiller cinq à huit gouttes du mélange suivant :

Acide phénique	1 gramme.
Glycerine neutre	10 grammes.

TRAITEMENT DE LA PELADE.

Après avoir coupé les cheveux ras on savonne et lave tous les jours avec :

Bichlorure de mercure	0g. 10 centigrammes.
Acide ascétique	1 gramme.
Alcool à 90 degrés	100 grammes.
Éther }	ââ 50 grammes.
Alcoolat de lavande }	

Plus tard on fait des lotions excitantes avec :

Ammoniaque	5 grammes.
Essences de thérébentine	25 grammes.
Alcool camphré	125 grammes.

Où bien :

Acide ascétique	1 à 5 grammes.
Chloral	5 grammes.
Ether	25 grammes.

POUDRE A PRISER CONTRE LE CORYZA.

I. Menthol	0 gr. 20 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 40 centigrammes.
Acide borique	8 grammes.
Salicylate de Bismuth	16 grammes.
II. Salol	2 grammes.
Benjoin	4 grammes.
Acide citrique	4 grammes.
Sucre de lait	10 grammes.

POMMADE GUYON.

Sublimé	0 gr. 02 centigrammes.
Eau	25 grammes.
Savon pulvérisé	50 grammes.
Glycerine	25 grammes.

Pour lubrifier les instruments de chirurgie : sondes urétrales, catheters elle est glissante, antiseptique et non irritante.

CONTRE L'APYREXIE.

Persulfate de soude	2 grammes.
Eau	300 grammes.

Une cuillerée à soupe une demi-heure avant les deux principaux repas.

Cessez au bout de six jours, même si on a obtenu un effet favorable. On recommence après une période de repos suffisante. En cas d'insuccès, cessez également.

D'autres malades se trouvent mieux de la solution suivante :

Métavanadate de soude	0g. 03 centigrammes
Eau distillée	150 grammes.

Une cuillerée à café durant quatre jours consécutivement une demi-heure avant les deux principaux repas. (Robin).

BIBLIOGRAPHIE

Traité médico-chirurgical de Gynécologie; par F. LABADIE-LAGRAVE, médecin de la Charité, FÉLIX LEGUEU, chirurgien des Hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

La Gynécologie a conquis rapidement une place importante dans la pathologie; chacune des phases qu'elle a traversées a marqué un progrès. A ses premières périodes, elle a gardé dans ses études et sa pratique un caractère surtout médical. Ce sont des médecins qui ont ébauché les premières assises de la gynécologie. Puis survint la chirurgie antiseptique; avec elle commence, pour la Gynécologie, une nouvelle phase, féconde en succès et en découvertes intéressantes, une phase que les chirurgiens français ont été les premiers à favoriser, et pendant laquelle ils n'ont cessé de maintenir au premier rang la renommée de la chirurgie française. Dès lors, la Gynécologie devenait exclusivement chirurgicale.

Le médecin, cependant, ne peut se désintéresser des études gynécologiques; c'est à lui qu'il appartient de faire souvent le premier diagnostic, de poser de bonne heure des indications thérapeutiques utiles. Alors même que l'intervention est réalisée, le rôle du médecin intervient encore pour compléter par une thérapeutique appropriée les résultats et les bénéfices de l'opération.

Ce traité médico-chirurgical de Gynécologie a pour but de caractériser cette union intime qui doit exister entre le médecin et le chirurgien.

La classification adoptée par les auteurs a pour base la pathologie générale.

Dans la partie qui a trait à la Thérapeutique générale, ils ont décrit dans des chapitres absolument nouveaux le *traitement hydrominéral*, le *traitement hydrothérapique* des *affections gynécologiques* et les médications nouvelles comme les *injections de solutions salines*, l'*opothérapie*, etc.

Plusieurs affections, jusqu'ici laissées au second plan, ont paru mériter une description spéciale.

Dans le groupe des infections, l'on a placé à côté de la blennorrhagie, l'infection puerpérale.

Enfin dans le groupe des tumeurs, des développements étendus ont été consacrés aux questions d'actualité.

Dans l'étude des opérations, les procédés les plus récents et les plus importants sont longuement exposés.

Enfin les auteurs ont apporté une attention spéciale à l'étude des *Relations pathologiques de l'appareil génital et de l'appareil urinaire*.

Bien que trois ans à peine se soient écoulés, de nombreuses modifications ont été cependant apportées à cette seconde édition.

Ainsi certains chapitres ont été complètement remaniés. Tels sont les chapitres qui ont trait aux *plaies de l'utérus*, aux *corps étrangers de l'utérus*, à la *tuberculeuse génitale*, aux *ovarites scléro-kystiques*, à la *torsion des salpingites*, aux *kystes tubo-ovariens*.

Dans le domaine chirurgical, les auteurs ont développé ce qui a trait aux opérations conservatrices, aux ligatures atrophiantes, à la méthode d'énucléation des myômes.

L'hystérectomie abdominale totale a pris dans cette édition une place prépondérante pour le traitement des salpingo-ovarites, du cancer et des fibromes de l'utérus.

Un grand nombre de figures nouvelles ont été intercalées dans le texte.

Ainsi remanié et complété, le *Traité médico-chirurgical de Gynécologie* conserve son caractère primitif; il reste un *Traité* à la fois didactique et pratique.

A. MARIEN.