

## CHRONIQUE MEDICALE

---

### LA PHILOSOPHIE DE LA DIGESTION. — L'INTESTIN SUPPLÉANT A L'ESTOMAC

---

Dans un précédent article, (1), nous avons signalé les conquêtes nouvelles de la physiologie de l'estomac en étudiant l'œuvre expérimentale du professeur Pawlow, un savant russe. Nous y avons vu que les fonctions si compliquées de la digestion ne se bornaient pas à un simple phénomène de chimie ; mais que le cerveau y jouait un rôle important qu'on n'avait pas même soupçonné jusque là.

Sans doute, il faut un estomac sain, avant tout, mais à lui seul il ne suffit pas, par son contact pur et simple avec les aliments ingérés, à provoquer la sécrétion des glandes chlorhydro-peptiques ; il faut que celles-ci soient sollicitées tout particulièrement à remplir telles fonctions par un ordre venu des centres nerveux supérieurs. Ces centres sont, à leur tour, sous la dépendance d'impressions recueillies au dehors et transmises par les sens qui constituent ainsi des *centres psychiques* dont le rôle a été bien mis en lumière, en ce qui touche la digestion, par les travaux ingénieux de Pawlow, et dont nous pouvons vérifier la nature et l'importance par l'observation de ce qui se passe chez chacun de nous ou dans notre entourage immédiat.

Mais ces conquêtes nouvelles de la physiologie stomacale ne sont pas les seules à l'actif de l'illustre savant du Nord. Si nous passons de l'estomac dans l'intestin, et si nous y étudions les phénomènes intimes et complémentaires de la digestion, nous allons voir comment l'intestin peut suppléer entièrement aux fonctions de l'estomac ; et nous allons comprendre comment la physiologie contemporaine trace à la chirurgie sa voie nouvelle et comment, aussi, elle lui explique les succès souvent inespérés de ses interventions audacieuses.

Jusqu'à ce jour, on savait, d'une façon plus ou moins empirique, que l'intestin peut, le cas échéant, prendre la place

(1) Voir UNION MÉDICALE, novembre 1902.

de l'estomac; c'est même une supériorité qu'il a sur l'estomac, car la réciproque ne paraît pas vrai, mais on l'expliquait peu ou pas.

Claude Bernard avait démontré que l'intestin et le pancréas participent, pour une large part, aux fonctions de digestion en versant dans le duodénum leurs trois ferments — trypsine, amylase, lipase, qui agissent sur trois variétés d'aliments: protéiques, amylacés, et gras. Mais il semble que les physiologistes n'aient pas accepté comme définitives ces notions classiques.

Aussi bien, Pawlow, reprenant ces travaux, les a mis à jour d'une façon inattendue. Ses expériences, aussi suggestives qu'originales, appellent des conclusions de la plus haute portée philosophique.

Donc, après avoir démontré l'influence d'un élément psychique dans le processus de la digestion, comme si vraiment ces phénomènes d'une basse matérialité intéressaient autant l'âme que le corps, le prof. Pawlow passe à l'intestin.

Suivons-le.

“ Le point essentiel mis en lumière par M. Pawlow et par ses élèves. . . c'est que la digestion n'est pas une série d'actes isolés, mais un système continu, dont chaque phase est commandée par la phase qui la précède et commande la phase qui la suit, et dont l'intestin est, pour la plus large part, le siège et l'instrument.” (1)

Ainsi donc, on peut dire que seul, un organe — nous parlons des organes de la digestion les uns par rapport aux autres — ne peut rien. Il a besoin pour accomplir son œuvre de la collaboration d'un autre organe qui le provoque et l'aide à agir. Nous avons vu que l'estomac avait besoin du cerveau dans l'accomplissement de ses fonctions; voyons, maintenant, comment l'intestin a besoin de l'estomac pour parfaire la digestion et comment il agit sous cette influence.

Nous savons que l'intestin, en particulier le duodénum, est pourvu de glandes situées dans l'épaisseur de la muqueuse qui sécrètent certains liquides qui ont des propriétés spéciales;

(1) Emile Gauthier, dans la Revue, janvier 1902.

d'autre part, nous savons aussi que le pancréas secrète un suc spécial renfermant trois ferments — *trypsine, amylase, lipase*, — dont le rôle nous est connu. Mais toutes ces glandes ne fonctionnent pas à jet continu; elles n'entrent en action qu'au moment précis où leur besoin se fait sentir, et au fur et à mesure que le bol alimentaire, progressant d'étape en étape, arrive à la hauteur de l'une de ces glandes... "il se fait comme une sorte de déclanchement automatique, comme une action réflexe, qui amorce la sécrétion attendue. C'est un phénomène analogue, en quelque sorte, à ce que nous voyons sur une voie ferrée lorsqu'un train ouvre ou ferme en passant le signal avertisseur..." (1)

Or, le moment psychologique pour la sécrétion de l'intestin est l'arrivée du bol alimentaire chassé de l'estomac. Soit action mécanique; soit affinité chimique, son arrivée au contact de la muqueuse intestinale "déclanche;" en raison de son acidité, l'activité des glandes au niveau desquelles il se trouve, et, séance tenante elles sécrètent un liquide *sui generis*, appelée *sécrétine*, par Bayliss et Starling, dont la composition exacte n'est pas déterminée. Cette sécrétion, absorbée et mise en circulation dans le sang, agit immédiatement sur le pancréas qu'elle sollicite à sécréter, avec énergie, son suc pancréatique indispensable à la digestion, qui commence pour de bon. On pourrait croire que c'est une hypothèse: en voici la démonstration expérimentale. "A cet effet, on met à macérer dans de l'eau acidulée un fragment de la muqueuse de l'intestin grêle d'un chien à jeun; on neutralise, l'on fait bouillir l'extrait aqueux ainsi obtenu, et l'on injecte quelques gouttes de cet extrait dans une veine d'un animal pourvu d'une fistule pancréatique. Quelques instants après, le suc pancréatique coule abondamment de la fistule." (2)

Mais il y a plus.

Tel quel, le suc pancréatique amené au contact du bol alimentaire par la vertu de la *sécrétine* n'aurait qu'un pouvoir très médiocre — par sa *trypsine* — sur les albuminoïdes. Il a

(1) Gantier, *loc. cit.*

(2) *Idem.*

besoin d'être assaisonné d'un nouvel ingrédient qui exalte l'activité de son ferment. Or, ce nouveau liquide est l'*entérokinase*, qui provient de l'intestin, le duodénum et le jéjunum. C'est un ferment soluble sécrété au niveau du "déclanchement" automatique du pancréas. Il améliore la *qualité* du suc pancréatique tandis que la sécrétine en augmente la *quantité*.

En résumé, l'arrivée, de l'estomac, du bol alimentaire acide, provoque la sécrétion des glandes intestinales. Ces dernières font passer dans l'intestin un ferment soluble appelé *sécrétine* qui est absorbé et mis en circulation dans le sang. Celui-ci à son tour agit sur le pancréas qui déverse son suc pancréatique dans le duodénum en provoquant en dernier ressort un troisième ferment soluble appelé *entérokinase*, qui exalte l'activité de son ferment typique: et la digestion commence.

Ainsi donc, c'est à l'intestin qu'incombe le plus important, le plus gros du travail digestif, et il n'y a plus à s'étonner qu'on puisse impunément supprimer l'estomac.

Mais alors, dira-t-on, l'estomac est un organe surrogatoire, et dont, à la rigueur, on pourrait impunément se passer?... Oui et non. Ce serait dépasser les limites de notre pensée d'avancer que l'estomac est un viscère de luxe, car il y a si longtemps que l'homme en est pourvu que sa suppression suffirait à créer une gêne, sinon un vide...

Ces notions nouvelles nous font envisager l'avenir avec plus d'assurance, voilà tout, et elles font naître l'espoir d'une guérison radicale pour les dyspeptiques dont le nombre augmente avec une rapidité vertigineuse, "au fur et à mesure que nos civilisations faisandées raffinent leur cuisine et compliquent leur labeur."

L'ablation de l'estomac a été tentée avec succès; et il y a, de par le monde, des gens qui vivent dans un état d'*agastrie* complète. J'en connais pour ma part deux, opérés par un chirurgien de cette ville, et on raconte l'histoire authentique d'une fileuse de Zurich, Anne Landie, opérée par le Dr Schlatter qui subit cette mutilation paradoxale avec succès, et qui en prit même prétexte pour engraisser... On voit, par ce seul exemple, que cette opération peut devenir *féconde* en

résultats, et que l'amour de la science n'engendre pas toujours la stérilité, comme on se plaît à le répéter depuis l'histoire d'une banqueroute célèbre. (1)

Désormais nous pourrons escompter à l'avance le suprême argument dans les ulcères graves de l'estomac; les dyspepsies invétérées et malignes, les contractures de l'orifice pylorique, les ptôses cachectisantes, etc. Jusqu'ici la chirurgie opérerait au petit bonheur, mais à présent que la physiologie a assigné aux fonctions digestives des limites fixes où s'élaborent les ferments solubles indispensables à leur accomplissement, il lui suffira de les respecter pour ne point mettre en danger la nutrition de son malade lorsque, par hasard, il lui prendra fantaisie de se dispenser des services obligatoires d'un estomac mal dressé.

Et le médecin ne sera plus étonné d'une semblable anomalie.

Puisque c'est l'intestin qui jouit des fonctions les plus importantes, c'est vers lui que devront converger toutes les investigations et tous les efforts. " L'obscurité qui si longtemps plana sur l'étiologie et la nosographie des dyspepsies va se trouver dissipée du coup, et il y a lieu d'espérer que ce progrès clinique s'accompagnera tôt ou tard d'un progrès thérapeutique équivalent. Qui sait, en effet, si l'on n'arrivera pas à triompher des pires troubles de la nutrition, en administrant au patient, à l'heure, dans des conditions et aux doses propices, la *secrétine* ou l'*entérokinase* qui lui faisaient défaut, comme on administre déjà la thyroïdine ou le suc orchidien dans les cas où il s'agit de remettre " othérapeutiquement " en équilibre telles ou telles fonctions détraquées? "

Ces données valent qu'on s'y arrête.

J.-A. LESAGE,

*Agrégé-médecin de l'Hôpital Notre-Dame.*

(1) Brunetière, *la Banqueroute de la Science.*

## QUESTIONS PROFESSIONNELLES

---

### LA LICENCE INTERPROVINCIALE

Législation provinciale, Législation fédérale

---

Dans notre dernier numéro, nous avons publié, en entier, le rapport du comité spécial chargé, par la Société Médicale de Montréal, d'étudier le projet de loi Roddick.

Depuis longtemps déjà, nous avons annoncé que la Société Médicale avait l'intention d'apporter son concours dans la discussion de cette grave question; peut-être aurait-elle pu le faire plus tôt. Ce projet de loi nous touche d'assez près, croyons-nous, pour que les sociétés médicales, les universités et même la profession tout entière prennent la peine de l'étudier.

Jusqu'ici, tout ce que nous avons lu ou entendu sur le Bill Roddick a du mérite et même beaucoup de mérite; mais on a trop voulu, ça se sent, détruire pour le plaisir de détruire et non pas, comme il est sage de faire, pour remplacer par mieux.

L'amour excessif du *statu-quo*, ce tue progrès, est encore profondément ancré chez nous. Nous ressemblons à de petits rentiers qui, au soir de leur vie, se contentent, *usque ad mortem*, des mêmes potins. Nous sommes un peuple jeune et déjà nous prenons des airs de vieux. Dès que du nouveau nous arrive, nous le rejetons presque infailliblement sans le discuter sincèrement et surtout sans nous donner la peine, par amour du *statu quo* toujours, de chercher mieux. Nous sommes trop satisfaits de nous-mêmes, et beaucoup trop fiers de ce que nous avons pour ne pas croire que tout est, ici, comme dans le meilleur des mondes. Il nous faudra pourtant, un jour, ouvrir les yeux plus grands et constater que notre province n'est pas tout le Canada. Malgré ses richesses, la place qu'elle occupe à la tête des autres provinces, Québec ne les vaut pas toutes à elle seule! L'Ouest progresse à pas de géant; les compagnies de chemins de fer se disputent ces espaces immenses et dans quelques années des millions d'habitants cultiveront ce sol fertile et encore sauvage.

Resterons-nous indifférents à ces changements kaléidoscopiques que subit notre pays? Devons-nous rester satisfaits du rôle prépondérant qui nous est assuré dans notre vieille province et ne pas nous intéresser au mouvement qui s'accroît ailleurs? Poser ces questions c'est les résoudre. Ne devons-nous pas, en effet, être les premiers à prendre une grande part dans le développement de tout le Canada? Oui, assurément, et rien ne doit nous empêcher, aujourd'hui, d'étendre notre influence d'une mer à l'autre. Fils de colonisateurs, il nous faut suivre les traditions de nos ancêtres et ne pas laisser exclusivement à d'autres le mérite d'augmenter les richesses de notre pays. Déjà nos compatriotes sont disséminés par groupes importants dans les provinces sœurs d'Ontario, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse, etc., où leur nombre augmenterait beaucoup plus vite encore s'il y rencontraient des médecins de langue française. Le Canadien-Français est resté profondément attaché à sa religion et à sa langue; nous en avons la preuve irrécusable aux États-Unis où nous comptons une foule de compatriotes. C'est donc dire qu'il faut, à tout prix, garantir à ceux qui désirent s'aventurer par de là les limites de notre province, les services de médecins et de curés de langue française. Nos compatriotes n'iraient sûrement pas aux États-Unis en aussi grand nombre s'ils ne savaient pas y trouver un prêtre et un médecin qui parlent leur langue. Si nous voulons que l'Ouest canadien et nos provinces sœurs reçoivent un plus fort contingent de canadiens-français; si nous voulons conserver à notre pays ses forces jeunes qui vont se dépenser à l'étranger, enlevons les obstacles et *rendons libre à tous nos médecins l'exercice de leur profession dans tout le Dominion!* . . .

Il ressort de ce que nous venons de dire qu'un bon nombre de nos compatriotes émigrent; qui aux États-Unis; qui dans nos provinces sœurs. Nous sommes tous d'accord pour regretter qu'un trop grand nombre vont dans la République voisine. Nous avons tenté de prouver que cette expatriation se fait malheureusement sans trop de regret parce que nos

compatriotes sont certains de retrouver dans les centres américains deux bons amis : le curé et le médecin de langue française. Il est alors facile de conclure que si nos compatriotes ne se rendent pas en plus grand nombre dans les autres provinces, c'est parce qu'ils n'y rencontrent que des médecins de langue anglaise et surtout bien peu de curés qui parlent notre langue.

Et pourtant, comme nous l'avons fait remarqué déjà, la population canadienne-française est considérable dans plusieurs de ces provinces. Ottawa, Prescott, Cornwall, sont, dans l'Ontario, des centres Canadiens-Français; dans la Nouvelle-Écosse il y a le groupe si important des Acadiens; au Nord-Ouest et dans le Manitoba leur influence augmente chaque jour. Or, il y a bien peu de nos médecins en dehors de Québec; et, cependant, plusieurs hôpitaux appartenant à nos religieuses sont, là-bas, sous la direction de médecins anglais et protestants. La chose n'est-elle pas déplorable? Aussi, toute cette population demande-t-elle des médecins de langue française.

Il existe, en dehors de Québec, d'excellents débouchés pour un bon nombre de confrères qui végètent ici parce que nous y sommes en pleine pléthore. Le contingent versé annuellement par nos universités n'est pas pour améliorer cette situation; loin de là, et il va falloir tôt ou tard ou fermer nos écoles de médecine ou trouver ailleurs un champ d'action. L'occasion qui se présente est par conséquent bonne à saisir; les esprits sont échauffés et toute la profession attend avec anxiété une solution du problème qui lui soit favorable. Ce qu'il faut ce n'est pas d'ouvrir la porte des autres provinces par tous les moyens possibles, mais de s'efforcer d'obtenir le même résultat par le meilleur moyen possible.

Avant d'aller plus loin, que l'on nous permette de réfuter une objection qui frappe au premier abord. Les statistiques accordent un médecin pour mille habitants environ dans notre province, tandis qu'Ontario possède à peu près, un médecin pour chaque 800 habitants. A première vue la province de Québec aurait tout intérêt à fermer ses portes pour empê-



cher les médecins des autres provinces de venir s'emparer de nos malades, et nous n'aurions que faire d'aller dans une province où il y a déjà surabondance de médecins. Cet argument ne supporte pas une dissection même rapide. D'abord est-on bien sûrs que nos confrères anglais d'Ontario veulent le Conseil Fédéral pour venir chez nous? S'est-on déjà demandé ce qu'un médecin anglais, ne sachant pas un mot de français, et l'on sait combien peu le parlent, viendrait faire dans nos milieux canadiens-français, à la ville ou à la campagne? Non, cette invasion n'est pas à craindre, car si Ontario désire la licence fédérale c'est plutôt pour envoyer ses médecins dans l'Ouest où l'immigration anglaise prend, chaque jour, des proportions considérables; ou bien, pour profiter du vaste champ à exploiter qu'offrent les colonies anglaises du Sud-Africain. L'Angleterre n'attend, en effet, que cet accord de provinces canadiennes pour nous offrir la reconnaissance de nos diplômes et le droit d'exercer notre profession sur toute l'étendue de son Empire.

Ne croit-on pas, d'un autre côté, que chaque médecin de langue française venant de Québec sera bien accueilli par nos compatriotes d'Ontario qui laisseront immédiatement, soyons en sûrs, le médecin anglais qu'ils étaient obligés d'appeler auprès de leurs malades? Nous croyons même qu'un bon nombre d'anglais catholiques les préféreront à leurs compatriotes protestants. Nous avons vraiment tout à gagner et rien à perdre à cet échange de licence avec Ontario et les autres provinces du Dominion.

Il est opportun de bien établir, de suite, la nécessité d'une licence interprovinciale; en d'autres termes, il faut commencer par démontrer tout le bien que nous pourrions retirer d'un permis d'exercer notre profession dans l'une ou l'autre province du pays, avant de discuter les moyens à prendre pour obtenir ce but désirable. C'est ce que nous croyons avoir fait plus haut avec surabondance de preuves à l'appui.

Ceux qui s'opposent à toute innovation nous répondront peut-être qu'il est possible, aujourd'hui, pour un de nos compatriotes d'aller dans une autre province pourvu qu'il satis-

fasse à l'examen du bureau provincial local. Oui, c'est chose connue! Cependant bien peu en usent de cette prérogative et la raison en est bien simple. D'abord, pour avoir une certitude de passer cet examen il faut être élève sortant d'une Université, la tête encore remplie de tous les termes et de toutes les théories qui s'envolent malheureusement après quelques années de clientèle; puis, il faut subir cet examen devant des gens qui ont tout intérêt à refuser au candidat l'entrée chez eux, donc entachés de partialité; enfin, celui-ci est obligé de répondre en anglais; ce qui est assez difficile pour ceux qui ont étudié dans des livres français comme nous le faisons ici. Ce moyen n'est donc pas à la portée des médecins qui voudraient changer de province après plusieurs années de pratique active, ou qui ne parlent l'anglais qu'avec difficulté. Sans compter que cet examen ne procure que le droit de pratiquer dans la province où il est subi; pour aller tenter fortune dans une autre province il faudra un nouvel examen.

Nous ne croyons pas cette manière de faire très pratique, n'en déplaise à ceux qui la trouvent suffisante: le passé est là pour nous le prouver. Il faut trouver un autre procédé plus à la portée de nos confrères, et le trouver immédiatement.

Voici le moment de parler du rapport adopté par notre Société Médicale à une des dernières séances.

Après avoir rappelé les efforts infructueux qui ont été tentés en 1888-90-93 dans le but d'obtenir la reconnaissance par toutes les provinces de leur licence respective, le rapporteur conclut que les moyens d'obtenir l'échange interprovinciale sont au nombre de deux:

- 1° *Une législation provinciale;*
- 2° *Une législation fédérale.*

1° Nous nous empressons de dire qu'une législation provinciale qui permettrait le simple échange de licence, d'une province à une autre, est de beaucoup, la plus pratique, la plus rapide d'exécution et surtout la moins onéreuse pour le pays et les médecins.

Voici pourquoi Ontario refuse aujourd'hui de reconnaître notre licence. Dans cette province l'élève porteur d'un diplôme universitaire est obligé de subir un nouvel examen devant le Collège des Médecins avant de recevoir sa licence; tandis qu'ici l'élève sous brevet a droit à sa licence dès qu'il est diplômé par une de nos écoles de médecine. La différence apparaît de suite et elle est très grande. Croyez-vous alors que le Collège des Médecins d'Ontario, qui ne reconnaît pas les diplômés de ses Universités, pourrait condescendre à reconnaître ceux de nos universités? Ce serait trop lui demander, comme il l'a dit chaque fois qu'on a voulu entrer en pourparler avec lui sur ce sujet.

La législation provinciale dont parle le rapport aurait pour but d'accorder à notre Collège des Médecins l'autorisation d'examiner tous les candidats à la licence, c'est-à-dire ceux qui sont porteurs d'un diplôme universitaire.

Quelle seront les chances de succès d'un tel projet de loi devant la chambre de Québec?

En 1888, l'Acte Médical de la Province de Québec, qui demandait à chaque élève diplômé par nos universités de subir un examen avant de recevoir sa licence, fut renvoyé sur le préambule. Il faut entendre les parrains de cet acte pour avoir une idée des influences qui furent mises en branle pour assurer l'avortement de ce projet pourtant si désirable même à cette époque. S'en suit-il que le même sort attend aujourd'hui un nouvel effort dirigé dans le même sens? Nous ne le croyons pas et voici pourquoi.

En 1888, nos universités, qui se liguèrent pour tuer l'Acte Médical de la Province de Québec, n'avaient ni raison, ni intérêt à abandonner au Collège des Médecins une prérogative, si prérogative il y a, qu'elles avaient dû céder déjà au Barreau et à la Chambre des Notaires; en un mot, il n'y avait pas, alors, la perspective d'un Bureau Fédéral, comme celui que veut créer le Bill Roddick, pour leur forcer la main. Aujourd'hui, la situation n'est plus la même et nos universités (de langue française s'entend) ne mettront plus, croyons-nous, la même ardeur à faire échouer une telle législation.

Elles aimeront mieux perdre une prérogative *illusoire*, ou, plutôt, elles mettront volontiers les médecins sur le même pied que les avocats et les notaires pour empêcher un Bureau d'Examineurs et de Censeurs de siéger à Ottawa. Cette dernière perspective est un pensez-y bien et vite! Nos amis anglais, ils ne le cachent pas, sont décidés d'agir; ils veulent coûte que coûte obtenir le droit de pratiquer dans tout le Canada, et ils l'obtiendront quand même, malgré notre province, et à se partager entre eux le reste du pays. Quand on saura, à Ottawa, que Québec refuse et s'obstine à ne rien faire dans un sens ou dans l'autre pour obtenir une licence canadienne, on passera outre soyons-en tous bien persuadés, et le Bill Roddick tel que déjà adopté avec tous ses sous-entendus, ses imperfections et ses pouvoirs trop grands, deviendra loi pour tout le Canada sauf Québec. Il suffira d'enlever le paragraphe 3 de la 6e clause, où il est dit que cette loi ne prendra effet que lorsque toutes les provinces l'auront acceptée, et le tour sera joué.

Quelle garantie avons-nous qu'après quelques années de ce *modus vivendi* qui ne pourra que nous être désavantageux, nos successeurs n'accepteront pas d'entrer dans la fédération sous l'empire du Bill Roddick non amendé: celui dont nous avons horreur aujourd'hui?

Nous avons dit et prouvé, plus haut, qu'une législation provinciale est bien préférable à une législation fédérale. Si ce sentiment est partagé par la profession et par nos Universités il faut se mettre à l'œuvre et faire une lutte active devant la Chambre de Québec afin d'obtenir de chacun de nos députés un concours qui nous permettra d'écarter le Bill Roddick pour le remplacer, sans tarder, par une loi provinciale ayant le même effet.

2° Si la législation provinciale n'est pas possible, à cause de la soi-disant grande influence des universités anglaises auprès de la chambre ou pour toute autre raison, il faudra bien adopter une autre mesure. C'est en somme cette éventualité qui a provoqué une étude attentive du Bill Roddick, comme forme de législation fédérale.

Nous croyons être l'écho de tous les médecins de langue française du district de Montréal et ailleurs en affirmant, ici, que nous ne devons pas accepter le Bill Roddick tel que passé à Ottawa. Nos amis de Québec en sont arrivés à la même conclusion depuis longtemps. Le comité nommé par la Société Médicale de Montréal a fait une étude approfondie de cette loi et a pu faire disparaître, d'après nous, plusieurs objections qu'elle présente. Tel qu'amendé par le Comité, le Bill Roddick n'offre plus ou presque plus d'inconvénients.

La Société Médicale de Québec a prouvé que ce moyen d'obtenir une licence pour tout le Canada était détestable dans sa forme, et la Société Médicale de Montréal nous fournit le moyen d'envahir tout le pays sans rien perdre pour cela, de nos privilèges acquis. L'œuvre de l'une est complétée par l'œuvre de l'autre; toutes deux ont leur mérite et ont droit à notre reconnaissance.

Dans la loi fédérale, telle qu'amendée, les membres du Conseil Central ne peuvent pas exercer de contrôle sur les modes d'enseignement primaire suivis dans chaque province; ils n'ont rien à voir dans l'enseignement de nos universités; ils ne peuvent, d'aucune manière, empiéter sur les privilèges du Collège des Médecins de chaque province, qui reste maître chez lui comme par le passé; ils n'auront que le droit d'accorder ou de refuser la licence fédérale aux candidats qui satisferont ou non à leur examen.

Dans une clause importante, la 16e du Bill Roddick amendé, il est dit que les candidats, pour avoir le droit de se présenter devant le Conseil Central *devront être dûment qualifiés en vertu des lois provinciales et passer l'examen prescrit, en se conformant à toutes les conditions et règles requises pour le présent acte avant d'avoir droit, moyennant le paiement des honoraires prescrits à ce sujet, à tous les privilèges attachés à la licence fédérale.*

Personne donc, ne peut se présenter devant le Conseil fédéral avant d'être médecin, et avoir déjà le droit de pratiquer dans une de nos provinces. Les médecins étrangers ne pourront solliciter cette licence que s'ils peuvent fournir la

preuve qu'ils ont le droit d'exercer leur profession dans leur propre pays.

Malgré tous les amendements apportés, le bill Roddick n'en reste pas moins une machine onéreuse pour le pays et le médecin candidat à la licence fédérale. Nous n'avons pas à nous occuper, ici, des sommes que l'état devra déboursier pour l'entretien d'un Bureau Central d'Examineurs; nous ne prendrons en considération que les dépenses encourues par le candidat à la licence.

La clause 16e, comme nous venons de le voir, exige que tout candidat soit médecin dûment qualifié dans sa province et, qu'après examen, il paie une somme de... avant d'obtenir le droit d'exercer la médecine où il veut. Ceci vient à dire que l'élève diplômé par une université qui désire obtenir la licence fédérale devra se qualifier en payant la licence dans la province où il a reçu son brevet d'études, puis, payer pour la licence fédérale, et enfin payer la licence qui lui sera imposée par la province où il veut exercer. Ceci fait bien trois licences à payer avant de jouir du privilège d'être médecin pour tout le Canada. C'est cher, disons-le sans crainte; nos législateurs pourraient y apporter sans doute un peu plus de modération.

Voici encore une objection beaucoup plus sérieuse:

Qui nous dit, qu'une loi adoptée, cette loi ne sera pas modifiée dans le cours des années, de façon à nous créer des difficultés et des ennuis aussi graves que ceux que provoquerait aujourd'hui le Bill Roddick non amendé? Pour obvier à cet inconvénient il suffirait peut-être d'insérer une clause exigeant l'acceptation par toutes les provinces de chaque nouvel amendement avant qu'il soit en force.

Nous reviendrons encore sur cette question, car il convient de ne rien faire à la hâte.

Nous concluons aujourd'hui:

I° Que l'état actuel — impossibilité ou à peu près pour un médecin d'exercer sa profession dans tout le Canada — est déplorable;

II° Qu'il faut, à bonnes conditions, obtenir la licence interprovinciale;

III° Qu'une législation provinciale est celle qui offre le plus d'avantages et trouble le moins l'état actuel;

IV° Que, s'il est impossible d'obtenir une législation provinciale, il faut recourir à une législation fédérale;

V° Que le Bill Roddick tel qu'amendé par la Société Médicale de Montréal est l'expression juste et sincère d'une telle législation avec les perfectionnements qu'elle comporte. (1)

(1) Depuis que ces lignes ont été écrites, la Législature de Québec a renvoyé à six mois le Bill Roddick tel que l'avaient adopté les Chambres fédérales. C'était agir prudemment; et nous sommes heureux de voir que l'attitude de la majorité des députés ait été conforme aux conclusions de notre rapport. (2)

(2) Voir UNION MÉDICALE, mars 1908.

# REVUE GENERALE

## FAITS DIVERS

*Influence de l'écémage sur les aliments constitutifs du lait.*—

Depuis longtemps on discute avec conviction de part et d'autre les avantages et les désavantages du lait stérilisé. Dans le cours de l'année dernière la Société de Pédiatrie de Paris, sur l'initiative du regretté prof. Varnier, a mis la question à l'ordre du jour et les conclusions peuvent se résumer en quelques mots: (1) malgré ses désavantages réels, il vaut mieux préconiser, dans les grands centres, l'usage exclusif du lait stérilisé, car les garanties d'un lait frais et pur de tout germe sont impossibles à obtenir. Entre les dangers problématiques du lait stérilisé et les graves accidents de l'entérite infectieuse causée par l'emploi de lait naturel impur et vieux, souvent, de 24, 36 et 40 heures, il vaut mieux opter en faveur de la première méthode.

Néanmoins, il est intéressant de connaître comment l'écémage — opération habituelle chez tous les fournisseurs de lait — modifie le lait au point de lui enlever la plus grande partie de ses éléments constitutifs. Cette petite enquête nous explique la genèse des accidents de rachitisme et d'atrespie que l'on invoque contre l'usage du lait stérilisé

Voici l'analyse, présentée à l'Académie des Sciences, le 16 août 1902, par MM. Bordas et Rackowski, d'un lait soumis à l'action d'une écémuse centrifuge:

	En grammes p. 100.		
	Lait type.	Lait écémé.	Crème.
Extrait.....	15.41	10.23	54.50
Cendre.....	0.68	0.72	0.28
Matière grasse.....	5.86	0.09	50.88
Lactose.....	4.96	5.28	2.38
Caséine.....	2.87	3.24	1.15
Acide phosphorique total.....	0.176	0.184	9.096
Acide phosphorique organique.....	0.0044	0.0013	0.0252
En acide phosphoglycérique. . . . .	0.0124	0.0037	0.0691
En lécithine (F. 7.27).....	9.058	0.018	0.334

(1) Toute cette question est exposée avec clarté plus loin. C'est la mise au point d'une question toute d'actualité.



L'examen de ces chiffres analytiques montre que, en écrémant à 90 p. 100, on a enlevé au lait, sur lequel a porté l'expérience, 69 p. 100 de la lécithine qu'il contenait.

Si l'on considère que les laits consommés sont souvent écrémés à 30 et même 40 p. 100 on voit que, en même temps que la matière grasse, on enlève, par cette pratique, de 20 à 30 p. 100 de lécithine.

" Cette dernière constatation, disent les auteurs, suffit à expliquer les chiffres si élevés de décès par troubles gastro-intestinaux, que l'on constate dans les villes dont les municipalités ont toléré la mise en vente de lait écrémé, elle permet en outre d'expliquer le mécanisme des accidents signalés par différents médecins chez les enfants en bas âge nourris exclusivement avec du lait stérilisé."

Ces constatations devront nous faire réfléchir si l'on songe à l'écémage qui se pratique ici, à Montréal, dans des proportions égales à celles qui apparaissent ci-dessus, sans compter le pourcentage de l'eau dont on augmente impunément les proportions.

Néanmoins, il faut préconiser, malgré tout, la stérilisation car elle fait courir à l'enfant moins de risques que l'ingestion d'un lait impur et vieux de 48 heures.

*De la fièvre de grossesse.* — Le professeur Pinard vient, dans une leçon récente, (1), de faire le procès de la fièvre de grossesse dont l'existence supposée remonte à un célèbre accoucheur anglais, John Burns, qui vécut entre 1809 et 1843. Cet auteur décrit deux états fébriles spéciaux aux femmes enceintes: l'un apparaissant au début de la conception et pouvant durer plus ou moins longtemps; l'autre, plus grave, débutant vers le milieu de la grossesse et pouvant se terminer par l'avortement d'abord et la mort ensuite.

Plus tard, des auteurs français en ont cité des exemples: suivant eux, et dans ces derniers temps, Tarnier et Budin, dans leur *Traité de l'art des accouchements*, en rapportent trois cas personnels.

(1) *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, mars 1903.

Après eux, un auteur, Vinay, discute la réalité de la fièvre de la grossesse et admet que l'état gravidique n'agit que de seconde main et par l'intermédiaire de maladies spéciales et individualisées.

“ Il ne peut donc, dit-il, s'agir d'une action directe, comme l'ont admis les auteurs que nous avons cités; les découvertes dans la pathogénie des maladies fébriles, de même que les progrès de l'analyse clinique, montrent de plus en plus le rôle effacé et secondaire de la gestation dans la production de la fièvre.”

Le professeur Pinard s'élève contre l'existence de cette maladie particulière: “ *la fièvre propre aux femmes enceintes n'existe pas.*”

— Pinard soutient que cette entité morbide est essentiellement scolastique et qu'elle n'a jamais servi qu'à masquer une erreur ou une absence de diagnostic. Il faut faire disparaître ce chapitre de la pathologie de la grossesse, car cette conception peut empêcher de rechercher avec patience et tenacité la cause véritable d'un état fébrile chez une femme enceinte.

Inversement la négation absolue de la fièvre de la grossesse commandera l'analyse attentive des symptômes cliniques chez toute femme présentant un état fébrile pendant la gestation. Ces remarques s'appuient sur une observation rigoureuse des faits; et il sera possible de dépister la cause intime de ces fièvres anormales en démontrant l'existence d'une appendicite, de torsions de tumeurs — hémato-salpinx, hydro-salpinx, kystes de l'ovaire — et cholécystites, évoluant avec un état fébrile chez une femme en gestation.

Chez une de ses malades, le professeur Pinard, par une laparotomie exploratrice, découvrit et fit l'extirpation d'un ovaire rempli de pus.

Ce détail clinique n'échappera pas à l'attention de tous les accoucheurs avertis.

CHERCHEUR.

---

## LA MALADIE DE BARLOW ET L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL DEVANT LA SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE PARIS (1)

— — —

Dans le dernier trimestre de l'année dernière, la *Société de pédiatrie de Paris* a consacré ses séances à l'étude de la maladie de Barlow, de ses rapports avec l'emploi du lait stérilisé. Il y a là des faits très gros de conséquences pratiques, et que nous devons résumer après la clôture du débat, qui a eu lieu en janvier. Mais, avant d'en arriver à ce point spécial, nous croyons utile de dire en quelques mots ce qu'est la maladie de Barlow.

### I

La maladie de Barlow et le scorbut atteignent les enfants; déjà quelques auteurs, en particulier Ingesler, Jallaud, l'avaient nettement reconnu, lorsque Chealde (1879), puis Barlow (1883), insistèrent sur les faits dont la connaissance s'est peu à peu vulgarisée depuis vingt ans. Les cas, en effet, sous les influences que nous aurons à chercher, se sont multipliés surtout en Angleterre et en Amérique, puis on en a observé en France, en petit nombre il est vrai, et c'est depuis 4 ou 5 ans seulement que l'on s'est occupé, dans notre pays, de cette maladie, étudiée complètement par Netter d'abord, puis mise à l'ordre du jour de la *Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie* l'an dernier (2), de la *Société de pédiatrie* tout dernièrement.

Chez un enfant âgé ordinairement de 7 à 11 mois, quelquefois mais non toujours rachitique, les membres inférieurs deviennent douloureux d'un côté d'abord, puis de l'autre; le moindre mouvement arrache un cri, le facies devient terreux. Comme signe physique, on constate un gonflement fusiforme dia-épiphysaire qui est dû à un hématome sous-périosté, capable de remonter assez haut le long de la diaphyse. Sou-

(1) Cette revue générale, d'une question qui a fait frais d'une discussion intéressante à la *Société de Pédiatrie de Paris*, est un exposé aussi succinct que possible de l'opinion des maîtres sur la question du lait stérilisé et naturel. La lecture en est instructive et mérite d'attirer l'attention de tous les médecins, en particulier de ceux qui s'intéressent à l'hygiène infantile. Ces considérations sont empruntées à un nouveau journal de médecine à Paris, *La Revue française de Médecine et de Chirurgie*.—N. D. L. R.

(2) Voir le compte-rendu, paru dans la *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, de la discussion provoquée par la communication de Varnier, intitulée: *Doit-on continuer à recommander l'emploi du lait stérilisé dans l'allaitement mixte et lors du sevrage des nourrissons parisiens?*—(Année 1902, pages 69, 101, 154.)

vent plusieurs os se prennent successivement, des hémorragies analogues se font dans l'orbite et chassent l'œil en exophtalmie. A un degré extrême, les os malades se fracturent, les épiphyses se décollent.

Ces signes osseux sont, quoi qu'on en ait voulu dire, distincts de ceux du rachitisme. A la suite de Möller, en effet, de nombreux auteurs, allemands surtout, ont voulu soutenir que c'était là une forme hémorragique du rachitisme avec fracture spontanée: opinion insoutenable, car les signes et désordres locaux sont identiques à ceux que les auteurs anciens ont constatés chez les adolescents embarqués comme mousses à l'époque où le scorbut sévissait sur les navires pendant les voyages au long cours. On a objecté que les taches purpuriques sont rares, et surtout que l'on n'observe presque jamais chez l'enfant les fongosités gingivales saignantes, caractéristiques du vrai scorbut: argument précaire, car les lésions gingivales sont liées à l'existence des dents, et surtout des dents cariées, et, chez les nourrissons, on les constate depuis la simple pétéchie jusqu'à la fongosité ulcérée, en raison directe du nombre de dents déjà sorties.

Et toutes les argumentations tombent devant ce fait brutal: quand vous constaterez les symptômes que nous venons d'esquisser, donnez à l'enfant quelques gouttes de jus de citron, un peu de jus de viande, de lait cru, de purée de pommes de terre, et vous verrez la maladie guérir comme par enchantement *en quelques jours*. C'est exactement ce qui s'observe pour le scorbut chez un rachitique. Nous passons sur une interprétation récente de M. Ausset (de Lille): la maladie de Barlow est une forme spéciale de septicémie hémorragique, et le jus de citron agit comme antiseptique. Ce serait bien extraordinaire, a répondu M. A. Broca, si l'action à peu près équivalente de la purée de pommes de terre n'était là pour nous prouver tout ce qu'il y a d'hypothétique dans cette explication.

Inutile d'insister davantage sur une opinion dont les partisans désarment de jour en jour. Mais pourquoi le scorbut éclate-t-il ainsi chez le nourrisson? Pourquoi sa fréquence s'accroît-elle, à cet âge, avec évidence?

A cela la réponse est que, surtout en Angleterre et en Amérique, on a pris la mauvaise habitude, *principalement dans les classes riches*, d'alimenter les nourrissons qui ne sont pas ou ne sont plus au sein avec des *aliments de conserve*, avec des préparations lancées à grand renfort de réclame, et qui doivent leur succès à la crainte, trop souvent justifiée, de l'entérite plus ou moins grave due au lait cru plus ou moins altéré. En sorte que presque tous les auteurs accordent que le scorbut infantile, cliniquement identique au scorbut de l'adulte, lui est aussi étiologiquement identique: de l'un comme de l'autre la cause est l'alimentation exclusive aux substances de conserve.

La chose est prouvée pour les farines diverses, les aliments réputés complets, etc.

L'est-elle pour le seul lait, stérilisé à domicile ou industriellement? C'est sur ce point qu'a porté la discussion de la Société de pédiatrie. Nous allons résumer le débat, en montrant, chemin faisant, les cas légers, frustes, dont la connaissance clinique importe au praticien soucieux d'établir un diagnostic précoce.

## II

M. Thiercelin a ouvert la discussion en apportant cinq observations, dont il nous montre d'abord la diversité clinique, depuis les formes légères, vues au début, facilement confondues avec du rachitisme, ou une coxalgie double, avec une paraplégie due au mal de Pott, jusqu'aux cas tout de suite rendus évidents par les symptômes purpuriques accentués.

“ En présence de phénomènes douloureux ou pseudo-paralytiques chez l'enfant, conclut M. Thiercelin, on devra donc toujours penser à la maladie de Barlow et rechercher avec soin les autres symptômes de cette affection, et l'on sera surtout autorisé à y penser si l'enfant est nourri artificiellement, et si sa nourriture ne comprend que des aliments dits de conserve.

“ Dans les observations précédentes nous avons noté avec soin le genre d'alimentation à laquelle étaient soumis nos ma-

lades, et voici ce que nous avons constaté, un d'entre eux (8 mois) était nourri exclusivement de lait stérilisé, deux autres (3 ans  $\frac{1}{2}$  et 15 mois) recevaient du lait stérilisé et des farines de conserve, le 4e (26 mois) recevait un œuf chaque jour, du lait pasteurisé et des farines de conserve, enfin le 5e (7 ans) était nourri de farines de conserve cuites à l'eau et de biscottes. Ces observations viennent donc confirmer l'opinion aujourd'hui admise par la plupart des pédiatres, opinion qui attribue au lait soumis pendant un temps très long à une haute température ainsi qu'à l'abus des farines de conserve l'écllosion du scorbut infantile.

“ Il semble bien que le lait stérilisé doive être incriminé dans le développement du scorbut infantile, la haute température à laquelle il est soumis détruisant les substances antiscorbutiques (ferments ou autres) que contient le lait frais. Tous les aliments de conserve peuvent du reste produire le même résultat.

“ Nous ne profiterons pas de cette occasion pour faire le procès du lait stérilisé et le bannir formellement de l'alimentation du nourrisson, mais nous dirons pourtant que s'il est des cas dans lesquels il peut rendre de réels services, il doit rester un aliment d'exception, l'aliment de choix étant le lait frais et surtout le lait de femme. Nous ne condamnons pas le lait stérilisé, mais nous voudrions nous élever contre l'abus qu'on en fait.”

MM. Guinon et Coffin ont ensuite relaté l'histoire d'un nourrisson de 10 mois qui était nourri au lait Nectar et chez lequel au 8e mois avait commencé l'usage des bouillies. Mais, pour mieux faire on avait eu soin, même à la campagne, de *préparer les bouillies avec le même lait stérilisé*. En sorte que, depuis l'âge de 1 ou 2 mois, cet enfant n'avait pris qu'un seul aliment stérilisé et aucun voisin de l'état naturel.

Cependant les incisives inférieures avaient fait leur apparition au 6e mois. C'est au niveau de ces dernières qu'on avait remarqué le gonflement violacé de la muqueuse. Ce gonflement avait diminué cependant au bout de quelques jours, pour reparaitre au moment de la poussée des incisives supérieures latérales au 10e mois.

Le lait stérilisé ayant été remplacé par du lait de vache cru, avec usage quotidien de la purée de pommes de terre, du jus de raisin, enfin des lavages de la bouche à l'eau additionnée de jus de citron avec recommandation d'en laisser avaler un peu par l'enfant, en deux jours, les douleurs des jambes disparaissent, même les douleurs à la pression; il reste encore du gonflement de la jambe gauche; les gencives sont moins gonflées; l'enfant a repris sa gaieté, et on ne peut plus le tenir étendu. Le lait cru est bien toléré. Au bout de quatre jours, il n'y a plus de douleurs, l'enfant est gai et a retrouvé son appétit. Il augmente rapidement le poids; mais une diarrhée provoquée par le régime lui fait perdre environ 200 grammes.

On supprime le jus de raisin et le citron à l'intérieur; on donne le lait simplement bouilli. Alors tout marche à souhait, l'enfant se développe; en un mois, depuis le jour du changement, il a gagné 1.100 grammes.

Les conclusions se tirent d'elles-mêmes: quand le lait stérilisé est donné *absolument* seul, *sans correction par un aliment naturel*, il peut, *dans certaines conditions encore indéterminées*, produire le scorbut infantile.

De cinq cas qu'il a observés, et dont deux lui sont communs avec M. Thiercelin, M. Hutinel conclut:

"Je considère ce produit artificiel que l'on décore du nom de lait maternel comme un aliment peu recommandable, dont il faut se méfier. Les farines de conserve m'ont paru capables de causer le scorbut infantile, quand les enfants en font un usage exclusif et quand on les fait cuire avec du lait déjà stérilisé. Quant au lait stérilisé, donné seul, pendant un temps raisonnable, je ne saurais l'incriminer, mais je crois qu'il ne faut pas trop prolonger son emploi, parce qu'il est privé, en partie, des éléments antiscorbutiques qui se trouvent dans le lait."

Et, au point de vue clinique, il ajoute les conseils suivants:

"Il faut que nous disions aux praticiens qui ne connaissent pas bien le scorbut infantile, surtout dans ses formes frustes: "Quand un enfant vous est présenté avec une paraplégie

“douloureuse, songez à la maladie de Barlow; n’attendez pas, pour faire votre diagnostic, qu’il y ait des symptômes évidents de scorbut; n’attendez ni les pétéchies, ni les hémorragies par les gencives ou par les muqueuses, ni les hématomes sous-périostés qui peuvent tarder à se produire, bien que la douleur et l’empâtement précèdent souvent les hémorragies.”

“Des 3 derniers cas que j’ai vus, 2 avaient été pris pour des maux de Pott, pour un rhumatisme. Dans le dernier seulement, il existait de la tuméfaction des fémurs et des tibias.

“Il faut procéder par élimination. Quand l’examen du rachis et l’étude des réflexes a permis d’écarter l’hypothèse du mal de Pott, quand l’examen des articulations a montré qu’elles sont libres et que les douleurs siègent en dehors d’elles, quand il n’existe ni signe de coxalgie, ni symptômes de paralysie infantile, il faut songer à la maladie de Barlow; car elle cause fréquemment cette paraplégie douloureuse que je trouve notée dans la plupart de nos observations et qui rappelle par son origine osseuse et par ses allures la pseudo-paralysie des petits syphilitiques. Si vous faites ce diagnostic et s’il est exact, vous aurez la joie de voir votre malade guérir très vite: en quelques jours il sera transformé, et vous aurez obtenu un beau succès thérapeutique. Les cas de ce genre ne sont pas aussi rares qu’on le pense. J’ai conscience d’en avoir rencontré autrefois dans ma pratique et de les avoir méconnus.”

Le fait cliniquement caractéristique qu’a relaté M. Moizard a ceci d’important que, comme celui de Guinon et Coffin, il a trait à un enfant nourri au *lait Nectar*, “préparation nouvellement introduite dans le commerce, et qui est stérilisée à une température peu élevée dans une atmosphère d’oxygène.”

Si on songe au temps relativement court depuis lequel ce lait est introduit dans le commerce, il est impossible de ne pas être frappé de leur fréquence.

Sur les 24 cas aujourd’hui publiés en France, il y en a 12 observés chez les enfants nourris soit au *lait maternisé*, soit



au lait *Nectar*. N'est-ce pas la preuve que toutes ces manipulations du lait sont dangereuses?

Quant aux trois malades soignées par M. Comby, "ils avaient bien été nourris avec un lait stérilisé, mais un lait spécial, modifié par des procédés de laboratoire, le lait de *Gärtner* préparé industriellement. La plupart des observations recueillies en France permettent de signaler ce lait comme particulièrement scorbutigène."

De toutes ces observations ressort donc, d'abord, avec netteté, cette donnée, que les manipulations destinées à modifier le lait, au lieu de le stériliser simplement, sont particulièrement nuisibles, et nous le dirons d'autant plus volontiers aux praticiens qui veulent bien nous lire que, dans la discussion, MM. Comby et Variot ont dit, avec prière de ne pas l'insérer au procès-verbal, qu'à plusieurs reprises, il leur avait été impossible d'insérer, dans certains journaux importants, des travaux contenant cette assertion, capables de faire résilier certains traités de publicité.

### III

Cela dit pour les laits modifiés, arrivons au lait stérilisé, pour lequel la question est autrement grave en pratique courante.

D'un côté nous avons trouvé une négation absolue: M. Variot, après avoir admis les méfaits du lait centrifugé et lactosé chimiquement, a affirmé que, sur plus de 1,000 nourrissons surveillés par lui au dispensaire de Belleville et nourris au lait stérilisé industriellement, il n'a jamais vu un cas de maladie de Barlow, et il a contesté la valeur des observations adverses, en démontrant que dans aucune le lait stérilisé n'était employé *seul*.

Quelles sont donc ces observations? Nous en avons trouvé, chemin faisant, quelques-unes dans les notes de M. Thiercelin et de M. Hutinel. C'est surtout par M. Netter qu'elles ont été exposées, et voici le passage de sa communication relative à ce point spécial, dont il s'était déjà occupé en 1898:

“ L'enfant qui avait été le point de départ de notre communication, dit M. Netter, ne buvait que du lait stérilisé à domicile pendant 45 minutes, au moyen de l'appareil Soxhlet. Il s'agissait, du reste, d'un lait de bonne provenance qui était apporté frais tous les matins d'une ferme du département de l'Yonne. M. Variot ne considère pas notre cas comme probant, sous prétexte que, *plusieurs mois auparavant*, l'enfant avait pris quelque temps du lait maternisé. Mais de Bruin avait réuni 60 observations de maladie de Barlow, dont un grand nombre chez les enfants nourris avec du lait stérilisé au moyen de l'appareil Soxhlet. Sur 379 cas de maladie de Barlow observés en Amérique, 84 sont survenus chez des enfants alimentés exclusivement au lait stérilisé ou pasteurisé. Von Starck relate 67 cas recueillis par les médecins du Schleswig-Holstein et constate que 18 au moins étaient manifestement dus au lait stérilisé.

“ Sur 23 observations que j'ai relevées, 9 sont dues à l'usage de lait stérilisé à domicile ou par l'industrie (Netter, Aragon, Dalché, Thiercelin, Guinon et Coffin, Tissier, Péchin). Deux fois les enfants recevaient encore du lait stérilisé, des féculents ou du bouillon (Hutinel, Chalmet). Le nombre des cas de scorbut infantile publiés en France après usage du lait stérilisé n'est donc pas inférieur à celui où les enfants reçoivent du lait maternisé, cas actuellement au nombre de 9 (Moizard, Comby 3 cas, Luyt, Renault, Guinon et Le Geullaud, Toupet, Variot).

“ Je n'entends pas dire par là que l'usage du lait stérilisé provoque aussi souvent l'apparition du scorbut infantile que l'usage du lait maternisé. Ce dernier est consommé par un nombre infiniment moindre d'enfants, et le chiffre relativement important de cas qui lui sont imputables prouve qu'il expose bien davantage à la maladie de Barlow. La chose, du reste, est toute naturelle. Plus l'alimentation d'un enfant diffère du lait naturel cru, plus grandes sont les chances de scorbut, et les modifications importantes qu'on fait subir au lait maternisé, auxquelles se joint, du reste, une stérilisation, le rendent naturellement plus dangereux au point de vue

qui nous occupe, de même que les préparations lactées," *'proprietary foods,'* dont l'emploi à l'étranger est si souvent relevé à l'origine du scorbut infantile.

"Von Stooss, de Berne, a relaté l'histoire de 4 cas de scorbut infantile. Plusieurs de ces enfants avaient reçu du lait stérilisé. Ce fait est d'autant plus intéressant que le scorbut infantile est assez rare en Suisse, où l'on consomme généralement d'excellent lait et où le lait stérilisé doit, selon toute vraisemblance, être consommé peu après la stérilisation.

"Hugo Neumann, avant les derniers mois de 1901, n'avait observé qu'un petit nombre de cas de cette maladie. A partir de ce moment, il vit, au contraire, les faits s'accumuler, comme s'il s'agissait d'une *petite épidémie*.

"En moins d'un an, il avait vu 20 petits malades, appartenant tous à la classe aisée. Ces enfants étaient, sans exception, nourris avec du *lait stérilisé à domicile au moyen de l'appareil Soxhlet*. Ce lait provenait toujours de la même exploitation, où il était soumis à la pasteurisation, et les clients, ignorant le fait, ou n'en tenant pas compte, soumettaient de nouveau le lait à une seconde stérilisation, qui du reste, dans plusieurs cas, a été fort courte (10 minutes). Cassel déclare que, sur 16 cas traités par lui, 9 étaient consécutifs à l'emploi du lait stérilisé par une ébullition prolongée.

"Ainsi, à l'étranger comme en France, les cas ne manquent pas de scorbut infantile consécutif au seul usage de lait stérilisé."

Et, dans une réplique, M. Netter spécifie nettement:

"Si la stérilisation du lait s'impose dans une foule de circonstances, il y a cependant relation possible entre l'usage du lait stérilisé et le développement du scorbut infantile. Dans nos cas, il s'agissait une fois de lait stérilisé à domicile avec l'appareil Soxhlet, trois fois de lait Nectar. Dans deux observations, l'origine du lait stérilisé industriellement se trouve spécifiée, et il s'agit de maisons différentes. Dans les deux dernières, la seule mention que j'aie trouvée est: lait stérilisé industriellement."

## IV

A prendre trop littéralement l'opinion de M. Netter, on risquerait de jeter sur le lait stérilisé — nous ne parlons pas des laits modifiés, à proscrire formellement — un discrédit injustifié, à *s'exposer à la si fréquente et si grave gastro-entérite sous prétexte d'éviter le très rare et curable scorbut*. Tous les orateurs dont nous avons cité le nom ont mis en relief ce côté de la question, d'ailleurs admis par M. Netter, et, pour bien résumer ce point du débat, le mieux nous paraît de reproduire la note de M. Marfan, dont on connaît la compétence en fait d'allaitement.

Voici donc ce qu'a dit M. Marfan :

“ J'ai observé un grand nombre d'enfants nourris avec du lait stérilisé. Je peux établir deux catégories parmi ces enfants : l'une, renfermant ceux qui ont été élevés d'après mes conseils ; la seconde, plus nombreuse, comprenant ceux qu'il m'a été donné de voir accidentellement.

“ Les premiers ont été nourris d'après mes indications : 1° soit avec du lait stérilisé industriellement, et consommé aussitôt que possible après sa préparation ; 2° soit avec du lait chauffé au bain-marie à 100°, suivant le procédé de Soxhlet, mais seulement pendant 25 minutes, quand ce lait doit être consommé en moins de 24 heures ; 3° soit avec du lait bouilli pendant 3 ou 4 minutes. Or, parmi les enfants de cette première catégorie, je n'ai pas observé un seul cas de scorbut infantile. Parmi les enfants de la seconde catégorie, j'ai rencontré 3 cas de scorbut infantile, dont un imputable au lait stérilisé industriellement et un au lait maternisé.

“ Que conclure de là ? Qu'on va trop loin en accusant, sans restrictions, sans commentaires, le lait stérilisé de produire le scorbut infantile.

“ On peut accuser de produire le scorbut : 1° les laits stérilisés à de trop hautes températures, trop répétées ou trop longtemps maintenues ; 2° les laits centrifugés et stérilisés (lait maternisé) ; 3° même le lait bien stérilisé, mais conservé

trop longtemps; 4° surtout les farines alimentaires trop manipulées, et conservées en boîte, parfois depuis des mois et des années. Mais, d'après les faits que j'ai observés, je crois qu'on peut généralement mettre hors de cause le lait stérilisé dans de bonnes conditions, même industriellement, si le lait n'est pas consommé trop longtemps après le chauffage.

"M. Netter semble nous dire: "En discutant le rôle du "lait stérilisé dans la genèse du scorbut infantile, vous empêchez de réaliser la prophylaxie de cette maladie." Je lui répondrai: "En ne nous expliquant pas sur ce rôle, nous "risquons de faire oublier les bienfaits du lait stérilisé."

"Prenez 100 enfants nourris avec du lait de vache non stérilisé: avant qu'ils aient atteint l'âge de 6 mois il en sera mort au moins 50 p. 100, du fait d'une infection gastro-intestinale ou de l'athresie. Prenez, par contre, 100 enfants nourris de lait stérilisé dans de bonnes conditions, combien y en aura-t-il qui seront atteints de scorbut infantile? Pas même un; et la différence du résultat s'accuse encore si on considère que le scorbut infantile est une maladie généralement incurable.

"Je ne méconnais pas les inconvénients du lait stérilisé, mais ses inconvénients me paraissent surpassés de beaucoup par ses avantages. A ce point de vue, voici des faits qui me paraissent utiles à connaître. Quand je vois un enfant nourri de lait stérilisé qui est pâle et qui a une croissance lente, je conseille souvent de lui donner du lait qu'on a seulement fait monter (le lait monte à 80° environ) et conservé ensuite dans la glace. Les résultats sont assez bons pendant l'hiver; mais, l'été venu, je suis presque toujours obligé de suspendre ce lait pasteurisé, à cause de diarrhées plus ou moins tenaces, qui disparaissent dès qu'on emploie le lait stérilisé.

"Je repousse absolument l'emploi d'un lait stérilisé, même bien stérilisé, s'il est trop âgé; je conseille de consommer le lait stérilisé le plus tôt possible; mais je repousse non moins énergiquement l'emploi d'un lait provenant de vaches quelconques, soumises à ces nourritures qui donnent une sécrétion mammaire abondante, riche, mais toxique. Plus mon ex-

périence s'accroît, et plus je m'assure que sont très fréquentes les dyspepsies et les entérites attribuables à ce que les vaches sont nourries avec des tourteaux, des drèches et des résidus industriels. Tout récemment encore, chez le petit-fils d'un de nos maîtres, éclatèrent des troubles digestifs qu'on ne savait à quelle cause attribuer; cet enfant était nourri avec le lait d'une vache appartenant au grand-père du nourrisson, et qui ne devait recevoir que du fourrage; après enquête, on s'aperçut que, depuis trois semaines, à l'insu du propriétaire, le régisseur faisait donner à l'animal des tourteaux d'arachide. M. Pinard a pu s'assurer que les feuilles de betteraves fourragères qu'on donne aux bêtes au mois d'octobre sont la cause des entérites qui s'observent, à cette époque de l'année, beaucoup plus fréquemment qu'autrefois.

“ Pour réussir, l'allaitement artificiel exige donc des conditions nombreuses. En dehors de l'aptitude de l'enfant à digérer un lait animal, il faut que la vache qui fournit le lait soit saine, nourrie seulement avec du fourrage; il faut que la traite soit faite proprement, que le lait soit stérilisé le plus tôt possible après la traite et consommé le plus tôt possible après le chauffage. Il faut aussi que, dans les premiers mois, le lait soit dilué avec discernement. Il faut qu'il soit donné dans un biberon propre, en quantité convenable et à intervalles suffisants. Quand toutes ces conditions sont remplies, encore n'arrive-t-on pas toujours à réaliser une alimentation qui soit l'équivalent de l'allaitement naturel.”

Là est pour le praticien la vraie conclusion du débat. Rien ne vaut, rien ne vaudra jamais l'allaitement au sein. Quand il sera impossible, employez, toutes les fois que vous le pourrez, le lait frais stérilisé, dans les villes, le lait stérilisé industriellement, mais repoussez, malgré les réclames, les produits manipulés chimiquement.

---

## TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPERALE

Leçon faite à la Clinique Baudelocque, le 19 décembre 1902,

Par M. le professeur PINARD.

Je ne vous apprendrai rien en vous disant que les accidents graves causés par l'infection puerpérale se voient de plus en plus rarement, et cela pour le grand bien des femmes. Pour vous en donner une nouvelle preuve, alors que cette année nous comptons 2000 accouchements, *deux* femmes seulement présentèrent de l'infection grave.

Nous en étions là lorsqu'une autre femme, venue accoucher spontanément dans le service, présenta un cortège de symptômes septicémiques qui nous fit penser à quelque chose de très grave.

Je profite de la circonstance pour vous raconter cette observation en vous exposant dans quelle circonstance ces accidents sont nés et de quelle façon ils ont été combattus. Cela nous permettra de résumer *la méthode thérapeutique employée à la Clinique Baudelocque pour combattre l'infection puerpérale*,

Vous la trouverez d'ailleurs exposée dans l'ouvrage que j'ai publié en collaboration avec M. Wallich (2).

Je vais commencer par vous faire connaître cette observation; puis nous discuterons les raisons qui nous ont fait agir.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une femme de 27 ans, primipare, n'ayant aucun antécédent pathologique, n'ayant jamais été malade, réglée très régulièrement depuis l'âge de 12 ans. Elle a eu ses dernières règles du 5 au 8 avril; la grossesse évolua sans aucun accident. C'est une couturière qui a travaillé assise; elle eut un dernier rapport conjugal quatre jours avant son entrée dans le service, qui eut lieu le 4 décembre. Elle entra chez nous dès l'apparition des premières contractions de l'utérus, à 5 heures du soir.

(1) On lira avec intérêt cette leçon qui met au point la question du serum anti-streptococcique dans l'infection puerpérale.—(N. D. L.R.) (Reproduite de la Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie, janvier 1903.)

(2) Du traitement de l'infection puerpérale, par MM. Pinard et Wallich, 1896. G. Steinheil, éditeur.

On fit les constatations suivantes: la femme, dont l'état était ou paraissait excellent, avait un utérus dont le fond remontait à 32 centimètres au-dessus du pubis; — présentation du sommet en O. I. G. A; — membranes intactes; — dilatation grande comme une pièce de 50 centimes. La température, cependant, était de  $37^{\circ},4$  et le pouls à 84. La dilatation fut complète à 8 h. 45 du matin. A ce moment-là, seulement, on rompit artificiellement les membranes; il s'écoula 400 grammes de liquide vert, qui fut recueilli. La période d'expulsion dura 25 minutes; l'expulsion fut spontanée, sans aucune lésion périnéale.

La femme accoucha d'un enfant de 2 kg. 680. La délivrance fut faite, et on constata que le placenta pesait 630 grammes; les membranes dissociées étaient incomplètes, la caduque étant restée dans la cavité utérine.

L'enfant criait mal; il mourut deux jours après; et, à l'autopsie, on trouva toutes les lésions de l'hérédosyphilis. Le lendemain matin, on discuta ici cette observation, et j'interrogeai les personnes ayant touché à cette femme. On fit des réserves au point de vue de la vie de l'enfant et on n'eut pas tort, vous l'avez vu; mais on n'en fit aucune au point de vue du pronostic pour la mère.

En effet, cette femme paraissait très bien; elle accouche ayant une température de  $37^{\circ},4$  avec 84 pulsations; le soir, elle a  $36^{\circ},8$  et 80 pulsations; le lendemain,  $36^{\circ},8$ . Le soir du deuxième jour,  $37^{\circ},6$  et 92 pulsations; on lui fit alors une *injection intra-utérine*; on commença à être quelque peu inquiet et on observa attentivement cette femme. Le lendemain matin elle eut encore  $39^{\circ},4$  et 112 pulsations; on fit alors une autre injection intra-utérine. Ces injections sont le début de la thérapeutique du traitement curatif de l'infection puerpérale; nous savions qu'il y avait rétention des membranes d'origine maternelle: rétention de la *caduque*. — Le soir, la température est à  $40^{\circ},4$  et le pouls à 120.

Voilà deux symptômes: *accélération du pouls* et *hyperthermie*, qui marchent parallèlement, et je puis vous dire que le pronostic doit être d'autant plus réservé que ces accidents se



montrent à une époque plus rapprochée de l'accouchement.

L'expérience démontre que, si le pouls et la température sont normaux pendant les cinq premiers jours, on peut dire que l'on a doublé *le cap des tempêtes*. Si, au contraire, l'élévation de la température, l'accélération du pouls, se montrent plus tôt et sont accompagnés du troisième symptôme, *le frisson*, le pronostic est très sérieux: il faut s'attendre à une lutte dont on ne sort pas toujours victorieux.

Ici, le frisson ne se montre que le quatrième jour: dès le troisième jour, au soir, devant l'échec des injections intra-utérines, on mit en œuvre cet autre moyen curatif: *l'irrigation continue*.

La méthode de *l'irrigation continue* est d'origine française, elle a été préconisée par des chirurgiens français. Ce procédé appliqué à l'obstétrique par Schücking fut discuté. En 1885, je fis à la Maternité de Lariboisière des expériences sur l'action ocytocique de l'eau chaude pendant la puerpéralité; et après en avoir constaté les résultats, j'adoptai *l'irrigation continue* (1), c'est-à-dire le moyen qui permet de mettre constamment au contact de la muqueuse utérine un liquide chaud et antiseptique. Le liquide que nous avons employé fut la solution phéniquée: 1 p. 600.

Voici les résultats que vous obtiendrez: lorsqu'une femme est soumise à *l'irrigation continue*, quel que soit le résultat définitif, presque toujours on voit la température baisser rapidement; et c'est ainsi que vous voyez, dès la première nuit, la température s'abaisser chez notre malade de 40°.4 à 38, à 37°.8, à 37°.5.

S'il y a en même temps abaissement de la température et diminution dans le nombre des pulsations, le pronostic devient meilleur. Si, au contraire, vous ne voyez qu'un abaissement de température, le pouls restant fréquent, le pronostic reste très réservé.

Cette irrigation continue faite ainsi avec la solution phéniquée détermine des modifications du côté des urines: on vous montrera une urine plus ou moins trouble, qui, au contact

(1) Pinard et Varnier, de l'Irrigation continue. — Ann. de Gynéc., 1885.

de l'air, a pris une coloration plus ou moins noirâtre. Ne vous en inquiétez pas.

Donc, l'irrigation continue faite à notre malade produisit à cette première période un résultat satisfaisant : *abaissement de température et du pouls.*

Le quatrième jour, où la température était tombée à 38°, avec diminution du nombre de pulsations, survint un frisson. C'était le premier. Nous n'étions plus maîtres de la situation, malgré cette irrigation continue, malgré cette action antiseptique s'exerçant sur toute la muqueuse de l'utérus ; et alors, sachant qu'il restait dans l'utérus des débris de caduque, nous avons mis en œuvre ce procédé curatif puissant, qu'on appelle le *curettage*.

Vous savez ce qu'est le curettage, et je n'entre pas dans tous les détails du manuel opératoire. Je ne suis pas partisan du curettage précoce, qui est dangereux. Tout d'abord, avant de pratiquer le curettage d'une muqueuse infectée, il faut désinfecter cette muqueuse, parce que le curettage, quoi que l'on dise, ouvre la porte à l'infection. Souvent une heure ou deux après le curettage survient un frisson violent : vous avez produit une nouvelle inoculation. L'autre raison pour laquelle je ne suis pas partisan du curettage précoce, c'est le manque de résistance de la paroi utérine et le danger de produire une perforation ; enfin nous avons vu se produire des accidents particuliers dans ces utérus plus ou moins infectés ; ils ne se contractent pas ; l'air peut pénétrer dans les veines pendant le curettage : cela s'est passé sous nos yeux et je n'ai pas besoin de vous dire que la terminaison fut fatale.

Chez notre malade, le curettage a été pratiqué le *cinquième jour* seulement et après irrigation de l'utérus. Il ramena de nombreux débris de la caduque, ne présentant pas d'odeur. Le lendemain, sixième jour, la température était tombée à 37°. Je restai dans l'attente de ce qui allait se passer ; or, le soir, la température remontait à 40° ; le pouls était à 132. Je remis la femme à l'irrigation continue, qui ne donna pas les mêmes résultats que la première fois ; deuxième, puis troisième frisson. Alors, à ce moment, je fis faire un deux-

ième curettage, et je fis continuer l'irrigation continue; pendant quatre jours, il passa six mille litres dans la cavité utérine de cette femme.

Malgré cela, la température restait entre 39° et 40°; le pouls était aux environs de 120. Avec cette température et ce pouls, que restait-il à faire? L'état général devenait mauvais; cependant cette femme continuait à prendre du lait. Elle urinait bien et nous avons eu la chance de ne jamais trouver d'albumine dans les urines.

Mais elle était toujours très agitée; le pouls devenait irrégulier, mal frappé; en somme le pronostic restait très grave. Les cultures faites avec le sang de cette femme par M. Widal avaient donné des *colonies de streptocoques*. Aussi n'hésitai-je pas à recourir à un autre moyen thérapeutique, le *sérum anti-streptococcique*, qui a été injecté le soir du neuvième jour; le sérum fut donné à la dose de 40 centimètres cubes le matin et 40 centimètres cubes le soir, soit 270 centimètres cubes en tout.

Il n'y eut plus qu'un frisson, la température et le pouls baissèrent et, dès hier matin, le facies de cette femme, les caractères du pouls, l'état de la peau, tout formait un cortège permettant de prévoir la guérison; et après une nuit excellente, nous la trouvons ce matin avec une température de 37° et un pouls de 88. Je ne crois pas trop m'avancer en disant que cette femme est guérie (1).

Cette observation est très-fertile en enseignements. Elle montre de quelle façon il faut manier les armes que nous avons entre les mains pour lutter contre l'infection puerpérale.

Je vais résumer en quelques mots notre méthode.

Dès la première élévation de la température et du pouls causée par l'infection utérine, il faut pratiquer immédiatement une injection utérine. Dans la pluralité des cas, les accidents s'amendent; mais s'ils persistent, recommencez l'injection intra-utérine.

(1) C'était, en effet, la guérison définitive. Cette femme a quitté le service en parfaite santé.

Si un frisson se montre, recourez à d'autres moyens. Ces moyens sont l'irrigation continue et le curettage.

Le curettage est une chose excellente; mais ses indications ne sont pas très fréquentes. Je vous en ai montré les dangers: ici, il était indiqué, puisque, sous l'influence de l'irrigation continue, nous n'avions pas obtenu les résultats qu'on obtient ordinairement; nous savions d'ailleurs que des débris de caduque étaient retenus dans la cavité utérine.

Quand faut-il pratiquer le curettage?

Ne le pratiquez jamais dans les quarante-huit premières heures, quelle que soit l'intensité des symptômes, auriez-vous même le deuxième jour un frisson violent; attendez le soir du troisième ou quatrième. Commencez par désinfecter la muqueuse utérine par l'irrigation continue.

Il ne suffit pas d'employer ces procédés une seule fois; il faut les renouveler au besoin.

Le deuxième curettage et l'irrigation continue ne nous ayant pas donné les résultats que nous en attendions, nous avons mis en œuvre le dernier procédé que nous connaissions, et qui restait à employer: *des injections de sérum anti-streptococcique*.

Vous savez, n'est-ce pas, que, depuis 1895, on s'occupe, non pas de la sérothérapie, car elle date d'un peu plus loin, mais de son application à l'obstétrique. Mon ami et collègue Ch. Richet, avec son collaborateur Héricourt, a publié, en effet, un premier mémoire sur la sérothérapie en 1888. A partir de ce moment, cette idée germa, et, ici même, un de mes élèves, un russe, Mironoff, d'une intelligence remarquable, ne songeait qu'à trouver le sérum permettant d'annihiler le produit des sécrétions microbiennes dans le cas d'infection puerpérale. Mironoff faisait des recherches en même temps que Roger et Charrin (1892); il fit une première publication en 1893.

Vous connaissez tous les travaux de G. Roger, de Charrin, de Marmorek. Après avoir constaté les résultats obtenus sur les animaux par Marmorek, j'ai pensé à employer la méthode des inoculations, comme traitement prophylactique.

Depuis de longues années les injections de sérum anti-streptococcique sont employées ici comme moyen prophylactique, thérapeutique et curatif. Toute femme qui vient ici suspecte, c'est-à-dire n'ayant pas eu de soins avant son accouchement, arrivant avec un œuf ouvert, reçoit une injection de sérum anti-streptococcique.

Jamais je n'ai vu le sérum produire d'accidents; voilà un point sur lequel ma conviction est formelle. Il ne détermine pas de lésions rénales. Nous avons employé jusqu'à 6 et 700 centimètres cubes de sérum sans produire d'albuminurie.

Doit-on recourir à cette méthode d'une façon constante et absolue? Cette question a fait le sujet de bien des discussions. Un rapport sur cette question a été exposé par Wallich, au Congrès de Moscou, et ceux qui le liront verront que ma conviction n'était pas faite alors. Aujourd'hui que l'expérience se poursuit, car je n'ai pas cessé d'étudier l'action de cette sérothérapie, puisque nous continuons les injections de sérum lorsque nous avons une infection, ma conviction est faite au point de vue *prophylactique*. Comme traitement curatif, je n'ai pas encore les éléments suffisants, car les occasions ne sont pas fréquentes d'en observer les effets, heureusement pour les malades, d'ailleurs!

Mais, je veux que vous partiez d'ici avec cette idée: *les injections de sérum ne font jamais de mal, et, dans certains cas, elles font beaucoup de bien.*

Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas encore la toute-puissance de guérir sûrement toute femme qui vient d'accoucher et qui est en proie à l'infection. Aussi, pour terminer, je dirai: il est une chose qui nous est admirablement démontrée: c'est que plus on prend de soins, mieux on se lave les mains, meilleurs sont les résultats. Continuons à faire en sorte que tout ce qui touche aux femmes soit aussi pur que possible. C'est dans ces conditions-là que vous aurez très rarement à employer les moyens que je viens d'indiquer.

---

## LE TRAITEMENT DE LA NEURESTHENIE

---

La méthode de Weir-Mitchell dans toute sa rigueur, — isolement, repos, massage, électricité et suralimentation — n'est applicable qu'aux formes graves de la neurasthénie. En pareil cas, l'isolement est absolument nécessaire, et je ne connais pas d'autre moyen de guérison. Je sais que cet isolement déplaît à beaucoup de personnes, qui trouvent que cela ressemble à un internement; mais, avec un peu de diplomatie, vous saurez vaincre les susceptibilités des malades ou de leur entourage. C'est une affaire de tact pour le médecin. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'une femme atteinte d'une de ces formes graves de neurasthénie, le mari oppose d'abord une vive résistance à son isolement: eh bien, n'insistez plus, attendez, et je vous assure qu'après quinze jours ou trois semaines au plus, ce sera le mari lui-même qui réclamera l'isolement. Quant à la malade, le premier jour qu'elle passe dans l'établissement hydrothérapique lui paraît insupportable, mais elle ne tarde pas à se calmer, à éprouver une détente salutaire et à recouvrer le sommeil qui lui manquait jusqu'alors.

Mais tous les cas de la pratique n'exigent pas, fort heureusement, une thérapeutique aussi sévère. Examinons donc ce que vous aurez à prescrire dans les formes usuelles.

*Qu'est-ce que la neurasthénie?* C'est une "faiblesse irritable," c'est-à-dire un défaut d'énergie nerveuse, une fatigue du système nerveux, et, sur ce fond d'asthénie apparaissent, comme surajoutées, les manifestations de poussées d'excitations qui caractérisent la maladie.

Il y a donc, pour le traitement, une double indication: celle de remédier à la fatigue et à la faiblesse, et celle de lutter contre l'excitation. Nous allons passer en revue les moyens de remplir ces deux indications.

*Moyens de lutter contre la dépression et la faiblesse nerveuses.*— Le seul remède contre l'asthénie et la fatigue, c'est le repos: repos absolu, aussi complet que possible, jusqu'à éviter aux malades de se servir de leurs mains pour manger, lorsqu'il s'agit des formes graves, dans lesquelles vous voyez une femme, par exemple, absolument myasthénique, qui pie sur ses jambes, qui est devenue impotente.

Ce repos sera moins sévère dans les neurasthénies moins intenses, quoique accompagnées d'une myosthénie assez évidente. Supposons une malade dans ces conditions: vous la soumettrez au repos, mais vous lui permettrez de s'asseoir sur son lit, de manger elle-même, de se débarbouiller, de se lever même pour accomplir les gros besoins courants de la journée.

Prenons un cas où la myosthénie est moins marquée encore: vous avez affaire à une femme qui est devenue neurasthénique à la suite d'une existence très mondaine, ou d'un homme épuisé par le surmenage et les soucis d'affaires. Un homme de bourse, par exemple, vous dit: "après mon déjeuner, cela ne va pas trop mal, mais sitôt que j'ai marché un peu, je suis exténué; le matin surtout, je suis très fatigué, la fatigue diminue quand j'ai pris un peu de mouvement." A un pareil malade, on peut permettre un repos mitigé, compatible avec la continuation partielle de ses occupations. Vous lui recommanderez de ne point se coucher plus tard que 10 heures, de se lever à 8 ou 9 heures, de façon à prendre dix heures de lit. Vous lui prescrirez. — ce qui est un point de première importance. — de s'étendre et de se reposer pendant une heure environ après le repas.

Dans les considérations qui précèdent, nous avons visé surtout la fatigue générale et le repos physique, mais des préceptes analogues s'appliquent aux phénomènes d'*asthénie cérébrale*, qui caractérisent plus particulièrement certains individus. C'est ainsi qu'il y a des malades que tout effort intellectuel fatigue, qui sont atteints de céphalalgie dès qu'ils s'adonnent à une lecture un peu attentive. Il faudra leur imposer un repos cérébral proportionné à leur degré de cérébrasthénie. Il en est chez qui le symptôme est tellement accusé qu'il faut d'emblée supprimer tout travail intellectuel et toute occupation suivie: ces malades, en effet, s'ils prennent un livre, éprouvent au bout de quelques minutes une céphalée intense, accompagnée de vertige; une conversation prolongée leur produit le même effet. Il est absolument nécessaire de les soustraire à leur milieu habituel et au souci des affaires.

En somme, *dañs toutes les formes de neurasthénie, sans exception, le repos s'impose*, mais à des degrés variables, suivant chaque cas, les uns réclamant un repos absolu et continu, les autres s'accommodant de phases de repos dans le cours du labeur journalier, et ce repos étant à la fois cérébral et spinal.

Cette manière de voir est, je le sais, en complète contradiction avec les idées qui régnaient encore, à cet égard, il y a seulement quelques années: WEIR-MITCHELL a eu le grand mérite de mettre en relief l'influence prépondérante du repos dans la cure de la neurasthénie. — fait indiqué, du reste, par le bon sens, — mais il n'est pas moins vrai qu'*une certaine dose d'exercice est utile au neurasthénique*, même dans les formes les plus graves. Lorsque les malades ont été soumis au repos le plus absolu pendant deux mois environ, — un peu plus, un peu moins, suivant les cas, — il faut leur faire prendre un peu d'exercice, en dirigeant leur effort musculaire dans le sens de la stimulation la plus favorable à la génération de leur système nerveux.

Ceci a, pour moi, une grande importance. En somme, je crois qu'il faut poser un premier principe: c'est qu'on ne peut pas traiter un seul cas de neurasthénie sans le degré de repos adapté au cas particulier; mais qu'il faut admettre également, en lui attribuant non moins de valeur qu'au précédent, ce second principe: c'est qu'en général, il ne faut pas soumettre les neurasthéniques à un repos complet et absolu, ou que, si ce repos absolu a pu être imposé dans une forme très grave, il faut, après cette période, soumettre les malades à un certain degré d'exercice.

Cet exercice devra méthodiquement mettre en jeu le système nerveux spinal et cérébral, c'est-à-dire comportera, d'une part, des exercices musculaires, et, d'autre part, des exercices intellectuels.

La pratique des agents physiques constitue une branche si importante actuellement, que je remets son étude à une séance ultérieure, et je ne veux parler aujourd'hui que de l'exercice cérébral.



L'*exercice cérébral* consiste à permettre certaines occupations en rapport avec le degré de neurasthénie; il dépend surtout du tact et du bon sens du médecin de savoir quels travaux pourront être permis, et quels autres évités, suivant qu'il s'agit de tel ou tel malade. Ce qui est certain, c'est qu'il ne suffit pas, en pareil cas, de faire une recommandation vague; ce serait paroles perdues: le neurasthénique retournerait à ses affaires comme auparavant. Mais il faut lui tracer un programme très détaillé et très précis de l'emploi de sa journée. Ce malade doit savoir à quelle heure il devra marcher, lire, quels livres et pendant combien de temps, de quelles affaires il devra s'occuper et à quel moment. Bref, il faut le tenir en bride contre le surmenage.

Je me rappelle, à ce propos, de la vogue considérable qu'eut à Paris, il y a quelques années, un homme qui passa pour une manière de charlatan, mais qui était, en somme, un thérapeute avisé et surtout énergique. Il avait pris le sage parti de faire abstraction de l'intelligence plus ou moins élevée de ses clients, et de les traiter tous sur le même pied, comme des malades, c'est-à-dire comme des gens incapables de raisonner leur maladie. C'est, en effet, l'exacte vérité, et il ne faut pas croire qu'un homme de génie sache mieux se soigner qu'un esprit vulgaire: les malades sont tous les mêmes. C'est en partant de ce principe que ce praticien était arrivé à imposer à ses malades les prescriptions les plus saugrenues qu'on puisse indiquer: par exemple, d'aller à 8 heures du matin manger une pomme sous l'Arc de Triomphe. Mais ses prescriptions étaient suivies; si, au lieu de prendre ce subterfuge bizarre, il avait simplement conseillé une promenade matinale, les malades auraient plus facilement négligé son conseil.

Je pourrais vous citer l'exemple d'un grand littérateur, goutteux et neurasthénique, qui avait d'abord consulté les sommités médicales et n'avait jamais suivi les ordonnances dont il avait les poches pleines, mais qui, étant allé voir le charlatan en question, et ayant rapporté de lui une prescription dans le genre de celle que j'ai indiquée plus haut, s'y

soumit scrupuleusement, et guérit rapidement de son état nerveux (1).

Naturellement, je ne vous engage pas à imiter ces procédés charlatanesques, mais il est bon d'y songer pour se rendre compte de l'importance qu'il y a à être très affirmatif et très précis dans les prescriptions qu'on fait à cette catégorie de malades.

Il faut, en deuxième lieu, avons-nous dit, *tonifier le système nerveux*.

Cette partie du traitement repose sur l'emploi des agents physiques et l'hygiène.

On devrait autant que possible *s'abstenir de médicamenter les neurasthéniques*.

Examinons les moyens physiques les plus usuels qui peuvent relever les forces des neurasthéniques.

La *friction cutanée* est un excellent procédé qui relève la tension artérielle et excite le système nerveux.

En général, les malades qui viennent vous consulter ont essayé sans succès une foule de remèdes de bonnes femmes. Un certain nombre ont employé le gant de crin largement trempé dans l'alcool. C'est très mauvais. La friction peut être de deux sortes: sèche ou aromatique.

La *friction sèche* se fait avec le gant de crin, sans aucun adjuvant. Elle stimule la circulation périphérique, réchauffe ces malades qui, généralement, souffrent du froid.

La *friction aromatique* se fait avec le gant de flanelle imbibé de quelques gouttes seulement d'une liqueur légèrement stimulante. On emploie généralement l'alcool camphré à l'hôpital, mais les dames du monde répugnent à cette odeur, et il vaut mieux leur conseiller l'alcoolature de lavande ou l'eau de Cologne. Dans tous les cas, une recommandation expresse à leur faire, c'est de mettre très peu du liquide aromatique, car il est toujours à base d'alcool, et l'inhalation des

(1) Voltaire raconte qu'un prince d'Orient souffrait d'une obésité extrême; ses médecins n'avaient pu le guérir. Survient un charlatan qui lui dit de prendre un basilic, de l'enfermer dans une outre, et de lancer cette outre énergiquement contre un mur, plusieurs fois par jour. Le monarque intrigué par la singularité de cette ordonnance, l'exécute à la lettre et voit bientôt une amélioration de son état, grâce à l'exercice qu'il prend, presque involontairement, en se livrant à cette pratique qui, pour son esprit, avait quelque chose de mystérieux.—(N. D. R.)

vapeurs alcooliques en assez grande abondance pourrait ne pas être sans inconvénient.

Cette friction, aromatique ou non, sera faite le matin. Pratiquée le soir, elle aurait l'inconvénient de troubler le sommeil.

La friction doit-elle être exécutée par le malade lui-même? Oui. A moins qu'il ne s'agisse des formes graves où l'effort musculaire nécessaire pour se frictionner compromettrait le repos absolu qu'exige l'état de ces malades.

Après la friction, vient le *massage*. C'est un des meilleurs moyens de combattre l'atonie gastrique et la constipation dont souffrent presque toujours les neurasthéniques. Nous l'étudierons en détail à propos du traitement de la dyspepsie.

Viennent ensuite l'*hydrothérapie* et l'*électrothérapie*. L'hydrothérapie, sous ses différentes formes, douche, enveloppements, affusions, sera l'objet d'une leçon particulière.

Enfin, le traitement tonique au premier chef du système nerveux est réalisé par l'*alimentation* et la *suralimentation*: c'est encore là un gros chapitre que nous traiterons à part.

Mais voyons si, dans la médication proprement dite, on peut trouver quelques produits utiles à employer chez les neurasthéniques, à titre de toniques.

Certes, s'il y avait à choisir entre ces deux extrêmes: supprimer radicalement toute médication chez les neurasthéniques ou bien les abreuver et les intoxiquer avec toutes les substances qu'on a proposées pour leur cure, je n'hésiterais pas à me rallier à la première formule. Mais il est possible de n'être intransigeant ni dans un sens, ni dans l'autre, et d'utiliser, à bon escient, quelques médicaments qui ne sont pas sans valeur dans certains cas.

Le premier dont il faut parler, le tonique par excellence, c'est le *fer*; et pourtant l'usage du fer est souvent très mauvais chez les neurasthéniques; il exagère la dyspepsie et la constipation, et augmente les phénomènes vertigineux (probablement par son action perturbatrice sur la digestion). En somme, le fer fait rarement du bien à ces malades, et, en principe, ne doit pas être prescrit; cependant, on est autorisé à l'employer, comme je le fais moi-même, lorsque l'on cons-

tate des signes d'anémie globulaire très évidents, avec pâleur exagérée des conjonctives, des lèvres, — surtout, — des souffles vasculaires, etc. En pareil cas, on prescrit du fer, mais avec prudence, en s'assurant qu'il est très toléré. Je prescris surtout le *protoxalate*, préconisé par HAYEM, et qui me paraît le sel le plus facilement digéré; on l'ordonne à la dose de 15 à 20 centigrammes par jour, par pilules de 5 centigrammes prises au repos.

L'*hémoglobine*, lorsqu'elle est de fabrication sûre, n'est pas un médicament à dédaigner dans ces circonstances, et se prend à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour.

Un médicament qui, incontestablement, rend de grands services dans le traitement de la neurasthénie, c'est l'*arsenic*, qu'on peut considérer comme un tonique du système nerveux.

Melheureusement, il est souvent mal toléré; il faut tâter la susceptibilité et donner de petites doses. La préparation la plus usitée, la *liqueur de Fowler* se donne à la dose de 10 à 15 gouttes par jour (5 à 6 par repas).

Mieux supportée, la solution d'*arséniate de soude* au centième se donne à la dose d'une cuillerée à soupe (2 milligrammes) à chacun des deux repas. On peut porter la dose quotidienne à 6 milligrammes.

Quant à la *liqueur de Pearson* qu'on prescrit quelquefois, j'avoue qu'elle me paraît absolument inactive, vu la quantité infime d'arsenic qu'elle contient, puisque cette quantité atteint seulement un demi milligramme dans les 5 ou 6 gouttes qu'il est d'usage de prescrire.

On a beaucoup vanté dans ces derniers temps les *phosphates* et les *glycéro-phosphates*.

Je professe à l'égard de l'efficacité de ces substances médicamenteuses un certain scepticisme en ce qui concerne leur influence sur la neurasthénie, bien que, en théorie, la médication phosphorée soit indiquée ici. En tout cas, cette médication est inoffensive. On prescrit les phosphates de soude et de chaux à la dose de 50 centigrammes à un gramme.

On a aussi voulu faire jouer un grand rôle au traitement par la *lécithine*. On a en effet découvert, vous le savez, dans le tissu nerveux, l'existence d'une graisse phosphorée analo-

gue à celle qui existe dans le jaune d'œuf et qui porte le nom de lécithine, et on en a conclu que l'administration de la lécithine de l'œuf devait restaurer le système nerveux affaibli.

Je ne suis pas très convaincu de la valeur de ce médicament dans la maladie qui nous occupe. D'autre part, je crois qu'il est plus simple de prendre la lécithine telle qu'elle existe dans la nature, en mangeant des œufs. Cependant comme ce remède, lorsqu'il est bien préparé, est inoffensif, et que les œufs répugnent à certains malades, on peut y avoir recours.

Mais cette préparation demande à être soigneusement faite; on peut avoir des accidents d'intoxication (indigestions) avec de mauvaises lécithines, et ceci est surtout à craindre lorsqu'on emploie les préparations pilulaires, auxquelles j'ai, pour ma part, complètement renoncé. La lécithine granulée, au contraire, m'a paru toujours inoffensive. Elle se donne à la dose d'une à deux cuillerées à café (1).

Tels sont les médicaments toniques du système nerveux que vous pouvez ordonner aux neurasthéniques.

Quant aux stimulants proprement dits, comme la *kola*, la *coca*, il n'en faut user qu'avec une très grande modération: quelques gouttes, de 15 à 18, de *teinture de kola*, de temps à autre, pour remonter les malades défaillants, et remédier à l'angoisse très vive que leur fait éprouver la dépression de la circulation périphérique et les intermittences cardiaques. Mais il faut absolument leur défendre l'usage journalier de cette substance, car il en résulterait une accoutumance et des troubles analogues à la morphinomanie.

J'en dirai autant de la *cafféine* qui, sous forme granulée, peut se donner à la dose d'une ou deux cuillerées à café, toujours à titre de médication d'exception.

En effet, il ne faut pas oublier que toute surexcitation factice obtenue par des moyens de ce genre est suivie d'une dépression consécutive et corrélative.

On peut, dans certains cas, se servir avantageusement des *injections du sérum artificiel*; elles remontent la circulation et

(1) Un pâtissier modern-style a imaginé de confectionner des gâteaux à la lécithine, ce qui n'est pas une mauvaise idée.

combattent la myasthénie. Je me sers habituellement de la formule suivante, qui est une modification de celle de Chéron:

Phosphate de soude .....	2 grammes.
Sulfate de soude .....	3 —
Chlorure de sodium .....	1 —
Acide phénique .....	0 gr. 50 cent.
Eau stérilisée et distillée .....	100 grammes.

Injecter un à quatre centimètres cubes de cette solution.

L'acide phénique a pour effet d'atténuer la douleur causée par l'injection.

Il y a un autre moyen, stimulant du système nerveux, qui, à mon sens, est trop délaissé, et qui, à condition d'en surveiller l'emploi, donne les meilleurs résultats: c'est la *strychnine*. Elle se prescrit de la façon suivante:

Sulfate de strychnine .....	0,04 centigr. (quatre centigrammes).
Eau distillée .....	10 grammes.

Chaque centimètre cube de cette solution renferme 4 milligrammes de sulfate de strychnine. On commence par injecter une demi-seringue de Pravaz, soit 2 milligrammes de sulfate

Le lendemain, on injecte 3 milligrammes.

On fait une série d'injections quotidiennes pendant une semaine, puis le malade se repose dans la semaine suivante, et on recommence.

Les signes qui révèlent l'intolérance, sont des crampes dans les jambes, des fourmillements, l'exagération des réflexes rotuliens, exceptionnellement un certain degré d'excitation cérébrale et d'insomnie.

On peut associer la strychnine aux injections de sérum, par séries alternatives.

On a vanté les *injections de suc testiculaires*. J'y ai renoncé, ayant remarqué des accidents fébriles imputables à la stérilisation insuffisante des produits. La *spermine*, extraite par PÆHL, ne présente pas le même inconvénient et paraît être un stimulant du système nerveux.

Enfin, il est un autre ordre de moyens constituant ce qu'on pourrait appeler la *stimulation mentale*, c'est la psychothérapie.

A ce point de vue, il existe deux écoles opposées: l'une qui considère la neurasthénie comme une maladie mentale; l'autre, au contraire, — et je m'y rallie, — qui fait de la neu-

neurasthénie une maladie spéciale, caractérisée par une insuffisance dynamique du système nerveux.

Naturellement, la première école regarde la psychothérapie comme le traitement de choix, tandis que l'autre la trouve inutile. Je tiens d'autant plus à protester contre la théorie qui fait de la neurasthénie une maladie mentale, qu'on m'a indûment prêté cette opinion. — La psychothérapie n'en est pas moins utile à son traitement comme agent de stimulation. On ne saurait nier l'influence des émotions morales sur la dépression nerveuse. Tout le monde connaît la fatigue et la lassitude qui succèdent aux émotions tristes, — fait qui se traduit au dynamomètre, — et l'influence inverse des sentiments joyeux.

Le neurasthénique est donc justiciable de la psychothérapie.

Vous y aurez recours directement ou indirectement : indirectement, en entourant l'usage de la médication proprement dite d'un formalisme très précis et en traçant une ligne de conduite rigoureuse aux malades; directement, en leur inspirant confiance, en leur parlant avec douceur, mais avec autorité.

Quant à l'*hypnotisme*, si le malade n'est pas hystérique en même temps, il n'est guère utile; il ne peut, du reste, que calmer certains accidents, tels que les phobies et les topalgies.

Mais l'hypnotisme est un mauvais moyen à employer chez les neurasthéniques; ceux-ci sont généralement rebelles et, tout au plus, peut-on obtenir chez eux un état de demi-somnolence favorable à certaines suggestions curatives. En tout cas, c'est un élément thérapeutique très accessoire.

Un mot, en terminant, sur le *bromure*. Ce médicament, dont les neurasthéniques abusent fréquemment, ne doit être employé qu'en cas d'insomnie et de phénomènes d'angoisse rebelles, à la dose de 1 ou 2 grammes, pendant quelques jours seulement; car, généralement, le bromure accroît la dépression nerveuse.

Les *préparations valérianiques*, qui calment également les phénomènes d'éréthisme, sont certainement moins nuisibles.

# SOCIÉTÉS

---

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

---

Séance du 17 mars 1903.

Présidence de M. DUBÉ

PBOCÈS-VERBAL

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

### RAPPORTS

I. — M. ALPHONSE MERCIER présente à la Société un malade atteint de *psoriasis généralisé*. Aujourd'hui le diagnostic ne présente aucune difficulté. Mais, comme au début de l'affection des médecins se sont prononcés en faveur d'accidents spécifiques, M. Mercier insiste sur le diagnostic différentiel entre ces deux affections.

Comme traitement M. Mercier préconise l'huile de Cade qui donne de très bons résultats, sans cependant empêcher les récurrences.

### DISCUSSION

M. ASSELIN croit que l'on pourrait substituer à l'huile de Cade, si désagréable à cause de son odeur, l'Icthyol qui n'a pas ce désavantage.

M. VALIN profite de l'occasion pour faire voir toute l'importance de la dermatologie en médecine pratique. De plus elle est un excellent exercice de formation intellectuelle pour le médecin. Aujourd'hui l'enseignement de cette branche importante de la médecine est à peu près complètement négligé dans nos hôpitaux.

Dans le traitement du psoriasis il est de l'opinion du Dr Mercier. Cependant il croit que l'on peut quelquefois guérir définitivement cette affection. Il a quelques cas sous observation depuis plusieurs années qui n'ont pas présenté de traces de leur ancienne maladie.

Quant au pronostic, il n'affecte en rien la santé générale. C'est comme un brevet de bonne santé. M. Valin ajoute qu'il faut se défier de l'arsenic en dermatologie, et ne pas croire



qu'il soit indiqué chaque fois que l'on se trouve en présence d'une lésion cutanée. Car tous les psoriasiques ne sont pas égaux devant l'arsenic, et une dose légère, pour un, peut être toxique pour un autre.

M. FOUCHER, comme professeur de la faculté de médecine, approuve absolument les remarques faites par M. Valin. Ce qui a empêché jusqu'à aujourd'hui la faculté de donner à cette importante matière une attention plus suivie a été la brièveté du temps consacré à l'enseignement médical. Cependant comme il est question de mettre à cinq ans le nombre des années d'études médicales, il peut affirmer que la première amélioration sera un cours de dermatologie.

II. — M. LESAGE, au nom du Dr Nadeau, de la Beauce, donne lecture d'un travail sur la *déchéance vitale manifeste chez l'enfant de nos campagnes*. (Publié dans le dernier numéro de l'UNION MÉDICALE.)

#### DISCUSSION

M. LASNIER demande quels seraient les meilleurs moyens à prendre pour faire pénétrer dans nos campagnes les connaissances des lois hygiéniques. L'état actuel est un danger pour l'avenir de notre nation. Il suggère comme moyen de vulgariser l'hygiène une correspondance spéciale dans les grands journaux quotidiens traitant, au point de vue pratique, les questions d'hygiène publique et privée.

M. LECAVALIER craint beaucoup que cette correspondance d'hygiène dans les journaux ne soit pas lue par ceux qui en auraient besoin. Il croit plutôt que nos efforts devraient se diriger vers les écoles et les collèges. Que c'est là que la vraie hygiène devrait être enseignée et surtout mise en pratique.

M. RIVER, secondé par M. Asselin, demande que l'on vote des félicitations et des remerciements à M. Nadeau pour l'important travail qu'il a adressé à la Société Médicale.

Il propose que M. Nadeau soit nommé membre correspondant de la Société.

Adopté à l'unanimité.

III. — M. LECAVALIER présente une observation d'un cas de *tétanos grave traité et guéri par la méthode de Baccelli*. Il fait

en même temps l'historique du traitement de cette grave infection.

LE PRÉSIDENT annonce que, le 26 mars, la Société aura une séance spéciale pour entendre le rapport du comité chargé d'étudier le Bill Roddick.

*Séance spéciale du 26 mars 1903*

Présidence de M. DUBÉ

A l'ouverture de la séance, le président fait remarquer que cette réunion a été spécialement convoquée pour entendre la lecture du rapport du comité spécial chargé d'étudier la loi fédérale Roddick et pour en faire la discussion. Il ajoute qu'il est urgent pour notre Société de se prononcer le plus vite possible sur ce projet de loi. Car le promoteur de la loi doit demander dans quelques jours sa passation par la législature provinciale de Québec.

M. LESAGE, rapporteur du Comité, donne lecture du rapport.

(Ce rapport a été publié dans le numéro de mars de l'UNION MÉDICALE.)

DISCUSSION

M. LACHAPPELLE demande que la discussion sur cet important rapport soit remise à une autre séance. Ce travail est trop sérieux pour se prononcer à la légère sur son mérite. Il faut d'abord l'étudier comme il convient. Il propose, secondé par M. le Dr Dagenais, que la discussion soit remise au mardi 31 mars 1903.

Cette motion a été adoptée par un vote de 20 contre 17.

*Séance spéciale du 31 mars 1903*

Présidence de M. DUBÉ

A l'ouverture de la séance plusieurs membres du comité chargé de faire rapport sur le Bill Roddick expliquent les travaux du comité et quelles étaient les objections qu'ils ont rencontrées au cours de leur étude. Tous les membres sont unanimes à déclarer que la législation provinciale est ce qu'il y aurait de plus désirable à l'heure actuelle. Mais en pré-

sence de l'opposition possible des Universités ils ont dû penser à la non réalisation de ce projet, c'est pourquoi ils ont étudié à fond la loi Roddick, et ont tenté de l'amender de manière à la rendre acceptable par toutes les provinces sans pour cela perdre nos droits déjà acquis.

M. LECAVALIER est en faveur de la loi Roddick telle qu'adoptée par la législature fédérale.

M. FOUCHER n'est pas favorable à l'adoption du bill Roddick pour des raisons de privilèges universitaires et nationaux. Une législation provinciale pourrait peut-être arriver aux résultats désirables, mais il croit que la question doit être étudiée à fond afin de résoudre toutes les objections.

M. LESAGE désire donner quelques explications supplémentaires. Il est compris que tous désirent un échange de licence. La difficulté réside dans le mode le plus favorable à un tel échange. Le comité en suggère deux. Le premier, *législation provinciale*. Le Collège des Médecins aurait le contrôle absolu des licences en exigeant de tout candidat diplômé un examen final devant son bureau d'examineurs choisis tant parmi les professeurs que parmi les médecins non enseignants. Cette innovation nous mettrait sur un pied d'égalité avec les provinces anglaises desquelles nous obtiendrions l'échange immédiat en vertu d'un *proviso* inséré à cet effet dans leurs lois provinciales respectives.

Il suffirait que les Universités de la province consentent et favorisent une telle entente entre elles et le Collège des Médecins pour assurer la réalisation d'une semblable législation avec tous les privilèges qui y sont attachés, et qui sont pour nous d'une importance vitale si l'on ne veut pas compromettre impunément l'avenir de notre enseignement supérieur. On nous objecte que les diplômes universitaires ont une valeur réelle au point de vue des cours qui y sont donnés et des examens qui y sont subis, et que le collège ne pourrait pas, n'ayant ni laboratoires, ni hôpitaux à sa disposition, faire subir aux élèves des épreuves aussi sérieuses que les épreuves universitaires. Je le concède volontiers, mais là n'est pas la question. Il s'agit de savoir si le Collège peut deman-

der un droit de contrôle absolu des licences; et si, à cette fin, il peut demander aux Universités de lui faire cette concession. Nous croyons que oui. . . Il exerce déjà ce contrôle au début des études en exigeant un examen spécial (brevet) de tout élève qui se destine à l'étude de la médecine; il continue d'exercer ce même contrôle en modifiant ses lois suivant les circonstances et en exigeant des Universités telle ou telle modification dans la longueur des études médicales et dans la teneur des programmes d'études; pourquoi se désisterait-il de ce droit, logiquement, au moment où l'élève qu'il a toujours suivi vient lui demander un permis d'exercer? Je trouve qu'il est tout naturel qu'il en soit ainsi. Je conçois qu'un examen oral ou même écrit, théorique par conséquent, soit incomplet et inférieur aux examens universitaires, mais il consacre un principe au nom duquel on peut tout nous refuser et par lequel on peut tout obtenir suivant l'application qu'on en fait.

Ainsi donc, que les universités concèdent ce petit coin de terre qui ne leur vaut guère; qu'elles aident à une petite appropriation qui ne leur coûtera rien, et nous n'avons pas besoin de légiférer davantage.

D'autre part, croyant à la possibilité d'une opposition, de la part des Universités, à une législation provinciale, le Comité a pensé à un second moyen d'échange: une *législation fédérale*. Et nous avons étudié le projet de loi Roddick pour savoir comment il pourrait servir de base à une telle législation. Je ferai une simple énumération des objections sérieuses que nous y avons rencontrées.

1° Il s'arroge le droit de se prononcer sur les qualifications du candidat: étudiant en médecine;

2° Il introduit un élément politique dans la formation du bureau en donnant au Gouverneur en Conseil le droit de nommer, pour chaque province, un représentant officiel.

Ces deux objections sont les plus importantes car elles comportent toute une série de considérations et de complications. En s'arrogeant le droit de se prononcer sur les qualifications du candidat: étudiant ou médecin, ce bureau se place au-

dessus des Universités et des Collèges provinciaux tout en poussant une reconnaissance mal déguisée dans l'enceinte de l'enseignement secondaire. Un tel droit admis ou admissible ne peut être concédé: nous l'avons reconnu dans notre rapport en disant que le bill Roddick, tel qu'approuvé par les Chambres fédérales doit être rejeté ici. Nous avons essayé de contourner la difficulté en décrétant que *seul le médecin licencié dans l'une des provinces du Dominion* serait admis à subir les examens requis en vue de la licence fédérale. Ainsi rédigé, cet amendement met chacun à sa place. Le bureau fédéral n'est plus tenu de faire enquête pour s'assurer des qualifications du candidat étudiant, attendu que l'étudiant devra passer par son Université provinciale avant d'aller à Ottawa; il n'est pas tenu de s'assurer autrement des qualifications du candidat médecin, attendu qu'il le reçoit tel que l'a formé l'Université et tel que le Collège provincial l'a voulu. Les privilèges sont, ainsi, conservés à chacune des branches de l'enseignement supérieur, quant au contrôle.

Le bureau fédéral n'aura donc à juger que du savoir du candidat médecin. Et c'est tout. Et quel danger y a-t-il? C'est, en somme, un troisième bureau donnant au médecin un prérogative de plus, et des avantages immenses en perspective. Le rapport les résume en quelques mots; il est facile de les mettre en évidence par des chiffres authentiques.

La *politique* a été écartée en désignant au Gouverneur trois candidats choisis par le Collège des Médecins parmi lesquels il pourra choisir un représentant de la province qui les aura élus.

D'autres objections moins sérieuses pourront être résolues d'une autre manière, car le projet que nous avons soumis à votre approbation est perfectible, et nous demandons que chacun de vous y apporte son concours.

Il est proposé par M. Boucher, secondé par MM. Cléroux et Barry, que la Société Médicale de Montréal adopte le rapport de la commission nommée pour étudier le Bill Roddick. Et qu'une copie du rapport soit envoyée aux autorités des

différentes universités de la province et aux membres des législatures. — Adopté.

Il est ensuite proposé par M. Germain, secondé par M. Valin, que la Société continue dans ses fonctions le comité afin qu'il avise aux moyens à prendre pour la réalisation de l'un ou l'autre de ces projets suivant l'ordre du rapport.

Il est proposé en amendement par M. Dagenais, secondé par M. O.-F. Mercier, que la Société continue dans ses fonctions le comité afin qu'il avise aux moyens à prendre pour obtenir une législation provinciale.

L'amendement est rejetée sur division, la motion principale est adoptée sur même division.

J.-P. DÉCARIE,  
*Correspondant.*

# ANALYSES

## MEDECINE LEGALE.

**Diagnostic de la submersion par l'étude cryoscopique du sang des noyés.**—Travail du laboratoire de médecine légale de la Faculté de Médecine de Paris, par le Dr N. STOENESCO, membre associé de la Société de Médecine Légale de France, médecin expert des tribunaux, assistant de médecine légale à la Faculté de Bucarest, dans *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1 janvier 1903.

Après avoir fait l'historique des signes de la mort par submersion, le Dr Stoensco conclut que les divergences d'opinions sont encore grandes en ce qui concerne le diagnostic de la mort par submersion.

La plupart des signes extérieurs ne fournissent que des données sur le séjour du cadavre dans l'eau.

Quant aux signes internes, pour certains auteurs, pour Devergie par exemple, leur signification est très grande ; d'autres, au contraire, et notamment Lesser (de Berlin), affirment qu'il n'est que très rarement possible de reconnaître si la mort par submersion a eu lieu pendant la vie. L'opinion de la majorité des médecins légistes semble être à égale distance de ces deux propositions.

La question se présentant ainsi, il était naturel de pousser des investigations vers une autre direction ; c'est ce qu'a fait le professeur Carrara, qui, pour éviter autant que possible les diverses causes d'erreurs, a appliqué pour le diagnostic de la submersion, d'après le conseil du professeur Sabatini, une méthode plus précise et plus sensible, la recherche de la détermination de la concentration moléculaire du sang par la cryoscopie, c'est-à-dire la mesure de la concentration moléculaire par la détermination du point de congélation de ce liquide.

Pour le professeur Carrara, dans le cas de submersion dans l'eau de mer, la densité du sang du ventricule droit est inférieure à la valeur normale, ce qui démontre qu'il existe une dilution du sang, et la valeur cryoscopique s'élève jusqu'à 1°, 01 et 1°, 23, parce que la concentration moléculaire est augmentée par la présence des composés salins contenus dans l'eau.

Dans un pareil cas, on ne peut admettre que le liquide où s'est faite la submersion a été de l'eau douce, car d'après ce que l'on sait, elle abaisse peu la valeur cryoscopique du sang.

Cette constatation est pour la pratique médico-légale d'une grande importance, parce qu'elle peut servir à l'identification de la nature du liquide, dans lequel a eu lieu la submersion et permet aussi de reconnaître en même temps si le cadavre a été transporté par le courant dans un autre endroit.

Par la cryoscopie, on peut résoudre encore d'autres questions : ainsi, on peut établir si l'écume fine qui se trouve dans les poumons d'un cadavre est due à la submersion dans l'eau ou si c'est un liquide de transsudation dû à un œdème pulmonaire.

Le Dr Stoensco a repris ces expériences par une série de travaux personnels remarquables. Des différentes recherches comparatives qu'il a faites sur le sang des noyés au moyen de la cryoscopie, il ressort qu'il est parfois possible d'obtenir un diagnostic positif dans les cas favorables, c'est-à-dire quand l'état du cadavre permet encore de trouver du sang dans le cœur ;

Que les points cryoscopiques du sang artériel et veineux d'un animal vivant ne diffèrent pas du tout ou très peu ; tandis qu'après que l'animal a été noyé la différence est grande ;

Qu'il n'y a pas de différence entre les points cryoscopiques de deux sortes de sang chez l'animal qui n'a pas été noyé ; cela ressort aussi de la quatrième expérience, dans laquelle l'animal a été tué par un autre genre de mort que la submersion.

Il s'ensuit donc que les grandes différences entre points de congélation du sang des deux moitiés du cœur ne peuvent pas tenir à une cause interne ; mais que toujours elles sont le résultat d'une cause externe, c'est-à-dire de la pénétration de l'eau dans le sang ; donc les variations de la concentration moléculaire ne tiennent pas à une autre cause que la submersion.

De plus, la cryoscopie nous donne encore un résultat sûr et clair, si nous étudions le point cryoscopique du sang d'un animal noyé dans l'eau salée ; en effet il y a une grande différence entre le sang des deux cavités du cœur, différence qui tient à ce que dans la circulation générale, il pénètre une substance qui abaisse le point de congélation.

Par ce procédé on pourra établir si un cadavre appartient à un individu qui a été noyé où on l'a trouvé, ou s'il a été entraîné par le courant d'un fleuve jusque dans la mer.

Ainsi, la différence de concentration du sang chez les noyés fait la base du diagnostic.

Cette différence est établie aisément par la cryoscopie qui est un procédé simple, rapide et sûr, et qui doit être préféré à toutes les autres déterminations.

Aussi croyons-nous que la preuve cryoscopique peut rendre de grands services à la médecine légale pour l'étude des questions qui se rattachent à la submersion.

GEORGES VILLENEUVE.

## MEDECINE.

### Le diagnostic précoce de la néphrite interstitielle, par LECLERC, dans *Lyon Médical*, 8 mars 1903.

L'auteur attire l'attention des médecins sur l'importance de certains signes dans le diagnostic précoce de la néphrite interstitielle : "maladie, dit l'auteur, pourtant bien fréquente, mais mal connue d'un assez grand nombre de praticiens, au moins dans les premières phases de son évolution." L'erreur provient de ce qu'on ne conçoit pas la possibilité d'une néphrite sans albuminurie concomitante. Une malade se présente avec de la dyspnée d'effort, le médecin examine les *urines du matin*—"je ne sais pourquoi, dit l'auteur, car ce sont celles qui ont la moindre chance de renfermer de l'albumine dans les cas où elle est intermittente"—il n'y a pas d'albumine, donc pas de néphrite. "La conclusion pour ce médecin s'impose : il n'y a pas d'albumine, donc il n'y a pas de néphrite, puisqu'il ne conçoit pas la possibilité de cette maladie en dehors de l'albumine." Ces faits d'observations erronés, entraînent une thérapeutique subversive et désastreuse pour ce brightique telle que : iodures, arsenic, opium, digitale, régime alimentaire carné, soins reconstituants.



L'auteur appuie sur l'importance des grands signes dont l'association suffit à asseoir le diagnostic et qu'il énumère : " un gros cœur, avec un bruit de galop très fréquent et un éclat exagéré du second bruit à droite de la ligne médiane du sternum ; un pouls d'hypertension artérielle : c'est-à-dire dur, en même temps qu'il est généralement un peu rapide et régulier ; de la polyurie et de la pollakiurie : surtout importantes quand elles sont nocturnes ; des urines pâles (claires comme de l'eau disent les malades satisfaits de cette transparence anormale), avec une densité souvent, mais non toujours, abaissée ; de la dyspnée d'effort et de la dyspnée nocturne ; de l'affaiblissement général ; tels sont les symptômes dont la réunion, même partielle, permet, en dehors de l'albuminurie, d'affirmer l'existence de la néphrite interstitielle."

Il faut donc savoir diagnostiquer la néphrite au début afin de donner au malade toutes les chances possibles, sinon d'une guérison, du moins d'une survie prolongée.

Quant au traitement, il est basé sur l'hygiène générale et le régime alimentaire.

Interdire tout ce qui peut surmener le cœur et les reins : travaux pénibles, marches, courses, ascensions d'escaliers, etc... renoncer à la viande, au vin et aux boissons alcooliques. Le lait, les œufs, les légumes, les pâtes alimentaires, les fruits serviront exclusivement à l'alimentation.

Il faudra revenir souvent à la charge et se guider sur le diagnostic pour imposer au malade ce que nous croyons utile à son bien-être.

J.-A. LESAGE.

**La propagation de la tuberculose par les bacilles contenus dans les selles. Prépondérance de ce mode de propagation dans les asiles d'aliénés,** par ANGLADE  
(*Ann. Méd.-psychol.*, jan. fév. 1902.)

Le *Bulletin de Méd. Ment. de Belgique* analyse ainsi le remarquable mémoire de M. Anglade.

La localisation intestinale de l'infection tuberculeuse est la règle au cours de la phtisie pulmonaire. Cette localisation peut être primitive, et quand elle est secondaire, prendre le pas sur la localisation pulmonaire. Il en est ainsi souvent chez les aliénés ; et la diarrhée chronique des aliénés est presque toujours, sinon toujours, le symptôme d'une entérite tuberculeuse. L'étude bactériologique de cette entérite enseigne qu'elle résulte d'un processus bacillaire très actif dont les agents microbiens se répandent dans le contenu intestinal.

Les selles des tuberculeux sont, partout, un puissant agent de propagation de l'infection tuberculeuse. Dans les asiles d'aliénés, où l'entérite tuberculeuse sévit avec intensité, où les malades, qui ne savent pas cracher, répandent partout leurs matières fécales, la propagation par les selles est la plus redoutable.

De la constatation d'une lésion intestinale bacillaire, de la présence vérifiée du bacille tuberculeux dans les selles, résulte l'obligation de désinfecter celles-ci. Le bacille tuberculeux ne résiste pas à l'action des antiseptiques, en général. Un séjour de 30 secondes dans une solution phéniquée à 50 p. c. suffit à détruire sa virulence, qui supprime aussi la chaleur humide.

Isoler les tuberculeux, recueillir leurs crachats et surtout leurs matières

fécales, désinfecter tout ce qui a pu être contaminé par les expectorations et surtout par les selles, telles sont, selon Anglade, les mesures prophylactiques capables d'atténuer les ravages de la tuberculose dans tous les milieux, plus particulièrement dans les asiles d'aliénés.

E. P. CHAGNON.

### LARYNGOLOGIE

**L'anneau de Waldeyer, porte d'entrée de différentes infections**, par le Dr CHAUVFAU. — Archives internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.

Sous l'influence des remarquables travaux de Metschnikoff sur la phagocytose, on avait été conduit presque instinctivement à admettre que les diverses amygdales, constituant par leur ensemble l'anneau de Waldeyer, devait être un puissant moyen de défense de l'organisme contre les microbes venus par les voies nasale et buccale. N'étaient-elle pas des glandes lymphoïdes, des sortes de ganglions superficiellement étalés? Leur situation en arrière des chloanes, à l'entrée de l'isthme, apparaissait comme providentielle. Longtemps le rôle protecteur des différentes tonsilles passa en quelque sorte pour un dogme incontestable. Cependant, tous les observateurs n'étaient pas également convaincus. Peu à peu des objections de plus en plus graves se sont élevées contre les doctrines régnantes. Il y eut d'abord des arguments contraires tirés de l'anatomie et de la physiologie.

La pathologie humaine, examinée sans parti pris, n'est guère plus favorable à ces théories que nous avons plusieurs fois combattues. Tous les spécialistes, surtout ceux qui ont vu pratiquer naguère des explorations ou des interventions avec une asepsie d'une rigueur très éloignée de celle d'aujourd'hui, savent que le nez et la bouche se défendent bien en général contre les invasions microbiennes. Il y a à cela des raisons anatomiques, sans doute les plus importantes (épithélium, devenu assez résistant, couche de mucus protecteur, etc.) et probablement aussi des raisons physiologiques (mucus nasal bactéricide ou destructeur de germe par les phagocytes qu'il contient, salive bactéricide ou destructrice des germes par les phagocytes qu'elle renferme. Or, si l'on expérimente en badigeonnant le buccopharynx avec des solutions virulentes de streptocoque par exemple, ce sont toujours les points riches en tissus qui sont les plus faciles à infecter. N'est-ce pas en effet les amygdales qui sont prises principalement et souvent isolément dans un grand nombre de maladies de la gorge?

Chaque fois qu'à cause de leur profession des individus sont exposés à des irritations constantes par les poussières, on constate une hypertrophie très notable du tissu lymphoïde de l'anneau de Waldeyer, qui ainsi semble marquer une vulnérabilité plus grande que les autres points de la région. D'autre part, chez les enfants atteints de végétations adénoïdes, Moll auroit, après plusieurs auteurs allemands, constaté à nouveau que la scarlatine, la rougeole sont plus fréquentes. On verrait beaucoup plus souvent ici survenir des complications auriculaires.

D'une façon générale, l'enfant, dont le tissu lymphoïde est, comme on sait, si développé, se montre surtout sujet aux tonsillites et aux affections auxquelles celui-ci paraît servir de porte d'entrée; et cela d'ordinaire d'autant plus que

les diverses amygdales sont plus volumineuses. Il est difficile d'admettre que leurs hypertrophies soient en raison directe des luttes qu'elles ont à soutenir, car leur ablation partielle ou totale atténuée ou supprime cette susceptibilité. D'autre part, remarquons que dans le jeune âge, période ou les anémies s'observent si souvent, les atteintes cervicales sont très fréquentes et volumineuses. Il semble même exister un certain rapport entre le volume de ces ganglions et celui des amygdales.

Sur ce sujet si intéressant des amygdales, considérées comme porte d'entrée des infections, ont paru récemment un certain nombre de travaux.

Parmi les maladies infectieuses auxquelles la tonsille paraît aujourd'hui souvent servir de porte d'entrée citons: les néphrites, les myocardites, endocardites, péricardites, abcès métastatiques du poumon, pleurésies, entérites dysentériques, méningites, ostéomyélites, et celles qui, à l'heure qu'il est, fixent plus particulièrement l'attention, le rhumatisme articulaire aigu et la tuberculose.

A mesure que l'attention générale sera attirée sur ce sujet, les coïncidences entre le rhumatisme aigu et l'angine se multiplieront vraisemblablement. Faisons remarquer, avec Moll, qu'il ne suffit pas d'un simple examen pour déclarer si réellement il existe des lésions tonsillaires. Souvent, en effet, celles-ci sont légères et il faut éclairer fortement la région, parfois attirer l'amygdale hors de son sinus, par exemple, à l'aide d'un crochet mousse. On aperçoit fréquemment alors de petits foyers purulents qui, sans ces précautions, seraient restés cachés, notamment par les piliers. D'ailleurs, en outre des amygdales palatines, il semble rationnel d'admettre que les agents pathogènes du rhumatisme pourraient entrer par les autres amas de l'anneau de Waldeyer.

Ces faits ne sauraient étonner tous ceux qui sont au courant des recherches bactériologiques sur l'agent présumé du rhumatisme articulaire aigu. Tout ceci viendrait confirmer singulièrement l'opinion de Sahli qui regarde le rhumatisme comme une sorte de pyohémie atténuée. On comprendrait ainsi pourquoi l'angine peut produire tantôt un rhumatisme simple, tantôt un rhumatisme infectieux, quand les embolies microbiennes se multiplient dans certains points de l'organisme, tels que le cœur, les reins, etc.

La question des tuberculoses primitives des diverses amygdales date, comme on le sait, de l'article de Larmoyez (Annales, 1894), sur les végétations adénoïdes et surtout de la communication de Dieulafoy (Bulletin de l'Académie, 1895), sur la tuberculose primitive des amygdales palatines.

Deux portes d'entrée principales semblent s'offrir, avec une fréquence à peu près égale, au bacille de Koch du côté de l'anneau de Waldeyer: l'amygdale pharyngée et l'amygdale palatine, car on ne sait encore rien sur la tuberculose possible de l'amygdale linguale et des amas folliculaires isolés.

La phagocytose, si active en ce point, crée, constamment pour ainsi dire au niveau de l'épithélium tonsillaire des sortes de trous par lesquels le bacille peut aisément pénétrer dans les voies lymphatiques. Or, le nombre des adénites chroniques est, comme on le sait, très considérable dans l'enfance, et d'après les dernières recherches beaucoup seraient des tuberculoses latentes. Ainsi on peut se demander si le micro-organisme n'a pas voyagé, pour ainsi dire subrepticement, de l'amygdale aux ganglions les plus voisins. Des pénétrations microbiennes sans réaction inflammatoire ne sont pas, du reste, une nouveauté.

## OBSTÉTRIQUE

**Vomissements gravidiques**, par Dr PUGH, dans la *Gazette des Hôpitaux*,  
Décembre 1902.

L'auteur divise en trois catégories les vomissements que l'on rencontre au cours de la grossesse: 1° Les vomissements simples matutinaux qui passent pour un des signes de la grossesse et qui sont constitués par le renvoi d'un liquide aqueux, ou même bilieux; 2°, les vomissements qui arrivent après un temps plus ou moins long et qui contiennent des matières digérées au cours des repas. La nutrition est encore suffisante dans ces cas; 3°, les vomissements de la dernière catégorie sont plus graves, et heureusement plus rares, ils sont caractérisés par le rejet absolu et en totalité de toute parcelle alimentaire, compromettant sérieusement la santé: ce sont les vomissements pernicieux et incoercibles.

L'auteur oppose aux vomissements vrais de la grossesse les traitements suivants:

I. *Vomissements matutinaux*.—Au réveil, au lit: lait, café, bouillon froid, chocolat. Si les liquides sont mal tolérés, on donne des viandes froides, des œufs durs. Ne quitter le lit qu'une heure après ce repas.

II. *Vomissements du deuxième degré*.—Boire du champagne, du vin frappé coupé d'eau, avec glace.

Un quart d'heure avant le repas prendre, dans un peu d'eau ou de lait, cinq à huit gouttes de la solution suivante:

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme.
Eau.....	10 "

ou une pilule contenant

Extrait thébaïque.....	0 gr. 01 centig.
" de belladone.....	0 gr. 01 "

Garder le repos horizontal après le repas. Faire des pulvérisations d'éther sur le creux épigastrique. Si nécessaire, prendre toutes les deux heures entre les repas une cuillerée à soupe de

Eau chloroformée.....	75 grammes.
Eau de fleurs d'oranger.....	50 "
Sirop de " ".....	25 "

ou bien:

Une cuillerée à café de sirop de morphine.

ou bien:

Une cuillerée à soupe d'heure en heure de la solution suivante:

Menthol.....	1 gramme.
Alcool.....	20 "
Eau.....	130 "

Assurer tous les jours une selle par des lavements glycerinés, suppositoires ou laxatifs.

III. *Vomissements incurcibles*.—Toute les deux heures prendre du lait glacé, ou recourir aux lavements nutritifs quatre à cinq fois dans 24 heures.

Poudre de viande ou 2 cuillerées à café de  
 Peptones sèches.....  
 Jaune d'œuf..... No I.  
 Laudanum..... 10 gouttes.  
 Bouillon ou lait..... 150 grammes.

Faire précéder le lavement nutritif du lavement évacuateur.

Combattre la sécheresse de la langue ou de la gorge par des gargarismes répétés souvent.

Faire des inhalations d'oxygène (40 à 60 litres dans les 24 heures).

Faire prendre le soir des lavements de chloral : (2 à 4 grammes dans 100 grammes de lait .

Si le mal empire et fait craindre la mort par inanition, provoquer l'accouchement prématuré en introduisant le ballon Champetier de Ribes dans l'utérus ou, si la grossesse ne dépasse pas trois mois, faire la dilatation du col externe de l'utérus ou curetage.

J.-A. LESAGE.

### PEDIATRIE

**La dyspepsie des enfants en bas âge**, par professeur HUTINEL, dans *Journal de Médecine*, février 1903.

“Quand un enfant digère bien, il est calme, il augmente régulièrement de poids, ne crie pas, n'a pas de régurgitations, pas de coliques, une ou deux garde-robe par jour ; les selles sont d'un beau jaune, bien liées, avec une odeur de pain chaud.”

“Quand la dyspepsie survient, les choses se modifient, l'appétit diminue, l'enfant ne tette plus ou se jette sur le sein, mais le quitte rassasié après quelques gorgées ; il y a de la régurgitation, du hoquet ; la vraie cause c'est qu'il y a des gazs de fermentation dans l'estomac.”

Et l'auteur s'étend longuement sur les symptômes accessoires : ballonnement du ventre, agitation, insomnie, selles fréquentes, grumelleuses, contenant de la matière grasse ; puis elles deviennent verdâtres à l'air. La régurgitation a une signification différente. Suivant qu'elle arrive immédiatement après le repas ou vingt minutes, une demi-heure plus tard. Dans le premier cas c'est le trop plein ; dans le dernier cas c'est la dyspepsie.

Les diarrhées fréquentes (4 ou 5 dans 24 hrs) chez les enfants nourris au sein sont améliorées en espaçant davantage les tétées et en donnant un peu d'eau de Vichy.

Quant aux enfants nourris artificiellement, il faut stériliser le lait, ou même le remplacer par des farineux. C'est affaire d'observation. Si la diarrhée devient menaçante il faut mettre l'enfant à la *diète hydrique* pendant 18 à 24 heures, en donnant l'eau bouillie sucrée (15 minutes) par petites quantités (5, 6, à 700 grammes en 24 hrs) que l'on fait suivre de calomel à faible dose, par exemple, 2 centigrammes divisés en 4 ou 5 doses données de demi-heure en demi-heure.

A ces soins on peut ajouter les grands lavages de l'intestin.

Si les selles sont acides on donne les alcalins : eau de Vichy ou bien :

Bicarbonate de soude.....	} à
Craie lavé	

Une pincée 10 à 15 minutes avant chaque tétée et non immédiatement avant, car s'il y a des acides dans l'estomac le bicarbonate de soude est décomposé et l'acide carbonique, mis en liberté, distend l'estomac et l'enfant peut rejeter, avec le gaz, le lait qu'il vient de prendre."

Il n'en faut pas abuser dit-il.

Chez les enfants qui ont des selles décolorées, on peut donner l'acide lactique ou l'acide chlorhydrique comme suit :

Eau.....	850 grammes.
Sirop d'oranges.. .. .	150 "
Acide lactique.....	5 "

Et pour la limonade :

Eau distillée.....	200 grammes.
Sirop d'oranges .....	50 "
Acide chlorhydrique pur.....	0 g. 40 c. c.

Une cuillerée à café après chaque tétée (pas d'abus).

Si des enfants ont des coliques après les repas, appliquez des flanelles chaudes sur le ventre.

Chez les enfants qui poussent jusqu'à l'entérite prescrivez la *diète hydrique* durant 24 hrs ; puis lait stérilisé à petites doses toutes les 4 heures, peu à peu toutes les 3 hrs, à mesure que le mieux apparaît.

Il ne faut pas sevrer l'enfant du jour au lendemain. Procéder graduellement.

Les enfants constipés seront traités avec des applications fraîches sur le ventre recouvertes de gutta-percha et de flanelle une heure chaque matin. Le *massage* est un des meilleurs moyens pour rétablir le cours des matières fécales. Pour l'enfant élevé au sein, changez l'alimentation de la mère ; diminuez les viandes, augmentez les légumes et les fruits.

J.-A. LESAGE.

## THERAPEUTIQUE

**Traitement de l'a pénétré**, par JALAGUIER. Communication à la Société de Chirurgie, 24 déc. 1902.

Après la discussion récente sur ce sujet, M. Jalaguier qui a été l'un des premiers à étudier attentivement cette maladie en France, a exprimé son opinion comme abstentionniste en se basant sur un grand nombre de cas. Pour cet auteur l'intervention est très rarement indiquée. Le traitement médical qu'il préconise est le suivant : absence de tout purgatif et de tout lavement, immobilité absolue ; glace et opium.

Ce traitement serait, d'après lui, très efficace sur l'appendicite aigue.

En 1900 M. Jalaguier a donné une statistique : 136 cas d'appendicite aigue ; 121 guéris par résolution à l'aide du traitement médical ; 10 opérés à chaud, 3 morts sans opération. Depuis ce temps il a pu observer 107 nouveaux cas avec les résultats suivants : 101 ont été refroidis et opérés à froid, 3 à chaud, 3 sont morts sans opération.

Sur ce total de 243 malades, 236 ont guéri de la crise aiguë par le traitement médical, 7 ont succombé ; soit 2.8 p. 100 de mortalité. Et parmi ces cas, il y en avait de fort graves. Au traitement classique on a joint les injections de sérum. Si on oppose ces résultats à ceux qui préconisent l'intervention à outrance et dont la statistique accuse une mortalité de 8 p. cent en ville et de 30 p. cent à l'hôpital, on est porté à conclure qu'il y a, non pas une appendicite, mais des appendicites variées, de virulences différentes.

J.-A. LESAGE.

**Traitement de l'ulcère de l'estomac à évolution aiguë**, par MATHIEU et ROUX, dans *Gazette des Hôpitaux*, 23 déc. 1902.

Suivant ces auteurs la thérapeutique doit répondre à plusieurs indications : 1° arrêter l'hémorragie ; 2° calmer les douleurs s'il en existe ; 3° aider à la réparation et à la cicatrisation de l'ulcère.

La *cure de repos absolu* répond à ces trois indications. "Il faut immobiliser le malade au lit et suspendre totalement le travail fonctionnel de l'estomac afin de mettre l'ulcération à l'abri de tout traumatisme extérieur et intérieur." Donc conseillons le séjour au lit à ces malades, efforçons-nous de convaincre les récalcitrants en appliquant en permanence sur la région gastrique une *vessie de glace* qui fera diminuer la douleur et arrêtera l'hémorragie en même temps.

On peut permettre l'ingestion d'une petite quantité d'eau, soit un tiers de litre dans 24 heures par cuillerées à bouche espacées. Pour assurer l'hydratation de l'organisme et une nutrition suffisante on introduira dans le rectum, après lavements évacuateurs, des aliments liquides : eau salée à 7 p. 1000, du lait, des œufs, des peptones suivant les formules ordinaires. Recueillir les urines dont la quantité en 24 heures ne devra pas tomber au-dessous de 5 à 600 grammes. Il faudrait alors donner les injections sous-cutanées d'eau salée, les injections rectales étant insuffisantes.

Contre l'hémorragie, Tripiër conseille les lavements d'eau chaude à 48° C. Le chlorure de calcium à la dose d'un à deux grammes dans deux à trois grammes d'eau pris dans la journée est un bon hémostatique : l'opération étant réservée pour les hémorragies rebelles à tout traitement.

Si les douleurs sont vives et si elles ne sont pas calmées par le repos, on donne le *sous-nitrate de bismuth* à la dose de 30 grammes par jour, 10 grammes le matin, 10 grammes le soir dans un quart de verre d'eau tiède en une seule fois le matin à jeun, et le soir l'estomac étant vide ; ou 2 à 3 hrs après la dernière prise de lait si le malade est au régime lacté. Le malade aura la précaution de se coucher durant un quart d'heure sur chaque côté, ainsi que sur le dos et sur le ventre afin de répartir si possible sur toute la surface de l'estomac cette poudre inerte.

"Les premiers accidents aigus : hémorragie, douleurs, vomissements, étant calmés, combien de temps convient-il de maintenir le malade au lit et à l'alimentation rectale ?

On doit proscrire toute alimentation buccale durant 8 à 10 jours au moins ; 12 à 20 jours (Fournier), 2 à 3 semaines (Donkin)—ce jeûne prolongé doit nous faire suivre avec attention la diminution du poids du malade : l'individu à jeun est en danger lorsqu'il a perdu 30 p. 100 de son poids.

L'alimentation ne sera reprise qu'avec une grande prudence et devra être composée d'aliments liquides durant longtemps, de lait durant six à huit semaines.

J.-A. LESAGE.

## BIBLIOGRAPHIE.

**La Profession Médicale** au commencement du XX<sup>e</sup> siècle, par le professeur P. BROUARDEL, doyen honoraire de la faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut. 1 vol. in-18 (Librairie J.-B. Ballière et fils, 19 rue Hautefeuille, à Paris : 3 fr. 50.

Depuis quelques années, médecins et clients font entendre des plaintes plus ou moins justifiées au sujet des conditions dans lesquelles la médecine s'exerce actuellement. Il est certain que la profession médicale subit une évolution qui a créé une véritable crise. Quelles en sont les causes ?

Le rôle du médecin dans la société n'est plus seulement curatif, il est surtout prophylactique.

L'expérience a montré la puissance de son action sur ce nouveau terrain, se protégeant collectivement contre la maladie.

Ces transformations, que les médecins appelaient de leurs vœux, à l'accomplissement desquelles ils ont concouru avec une énergie méritoire, ont eu pour le corps médical de cruelles répercussions.

Pour en atténuer les effets il faut que les médecins aient une connaissance exacte du régime auquel est actuellement soumise la profession médicale. C'est ce que vient de faire, avec son autorité si grande, le professeur Brouardel en exposant le sens des lois récentes qui intéressent le médecin.

---

**Guide du Médecin Praticien.**—Aide-memoire de médecine, de chirurgie, par le DR GUIBAL, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 676 p., avec 349 fig. cartonnage toile souple : 7 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Présenter de façon concise et dans un petit format toutes les connaissances de médecine, de chirurgie, d'obstétrique nécessaires au praticien, tel est le but que se propose le *Le Guide du Médecin Praticien* du Dr Guibal.

Mis en présence d'un cas dont le diagnostic l'embarrasse, le médecin a besoin de trouver l'*exposé des symptômes types*, qui l'aideront à reconnaître la nature de la maladie et à prescrire le traitement qui convient.

Le traitement a été, de sa part, l'objet de soins particuliers : il s'est efforcé de résumer ses indications d'après l'enseignement des maîtres les plus autorisés, et d'indiquer les opérations telles que les ont faites les recherches de la science moderne.

Il indique tout d'abord les règles de l'*antisepsie*, de l'*anesthésie* et des *injections de sérum*, facteurs principaux de l'évolution des sciences médicales contemporaines ; il passe ensuite en revue les *maladies générales*, celles de la *peau* et des *tissus* ; celles du *crâne*, de la *tête* et du *cou* ; celles du *rachis* et du *bassin* ; celles du *thorax* et de l'*abdomen*, et enfin celles des appareils en particulier ; il a particulièrement détaillé la description des maladies des *membres*, si importantes aujourd'hui tant par leur fréquence que par le résultat de leur traitement bien institué.

Pour chaque cas, il a donné toutes les indications permettant de faire un diagnostic ferme et de différencier l'affection étudiée des maladies qui peuvent lui ressembler.

Pour chaque traitement, il donne les indications qui peuvent le faire prescrire ou proscrire : à quel moment et dans quelles conditions faut-il intervenir, faut-il agir immédiatement ou temporiser ? Le régime, si important dans la thérapeutique médicale, est étudié en détail, le manuel opératoire chirurgical et obstétrical a été développé dans une large mesure. Il ne suffit pas, en effet, de connaître quand on doit intervenir, il faut aussi savoir comment on doit le faire. M. Guibal décrit les divers procédés actuellement employés, donnant sur chacun d'eux les indications et les contre-indications que comporte son application. Ce *Guide du Médecin Praticien* sera utile dans l'exercice de la pratique journalière ; il rendra service aux médecins de campagne qui n'ont pas toujours à leur disposition la riche bibliothèque des médecins de ville, et à tous ceux à qui souvent le temps manque pour retrouver promptement les indications dont le souvenir peut échapper à la mémoire la plus sûre ; il servira en un mot, d'*aide-mémoire de chirurgie, de médecine d'obstétrique*.