

**PAGES**

**MANQUANTES**

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## UN CAS DE POULS LENT PERMANENT

---

Par le Dr ARTHUR ROUSSEAU.

---

Le 26 août de l'année dernière nous étions appelés auprès d'un employé du Séminaire qui, à la suite d'une chute sur la tête, se trouvait dans le coma et présentait une large ecchymose de la paupière droite.

On l'avait trouvé étendu par terre en cet état, mais on ne s'en alarmait pas trop parce qu'on le savait sujet depuis un an à de semblables pertes de connaissance.

Les mouvements respiratoires étaient réguliers et normaux comme fréquence, mais le pouls ne battait que vingt deux fois à la minute et l'on constatait à l'auscultation du cœur un souffle rude à tonalité basse qui occupait le premier temps et la pointe. Nous croyions à une large insuffisance mitrale.

Mais en l'absence de renseignements circonstanciés sur le passé pathologique de notre malade nous ne savions s'il fallait attribuer les accidents présentés par lui à l'épilepsie ou à une insuffisance rénale avec ou sans commotion cérébrale, ou bien les rattacher au syndrome décrit sous le titre : Pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.

Dans la journée le malade ne passe qu'une très petite quantité d'urine dans laquelle nous constatons un nuage d'albumine. Nous ordonnons des injections rectales d'eau salée fraîche et deux injections par jour de 0 gr. 25 de caféine.

Les jours suivants le malade reste dans un état semi-comateux entrecoupé fréquemment par des convulsions pendant lesquelles les surveillantes notent des mouvements des bras et de la déviation des yeux. Pas d'incontinence des matières, ni des urines. La respiration se maintient normale et le pouls oscille entre 18 et 28 pulsations à la minute. Chaque injection de caféine ranime pour quelque temps le malade et nous en profitons pour

lui faire donner du lait. Après le troisième jour nous prescrivons un gramme par jour d'iodure de potassium tout en continuant la caféine.

Peu à peu les attaques convulsives s'éloignent, l'état somnolent s'atténue et le dixième jour le malade peut se lever.

Il nous est plus facile dès lors de l'examiner et nous complétons les renseignements que nous avons déjà recueillis.

Son père semble avoir succombé à la tuberculose pulmonaire ainsi que sa mère; une de ses sœurs est morte de cardiopathie rhumatismale, et un oncle épileptique a été à l'asile de Beauport.

Il n'a souffert d'aucune des maladies graves de l'enfance. Il aurait eu seulement il y a trois ans, étant dans un chantier, une fièvre légère dont il s'est relevé complètement en quelques jours; et depuis deux ans il souffre d'une dysphée qui l'empêche de courir et lui rend pénible l'ascension des côtes et des escaliers. Pas de syphilis ni rhumatisme dans ses antécédents.

Il a 25 ans, peu développé mentalement. Il est de grandeur moyenne, mais d'une constitution un peu délicate. Son asymétrie frontale et les irrégularités de ses maxillaires témoignent de sa sénescence.

C'est au mois de juillet 1898 que sa maladie actuelle a débuté, marquée tantôt par des vertiges, tantôt par des pertes de connaissance. Nous sommes mal renseignés sur les caractères de ces accidents. Tout ce que nous savons c'est qu'ils n'ont jamais été accompagnés d'incontinence, ni de morsures de la langue et qu'ils se sont répétés plusieurs fois.

Nous ignorons à quelle époque remontent les troubles du côté du poul.

Nous ne relevons rien à l'examen du système nerveux.

Le cœur bat vis-à-vis la cinquième côte et sur la ligne mamelonnaire. Il n'est pas hypertrophié, il mesure en surface 100 cent. carré.

Le souffle rude et grave que nous entendions à la pointe dans le décubitus dorsal n'existe plus qu'à l'état d'ébauche dans la même attitude et disparaît dans la position assise et debout.

Nous notons sous la clavicule droite une respiration rude avec expiration prolongée et exagération des vibrations vocales. La même exagération des vibrations existe en arrière au sommet du même poumon et il y a diminution du murmure vésiculaire à la base. Pas de toux ni expectoration.

Le foie et la rate sont normaux. Aucun trouble digestif. Il n'y a plus d'albumine dans les urines.

Nous revoyons le malade le 8 novembre. Il a eu plusieurs accès moins sérieux que celui que nous venons de décrire — pour lesquels il est entré à

l'Hôtel-Dieu. Son pouls est toujours rare : 28 pulsations à la minute. Nous lui prescrivons quatre gouttes par jour de la solution alcoolique de trinitrine à 1/100 à alterner de quinze en quinze jours avec une dose quotidienne de 0 gramme 60 d'iode de potassium.

Le 12 décembre, le malade accuse un progrès sensible : il a commencé à charroyer du bois ; même il se trouve mieux à travailler que pendant le repos du dimanche. Il n'a pas eu de nouvelle attaque syncopale ou convulsive depuis le 8 novembre. Son pouls bat 35 fois à la minute avec une tension de 19 cent. de mercure au sphygmomanomètre de Potain.

L'examen des urines pratiqué à cette date donne le résultat suivant :

Quantité : 1670 c. c.

Urée .....	11	grammes	25	par	litre....	18.78	par	24	heures.
Acide urique.....	4	"	12	"	"	0.25	"	"	"
Acide phosphorique	0	"	38	"	"	1.47	"	"	"
Chlorures.....	9	"	4	"	"	15.10	"	"	"

Pas d'éléments anormaux.

Le chiffre élevé des chlorures est en rapport avec la forte alimentation du malade. Par la diminution de l'urée et de l'acide phosphorique dont l'élimination est intimement liée aux actes de la nutrition cellulaire, on voit que l'organisme s'est adapté au ralentissement de la circulation. Aussi le malade se maintient-il dans un état général satisfaisant.

Malheureusement par l'histoire de ce cas nous sommes mal renseignés sur l'époque du début de la bradycardie et sur les conditions dans lesquelles elle s'est produite. Nous savons seulement que c'est, il y a trois ans, que le malade a commencé à éprouver de la dyspnée à la marche précipitée et à l'ascension des côtes et des escaliers. Point important à noter, à ce moment le malade n'avait pas encore d'attaques syncopales et convulsives. Il est rationnel de supposer que cette dyspnée fut à son origine la conséquence de la lenteur des contractions cardiaques. En effet si nous avons relevé quelques altérations des bruits respiratoires au sommet droit, ces altérations en l'absence de toux, d'expectoration, du plus léger mouvement fébrile et d'anémie, témoignent de lésions sans importance, entièrement insuffisantes à expliquer une pareille dyspnée.

D'autre part nous ne saurions faire de notre malade un brightique. A la suite de sa plus forte crise nous avons bien constaté la présence d'un peu d'albumine dans ses urines, mais dans des examens répétés nous n'en avons

plus ensuite trouvé de traces et du reste notre malade ne présente aucun des signes grands ou petits du brightisme.

Mais si la dyspnée dont il s'agit doit être mise sur le compte du trouble cardiaque, celui-ci ne peut être facilement attribué à l'épilepsie, puisqu'il en aurait précédé de plus d'un an les premières manifestations. Ajoutons que dans l'hypothèse d'épilepsie la maladie aurait fait tardivement son apparition chez un sujet de 24 ans; qu'elle se serait toujours traduite par des accès incomplets sans tétanisme, s'il faut en croire la relation de ses proches, sans morsure de la langue et sans incontinence; que loin de relever du traitement bromuré elle aurait été nettement aggravée toutes les fois qu'on y aurait eu recours.

L'épilepsie peut produire le ralentissement du pouls, mais cette bradycardie suit les crises et ne dure pas. Si bien que tout en ne niant pas l'existence de l'épilepsie chez notre malade, nous nous refusons à lui subordonner la bradycardie. Toutes deux néanmoins pourraient être les coëffets d'une malformation crânienne, notamment du retrécissement du trou occipital qui a été considéré par Lasègue comme la lésion essentielle de l'épilepsie et qui d'autre part a été signalé par Boffart comme l'unique cause d'un cas de pouls lent permanent.

Si hypothétique qu'elle soit, cette explication nous semble la plus plausible qui puisse être donnée. Il ne faut pas en chercher une meilleure dans la supposition d'une lésion du pneumo-gastrique qui ne rendrait pas compte des attaques convulsives. Pour la même raison il n'est pas satisfaisant pour l'esprit de faire de cette bradycardie un symptôme d'une affection cardiaque qui, d'ailleurs, ne se traduirait autrement par aucun signe de lésion orificielle ou de myocardite, ni par de l'œdème, ni par de la cyanose, ni par la moindre trace de congestion viscérale. Ce n'est pas non plus une bradycardie réflexe. On ne voit pas en effet où serait le point de départ de ce réflexe, et la bradycardie réflexe est très variable suivant l'irritation inconstante qui en est la cause. Or le pouls lent que nous étudions est remarquable par sa fixité. Il n'est pas influencé par la marche, les efforts, les émotions, l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac; il reste invariable des semaines entières et dans ses légères variations est toujours bien au-dessous du chiffre normal. Un pareil trouble cardiaque ne peut se rattacher qu'à un état anatomique permanent.

L'artério sclérose bulbaire, ainsi que l'a établi M. Huchard, est la lésion qui réalise le plus souvent le syndrome du pouls lent permanent avec attaques syncopales ou épileptiformes, et dans les cas exceptionnels il est vrai,

où elle apparaît dans le jeune âge, elle ne présente pas sa généralisation habituelle. Mais la localisation bulbaire de l'artério sclérose n'aurait jamais été aussi précoce et par suite il faudrait ici des raisons sérieuses que nous n'avons pas pour conclure à l'artério-sclérose.

Nous pensons donc qu'il existe une compression sur les centres bulbaires de l'innervation cardiaque, et, vu l'existence chez notre malade de vices de développement du côté de la bouche, d'asymétrie frontale et d'aplatissement antéro postérieur du crâne, nous avons lieu de croire que cette compression s'exerce grâce au rétrécissement du trou occipital souvent associé à ces malformations. Le rétrécissement du trou occipital agirait indépendamment de l'épilepsie qui a été postérieure à la bradycardie et ne saurait en produire de semblable ; et les convulsions constitueraient une association morbide du mal comitial avec la bradycardie d'origine bulbaire, ce qui est facile à supposer étant donné l'hérédité du malade et ses vices de développement, ou bien elles seraient sous la dépendance même de la compression bulbaire. Cette compression bulbaire et l'ischémie qui en résulte rendraient compte des mauvais effets de la médication bromurée vaso constrictive, tandis que l'administration de la caféine, des iodures et de la trinitine—médicaments vaso dilatateurs— a toujours été suivie des plus heureux résultats.



### UN CAS DE DYSTOCIE.

En juin 1898, je fus appelé à deux milles de chez moi pour une femme de quarante cinq ans, fortement trempée, en train d'accoucher de son dix-huitième enfant. Cette femme avait eu jusque-là des couches heureuses

Comme elle souffrait depuis quarante huit heures, que ses eaux étaient rompues je pensai à quelque complication peu amusante. En effet, à l'examen je trouve la dilatation complète avec procidence d'une main dans le vagin, c'était la droite. La tête était logée dans la fosse iliaque droite et le dos en avant. J'avais donc affaire à une présentation du tronc en position iliaque gauche. Par bonheur l'épaule n'était pas encore engagée et les douleurs étaient moins fortes.

Que faire alors ?

Attendre l'évolution spontanée ou faire la version : il n'y avait pas d'alternative.

Me rappelant ce que Cazeau, entre autres, dit de l'expectation quand les phénomènes mécaniques du travail se sont accomplis, qu'elle expose la femme à un travail fort douloureux et très prolongé, que le fœtus est soumis à une pression assez forte pour mettre sa vie en grand danger, je me décidai résolument pour la version. Après m'être entouré de toutes les précautions antiseptiques possibles, un confrère administra le chloroforme et j'allai sans retard à la recherche des pieds que j'attirai au dehors, l'un après l'autre, après des efforts bien pénibles comme il arrive toujours en pareil cas, et terminai l'accouchement sans autre difficulté.

Redoutant quelques complications, je me rendis, le soir même, vers les dix heures, voir ma nouvelle accouchée et voici dans quel état je la trouvai : Le pouls atteignait 110 pulsations, il était petit et concentré. La température était de 101 2/5° R. La femme accusait une douleur constante spontanée, aiguë, augmentée par les moindres mouvements et exaspérée par la pression. Cette douleur siégeait dans la moitié inférieure du ventre de chaque côté de l'utérus, mais cependant, plus prononcé du côté gauche. Il existait déjà du typhoïdisme. Je donnai sur le champ une injection hypodermique de 1/4 gr. de chlorhydrate de morphine et ordonnai de continuer ce même médicament, et à la même dose, toutes les 6 heures, par voie stomacale. J'administrerai aussi une douche intra utérine chaude, avec la sonde intra-utérine de Budin, d'une solution d'acide borique à 4 %. Je ne permis à ma malade, pour alimentation, qu'un peu de bouillon, des blancs

d'œufs et du lait. J'ordonnai, pour être appliqués chauds et fréquemment renouvelés sûr l'abdomen, des cataplasmes laudanisés, et lui conseillai très fortement un repos aussi absolu que possible.

Les 16 et 17, les symptômes généraux et locaux présentaient les mêmes caractères que la veille, alors je ne changeai rien à mon traitement.

Vers le soir, cependant, on vint me chercher en toute hâte, disant que la malade étouffait. De fait je la trouvai se tordant sur son lit par la douleur et se lamentant avec angoisse. J'appris de l'entourage qu'après mon départ du matin, se sentant un peu mieux et voulant prendre un peu plus de nourriture que la quantité ordonnée, elle avait bu d'un seul trait, environ huit onces de bouillon de bœuf. De là l'explication manifeste de cette violente crise gastralgique. Mais avant que j'eusse le temps d'administrer un émétique les vomissements expulsèrent bruyamment le contenu de l'estomac. Le soulagement fut immédiat. Un grand lavement eut un effet complet et le soulagea beaucoup. Une drachme d'acide lactique concentrée dans huit onces d'eau : (une cuillerée à soupe toutes les 6 heures) compléta le traitement.

Du 18 au 23 tous les mauvais symptômes s'amendèrent graduellement au point que le 25 ma malade était parfaitement rétablie.

Toutefois, cinq ou six jours après, lors de son premier lever, on vint me dire qu'elle ne pouvait plus retenir ses urines. Cette incontinence paraissant se rattacher, comme c'est l'habitude du reste, à une parésie du col de la vessie, je prescrivis un mélange de noix vomique et d'extrait de Belladone qui fit rentrer tout dans l'ordre et compléta la guérison de ma malade laquelle a toujours joui depuis d'une santé parfaite.

DR LÉON COTÉ.

St-Paschal, Kamouraska

---



## REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Bilan de l'électrothérapie à la fin du XIXe siècle,

Par le DR LACAÏLLE.

Dans notre dernier numéro nous avons passé en revue tous les services déjà nombreux que peut nous rendre la radiographie et nous espérons avoir démontré combien cette science encore si récente était déjà fertile en applications pratiques au seul point de vue médico-chirurgical.

Nous allons aujourd'hui essayer d'en faire autant pour l'électrothérapie.

Nous ne parlerons ici que des applications médico-chirurgicales dont les résultats sont absolument indéniables, c'est-à-dire contrôlés et facilement contrôlables par tous.

Pour ce faire, le plus simple sera de passer en revue les différents systèmes de notre économie et de noter au fur et à mesure celles de leurs maladies, honnêtement justifiables de cette thérapeutique spéciale de telle sorte qu'il en résultera, en fin de compte, un véritable index électrothérapique mis au point pour 1899.

### I. ELECTROTHÉRAPIE DU SYSTÈME NERVEUX ET DU SYSTÈME MUSCULAIRE

C'est aux maladies de ces systèmes que furent faites les premières applications d'électricité suivies de résultat, et pendant longtemps ces pratiques thérapeutiques firent tout le fond de la vieille électrothérapie.

Mais avant de passer en revue les maladies nerveuses justiciables des traitements électriques il faut que nous disions de quelle immense utilité est l'électricité utilisée pour le diagnostic des affections nerveuses diverses quant à leur pronostic et le choix de leur traitement.

C'est à Duchenne, de Boulogne, que sont dues les premières recherches dans ce sens, et c'est plus particulièrement au professeur Erb qu'il faut attribuer l'honneur d'avoir définitivement fixé les règles de l'électrodiagnostic.

Combien de fois n'avons-nous pas vu, à l'hôpital, nos maîtres, divisés sur un diagnostic de maladie nerveuse, ne pouvoir être départagés que par

l'électro-diagnostic ; aussi pensons nous que dans la pratique des maladies nerveuses, les lois de l'électro-diagnostic sont d'une très grande utilité, non seulement pour établir le diagnostic, mais souvent aussi le pronostic et le traitement.

Maintenant, avant d'aborder la thérapeutique électrique des maladies nerveuses, disons tout d'abord bien haut qu'aucun des électrothérapeutes sérieux n'a jamais prétendu reconstituer, au moyen de l'électricité, des éléments anatomiques détruits, et reconnaissons de suite que nous ne pouvons avoir qu'une action palliative limitée sur la plupart des *maladies de la moëlle*, action portant surtout sur la *douleur* qui peut être calmée pour une durée plus ou moins longue dans certains cas (exemple dans le tabès).

Certes, les résultats ne sont pas bien brillants, mais ils sont des plus encourageants dans les *atrophies musculaires*, et cela à un degré différent selon la cause qui les a produites. Ils seraient même souvent meilleurs si l'on tardait moins longtemps à commencer ce traitement. On peut affirmer qu'en général il en est ainsi pour toutes les *atrophies* et pour les *paralysies diverses*, et en particulier pour la paralysie infantile. Beaucoup d'enfants seraient moins estropiés si l'on s'était pris à *électriser les muscles atteints dès la cessation de la période fébrile de la polymyélite antérieure* dont ils étaient atteints.

On peut en dire autant des *atrophies consécutives aux névrites diverses* et à tous les *accidents traumatiques*, car il est à remarquer que généralement nous nous y prenons beaucoup trop tard.

Disons, en passant, que la plupart du temps les succès ne sont pas ce qu'ils devraient être, parce que le médecin ne sait pas faire un choix judicieux de la forme du courant à appliquer, qu'il prend souvent au hasard ou suivant ce qu'il possède dans son arsenal médical.

Ce que nous disons pour les précédentes maladies, on peut en dire autant pour l'*hémiplegie cérébrale*, qui est la plupart du temps mal soignée électriquement parlant, et cependant un traitement judicieux serait fort utile à ces pauvres invalides.

Les différentes *paralysies consécutives à des névrites diverses, à des accidents traumatiques*, relèvent naturellement de cette thérapeutique, et généralement les résultats sont satisfaisants, toujours, bien entendu, lorsqu'on leur applique le mode électrique qu'il faut, comme il le faut et quand il le faut.

Il en est de même des *différentes névralgies, des migraines* de différentes formes.

La *migraine* est une maladie complexe d'origine nerveuse ou rhumatismale ou les deux à la fois, selon les sujets. Elle peut souvent être prévenue lorsqu'on en sent les symptômes prémonitoires bien connus des habitués, mais on ne peut jamais l'arrêter par l'électricité lorsqu'on l'attaque en pleine évolution. Par contre, un traitement électrique, choisi d'après la forme de la maladie, peut souvent guérir presque complètement la migraine ou tout au moins éloigner beaucoup les récives périodiques.

Il est de notariété que le *goître*, est dans plusieurs de ses symptômes, *palpitations, oppression, volume*, favorablement influencé par une électrothérapie bien conduite.

Parmi les différentes *névroses* justiciables de notre traitement, nous trouvons en premier lieu la *neurasthénie et l'hystérie*. Celle-ci souvent ne retire bienfait de l'électrothérapie qu'au point de vue suggestif, mais la neurasthénie est très sérieusement et très favorablement modifiée par l'électricité, principalement la forme statique.

Le tout est de savoir choisir la forme de courant qui convient à chaque cas et à chaque symptôme; c'est en cela qu'une grande expérience et qu'une grande sûreté de jugement sont indispensables.

Les divers symptômes de la neurasthénie, *céphalée, dilatation d'estomac constipation opiniâtre, lassitude générale*, doivent céder à un traitement bien fait.

Un des symptômes les plus attristants pour le malade, c'est la *fausse impuissance* qui guérit généralement bien. Nous n'en dirions pas autant, cela va de soi, des *impuissances vraies* dépendant des maladies médullaires et contre lesquelles nous ne pouvons presque rien.

La *coqueluche* à sa dernière période nous a fourni à tous l'occasion de plus d'un succès, car avec les inhalations d'ozone et la voltaïsation du grand sympathique et du pneumo gastrique, on arrive assez vite à diminuer le nombre et l'intensité de ces quintes si pénibles. Ceci va nous servir naturellement de transition pour passer au système respiratoire.

## II. SYSTÈME RESPIRATOIRE.

Ici nos prétentions ne sont pas grandes et notre champ d'action est très restreint. La voltaïsation du cou rend des services aux *asthmatiques* en diminuant l'oppression, et c'est tout.

Depuis quelques temps on cherche à utiliser les différentes formes de l'électricité pour le traitement de la *tuberculose*. L'ozone en inhalations et

et le bain statique sont employés, le premier pour l'antiseptie des voies respiratoires et le second comme tonique général. Un des plus merveilleux résultats de l'électricité nous est fourni par son application aux *cas d'arrêt de la respiration pendant l'anesthésie au chloroforme*. Nous avons personnellement vu revenir à la vie déjà quatre opérés chez lesquels la respiration artificielle et les tractions de la langue ne donnaient encore rien au bout de quinze et vingt-cinq minutes, notamment sur une malade dans le service de M. Labbé à Beaujon en 1890. *Il serait donc bon d'avoir toujours préparé un appareil à courants continus pendant toute chloroformisation*. La voltaïsation avait été faite en appliquant un tampon humide (positif) et autre (négatif) à l'estomac et en faisant rapidement entrer dans le circuit dix à quinze éléments.

### III. SYSTÈME CIRCULATOIRE.

L'électrolyse donne de beaux succès dans le traitement des *navi, du varicosis* (ces petites dilatactions veineuses qui désolent tant les coquettes vers les quarantes ans), des *tumeurs angiomateuses, des anévrysmes diffus ou non* (plus délicat), des *taches de vin, etc.*, des *hémorrhoides*. Ajoutons que les *démangeaisons* produites par celles-ci sont guéries en deux ou trois applications locales par les courants de haute fréquence.

Les résultats du traitement électrolytique des *navi angiomateux, du varicosis* sont bien supérieurs à tous les points de vue, aux résultats obtenus par les autres procédés (ignipuncture, etc.)

### IV. APPAREIL DIGESTIF.

Rappelons ici le traitement électrique de la *dilatation de l'estomac, de la constipation, de l'obstruction intestinale*, dont nous avons déjà parlé au sujet de la neurasthénie—Disons, au sujet de cette dernière maladie, qu'on s'y prend beaucoup toujours trop tard pour demander le secours de l'électricité. Le médecin perd généralement un temps précieux en réitérant les purges qui ne font que fatiguer l'intestin localement et le malade au point de vue général; j'en dirai autant au point de vue chirurgical. Lorsqu'une opérée ne va pas à la selle, elle s'empoisonne rapidement et en meurt si l'on ne prend pas à temps les mesures nécessaires. Les *vomissements incoercibles des hystériques et de la grossesse* sont très souvent arrêtés par la voltaïsation; les tampons étant appliqués de chaque côté du cou.

Les rétrécissements de l'œsophage sont très améliorés par l'électrolyse négative suivie d'une dilatation judicieusement conduite, et l'on peut ainsi empêcher le malade de mourir de faim. Une des plus belles applications de l'électricité, dont l'honneur revient à M. d'Arsonval, c'est le traitement des *maladies dues au ralentissement de la nutrition* par les courants de haute tension et de haute fréquence.

On obtient avec cette forme de l'électricité des résultats réellement surprenants. C'est ainsi qu'on obtient de forts beaux résultats dans une certaine forme de *petite urémie* caractérisée chez les malades par une très *faible diurèse*, accompagnée de diminution considérable des excréta, de présence dans l'urine d'indican, de ptomaïnes, des *maux de tête et d'estomac très tenaces, des crampes, de l'anesthésie, etc.*

Sous l'influence de ce traitement, on voit les urines reprendre leur volume, leur constitution et redevenir presque normale, en même temps que disparaissent les autres symptômes. Si bien qu'à mon avis on devrait essayer ce même traitement dans les cas de *grande urémie*; ce serait sans danger et non sans résultat, je le crois.

Une conséquence logique de cette augmentation du volume de la diurèse et de la quantité des combustions internes sous l'influence des courants de haute fréquence, c'est l'utilisation de cette forme de courants pour faire *maigrir* et lutter contre l'*obésité*, et, de fait, on obtient des résultats presque constants, quoique plus ou moins intenses, selon le tempérament des sujets.

Concurremment avec le souffle statique, on utilise avec succès les effluves de haute fréquence contre les *prurits et les érylèmes de certaines dermatoses*, et les résultats sont souvent obtenus en quatre ou cinq séances. Nous voici conduits tout naturellement à parler de l'électrothérapie de la peau

#### V. ELECTROTHÉRAPIE DE LA PEAU.

Le *lupus* et les *chéloïdes* ont été traités par l'électricité avec des résultats inconstants. Nous avons dit plus haut, dans le chapitre du système circulatoire, les beaux résultats de l'électrolyse sur les *navi angiomateux*; les *navi pigmentaires* bénéficient également bien du même traitement, et avec eux disparaissent les *poils* qui les tapissent. Aussi l'*hypertrichose du menton, des lèvres et des joues* est-elle radicalement guérie (et *ans cicatrices*) par l'électrolyse négative appliquée par une main aussi sûre qu'expérimentée.

tée et conduite par d'excellents yeux. Dans ces conditions, c'est toujours un succès. Nous avons dit plus haut les bons résultats de l'électrolyse appliquée successivement sur chaque ligne de *varicosis à la face*.

## VI. MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX-URINAIRES

*L'incontinence d'urine par faiblesse du sphincter est toujours guérie par des applications faradiques bien faites ; c'est là surtout qu'il faut suivre avec soin les règles établies par les spécialistes en la matière.*

*La paralysie de la vessie, selon ses causes, bénéficie ou non du traitement électrique.*

Quand aux rétrécissements de l'urèthre, nous ne craignons pas d'affirmer bien haut l'efficacité de l'électrolyse négative à l'égal de l'uréthrotomie interne en reconnaissant à la première cet avantage d'être moins effrayante, moins douloureuse moins dangereuse, et de ne pas exposer autant aux hémorrhagies et à la fièvre urinaire, inconvénients que n'évitent pas toujours même les plus forts et les plus consciencieux ; mais nous nous refusons à admettre que cette intervention guérisse radicalement tous les rétrécissements *sans crainte de récidence*. Les récurrences se produisent exactement comme elles se reproduiraient après l'uréthrotomie de Maison-neuve ou la dilatation dans les cas semblables et dans les mêmes conditions. J'ai, en effet, revu des malades opérés par ceux qui défendent le plus cette doctrine fautive de la guérison radicale par l'électrolyse. C'est donc une affirmation sans fondement—soit dit sans attaquer la bonne foi de personne.

Voici maintenant une application de l'électricité qui a passionné le public médical pendant longtemps. Je veux parler du traitement électrique des *fibromes*. Nous pouvons également affirmer bien haut que nous avons obtenu de beaux succès chaque fois que nous n'avons recherché que l'arrêt des hémorrhagies et la disparition des douleurs. Nous avons eu souvent une légère diminution de la masse totale, mais le fibrome y était pour peu de chose. Evidemment le ventre diminue par ce traitement, mais c'est surtout parce que l'électricité refait les muscles du ventre et de l'intestin et que celui-ci ne se laisse pas distendre par les gaz et fonctionne quotidiennement, mais jamais nous n'avons constaté de fonte totale d'un seul fibrome. Nous savons que cela a été affirmé et nous sommes absolument certain que celui qui l'affirmait était honnêtement convaincu, mais qu'il se laissait illusionner, ainsi que nous l'expliquions à l'instant. Nous

savons-aussi que les résultats ne sont pas toujours tels que nous disions plus haut ; mais cela tient à ce que les opérateurs se sont attaqués à tous les fibrômes, alors qu'on ne doit jamais électriser ni un fibrôme kystique, ni un fibrôme accompagné de lésions annexielles ou péritonéales, ni un fibro-sarcôme. En tenant compte de ces restrictions, on peut être certain d'obtenir de belles guérisons symptomatiques ; mais il faut bien savoir que le traitement est toujours long et demande à être fait par un homme expérimenté. Nous en dirons autant du traitement de l'*endométrite fongueuse hémorragique*, l'électrolyse bien faite pouvant dans bien des cas remplacer le curettage ; elle a alors le mode d'action de la méthode au chlorure de zinc sans avoir un seul de ses inconvénients. Les *névralgies de l'ovaire et les névralgies pelviennes* cèdent encore assez souvent devant un traitement électrique bien conduit et judicieusement choisi quant à la forme des courants à employer.

Il nous resterait à parler de l'électrothérapie du système osseux ; mais jusqu'à présent cette méthode thérapeutique n'a jamais été employée à soigner les maladies du squelette osseux.

Nous avons donc terminé l'énumération des applications actuelles de l'électricité au traitement des maladies du genre humain. Cette énumération semblera certainement trop courte à ceux qui la compareront à celle de certains auteurs qui se font, il faut le croire, d'énormes illusions, ou bien encore trop longue et trop ambitieuse à ceux qui, l'esprit prévenu, n'ont jamais voulu de parti pris ouvrir les yeux et examiner et se rendre compte en daignant regarder tout ce qu'on les priait de constater.

Quoi qu'il en soit, je ne crains pas d'affirmer que parmi les applications de l'électricité à la thérapeutique que j'ai relatées et conseillées ici, il n'en est pas une seule qu'on ne puisse contrôler sans être obligé de se rendre à l'évidence.

Telle qu'elle est, l'électrothérapie nous semble déjà très digne d'intérêt et d'estime, et cependant nous sommes convaincu que l'avenir ne fera qu'accroître son domaine, surtout si nous avons beaucoup d'hommes comme le promoteur des traitements par la haute fréquence, M. le professeur d'Arsonval, qui a, ces dernières années, doté l'électrothérapie de moyens d'action si puissants et si efficaces.

Aussi nous ne pensons pas pouvoir mieux terminer cet article qu'en lui offrant ici l'hommage de notre respectueuse admiration.

## Indications et contre-indications des injections vaginales d'eau chaude pendant l'accouchement

Par le Dr LORAIN, de Paris.

Cette étude d'un grand intérêt pratique, vu l'importance qu'on donne dans ces dernières années aux injections vaginales dans des cas bien déterminés, a pris, sous l'impulsion du Dr Lorain, une place bien définie dans certaines circonstances

Ses travaux démontrent l'action importante de l'eau chaude en injections vaginales.

Elle est un *stimulant énergique* de la fibre musculaire lisse, surtout du vagin et de l'utérus. Cette action se manifeste plus rapidement avec l'eau chaude qu'avec l'eau froide; elle est aussi plus durable. D'un autre côté, à une température de 45° à 50° elle est un bon agent *oxytactique* et *hémostatique*. De plus son *effet constant* est de rendre la contraction utérine plus forte, plus longue et plus répétée tout en lui laissant son caractère important d'intermittence, ce qui la différencie de l'ergot avec grand avantage.

L'auteur préconise fortement les *injections vaginales* seulement, excepté dans les cas d'urgence absolue.

Elles doivent être faites *très lentement* avec un liquide rendu *minutieusement aseptique* coulant d'un récipient élevé de pas plus de 50 à 60 centimètres, injectant chaque fois de 2 à 4 litres.

En général, elles sont *indiquées* chaque fois qu'il y a *insuffisance de la contraction utérine*, quand même on n'en verrait pas bien la cause, comme dans les cas de rétrécissements du bassin, de présentation vicieuse, d'obstacle siégeant au niveau du col, surtout lorsqu'il y a inertie utérine en quelque sorte essentielle. L'auteur ne s'en est servi que durant la période de dilatation, bien que leurs bons effets se soient prolongés dans la période d'expulsion

L'auteur cite des cas bien concluants de l'action vraiment notable de ces injections d'eau chaude dans les cas de rigidité du col, surtout les *rigidités anatomiques*

Contre les *rigidités pathologiques* les bons résultats sont contestables, tandis que ces injections doivent être totalement proscrites dans les cas de *rigidité spasmodiques* ou de *contracture utérine*.



Enfin dans les cas d'hydramnios, de groupe gémellaire, la distension exagérée de l'utérus peut entraîner un état d'inertie relative qui est utilement combattu par les injections chaudes.

---

#### De la consolidation des fractures.

---

Depuis quelques temps déjà, l'action du corps thyroïde sur le développement des os a été bien mis en lumière. Les preuves les plus nettes sont les suivantes :

La croissance et particulièrement l'ossification subissent un arrêt chez les animaux dont on enlève la glande thyroïde, ainsi que le prouvent de nombreuses expériences. Lancereaux a prouvé qu'il en est de même chez l'enfant thyroïdectomisé : un jeune garçon à qui on avait fait à l'âge de onze ans l'ablation totale du corps thyroïde conservait quatre ans après la taille qu'il avait à cette époque.

Dans les cas d'idiotie myxœdémateuse, de crétinisme, la médication thyroïdienne produit entre autres résultats (demyxœdématisation, réveil de de l'intelligence, etc.) un accroissement notable de la taille. Chez les nains dont le corps est toujours atrophié, au moins fonctionnellement, chez les sujets atteints d'arrêt de croissance, d'infantilisme reconnaissant des causes diverses (rachitisme, atrepsie, albuminurie) les recherches de Mossé, Bourneville, Schmidt et surtout d'Hertoysle d'Anvers) ont montré l'action de l'opothérapie thyroïdienne sur le développement du squelette à la condition que les cartilages d'accroissement ne soient pas encore ossifiés.

D'autre part dans les maladies du type basedowien on constate des troubles trophiques osseux, attribuables à une activité exagérée des cartilages de conjugaison, consécutive, sans doute, à l'hyperthyroïdisation. De même dans la croissance rapide et excessive des jeunes sujets, il semble y avoir sécrétion thyroïdienne exagérée.

L'action de la glande thyroïde sur l'ossification est donc incontestable. Il est dès lors indiqué de rechercher si la sécrétion thyroïdienne n'a pas une influence sur la réparation des fractures.

On constata d'abord que chez les animaux thyroïdectomisés la réparation des fractures expérimentale est considérablement ralentie.

Bientôt les essais d'opothérapie thyroïdienne dans le traitement des fractures montrèrent le parti qu'on peut tirer de cette médication.

Plusieurs observations particulièrement intéressantes ont été publiées sur ce sujet par L. Déjace. On lit, en effet, dans le *Scalpel*, 8 octobre 1898 :

Un garçon de quatorze ans atteint d'une fracture du fémur gauche, présentait une pseudarthrose de l'os fracturé : je le vis il y a quatre ans environ. Je lui fis prendre trois capsules de *corps thyroïde* de Vigier, par jour, et réappliquai un appareil permettant la marche. Après un mois, la fracture était consolidée. Ce cas n'est pas typique parce que le jeune sujet avait été soumis à l'avivement des fragments par simple frottement ; mais j'obtins un autre succès chez une jeune fille de dix-sept ans, atteinte d'une fracture de l'humérus gauche. Cette patiente, après avoir été soumise au massage, ne voyait pas sa fracture consolidée deux mois après l'accident. Je lui administrai par jour quatre capsules de *corps thyroïde* et fis continuer simplement le massage. Après un mois et demi de traitement la patiente pouvait se servir du membre blessé.

C'est Gauthier qui le premier aurait donné systématiquement le *corps thyroïde* dans les fractures à consolidation retardée (1867). M. Quénu rapporta un cas de pseudarthrose guérie par cette médication (Société de chirurgie 1890) ; le résultat avait été remarquablement rapide (quelques jours). Reclus, Follet (de Lille), ont à leur tour obtenu des consolidations extra-rapides. L'auteur en ayant fait l'essai dans un cas de fracture récente du tibia, a vu le malade marcher sur une jambe solide le dix-septième jour.

Voici donc une nouvelle indication, et l'une des plus nettement établies, de l'opothérapie thyroïdienne. De tous les modes d'administrations du médicament, l'injection de capsules de Vigier, qui représentent la glande thyroïde du mouton, convenablement choisie et conservée dans un état de pureté absolue, est certainement le meilleur.

Les exemples que nous avons cités sont assez concluents pour engager les cliniciens à traiter les fractures non consolidées, les pseudarthroses et mêmes les fractures récentes par le *corps thyroïde*.

*La Revue Médicale* (Paris).

---

### Traitement de la syphilis cérébrale

---

Le traitement de la syphilis cérébrale doit être mixte. Il est nécessaire de donner l'iode et le mercure à doses aussi élevées que possible. Cette nécessité des doses est absolue. Pratiquement elle se heurte sou-

vent à une difficulté assez réelle. Beaucoup de ces malades ont, en effet, une intolérance gastrique rapide. Julien a insisté sur la fréquence de la dilatation de l'estomac chez les spécifiques atteints d'accidents tertiaires: il l'a trouvée chez 29 pour 100 d'entre eux. Or, l'intolérance gastrique se traduit par toute une série d'accidents nerveux réflexes, vertiges, céphalée, névralgies, insomnies, assez difficiles à distinguer de ceux de la syphilis cérébrale au début. C'est surtout à cette époque prémonitoire des accidents légers que l'embarras peut être grand. Le mieux est de s'adresser tour à tour à la syphilis et à la dyspepsie, de procéder par des périodes de traitement spécifique coupées par des périodes de repos médicamenteux absolu.

Des deux médicaments spécifiques l'iodure a certainement l'action curative la plus directe. Le mercure a, de son côté, le plus de valeur comme prophylactique: le traitement mercuriel est le moyen le plus puissant d'empêcher le retour si fréquent des accidents une fois guéris. Dans les formes légères on peut alterner les deux médicaments en commençant par l'iodure; dans les formes graves, il faut d'emblée associer leur action.

Pour l'iodure, il est nécessaire d'atteindre des doses assez élevées, 6 à 7 grammes par jour. Fort heureusement ces doses massives sont en général bien tolérées. Elles exposent même moins que les doses faibles de 0 gr. 50 à 1 gramme aux petits accidents de l'iodisme: enclignement, congestion oculaire, enrouement, acné; et il n'y a guère à craindre de grands accidents toxiques. Pache a pu atteindre avec l'iodure de potassium la dose de 70 grammes par jour.

Il est bien facile de donner l'iodure autrement que par la bouche. Les injections hypodermiques sont douloureuses; elles sont parfois suivies d'eschares. Les lavements sont bien tolérés, mais leur absorption reste aléatoire: ils doivent être réservés pour le cas d'intolérance stomacale absolue. En général, d'ailleurs, l'iodure, à condition d'être donnée au moment des repas et d'être largement dilué, fatigue peu l'estomac. On donnera trois fois par jour, aux trois repas, une ou deux cuillerées à bouche de la solution au dixième:

Eau distillée.....	200 grammes.
Iodure de potassium.....	20 " "

La saveur de l'iodure est assez bien masquée dans la bière, dans un grog léger et surtout dans le lait.

Pour le mercure, au contraire, on emploiera presque exclusivement les frictions et les injections hypodermiques. De temps à autre on pourra pourtant donner une dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 60 de calomel, plutôt comme dérivatif intestinal que comme spécifique.

Pour les frictions, la dose sera de 5 grammes par jour d'onguent mercuriel double. Il est rare qu'elles puissent être prolongées plus de quinze jours à trois semaines. Le grand écueil, malgré les gargarismes antiseptiques, malgré le chlorate de potasse, est la salivation. Dans les formes méningitiques, il peut y avoir avantage à faire de temps à autre une friction sur le crâne rasé. En cas de coma, Maurice indique même l'application d'un large vésicatoire qu'on panse avec une pommade formée à parties égales de vaseline et d'onguent napolitain.

Les injections de calomel ont l'avantage de pouvoir être espacées. Faites tous les quatre jours dans les cas urgents, au début elles pourront ensuite être faites tous les huit jours ou tous les quinze jours seulement. La formule la plus usuelle est la suivante :

Calomel à la vapeur ..... 1 gramme.  
Vaseline liquide..... 10 —

La première injection sera de 0 gr. 10 de calomel dans les formes graves, mais il est sage ensuite de ne pas dépasser 0 gr. 05. La préparation doit toujours être faite de date très récente. Les préparations un peu anciennes, ayant même trois ou quatre jours seulement, renferment souvent du sublimé ; elles deviennent très irritantes et très douloureuses.

L'huile bi-iodurée, préconisée par Panas, est moins douloureuse que les injections de calomel. Elle n'expose pas à des surprises toxiques. Elle est aussi efficace. Son seul désavantage est d'obliger à des injections quotidiennes. Celles-ci sont faites pendant une quinzaine, interrompues, puis reprises. Chaque injection est d'un centimètre cube, renfermant quatre milligrammes de bi-iodure de mercure. L'huile d'olive qui sert de véhicule doit être soigneusement purifiée et stérilisée. L'injection pour être peu douloureuse, doit être poussée très lentement. Comme toujours, elle sera faite en plein tissu musculaire et avec une stricte asepsie.

Tous les autres moyens de traitement ne sont, à côté du traitement spécifique, que de purs accessoires. Le massage, la mobilisation méthodique faciliteront pourtant la disparition de la paralysie. La faradisation peut elle-même être très utile ; mais c'est à la condition qu'il n'y ait ni exagération des réflexes tendineux ni tendances à la contracture. On

emploiera des courants faibles, ne déterminant que de légères contractions musculaires et non de fortes secousses. Les séances seront courtes, de cinq minutes seulement et seront séparées par un ou deux jours de repos ; elles seront interrompues dès qu'apparaît l'exagération des réflexes. Faute de ces précautions, le traitement électrique est souvent plus nuisible qu'utile : il risque d'aboutir à des contractures incurables.

Dans quelques cas, malgré la contraction et l'exagération des réflexes, l'atrophie progressive du membre paralysé indique l'emploi de l'électricité. Mais, en ce cas spécial, on aurait recours aux courants continus faibles (5 à 6 milliampères). Les courants seront stables. On évitera même autant que possible les secousses au moment de la mise en train et de l'interruption du courant.

*L'Indépendance Médicale.*



---

## REPRODUCTION

---

### Traitement de la maigreur et de l'amaigrissement.

---

Par le Dr EDMOND VIDAL.

---

Loin d'exclure la santé, la maigreur est souvent inhérente à la constitution primitive de l'individu ; certaines familles, entièrement composées de maigres, transmettent cette maigreur de génération en génération, tout en payant bien souvent un tribut des plus minimes à la morbidité.

Parfois les enfants naissent beaux et l'on reste surpris en voyant une mère ou un père d'apparence débile mettre au monde un rejeton pesant huit ou neuf livres. L'enfant se maintient gras pendant la première enfance, surtout si la mère l'élève artificiellement ou lui donne une nourrice, mais vers l'âge de sept à dix ans, quelque abondante et régulière qu'ait été son alimentation il commence à maigrir et reste maigre en dépit des traitements de toute nature que les parents ne manquent pas d'instituer ou de faire instituer. Les filles maigrissent en général plus tard que les garçons ; nombre de jeunes filles, maigres jusqu'à la puberté, engraisent dès ce moment en même temps que se forment les hanches et la poitrine, pour maigrir de nouveau aux approches de la vingtième année.

Contre cette maigreur physiologique, constitutionnelle et héréditaire le traitement aura peu de prise. On essaiera bien, comme dans le traitement de l'amaigrissement, d'augmenter les recettes organiques et de diminuer les dépenses, mais souvent en vain, car chez ces maigres, tous les appareils sont à l'unisson : les os sont petits tout en étant solides et bien formés, les muscles sont grêles, la peau est fine et la croissance terminée, rien ne peut transformer cet état.

L'*amaigrissement*, bien au contraire, est toujours un symptôme morbide ou le résultat d'une maladie avec ou sans lésion anatomique appréciable. Quelle qu'en soit la cause, il dépend d'une insuffisance des recettes ou d'un excès des dépenses et, pour que le traitement ait chance d'aboutir, c'est à ces deux facteurs qu'il doit s'adresser.

L'augmentation des recettes se fera par l'alimentation que l'on réglerait scrupuleusement. Il ne suffit pas, en effet, pour accroître les recettes d'augmenter la quantité brute des aliments introduits dans le tube digestif; encore faut-il que ces aliments soient *absorbés et digérés*. L'on choisira donc les aliments qui, sous un petit volume ont une valeur nutritive considérable et dont l'usage régulier peut favoriser la production de la graisse. Pourquoi donc, se demandera-t-on, ne pas donner de la graisse toute formée, ne nécessitant aucune réaction organique pour être transformée en gouttelettes grasses? L'expérience a été tentée bien des fois, mais l'estomac et l'intestin se sont refusés à digérer une trop grande quantité d'aliments gras et l'on a promptement renoncé à pousser plus loin l'expérience.

La dose maxima de graisse que l'on peut introduire dans l'alimentation doit être de 1 pour 2 d'albuminoïdes et 8 d'hydrates de carbone. En augmentant la ration totale, on augmentera la quantité de graisse, et, la proportion restant gardée, la digestion n'en sera pas troublée.

Pour obtenir un bénéfice de la suralimentation il faut que le sujet soit traité comme un dyspeptique, c'est-à-dire que son alimentation soit réglée en vue de prévenir le développement des troubles digestifs, tout en maintenant sa ration alimentaire à un taux au dessus de la normale.

On fera faire trois repas dont le principal sera le midi.

Le premier déjeuner, pris entre sept et huit heures, devra en général être augmenté. Ce repas est trop frugal en France où l'on se contente d'une petite tasse de café ou de thé au lait, ou d'un petit pain. Il faut y ajouter, comme le conseillent Penzohdt et Spillmann, deux œufs à la coque ou une tranche de viande froide.

Le repas de midi sera le plus important et se composera surtout de viandes et d'hydrates de carbone.

Les viandes, dissociées et pulpées mécaniquement dans l'estomac, y subissent une première action chimique qui les transforme en granulations fines; mais c'est seulement dans la première partie de l'intestin grêle que les substances grasses sont rendues assimilables.

C'est pour faciliter ce pulpage gastrique qu'il est indispensable, pour obtenir l'engraissement sans surmener l'estomac, d'introduire les viandes finement dissociées par une mastication lente et minutieuse. Si le malade n'a pas de bonnes dents ou s'il ne parvient pas à mâcher lentement, la viande sera hachée au moment du repas, soit au masticateur Carrier soit au pulpeur de Collin. Mais on n'emploiera pas les *poudres de viandes conservées*, auxquelles les travaux de Debove et de ses élèves donnèrent une

si grande vogue. Ces poudres se conservent difficilement et contiennent toujours un grand nombre de micro-organismes qui peuvent être une cause de septicémie intestinale; en outre, leur saveur, toujours désagréable, lasse vite le malade, quel que soit l'artifice utilisé pour en masquer le goût. C'est donc aux viandes fraîches qu'il faudra recourir, et particulièrement au mouton, au bœuf et au poulet, dont le coefficient gras est le plus élevé.

Le tableau suivant montre la teneur en graisse des viandes et poissons ordinairement utilisés dans l'alimentation :

Poulet.....	9,96	(Moleschott).
Cochon.....	5,73	—
Bœuf.....	2,87	—
Veau.....	2,56	—
Chevreuril.....	1,90	—
Saumon.....	1,78	—
Carpe .....	1,45	—

Parmi les poissons et les crustacés, le saumon, la carpe, le brochet, les huîtres sont recommandables.

Les *hydrates de carbone*, comprenant les légumes, les féculents, les farines, les pâtes, sont considérés en général comme le facteur le plus puissant de l'engraissement. Ajoutés aux viandes chargées de fournir la matière protéique, ils apportent à l'organisme l'azote et le carbone nécessaires aux combustions; ils peuvent même, comme l'avait établi Pythagore de Samos 600 ans avant, notre ère, fournir exclusivement matière protéique et graisses, de même que les viandes seules peuvent être chargées d'apporter la quantité de carbone nécessaire à l'entretien de la respiration et de la circulation. Mais d'une façon comme de l'autre, ces régimes exclusifs obligent à absorber une quantité telle d'aliments que le tube digestif, surmené, se refuse bientôt à accomplir ces fonctions exagérées.

Plus encore que les viandes, les hydrates de carbone devront être donnés sous forme de purées ou de farines bien cuites et déshydratées le plus possible par le chauffage avant de les servir. Les plus nutritifs parmi les végétaux sont les légumes à gousses tels que les haricots verts, les petits pois, les épinards, les asperges, pauvres en cellulose et en fibre végétale; parmi les féculents, la purée de lentilles, la purée de pommes de terre préparée au lait, le sagou, le riz.

On évitera de charger l'estomac de légumes crus, salades, concombres, radis, champignons, truffes, entièrement dépourvus de valeur nutritive.



Par contre, les œufs, les entremets au lait, les fromages, la pâtisserie seront d'une incontestable utilité, à la condition toutefois que l'abus des aliments sucrés n'arrive pas à provoquer la dyspepsie.

La question des *boissons* est des plus importantes. Le *lait*, boisson et aliment à la fois, est très recommandable, soit à table, soit entre les repas; ajouté à un régime déjà suffisamment copieux, il tend à provoquer rapidement l'augmentation du poids. Mais il a l'inconvénient, chez nombre de malades, de diminuer l'appétit en amenant rapidement la satiété. On aura alors recours à la *bière* qui, renfermant à la fois de l'alcool et des hydrates de carbone, convient admirablement.

Diminution des dépenses.—Le combustible étant introduit dans la machine humaine en quantité plus que suffisante, il faut en régler et en limiter la dépense.

La première indication est de réduire au minimum le travail musculaire, origine de la plus grande déperdition de calorique. L'on prendra exemple sur les animaux soumis à l'engraissement, que l'on immobilise aussi complètement que possible.

S'il s'agit d'un malade très amaigri, on le condamnera au repos absolu, soit au lit, soit à la chaise longue. Vêtu chaudement pour empêcher, autant que faire se peut, la déperdition du calorique, étendu sur une chaise longue, abrité du soleil, il passera ses journées au grand air, faisant aux heures fixées ses repas de suralimentation.

Pendant la première période, tout mouvement inutile sera évité, et aussi, et surtout, toute inquiétude, toute préoccupation. L'on sait quelle influence a le moral sur les amaigris, qui sont d'ordinaire des nerveux. Si, chez ces malades, souvent en proie à des idées noires, à des chagrins plus ou moins imaginaires, à des passions vives l'on ne parvient pas à rosir les idées, si l'on n'arrive pas à susciter des pensées gaies, agréables, on échouera dans la cure d'engraissement.

Mais repos moral ne doit pas signifier oisiveté; bien au contraire, on n'omettra pas de prescrire au malade une occupation proportionnée à sa force et à son activité intellectuelle. Le travail sera permis, à la condition, toutefois, qu'il soit fréquemment entrecoupé de périodes de repos et n'arrive jamais au surmenage. Pendant les temps de digestion, un repos allongé sera de rigueur, et si le sommeil vient, l'on n'essayera pas de réagir; plus lente dans ce cas, la digestion n'en sera que meilleure, toute fonction s'amoindrissant alors au profit des fonctions gastriques.

L'abus des actes sexuels est un puissant facteur d'amaigrissement. Que de changements dans l'état d'embonpoint de bien des jeunes gens.....et des jeunes femmes aussi, n'ont d'autre origine que l'abus des plaisirs de Vénus, fêtés plus ou moins selon l'état du cœur ou du corps. Chez les jeunes sujets, la masturbation produit des effets encore plus nocifs, car elle s'accompagne d'une surexcitation nerveuse sans détente psychologique. Le médecin n'omettra pas dans son traitement les prescriptions les plus minutieuses à ce sujet, qu'une fausse pudeur anglicane empêche à tort même d'effleurer. Le coit sera réglémenté comme l'alimentation, diminué dans la mesure du possible et formellement interdit aux heures de la digestion, qu'il arrête toujours brusquement.

Chez la femme maigre désireuse d'engraisser, le corset sera supprimé et remplacé par l'antique *tonia*, bandelette soutenant les seins, ou par une ceinture lâche, extensible, qui ne comprimera pas la région épigastrique. *Le corset est toujours trop étroit*, quelque flottants qu'en soient tenus les lacets ; et de cette constriction exercée fatalement sur l'épigastre résultent l'arrêt des fonctions digestives et partant la désassimilation organique.

C'est pour la même raison, pour éviter la constriction de la ceinture sur l'abdomen et la région épigastrique, que l'homme portera des bretelles, qu'il pourra, s'il craint le ridicule attaché dans certains milieux à cet utile accessoire, dissimuler dans la doublure de son gilet.

Le rôle de l'*hydrothérapie* dans le traitement de la maigreur et de l'amaigrissement a besoin d'être minutieusement précisé pour éviter tout équivoque. Quelle que soit l'origine de la maigreur, c'est à la *douche tiède calmante de Béni-Barde* qu'il faut avoir recours. Le degré de cette douche ne peut être indiquée à l'avance, telle douche paraissant froide à l'un que l'autre trouvera chaude. C'est seulement en tâtant la susceptibilité cutanée du malade que l'on arrivera à trouver le degré auquel la douche ne causera ni froid, ni chaud, mais seulement une sensation de bien-être. La pression de l'eau a autant d'influence que sa température : plus le malade est nerveux, moins forte doit être la pression.

Et c'est cette graduation minutieuse de la pression et de la température, c'est leur adaption au tempérament de chaque individu qui font l'art du médecin doucheur. *La douche doit être médicale ou ne pas être*. La douche soi-disant hygiénique, pratiquée dans les établissements balneaires où la lance est confiée au premier doucheur venu, doit être rendue responsable de maint état nerveux pathologique et rayée sans essai des pratiques hydrothérapiques usuelles.

La douche tiède est la seule forme hydrothérapique sur laquelle on puisse sérieusement compter pour amener chez le débilité une augmentation de poids : bains chauds ou froids, simples ou composés, tubes lotions, ne sont que des adjuvants hygiéniques, la douche seule est thérapeutique.

Nous avons envisagé avec autant de détails que nous le permettait le cadre de cette étude, le traitement diététique et hygiénique de l'amaigrissement ; il nous reste encore quelques mots à dire sur son traitement médicamenteux.

L'usage des médicaments apéritifs peut être d'une certaine utilité, mais il ne faut pas trop compter sur leur effet. On essaiera prudemment les amers ; colombo, cascarille, gentiane, quassia, amara, etc., mais sans s'y attarder outre mesure.

L'*arsenic* sous forme de liqueur de Fowler ou de Boudin, de granules d'acide arsenieux ou de Dioscoride peut aider à l'engraissement, mais il suscite souvent des troubles digestifs, gastriques ou intestinaux dont on se débarrasse difficilement.

Les *glycérophosphates* bien administrés, sont parfois suivis d'effet palpable. Nous nous sommes généralement bien trouvé de l'association de glycérophosphates et d'amers ainsi groupés :

Glycérophosphates de chaux.....	0 gr. 30
“ de fer.....	0 gr. 15
“ de magnésie.....	0 gr. 10
“ de potassé.....	0 gr. 05
Poudre d'ipéca.....	0 gr. 01
Puodre de fèves Saint Ignace.....	0 gr. 02
Albumine d'œuf desséchée.....	0 gr. 10

M. s. a. pour un cachet pris matin et soir au milieu du repas.

Mais c'est du *sérum artificiel* en injections hypodermiques que nous avons retiré les meilleurs effets.

Chez les nourrissons débiles, chez les enfants fatigués par une croissance rapide, chez les jeunes femmes amaigries, nous avons rapidement obtenu une augmentation de poids par l'injection quotidienne d'un ou plusieurs centimètres cubes de sérum artificiel. Nous avons essayé tour à tour le sérum de Luton au phosphate de soude, le sérum de Hayem au chlorure de sodium, le sérum de Chéron où au phosphate de soude sont alliés le chlorure de sodium et le sulfate de soude, et c'est de ce dernier que nous avons retiré les meilleurs résultats, en ayant soin toutefois

La douche tiède est la seule forme hydrothérapique sur laquelle on puisse sérieusement compter pour amener chez le débilité une augmentation de poids : bains chauds ou froids, simples ou composés, tubes lotions, ne sont que des adjuvants hygiéniques, la douche seule est thérapeutique.

Nous avons envisagé avec autant de détails que nous le permettait le cadre de cette étude, le traitement diététique et hygiénique de l'amaigrissement ; il nous reste encore quelques mots à dire sur son traitement médicamenteux.

L'usage des médicaments apéritifs peut être d'une certaine utilité, mais il ne faut pas trop compter sur leur effet. On essaiera prudemment les amers ; colombo, cascarille, gentiane, quassia, amara, etc., mais sans s'y attarder outre mesure.

L'arsenic sous forme de liqueur de Fowler ou de Boudin, de granules d'acide arsenieux ou de Dioscoride peut aider à l'engraissement, mais il suscite souvent des troubles digestifs, gastriques ou intestinaux dont on se débarrasse difficilement.

Les *glycérophosphates* bien administrés, sont parfois suivis d'effet palpable. Nous nous sommes généralement bien trouvé de l'association de glycérophosphates et d'amers ainsi groupés :

Glycérophosphates de chaux.....	0 gr. 30
“ de fer.....	0 gr. 15
“ de magnésie.....	0 gr. 10
“ de potassé.....	0 gr. 05
Poudre d'ipéca.....	0 gr. 01
Poudre de fèves Saint Ignace.....	0 gr. 02
Albumine d'œuf desséchée.....	0 gr. 10

M. s. a. pour un cachet pris matin et soir au milieu du repas.

Mais c'est du *sérum artificiel* en injections hypodermiques que nous avons retiré les meilleurs effets.

Chez les nourrissons débiles, chez les enfants fatigués par une croissance rapide, chez les jeunes femmes amaigrées, nous avons rapidement obtenu une augmentation de poids par l'injection quotidienne d'un ou plusieurs centimètres cubes de sérum artificiel. Nous avons essayé tour à tour le sérum de Luton au phosphate de soude, le sérum de Hayem au chlorure de sodium, le sérum de Chéron où au phosphate de soude sont alliés le chlorure de sodium et le sulfate de soude, et c'est de ce dernier que nous avons retiré les meilleurs résultats, en ayant soin toutefois

d'abaisser et souvent de supprimer la dose d'acide phénique que nous considérons comme nocive pour l'appareil rénal.

Le sérum artificiel exalte la vitalité ; en augmentant la pression sanguine il amène une accélération de tous les échanges et avec l'augmentation de la vigueur, une rapide augmentation de poids.

Ainsi, le bilan médicamenteux du traitement de la maigreur est assez léger et cède aisément le pas au traitement diététique et hygiénique que nous avons étudié tout d'abord.

Or, ce traitement diffère peu du traitement de la neurasthénie, sur laquelle les médicaments ont peu de prise alors que les prescriptions alimentaires et hygiéniques peuvent amener une guérison rapide. Et, en effet, tous les amaigris par inanition relative ou par maigreur psychologique, tous ces amaigris chez lesquels on ne peut remonter à une source pathologique nettement définie, tuberculose, diabète, cancer, métrite, maladies infectieuses, etc., ne sont-ils pas des épuisés nerveux, des neurasthéniques. Le système nerveux étant le régulateur de la nutrition intime des tissus préside seul au plus ou moins de développement des appareils, et c'est à lui surtout qu'il faut s'adresser pour obtenir l'engraissement soit dans un but plastique, soit comme corollaire d'un état général parfait.

*Archives de Thérapeutique.*

### La diététique des hépatiques

Par le Dr SCHVAZ.

Les rapports étroits qui existent entre le foie et le tube gastro-intestinal, l'importance physiologique que ce dernier présente pour les échanges nutritifs suffisent à prouver que dans les affections du foie, il faut tout d'abord se préoccuper de la diététique.

La cellule hépatique a des fonctions complexes que nous ne devons pas perdre de vue. Elle produit de la bile, de l'urée, elle débarrasse l'organisme de certains poisons, elle polymérise les hydrates de carbone qu'elle transforme en glycogène, substance de réserve. L'activité hépatique se manifeste par conséquent surtout dans l'utilisation par l'organisme des substances alimentaires et sous ce rapport nous devons considérer les questions suivantes :

1<sup>o</sup> Etant donné un foie malade fonctionnant imparfaitement, quelle alimentation faut-il adopter pour que l'organisme souffre le moins possible des altérations de ce viscère ?

2<sup>o</sup> Dans un cas donné, pouvons-nous, à l'aide de certaines règles diététiques prescrites au malade, exercer une influence directe sur le processus morbide et comment le pouvons-nous ?

A la première question la réponse est relativement simple. Il est très rare qu'une seule fonction du foie soit altérée. Cela se comprend facilement si l'on considère que les fonctions du foie, toutes multiples et toutes complexes qu'elles sont, ne sont pas exercées par différents éléments de l'organe mais uniquement par la cellule parenchymateuse hépatique, et que, quand celle-ci est malade, toutes les fonctions sont en souffrance. Les formes aiguës et graves de maladie de foie avec nécrose considérable du parenchyme ne peuvent servir à nos études, parce qu'elles n'offrent pas un champ suffisant, parce que le temps manque pour étudier chez elles l'influence d'une diététique appropriée sur le cours de la maladie.

Au contraire, le médecin peut obtenir d'excellents effets de cette diététique dans les affections chroniques et spécialement dans celles qui relèvent du grand groupe des cirrhoses. Il faut noter cependant que dans ces formes, les échanges nutritifs ne sont altérés que dans les stades terminaux de la maladie, et cela à cause des processus de compensation qui s'établissent et que le médecin doit s'efforcer de favoriser et de maintenir.

Dans ce but, beaucoup d'auteurs conseillent l'usage très modéré des viandes, parce que, disent-ils, en raison de l'insuffisance hépatique, certains produits ultimes de décomposition de l'albumine et spécialement l'acide carbonique s'accumulent, et passant dans la circulation, intoxiquent l'organisme. D'après M. le Dr Schwaz ces craintes ne sont pas assez justifiées parce que, jusqu'à présent, nous manquons de dosage de l'acide carbonique dans les urines.

Un second point important à considérer dans l'alimentation concerne les hydrates de carbone qui, d'après quelques auteurs, pourraient, s'ils sont ingérés en abondance, produire de l'hyperglycémie et la glycosurie consécutive. Mais si l'on doit admettre cette glycosurie dépendant d'un insuffisant fonctionnement du foie, il est vrai, d'autre part, que même chez les individus bien portants, une nourriture riche en féculents provoque très facilement la glycosurie.

Pour ce qui concerne les substances grasses, on sait l'importance que la bile exerce sur leur digestion et l'on sait d'autre part que la production

de la bile est généralement altérée chez les hépatiques. Cette altération s'exprime par l'ictère, qui est loin, d'ailleurs, d'être constant. Quand il existe, il est clair qu'il est indiqué de limiter la quantité de graisse de l'alimentation.

En somme, à première vue, à ne considérer que les transformations que subissent les trois grands groupes de substances alimentaires sous l'influence de la cellule hépatique, on peut se demander s'il y a des règles diététiques très spéciales à imposer à ceux qui souffrent du foie. Mais ce serait considérer là le problème d'une façon trop étroite.

Il ne faut pas oublier que l'intestin envoie vers le foie des matières toxiques ou infectieuses; il est bien constaté de plus que l'on peut avoir des cirrhoses graves, comme conséquence directe des maladies chroniques de l'intestin (foie des dyspeptiques, cirrhose par auto-intoxication). Ce n'est que dans ces derniers temps que l'on a bien étudié ces rapports entre le foie et les affections plus ou moins chroniques du tube digestif et l'on est arrivé à se demander si les cirrhoses alcooliques elles-mêmes ne dépendent pas moins de l'alcool que de l'action nocive que cette substance exerce sur la muqueuse intestinale.

En tous cas de ces considérations il ressort que, comme conséquence pratique, le médecin doit s'efforcer de combattre les affections intestinales, les dyspepsies, les catarrhes. Il est évident aussi que de toutes les substances alimentaires qui contiennent de l'albumine, des hydrates de carbone et des graisses, celles qui répond le mieux aux indications d'une maladie du foie est le lait. Non seulement il contient ces trois groupes de corps, mais leur suspension dans un véhicule liquide en fait un aliment admirable pour les cirrhotiques.

Il n'est pas possible de donner des indications générales pour la diète lactée, mais il est évident que plus elle sera rigoureuse et plus on devra espérer une issue favorable. Les processus génératifs de la cellule hépatique ne sont pas toujours fatalement progressifs et dans certains cas, il se produit des arrêts dans leur évolution, et parfois même une véritable guérison.

La cure lactée sera naturellement complétée par l'abolition complète de l'usage de l'alcool et par l'usage modéré du thé et du café.

Ainsi donc, dans les formes d'affection du foie, qui dépendent d'une auto-intoxication d'origine intestinale, les indications causales se confondent avec les indications symptomatiques en ce sens que les symptômes

gastro-intestinaux sont ceux qui doivent en première ligne diriger notre thérapeutique, et le premier point pour le médecin qui veut établir la diététique des hépatiques est de ne pas perdre de vue les relations qui lient les fonctions gastro intestinales aux fonctions gastro-hépatiques.

*Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chir.*

---

**Rapport entre les affections gastriques et les maladies cutanées.**

---

M. Leredde a publié, avec M. Albert Robin, des recherches sur les rapports des affections gastriques et des maladies cutanées, d'où il résulte que chez des eczémateux, des prurigineux, des acnéiques, qui ne présentent aucun signe de dyspepsie, l'étude du suc gastrique peut, fréquemment, révéler l'existence de fermentations, et que, d'autre part, la guérison de la dyspepsie latente amène souvent la guérison de la dermatose.

Récemment, M. Leredde a observé un malade atteint d'un grand dermatographe datant de 18 mois, considéré comme d'origine nerveuse et traité sans aucun succès par le bromure de potassium, les douches tièdes, le valérienat d'ammoniaque. Il existait cependant un prurit assez marqué. Aucun signe d'hystérie. Le fonctionnement de l'estomac paraissait tout à fait normal; il n'y avait ni aigreurs, ni flatulence, bref, aucun symptôme dyspepsique.

Cependant l'étude du suc gastrique fut faite. Il existait par litre, 1 gr. 26 d'acide byturique, sans acide lactique ni acide acétique. Chlorhydrie normale. Les urines contenaient de l'indican, des traces de pigments biliaires, des acides biliaires, de l'urobilin.

Le traitement, qui fut dirigé exclusivement contre les troubles gastriques et contre la constipation, amena une amélioration extrêmement rapide, l'atténuation du prurit et du dermatographe en 15 jours, la guérison en un mois et demi.

Cette observation est importante au point de vue de la pathogénie et du traitement du dermatographe.

M. Mathieu tient à réclamer en faveur de l'intestin qui semble être trop négligé dans le rôle pathogénique que l'on attribue aux fermentations digestives. M. Leredde n'a pas seulement soigné l'estomac de son malade, il a donné un traitement contre la constipation. Celui-ci explique peut-être les bons résultats obtenus.

En réalité, l'intestin est, en général, beaucoup plus coupable de méfaits que l'estomac : dans les urémies gastro-intestinales, dans les toxémies alimentaires, le traitement stomacal ne produit rien ; on n'arrive à un résultat qu'en agissant sur l'intestin.

*Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chir.*

### **Intoxication alimentaire à type intermittent.**

Sous ce titre, M. Rendu communique une observation intéressante à plusieurs titres. Elle montre, en effet, de graves accidents d'infection succédant à l'ingestion d'aliments douteux avec une rapidité qui ne rappelle nullement le début de la fièvre typhoïde, à laquelle on aurait pu songer. Dès le deuxième jour, en effet, le malade eût, d'emblée, l'aspect d'un typhique, à cette différence près que les symptômes abdominaux faisaient encore défaut ; mais la céphalée, l'hébétéude, la subdélire, l'adynamie, la langue sale et la fétidité de l'haleine faisaient penser nécessairement à une grave intoxication intestinale.

A cette première période deux symptômes prédominaient : un exanthème caractérisé par une angive, et une éruption symétrique des téguments, d'aspect scarlatiniforme, limitée aux extrémités des membres. Cette éruption fut d'ailleurs, fugace, ne dura guère plus de trois jours et disparut sans laisser de traces et sans desquamer.

C'est le rapprochement de ces termes, embarras gastrique infectieux et rash exanthématique, qui conduisit M. Rendu à éliminer, dès le premier jour, la fièvre typhoïde, pour accepter le diagnostic d'une infection d'origine alimentaire. " On sait, en effet, ajoute M. Rendu, depuis les travaux de Brieger et de Netter, et surtout depuis le mémoire si documenté de Rénoy en 1893, que la plupart des cas de botulisme s'accompagnent d'éruption variées, depuis le simple érythème jusqu'aux exanthèmes confluent, polymorphes, vésiculeux et bulleux. Or, dans les formes atténuées de ces exanthèmes, ce qui prédomine, c'est précisément la localisation aux extrémités des membres et la symétrie de l'éruption. Sous ce rapport, l'observation de son malade se rapproche singulièrement du premier cas publié par Rénoy. Mais elle diffère de ce qui a été décrit antérieurement par la marche de la température et du cycle fébrile.

Dans la plupart des intoxications alimentaires, en effet, le frisson initial



est suivi d'une élévation brusque de la température, qui monte aux environs de 40° et s'y maintient deux ou trois jours ; puis la fièvre descend par oscillations plus ou moins prononcées, graduellement jusqu'à la défervescence.

Chez mon malade, c'est le type nettement intermittent qui a régné constamment, avec une périodicité qui rappelle à s'y méprendre, le tableau de la fièvre tierce, chaque accès étant précédé d'un frisson et suivi d'une crise sudorale. Nous avons assisté ainsi à six accès fébriles de ce type.

Cette périodicité, rapprochée de l'action de la quinine, qui fut incontestablement utile, devait nous faire songer à l'impossibilité d'un réveil de paludisme, mais rien, dans les antécédents du sujet, ne légitimait cette supposition. Force est donc d'admettre que c'est l'intoxication alimentaire qui a déterminé des accidents fébriles à type tierce, justiciables du sulfate de quinine.

C'est là, si je ne me trompe, un fait très intéressant. Le nombre des infections susceptibles de créer ce type fébrile intermittent, avec apyrexie complète dans l'intervalle des accès, passait il y a quelques années pour être restreint. On considérait comme une preuve à peu près certaine d'impaludisme le retour d'accès précédés de frissons et séparés des accès suivants par des intervalles réguliers sans fièvre. Or, l'endocardite et l'aortite infectieuses sont venues donner un premier démenti à cette loi pathologique. Et voici que des phénomènes toxiques d'origine alimentaire donnent naissance à un tableau clinique absolument comparable.

On ne saurait arguer ici de l'existence d'une endocardite septique méconnue, car, à maintes reprises, le cœur de ce jeune homme a été ausculté et constamment trouvé sain. Il semble donc bien que les poisons absorbés par l'intestin aient été, ici, seuls en cause. Il faut, sans doute, y ajouter la détresse physique et morale produite par la misère, laquelle a dû agir comme cause prédisposante et diminuer la résistance de l'organisme à l'agent ou aux agents infectieux. Le fait clinique n'en est pas moins à retenir.

Pour être absolument probante, il est évident que cette observation devrait préciser la nature de l'aliment qui a servi de voie d'entrée au poison. Nous ne saurions dire qu'il s'agissait de viande de porc, comme dans les cas relatés par Rénoy, ou de conserves avariées, comme dans l'épidémie bien connue du camp d'Avor. Ce qui, du moins, semble de l'observation, c'est que l'intoxication s'est produite quand, depuis une dizaine de jours, le malade se nourrissait de déchets innomés et vivait dans une profonde misère.

Il est donc certain que c'est dans cette alimentation défectueuse qu'il faut chercher l'origine du mal. D'ailleurs, à elle seule, la putridité des garde-robes dans les premiers jours de la maladie aurait suffi à le démontrer. Il faut noter également la gravité de cette intoxication, qui, en quinze jours a fait perdre au malade 4 kilogrammes de son poids.

Enfin, il est intéressant de faire remarquer, au point de vue thérapeutique, que ni la balnéation tempérée ou froide, ni les purgatifs et les lavages intestinaux n'ont suffi à modifier sérieusement les accidents fébriles. Seule la quinine a été efficace, non par administration par l'estomac (le malade ne pouvait la tolérer et la vomissait de suite), mais en injections sous cutanées. Après la cinquième dose, la fièvre est tombée définitivement.

*La Revue Médicale, Paris.*

---

### **Indication de l'accouchement provoqué en cas de grossesse compliquée de néphrite.**

---

Dans le rapport fait à ce sujet au VII<sup>e</sup> Congrès de médecine russe à Easan, M. J. Lvov arrive aux conclusions suivantes :

Chez les femmes atteintes de diverses formes de néphrite, (néphrite gravidique, néphrite parenchymateuse ou néphrite intersticielle), l'accouchement prématuré, provoqué à temps, peut sauver la vie de la mère et celle de l'enfant. (Dans certains cas on doit également recourir à l'avortement provoqué.)

Les indications de l'arrêt de la grossesse sont les suivantes :

1<sup>o</sup> Dans le rein gravidique, on doit y recourir lorsque, malgré un traitement approprié, l'affection continue à progresser, que l'albuminurie augmente et que la diurèse fait défaut. La néphrite gravidique se montre le plus souvent au sixième mois ; comme les malades ne s'adressent au médecin que deux ou trois semaines après le début des accidents inquiétants et que le traitement médical d'essai ne doit pas dépasser huit à quinze jours, la grossesse se trouve au milieu du huitième mois, c'est à dire avec fœtus parfaitement visible.

2<sup>o</sup> Lorsque la grossesse vient se compliquer de néphrite parenchymateuse aiguë, il faut provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré quel que soit l'âge de la grossesse, car c'est le seul moyen de sauver la vie de la mère.

3° Dans la néphrite chronique, la grossesse doit être interrompue, si les œdèmes augmentent, si la quantité d'urine diminue et si leur teneur en albumine progresse. Il est inutile d'attendre que le fœtus soit viable, car la néphrite amène déjà par elle-même la mort du fœtus et souvent l'avortement.

*Gazette des Hôpitaux.*

### Questions gynécologiques d'ordre moral.

A la reprise de son cours de clinique obstétricale à la Clinique Beau-deloque le 6 Novembre dernier, le Prof Pinard a traité quelques questions des plus importantes au point de vue moral.

*Une femme enceinte a-t-elle le droit de refuser de laisser faire sur elle une opération destinée à sauver la vie de son enfant ?* Non, répond sans hésiter l'éminent Professeur, car cette femme n'a pas la compétence nécessaire pour discuter la nature de l'intervention.

Lui laisser ce droit de discussion c'est admettre la légalité de l'avortement, car ce serait un non sens d'admettre qu'une femme puisse être condamnée pour avoir provoqué la mort d'un fœtus de quelques mois, alors qu'elle aurait le droit de pratiquer, à terme, le fœticide.

*Le mari a-t-il le droit de demander le sacrifice de l'enfant pour sauver la mère ?* Pas davantage. Et à ce propos, M. Pinard fait remarquer que le fameux " Jus vitæ et necis " sur lequel on s'appuie pour donner au père le droit de vie et de mort sur son enfant, résulte d'une interprétation énoncée du texte du droit romain. Le législateur romain a bien donné au père de famille le droit de vie et de mort sur ses enfants et aussi sur sa femme, mais seulement en cas de faute. On ne voit pas bien quelle faute pourrait commettre un fœtus ?

L'accoucheur n'a donc pas le droit ni moralement, ni légalement de pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant. Le droit à la vie de ce dernier est un droit imprescriptible et sacré que nulle puissance ne peut lui ravir.

Du reste sacrifier l'enfant pour sauver la mère est une légende, l'accoucheur ne se trouve jamais dans une alternative semblable, et enfin, dernier argument absolument décisif, alors que la symphyséotomie pratiquée dans tous les cas donne 12 p. % de mortalité, la craniotomie donne 11, 5.

En résumé, le droit de vie et de mort n'appartient à personne, ni au père ni à la mère, ni à l'accoucheur, ni même au directeur de l'hôpital. Le droit de choisir l'opération appartient seul au médecin.

*Le Progrès Médical.*

## CONSULTATIONS ET ORDONNANCES MÉDICALES

### **Le menthol dans le traitement de la toux.**

Voici le procédé que M. Dandieu (de Paris) recommande après en avoir obtenu les meilleurs résultats :

Dans un récipient en métal ou en verre, à large goulot, contenance de 40 à 50 grammes, on introduit quelques grammes de menthol cristallisé. L'application de la main sur le flacon suffit pour donner lieu au dégagement d'une quantité suffisante de vapeurs sèches mentholées nécessaires au traitement. Après une séance d'inhalations de 2 à 4 minutes, la quinte serait combattue.

On voit que la méthode est simple et à la portée de tous. Le menthol peut encore être employé avec avantage dans les accès d'asthme et d'angine de poitrine

—*La Gazette des Hôpitaux.*—

### **Traitement des fractures compliquées et graves de la jambe.**

M. J. REBOUL, Nîmes.

Les fractures de jambe compliquées de plaies et accompagnées d'issue des fragments et de grands délabrements, doivent toujours être traitées par la méthode conservatrice. On doit chercher à réduire les fragments et les maintenir réduits, en s'aidant au besoin de l'anesthésie, de la suture osseuse et des incisions nécessaires. Le membre sera placé le plus tôt possible (immédiatement serait l'idéal), dans un bon appareil plâtré et surveillé. Si les délabrements sont étendus, si la plaie est souillée de terre ou de débris végétaux, il est prudent de faire une ou plusieurs injections antitétaniques préventives. On ne doit recourir à l'amputation dans les fractures graves et compliquées de la jambe que lorsqu'il survient des complications septiques que l'on n'a pu éviter ou arrêter; et, en tous cas, amputer le plus tard possible après l'accident. On jugera mieux de la région où la section devra être faite et l'on ne courra pas le risque d'avoir à pratiquer une amputation plus élevée, à cause de la gangrène traumatique des lambeaux de la première opération.

M. Reboul rapporte plusieurs faits de fractures graves et compliquées de jambe dans lesquels la méthode conservatrice a donné les meilleurs résultats et pour lesquels il y avait lieu de discuter l'opportunité de l'amputation.

*Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*

### Chute du rectum chez les enfants

(DR HAJECH.)

On façonne un morceau de glace auquel on donne la forme d'un cône, haut de 7 à 8 centimètres qu'on enveloppe d'un fragment de gaze aseptique. On réduit le prolapsus et l'on introduit ensuite dans le rectum, la bougie de glace ainsi préparée, jusqu'à ce que le doigt ne puisse plus le sentir. On couche l'enfant sur le côté et on lui fait garder cette position, tout en maintenant les fesses appliquées l'une contre l'autre.

Si le prolapsus se reproduit, on renouvelle la même manœuvre jusqu'à ce que bientôt la guérison soit définitive.

### Contribution au traitement du cancer par les injections de cancroïne.

M. Adamkiewicz (de Vienne) rapporte un fait qui vient corroborer sa théorie parasitaire du cancer (coccidies).

Il s'agit d'un cas où un néoplasme fut rapidement amélioré par des injections sous-cutanées de cancroïne. Voici, en quelques mots cette observation.

Une femme, âgée de cinquante-neuf ans, vint trouver M. Adamkiewicz pour une tumeur du ventre. Cette tumeur, ovalaire, volumineuse (tête d'adulte), située dans la paroi abdominale, était immobile, adhérente à la paroi. Son accroissement rapide (début depuis trois mois), l'ascite et le mauvais état général de la malade démontraient suffisamment sa nature mal g.e. Une laparotomie, faite par M. Schauta, montra qu'il s'agissait d'un cancer de l'épiploon ; d'ailleurs, cette tentative opératoire échoua, à cause de la grande étendue du néoplasme et d'adhérences péritonéales.

C'est en désespoir de cause que M. Adamkiewicz fit entreprendre les injections sous-cutanées de cancroïne à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour, et il fut lui-même surpris de la rapidité avec laquelle la situation changea.

Presque immédiatement, l'état général de la malade s'améliora et la tumeur diminua ; la régression de cette dernière se faisait de la périphérie vers le ventre. Un mois à peine après le début du traitement, la grosseur n'avait plus que 16 centimètres de largeur au lieu de 26 centimètres au début. Quinze jours plus tard, l'amélioration était encore plus grande ; l'état général était aussi satisfaisant que possible, la tumeur avait encore diminué : seule l'ascite n'avait pas cédé. Les injections de cancroïne n'ont provoqué d'autres troubles qu'une oligurie persistante ; au moment des injections, le pouls montait à 120. Voilà donc un fait qui, d'après l'auteur, a non seulement une importance scientifique, mais encore une grande valeur au point de vue de ses applications pratiques pour le traitement du cancer.

---

#### **L'ectropion du col utérin et les attouchements de permanganate de potasse**

---

Le Dr Goubarey, professeur de gynécologie, à la Faculté de Moscou, préconise les attouchements de permanganate de potasse dans l'ectropion du col utérin.

Le traitement consiste à découvrir le museau de tanche au moyen d'un spéculum quelconque ; puis, après avoir enlevé soigneusement les mucosités qui recouvrent l'orifice externe du col, à toucher l'ectropion avec une sonde de Playfair entourée de coton hydrophile saupoudré de permanganate de potasse et, enfin, à introduire cette sonde dans la partie inférieure du canal cervical, laquelle est d'ordinaire perméable.

Sous l'influence de ces applications absolument indolores et qu'on répète tous les dix jours environ, M. Goubarey a vu la leucorrhée diminuer rapidement, l'ectropion rétrocéder et le col reprendre son aspect normal même dans les cas ayant résisté à des cautérisations répétées au moyen du thermocautère.

(Extr. de la *Sem. Méd.*)

### **Le catgut et la soie antiseptiques**

De plusieurs articles parus dans les journaux allemands, nous retenons les faits suivants :

La qualité du catgut laisse depuis quelques années de plus en plus à désirer.

La stérilisation est, en outre, presque impossible à obtenir d'une façon certaine et complète.

La soie lui est très supérieure et doit le remplacer désormais.

Elle a une grande affinité pour le sublimé, et reste stérile après son passage à l'eau ou dans les mains non aseptiques, ce que ne fait pas le catgut.

### **L'antipyrine contre l'incontinence d'urine nocturne chez les enfants**

D'après un médecin anglais, le Dr Leslic-Philips (*Br. med. J et Rev intern.*), l'antipyrine réussirait très bien contre l'incontinence nocturne. On en donne 50 centigrammes à un enfant de sept ans et on augmente au besoin la dose, qui doit être prise tous les soirs, et continuée encore un certain temps après la cessation des accidents.

### **La teinture d'iode dans le traitement des gastro-entérites infantiles**

Le Dr Cattaneo (*de Parne*) a administré la teinture d'iode dans 18 cas de gastro-entérites aiguës, chez des enfants d'un à deux ans. Les résultats qu'il a obtenus sont excellents. Les vomissements et la fièvre cessent en général dès le premier jour, la diarrhée disparaît au bout de quarante-heures. Il n'y a aucun inconvénient à cette méthode, même chez les enfants les plus jeunes.

Il prescrit X à XV gouttes de teinture d'iode dans 150 grammes d'eau ; une cuillerée à café toutes les heures.

Auparavant il fait prendre un purgatif, et ordonne la diète hydrique.

Cette médication qui se succède par son bon marché, n'a donné à M. Cattaneo aucun résultat dans les formes chroniques.

*Gazette des Hôpitaux.*

### **Les injections intra-rectales de solutions salines dans les hémorragies, le shock, etc.**

Nos lecteurs savent combien nous avons insisté sur ces injections salines.

Le Dr Louis Lépine (de Lyon), qui a fait sa thèse sur ce sujet, dit qu'il est bien démontré maintenant que les lavements de solutions salines peuvent remplacer les injections intra veineuses ou sous-cutanées dans un grand nombre de circonstances, et cependant cette méthode si simple n'est pas encore assez répandue.

Il fournit à l'appui un grand nombre de faits, et voici la technique en usage à Lyon. Nous empruntons l'extrait qu'en donne le *Journal de médecins et de chirurgie pratique*.

Un bœck en verre ou en tôle émaillée, contenant la solution, est suspendu à 40 ou 50 centimètres au dessus du lit du malade. Il est relié par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc à une sonde de Nélaton. Les diverses parties de cet appareil devront, autant que possible, être tenues aseptiques.

On comprend facilement que, par ce procédé, la pression employée reste minime, mais que, par l'intermédiaire de la sonde, on pourra faire pénétrer beaucoup plus loin la solution saline.

À défaut de sonde de Nélaton, on pourra avec les mêmes avantages, utiliser toute sonde qui permettra de ne pas léser le rectum.

La position du malade n'est pas indifférente.

Le malade sera couché sur le côté droit, le siège un peu relevé, le corps courbé en arc.

Pour diriger la sonde ou la canule de l'irrigateur, il faut se rappeler que le rectum, à sa partie inférieure, est dirigé de bas en haut et d'arrière en avant sur l'étendue de 3 à 4 centimètres, puis prend une nouvelle direction en arrière. Pour suivre cette sinuosité, l'instrument doit être introduit suivant une ligne imaginaire allant de l'anus à l'ombilic; après l'avoir enfoncé de trois centimètres environ, on le porte légèrement en arrière jusqu'à ce qu'il ait pénétré sur une assez grande longueur.

*Température de la solution saline* — Le premier effet de l'injection intra-rectale est de solliciter plus ou moins promptement les contractions de l'intestin; mais cette sollicitation n'est vive et durable que si le liquide est froid ou très chaud,



On devra donc s'attacher à donner à la solution une température se rapprochant de celle du corps humain, c'est à dire variant entre 34 et 39 degrés. Il faudra, de plus, avoir eu la précaution de placer la partie de l'appareil qu'on doit introduire dans le rectum à cette même température. C'est d'ailleurs à cette température, ainsi que l'a démontré l'expérimentation physiologique, que se produisent le mieux les propriétés d'absorption de la muqueuse rectale.

---

#### **La morphine employée comme tœnifuge.**

---

On n'est pas toujours certain d'avoir la tête du tœnia après l'administration de l'extrait éthéré de fougère mâle.

Le Dr Kyme propose un nouveau moyen de ne pas manquer l'expulsion totale du parasite.

Si ce procédé n'est pas absolument pratique, il est au moins très ingénieux ; c'est à ce titre que nous l'empruntons à la *Médecine Moderne*.

Quand la plus grande partie du tœnia est sorti de l'anus, M. Kyme pose une ligature à quelques centimètres de l'orifice anal et audessus de la ligature il fait une injection de 3 centigrammes de morphine dans le corps même du ver. Il coupe ensuite le tœnia au-dessous de la ligature et réintroduit le fragment supérieur dans le rectum.

La morphine injectée tue le parasite, et au but de quelques minutes on n'a plus qu'à administrer un lavement d'eau et le tœnia est rendu avec la tête.

---

#### **Surmenage cardiaque résultant des exercices et jeux violents.**

---

Poynton, cité par la " *Médecine Moderne*, " attire l'attention sur le surmenage cardiaque chez les jeunes gens, résultant des exercices et des jeux violents. Il a vu ainsi un homme de 26 ans succomber en trois jours avec de la tachycardie. A l'autopsie on trouva de la péricardite et des lésions valvulaires. Les jeux de football par les efforts qu'ils entraînent peuvent produire des lésions de l'aïre aortique du cœur. Chez les athlètes il a constaté le plus souvent la dilatation du cœur droit et même du cœur gauche, mais aucun d'eux n'a présenté de la tachycardie. Pour la gymnasti-

que, les mouvements gradués sont excellents, mais il faut éviter tout exercice entraînant un effort brusque comme nuisible au cœur.

### Blennorrhée et mariage

S'il est aujourd'hui bien établi que les gonocoques sont la cause de la blennorrhagie, il n'est pas moins certain que toute muqueuse, ou mieux toute sécrétion uréthrale contenant des gonocoques, doit être considérée comme infectieuse. Il en résulte que le mariage doit être interdit à tout individu dont l'appareil ure génital contient encore des gonocoques, et cela quelle que soit la bénignité des symptômes cliniques. Sur ce point tout le monde est d'accord.

Par contre ce qui est plus discutable et surtout plus discuté, c'est le point de savoir si l'on doit laisser se marier des individus qui, malgré un examen bactériologique négatif, conservent un suintement uréthral et des filaments non gonococciques dans l'urine.

M. le Dr Neisser a cru pouvoir se décider à ne pas défendre le mariage lorsque, après un examen répété et soigneux, l'absence de tout gonocoque a été rigoureusement démontrée,

Pour que la constatation négative du gonocoque ait toute sa valeur et offre une réelle certitude, M. Neisser pose les conditions suivantes :

1<sup>o</sup> Il faut, pendant une semaine, examiner à plusieurs reprises la sécrétion de l'urèthre antérieur, de l'urèthre postérieur et de la prostate, et, lorsque cela est possible, des vésicules séminales ;

2<sup>o</sup> Il faut amener une augmentation passagère de la sécrétion par une injection irritante et par une excitation mécanique de la muqueuse uréthrale ;

3<sup>o</sup> Au moyen de sondes fermées, il faut provoquer l'expression des replis uréthraux, examiner les plus minimes flocons ou filaments au microscope, après avoir centrifugé la portion d'urine qui les contient.

Lorsqu'après toutes ces précautions l'examen bactériologique et, si possible, les cultures restent complètement négatives au point de vue du gonocoque, on peut autoriser le mariage. Il est bien entendu, toutefois, que le traitement n'en doit pas moins être continué en vue de détruire les dernières traces de l'inflammation de la muqueuse. Mais le point important, en l'état de la science, est que nous pouvons autoriser le mariage au cas d'écoulement purement catarrhal non gonococcique.

# LE BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

RÉDIGÉ EN COLLABORATION

QUÉBEC, FÉVRIER 1900.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LE PROJET DE LICENCE INTERPROVINCIALE DE M. LE DR RODDICK.

L'*Union Médicale* est enfin sortie de son mutisme, et vient de se prononcer en faveur de la loi Roddick.

Cela ne nous surprend pas, nous nous y attendions. Son silence, d'ailleurs, était significatif, et il existait une raison majeure, que tout le monde devine sans peine, pour expliquer cette attitude à juste titre extraordinaire.

Enfin que voul-z-vous, la confiance dont se targuent si ouvertement les défenseurs du dit projet de loi, s'est insinuée insensiblement dans le bureau de rédaction de l'*Union* et la conviction n'a pas tardé à s'imposer. Comme question de fait, à l'*Union Médicale* on est satisfait de la loi. On la dit parfaite; avec un principe d'ailleurs excellent, sa mise en pratique ne peut engendrer aucune difficulté; et puis, c'est simple comme bonjour, s'il y a l'ombre d'un empiètement de signalé à l'horizon médical, nos délégués seront là, l'arme au pied; et si, chose vraiment bien extraordinaire, leurs représentations n'étaient pas immédiatement entendues et sanctionnées par les 21 autres délégués, le parti à prendre sera encore des plus simples et tout trouvé, la Province de Québec fera une gracieuse révérence à tous ces délégués qui s'obstinent à ne pas comprendre, et s'en retournera tranquillement chez elle, satisfaite, sans doute, de son aventure, retrouver le calme et la paix d'autan, dans un splendide isolement. Vous voyez comme c'est beau; on dirait, ma foi, un délicieux conte bleu, et voilà pourquoi on est si profondément confiant au bureau de l'*Union Médicale*.

L'*Union Médicale* déclare le principe du projet de loi Roddick excellent; entendons-nous bien, c'est exact dans un sens, et inacceptable dans l'autre.

Si, par principe, on entend l'idée de permettre à tout porteur d'une licence provinciale de pouvoir, sans examens, exercer la médecine dans les autres provinces, c'est parfait, nous en sommes, et nous ne croyons pas qu'il se rencontre dans la province une seule voix discordante pour protester. Mais, il y a un abîme profond entre la réalisation de cette idée et celle de la création d'un bureau fédéral pour centraliser l'enseignement médical dans toute la puissance, et faire, si je puis m'exprimer ainsi, l'union législative pour la médecine. Ce principe, qui est la base du projet de loi Roddick, est mauvais, dangereux, subversif et tout citoyen de la province de Québec doit le rejeter, comme portant directement et indirectement atteinte aux privilèges de sa province.

Cette centralisation, ou mieux, cet empiètement sur les droits des provinces, n'est que l'exécution tranquille, sourdement mais sûrement menée, sur toute la ligne et dans toutes les branches, d'un complot, qui doit avoir comme aboutissant, l'union législative et l'impérialisme.

Nous ne voulons pas plus d'union législative médicale que politique et c'est pour cela que nous trouvons le principe du projet de loi Roddick, qui est essentiellement centralisateur, mauvais et subversif.

Qu'on travaille autant que possible, à abolir les barrières élevées entre chaque province, par une entente provinciale, nous y souscrivons avec plaisir, mais jamais, nous n'accepterions un projet quelconque qui nous enlève, serait-ce une parcelle de nos privilèges garantis par l'acte de l'Amérique Britannique du Nord.

L'Union Médicale a beau confondre l'idée de la licence interprovinciale avec le fédéralisme, et nous dire que ce projet de loi doit être accepté pour sauvegarder les droits réciproques des diverses provinces, il ne convainc personne, car, l'idée d'abolir les barrières peut être louable, mais il ne s'en suit nullement que le projet Roddick soit acceptable pour arriver à cette fin.

Le projet Roddick comporte l'abandon au Conseil Médical du Canada par les provinces qui le sanctionneront, d'une partie de leurs privilèges. Allons-nous accepter que l'on touche aux lois organiques médicales de notre province, pour donner, suivant le mot de M. le Dr. Roddick, à une demi-douzaine de médecins, le privilège de pouvoir traverser les Rivières Ottawa et Beauport, sans courir le risque d'être mis à l'amende? Pour notre part, nous croyons que l'intérêt de notre province et de notre nationalité, est supérieur à celui d'une pincée de confrères quelqu'unité rassurants qu'ils puissent être.

Mais la principale raison sur laquelle, à l'*Union Médicale* on se base pour ne pas voir de dangers dans la rédaction et l'application de la loi Roddick c'est que le *Conseil Médical du Canada*, ne sera pas un corps enseignant. Il est drôle l'argument majeur, et vraiment, il doit se passer quelque chose d'étrange dans le bureau de rédaction, pour que MM. les rédacteurs puissent trouver dans cette proposition une garantie absolue pour l'avenir.

Le *Conseil Médical du Canada* ne sera pas un corps enseignant, dit-on et s'il l'était, par hasard, je suppose qu'à l'*Union Médicale* on comencerait à dresser les oreilles.

A la section 3 clause (c) du projet de loi Roddick, il est dit que l'un des buts de la loi c'est : "*La détermination et la fixation des qualifications et des conditions requises pour l'enregistrement, y compris les cours d'étude à suivre, les examens à subir et en général les exigences requises pour l'enregistrement.*" Et plus loin, à la section (10) clause (i) on voit que le promoteur de la loi demande pour le *Conseil Médical du Canada* le droit de faire des règlements à propos : "*des qualifications exigées pour toutes personnes désirant être enrégistrées comme médecins pratiquants..... y compris l'établissement, le maintien et la tenue des examens pour constater si telles personnes possèdent les qualifications requises..... les conditions auxquelles seront reçues comme preuves de qualifications l'immatriculation et autres certificats d'Universités, de Collèges, etc., etc.*"

Est ce assez clair ?

Le *Conseil Médical du Canada* ne demande-t-il pas le pouvoir de faire des règlements, d'élaborer des programmes et pour l'admission à l'étude et pour l'obtention de la licence médicale ? ne demande-t-il pas le pouvoir de statuer sur les curriculums, les modifier, les changer à sa guise, et cela sans être obligé de faire approuver tels règlements par le gouverneur en conseil, comme cela est requis pour les règlements émanés des bureaux provinciaux ?

En stipulant la durée des études, la qualité de ces mêmes études, ne dirige-t-il pas, de fait, l'enseignement médical ?

Ne contrôle-t-il pas maintenant la mise en force de ses règlements par ses comités d'examineurs ?

Non seulement ce *Conseil* dirigera l'enseignement, mais il fera sanctionner ses ordonnances par ses comités d'examineurs et on trouve que ce n'est pas un corps enseignant, et que le dit *Conseil* restreindra son activité dans les limites d'un bureau d'enregistrement..

Vraiment on est extraordinaire à l'*Union Médicale*.

Pourquoi essaie-t-on de cacher la vérité au public médical, en amoindrissant la portée du projet de loi ? Pourquoi ne pas admettre courageusement ce qui est et ce qui sera ? Pourquoi se payer de mots ou bien, se faire illusion au point de croire que ce Conseil, qui demande les pouvoirs les plus étendus pour diriger l'enseignement médical et secondaire dans tout le Canada, ne sera qu'un modeste bureau d'enregistrement ?

L'*Union Médicale* nous fait comprendre qu'il pourrait y avoir des dangers si le susdit Conseil était un corps enseignant, or, il a encore une plus grande portée, par conséquent, tout grand clerc que nous sommes, nous concluons qu'il y a des dangers pour nous, d'aller nous embarquer, le cœur léger, dans cette galère gouvernée par une majorité compacte d'une nationalité qui n'est pas la nôtre et qui entend différemment l'éducation tant préparatoire que médicale.

Peut-on ne pas avoir de craintes, quand on songe à la composition de ce corps politico-médical ? Le tiers du conseil sera nommé par le gouvernement fédéral, et les nominations seront nécessairement politiques. Nous avons toujours cru, jusqu'à aujourd'hui, que la cause de l'enseignement tant secondaire que supérieure, était une cause sacrée et qu'elle ne devait pas être à la merci des fluctuations de la politique. Pourtant, M. le Dr Roddick nous a déclaré à Québec, que l'ingérence du gouvernement fédéral dans le conseil, était nécessaire, paraît-il, pour le parfait fonctionnement du Conseil Médical du Canada. Est-ce parce qu'il y aura dans ce conseil des politiciens doublés d'un médicaille, ayant tout intérêt à protéger MM. X Y Z, parents d'un ministre ou d'un député influent, que le niveau des études sera relevé et la dignité professionnelle mieux prisee ?

Est-ce que les gouvernements provinciaux nomment des représentants aux bureaux médicaux pour contrôler la direction de l'enseignement médical ? Pourquoi donne-t-on au gouvernement fédéral un privilège aussi grand, si on n'a pas en vue d'arriver insensiblement à l'absorption des bureaux provinciaux, à l'union législative médicale en attendant celle pour le domaine politique ? Ce n'est pas une supposition car en voici la preuve :

Au mois de juillet 1899, M. le Dr R. MacNeill, président de l'Association Médicale Maritime parlait, dans son discours inaugural (*Montreal Medical Journal*—Oct. 1899) de la création d'une *Université d'Etat*, à Ottawa, de la création d'un conseil d'état, sous le contrôle du gouvernement fédéral, pour la direction médicale dans tout le Canada, comme étant l'aboutissant du projet Roddick et demandait pour ce conseil central, des droits qui caractérisent une législature. Naturellement, tout ce qui est actuellement statué

dans notre province (le B. A., les diplômés universitaires, etc.) devait disparaître pour être remplacé par les brevets émanés du bureau d'examineurs siégeant à Ottawa.

Il représentait, disait-il alors, ("l'unitéd voice of the profession") anglaise bien entendu, et déclarait ouvertement, aux applaudissements de l'assistance, ce que nous avons toujours pensé, à savoir, que le projet Roddick était la réalisation du rêve des *centralisateurs*, des fédéralistes et des anti autonomistes. Voilà le vrai but du projet de loi Roddick. Ce n'est pas tout encore, il y a bien d'autres vices dans la composition du célèbre Conseil fédéral. Les provinces seront représentées par trois membres. S'il y a une injustice, c'est bien celle-là. L'Isle du Prince-Edouard, avec ses quatre vingts médecins, est aussi représentée, et a la même influence que la province de Québec avec ses dix-huit cents médecins. Manitoba, les Territoires du N. O. la Colombie, la Nouvelle Ecosse, le Nouveau-Brunswick, auront tout autant que la province de Québec. Et parce qu'Ontario se contente de trois membres, certaine de trouver un solide appui dans les autres provinces, quand il s'agira de faire ses règlements, M. le Dr Roddick trouve qu'il est tout naturel que la province de Québec soit satisfaite.

Ceux qui opinent du bonnet, oublient que la province de Québec pour défendre ses droits et ses privilèges, ne peut pas trouver d'alliés ailleurs, et que les représentants des autres provinces, de même langue, de même race, de mêmes aspirations, s'entendront le plus facilement du monde comme larrons en foire, pour faire agréer les règlements qui favorisent leurs systèmes scolaires et universitaires, sans s'occuper d'une infime minorité et minorité de *Frenchmen*, faisant, ce qu'ils appelleront, de l'opposition systématique.

Pourquoi ne pas avoir pris comme base, si on avait voulu être équitable pour la province de Québec, la population de chaque province, comme cela se fait pour la nomination des juges de la Cour Suprême, pour la Chambre des Communes, ou mieux encore, la population médicale respective? Dix-huit cents médecins, n'ont-ils pas le droit d'être représentés en plus grand nombre que les quatre-vingt de l'Isle du Prince-Edouard ou qu'une poignée de cosmopolites du Nord-Ouest et de la Colombie anglaise?

La province de Québec devrait être représentée en plus grand nombre qu'aucune autre province, parcequ'elle est habitée par une nationalité différente, qui a ses institutions, sa langue et ses lois et, à laquelle on a donné par l'acte de l'Amérique britannique du nord, les mêmes droits qu'à la nationalité anglo-saxonne.

La province de Québec, pour pouvoir se défendre contre les empiètements et protéger ses institutions et ses droits, aurait dû être représentée par, au moins, neuf membres dans ce conseil de vingt-quatre.

J'expose nos droits, pour bien faire saisir, comment on nous traite et quel est le but patiemment poursuivi par un certain groupe dans ce pays. Car, eussions-nous eu dix représentants dans ce Conseil, que cela n'aurait pas rendu acceptable un principe mauvais et dangereux dans son essence.

Mais Ontario, qui entend conclure, condescendait à réduire son personnel à trois, Québec devait *nécessairement* baisser pavillon, si on en croit M<sup>r</sup> le Dr Roddick. Avec cette base, la nationalité canadienne-française sera représentée par deux membres contre vingt-deux de nationalité anglaise dans le célèbre Conseil politico médical.

Et on trouve cela parfait, sans danger, une amélioration qui s'impose; on sacrifie notre influence comme nationalité, le cœur léger, parceque cela fera plaisir à Ontario d'abord, et que les questions de nationalités ne *doivent pas être considérées quand on envisage avec une grande largeur de vue* la cause sacrée de l'éducation!!!

On rencontre des Canadiens-Français qui pensent de la sorte!!

Il ne sert plus à rien pour notre humiliation que notre influence soit noyée dans le Conseil Médical du Canada, il faudra aussi assister à l'abaissement du niveau professionnel, n'en déplaise à M. le Dr Roddick, qui a fait imprimer, comme un des principaux buts de son projet de loi, le relèvement du niveau de la profession médicale.

Et la raison en est bien simple. Le niveau professionnel est d'autant plus élevé que les programmes d'examens, tant pour l'admission à l'étude que pour l'obtention de la licence médicale, sont plus sérieux. Or, qui fera les règlements relatifs aux cours d'études, à la durée de ces mêmes études, les programmes à suivre, si ce n'est le susdit Conseil?

Naturellement, c'est la majorité qui décidera en dernier ressort, n'est-il pas vrai?

Qui conduira dans ce Conseil? La réponse n'est pas difficile à donner; ce sera, sans l'ombre d'un doute, l'élément anglais, avec Ontario comme tête dirigeante, comme étant la province anglaise supposée la plus avancée, au point de vue éducationnelle.

Ce sera un programme tel qu'on l'entend à Ontario, et alors, sera consommé le grand désir des Ontariens de tout contrôler et faire la pluie et le beau temps en matière d'enseignement.



L'*Union Médicale* m'a reproché de faire "une erreur d'interprétation qu'il est bon de ne pas propager," quand j'ai prétendu qu'Ontario voulait du fédéralisme pour imposer son programme, (qu'elle n'avait pu faire agréer par le bureau provincial de la province de Québec lors des pourparlers pour la réciprocité interprovinciale), afin de rehausser le niveau des études dans les autres provinces et rendre ainsi leurs licences équivalentes à la sienne, et cela, sans doute, par inadvertance. Car autrement, il aurait mieux valu, pour ses rédacteurs, de prendre la peine de se renseigner avant d'apporter une dénégation d'un fait bien connu. Tout de même, si à l'*Union Médicale* on veut avoir une preuve entre cent, on peut consulter à la page 65 (l'Annoncement of this collège of physicians and surgeons of Ontario 1893) et l'on verra le vœu unanime du bureau médical d'Ontario qui intéressera, peut-être, qui de droit.

Nous aurons donc comme résultat de la mise en opération du Conseil, des programmes calqués sur ceux en force dans la province d'Ontario dont j'ai établi jusqu'à l'évidence, l'infériorité et la vétusté flagrante dans une correspondance précédente. L'*Union Médicale*, en défendant le système en force dans Ontario et par là même celui du prochain Conseil, nous dit encore qu'il n'est pas nécessaire de savoir, combien il se donnera de leçons sur tels ou tels sujets de médecine, le comité d'examineurs étant là pour contrôler les connaissances des candidats.

Ce n'est pas raisonner sérieusement. Ces Ecoles et Universités enseigneront ce que demandera le programme fédéral, et si on demande peu on enseignera peu, et le bagage scientifique qui sera exigible par les comités d'examineurs sera mince par le fait même, et en définitive, on aura des médecins, avec l'espace devant eux, plus arrogants que savants.

Et comme il deviendra rapidement notoire qu'on est de facile composition au bureau fédéral, les élèves aimeront mieux faire le cours d'études stipulé par lui et se présenter devant ces comités d'examen, que d'aller devant les bureaux provinciaux. Ceux-ci, s'ils ne veulent pas tomber dans l'isolement et voir les araignées établir leurs toiles aux quatre coins de leurs registres, seront forcés de calquer leur programme sur celui du conseil fédéral. retrograder vers un passé démodé, se résigner à végéter jusqu'à tomber en désuétude. Car, lorsque son programme sera descendu au niveau de celui des cliquarts du conseil fédéral, il ne lui restera plus qu'à disparaître. Et alors, l'union législative sera consommée, l'influence de la province de Québec, en matière d'éducation, aura vécu.

le niveau professionnel sera tombé pour ne plus se relever, par l'arrivée dans la profession, des médiocrités portant le brevet fédéral.

Entre temps, qu'aurons-nous gagné ? quelques médecins pourront traverser les Rivières Ottawa et Beaudet impunément, et une nuée d'incapables et de dévoyés de la Grande Bretagne et de l'Irlande, des colories et des autres provinces sera venue encombrer la profession de leur nullité, en forçant le bureau provincial d'accepter, ad valorem, leur diplôme fédéral.

M. le Dr Roddick s'est chaleureusement élevé, à Québec, contre l'idée que les diplômés universitaires (Laval, Bishop, McGill) de cette province, pourraient être méconnus par le Conseil, et l'*Union Médicale* emboîte le pas et nous assure que nos universités n'ont pas à craindre que leurs privilèges soient, en aucune sorte, lésés.

Le projet de loi dit bien, à la section (10) clause (i) que le Conseil aura le droit d'accepter les diplômes, mais ne dit pas, *devera*. Quelle garantie avons-nous, si le projet devient loi, que messieurs les membres du Conseil condescendront à accepter les diplômes comme l'équivalence des certificats de capacité qu'ils distribueront ?

Car, malgré les protestations de M. le Dr Roddick et l'assurance donnée par l'*Union Médicale*, nous sommes loin d'être convaincus.

L'*Union Médicale*, ne dit-elle pas qu'une des raisons mise de l'avant par Ontario pour refuser une entente interprovinciale, était cette question des diplômes universitaires ? Ontario disait : " Les diplômes universitaires (Laval, Bishop, McGill) sont l'équivalent de la licence, le bureau provincial n'a qu'un demi contrôle, et dans ces conditions, donner à votre licence l'équivalence de la notre, serait accorder à vos universités un privilège que nous refusons aux nôtres, nous n'acceptons la réciprocité que sur les mêmes bases que chez nous, c'est-à-dire, avec un bureau ayant l'entier contrôle de la licence." (*Union Médicale*).

Pense-t-on un seul instant, qu'Ontario qui s'est battue pour refuser les diplômes universitaires, sera disposée à les accepter quand se feront les règlements ?

Ne sera-telle pas suivie dans son opposition, par les délégués des autres provinces, de même race, de mêmes aspirations, qui n'ayant pas d'écoles de médecine vraiment dignes de ce nom à défendre, n'auront pas de diplômés à protéger et se laisseront facilement convaincre par l'idée d'un contrôle prétendu supérieur ?

Que fera l'indignation de deux ou trois membres de la province de Québec en face de la majorité ? Faudra-t-il qu'Ontario cède ? Elle n'a pourtant pas cédé récemment quand seule, elle a empêché le projet de réciprocité interprovinciale de réussir ! Ce sera nous alors ? Ce sera encore le tour de la province de Québec à faire des concessions à l'intransigeante Ontario, et l'*Union Médicale* trouvera, sans doute, dans la circonstance, une bonne raison de baisser pavillon, où la tolérance, la condescendance, le respect des opinions, le danger de conflit regrettable, seront en vedette.

Mais n'allez pas croire que l'on craigne ces difficultés à l'*Union Médicale*, le projet de loi est trop parfait, la base de l'entente provinciale trop équitable, et puis n'avons-nous pas comme sauvegarde " la largeur dans les idées et le désintéressement dans les motifs de l'Association Médicale Canadienne et des Bureaux Médicaux !!! " (*Union Médicale*.)

L'*Union Médicale* entend sans doute nous apprendre que, comme toujours, le désintéressement sera spécialement applicable à la province de Québec comme vertu fondamentale, et preuve de son excessive condescendance envers des inférieurs.

Enfin, l'*Union Médicale* base sa confiance, comme dernière planche de salut, sur le fait que la province de Québec pourra se retirer du pacte fédéral s'il y a l'ombre d'une menace de perte de privilèges. Nous répondrons à l'*Union Médicale*, qu'il est plus facile d'entrer que de sortir du pacte fédéral. Le projet de loi ne dit pas qu'une province lésée pourra se retirer.

Quand tout sera consommé, l'on s'apercevra, mais un peu tard, qu'on avait fait un pas de clerc, que la confiance avait été sciemment ou inconsciemment surprise ; on trouvera qu'il est plus simple d'écrire, que la retraite d'une province d'un pacte comme celui-là, est chose facile, alors qu'un grand nombre d'influences pèsent dans la balance, alors qu'il y aura des hésitations peut-être, à créer une querelle entre provinces et pendant le temps des tergiversations, la province sera dirigée par le bureau fédéral qui lui imposera ses volontés.

M. le Dr Ahern, président de la Société Médicale de Québec, a très plaisamment fait remarquer à M. le Dr Roddick, qui s'évertuait à démontrer la facilité de la retraite de la province de Québec, la guerre des Etats-Unis où l'on s'est battu pendant quatre années pour se retirer, et où, en définitive, on ne s'est pas retiré. Moins l'effusion de sang, le désir de la province de Québec en conflit avec les sept autres provinces, aura peut-être le même résultat.

Et en supposant que la province de Québec réussisse à se retirer du pacte fédéral, elle se trouvera, comme l'a dit très justement un de nos excellents confrères dans l'*Événement* du 31 janvier, " dans une condition d'infériorité et, pour ainsi dire au ban du pays, car ses médecins seront exclus des positions médicales dépendant d'Ottawa, puisque ce dernier ne pourra nommer que des porteurs de licences fédérales." Résultat brut, une aventure malheureuse, une irritation créée dans tout le pays, la diminution de notre prestige, un isolement beaucoup plus complet encore, avec des privilèges amoindris. Pour notre part, nous sommes opposés à l'entrée de la province de Québec dans une pareille galère. et nous sommes certains, en cela, de refléter l'opinion de la presque unanimité des médecins de cette province.

L'*Union Médicale* nous dit bien que les gouverneurs ont sanctionné de leur approbation le projet de loi Roddick, et c'est sa dernière corde. On a bien fait accepter, entre chien et loup, un projet informe, vague, qui paraissait acceptable, mais on n'a jamais soumis à l'approbation de nos gouverneurs, comme cela aurait dû être fait, le projet de loi, tel qu'il est aujourd'hui. On s'est contenté de parler de garanties, et beaucoup plus tard, le projet de loi a été envoyé, à quelques choisis, quelques privilégiés, à la veille de sa présentation aux Communes.

La preuve que nos gouverneurs n'entendaient pas se prononcer en faveur du projet de loi actuel, c'est qu'un très grand nombre d'entre eux aujourd'hui protestent, et refusent de porter la responsabilité de la passation de cette loi.

Car, il ne peut pas en être autrement, ils pensent comme nous tous, que nos institutions, notre langue et nos droits sont solidaires de la plénitude de notre autonomie et que tout citoyen qui directement ou indirectement travaille à l'émettre, fait un acte antipatriotique et se diminue aux yeux de ses concitoyens.

L'*Union Médicale* peut, à son aise, ignorer les questions de nationalité et de religion en matière d'éducation, et taxer leur prise en considération d'idées étroites, cela nous surprend un peu, mais en définitive, c'est un moyen comme un autre, d'atteindre quelques timorés, quelques craintifs qui veulent absolument passer pour entretenir des idées larges, mesurées à l'aune en usage à l'*Union Médicale*, mais au demeurant, cela ne prouve nullement que le projet de loi Roddick soit digne de notre approbation.

Le principe reste mauvais, son conseil médical mal composé, et la mise en pratique des règlements portera atteinte à nos privilèges, tout en diminuant le niveau de la profession qui aura en plus été encombrée.

Nonobstant l'opinion de l'*Union Médicale*, nous doutons fort que le projet de loi Roddick devienne loi et si, par le plus grand des hasards, le parlement fédéral se laissait convaincre par les centralisateurs, la lutte ne sera pas terminée.

Nous attendrons le projet de loi sur notre terrain, et nous pouvons promettre des émotions à ses défenseurs, renseignés que nous sommes sur l'état d'esprit de nos législateurs, qui ne sont pas disposés à sanctionner le suicide de l'autonomie de leur province.

Qu'on se le tienne pour dit.

DR ARTHUR SIMARD,

25, Ste-U. sule.

---

## Société Médicale de Québec.

(Séance du 23 Janvier.)

Elle est présidée par M. le Dr Abern.

Cette séance avait été convoquée à la demande des Gouverneurs de Québec, spécialement pour permettre aux médecins des districts environnants, de rencontrer M. le Dr Roddick qui avait manifesté le désir d'expliquer son bill de la licence interprovinciale devant la Société.

L'assistance est très nombreuse. Les districts de Trois-Rivières et d'Arthabaska y sont représentés. La première partie de la séance est exclusivement consacrée aux explications que M. le Dr Roddick donne avec beaucoup de bonne grâce et de clarté. Quelques objections, les plus sérieuses, furent soulevées par M. le Président et les Drs L. J. A. Simard, Faucher et Art. Simard, objections que M. le Dr Roddick note avec soin en vue de les faire servir à amender son bill. Des remerciements lui sont alors cordialement votés par l'assemblée qu'il remercie avec beaucoup d'amabilité. Il lui souhaite alors le bon soir pour se rendre au train de Montréal.

Après son départ, le Dr Paquin propose que l'assemblée continue à siéger pour prendre en considération le bill de la licence interprovinciale en rapport avec les explications qu'on vient de lui donner.—Adopté.

M le Dr Faucher, dans un plaidoyer fort documenté, traite la question à son mérite, puis termine par la motion suivante :

“Que cette assemblée s'oppose au projet de loi de la licence interprovinciale tel qu'exposé dans le bill Roddick tout en étant favorable à une entente interprovinciale.” Cette motion est secondée par MM. les Drs Simard, Paquin et Dorion qui parlent tour à tour dans le même sens sur un ton non équivoque. Cette motion est adoptée à l'unanimité ainsi que la suivante :

Proposé par le Dr Paquin, secondé par les Drs Simard et Dorion que “Copie de cette résolution et une requête à son appui, signées par les médecins des districts de Québec, St François, Trois-Rivières et Arthabaska, soient transmises au Gouverneur en Conseil, à l'Assemblée et au Sénat, ainsi qu'aux deux Chambres locales.”

De plus il est entendu que Messieurs les Gouverneurs du Collège à Québec auront à surveiller le bill devant les législatures vu que M. le Dr Lachapelle qui en avait été chargé s'est déclaré favorable à ce projet de loi.

Enfin on propose de renvoyer au mois suivant l'élection des officiers, et la séance est ajournée au 22 Février.

C. R. PAQUIN,  
*Secrétaire.*



## NOUVELLES

Nous apprenons avec plaisir que MM. les Drs Henri Marchand, de Champlain, et Dufresne de Deschambault, ont été élus maires de leur paroisse.

Le BULLETIN est heureux de leur offrir ses sincères félicitations avec ses meilleurs souhaits.

Depuis la publication du dernier numéro, nous avons eu le plaisir de féliciter M. le Dr Art. Simard sur la naissance de son premier enfant.

On nous apprend que M. le Dr Roddick a résolu de retirer son bill, en raison de la forte opposition qu'il rencontre d'un peu partout.

*Plus tard.*—M. le Dr Roddick persiste à laisser son bill devant la législature pour servir à la discussion, avec entente toutefois qu'il sera renvoyé à l'année prochaine avant de devenir loi. Le bill sera réimprimé, parait-il, avec toutes ses modifications, distribué aux membres de la profession, conformément à nos instances, afin que chaque médecin ait tout le loisir d'en faire une étude sérieuse.

Grâce à cette promesse d'ajournement, les Gouverneurs ne se réuniront pas maintenant.

Il y a entré les mains de nos législateurs trois projets de loi qui intéressent assez vivement la profession médicale :

Le premier, celui de M. Roy, a pour but d'amender la loi relative à l'admission à la pratique de la médecine dans certains cas ;

Le deuxième, celui de M. Tellier, veut faire disparaître de la loi une disposition en vertu de laquelle toute personne n'étant pas médecin, ne peut donner des soins d'une nature médicale, sans être exposée à payer une amende de \$50.00.

Enfin le troisième, demande le mode d'élection par districts des membres du Bureau de Médecine.

Disons de suite que les deux premiers sont loin d'être vus d'un bon œil par tous les membres de la profession, tandis que le troisième rencontre l'approbation générale, croyons-nous.

Nous devons faire part à nos lecteurs du mauvais état de santé de M. le Dr. Robitaille, de cette ville, retenu à sa chambre depuis quelque temps. Nos vœux pour son prompt rétablissement.

---

### **De l'admission des malades dans les hôpitaux.**

---

Sous ce titre nous avons eu l'honneur de publier dans notre dernier numéro une correspondance de M. le Dr J. Constantin, au cours de laquelle on a défiguré absolument sa pensée. L'auteur avait écrit qu'en conformité avec la motion de feu le Dr Marcil, voulant rendre justice aux médecins des campagnes en particulier, il fallait laisser à la profession médicale le contrôle des malades qui vont se faire soigner, comme pauvres, dans les hôpitaux. Malheureusement, nous lui avons fait dire *qu'il fallait enlever ce contrôle aux dits médecins.* .....

Nous regrettons sincèrement cette erreur. Si, par hasard, on doutait de notre ferme propos, nous engageons son auteur à gratifier le BULLETIN d'une autre de ses correspondances qui se lisent toujours avec grand plaisir et profit.

---

**A VENDRE.**—Une machine électro-statique, genre Wimshurst, à 2 plateaux de 55 centimètres, avec tous les électrodes et accessoires pour le traitement. Peut servir aussi pour la production des rayons X. Un tube de Crookes et un fluoroscope accompagnent la machine. Fabriqué par Radiguet, à Paris en 1898. A coûté \$80.00, sans les accessoires pour rayons X.

Conditions de vente \$50.00 comptant, complète telle que décrite ci-haut.

N.B.—S'adresser par lettre à ce journal. Tiroir No 3, Faubourg St Jean.

---



# PHARMACIE W. BRUNET & CIE

Cette pharmacie a maintenant une réputation justement méritée. Les médecins de la ville et de la campagne y trouveront les produits pharmaceutiques les plus nouveaux venant de France, d'Allemagne, d'Angleterre et des Etats-Unis.

## W. BRUNET & CIE PHARMACIENS

139 ET 141, RUE ST-JOSEPH, ST-ROCH, QUEBEC.

# EMULSION SCOTT

## L'HUILE PURE

Il n'y a pas de secret dans l'Émulsion Scott. On y trouve rien de caché sous le couvert obscur de principes actifs ou d'alkaloïdes. Elle n'est pas non plus un mélange alcoolique larqué avec un titre mystificateur.

C'est tout simplement une émulsion de la meilleure huile de foie de morue de Norvège combinée aux hypophosphites et à la glycérine.

Nous employons l'huile vierge (a) parce que l'huile de foie de morue a acquis sa grande réputation comme aliment et comme médicament, par son usage à l'état de pureté; (b) parce que son emploi à cet état est approuvé, presque sans exception, par la profession médicale du monde entier; et parce que nous n'avons pu trouver un seul écrivain, digne de passer pour une autorité, qui la préconise autrement.

Quand l'huile de foie de morue est indiquée, l'huile pure doit être donnée.

Nous nous ferons un plaisir de vous envoyer notre formule, avec bouteilles d'échantillon, sur demande.

Deux dimensions: 50c & \$1.00. — SCOTT & BOWNE Chimistes, New-York.

**D'huile de foie de morue avec hypophosphites**