

Congrès Médical de Québec.

SOMMAIRE

GYNÉCOLOGIE

- 547 — Contribution à l'étude de la grossesse extra-
utérine basée sur 14 observations personnelles
• (suite)..... *Prévost*
-

OPHTALMOLOGIE

- 557 — L'ulcère à hypopion à cent ans d'intervalle.....*Foucher*
-

PATHOLOGIE GENERALE

- 569 — Pathogénie et thérapeutique physiologique*Daigle.*
-

OBSTÉTRIQUE

- 579 — Du vétratrum viride dans le traitement de l'é-
clampsie puerpérale*De Cotret*

HYGIENE

- 594 — Cessons notre apathie pour l'hygiène.....*Desroches*
-

NECROLOGIE

- 599 — Le professeur Brunelle*H. Hervieux*
-

QUESTIONS PROFESSIONNELLES

- 602 — Agapes confraternelles.....*Dubé*
-

ANALYSES.

PÉDIATRIE

- 605 — Traitement de la diarrhée infantile*Dubé*
-

BIBLIOGRAPHIE

- 608 — Manuel d'histologie pathologique tome II.
Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris.
-

PREMIER CONGRES

— DES

Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord ⁽¹⁾

GYNÉCOLOGIE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, BASÉE SUR 14 OBSERVATIONS PERSONNELLES ⁽²⁾

Par le Dr COYTEUX-PREVOST

Gynécologue de l'Hôpital Saint-Luc, Ottawa.

La récurrence de la grossesse extra-utérine est plus fréquente qu'on ne serait porté à se l'imaginer. Ce fait rendu indiscutable aujourd'hui par le nombre d'observations citées dans ces dernières années nous conduit naturellement à rechercher quelles peuvent être les causes de cette erreur de lieu de l'œuf fécondé.

Quelle est la condition analogue qui joue le rôle de cause d'ectopie dans les deux trompes, se demande Kustner?

Cette répétition des mêmes accidents serait-elle due à une prédisposition congénitale ou acquise dont seraient affectées les deux trompes successivement atteintes, un arrêt de développement bi-latéral gênant la progression de l'œuf vers l'utérus et l'arrêtant dans une des sinuosités infantiles de l'oviducte, selon l'hypothèse de Freund?

La deuxième grossesse tubaire ne paraît-elle pas être causée par les modifications entraînées par la première opération? Ou bien enfin, ne serait-il pas possible qu'à la suite d'une grossesse utérine antérieure il ne se soit produit des altérations inflammatoires peri ou endo-salpingiennes, gênant la progression de l'œuf et rendant apte à l'ectopie un appareil qui jusque là, lorsqu'il était sollicité de loger un œuf fécondé, le logeait en bon lieu?

⁽¹⁾ Voir *USTOS MÉDICAL*, numéros de juillet et août.

⁽²⁾ Travail présenté au premier Congrès de l'Association Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Québec, les 25, 26 et 27 juin 1902 (suite). Voir *USTOS MÉDICAL*, août 1902 pour la première partie de ce travail.

Les docteurs Varnier et Sens, dans un travail très consciencieux publié en mars 1901, dans les *Annales de Gynécologie*, se sont posé ces différents problèmes sans leur donner une solution satisfaisante.

Il est évident que le degré d'intégrité de la trompe qui devra devenir le siège de la récurrence joue un rôle important dans cette question d'étiologie et l'hypothèse d'altération préalable des annexes comme cause prédisposante de grossesse ectopique est absolument séduisante. Des trois cas que je viens de rapporter, le deux derniers offrent ces conditions d'une manière indiscutable, mais dans l'autre, j'ai pu clairement constater, lors de la première opération, l'intégrité apparemment parfaite des annexes du côté opposé. Il est vrai qu'à cette affirmation Dührssen répondra que la trompe ultérieurement gravide peut paraître normale à l'examen macroscopique et offrir pourtant sous le champ du microscope les signes manifestes d'une salpingite catarrhale chronique. D'accord, je ne discute pas, mais je me crois autorisé à tirer de ces diverses opinions les conclusions suivantes :

Puisque la grossesse extra-utérine est toujours un accident sérieux pour la femme qui en est atteinte ; puisque la récurrence est reconnue comme relativement fréquente ; puisqu'il est impossible de constater " de visu " l'intégrité de la trompe qui, apparemment saine, peut être néanmoins le siège d'une endosalpingite, condition reconnue favorable à la production de la grossesse ectopique, le chirurgien ne fera qu'obéir aux règles de la prudence, dans le cours d'une opération pour grossesse extra-utérine, en enlevant en même temps les annexes du côté opposé. C'est un moyen radical et efficace de conjurer les dangers que peut réserver l'avenir : quand on ne peut délier le nœud gordien, on le coupe.

Il me semble entendre les récriminations que ces remarques ne manqueront pas de provoquer de la part des chirurgiens ultra-conservateurs, mais je demanderai à ces derniers pour quoi ils veulent, en chirurgie, imiter ceux qui en d'autres lieux se montrent, comme on dit vulgairement, plus catholiques que le Pape ? Je sais bien que nous pouvons parfois nous trouver

placés dans des circonstances exceptionnelles où les parties intéressées sont prêtes à courir tous les risques pour conserver d'une progéniture possible; nous serions alors coupables de ne pas nous rendre à leur légitime désir. Mais dans le cas contraire — qui, vous l'avouerez, est celui qui se présente le plus souvent, c'est faire preuve d'un zèle dont l'opportunité est certes bien discutable que d'exposer une pauvre femme à des dangers qui peuvent lui coûter la vie, au nom d'une philosophie plus ou moins orthodoxe.

Puisqu'il est question d'orthodoxie et du traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine, me serait-il permis de vous demander dans quelle situation le chirurgien catholique se trouve placé vis-à-vis les enseignements de la théologie au moment où, armé du couteau, il va ouvrir le ventre de la mère, détacher délibérément et faire mourir le fœtus souvent vivant et dont l'âme est unie au corps dès le moment de la conception?

Messieurs, dans un autre milieu, je n'oserais peut-être pas formuler cette question qui ne manquerait pas d'être accueillie par des haussements d'épaules et peut-être des sourires de pitié causés par la prétendue naïveté de mes scrupules extra-archaïques, mais malgré les merveilleuses découvertes qui, sur le seuil de ce vingtième siècle, semblent justifier la philosophie contemporaine de se permettre toutes les audaces, il existe peut-être un certain nombre d'arriérés qui, comme moi, ont conservé quelque respect pour les vieilles chansons qui pendant si longtemps ont bercé les misères de l'humanité, c'est à ceux-là que je m'adresse.

Vous connaissez tous à quelles interminables discussions a donné lieu de tout temps la question de savoir quelle conduite devait tenir le médecin catholique en présence d'un cas de dystocie où les jours de la mère étaient menacés par un enfant vivant, refusant absolument d'entrer dans cette vallée de larmes d'une manière ordinaire et naturelle. Faut-il demeurer inactif, faire la craniotomie ou l'opération césarienne? Or, pour nous catholiques, il ne saurait y avoir d'ambiguïté, le Saint Office s'étant chargé, en 1884, de fixer d'une manière

péremptoire le devoir de l'accoucheur en pareille occurrence: "Arrangez-vous comme vous voudrez, mais si le fœtus est vivant, n'y touchez pas: le fœticide est défendu en toutes circonstances".

Cependant ces décrets sont antérieurs aux connaissances nouvelles réalisées par les progrès des sciences médicales et ne sauraient s'appliquer directement aux interventions chirurgicales réclamées par l'existence de conditions pathologiques aujourd'hui parfaitement définies mais sur lesquelles nous ne possédions autrefois que des notions incomplètes. D'un autre côté, il est permis de croire que la règle prohibitive qui nous défend de détruire un fœtus vivant "in utero", s'applique également à l'embryon vivant, situé en dehors de l'utérus.

Presque tous les théologiens modernes sont muets sur cette question ainsi présentée sous un jour nouveau. Le docteur Lembkul, l'illustre casuiste dont l'autorité est universellement reconnue, est le seul qui ait côtoyé le sujet. Il dit: "Le fœtus cesse d'avoir droit à la vie intra-utérine, non seulement quand il amène un danger pressant de mort à la mère, mais aussi quand il devient évident qu'il lui sera fatal et cela avant sa maturité, d'où il est licite de procéder à son extirpation."

Or, s'il est vrai que dans le développement extra-utérin le fœtus peut être dès les premiers mois non viable, conséquemment un danger fatal pour la vie de la mère, à cause d'hémorragies ou autres raisons de ce genre, dès que le médecin reconnaît les symptômes certains du danger maternel il peut rompre le lien anormal auquel se rattache la vie du petit monstre humain. Ce n'est pas le tuer directement, c'est le faire tomber, plante parasite, de l'arbre dont il compromet l'existence. Il va périr, on le sait, c'est un résultat qu'on prévoit et qu'on déplore, mais qu'on permet sans le vouloir. Ce qu'on veut c'est sauver une plus noble et plus précieuse vie humaine.

Le médecin peut donc, sans danger, engager sa responsabilité morale, se rallier sans scrupules à la formule énoncée par Pinard, laquelle domine la thérapeutique actuelle des grossesses ectopiques: "Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale."

Examinons un peu ce que devient la grossesse extra-utérine non opérée et abandonnée à elle-même.

1° La trompe se brise, une hémorragie plus ou moins considérable se produit, puis le vaisseau rupturé se ferme spontanément et l'embryon, entraîné par l'inondation, périt au milieu du sang épanché qui, lui, se coagule dans le Douglas, s'enkyste et constitue l'hématocèle. Peu à peu le sang se résorbe et tout rentre dans l'ordre : ou bien l'infection s'en mêle, un abcès se forme séparé de la grande cavité abdominale par l'exsudat péritonéal : un coup de couteau dans le cul-de-sac postérieur et c'est la fin.

A ce propos, doit-on considérer toutes les hématocèles retro-utérines comme provenant de la rupture de la grossesse ectopique ?

Je n'ai ni le temps ni l'intention d'entrer sur ce sujet dans une longue discussion et j'avoue volontiers que la question de la pathogénie des hémorragies pelviennes est loin d'être tranchée. Il est indiscutable que du sang peut être versé dans le cul-de-sac péritonéal à la suite de conditions pathologiques multiples, v. g. : hémorragie folliculaire de l'ovaire, tumeur maligne de l'utérus ou des annexes, veines variqueuses du ligament large. Doran et d'autres citent des cas d'apoplexie ovarienne dans lesquels la pression intérieure avait rompu l'ovaire en deux parties égales. Gardner cite un cas dû à une tuberculose miliaire des trompes. Cependant ce ne sont là que de rares exceptions et, depuis la démonstration de la théorie gravidique de l'hématocèle pelvienne due à Gallard et vulgarisée par L. Tait, cette doctrine a pris une extension telle qu'aujourd'hui la plupart des hémorragies rencontrées dans le bassin sont rangées dans la catégorie des grossesses ectopiques. Pour ma part, je suis tellement convaincu de la justesse de cette proposition que je n'hésite pas à déclarer l'hématocèle d'origine gravidique, même en l'absence de signes positifs révélés par le microscope, quand les symptômes accusés par la malade ont présenté la marche et le caractère de ceux que l'on rencontre habituellement dans les cas de grossesse extra-utérine. Certes, loin de moi l'idée de vouloir diminuer l'import-

tance des renseignements fournis, dans l'immense majorité des cas, par l'examen pathologique, mais je me demande si les résultats négatifs obtenus au moyen du microscope sont toujours suffisants pour réduire à néant les significations d'un tableau clinique qui, dans certains cas, se présente avec une valeur absolument pathognomonique.

Il me serait facile de citer des exemples d'hématocèles où le microscope n'avait fait découvrir aucune villosité choriale et qui cependant étaient évidemment dues à une grossesse extra-utérine. Des faits semblables ont été observés par d'autres. Ainsi le 10 mai 1901, Ruge, dans le but de démontrer l'origine non gravidique d'une hématocèle, s'appuyait en particulier sur l'examen d'une pièce d'hémato-salpinx présentée à la société gynécologique de Berlin et dont l'examen lui paraissait négatif. Sur l'invitation de Veit, qui ne partageait pas son opinion, l'analyse histologique fut reprise avec plus de soin et, à la séance du 12 juillet, Keller présenta de nouveau la même pièce sur laquelle il avait reconnu manifestement les villosités choriales.

Doloris cite un cas analogue.

Quoi qu'il en soit, au point de vue pratique, cette question de pathogénie offre une importance absolument secondaire. L'hématocèle retro-utérine réclamant le même traitement, quelle que soit son origine.

2° Si, au lieu de périr au milieu du sang de l'hématocèle, l'œuf résiste à l'accident de la rupture, il s'implante sur un point quelconque de la cavité péritonéale et peut continuer à se développer jusqu'au terme et être extrait vivant au moyen de la laparotomie; ou bien il meurt à un moment quelconque de son existence intra-abdominale, s'enkyste, se pétrifie et peut persister à l'état de "caput mortuum" dans le ventre de la mère. On a cité des exemples de lithopédiions qui ont existé de la sorte pendant vingt, trente et quarante ans, leur présence au milieu de la masse intestinale ne produisant que des accidents insignifiants.

Si, au lieu de se pétrifier de bonne heure, comme dans l'observation IV que j'ai citée plus haut, (1) le fœtus meurt près du

(1) Voir UNION MÉDICALE, août 1902.

terme de la grossesse, il peut devenir la cause de symptômes inquiétants et de nature à embarrasser sérieusement le diagnostic. Je vais vous en citer un exemple.

OBSERVATION VI.—Madame T. . . , trente trois ans, mariée depuis neuf ans, a eu deux enfants, le premier il y a huit ans, le dernier il y a dix-sept mois. Sept ans de stérilité entre les deux grossesses ; a toujours été régulièrement menstruée. Le 2 juin 1898, apparition des dernières règles ; signes de grossesse pendant les trois mois suivants ; mouvements du fœtus perçus au milieu de novembre. Pendant l'été, elle éprouva quelques douleurs abdominales qu'elle attribua à des crampes intestinales. Vers le commencement de septembre, en sortant du lit, elle fut prise un matin de douleurs abdominales excessivement intenses. Son mari accourt et la trouve presque sans connaissance, les lèvres blanches, la face pâle et couverte de sueurs. Elle se remet au lit et, durant plusieurs jours, se plaint constamment de douleurs à travers l'abdomen. Écoulement sanguin par le vagin pendant dix jours et finalement rejet d'une membrane caduque caractéristique.

Le médecin de la famille crut que la malade était menacée d'avortement, mais peu à peu tout parut rentrer dans l'ordre et les douleurs disparurent.

Dans le mois de février, elle a de nouveau une crise de douleurs abdominales après quoi elle cesse de sentir les mouvements du fœtus. Pendant un mois elle perdit du sang par le vagin ; l'abdomen, qui avait augmenté graduellement jusqu'à ce qu'elle cessât de percevoir les mouvements fœtaux, diminua de volume à partir de cette époque, toutes les douleurs disparurent et elle devint parfaitement bien.

À la fin du mois de mars, date à laquelle elle croyait devoir accoucher, comme elle n'éprouvait aucun signe de travail, elle devint inquiète et fit demander de nouveau le médecin qui parla de provoquer l'accouchement.

Le 15 avril, c'est-à-dire dix mois et demi après la dernière menstruation, elle vint me consulter à Ottawa. Elle offrait toutes les apparences d'une santé parfaite et n'éprouvait absolument aucune douleur.

À l'examen, l'abdomen, qui est le siège d'un développement assez considérable, n'offre pas cependant la tension qu'on observe à la fin de la grossesse ; la peau est mobile sous les muscles sous-jacents. On sent une tumeur distincte sur la ligne médiane ; elle est sphérique, modérément dure, la limite supérieure s'élevant jusqu'à mi-chemin entre l'ombilic et le sternum ; le bord inférieur est situé cinq centimètres au-dessus du pubis ; de chaque côté elle s'étend presque jusqu'aux lignes latérales de l'abdomen. Cette tumeur est mobile de haut en bas et de gauche à droite, mate à la percussion et légèrement sensible. Le col utérin est gros et ramolli ; l'utérus, mobile, est facilement délimité par palpation bi-manuelle et on sent le fond au-dessus de la symphyse du pubis. La tumeur est certainement indépendante de l'utérus et peut être déplacée dans toutes les directions sans que le doigt appliqué sur le col perçoive la sensation des mouvements qu'on imprime à la tumeur. À droite, on constate la présence d'une masse séparée de l'utérus par un sillon distinct ; elle est dure, unie, non fluctuante et légèrement sensible à la pression.

Sans doute c'est un cas de grossesse extra-utérine. La malade a dû devenir enceinte au mois de juillet, et en septembre la rupture a eu lieu. Cependant, le

fœtus a continué à se développer dans la cavité abdominale jusqu'au mois de février, époque à laquelle il est mort à huit mois au commencement d'un faux travail. L'abdomen alors a diminué de volume à cause de l'absorption d'une certaine quantité de liquide amniotique. Cette tumeur est évidemment constituée par le fœtus et la masse perçue du côté droit doit être le placenta. Le fœtus étant mort depuis deux mois, la circulation placentaire est vraisemblablement abolie, et les thrombus qui se sont formés permettront probablement l'extirpation totale sans beaucoup d'hémorragie.

L'opération qui fut pratiquée le 29 avril confirma le diagnostic en tous points. Il n'existait plus aucun liquide amniotique, le fœtus libre dans la cavité abdominale était recouvert par une membrane qui l'enveloppait entièrement comme une toile d'araignée. Il était situé transversalement, le dos tourné vers la paroi abdominale; la tête, fléchie, plongeait dans la fosse iliaque gauche, le bras droit appliqué sur le côté du corps, l'avant-bras fléchi, et le coude droit situé superficiellement et formant la limite inférieure du fœtus. Les cuisses étaient fléchies sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses. Le placenta était enfoui à droite tout au fond du Douglas; le fœtus, lui, était attaché par un cordon épais et blanchâtre dans lequel il n'existait plus aucun vestige de circulation. Tout fut enlevé sans qu'il s'écoulât une goutte de sang. La malade quitta l'hôpital au bout de trois semaines parfaitement rétablie.

3° Il existe une troisième terminaison de la grossesse extra-utérine, plus dramatique et plus solennelle. Je veux parler de ces cas d'inondation péritonéale foudroyante causée par la rupture des vaisseaux de la trompe qui refusent de se fermer spontanément et qui, en quelques heures, mettent la malade en danger de mort. Ici pas d'alternative, il faut ouvrir le ventre non pas demain, mais ce soir, de suite, opérer à la lumière artificielle, en plein collapsus, aller saisir le vaisseau qui donne et y jeter une ligature. Pas de demi-mesures, surtout ne pas commettre l'erreur d'attendre une réaction sur laquelle il ne faut jamais compter. Qu'un assistant injecte 300 à 400 c. c., de sérum artificiel sous les seins pendant que le chirurgien pratique la laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen un jet de sang fluide jaillit souvent comme d'une fontaine; il faut, sans s'en inquiéter, élargir l'incision, aller de suite à la recherche de la trompe rupturée et appliquer une pince sur le vaisseau qui saigne. Alors seulement il faudra s'occuper des caillots semi-fluides qui remplissent l'abdomen, les enlever entièrement et procéder enfin à l'extirpation du sac fœtal après ligature des artères.

Ces orages ne prennent pas toujours les proportions d'un

déluge; le plus souvent des hémorragies successives plus ou moins abondantes se produisent, séparées par des accalmies durant lesquelles nous avons le temps de réfléchir. L'écoulement sanguin vaginal persiste, les douleurs reviennent d'une manière intermittente, la fièvre s'allume et l'examen vaginal nous permet de constater la présence d'une tumeur rénitente et sensible, facilement circonscrite par la palpation bi-manuelle. Ici encore l'intervention s'impose et ne doit pas être différée, afin de conjurer l'inondation péritonéale qui peut produire une nouvelle hémorragie imminente. Que l'on choisisse le vagin ou la voie abdominale, cela dépend des préférences individuelles, mais il faut pénétrer jusqu'au corps du délit et en faire l'extirpation.

Quand nous avons affaire à une hématocele éteinte, reliquat inerte d'une hémorragie qui ne menace plus de se reproduire, la voie vaginale est tout indiquée, une simple colpotomie postérieure suffit pour nettoyer le Douglas des caillots ou même du pus qu'il renferme. Mais si les accidents encore récents ont conservé une certaine activité, il est à mon avis plus prudent d'ouvrir l'abdomen et d'aller constater "de visu" ce qui se passe, car quelque ferme que soit le diagnostic, l'ouverture du ventre peut toujours nous réserver des surprises réclamant, pour y faire face, une combinaison anatomique plus parfaite que celle qui a la prétention de placer l'œil au bout du doigt du chirurgien.

CONCLUSIONS.

Le médecin général, tout comme le spécialiste, doit être en mesure de reconnaître la grossesse extra-utérine au début afin de pratiquer ou réclamer une intervention opportune et efficace.

On ne saurait affirmer d'une manière certaine l'existence de la grossesse ectopique en l'absence de douleur, symptôme qui ne manque presque jamais.

L'apparition de la douleur, quelle que soit son intensité, ne signifie nullement que la grossesse est rupturée, même quand cette douleur est accompagnée de tendance à la syncope, la

réaction subjective des lésions de l'appareil tubo-ovarien étant soumise à des susceptibilités individuelles réelles et d'observation journalière.

Étant donné la fréquence de la récurrence, et puisque l'on ne saurait affirmer l'intégrité des annexes par un simple examen macroscopique, ne vaut-il pas mieux, dans le cours d'une opération pour grossesse extra-utérine, enlever en même temps la trompe du côté opposé?

Dans l'immense majorité des cas, l'hématocèle retro-utérine doit être considérée comme le produit d'une grossesse ectopique, même en l'absence de signes positifs révélés par l'examen microscopique.

Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée doit être opérée. Ce traitement indiqué par la chirurgie contemporaine n'engage nullement la responsabilité morale du chirurgien, le fœticide dans les cas de ce genre étant, selon les théologiens, absolument licite "*salvo meliori judicio*".

OPHTALMOLOGIE.

L'ULCÈRE A HYPOPION A CENT ANS D'INTERVALLE (1)

Par A.-A. FOUCHER

Professeur à l'Université Laval de Montréal, Médecin en chef de la Clinique d'Ophthalmologie,
de Rhinologie et d'Otologie à l'Hôpital Notre-Dame.

Il y a cent ans, les docteurs Demours, père et fils, pouvaient être considérés, à bon droit, comme les représentants attitrés de l'ophtalmologie en France, à cette époque. Pierre Demours, médecin de la Faculté de Paris, médecin oculiste du roi, naquit au commencement du dix-huitième siècle et mourut en 1795. Il fut le premier à abandonner la pratique générale de la médecine pour en cultiver une partie déterminée.

Les biographes racontent que la foule de malades qui le consultait était si grande qu'elle ne lui laissait pas le temps de se livrer à la partie chirurgicale de sa spécialité. Les réponses aux mémoires qui lui étaient adressés de toutes les parties de la France forment sept gros volumes in-quarto, tous écrits de sa main. Il trouva le moyen de dérober à l'exercice de sa profession le temps nécessaire pour étendre un peu plus loin les notions d'anatomie, c'est ainsi qu'on lui doit la connaissance de la membrane cornéenne qui porte son nom. Son fils, A.-P. Demours, s'associa de bonne heure à ses travaux et publia, en 1818, trois volumes qui résument soixante-quinze années de pratique conjointe.

On retrouve dans ces volumes, avec leur couleur locale, les idées qui avaient cours à cette époque sur la pathologie oculaire. En parcourant ces pages écrites, il y a cent ans, par les plus célèbres oculistes de leur temps, on est étonné de la transformation complète qui s'est opérée dans l'interprétation des maladies de l'œil depuis cette époque. La révolution a été complète dans la classification, le diagnostic, le traitement; on peut dire que la spécialité ne faisait que naître: de fait, il y manquait les chapitres les plus importants.

Je ne m'attarderai pas à en faire l'énumération pour arriver immédiatement à la question des affections cornéennes.

(1) Travail présenté au premier Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du N.-O., tenu à Québec, les 25, 26 et 27 juin 1902.

La division des ulcères de la cornée, telle que conçue par Ambroise Paré, est reconnue en grande partie utile par Demours. Demours définit l'ulcère de la cornée une destruction partielle soit de l'adénata, soit d'une ou plusieurs couches de la cornée. Quant au processus intime qui amène cette destruction il n'en fait aucune mention.

L'observation clinique lui a démontré qu'il existe plusieurs variétés d'ulcères quant à leur forme, leur étendue, leur profondeur, leur apparence, leur gravité, leur intensité et les causes qui les produisent.

Il dit que les ulcères superficiels sont prompts à guérir, cependant il fait remarquer que quelques-uns de ces ulcères montent beaucoup d'opiniâtreté à guérir, si le patient est affaibli ou s'il est sujet à des fluxions. Opiniâtres encore sont les ulcères résultant d'un principe spécifique et surtout dartreux.

Les uns apparaissent enduits d'une matière blanchâtre semblable à la craie mouillée, ils ont des bords légèrement baveux, tandis que les autres ont leurs bords très nets et transparents. Il émet l'opinion que l'ulcère qui siège au bord supérieur de la cornée est très difficile à guérir et il en donne la curieuse explication qui suit: à cet endroit, il est à peu près constamment à l'abri de l'action utile de l'air et toujours mouillé par la liqueur de la glande lacrymale. Il prend quelquefois une forme demi-circulaire et il a vu souvent alors se former un hypopion suivi de la perte de l'œil. Il est évident que cette forme toute spéciale ne lui a pas échappé mais il n'en fait pas une entité morbide distincte et surtout il ne fait aucune mention de la dacryocystite qui l'accompagne généralement. L'auteur explique encore comme suit la formation de certains ulcères: pendant le sommeil, les paupières fermées forment, avec la cornée comme base, un canal triangulaire où coule la liqueur des larmes, cette partie de la cornée est la plus exposée à l'action de cette matière. S'il arrive donc que la liqueur lacrymale soit chargée de sels acres, capables de corroder le tissu de la cornée, l'ulcère suit la direction de ce canal. Pour éviter un tel accident l'auteur conseille de se coucher sur le côté opposé à l'œil affecté.

Pour ce qui concerne le traitement, il est ancestral au plus haut degré, écoutez plutôt: infusion légère de fleur de Surop ou de Mélilot avec addition d'un demi grain de miel rosat pour un demi septier. Il conseille de ne pas tourmenter les enfants qui refusent ces lotions, attendu que les larmes qu'on leur ferait verser leur nuiraient plus que le collyre ne leur ferait de bien.

Pour justifier la non intervention, il trouva l'ingénieuse explication suivante: les fibres de la cornée se régénèrent tout naturellement, il ne s'agit que d'écarter ce qui pourrait troubler le travail de la nature en combattant d'ailleurs la cause de la maladie. Ces fibres entamées laissent suinter une liqueur lymphatique qui se durcit à l'air et forme en se desséchant une concrétion blanche et opâque, matière de la cicatrice qui succède à ces ulcères. Lorsqu'on emploie des collyres dessicatifs on raccornit les extrémités des fibres rongées et elles perdent pour toujours leur transparence. D'où la conclusion qu'il valait mieux traiter les ulcères à l'eau de rose, et les anciens en usaient largement en vertu de cet autre principe que si ça ne faisait pas de bien ça ne causait aucun mal.

Demours reconnaît que l'hypopion provient de deux sources: soit de la cornée, entre les lames, ou de la membranes séreuse, décrite par son père en 1770.

Lorsque l'hypopion est porté au dernier degré de violence, c'est l'empyème. Pour nous, c'est plus que l'ulcère à hypopion, c'est plus que l'hypopion simple, c'est l'indice d'une choréïdite purulente, d'une panophtalmite. Il attribue la cause de l'épanchement de pus dans la chambre antérieure à une violente ophtalmie, une blessure, un coup, un vice spécifique comme la scrofule, la syphilis, à tout ce qui dérange la circulation dans les vaisseaux déliés du globe oculaire. La cause la plus ordinaire lui a paru être l'extension d'une phlegmasie des membranes extrêmes de la cornée probablement, aux membranes internes du globe oculaire.

Mais il voit bien moins souvent l'hypopion causé par la violence de l'ophtalmie que par les fautes de régime, par l'application de topiques contraires, comme cataplasmes, pommades et lotions chaudes avec des collyres actifs, par des infusions

trop fortes et surtout par l'emploi des vomitifs pendant l'état de l'ophtalmie très grave. L'effet des soulèvements de l'estomac n'est jamais douteux d'après lui lorsqu'il y a déjà un commencement d'épanchement. On le voit augmenter pendant que le malade vomit comme on le voit diminuer pendant que le sang coule par une saignée faite aux pieds. Des cataplasmes émollients non seulement donnent fréquemment lieu à la formation de l'hypopion et l'augmente s'il existe déjà, mais préparent la rupture de la cornée en diminuant son ressort. On voit là, noyée dans un déluge de suppositions futiles, l'origine réelle de l'hypopion. Il est bien vrai que le pus provient soit de la cornée lorsqu'elle est ulcérée, soit des membranes profondes de l'œil, mais la cause réelle a complètement échappé à Demours et à ses devanciers: l'agent infectant, l'agent vivant qui après avoir élu domicile dans la cornée s'en fait un milieu de culture. On comprend que les cataplasmes aient démontré leur mauvais effet dans ces cas, on comprend moins bien l'action attribuée aux vomitifs et à la saignée aux pieds.

Peu partisan de l'intervention dans l'ulcère cornéen en général, Demours ne l'est pas davantage dans le traitement de l'hypopion.

L'ouverture de la cornée lui répugne, il prétend qu'on peut s'en dispenser dans un grand nombre de cas, excepté toutefois si l'on veut éviter la perte de l'œil et produire l'atrophie. Il ne peut préciser exactement quand il faut ouvrir la cornée et il prétend que l'expérience seule peut l'enseigner. Toutefois, avant de pratiquer l'opération, il constate le degré de vitalité de la cornée: si elle est ramollie, le globe de l'œil suppure. Il n'opère jamais chez les enfants, il incise la cornée des adultes quand la formation de la matière a lieu d'abord et qu'il se déclare ensuite des douleurs par irradiations qui semblent partir du globe et s'étendre de ce point aux bords de l'orbite, au sommet de la tête et à d'autres parties: quand, en un mot, on peut supposer que la présence du pus formant corps étranger est la cause d'accidents symptomatiques, lesquels, à leur tour, peuvent entretenir et augmenter l'épar-

chement. Il s'abstient quand l'épanchement paraît diminuer la crise des céphalalgies et des douleurs qui se font sentir et il dirige ses efforts contre la cause.

Comme on le voit, des indications opératoires ne peuvent pas être moins précises et plus ambiguës. Il n'est pas étonnant que Demours ait peu opéré dans ces cas, d'autant plus que l'ouverture devait occuper les $\frac{2}{3}$ de l'incision pratiquée pour l'opération de la cataracte, et au même endroit, en ne tenant aucun compte de l'emplacement de l'ulcère.

Pour combattre la phlegmasie qui produit l'hypopion, Demours conseillait la saignée aux pieds, à la jugulaire; des sangsues à la paupière inférieure, à la tempe, en arrière des oreilles.

Chez la marquise de B. . . , observation 216, p. 367, vol. 2, le traitement est plus héroïque, il prescrit 12 sangsues à la marge de l'anus et constate que la cornée est mieux le lendemain. Il fait aussi usage de vésicatoires à la nuque ou entre les épaules, de laxatifs, de lavements purgatifs. C'est la pommade au garon sur la nuque, la pulpe de casse et un peu de manne comme laxatif, il fait étuver l'œil un petit nombre de fois avec une décoction de laitue, mais il conseille de ne jamais se servir d'une cuillère pour le baigner, de faire tous les sacrifices nécessaires afin de procurer au patient de bonnes nuits; il conseille aussi des promenades en voiture et à pied, lorsque le soleil est prêt de se coucher, il prescrit un choix scrupuleux d'aliments, conseille d'éviter le chaud et le froid, les conversations bruyantes près du malade, ce dernier doit très peu parler, éviter tout sujet de trouble, exposer son œil à l'air, et le baigner souvent avec de l'eau commune.

En résumé, la guérison de l'ulcère à hypopion était à peu près complètement laissée aux seules forces de la nature, l'opération qui aurait pu produire d'heureux résultats était pratiquée à la dernière extrémité, en dehors du champ ulcéré et sur une grande étendue.

Il en résultait tout naturellement que la cornée n'offrait plus de vitalité, que les parties saines étaient largement ouvertes à l'infection et en définitive au lieu d'aider à la guérison elle fa-

vorisait la terminaison fatale, la perte de l'œil par panophtalmite, ce qui nous explique pourquoi l'auteur y recourait le moins souvent possible et toujours avec une certaine appréhension.

Ce qui étonne le plus en lisant les anciens, c'est de constater que la relation si intime qui existe entre la dacryocystite et l'ulcère à hypopion leur a complètement échappé : qu'ils n'aient pas observé cette forme particulière de l'ulcère des moissonneurs causé par des parcelles végétales qui se décomposent dans la cornée ; qu'ils n'aient pas été frappés de la forme particulière que revêt cet ulcère infectant. L'état diathésique était tout chez les pionniers de l'ophtalmologie. Sichel et Desmanes pères étaient encore imbus de ces idées au commencement du siècle dernier. Et, comme généralement on tombe fatalement d'un extrême à l'autre, l'ophtalmologie du milieu du siècle dernier a peut-être eu des tendances trop spéciales.

Il en est résulté dans les traitements un peu de négligence pour ce qui concerne l'état diathésique. La réaction s'est opérée depuis, dans le bon sens, l'ophtalmologie s'est éclairée des découvertes faites dans le domaine général et il en résulte qu'elle ne voit pas partout les manifestations d'un vice dartreux, lymphatique, rhumatoïde et autre ; qu'elle ne voit pas non plus seulement des maladies locales justifiables de traitements locaux, mais qu'elle fait la part qui revient à chaque cas particulier. Les affections cornéennes sont quelquefois d'origine diathésique : je n'en veux d'autres preuves que la kératite parenchymateuse, généralement due à la syphilis héréditaire. Mais il y a aussi des maladies cornéennes purement locales causées par une inoculation directe de matières septiques, et l'ulcère serpigineux de la cornée en est une preuve évidente.

Considéré de nos jours, l'ulcère à hypopion est le résultat d'une infection cornéenne, c'est un type à part, offrant des caractères particuliers, ayant une marche envahissante et un pronostic très grave. Dès 1870, Soemisch en a tracé l'image clinique qui se résume à la description suivante : ulcération à marche essentiellement progressive, rapidité d'évolution, aboutissant inévitablement à la perforation, propagation constante

dans une direction déterminée et désignée d'avance par une infiltration boursoufflée et blanchâtre.

L'hypopion en résulte trois fois sur quatre. Début insidieux, généralement au centre de la cornée, ulcère de forme variable, grisâtre, entouré en dedans et en dehors d'un croissant blanchâtre composé de plusieurs petits points. L'ulcère n'est pas profond, les bords sont boursoufflés et l'infiltration progresse ainsi que l'ulcère en dehors des lois de la pesanteur. Le liquide de la chambre antérieure se trouble, le pus apparaît à la partie la plus déclive, la marche de l'affection peut être assez rapide pour ronger la cornée en quatre ou cinq jours.

Le pus remplit la chambre antérieure, la cornée devient, en apparence, complètement infiltrée, la perforation a lieu, produisant avec elle une sortie des masses purulentes fibrineuses de la chambre antérieure quelquefois une hernie de l'iris et une cataracte traumatique. Dans les cas les plus heureux ou la perforation est petite et n'est pas suivie de hernie de l'iris la cornée s'éclaircit, on constate que la lésion cornéenne est moins étendue qu'elle paraissait l'être et la guérison s'effectue lentement. Malheureusement, l'action curative de la perforation accidentelle ne s'exerce pas toujours d'une façon constante, il suffit que des masses fibrineuses viennent obstruer la perforation et la marche de l'ulcère peut reprendre son cours. Cette progression, entraîne une plus grande perte de la substance cornéenne et facilite soit le staphylome cornéen, la hernie de l'iris ou la panophtalmite.

Les causes de cet ulcère sont, avons-nous dit, de nature infectante. En 1882 le docteur Angelo Verdesi, de Gènes, émit l'opinion que l'ulcère serpiginieux est du à l'action infectante de micro-organismes, sans pouvoir le démontrer par des expériences de laboratoires qui étaient encore à l'enfance à cette époque. Aujourd'hui il n'y a plus de doute, la bactériologie a entièrement confirmée les prévisions du distingué spécialiste génois et j'ajouterai même qu'on devrait donner rendez-vous à tous les sceptiques de l'infection, s'il en existe encore, sur le terrain cornéen pour leur démontrer pratiquement les traits de ressemblance qui existent entre la culture microbienne sur

agar, dans les tubes et celles qu'on obtient sur la cornée dans les cas d'infection directe. Dans un cas comme dans l'autre on assiste à des troubles dont on peut tracer la marche à l'avance, la progression du trouble est tellement régulière qu'on la croirait sous le commandement d'un chef qui dirige mathématiquement l'assaut et l'invasion de la place.

L'infection peut se produire de deux manières distinctes: du dehors, c'est ce qui a lieu le plus souvent; et de l'intérieur.

L'infection externe a lieu par des corps étrangers portant avec eux le germe de l'infection; où ils sont aseptiques, et ouvrent la porte à une infection qui existe au voisinage de l'œil, c'est le cas le plus fréquent.

Dans le premier cas, je pourrais citer les traumatismes par morceaux de pierre, par de la chaux, ou encore par des produits végétaux qui se décomposent sur place, tel que les barbes de blé, les balles d'avoine, les brins de foin, etc. Ce sont les ulcères des moissonneurs.

Dans le second cas, les corps étrangers ne sont pas septiques par eux-mêmes, ni susceptible de le devenir sur place, mais ils ouvrent la porte à l'infection de voisinage. C'est ce qui a lieu le plus souvent lorsqu'il existe une dacryocystite. On comprend facilement ce qui a lieu: l'épithélium est érodé, le pus de la dacryocystite, en réserve dans le sac lacrymal et baignant continuellement la cornée, pénètre dans la brèche faite à l'épithélium et il se produit une véritable vaccination. Ce sont généralement ces cas qui se présentent: à un tel point qu'en présence d'un cas d'ulcère infectant il faut immédiatement inspecter l'état du conduit lacrymal.

Enfin l'infection provient de l'économie même comme au cours de la variole, de la fièvre typhoïde, de la fièvre puerpérale, de la scarlatine ou de la diphtérie. C'est une endo-infection de nature généralement d'autant plus grave qu'il est plus difficile de remédier promptement à la cause qui la détermine.

Apprécié à ce point de vue l'ulcère serpigineux de la cornée devient une entité morbide bien distincte mais offrant encore des caractères particuliers suivant le mode d'infection et surtout suivant la variété microbienne à laquelle nous avons affaire.

Classifier ces diverses infections, en tirer des déductions pratiques, quant au diagnostic et au traitement voilà la direction dans laquelle s'oriente l'étude des kératites depuis trois ou quatre ans. Il est évident que nous voilà bien loin des idées qui avaient cours du temps de Demours et de ses devanciers.

Ces études tendent à substituer aux divisions des kératites à multiplicité de types différents, ou aux simplifications exagérées une division basée sur la notion étiologique et l'observation clinique.

Dans la véritable acception du mot, l'examen clinique doit comprendre en plus de l'examen anatomique de la lésion l'étude de l'évolution de la contagion et de l'étiologie du processus pathologique.

D'après Petit (1) le bacille de Morax, de Week, de Nesler, de Loeffler, le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque auraient quelque chose à faire avec les différentes ulcérations cornéennes. De toutes ces variétés c'est le pneumocoque qui est en cause le plus souvent dans l'ulcère serpiginieux avec dacryocystite, et a son siège de prédilection dans le bord boursofflé de l'ulcère, et c'est là surtout qu'il faut l'attaquer.

Dans l'état actuel de nos connaissances bactériologiques il n'a pas encore été établi de délimitation bien précises entre les diverses variétés d'ulcères infectant quant à leur marche, à leur pronostic, à leur traitement, c'est un champ d'études à explorer et il s'écoulera peut-être encore beaucoup de temps avant que nous soyions parfaitement fixés à ce sujet, mais c'est là une voie toute rationnelle et nous avons lieu d'en attendre de bons résultats.

Il existe donc à cent ans d'intervalles, comme on pouvait le prévoir à la suite des découvertes de Pasteur, une ligne de démarcation bien tranchée entre l'ophtalmie du 19e et du 20e siècle. A une classification embryonnaire des kératites s'est substituée graduellement une nouvelle classification basée sur les données anatomiques et bactériologiques.

(1) Thèse de Paris, 1900.

L'ulcère à hypopion n'est plus une entité morbide confuse confondue avec les autres ulcérations de la cornée, c'est un type à part, ayant sa marche, son évolution et ses caractères spéciaux, c'est l'ulcère avec altération des voies lacrymales avec dacryocystite ou avec rhinite atrophique, c'est l'ulcère à pneumocoque. Partant, le traitement n'est plus celui de la constitution, il ne dérive pas de l'exercice, des saignées à la tempe, à l'anus et au pied, mais il repose sur une désinfection de l'œil malade, sur le débridement des voies lacrymales malades, sur les soins antiseptiques des fosses nasales et sur une intervention chirurgicale qui agit elle-même de façon à débarrasser le plus tôt possible la membrane affectée des microorganismes qui y ont élu leur domicile et qui y trouvent un milieu de culture.

Ces traitements sont rationnels et répondent à notre attente. L'ulcère à hypopion est une des affections les plus graves de la cornée en ce sens qu'il évolue rapidement dans le centre le plus important de la cornée, qu'il laisse à sa suite des taches indélébiles qui nuisent à la vision ou ce qui est pire qui se terminent par la panophtalmite, la fonte purulente du globe de l'œil. Sera-t-il toujours nécessaire de recourir à l'examen bactériologique:

Non, car pour cette forme particulière, le diagnostic s'impose, mais le jour n'est pas éloigné où l'on utilisera l'examen bactériologique pour être renseigné sur le diagnostic et le traitement de tous les ulcères cornéens.

J'ai parlé du traitement antiseptique de l'œil malade. Peut-être n'est-il pas hors de propos de fixer ce mode de désinfection. Il comprend les lavages répétés de l'œil avec une solution de bichlorure de mercure au $\frac{1}{5000}$, les injections sous-conjonctivales de sublimé au $\frac{1}{5000}$, le bleu de méthylène en instillation, la pommade iodoformée et même l'iodoforme en poudre introduite entre les paupières, la cautérisation ignée des bords de l'ulcère; on a aussi employé la teinture d'iode dans l'ulcère, l'acide phénique, en solution concentrée, le chlorure de zinc. Quant à l'opération chirurgicale elle consiste à ouvrir la cornée au niveau de l'ulcère.

Cette opération mise en vogue par Soemish, a marqué un progrès réel dans le traitement de l'ulcère à hypopion. Elle consiste à ouvrir la cornée au niveau de l'ulcère, à l'aide d'un couteau. Soemish la pratiquait dans le grand diamètre de l'ulcère, de façon à séparer l'infiltration en deux portions égales. Ce procédé a pour effet d'évacuer les masses purulentes accumulées dans la chambre antérieure et nous lui devons de nombreux succès. Mais, à côté d'avantages indéniables, cette opération a pour effet d'ouvrir largement les portes de la cornée à de nouvelles poussées d'infection.

Nous lui avons substitué, depuis quelques années, l'ouverture de l'ulcère, dans sa partie la plus profonde, à l'aide d'une fine pointe de galvano-cautère. C'est encore l'opération de Soemish, au moins quant à son principe, mais l'ouverture est plus limitée: c'est aussi la cautérisation ignée de Martinache et de Gayet, de Lyon, mais une cautérisation centrale limitée et perforante, n'ouvrant pas aussi grande les portes de l'infection, mais permettant tout de même d'établir un drainage de la chambre antérieure, ce qui constitue pour moi la clef du succès à obtenir.

Ce n'est pas un simple caprice qui m'a conduit à procéder ainsi c'est l'insuccès fréquent du procédé de Soemish et des cautérisations ignées superficielles et aussi des traitements antiseptiques ci-haut mentionnés. J'ai été frappé du peu de certitude que donnent ces divers traitements, de la marche quelquefois foudroyante de la maladie et des désordres irrémédiables qui suivent une exposition trop prolongée: c'est-à-dire une confiance trop aveugle aux seules ressources d'un traitement antiseptique local qui n'imprègne pas suffisamment tout le champ infecté et surtout qui n'atteint pas le liquide de la chambre antérieure.

Je n'hésite pas à dire qu'en présence d'un ulcère infectant qui progresse pendant deux jours en dépit d'un traitement antiseptique, il n'y a pas à hésiter, il faut perforer la cornée immédiatement avec le galvano cautère avant même que l'hypopion se soit produit. On assiste alors à une véritable résurrection de la cornée, à un arrêt immédiat de la maladie et on

prévient un ulcère trop étendu qui laisserait des taches indélébiles, définitives et nuisibles à la vision. C'est l'opération de choix sur laquelle on peut compter pour se rendre maître de la maladie.

Depuis que j'ai recours à ce procédé je n'ai plus cette terreur que m'inspirait autrefois l'arrivée d'un cas d'ulcère infectant.

Comment agit cette opération? Je lui attribue deux effets: 1° elle cautérise certainement le champ infecté, dans une certaine étendue; 2° surtout elle livre l'ulcère aux lavages continuels par le liquide de la chambre antérieure. La chambre antérieure cesse d'être un anthre de microbes, peut-être même que l'humeur aqueuse offre une action bactéricide analogue au liquide nasal, buccal et autre.

De plus, l'ouverture ronde, faite au galvano-cautère, reste béante et il est indispensable qu'il en soit ainsi. Si elle se referme trop vite ou que les bouchons fibrineux de l'hypopion viennent en obstruer la lumière, ce qui arrive le plus souvent, il suffit d'enlever l'obstruction avec une pince à iridectomie.

Il n'y a pas à se préoccuper du pus qui reste dans la chambre antérieure. Le renouvellement constant du liquide aqueux en détermine rapidement la disparition.

Je termine en exprimant l'espoir que mes confrères voudront bien donner au procédé que je préconise dans les cas où il est indiqué, un essai loyal, et je crois pouvoir leur assurer qu'ils n'assisteront à aucun désastre dans le traitement de cette affection si grave qu'est l'ulcère à hypopion.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

TROUBLES ET MALADIES DE LA NUTRITION (1)

PATHOGENIE ET THÉRAPEUTIQUE PHYSIOLOGIQUE

Par C.-A. DAIGLE

Démonstrateur de Bactériologie et d'Anatomie Pathologique à l'Université Laval de Montréal,
Pathologiste à la Maternité et à la Croche de la Miséricorde,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

HISTORIQUE ET DÉFINITIONS.

Par suite de données insuffisantes, la Pathologie a dû vivre à ses débuts d'explications plus ou moins ingénieuses touchant la nature et les causes des maladies. On s'est appliqué dans ces derniers temps à pénétrer ce mystère, et de nombreux travaux exécutés dans ce sens ont été couronnés de succès.

“La Pathogénie, dit Charrin, est l'autre des temps nouveaux: le travail des siècles a constitué la symptomatologie; plus récemment, on a groupé les connaissances relatives aux lésions et créé l'Anatomie pathologique, mais les influences et les causes qui ont engendré ces lésions, la Pathogénie! c'est l'œuvre de notre temps: elle nous a fait connaître les modalités toxiques, infectieuses, nutritives et autres processus inconnus de nos devanciers”. (Leçons de Pathogénie appliquée, Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.)

La Pathologie générale, appuyée sur la Biologie et sur la Pathologie expérimentale, nous a éclairés sur une foule de questions dont la solution paraissait au premier abord impossible à obtenir.

Les travaux de laboratoire, venant s'ajouter aux procédés de la clinique, pour l'éclairer et la guider, lui ont permis de réaliser de nombreux et importants progrès.

“A la lumière de l'Anatomie Pathologique et de l'Histochimie, dit Chantemesse, les rapports de cause à effet se dégagent d'une manière de plus en plus précise entre les altérations cellulaires physico-chimiques et les troubles fonctionnels: telle est la source de l'ardeur des pathologistes à chercher dans les éléments cellulaires les modifications qui correspondent aux manifestations morbides.” (Processus généraux, vol. I, 1901.)

(1) Communication faite au premier Congrès de l'Association des Médecins de langue française de Amérique du Nord, tenu à Québec, les 24, 26 et 27 juin 1902.

Nous devons ces progrès à une armée de travailleurs répartie dans le monde entier ; nous en devons une bonne part, si non la plus grande part, à une Ecole qui nous touche de plus près que les autres, je veux parler de l'Ecole française.

Un grand nombre se sont distingués dans cette œuvre scientifique et humanitaire. A Pasteur et à la pléiade de savants dont il s'est entouré, nous devons le chapitre le plus intéressant peut-être de la Médecine moderne, celui consacré à l'étude des maladies microbiennes. Nous devons à d'autres, qu'il y a lieu de mentionner également parmi les lumières de cette époque, des travaux du plus haut intérêt, et dont l'importance ne le cède en rien aux premiers : citons les remarquables travaux du professeur Bouchard et de ses élèves sur les troubles et maladies de la nutrition.

Avant de rédiger un mémoire sur cette classe importante de maladies, j'ai cru devoir puiser largement à la source des dernières publications, et revoir en même temps les ouvrages parus il y a quelques années, afin de mieux établir les différences et les points de comparaison.

Les vieux auteurs ont, comme ceux d'aujourd'hui, des chapitres consacrés aux maladies de la nutrition, mais ils ne sont point semblablement ordonnés, et les états morbides mentionnés n'y sont pas les mêmes.

Il suffira de citer le chapitre des diathèses. Grasset définissait autrefois la *diathèse* : " une maladie générale, une maladie " chronique dont les manifestations étaient multiples et variées." Pour lui, la diathèse n'était pas une simple prédisposition morbide ; c'était une maladie. Ainsi, il appelait maladies diathésiques : la syphilis, la goutte, la scrofule, la tuberculose, l'herpétisme, le cancer, le rhumatisme, l'impaludisme, l'alcoolisme ; l'alcoolisme une diathèse ! C'en est une pour le moins autant que la tuberculose et l'impaludisme ! Mais il était tout de même en progrès sur Beaumès, qui, lui, admettait jusqu'à vingt-deux diathèses.

Je rappelle ces opinions, non pour en médire, elles ont eu et elles ont encore une valeur ; les conceptions nouvelles, dit Charrin, n'apportent aucune négation aux conceptions an-

ciennes. Les vieilles notions restent dans les données d'aujourd'hui. Ce sont les explications qui sont nouvelles. La tradition n'est que l'observation poursuivie, transmise de génération en génération, et le clinicien doit s'inspirer de la tradition, de même qu'il doit allier les techniques nouvelles aux ressources qu'il possédait déjà. La marche du progrès est, par le fait de cet accord, mieux assurée.

Donc, pour M. Bouchard, comme pour Grasset et Beaumès, la *diathèse* existe; mais elle ne constitue pas une maladie. Il la définit: "Un trouble permanent des mutations nutritives " qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes " comme formes symptomatiques, comme siège anatomique et " comme processus pathologique." Il n'admet en définitive que deux diathèses: l'arthritisme et la scrofule; ce qui réduit singulièrement le tableau et simplifie beaucoup la question.

La *diathèse arthritique* ou bradytrophique, néologisme proposé par M. Landouzy et qui signifie lenteur des mutations nutritives, comprend: les lithiases biliaires et urinaires, l'obésité, le diabète, la goutte, le rhumatisme chronique.

La *diathèse scrofuleuse*, débarrassée d'une foule d'accidents comme l'adénite, les abcès froids, les tumeurs blanches, le lupus, que l'on rattache aujourd'hui à la tuberculose, les déformations osseuses et autres manifestations que l'on rattache à la syphilis, reste *un simple terrain dont la nutrition est déviée* et sur lequel peuvent évoluer des maladies vulgaires, aiguës ou chroniques.

Mais la question des diathèses n'est que l'introduction à l'étude des troubles de la nutrition. Pour étudier convenablement ces derniers dans leur mécanisme intime, et surtout pour leur instituer une thérapeutique rationnelle, il est nécessaire de retracer l'origine de ces troubles et d'en établir si possible l'ordre de production, la pathogénie: faire la pathogénie, comme on l'a dit avec justesse, c'est éclairer la clinique et préparer la thérapeutique.

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE CELLULAIRES.

Quelqu'un a comparé l'organisme à une fédération cellulaire représentant une fédération sociale, une colonie parfaite composée de millions et de millions d'éléments, isolés et autonomes jusqu'à un certain point.

“ Le moyen âge, dit Duclaux, groupait les citoyens en corporations. Ainsi les éléments cellulaires, ayant les mêmes fonctions, se rassemblent en tissus élémentaires, en communautés. Ces communautés forment les organes, systèmes déjà complexes, où la multitude des efforts qui s'y combinent se traduit, comme la vie dans les grandes agglomérations, par un mouvement d'entrée et de sortie. Entre les organes s'établit par suite un jeu d'échanges continus, chacun d'eux demandant à un autre ce qui lui est nécessaire et lui créant ce dont il a besoin. Une agence de transport, le sang, favorise ces échanges. Les relations entre les districts éloignés, la transmission des demandes et des réponses se font par un réseau compliqué embrassant le corps entier et dont les diverses stations communiquant entre elles sont en relation permanente, et pour ainsi dire automatique, avec la station centrale des hémisphères cérébraux. De cet ensemble harmonique d'efforts résulte un effet extérieur plus ou moins puissant au point de vue physique. Certaines de ces communautés laborieuses, comme les villes du moyen âge, ont pour unique ambition de vivre, de résister aux causes de destruction qui les menacent sans trêve; d'autres se découragent et abandonnent la partie; d'autres plus rares, accroissent leur influence, deviennent Rome ou Athènes”. A ce tableau il ne manque, dit Chantemesse, que d'ajouter un trait, celui qui vise la défense de la cité, confiée — on pourrait dire par Metchnikoff — à une garde d'honneur, les phagocytes.

La cellule est donc en définitive l'élément actif du corps, et c'est elle exclusivement que l'on doit envisager au point de vue de l'activité nutritive, comme l'a affirmé Bouchard. Elle est en réalité le substratum de la plupart des états pathologiques et la santé résulte de son bon ou de son mauvais fonctionnement; les microbes eux-mêmes ne réussissent à troubler

l'organisme qu'en troublant le jeu des éléments anatomiques, dans leur structure, dans leur sécrétion, dans leur histologie, dans leur chimie. C'est le triomphe de la pathologie cellulaire fondée par Virchow, il y a moins d'un demi-siècle.

Ces données étant admises, il convient d'ajouter quelques mots sur le *mécanisme de la vie cellulaire* avant d'aborder l'étude des troubles et maladies de la nutrition entièrement sous la dépendance de ce même mécanisme.

HISTOLYSE.

La vie cellulaire se manifeste, en dernière analyse, par une *série de phénomènes physico-chimiques* qui apparaissent dans des conditions définies de température, d'électricité, d'humidité, de milieu acide, neutre ou alcalin, d'excès ou d'absence d'oxygène. Nous pouvons, dit Armand Gauthier, réduire les phénomènes élémentaires de la vie à une série d'oxydations, de réductions, d'hydratations, de dédoublements ou de synthèses que déterminent ou dirigent dans les tissus complexes de l'être vivant, les conditions du milieu intérieur et extérieur.

Les cellules n'agissent pas directement, par elles-mêmes, sur le milieu qui les entoure et dans lequel elles puisent les éléments nécessaires à leur fonctionnement. Elles agissent par l'entremise de certains ferments, *cytases ou diastases*, qu'elles sécrètent et que l'on a considéré, dans ces derniers temps, comme les véritables agents de la nutrition cellulaire. L'étude de la nutrition chez les cellules microbiennes a donné à ces ferments une telle importance, dit Duclaux, dans son *Traité de Microbiologie*, qu'ils ont presque détrôné la cellule elle-même. Ces ferments sont tous hydratants ou déshydratants. Les premiers, comme les ferments digestifs, rendent les substances dialysables et leur permettent de traverser facilement les membranes animales; les seconds ont pour mission de fixer, dans les tissus, les substances telles que l'albumine, en les déshydratant. Cette action n'est pas toujours accompagnée d'oxydation, comme on l'a cru un temps: celle-ci a lieu surtout pour les matières qui tendent vers l'état excrémental.

Parmi les *matériaux organiques* qui entrent dans la composition des corps vivants et font l'objet de l'histolyse, nous avons à considérer les matières albuminoïdes, les hydrates de carbone, les matières grasses et les sels minéraux.

Les hydrates de carbone, après un stage au foie, traversent l'organisme où ils sont une source d'énergie, mais ils ne servent pas à la réparation des tissus. Les produits ultimes de leur destruction sont l'eau, jetée dans le torrent circulatoire, et l'acide carbonique qui s'élimine par les poumons.

Les matières grasses, qui sont avant tout une source de chaleur et d'énergie, subissent le même sort que les hydrocarbures et se résolvent en eau et en acide carbonique, après un stage plus ou moins prolongé dans les tissus. Ces deux substances ne contenant que du carbone, de l'oxygène et de l'hydrogène, se réduisent aisément sans donner lieu à la formation de beaucoup de produits intermédiaires; leur destruction dans l'organisme peut être considérée comme absolue et complète.

Il n'en est pas ainsi des *matières albuminoïdes*, dont les molécules, beaucoup plus complexes, contiennent de l'azote en plus de l'oxygène, de l'hydrogène et du carbone. L'albumine, considérée comme la substance constitutive de l'organisme, forme la partie essentielle du protoplasma cellulaire, foyer de tous les processus de la vie normale ou pathologique. Sa destruction donne lieu à la formation de l'urée, comme terme ultime, et à la production de nombreux composés intermédiaires, ce qu'il est très important de noter. Tout mouvement de la nutrition se faisant, à un degré quelconque, par l'intermédiaire des matières protéiques, il est facile de comprendre que la désassimilation de ces matières intéresse au plus haut degré l'ensemble des phénomènes de la nutrition, et on a affirmé, avec raison, que la connaissance de la constitution des matières albuminoïdes et de leurs produits de dédoublement, dans des conditions déterminées, doit être considérée comme le point fondamental de la question.

La nutrition sera donc plus ou moins active, suivant que la quantité totale d'albumine élaborée pendant l'unité de temps sera plus ou moins grande. L'activité histolytique, régie par

des causes que nous étudierons plus loin, amènera une destruction plus ou moins abondante et plus ou moins parfaite de cette substance. Si les transformations terminales se font lentement ou insuffisamment, l'individu pourra souffrir de la présence en excès dans le sang des produits intermédiaires de la désassimilation.

La grande voie d'élimination des déchets azotés de l'organisme étant l'urine, il suit que le dosage de l'azote urinaire permettra de mesurer d'une façon approximative la quantité d'albumine détruite.

Les sucres et la graisse amenant, par suite de leur oxydation, une absorption plus ou moins grande d'oxygène et une élimination plus ou moins grande d'acide carbonique, c'est aux échanges respiratoires qu'il faudra s'adresser, pour obtenir une approximative de leur combustion et de leur utilisation.

M. Legendre a prétendu que le corps se renouvelait en 7 ans : la vérité, c'est que le corps, ou au moins sa partie fondamentale, l'albumine, se renouvelle en 71 jours quand on a 14 ans, et en 145 jours quand on a atteint l'âge de 70 ans. L'intensité, la rapidité de la destruction dépendent de l'action hystolytique et varient suivant que la nutrition est plus ou moins active et s'exécute dans des conditions plus ou moins normales.

LE CYCLE DES MUTATIONS CELLULAIRES.

Il s'opère donc un mouvement moléculaire constant au sein de la matière organisée vivante. Tout en restant identique à elle-même, chaque particule protoplasmique élémentaire est l'objet de substitutions nombreuses et incessantes. Elle puise dans le milieu ambiant les matériaux nécessaires à sa fonction propre, les modifie par une sorte de digestion intra-cellulaire et les incorpore à sa propre substance, en même temps qu'elle expulse au dehors la matière usée et transformée qui a servi à l'accomplissement des actes physiologiques qui lui sont dévolus.

Ce double mouvement d'introduction et d'expulsion de molécules, après qu'elles ont subi certaines transformations, c'est

la *mutation nutritive*, c'est la *Nutrition*. " C'est, dit Bouchard, la vie avec son double mouvement d'assimilation et de désassimilation, de création et de destruction."

Considéré de près, ce double phénomène vital peut se diviser en quatre actes principaux.

Chacun de ces actes successifs pouvant être troublé par excès ou par défaut, par augmentation, par diminution ou perversion de fonctions, il convient de les examiner séparément et de voir quelles sont les causes qui peuvent les influencer primitivement et secondairement.

1 *L'apport des substances nutritives à la cellule ou translation de pénétration.*

La matière circulante, dissoute ou tenue en suspension dans les milieux liquides qui la mettent en contact avec les éléments figurés, subit d'incessantes transformations. Par la respiration, elle accumule la chaleur qu'elle distribue ensuite dans toutes les parties de l'organisme et aux muscles en particulier, lesquels la transforment en mouvement. Par l'entremise de la circulation, elle distribue aux différents organes les aliments rendus assimilables par les métamorphoses nombreuses qu'ils ont subies dans le tube digestif et ses annexes.

L'apport alimentaire, considéré au point de vue de la quantité et de la qualité, doit, par conséquent, influencer le premier acte de la nutrition.

Les principes azotés, à cause de leur importance primordiale, ne peuvent être longtemps refusés à l'organisme.

La privation des hydrocarbures lui est moins rapidement préjudiciable.

La diète des substances minérales exerce une influence fâcheuse, par suite du rôle multiple qu'elles ont à exercer dans l'organisme. Quelques-unes de ces substances se fixent dans les tissus; d'autres ont pour fin d'activer les phénomènes de la nutrition en favorisant les échanges osmotiques, par leur action solubilisante et leur pouvoir de diffusion. La déminéralisation de l'organisme ne peut donc s'effectuer sans de graves inconvénients.

L'eau est peut-être le facteur le plus indispensable à la vie et la privation de cet agent est un obstacle insurmontable à l'exécution des actes de la nutrition. Les troubles de la circulation, en produisant une stagnation dans le circulus intercellulaire, empêchent les sucres nutritifs d'arriver au contact des cellules; l'osmose et la diffusion se trouvent par ce fait entravées ou suspendues. . .

2° *L'assimilation* à la cellule des matériaux nutritifs apportés ou la transmutation vivifiante.

Disons d'abord que l'assimilation peut être modifiée par les mêmes causes qui influent sur le premier acte de la nutrition. Le système nerveux exerce une influence considérable sur l'assimilation par l'intermédiaire des grands appareils qu'il régit, v. g., appareil respiratoire et appareil circulatoire: absorption et transport d'oxygène en plus ou moins grande quantité aux éléments cellulaires; il exerce, en outre, une action trophique directe sur les tissus, par inhibition, arrêt ou par suractivité des métamorphoses et des échanges.

La lumière et la chaleur exercent encore une action considérable sur les mutations nutritives. Le grand air, une atmosphère limpide, les radiations solaires accélèrent l'activité des échanges; une atmosphère humide, l'absence de lumière, les ralentissent. La chaleur des tropiques exerce une action déprimante; les excitations périphériques produites par les variations brusques de nos climats tempérés l'activent au contraire.

3° *La désassimilation* ou transmutation rétrograde comprend la série des métamorphoses que subissent les matières usées par la vie cellulaire avant d'être expulsées au dehors.

Mentionnons ici encore les influences indiquées précédemment: l'action du système nerveux, l'action de la lumière, de la chaleur, de l'électricité.

On doit considérer, dit Legendre, qu'il existe dans les éléments anatomiques vivants des *forces de tension*, qui, en maintenant dans un équilibre perpétuellement instable des états chimiques et électriques contraires, en créant des résistances et des attractions, assurent les mouvements de translation de la

matière, facilitent les associations et les dissociations de molécules. Ces forces de tension sont sans cesse produites à l'intérieur de l'organisme par des actes physiques comme l'imbibition, l'évaporation, la diffusion et par des actes chimiques comme les oxydations, les synthèses et les dédoublements.

Certains agents médicamenteux, tels que les iodures, exagèrent la désassimilation; d'autres, tels que l'antipyrine, la diminuent; le phosphore la pervertit, en s'emparant de l'oxygène qu'il soustrait à la cellule.

4° *La translation d'expulsion* ou la sortie des déchets cellulaires.

Les facteurs précédemment énumérés doivent être mentionnés ici également; le système nerveux pour une part considérable, en régularisant la circulation interstitielle par l'entremise des vaso-moteurs, et en activant les appareils d'élimination: le rein, la peau, l'exhalation pulmonaire.

L'abondance des liquides et l'activité des sécrétions, en donnant au plasma circumcellulaire un degré de fluidité suffisant, favorisent le courant exosmotique qui entraîne les déchets hors de la cellule dans les lacs et les réseaux lymphatiques, dans les capillaires veineux, d'où ils sont jetés dans la grande circulation.

(*A suivre*)

OBSTÉTRIQUE

DU VERATRUM VIRIDE DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE (1)

PAR E. - A. RENÉ DE COTRET

Professeur suppléant d'Obstétrique, Accoucheur de la Maternité.

Comme accoucheur d'une maternité depuis bientôt 13 ans, j'y ai rencontré un nombre considérable de cas d'éclampsie ; et, comme professeur d'Obstétrique, j'ai eu l'occasion maintes et maintes fois, d'être appelé par des confrères auprès d'autres cas de cette même terrible manifestation puerpérale. Hé bien ! aujourd'hui, si je résumais ma pratique, je dirais : ' J'ai essayé de tous les traitements, moins un, et c'est le traitement par la morphine. Celui-ci je ne l'ai pas encore employé parce que, généralement, les autres traitements m'ont réussi (2).

Le *chloral* et le *bromure de potassium*, tous deux à hautes doses, ne m'ont jamais donné aucun semblant de succès. Pendant l'accès de convulsion, ils sont d'aucun effet. Mais, comme prophylactiques, ils sont excellents. Je les prescris très souvent quand le régime lacté n'est pas suffisant, et qu'il existe des prodromes plus ou moins inquiétants, tels que : céphalalgie, vertige, bourdonnement d'oreilles ou surdité, trouble de la vue, gastralgie, vomissement ou albuminurie considérable qui ne cède pas au régime laoté. Je me suis très bien trouvé de ces deux médicaments administrés occasionnellement ou 3 fois par jour, suivant les circonstances. Je les donne encore quelquefois quand le *veratrum* a produit son effet et que les convulsions ont cessé.

Pendant l'attaque, je le répète, je n'y ai plus recours.

Le *chloroforme* ! je le donne quand je fais l'accouchement forcé ou hâté, ou quelquefois pendant la première demi-heure qui suit l'administration du *Veratrum Viride*, pour amoindrir la violence des accès et donner à ce dernier médicament le temps d'abaisser le pouls ; mais encore est-ce très rarement.

(1) Communication au premier Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Québec, les 25, 26 et 27 juin 1902

(2) La veille de la lecture de ce travail, j'ai eu l'occasion d'employer avec succès la morphine dans un cas.

Que dire de la *Pilocarpine*? On ne l'a jamais employée seule. On lui a toujours associé le chloral, la saignée, le chloroforme, etc. Je n'y crois pas; en tout cas, je ne m'en suis jamais servi. En plus, elle est dangereuse.

Il y a bien d'autres traitements qu'on a essayés et prônés et dont on dit du bien, tels que: inhalation d'oxygène, sérum artificiel, injection sous-mammaire d'iodure de potassium, friction avec gaïcol, etc., etc. Qu'il suffise de les mentionner.

La *Saignée*? J'en ai souvent fait l'éloge. Lisez l'*UNION MÉDICALE DU CANADA* de 1896 à 1898, et vous y verrez, presque à chaque numéro, des cas et des écrits qui ont prouvé ma confiance en ce mode de traitement. En juin 1898, j'écrivais: " J'ai souvent répété que j'étais très enthousiaste de la " Saignée dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, et que " par la saignée, on sauvait souvent les malades éclamptiques " quand toutes les autres méthodes de traitement avaient " échoué."

Dans ma thèse d'agrégation, j'ai rapporté un grand nombre d'observations d'éclampsie traitées par la saignée. Je citais 34 cas.

D'un autre côté, si j'ai beaucoup pratiqué autrefois la saignée, j'y ai très rarement recours aujourd'hui. Dans le même numéro de juin 1898 de l'"*Union Médicale*", j'écrivais encore: " S'il faut voir un miracle pour avoir la foi, je suis " aujourd'hui presque convaincu et je puis faire une profession " de foi. . . Dans ma thèse d'agrégation, j'ai tortement loué " la saignée, tandis que, d'un autre côté, je parlais très peu " d'un médicament qui est, depuis quelques années, hautement " prôné par les Américains. Je nommais le remède, j'en donnais les indications, les effets et je me contentais de dire: on " l'a vanté et l'on en dit encore du bien. Je croyais qu'il était " suffisant de le mentionner. Je laissais mes confrères libres " de l'employer. Pour moi, je n'y croyais pas, parce que les " Américains étaient à peu près les seuls en s'en servir et je " redoutais leurs louanges. Aujourd'hui, je l'ai essayé dans " un cas désespéré où tout avait échoué: j'en ai vu les effets " merveilleux et j'y crois. Ce remède tant vanté dans l'éclamp-

“sie puerpérale, c'est le *Veratrum Viride*. Avant d'y croire “aussi fermement que les Américains, je veux en faire une série d'observation que je communiquerai très fidèlement à mes lecteurs.”

Voilà, messieurs, ce que j'écrivais, en 1898, à la suite d'un succès éclatant dans le traitement de l'éclampsie par le *Veratrum Viride*. Aujourd'hui, après une longue expérience, je puis renouveler ma profession de foi et dire: “Pour moi, le *Veratrum Viride* est le spécifique de l'éclampsie.”

Je l'ai employé dans un grand nombre de cas et toujours il m'a donné les mêmes succès, sans se démentir une seule fois. (1) J'ai rapporté, depuis 1898, plusieurs observations, oui, de très nombreuses observations. J'aurais pu en rapporter beaucoup qui sont restées inédites dans mes cartons. Je les publierai, peut être, toutes un jour. Je me contenterai aujourd'hui de citer trois faits, parce que, dans l'un d'eux, j'ai observé les effets du veratrum sur le cœur du fœtus in utero: dans le deuxième, celui d'une malade morte plus d'un mois après l'accouchement et l'éclampsie, j'ai eu l'occasion de constater à l'autopsie les lésions du foie et du rein; et, dans le troisième, celui d'une femme qui, atteinte de scarlatine le lendemain de l'accouchement, eut une attaque de convulsion un mois après. Ce qui me ferait croire que le veratrum aurait un très bon effet, dans les convulsions indépendantes de l'état puerpéral.

La première fois que je me servis du veratrum viride, c'était dans un de ces cas qui font le désespoir du praticien. La malade, qui était atteinte d'amaurose depuis 24 heures, avait eu 4 accès de convulsions très fortes avant l'accouchement. Nous avions forcé celui-ci pour arrêter l'éclampsie. Les convulsions devenant de plus en plus fortes et se répétant huit fois après l'accouchement, nous étions découragés. Le chloral et le bromure de potassium à très hautes doses avaient été donnés: une saignée de 20 onces avait été pratiquée au bras, et le sang extrait avait été remplacé par une certaine quantité de sérum artificiel (50 onces). La malade était entourée de bouteilles

(1) Dans ce même cas où j'ai employé la morphine, la veille de la lecture de ce travail, le veratrum viride échoue ou au moins à peu près échoue. Je n'ai pu abaisser le pouls en dessous de 72 pulsations.

d'eau chaude. La veille elle avait pris de puissants purgatifs. Rien ne faisait.

Nous étions quatre confrères auprès de cette malade.

C'est dans de telles circonstances et à bout de ressources, que je tentai enfin le précieux remède des Américains. J'eus un plein succès qui étonna mes confrères consultants le lendemain quand je le leur appris. Après une injection hypodermique de 20 gouttes d'extrait fluide de *veratrum viride*, le pouls de 168 qu'il était, au moment de l'injection, tomba en l'espace de 30 minutes à 86 pulsations à la minute, et quelques instants plus tard à 46. Ma malade était sauvée; elle n'avait plus d'accès. On pourra lire cette observation intéressante très détaillée dans l' " Union Médicale " de 1898, p. 328 et suivantes.

Depuis, j'ai employé toujours avec le même succès le même médicament que je ne crains pas de proclamer le spécifique de l'attaque d'éclampsie.

Comment agit le *Veratrum*?

Comment l'administrer?

L'action du *Veratrum Viride* se porte surtout sur le cœur dont il ralentit notablement le nombre des pulsations, le pouls descendant jusqu'à 50, 40 et même 26 pulsations à la minute.

" La valeur du *veratrum* dans l'éclampsie, dit Chs Jewett, " paraît dépendre de son effet sur le système vaso-moteur. " Selon Percy, cité par Peugnet, le *veratrum* est porté par le " sang dans les *vasa-vasorum*, et par ceux-ci paralyse les nerfs " vaso-moteurs, les vaisseaux sanguins perdant ainsi leur pou- " voir contractile. Il diminue ainsi le spasme des vaso-moteurs " des vaisseaux cérébraux et l'anémie cérébrale consécutive à " l'influence de laquelle les convulsions paraissent être dues. " Le *veratrum* est aussi un déprimant de la moëlle épinière, " quoique probablement, comme le croit Peugnet, cet effet " soit scondaire à son action sur le sympathique au moyen des " nerfs vaso-moteurs."

De son côté, le docteur Thad. A. Reamy, de Cincinnati, nous dit: " Rien de plus frappant que cette promptitude avec " laquelle les convulsions cessent aussitôt que l'effet déprimant " du *veratrum* se fait sentir sur le cœur. . .

“ Le pouvoir du veratrum de contrôler immédiatement les convulsions peut être compris, quand on se rappelle que cet agent est un des déprimants les plus puissants du système artériel et de la moëlle épinière. Le professeur H. C. Wood, après un examen approfondi, nous dit que le veratrum diminue les pulsations par son action directe sur le muscle et en stimulant les nerfs modérateurs. Il diminue la force des battements du cœur par une action directe sur le muscle cardiaque, et il produit une paralysie générale des vaso-moteurs.”

“ Fanton d'Anton, dans sa thèse, rapporte un article du docteur Hurst et répète: “ Le veratrum viride est un modérateur nervin, un calmant musculaire, un excitant des glandes. Introduit dans l'organisme, il diminue la susceptibilité des nerfs sensitifs et modifie l'action de la moëlle et des nerfs vaso-moteurs. En même temps, il dissipe le coma et rétablit les fonctions mentales.”

Le veratrum viride ne limite pas son action au cœur. Il la pousse plus loin. Il produit une transpiration abondante, quoique son action ici ne soit pas directe, mais due à la dépression artérielle profonde (Wood). Un effet encore plus important, c'est la diurèse prononcée qui suit le relâchement musculaire. Comment se produit cette diurèse? Très probablement, comme le croit le professeur McCorkle, cet effet est obtenu par le médicament qui combat le spasme vaso-moteur des vaisseaux du rein. Quoiqu'il en soit, on ne peut trop apprécier ce résultat.

Le médicament agit de plus sur l'estomac et l'intestin. C'est un émétique prompt et efficace. Son action sur l'estomac s'accompagne de nausées intenses et de dépression. Les vomissements sont souvent violents et tenaces. Le contenu de l'estomac est d'abord rejeté, puis vient le contenu de la vésicule biliaire. Il ne purge pas généralement, mais occasionnellement il produit des évacuations aqueuses, et quelquefois une diarrhée profuse.

Donné à doses massives, le veratrum peut produire des symptômes de collapsus: le pouls devient très faible, à peine

perceptible. Il y a des vomissements très violents, des sueurs froides, de l'abaissement de la température; les extrémités deviennent froides; on remarque du vertige, de l'obscurcissement de la vue, la dilatation des pupilles, de la faiblesse musculaire extrême, une respiration superficielle et lente, quelquefois de la somnolence, du coma, et de l'insensibilité avec respiration stertoreuse. Nonobstant ces symptômes alarmants, Bartholow prétend qu'on remarque rarement un résultat fatal. " Une once de teinture, dit-il, a été prise sans causer la mort."

Il va sans dire que la malade sous l'influence de fortes doses de veratrum devra conserver une position horizontale, car la station debout changerait complètement les caractères du pouls et pourrait produire la mort subite.

Après des doses fortes ou répétées, si l'on observait du collapsus ou le moindre symptôme inquiétant de dépression, on n'aurait qu'à cesser le médicament et à donner des stimulants alcooliques; on fera sur tout le corps des applications chaudes. On administrera également l'ammoniaque par l'estomac ou en injection intra-veineuse ainsi que la morphine en injection hypodermique ($\frac{1}{4}$ gr.) si les nausées et les vomissements persistent. Avec l'alcool on prescrira les teintures d'opium à doses stimulantes.

Il ne faut pas avoir trop peur du grand ralentissement du pouls; j'ai vu une de mes malades avoir, sous l'influence du Veratum, un pouls de 28 et revenir très vite avec une seule injection hypodermique de brandy.

Le Veratum Viride est administré de préférence par voie hypodermique. On pourrait à la rigueur le donner par la bouche, mais l'estomac de l'éclampsique n'est pas sûr pour l'absorption du médicament. Par voie stomacale, on ne peut espérer une action aussi prompte ni un dosage aussi précis que par voie hypodermique.

Maintenant, et voici le plus important, quelle est la dose à injecter?

C'est ici la difficulté que rencontrent ceux qui échouent avec ce médicament *magique*. Pardonnez-moi cette dernière expression, parce qu'elle résume parfaitement ma pratique et

mon expérience et celles de tous les accoucheurs qui ont employé judicieusement le Veratrum Viride. En effet, le docteur Thad. A. Reamy, de Cincinnati, nous déclare "qu'il n'y a rien de plus remarquable que la promptitude avec laquelle les convulsions cessent." Le docteur Jewett, de New-York, ajoute: "c'est un moyen excessivement puissant;" le docteur Sullivan, de San Francisco, "qu'il est inappréciable."

Ils sont nombreux ceux qui rendent témoignage de sa valeur exceptionnelle dans cette terrible maladie: l'Eclampsie.

On doit se guider sur le pouls pour l'administration du remède. Voici ma pratique: Si le pouls bat à 120 ou au-delà je donne d'emblée 20 ou 22 gouttes d'*Extrait fluide* de *Veratrum Viride*. Remarquez la forme du médicament: *L'Extrait fluide*. On pourrait, faute de mieux, employer la teinture aux mêmes doses. Avec un pouls en-dessous de 120, mon injection hypodermique variera de 10 à 20 gouttes suivant la rapidité du pouls.

Il est préférable d'employer de suite des doses élevées, parce qu'on obtient plus vite l'effet voulu et qu'en tout cas, une dose, même très élevée est sans danger. Voici quelques faits qui le prouvent. Le docteur Reamy, appelé par le professeur Kiely, injecte à une malade 15 gouttes de Veratrum; 45 minutes plus tard, 15 autres gouttes. Comme les convulsions continuaient, le professeur Taylor, appelé en consultation, injecte, 45 minutes après la seconde dose, 20 autres gouttes. Le pouls tombe à 26 pulsations à la minute et la malade est sauvée. Dans un cas désespéré, le professeur E. A. Bunker a donné jusqu'à 400 gouttes d'extrait fluide de Veratrum Viride, en injections hypodermiques, pendant les 6 premières heures du traitement, et la patiente a guéri. Donc, innocuité complète, même avec des doses élevées.

Le point le plus important du traitement de l'éclampsie c'est l'arrêt immédiat des convulsions, parce qu'en elles réside tout le danger; et le danger augmente d'autant plus qu'elles se continuent plus longtemps. C'est donc pour nous, comme le dit le docteur Reamy, un grand bonheur de posséder un agent qui arrête aussi rapidement les convulsions, et qui, en même temps, en diminue et en éloigne les causes.

L'injection hypodermique demande à peu près trente minutes pour arriver au maximum de l'effet voulu. Voilà, encore, je vous prie de le remarquer, un point essentiel dans le traitement : il faut accorder 30 minutes au médicament pour produire son action. Si, dans ces 30 minutes, l'effet désiré n'est pas obtenu, on devra répéter, remarquez-le encore, on devra répéter l'injection à la même dose ou à dose plus petite, suivant la nécessité, ou autrement dit, la rapidité du pouls.

Quel est donc cet effet voulu ou désiré ?

Tous les accoucheurs, qui emploient le Veratrum, sont d'accord pour affirmer qu'avec un pouls en-dessous, entendez-bien, en-dessous de 60 pulsations à la minute, il n'y a plus à craindre de convulsions.

À ceux qui ont essayé le Veratrum et qui n'en ont pas eu de bons effets, je ferai observer qu'ils ont craint de l'employer aux doses exigées. C'est ainsi que, souvent, je suis appelé par des confrères dans des cas d'éclampsie mortels où l'on s'est contenté d'injecter 5 gouttes d'extrait fluide de Veratrum. L'on se plaint ensuite à crier que le Veratrum ne vaut rien. Combien de fois, j'ai rencontré des confrères mécontents des résultats obtenus avec le Veratrum. Quand je m'informais de la dose donnée, je n'étais pas étonné de leur peu de succès. Combien de fois encore on m'a envoyé à la Maternité des malades mourant, une heure ou deux après leur arrivée, de la même maladie et pour la même raison : "*Insuffisance des doses*". Ne craignez donc pas ; allez-y hardiment ; car, il s'agit d'une maladie grave et prompte qui demande un traitement héroïque et décisif. Donc, dose suffisamment élevée et répétée au besoin.

Bien plus, il faut maintenir l'effet obtenu pendant à peu près 24 heures et pour cela il faut répéter, à intervalle plus ou moins éloigné, le médicament à dose de 5 gouttes. L'on s'exposerait certainement à de fâcheuses surprises, si l'on supprimait le médicament au bout de 12 heures, à moins toutefois que le cas ne soit très léger, que de fortes doses n'aient été administrés au début ou que les effets du médicament ne soient très manifestes.

Enfin, je conclus comme le faisait le docteur Jewett, que :

1° Le Veratrum est un moyen inoffensif et extrêmement puissant ;

2° C'est un agent éminemment maniable, le pouls étant un guide prompt et précis pour le dosage ;

3° Il est prompt dans son action, et facile dans son administration.

OBSERVATION I.—*Eclampsie* : Saignée ; effets prononcés du Veratrum Viride sur le cœur de la mère et du fœtus. — Hydrocéphalie.

Rose, âgée de 18 ans, est servante. Elle fait son entrée à la maternité le 26 août 1900. Elle a toujours joui d'une bonne santé. Ses dernières règles sont venues à la fin de février. Le 26 août, le fond de l'utérus est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, c'est-à-dire que la grossesse est âgée de six mois et n'offre rien de remarquable. Les mouvements actifs du fœtus sont bien perçus par la mère. Le fœtus est en S. I. G.

Les urines ne contiennent pas d'albumine jusqu'au 23 septembre, alors qu'on en remarque des traces. Examinées par la suite à peu près tous les 2 jours, ces urines ne présentent rien d'anormal quant à la qualité et à la quantité. La malade suit un régime spécial.

Le 18 octobre, à 3 h. a. m. survient une première attaque d'éclampsie, bientôt suivie d'une seconde à 3.25 h.

J'étais absent. M. le professeur Lamarche est appelé.

A 3.50 h. a. m. 15 grains de chloral et 30 grains de bromure de potassium sont administrés par la bouche.

4.20 h. a. m., 3° attaque très forte. M. le prof. Lamarche fait une large saignée (14 onces) au bras droit.

A mon arrivée, 4.40 h. a. m., je pratique le toucher. Le col s'efface, est mou, On y introduit facilement un doigt.

Comme les battements du cœur du fœtus sont bien marqués, et que la grossesse n'est âgée que de 7½ mois, nous voulons tenter la continuation de la gestation.

Le pouls de la mère bat 114 pulsations à la minute. Je fais une injection hypodermique de veratrum viride (extrait fluide) de 18 gouttes, au bras gauche, à 4.45 h. a. m.

5h. a. m. pouls 104.

5.05 h. a. m. pouls 98—15 grains de chloral et 30 de bromure de potassium par la bouche.

5.10 h. a. m. les battements du cœur du fœtus donnent 140 à la minute.

5.22 h. a. m. pouls de la mère 76 ; cœur de l'enfant 132.

5.33 " " " " 56 ; " " " 106.

5.50 " " " " 48 ; " " " 88.

6 h. a. m. vomissements abondants.

6.10 a. m. transpiration profuse.

6.12 h. a. m. pouls de la mère 46 ; cœur de l'enfant 72. Les deux bruits sont bien marqués.

Les vomissements continuent abondants.

Je laisse alors la malade et la confie aux gardes-malades, leur recommandant de suivre le pouls de la mère et de donner des stimulants s'il se ralentit trop.

6.45 h. a. m. pouls 44. Transpiration abondante.

5.55 h. a. m. Le pouls tombe à 28 pulsations à la minute. La garde-malade injecte dans le bras une dose de brandy. J'aurais aimé être là dans le moment pour compter les battements du cœur de l'enfant.

Le pouls de la mère se relève sous l'effet du brandy ; puis il varie jusqu'à 10.05 h. a. m. entre 40 et 44.

11.45 a. m., pouls de la mère 48 ; cœur de l'enfant, 120.

Il n'y a plus autant de rapport dans le ralentissement du pouls de la mère et du cœur de l'enfant. Le pouls de la mère se maintient à un chiffre très bas pendant que le cœur de l'enfant augmente de vitesse.

Dans le courant de l'après-midi, le pouls reste stationnaire entre 48 et 50. On a la précaution de tenir la malade couchée et on lui défend de s'asseoir.

Le travail de l'accouchement se fait. A 5 h. p. m., le col est dilaté. 5.30 h. p. m., l'expulsion commence. Le siège apparaît à la vulve, avec une main appliquée sur la fesse. L'expulsion du tronc se fait naturellement ; les épaules cependant ont beaucoup de difficulté à sortir. La tête, malgré des tractions très fortes, ne descend pas. Le fœtus meurt pendant les manœuvres pour l'extraction de la tête. Essai infructueux d'application de forceps sur tête dernière. Tractions très fortes sur les épaules. Dislocation des vertèbres cervicales, en même temps déchirure spontanée de la peau du cou. Un flot de liquide céphalo-rachidien s'écoule, et la tête, vide de liquide, obéit à une traction légère sur les épaules. La tête descend, aplatie et diminuée de volume. L'enfant était un hydrocéphale.

Le placenta est très petit (onze onces), avec infractus blancs. Le pouls maternel, après l'expulsion du fœtus et de 88, et après la délivrance 48.

Les urines du 18 octobre contiennent 4 grammes d'albumine. Le lendemain elles en ont encore 3 grammes.

Régime lacté, purgatif. Suites de couches normales.

OBSERVATION II.—*Eclampsie*.—Veratum Viride.

Valentine entre à la Maternité le 26 janvier 1902, à 6.30 h. p. m.—Elle est âgée de vingt ans ; elle est servante. Elle a marché à 17 an et a toujours bien marché. Elle a été réglée à 14 ans et toujours régulièrement. Elle a toujours joui d'une bonne santé.

Valentine est conduite à la Maternité par un médecin qui l'a fait transporter dans l'ambulance. Elle est dans un demi-coma.

A 11 heures du matin, elle a été prise d'une première attaque d'éclampsie. Quand elle est arrivée à la Maternité elle avait eu 12 accès d'éclampsie. Aux premiers accès, son médecin lui a injecté 12 gouttes d'« extrait fluide de Veratum Viride. Le pouls était à 140. Toutes les 2 heures on lui a donné, dit-on, en injection rectale 30 grain de chloral et 60 grains de bromure de potassium. A 2 heures p. m. on a répété 12 gouttes de Veratum Viride. Le pouls n'est pas descendu plus bas que 100 pulsations à la minute. Donc la dose de Veratum n'était pas suffisante. Elle a eu 4 accès de convulsions après cette deuxième injection. Elle a vomi 2 fois.

Dernier accès à 6 h. p. m.—6.30 h. p. m. arrivée à la Maternité. Demi-coma. La langue est horrible à voir ; elle est complètement mâchée, épaisse, sanguinolente. Le pouls est encore rapide (100). L'œdème est généralisé et très considérable. Le cœur de l'enfant bat très bien et très fort.

7 h. p. m. — On donne à la malade 3 gouttes d'huile de croton, par la bouche.
7.40 h., pouls 80. — Injection hypodermique de 5 gouttes de Veratum Viride, parce qu'on craint de nouveaux accès de convulsions.

7.50 h. p. m. — Vomissement vert. — Selle abondante.

7.55 h. p. m., pouls 74. — Le coma s'évanouit peu à peu et la malade peut répondre à quelques questions.

Col de l'utérus entr'ouvert, assez mou, pas effacé. Le fond de l'utérus est à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, ce qui indiquerait une grossesse de 7 mois. Cependant Valentine a vu ses dernières règles du 15 au 20 juillet 1901. Elle a senti les mouvements actifs à 4 mois.

8.00 h. p. m., pouls 68

8.05 " " " " 62

8.10 " " " " 58

8.20 " " " " 56

8.30 " " " " 60

7.45 " " " " 72. Vomissements abondants et verts.

A minuit, la malade a pleine connaissance. L'analyse des urines dont 16 grammes d'albumine (tube d'Esbach).

Le 27 janvier et les jours suivants la malade est au régime suivant : chl. al et bromure de potassium 4 fois par jour; limonade de crème de tartre, lait. La malade a des selles assez fréquentes et urine beaucoup. L'œdème disparaît. Mais la quantité d'albumine varie. Ainsi le 28 janvier il n'y en a que des traces le matin et le soir 5½ grammes. Les urines offrent ce caractère changeant continuellement.

Le 1er février. On entend encore les battements du cœur de l'enfant.

La malade entre en travail le 2 février à 7 h. p. m. Elle accouche le 3 à 7.45 h. a. m. L'enfant paraît mort depuis un jour ou deux. Il pèse 1 lb. 15½ onces. Le placenta pèse 9 onces. Il y a de gros infarctus blancs; et, dans toute une moitié, on trouve des traces d'une hémorragie récente.

Le 3 et le 4 février, la température reste normale, mais le pouls est élevé, variant de 104 à 120. Régime lacté absolu. Injections vaginales au permanganate de potasse.

Le 5 février, 3 h. p. m. la température s'élève à 104° et le pouls 156. Injection intra-utérine au permanganate de potasse. Quinine. Céphalalgie très forte.

6 février, 8 h. a. m., température 101°, pouls 108. 7 grammes d'albumine.

9 h. a. m. — Injection intra-utérine au permanganate de potasse. Tamponnement de l'utérus avec de la gaze iodoformée.

3 h. p. m., température 103°, pouls 130. Curetage, écouvillonnage à la glycérine créosotée. La curetage ramène beaucoup de débris.

4 h. p. m., température 103°; pouls 140 faible. Quinine, strychnine, et got.

8 h. p. m., température 101°; pouls 120.

9 h. p. m., température 99°; pouls 120.

7 février, 6 h. a. m., température 96.2-5; pouls 98.

Le soir, la température remonte à 98.4-5°; le pouls à 108.

Le 8 février, la température est normale; le pouls 96°.

Le soir du 9 février, la température remonte à 101.4-6°; le pouls à 120. Les urines ont encore 6 grammes d'albumine.

Le 11 au soir, la température marque 104°; le pouls 146.

Le 12 février, la température est à 103°; le pouls 118, à 8 h. a. m.

Deuxième curetage qui ramène quelques débris. Durant ce jour, la température ne baisse que d'un degré et le pouls revient à 120.

Depuis le 13 février, la température, le pouls et les urines présentent des caractères assez particuliers. La température prise toutes les heures ou toutes les deux heures varie énormément ; tantôt elle est à 96-2-5°, et remonte tout à coup à 105°, 106° ou 107°, pour s'abaisser aussi rapidement à 96° et 97° ou 98°. Puis, elle varie pendant trois ou quatre heures entre 99° et 101°. Le pouls présente les mêmes oscillations, de 92 ou 98, il remonte en même temps que la température s'élève, à 140 ou 160. Il y a de grands frissons avant chaque élévation de température.

Après chaque frisson, la malade est excessivement faible. A certain moment la malade refuse tout aliment ou breuvage.

Les urines varient en quantité et en qualité. Rares par moment, elles sont plus abondantes à d'autres instants. L'albumine varie beaucoup dans l'espace de quelques heures. Ainsi à certains intervalles on trouve jusqu'à 20 grammes d'albumine, quand 4 à 5 heures plus tard on en découvrira qu'un gramme ou deux.

Tous les traitements de l'infection puerpérale, moins le sérum antistreptococcique, ont été essayés. Quinine, anti-pyrine, strychnine, quinquina, champagne, curetage, écouvillonnage, tamponnement, injections de sérum artificiel, injection de terébinthine, antikamina et antifebrine.

Le cas présentait les symptômes de la pyohémie compliquée de néphrite grave et d'hépatite.

La malade est morte le 6 mars. Elle était accouchée le 3 février et était tombée d'éclampsie le 26 janvier.

Voici le résultat de l'autopsie, faite par M. le docteur A. Ricard, médecin-opsiste de la crèche.

Poumons : Apparence grisâtre. Poumon droit rempli de matière spumeuse. Pas d'adhérence. Poumon gauche plus normal, peu de spume. Lobe inférieur grande quantité de spume.

Cœur, volume normal ; rien d'anormal.

Foie énorme ; extension énorme du côté gauche.

Apparence jaune pâle ; adhérence fibreuse au diaphragme ; pesanteur, 4 livres et 12 onces. Dégénérescence graisseuse complète. Très friable, décoloré.

Rien n'anormal du côté de l'estomac.

Rate un peu plus grosse.

Rein droit, deux fois plus gros, plus pâle.

Rein gauche, hypertrophié, mais un peu moins que le droit. Décoloré.

Utérus, régression complète, parfaite. Cavité très nette. Tout est normal du côté de l'utérus, des trompes et des ovaires. Dans un des ovaires, cependant, on remarque de nombreux petits kystes.

OBSERVATION III.—Sédolphe, âgée de 18 ans, est couturière. Elle entre à la Maternité vers le 9 décembre 1901.

Ses antécédents du côté du père sont bons ; mais deux de ses tantes maternelles sont mortes de phtisie.

Sédolphe est en parfaite santé. Elle a déjà eu la rougeole. Elle a été vaccinée dans le bas âge, et nous la revaccinons le 21 décembre.

Le fond de l'utérus est à l'ombilic. Ce qui indique que sa grossesse est âgée de cinq mois. Cependant, elle a eu ses dernières règles du 19 au 21 avril 1901.

A partir de son entrée à la Maternité ses urines sont examinées tous les 8 jours et on ne trouve jamais trace d'albumine. Il n'y a jamais de céphalalgie, ni d'œdème.

Le 3 mars 1902 le palper nous donne O. I. D.

Le début du travail se déclare le 3 avril à 8.40 h. a. m. La dilatation est terminée à 8.50 h. p.m. L'accouchement se termine à 10.30 h. p.m. le même jour. Légère déchirure qui est suturée. L'enfant, un garçon, pèse 7 lbs. Le placenta normal pèse 1 lb. 4 oz.

Température et pouls :

4 avril 8 h. a. m. 98°, pouls 60 = 4 p. m. 99°, p. 84 = 5 avril, matin 98°, p. 84 = p. m. 98°, p. 76 = 6 avril a. m. 98°, p. 72.

On remarque sur le tronc une éruption scarlatiniforme.

4 h. p.m. temp. 100° pouls 100 ; 7 avril temp. 99°, pouls 72 à 8 h. a.m. Le soir température 102°, p. 84. L'éruption gagne les membres, le cou, la face. Il y a de l'angine. On remarque dans la gorge des produits pultacés.

Le 8 avril, 8 h. a. m. température 98°, p. 84 = 4 h. p. m. temp. 100°, p. 92. L'exanthème pâlit.

Le 9 avril la température est normale et reste dès alors à 98°. Le pouls varie entre 60 et 68. La rougeur disparaît. L'angine persiste quelque temps. La desquamation se fait au bout d'une semaine à peu près. La malade reste une quinzaine de jours au lit. Elle est soumise au régime lacté.

Les injections vaginales sont, données au permanganate de potasse. Les urines examinées de temps à autre n'ont pas d'albumine. La malade paraît se rétablir très bien. Mais le 2 mai elle a un œdème général et elle a une forte attaque d'éclampsie, à 11.30 h. a. m. A 11.50 h. a. m. j'injecte 10 gouttes de Veratrum Viride. Le pouls marque 120 pulsations.

A midi et 15 minutes le pouls est tombé à 48 pulsations. Puis le pouls, quelques heures plus tard, varie entre 50 et 60. La malade n'a plus de convulsion. Les urines contiennent 7 grammes d'albumine.

La malade, tenue au régime lacté les jours suivants, se rétablit complètement. L'albumine disparaît.

Sedolphe, que je vois tous les jours depuis, se porte à merveille.

Maintenant une dernière question. Pourquoi j'emploie aujourd'hui le *Veratrum Viride* de préférence à la saignée qui m'avait donné de si beaux résultats, comme on peut le constater par ma thèse d'agrégation ?

Parce que le Veratrum a sur le cœur les mêmes avantages que la saignée. Je pourrais ajouter, c'est une saignée sans perte de sang ;

Parce que, si la saignée enlève de l'économie une certaine quantité de matière toxique, le veratrum en soustrait autant par son action sur les organes : estomac, foie, intestin, rein, et la peau ;

Parce que le Veratrum m'a réussi souvent quand la saignée n'avait procuré aucun soulagement ;

Parce que le Veratrum est plus facile à administrer que la saignée à pratiquer et qu'il répugne moins de faire une injection hypodermique que d'ouvrir une veine ;

Parce que le Veratrum est un médicament dont l'administration frappe moins désagréablement l'esprit des assistants et demande moins d'apparat ; parce que la saignée est toujours pénible aux parents ;

Parce que le Veratrum se donne chez les pléthoriques comme chez les anémiques, et qu'il n'en est pas de même de la saignée ;

Parce que le Veratrum s'injecte aussi facilement chez les femmes obèses que chez les maigres. Chez les femmes chargées d'embonpoint, il est quelquefois, sinon impossible, du moins très difficile de pratiquer la phlébotomie. On est obligé de disséquer et de faire de grands délabrements avant d'arriver sur un vaisseau convenable, comme la chose m'est arrivée une fois ;

Parce que l'effet déprimant du Veratrum dure très peu et qu'il n'en est pas de même de l'affaiblissement qui suit la saignée dans certains cas.

Les seuls inconvénients du Veratrum, inconvénients très passagers, ce sont les vomissements et encore ne les voit-on pas toujours. Ils se montrent surtout quand la dose du médicament a été forte d'emblée et que le pouls est arrivé rapidement au point voulu. Je n'y prête même pas attention. La seule précaution que je prenne contre ces vomissements c'est d'empêcher ma malade de se lever ou de s'asseoir. Je la tiens couchée horizontalement.

A ceux qui ne croiraient pas encore à l'efficacité de ce médicament, je dirai de l'employer d'abord sans crainte et avec confiance, puis ils penseront, diront et feront comme moi. Ecoutez ce que dit le docteur Wesley C. Norwood : " La plus grande " et la plus précieuse puissance du Veratrum, celle qui le distingue expressément et lui donne tant de supériorité sur " tous les autres médicaments, est son pouvoir de contrôler " l'action du cœur et des artères, quand ils sont excités par une " cause morbide, à tel point que ceux qui sont une " fois témoins " de ce merveilleux effet sont dans un étonnement complet et

“confessent que cela dépasse tout ce que l'imagination peut concevoir. Il n'est pas plus au pouvoir de l'homme de le décrire de manière à ce que ceux qui n'ont pas été témoins du fait puissent avoir une idée juste de ses résultats. . . Qui peut comprendre l'étendue du bienfait et de la puissance d'un remède capable, en l'espace de moins d'une heure, de réduire le pouls de 160 à 40 ou même 30 pulsations à la minute.”

Messieurs, il a été un temps où je ne croyais pas au Veratrum parce que je n'en avais jamais vu les effets. aujourd'hui j'ai vu, j'ai été convaincu et je crois.

Messieurs un dernier mot. Je finissais ce travail un dimanche matin (le 8 juin); il était 8½ heures, lorsqu'un confrère, un ami, me manda auprès d'une de ses malades. Cette malade, accouchée la veille au soir à 11 heures, venait d'avoir un deuxième accès d'éclampsie. Rendu auprès de la malade, je la questionnais quand, me retournant vers mon ami, je lui dis: “Vois-tu arriver un nouvel accès.” En effet, deux ou trois minutes plus tard l'accès apparaissait très violent. Avant cet accès le pouls était à 138.

Je fais de suite une injection hypodermique de Veratrum. Je croyais injecter 22 gouttes de Veratrum quand, en réalité, je n'injectais qu'à peu près 15 gouttes, ce dont je m'aperçus plus tard par ma seringue. 30 minutes après, le pouls étant encore à 120, j'injecte une seconde dose de 10 gouttes. Dès lors le pouls baisse si rapidement que mon ami, tout étonné, ne peut s'empêcher d'admirer l'effet merveilleux, et de me dire: “En compagnie d'un mien ami, j'ai déjà administré le Veratrum et je n'ai eu aucun effet.”

Savez-vous comment il l'avait administré et combien il en avait donné? 5 gouttes par la bouche!

Hé bien! mon ami est maintenant convaincu parce qu'il a vu de ses yeux. Il croit, aujourd'hui, et c'est sur sa demande expresse que je rapporte ce fait.

HYGIENE

CÉSSONS NOTRE APATHIE POUR L'HYGIÈNE (1)

Par J.-J. DESROCHES

Ex-membre du Conseil d'Hygiène Provincial.

A l'heure actuelle, l'hygiène est un mot que tout le monde a sur les lèvres. Dans toutes les classes de la société, on parle d'hygiène, parfois avec un air convaincu et satisfait, mais très souvent en critiquant et rejetant ses enseignements. Parmi ceux mêmes qui, par leur position sociale, devraient être les observateurs et les propagateurs de l'hygiène, il y en a bien peu qui le soient. L'homme est ainsi fait, pour peu que l'hygiène change un peu les habitudes, gêne les préjugés, oblige à des sujétions nouvelles, demande quelques sacrifices, c'est fini, adieu les bonnes résolutions, alors de s'écrier: — Nos pères ne connaissaient pas l'hygiène, ne songeaient pas à tous ces détails gênants et ils s'en portaient mieux que nous! Les microbes... ils les ignoraient. S'il fallait s'occuper de toutes ces minuties, la vie deviendrait intolérable. Enfin, dites-donc, l'hygiène est une belle science, mais elle est trop exigeante, c'est une chose ennuyeuse.

Hâtons-nous d'ajouter que nos pères, il y a cinquante ans et plus, menaient une vie toute autre que la nôtre; ils vivaient au foyer, ne voyageaient pas, parce que la distance comptait alors pour quelque chose; mais ce temps là est passé et depuis nous traversons l'Océan en moins de six jours, nous allons à New-York en moins de douze heures, les chemins de fer sillonnent notre pays, notre continent et tous les continents du monde. Aujourd'hui, tout le monde voyage parce que la distance n'est plus qu'une question d'heures et de jours, tandis qu'autrefois elle était une question de semaines, de mois et d'années. Aujourd'hui, c'est un mouvement continu de la population des campagnes vers les villes et des villes vers les campagnes; nous rencontrons des voyageurs étrangers sur tous les points du Canada, et il n'y a pas de pays que le Canadien ne visite pas. Autrefois les maladies contagieuses

(1) Travail présenté au premier Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Québec les 25, 26 et 27 juin 1901.

et épidémiques avaient peu de chances de voyager en bateaux et en chemins de fer, et partant de se propager. Aujourd'hui, elles ont toutes les facilités qu'a le public voyageur. Aussi, tous les jours, la santé des individus, la santé des familles, la santé des habitants des villes et des campagnes est sans cesse menacée et on n'a pas trop l'air de s'en occuper; on tue s'en y prendre garde; on devient assassin sans vouloir le comprendre, et tout cela semble très simple dans le meilleur des mondes. On ne s'en émeut pas et on accepte ce que l'on croit ne pouvoir empêcher; on veut vivre suivant son caprice.

Comme preuve de ce que j'avance, il y a quelques mois, on a vu des varioleux voyager en bateaux et chemins de fer, se promener dans les rues de Montréal, et cela, avec un sang-ne incroyable. Ne remarquons-nous pas aussi cet autre fait? Dans la famille, la maladie se montre-t-elle et soupçonne-t-on un cas contagieux; si le malade ne se porte pas mal, on ne fait pas venir le médecin pour ne pas avoir à se conformer aux lois de l'hygiène; autre manière de propager la maladie et de tuer les gens. Il n'y a pas de préméditation, mais les faits n'en existent pas moins; on ne réfléchit pas que les épidémies sont généralement allumées par un cas de maladie contagieuse ignoré ou laissé sans précautions hygiéniques au sein d'une ville, d'un village, d'une campagne; on ne songe pas qu'il suffirait d'isoler le premier cas contagieux, d'en chercher l'origine et de pratiquer la désinfection, pour éteindre sur place un commencement d'épidémie. A qui incombe le devoir de traiter la maladie et d'éclairer la famille sur les moyens de prévenir la maladie, si ce n'est au médecin.

Nous aimons à nous bien porter et nous agissons, à tout instant, à l'encontre de ce qu'il nous faut pour cela. L'art de bien vivre n'est pas plus difficile qu'un autre et aucun ne s'acquiert plus facilement par l'éducation. La maladie est, dans la plupart des cas, le fait de notre imprévoyance ou de l'imprudence de ceux qui nous entourent. Aussi la longévité est moins le partage des individus qui ont eu la chance de ne pas sombrer sur les brisants que de ceux qui conduisent leur barque de façon à les éviter.

Au point de vue général, on peut dire que nos maladies prennent surtout naissance à quatre sources, (exceptant ici l'hérédité, la contagion, les épidémies) qui sont : l'abus des plaisirs des sens, l'excès de travail physique, l'excès de travail intellectuel et la misère. Et les causes de la misère sont généralement l'ignorance, les préjugés, le défaut d'avarice, la paresse et l'ivrognerie. Chacun sait que la vie n'est que l'ensemble d'une foule d'habitudes particulières, contribuant intimement à la vigueur ou à la faiblesse corporelle. On peut dire que notre nature, est un comptable sévère qui ne permet aucune irrégularité dans ses livres. Dès l'instant où l'organisme se rend débiteur envers elle, il doit un peu plus tôt, un peu plus tard, payer sa dette. Ne voyons-nous pas la goutte d'eau qui tombe remplir un vase? Ainsi les violations des lois de l'hygiène finissent par engendrer la maladie.

Nous nous complaisons à établir le bilan de nos richesses, la prospérité de notre commerce et de notre industrie; mais nous ne faisons presque rien pour la conservation de la santé; on semble méconnaître que l'hygiène, diffusée au sein des masses, constitue la meilleure sauvegarde de la santé, règle la puissance du travail et a une influence décisive sur le bien-être général, sur la force physique et le caractère moral d'une nation. N'oublions pas que l'hygiène est, comme la morale, la première des sciences; son enseignement apparaît comme une nécessité qui s'impose dans notre état de civilisation.

Notre conseil d'hygiène, il faut le reconnaître ici, a fait faire de réels progrès à la cause de l'hygiène dans la province de Québec; chaque fois qu'une épidémie apparaît quelque part dans notre province, l'application de nos règlements d'hygiène finit toujours par avoir raison; mais durant le temps que dure l'épidémie, la maladie fait toujours des victimes. Si notre conseil n'arrive parfois qu'avec peine à arrêter la marche d'une maladie épidémique, c'est que, quand il en est averti, la maladie a souvent pris une grande expansion. Il en sera toujours ainsi tant que l'hygiène n'aura pas pénétré dans les masses, tant que l'hygiène ne sera pas enseignée à l'école, tant que l'hygiène ne

sera pas mieux comprise de nos classes dirigeantes, enfin tant que l'hygiène ne sera pas formulée par nous, médecins, comme nous formulons le remède dans l'art de guérir.

Il est incontestable que les questions d'étiologie des maladies contagieuses et épidémiques, que l'application des ressources préventives de ces maladies retombent sous le contrôle du médecin; d'ailleurs c'est le médecin qui est appelé à diagnostiquer la maladie et à la traiter; c'est à lui qu'incombe le devoir d'éclairer la famille sur la manière de traiter le malade et sur les mesures à prendre pour ne pas diffuser le germe de la maladie; c'est le devoir du médecin d'agir ainsi et il n'appartient pas à d'autres.

Ceci m'amène à vous signaler une grande lacune dans notre enseignement médical; la clinique médicale et hygiénique sur les maladies contagieuses et épidémiques manque complètement dans notre enseignement. C'est une lacune regrettable et pleine de périls. L'étudiant est admis à la pratique de la médecine sans avoir vu, ni diagnostiqué, sous la direction de ses maîtres, un seul cas de diphtérie, de scarlatine, de variole, etc. Aussi, que de cas de maladies contagieuses et épidémiques, méconnus au début, sont pendant plusieurs jours des foyers de contagion et de propagation; aussi que de morts auraient pu être évitées avec un bon traitement convenable au début du mal.

Ici nous pouvons dire que l'hygiène ne saurait prendre sa valeur effective réelle ailleurs que dans la profession médicale et partant dans la clinique médicale et hygiénique des maladies contagieuses et épidémiques. Il importe donc de combler cette lacune dans notre enseignement médical.

Je me résume.

Considérant l'importance de l'enseignement et de la diffusion de l'hygiène au point de vue de la conservation de la santé et de la prophylaxie des maladies contagieuses et épidémiques, regrettant l'indifférence qui règne partout à l'égard des pratiques destinées à les obtenir, nous serions heureux :

1° De voir l'hygiène se propager et pénétrer ainsi dans les masses, au moyen de la presse ou autrement, et surtout de

la voir enseignée dans les écoles primaires; enseignement plus développé au degré secondaire; enseignement spécial dans les écoles techniques;

2° De voir enfin compléter l'enseignement de l'hygiène dans nos Facultés de Médecine par celui de la clinique médicale et hygiénique des maladies contagieuses et épidémiques.

En somme, il s'agit ici d'une préparation graduelle des esprits à accepter plus tard et à favoriser, suivant les milieux respectifs, les agissements de l'hygiène sociale; car l'hygiène apprend à tous à diriger leur santé au milieu des périls qui la menacent, à se garer des atteintes meurtrières de la routine, des préjugés et de l'ignorance, à bien comprendre ce que peut la médecine, à percer à jour les visées de l'industrialisme et des charlatans, à connaître dans les choses de la santé le prix de l'opportunité et du temps, en un mot à conduire sa santé comme un homme sage et avisé conduit ses affaires et non pas comme fait un ignorant ou un dissipateur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

La Société Médicale de Montréal commencera ses séances en octobre, à une date qui sera annoncée dans les journaux quotidiens.

NECROLOGIE

Le Professeur Brunelle

L'un après l'autre, les anciens disparaissent et, même parmi les médecins, personne ne peut changer un iôta à cet arrêt inexorable de la nature.

Le docteur Brunelle n'était pourtant pas encore définitivement classé dans la catégorie des vieux. Il semblait à tous qu'il lui était encore réservé de longues années d'activité, quand la mort est venue le prendre, presque subitement, à l'apogée de sa carrière.

Chez lui, à l'hôpital, à l'université, voilà les trois endroits où il faudrait étudier le docteur Brunelle pour porter sur sa vie un jugement raisonné qui ne risquerait pas trop de faire tort à sa mémoire.

A la maison, il était gai, étonnamment sociable, nous disons *étonnamment*, et c'est bien là le qualificatif qui venait à l'idée de ceux qui, invités chez lui, ne l'avaient connu qu'à l'hôpital où nous le verrons tantôt.

L'hospitalité, qu'il savait si bien offrir, était absolument canadienne, c'est-à-dire large, franche, sans apprêts maniérés comme sans sous-entendus blessants ou tout au moins gênants. Chez lui, vous vous sentiez tellement à l'aise, qu'à certains moments vous aviez l'illusion que c'était vous, l'invité, qui le receviez et qu'il était heureux de la réception que vous lui faisiez.

A l'hôpital, changement à vue. Cinq minutes après son arrivée tout le monde savait que le docteur Brunelle était là. Sa voix bruyante et rapide s'élevait en éclats intentionnels qui, le long des corridors et de salles, annonçaient sa visite. Sa démarche vive et assurée, ses attitudes de tête penchée descendantes aux patients et quelquefois taquines ou ironiques aux confrères; sa rondeur cassante enfin, qui, au commencement, avait dû être factice, mais qui, par habitude, était devenue naturelle, lui ont créé une personnalité bien tranchée qui, nous en sommes sûrs, ne sera jamais reproduite dans ses successeurs ou dans ses élèves.

Le docteur Brunelle sans cependant se spécialiser complètement se livrait surtout à la chirurgie et chacun sait la vogue surprenante qui, pendant plusieurs années, fit de lui l'un des premiers chirurgiens de Montréal.

Second chirurgien à l'Hôtel-Dieu, où, depuis vingt-cinq années, il assistait son maître sir William Hingston, chirurgien en chef de l'hôpital, il fut un temps où le docteur Brunelle eut une clientèle si nombreuse qu'il aurait pu remplir, à lui seul, tous les départements privés de cette institution.

Bien qu'à tous, il parut d'une assurance toujours ferme et quelquefois même présomptueuse, il était au fonds d'une prudence excessive dans l'établissement de ses diagnostics; à tel point qu'il était rare qu'il entreprit une opération sérieuse avant d'avoir connu l'opinion de la plupart de ses confrères de l'hôpital.

Il n'était pas un opérateur plus extraordinaire qu'un autre, et pourtant dans certaines opérations qu'il affectionnait, il était un véritable artiste.

Assez réfractaire aux idées nouvelles, il laissait faire de l'antisepsie, sans pourtant y mettre lui-même une très forte conviction. Et, malgré ce grand désavantage, il eut des succès incontestables. Nous pourrions, peut-être, trouver la raison de ses succès dans le soin qu'il apportait à suivre ses malades après l'opération. Il était un des rares chirurgiens qui croient que le coup de couteau est le temps le moins important dans le traitement d'une affection chirurgicale, et il avait raison.

Nous pouvons dire qu'à l'hôpital, sa longue expérience, ses manières, lui avaient donné une autorité incontestable qui chez les patients aurait pu être prise pour un grand pouvoir de suggestion.

Le docteur Brunelle à l'Université était un professeur paradoxal. Ceux qui ont suivi ses cours il y a quelques années, peuvent se rappeler que, sur six mois de leçons de chirurgie, il en passait deux ou trois à nous développer des théories sur l'inflammation. " Il y en a, disait-il, qui peuvent penser que je suis en dehors de mon cadre en vous entretenant de

l'inflammation : détrompez-vous, messieurs, l'inflammation est présente dans 99 pour 100 des affections chirurgicales que vous avez à traiter quand elle n'en est pas directement la cause.

“ Si l'inflammation, donc, venait à disparaître, le chirurgien s'effacerait avec elle, son rôle étant devenu nul.”

Erudit, le docteur Brunelle était aussi doué d'une faconde intarissable : sans trop s'attacher à la forme de son discours, il disait avec abondance et rapidité sans se laisser distraire par l'accord d'un verbe avec son sujet et passait à travers les théories et les techniques avec une volubilité fougueuse qui vous donnait le vertige. A l'université comme à l'hôpital, il ne se laissait pas facilement pénétrer par les méthodes nouvelles. Il se faisait cependant un devoir d'exposer les plus récentes théories à ses élèves, mais en décochant quelquefois des traits acérés contre ces mêmes théories ou contre certaines conséquences qui en découlaient. C'est ainsi que, depuis Pasteur, il lui arrivait rarement de nommer les microbes autrement que les “ petites bêtes.”

Le docteur Brunelle était aimé de ses élèves qui savaient que, malgré sa brusquerie, ils avaient en lui un ami dévoué.

Depuis plusieurs mois, sa santé étant devenue chancelante, il s'était presque complètement désintéressé des choses de la Faculté. Il était rare de le voir assister aux réunions mensuelles, et, durant la session d'études 1901-1902, ce n'est qu'avec peine qu'il se rendait pour donner ses cours.

C'est une figure remarquable qui vient de disparaître du monde médical de Montréal, dans la personne du docteur Brunelle, et ils sont peu nombreux ceux qui laisseront après eux une réputation aussi brillamment et aussi universellement établie dans le public.

Nous prions la famille d'accepter nos condoléances.

H. HERVIEUX,

Professeur de Thérapeutique.

AGAPES CONFRATERNELLES

Mercredi, 17 courant, nous avons eu le plaisir, mon ami Marien et moi, d'être, par notre sympathique ami, le docteur Am. Bernard, de Saint-Césaire, conviés à une fête intime et confraternelle.

Il est d'usage que, quatre fois l'an, nos confrères de Saint-Hyacinthe, de Sherbrooke et des districts environnants, se réunissent, tantôt chez l'un tantôt chez l'autre, pour y causer médecine et quelque peu retremper leur vieille amitié.

C'était, cette fois, au tour de M. le docteur Bernard de recevoir chez lui les membres de la docte profession. Connaissant la grande popularité de notre ami et toute l'estime que lui portent ses confrères, nous n'avons pas du tout été surpris de rencontrer à cette joyeuse réunion nombreuse compagnie, citons, entre autres: MM. E. Choquette, de St-Hilaire; P. Leduc et A. Primeau, de Marieville; G. et E. Turcotte, Beaudry, Benoit, E. et P. Ostigny, de Saint-Hyacinthe; Cartier, ex M.P.P., de Sainte Madeleine; Chagnon, de Saint-Liboire; Auger, de Sainte-Hélène; Pelletier, M.P. P., Ledoux et Daignault, de Sherbrooke; Verdon, d'Abbotford; Trudeau, de Richelieu et Godin, de l'Ange-Gardien. L'orateur de notre Chambre des Communes à Ottawa, l'honorable M. Brodeur, beau-frère du Dr Bernard, M. le notaire Dussault et M. Tessier, avocat, tous deux de Saint-Césaire, avaient tenu à rehausser de leur présence cette réunion d'amis. Ajoutons vite que, tout dernièrement, les citoyens de Saint-Césaire ont choisi comme maire et premier citoyen M. le Dr Bernard; aussi, et après de joyeux épanchements, le plus digne et en même temps le plus expérimenté d'entre nous, M. le Dr Cartier, de Sainte-Madeleine, ex M.P.P., prit la parole et, en quelques mots affectueusement pensés et applaudis, il sut faire, du héros de la fête et de sa charmante compagne madame la mairesse, un éloge aussi sincère que bien mérité.

Sa péroraison fut une prière d'accepter de la part de tous, comme souvenir heureux de cette belle fête, un présent offert par l'amitié.

M. le Dr Bernard, en quelques mots émus, remercia ses amis de ce témoignage d'estime, puis l'on porta gaiement de nombreuses santés qui furent confirmées par de très larges rasades. Monsieur le Dr et Madame Bernard n'oublieront jamais, j'espère, les sentiments sincères qui ressortaient de tous ces discours.

Madame la mairesse, sur qui retombait entièrement la rude tâche de recevoir et d'entretenir tous ces médecins redevenus, pour un instant, de véritables carabins endiablés, s'en est pourtant tirée avec une grâce toute féminine, une bienveillance, une gaieté qui lui ont créé bien des amis.

La nuit, la nuit toute entière nous parut bien courte, car, avant comme après le dîner, l'on causa de choses scientifiques, d'intérêts professionnels, des mille choses qui nous intéressent : problèmes à résoudre, solution à trouver, etc., etc.

Le Bill Roddick, la mutualité dans ses conflits avec les médecins, l'opportunité de créer une chambre syndicale de médecins pour chaque district, dans le but de se protéger au même titre que les autres professions et corps de métier; l'avantage d'un tarif minimum uniforme auquel tout l'élément médical se ferait un devoir d'adhérer, etc., etc., voilà quelques-unes des questions lu plus grand intérêt, on en conviendra, qui furent soulevées et qui engendrèrent des conversations aussi vives qu'amicales, aussi intéressantes que courtoises. Pour nous, c'était un vrai plaisir de constater de *visu*, combien, et à grands pas, l'apathie, et surtout l'indifférence des médecins envers les choses d'intérêts professionnels disparaîtraient vite, pour peu qu'on le veuille bien, et nous nous rendions compte combien le corps médical sera, chez nous, plus fort et par suite d'autant plus considéré qu'il sera plus uni et plus soucieux de faire respecter l'intégrité de ses droits.

L'accord parfait, une entente complète sur le tarif, l'union dans toutes nos luttes, une fraternisation sincère et exempte de mesquinerie, une cordialité amicale identique, celle que nous avons ressentie l'autre soir à Saint-Césaire; voilà ce qui fera de nous, médecins, un groupe d'hommes respectés.

avec lequel nos politiciens et le public devront compter désormais.

Le moyen d'atteindre ce but : les médecins des districts de Saint-Hyacinthe et de Sherbrooke l'ont trouvé et s'en déclarent heureux. Nous ne pouvons qu'encourager leurs collègues des autres districts à les imiter, car c'est surtout par ces réunions fréquentes que nous apprendrons à nous mieux connaître, c'est par l'accord que nous imposerons au public que nous lui apprendrons à respecter une profession dont nous avons non seulement le droit mais le devoir d'être fiers.

Ces réunions intimes, où ne cesse de régner la gaieté la plus franche, donnent un regain d'énergie et mettent du cœur au ventre du confrère le plus ennuyé par sa clientèle, ou, hélas, les exigences de la vie.

Il n'y a pas de plus puissant levier pour chasser l'apathie du routinier et le pousser vers l'étude, car le médecin qui étudie, par cela même qu'il étudie, prouve qu'il aime sa profession; la lecture de ses ouvrages scientifiques le maintient dans le sentier du progrès, il ne peut s'encroûter dans une ignorance dont il est, parfois, si difficile de sortir.

Quant au médecin paresseux, il en vient logiquement à détester sa profession, à délaisser ses malades; tout l'ennuie, un rien le désarçonne, l'étude constante, progressive, lui est à charge, sa confiance s'en va, le stimulus lui manque, il est perdu pour la profession.

Que l'on me pardonne cette légère digression et que nos amis de Saint-Césaire acceptent nos remerciements pour le sentiment qui les a portés à nous convier à une fête qui nous a procuré le plaisir de dire ici tout le bien que, depuis longtemps, nous pensions d'eux.

J.-E. DUBÉ.

ANALYSES

PEDIATRIE

Traitement de la diarrhée infantile, par CHARLES GILMORE KERLEY, M. D.,
New-York, *New York Med. Journal*, avril 26 1902.

L'auteur, qui a eu l'occasion de traiter un très grand nombre d'enfants atteints de diarrhée dans les dispensaires de New-York (682 cas avec une mortalité de 21) est arrivé à la conclusion que la mortalité chez ces petits malades peut être diminuée. Il y a moyen de prévenir cette maladie en fournissant un bon lait, bien conservé et donné à des intervalles réguliers. Dès les premiers symptômes de diarrhée, si l'on fait cesser le lait complètement, la mortalité sera bien moins grande.

L'auteur a l'habitude de considérer comme graves tous les cas de diarrhée d'été, et il les traite en conséquence quelques légers qu'en soient les premiers symptômes. La diarrhée légère occasionnée par un peu de dyspepsie peut parfois devenir une infection virulente si le lait est continué. Le lait ne doit pas être repris avant que les selles ne redeviennent normales, et il faut pour cela souvent attendre quarante-huit heures et même des semaines.

Comment doit-on remplacer le lait dans l'alimentation de l'enfant? Les gruaux et les tisanes de céréales sont certainement les meilleurs aliments à substituer au lait dans tous ces cas de diarrhée. L'auteur commence presque toujours avec l'eau d'orge, et au besoin la remplace par l'eau de riz. Voici comment il prépare l'eau d'orge (*barley water*) : Il met deux cuillerées à soupe de farine d'orge—de préférence la Robinson's *barley flour*—dans une chopine d'eau qu'il fait bouillir pendant vingt minutes ; il ajoute un peu d'eau au cours de l'ébullition afin d'avoir encore une chopine d'eau, même après l'opération. Pour fabriquer l'eau de riz il met trois cuillerées à soupe de riz par chopine d'eau, et fait bouillir, comme pour l'eau d'orge. L'auteur ajoute, pour varier un peu le goût et la monotonie de ce régime, quelques aliments liquides tel que le bouillon de bœuf, de mouton ou de poulet. Il donne souvent le mélange suivant : quatre à cinq onces d'eau de barley et deux onces de bouillon. Le jus de bœuf—une demie cuillerée à thé dans un peu d'eau de barley—est excellent pour changer le goût de ces tisanes de céréales.

L'auteur défend absolument de donner du cognac et les autres formes d'alcool à un enfant souffrant de diarrhée d'été ; il considère, avec raison, que l'estomac et les reins sont déjà, en assez grand danger sans ajouter un nouvel agent toxique tel que l'alcool. L'auteur, après une expérience assez longue, ne donne plus à ses petits malades l'eau albumineuse. Il a constaté que plusieurs enfants ne pouvaient pas la digérer et que chez eux l'eau albumineuse, en passant dans l'intestin, devenait un milieu de putréfaction tout comme le lait. Plusieurs auteurs sont d'ailleurs du même avis.

Au cours de la diarrhée, les urines, devenues plus concentrées à la suite de la grande déperdition d'eau par l'intestin, exercent une action plus irritante et plus toxique sur l'épithélium rénale.

Les tisanes de céréales, eau de barley, etc., doivent être données à intervalles réguliers, toutes les deux heures si l'enfant le veut, et quantité égale à celle du lait qu'il prenait avant d'être malade. L'enfant peut prendre de l'eau bouillie dans les intervalles. Il faut avoir soin de mettre le petit malade dans une

chambre grande, confortable et bien aérée. Lorsqu'il y a de la fièvre, la mère devra plusieurs fois par jour donner un bain d'éponge avec de l'eau à 80° F pendant 15 minutes environ.

Quand faut-il donner du lait ? Il faut commencer avec du lait très faible et augmenter graduellement si les premiers repas sont tolérés et bien digérés dès que les selles sont devenues normales. L'auteur commence à mettre d'une à quatre cuillerées à thé de lait dans chaque bouteille d'eau de barley. Si les selles restent normales la quantité de lait est augmentée petit à petit tous les jours ou tous les deux jours.

L'auteur cite des observations de petits malades où il fut obligé d'attendre deux semaines et dans d'autres deux et quatre mois avant de reprendre l'alimentation par le lait. L'auteur conseille les médicaments suivants qui ont chacun leurs indications :

Le *cainnel* est donné de préférence à la dose de 1-20 à 1-10 de grain chaque fois qu'il y a des vomissements. Cette dose est répétée toutes les heures.

L'*huile de ricin* est donnée dans les cas de diarrhées infectes avec selles peu fréquentes, et où il faut opérer un prompt lavage de l'intestin.

Le *sous-nitrate de bismuth* a été donné par l'auteur dans presque tous les cas. Jamais ce médicament ne fut administré à dose moindre que 10 grains toutes les une ou deux heures du jour sans s'occuper de l'âge de l'enfant. Le bismuth donné à cette dose serait d'une grande utilité. Il faut, cependant, qu'il colore les selles en noir pour que son effet soit sensible. En effet s'il n'est pas transformé dans l'intestin en sulfure de bismuth, il est sans valeur. Il est très rare, cependant, que l'intestin ne contienne pas assez d'hydrogène sulfuré pour opérer cette transformation. Il faut dans ces cas rares donner un peu de soufre à la dose de 1 grain avec chaque dose de bismuth. Il faut donner les hautes doses de bismuth jusqu'à ce que l'enfant soit capable de prendre du lait, diminuer alors de moitié et continuer cette dose moindre jusqu'à ce que le petit malade ait repris son alimentation ordinaire ou lait pur.

Pour administrer de l'*opium* à un enfant il faut que celui-ci ait des douleurs, du tenesme et des selles fréquentes. Dans les cas graves et même dans les cas ordinaires où il y a empoisonnement de l'organisme il faut que l'enfant ait au moins quatre ou cinq selles pour que le drainage de l'intestin soit suffisant. Lorsqu'il y a infection intestinale avec des selles peu fréquentes il faut administrer des laxatifs. Nombre d'enfants sont morts parce que le médecin a cru nécessaire d'arrêter une diarrhée sans rechercher, d'abord, quelle en était la cause et sans s'occuper du régime alimentaire suivi par le petit malade.

L'auteur donne, nous croyons, une idée juste de ce que doit être le lavage du gros intestin. Parce qu'un bébé a la diarrhée, il ne s'ensuit pas, dit-il, qu'il faille irriguer son intestin. Le petit malade qui a de dix à douze selles liquides, par vingt-quatre heures, a un gros intestin suffisamment lavé. Les cas où il faut laver le gros intestin ne sont pas très nombreux ; il n'y a que les petits malades qui ont des selles vertes avec mucus, sanguinolentes ou non, qui peuvent en tirer bénéfices, parce que ce sont les seuls cas où le lavage de l'intestin peut trouver quelque chose à enlever dans le colon. Un lavage toutes les douze heures rend de grand services. Des irrigations plus fréquentes pourraient nuire à l'enfant en amenant du tenesme, de la dilatation de l'intestin, des fissures au rectum, et même si elles sont faites sans beaucoup de soins, des blessures de la muqueuse du colon descendant.

L'auteur trouve que le sérum artificiel est après tout le meilleur liquide pour le lavage de l'intestin. L'eau doit avoir une température peu élevée, tiède. L'eau sera abaissée à 60° ou 70° F s'il y a de la fièvre. Chez les enfants très affaiblis, avec hypothermie, l'eau aura de préférence une température de 110° F.

L'auteur procède de la façon suivante : Il se sert d'une sonde molle en caoutchouc No 14 anglais, qu'il fixe à une seringue fontaine dont le réservoir est placé à une hauteur de trois à quatre pieds au-dessus du corps de l'enfant. Celui-ci est étendu sur le dos ou sur le côté gauche, les jambes repliées. Le bout huilé de la sonde est alors introduit dans le rectum. Il faut que cette sonde soit introduite de douze pouces au moins, avant de laisser couler l'eau. Sous la pression de l'eau que l'on doit laisser couler légèrement, l'intestin se dilate et la sonde peut être enfoncée plus avant. Pour empêcher l'eau de refluer hors du rectum il faut avoir soin de presser avec la main les fesses de l'enfant sur la sonde. Pour un enfant de dix-huit mois il faut de vingt-quatre à trente onces d'eau pour remplir le colon. A ce moment on enlève la pression des fesses sur la sonde pour permettre à l'eau de s'échapper tout en laissant l'eau du réservoir passer dans l'intestin par la sonde elle-même.

L'auteur passe en revue toutes les difficultés que rencontrent les médecins dans le traitement des diarrhées d'été chez les pauvres. Il recommande par-dessus tout l'éducation des mères comme le plus grand élément de succès. Il faut leur faire bien comprendre que la propreté la plus méticuleuse est nécessaire dans la préparation et la conservation de la nourriture des enfants. Il faut leur dire où prendre un lait pur et leur montrer comment le conserver pur de toute souillure. Un lait non stérilisé versé dans un vaisseau découvert et conservé dans une mauvaise glacière à une température de 60° F seulement est sûr de se gâter. Il faut, de plus, enseigner aux mères avec quel soin il faut nettoyer les bouteilles et les tétines. Il faut leur faire comprendre l'importance de se laver les mains au savon et à l'eau chaude avant de préparer la nourriture du bébé, surtout bien leur faire comprendre la nécessité de cesser de donner le lait dès que leur enfant présente de mauvaises selles, et de lui donner en place de l'eau de barley et une dose d'huile de ricin.

L'auteur est convaincu que la grande mortalité infantile dans les villes peut être diminuée de beaucoup. Cette diarrhée d'été, dit-il, n'est pas produite directement par la chaleur ni par la trop grande population de certains quartiers pauvres, non, elle est due plutôt au manque de connaissances chez les parents, et à l'insuffisance des moyens sûrs dont on se sert pour conserver le lait pendant les chaleurs de l'été.

Les municipalités, ajoute-t-il, devraient organiser des dépôts de lait ainsi que de laboratoires pour la stérilisation du lait. Les villes pourraient ainsi distribuer, gratuitement, aux pauvres un bon lait, des tisanes de céréales, etc.

Un médecin aidé par des "nurses" serait chargé d'instruire les mères sur l'hygiène infantile, soit verbalement, soit au moyen de petits livres élémentaires traitant de l'alimentation des enfants. Chaque dépôt pourrait donner de la glace aux pauvres pour faciliter la conservation chez eux de la provision de lait de la journée.

J. E. DUBÉ.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel d'histologie pathologique, par les Professeurs CORNIL et RANVIER, publié avec la collaboration des Drs BRAULT et LETULLÉ, 2e édition entièrement refondue. *Tome deuxième*, avec la collaboration de MM. les docteurs G. DURANTE, J. JOLLY, H. DOMINICI, A. GOMBHAULT et CL. PHILIPPE. 1 fort vol. gr. in-8° avec 202 gravures en noir et en couleurs dans le texte, 25 fr. (Paris, Félix Alcan éditeur.)

Ce volume débute par *Anatomie pathologique des muscles* par le Dr G. Durante, chef de laboratoire à la Maternité. La théorie protoplasmique de la fibre contractile régit toute la pathologie des muscles. C'est elle qui a dirigé M. Durante dans cette étude qui, ainsi conçue, lui a paru présenter, au milieu des variétés infinies de lésions observées, une unité parfaite permettant de réunir et de condenser toute la pathologie musculaire en quelques lois auxquelles tous les phénomènes pathologiques semblent obéir. Suivant le plan initial de la publication, l'auteur, après un examen rapide de l'histologie normale des muscles, étudie successivement l'anatomie pathologique de la fibre musculaire striée, puis celle du muscle considéré en tant qu'organe.

M. le Dr J. Jolly traite ensuite *du Sang et de l'Hématopoïèse* ; il examine successivement les altérations des éléments figurés du sang et celles du plasma sanguin et du sérum. Cette étude est complétée par celle de M. le Dr H. Dominici consacrée *au sang et à la moelle osseuse* ; l'auteur présente le tableau comparatif des transformations contemporaines du sang et de la moelle osseuse qui peuvent être commandées par les grands processus morbides.

Enfin le volume se termine par *l'Histologie pathologique du système nerveux central* due à MM. les Drs A. Gombault, médecin des hôpitaux de Paris, et Cl. Philippe, chef de laboratoire à la Salpêtrière, dont l'étude est divisée en cinq parties : les cellules nerveuses ; les fibres nerveuses ; la névroglie, cellules et fibres, véritable tissu de soutien auquel doit être rattaché le revêtement épithélial du canal central de la moelle et de l'épendyme ventriculaire ; les vaisseaux et le tissu conjonctif périvasculaire ; les méninges.

Tous ces chapitres ont été rédigés par des savants qui ont apporté une contribution personnelle à l'avancement des parties de l'histologie pathologique qu'ils ont accepté d'exposer dans ce manuel.

Une description minutieuse de la technique opératoire peut permettre aux lecteurs de reproduire avec sûreté les préparations décrites, et des bibliographies très complètes, de poursuivre leurs études au delà des descriptions contenues dans l'ouvrage.

Rappelons que le premier volume contient, après les généralités sur l'histologie normale et pathologique et sur l'inflammation, rédigées par MM. Cornil et Ranvier, les tumeurs par M. Brault, les parasites par M. Fernand Bezançon, les os et les articulations par M. Maurice Cazin.

Les tomes III et IV complétant l'ouvrage paraîtront en 1903.

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J. SAULIEU et A. DEBOIS, internes des hôpitaux de Paris. 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule : 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)
