

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for scanning. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of scanning are checked below.

L'Institut a numérisé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

- Coloured covers /  
Couverture de couleur
- Covers damaged /  
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated /  
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing /  
Le titre de couverture manque
- Coloured maps /  
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) /  
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations /  
Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material /  
Relié avec d'autres documents
- Only edition available /  
Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion  
along interior margin / La reliure serrée peut  
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la  
marge intérieure.
  
- Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /  
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/  
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /  
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /  
Comprend du matériel supplémentaire
  
- Blank leaves added during restorations may  
appear within the text. Whenever possible, these  
have been omitted from scanning / Il se peut que  
certaines pages blanches ajoutées lors d'une  
restauration apparaissent dans le texte, mais,  
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas  
été numérisées.

# TRAVAUX ORIGINAUX.

---

## Notes sur l'Intoxication Saturnine

par H. E. DESROSIERS, M. D. L., Professeur de Toxicologie à  
l'Université Laval (Montréal.)

---

(Lu devant la Société Médicale de Montréal).

(Suite et fin).

La *paralyse*, plus rare encore que l'*arthralgie*, peut débiter dès le troisième jour, si on en croit Tanquerel qui cite également un cas où ne elle s'est manifestée que cinquante-deux ans après une exposition continuelle aux émanations saturnines. La *paralyse*, étant un accident *tertiaire*, si je puis me servir de cette expression, se montre en général entre la seconde et la dixième année, et même souvent beaucoup plus tard. Contrairement à ce qui a lieu dans l'*arthralgie*, la *paralyse* affecte de préférence les extrémités supérieures et leurs muscles *extenseurs*, les muscles extenseurs de l'avant-bras, de la main et des doigts étant atteints beaucoup plus souvent que les autres, ce qui constitue le *wrist-drop* des auteurs anglais.

Le plus souvent, la *paralyse* est symétrique, c'est-à-dire, elle affecte à la fois les extenseurs des deux extrémités supérieures. De même que l'*arthralgie*, elle est accompagnée de tremblement dans les muscles paralysés, et précédée de douleurs erratiques et de sensation d'engourdissement. La *paralyse* saturnine se généralise bien rarement, se bornant dans la très-grande majorité des cas à envahir quelques muscles. Ce caractère de localisation est pour ainsi dire caractéristique de cette variété de *paralyse*, mais il peut quelquefois aussi en obscurcir le diagnostic, par exemple, quand l'affection est limitée à un seul muscle. Un second caractère propre à la *paralyse* saturnine est l'atrophie qui envahit bientôt et d'une manière très rapide les muscles paralysés. Cette atrophie est aussi profonde dans ses lésions, que celle de la maladie dite "Atrophie musculaire progressive," et est d'autant plus caractéristique qu'elle affecte

des muscles isolés, et que les muscles voisins gardent leur volume normal. Ainsi, l'atrophie des extenseurs des doigts produit un sillon plus ou moins profond à la surface externe de l'avant-bras. Les muscles ainsi paralysés et atrophiés deviennent en très peu de temps insensibles à l'action du courant faradique, répondant, néanmoins, assez bien au courant constant.

En même temps que la paralysie des muscles, on observe souvent une abolition complète ou incomplète de la sensibilité tactile (anesthésie), et plus souvent encore une analgésie, ou perte de la sensibilité douloureuse presque toujours absolue à la piqûre et à la brûlure, s'étendant rarement à tout le corps, dit Tardieu, plus souvent à la moitié droite du corps, et en particulier à la main et au poignet du côté droit.

Le développement de la paralysie est ordinairement graduel. Exceptionnellement, il est soudain. Cette soudaineté d'apparition peut être suivie d'une égale soudaineté de disparition, mais le fait est rare, les lésions musculaires accompagnant la paralysie se développant bien vite et s'opposant à la guérison de celle-ci. Quand la guérison a lieu, elle est presque toujours lente et graduelle.

On entend enfin par *encéphalopathie saturnine* tout trouble nerveux, d'origine cérébrale, développé durant le cours et vraisemblablement sous l'influence de l'intoxication plombique. Ainsi, nous avons l'éclampsie saturnine, l'amaurose, le coma, et le délire, parfois furieux et violent, et se présentant sous forme de manie ou simplement d'hallucination et de mélancolie. C'est la quatrième période de la maladie.

Ces troubles nerveux se manifestent soit graduellement, soit soudainement. Dans le premier cas, ils sont pour plusieurs jours, précédés de céphalalgie, vertige, somnolence, engourdissement et fourmillement dans les membres, puis surviennent des accidents beaucoup plus formidables, et, au premier rang, les convulsions éclamptiques ressemblant beaucoup à celles de l'éclampsie puerpérale ou de l'épilepsie. Comme celles-ci, elles sont souvent suivies de délire ou même de coma.

Tanquerel fait observer que jamais l'attaque convulsive n'est précédée d'*aura*. Cette variété d'éclampsie est ordinairement très grave, surtout si les attaques convulsives se répètent. Elle indique un trouble profond et persistant des centres nerveux et peut amener la mort par asphyxie ou apoplexie.

L'amaurose est encore une manifestation très grave de l'encéphalopathie saturnine. Elle peut être soudaine ou graduelle comme l'éclampsie puerpérale. Dans tous les cas, elle persiste en dépit de tout traitement.

Comme je l'ai fait remarquer tout-à-l'heure, l'encéphalopathie

dénote une action profonde et persistante du poison sur l'économie, et, de fait, se montre presque exclusivement chez les sujets qui ont été longtemps exposés à d'abondantes émanations plombiques. C'est sans contredit la forme la plus redoutable des accidents saturnins, vu son siège et la nature des fonctions dévolues à l'organe intéressé.

Dans le cours de l'encéphalopathie, c'est-à-dire, à aucune période avancée de l'intoxication, il n'est pas rare de constater de l'albuminurie. Le poison agit en effet sur les reins et y produit une néphrite chronique avec symptômes d'anémie très prononcée, hydropisie, convulsions. Cette néphrite, dont nous aurons occasion de parler tout-à-l'heure, vient ajouter ses symptômes à ceux de l'encéphalopathie, et peut quelquefois rendre le diagnostic difficile.

Non traité, et, à plus forte raison, non prévenu par des mesures prophylactiques, l'empoisonnement chronique par le plomb suit une marche généralement lente, débutant, comme nous l'avons vu, par les divers symptômes de la cachexie, symptômes qui sont bientôt suivis d'accidents de plus en plus sérieux : colique, arthralgie, etc. Mais la maladie est loin d'avoir toujours une marche aussi régulière. Ainsi, il n'est pas rare du tout de constater la colique comme premier symptôme appréciable. Au reste, les accidents saturnins ont, eux, une marche plus ou moins intermittente et souvent capricieuse, apparaissant et disparaissant quelquefois sans cause appréciable, mais toujours de plus en plus graves si des mesures prophylactiques ou curatives ne sont pas prises.

Ces accidents qui se montrent, soit isolés, soit réunis, se reproduisent à des intervalles très variables, tantôt éloignés seulement de quelques semaines ou de quelques mois, tantôt, au contraire, distants de quelques années. Le développement de la cachexie saturnine ne dépend pas toujours du nombre et de la violence des récidives, mais il est presque inévitable, et peut être porté à un degré tel que les malades, épuisés, plongés dans un état anémique déplorable, atteints d'hydropisie et parfois d'albuminurie, l'intelligence obscurcie, finissent par succomber lentement, lorsque la mort n'arrive pas d'une manière plus rapide comme conséquence directe des accidents cérébraux. (Tardieu).

D'après ce qui précède, on comprendra que le pronostic de l'intoxication saturnine doit toujours être *réserve*, en thèse générale. C'est le moins que l'on puisse dire. Dans les cas particuliers, le pronostic variera avec la facilité plus ou moins grande que les malades auront de se soustraire à l'influence du poison, c'est-à-dire avec l'emploi plus ou moins prompt des

mesures prophylactiques. Il variera encore avec les susceptibilités individuelles; on sait en effet que certaines personnes peuvent s'exposer impunément et pendant longtemps aux émanations de plomb, tandis que chez d'autres les accidents surviennent presque aussitôt. Conséquemment, plus tôt se manifesteront les symptômes, plus sera grande cette susceptibilité individuelle.

Le pronostic varie aussi avec le degré plus ou moins avancé de la cachexie et l'état de santé préalable du malade. Il sera assez lent, toutes choses égales d'ailleurs, si les accidents saturnins, paralysie, arthralgie, etc., font défaut. Il variera enfin avec les diverses formes d'accidents. La colique et l'arthralgie ne sont pas considérées comme graves en elles-mêmes, surtout cette dernière. La proportion de décès par la colique saturnine est de 2 par 100 (Tanquerel). Par contre, le pronostic sera grave dans les deux autres formes d'accidents. La paralysie et l'encéphalopathie indiquent une cachexie beaucoup plus invétérée, et donnent origine à des phénomènes beaucoup plus formidables. L'atrophie musculaire, parvenue à un degré tant soit peu avancé et durant depuis quelque temps, est incurable, et si l'atrophie siège dans certains muscles indispensables aux fonctions vitales, tels que les muscles respirateurs, la mort peut survenir par asphyxie. Quant à l'encéphalopathie, elle doit toujours être considérée comme très grave, surtout dans sa forme éclamptique qui menace la vie plus immédiatement.

L'amaurose saturnine complète est incurable, et nous verrons pourquoi, en parlant de l'anatomie pathologique. Si elle n'est pas complète, et que le malade puisse se soustraire aux causes toxiques, la guérison sera possible. Il est clair qu'aucune guérison ou amélioration ne peut être produite tant que le malade restera exposé aux causes d'intoxication: impossible est aussi la guérison, chaque fois qu'il est impossible d'agir sur les lésions de tissus produites dans les parties atteintes.

L'action prolongée du plomb sur l'économie produit dans les tissus et organes diverses lésions dont aucune cependant n'est caractéristique. À la suite de coliques violentes et répétées, on a observé quelquefois un rétrécissement apparent du tube digestif ou une hypertrophie des parois de l'intestin, surtout du colon. Cette hypertrophie est-elle réelle, ou bien seulement apparente et due à une contraction quasi-permanente de la fibre musculaire?

“ Dans les cas où les accidents cérébraux ont été intenses, on peut trouver, dit Tardieu, une augmentation de volume et de densité de la masse encéphalique dont les circonvolutions

“ sont aplaties, et qui présente une coloration jaune presque uniforme.” (1). Rien de caractéristique dans tout cela.

Dans quelques cas d'amaurose saturnine, on a trouvé (Hutchinson) une atrophie complète des nerfs optiques consécutive à une neuro-rétinite. La plupart du temps, cependant, l'ophtalmoscope n'a pu révéler que de la congestion du nerf optique et de la rétine, avec dilatation tortueuse des veines. Souvent même le fond de l'œil ne présentait que quelques scotomes au centre du champ visuel (2). En résumé, rien de caractéristique.

Les lésions les plus constantes de l'intoxication saturnine sont celles des muscles paralysés, consistant en dégénérescence et atrophie, celles des artères qui sont fréquemment affectées de dégénérescence athéromateuse, et celles des reins, qui, organes actifs de l'élimination du poison plombique, sont le siège d'une desquamation épithéliale des canalicules, et peuvent subir une dégénérescence en rapport avec l'albuminurie observée pendant la vie. Ils offrent alors les altérations propres à la maladie de Bright. Mais ici encore, rien de caractéristique. Ces lésions musculaires, rénales et artérielles sont produites bien souvent sous l'influence de causes très-différentes.

L'on est encore à se demander quel est le *modus operandi* du plomb et des préparations saturnines dans la production des symptômes que nous avons vus. Malgré toutes les théories qui ont été émises à ce sujet, et dont je vous ferai grâce, il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de répondre à cette question d'une manière satisfaisante.

Le *traitement* de l'intoxication saturnine se résume en trois mots : moyens prophylactiques, moyens curatifs, moyens palliatifs.

La prophylaxie renferme toutes les mesures hygiéniques de nature à empêcher le poison de s'introduire dans le système. Il faut remonter à la source et à la cause de la maladie et y mettre bon ordre. Ainsi, il faudra exiger une ventilation parfaite des ateliers où l'on travaille le plomb ou ses préparations, ne jamais permettre aux ouvriers de laisser leur nourriture séjourner dans l'atelier, ni d'y prendre leurs repas : ils n'y devront pas même boire. La propreté parfaite des mains et des vêtements leur sera indispensable. Ils devront se laver les mains et changer leurs habits immédiatement après avoir quitté le travail. Dans certaines fabriques de couleurs, on va même jusqu'à forcer les ouvriers de prendre un bain chaud en

---

(1) TARDIEU, *Étude médico-légale sur l'empoisonnement*, Paris, 1875.

(2) HUTCHINSON, *Royal London Ophthalmic Hospital Reports*, VI, 1, et VII, 1.

sortant de la fabrique. Ces bains chauds débarrassent la peau de toutes les particules de plomb, céruse, litharge, etc., qui pourraient y adhérer. Enfin, les ouvriers ne devraient jamais tenir entre leurs lèvres les caractères, manches de pinceaux, etc. On a proposé divers appareils mécaniques dans le but d'empêcher les particules de poussière plombique de s'introduire dans la bouche et les poumons, mais ces appareils sont trop nuisibles pour pouvoir être d'une application journalière.

On a suggéré de remplacer le blanc de plomb par le blanc de zinc, ou oxyde de zinc, dans les arts et l'industrie. D'après les renseignements que j'ai pu prendre auprès de quelques peintres, le blanc de zinc est loin d'avoir, au point de vue industriel, tous les avantages qu'on lui attribue, et il est conséquemment peu employé.

Il faudra remédier aux autres causes d'empoisonnement suivant la nature de chaque cas, n'oubliant jamais le principe qu'il vaut mieux empêcher que réprimer.

Un grand *desideratum* au point de vue prophylactique de l'intoxication saturnine serait une substance qui jouirait de la propriété de neutraliser, chimiquement ou d'autre sorte, les préparations de plomb et les empêcherait ainsi d'exercer leur action. On a recommandé pour cela l'acide sulfurique et les sulfates. Tanquerel et Grisolle ne croient pas à l'efficacité de cet antidote prophylactique, et ils ont probablement raison. En effet, en administrant ici l'acide sulfurique ou les sulfates solubles, on veut favoriser la formation du sulfate de plomb (insoluble); or, ce sulfate de plomb, tout insoluble qu'il soit, est toxique aussi lui autant que le carbonate et l'oxyde. Il est juste de dire cependant que d'autres observateurs ont obtenu d'excellents effets, dans ces cas, par l'administration de l'acide sulfurique.

On a vanté la diète lactée comme moyen prophylactique. Le *Journal de Médecine* rapportait un exemple frappant de la consommation régulière de lait que font les ouvriers des fabriques de blanc de plomb. On a remarqué, dit-il, que deux des ouvriers employés dans ces fabriques prenaient chaque jour une grande quantité de lait et n'éprouvaient aucun symptôme d'intoxication plombique. Alors, on résolut de donner à chaque ouvrier une ration d'une pinte de lait par jour, et bientôt on n'entendit plus parler de colique de plomb. De 1868 à 1871, aucun cas de colique ne fut constaté dans ces fabriques (1).

Je dois dire qu'un de mes patients, obligé d'être continuellement exposé aux émanations plombiques, a suivi pendant

---

(1) Voir *New York Medical Record*, 1873, vol. II, p. 340.

quelque temps une diète lactée sans qu'aucune attaque de colique fit mine de survenir pendant cette cure. L'emploi du lait comme prophylactique de l'empoisonnement par le plomb mérite certainement d'être expérimenté.

Le meilleur moyen de favoriser l'élimination du plomb déjà introduit dans l'économie est l'administration de l'iodure de potassium qui agit ici comme dans l'hydrargyrisme, c'est-à-dire, en favorisant le mouvement de dénutrition, et par conséquent, en activant la sortie du plomb hors de l'organisme à la faveur des excréments, mais non pas, comme quelques-uns l'ont prétendu, en formant un iodure de plomb qui, d'ailleurs, serait toxique aussi lui. Michel croit si fermement à l'action de l'iodure de potassium dans ce sens, qu'il en recommande l'usage habituel, comme mesure prophylactique. Les bains chauds favoriseront aussi beaucoup l'élimination du poison en favorisant la transpiration cutanée; les bains sulfureux favoriseront la formation du sulfure de plomb (insoluble) à la surface de la peau, et agiront ainsi d'une façon en quelque sorte mécanique.

Méhu recommande les bains à l'hypochlorite de soude comme moyen de propreté.

Le traitement palliatif consiste à faire la médecine des symptômes. La cachexie sera combattue par tous les moyens hygiéniques possibles: exercice gradué, air pur, voyages outre-mer, médication tonique reconstituante, diète nutritive et généreuse.

Contre les coliques, on a recommandé une seule de moyens. Des bains chauds, ou à leur défaut, des fomentations chaudes longtemps continuées, favoriseront le relâchement de la couche musculaire de l'intestin qui est, comme on sait, une des principales causes de la colique en même temps que de la constipation. La douleur demandera l'emploi des anodins administrés soit par la bouche, soit par le rectum, soit, ce qui vaut mieux, s'il y a lieu, en injections hypodermiques, savoir: opium, morphine, chloral, belladone. Ces médicaments, outre qu'ils calment la douleur, feront aussi cesser le spasme musculaire de l'intestin. Leur action sera puissamment aidée par l'emploi de révulsifs locaux, la rubéfaction de l'abdomen au moyen de l'essence de térébenthine, du chloroforme, etc., qu'on fera suivre de fomentations chaudes. Le chloroforme agit ici non seulement comme irritant, mais encore, et peut-être surtout, comme sédatif. Dans une communication faite à cette Société en Avril 1873, M. le Dr. Laramée disait avoir obtenu les résultats les plus satisfaisants par l'usage topique du chloroforme, dans des cas qui avaient été rebelles à toute autre médication. Une chose singulière, et qui prouve bien l'action



sédative du chloroforme dans ces cas, c'est que les fonctions intestinales, momentanément suspendues, se rétablissent spontanément après ces applications de l'agent anesthésique (1).

La constipation devra aussi être combattue, et cela, au moyen des laxatifs. Il arrive quelquefois que l'usage des sédatifs (et les cas de M. le Dr. Laramée en font foi) suffise à produire le relâchement de la couche musculaire des intestins et amène des évacuations alvines. Dans le cas contraire, on emploiera soit les simples laxatifs, soit les cathartiques suivant le cas, savoir: sulfate de magnésie, huile de ricin, séné, coloquinte, élaterium, jalap, huile de croton, choisissant de préférence les substances qui activent davantage la contraction péristaltique des intestins. L'huile de croton fait très bien dans ces cas, ce qui est dû sans doute à sa grande promptitude d'action. A l'hôpital Bellevue, on combine l'huile de croton avec l'opium. Pour ma part, j'ai lieu de me louer de l'usage de ce drastique combiné avec l'extrait de belladone. A l'hôpital de Pensylvanie, Philadelphie, on regarde comme un quasi-spécifique le traitement à l'huile de croton et à la belladone. L'effet laxatif, par quelque médicament qu'il soit produit, apportera en général un prompt soulagement.

Contre les douleurs arthritiques, on emploiera les fomentations chaudes, la rubéfaction, le galvanisme,

La paralysie exige, outre les moyens curatifs indiqués plus haut, l'emploi de l'électricité. On se servira soit du courant direct, soit du courant induit. En général, on applique les rhéophores seulement sur les muscles affectés. Cependant, la galvanisation et la faradisation générales semblent aussi donner d'excellents résultats, si j'en juge par un cas rapporté par M. J. S. Knott, de *St. Mary's Hospital*, et où une paralysie saturnine très grave fut complètement guérie en quelques semaines par l'usage de bains galvaniques (2). M. Knott constate aussi que des cas de colique saturnine et de paralysie limitée aux extenseurs de la main ont été guéris en peu de jours par l'usage exclusif des bains galvaniques.

Bien que l'électricité soit le meilleur agent aujourd'hui à notre disposition pour combattre la paralysie saturnine, on peut aussi administrer la strychnine; Tanquerel la donnait jusqu'au point de produire, de légers spasmes tétaniques. La strychnine sera indiquée chez les sujets qui ne peuvent, pour une raison ou pour une autre, supporter l'électricité.

Tanquerel ne conseille que le traitement expectant contre

(1) Voir *Union Médicale du Canada*, vol. II, p. 193.

(2) J. S. Knott, in *Lancet*, n° 16, vol. II, 1876.

les divers accidents caractéristiques de l'encéphalopathie. Il faudra cependant, ici encore, faire la médecine des symptômes et prévenir autant que possible les accidents, au moyen des mesures hygiéniques et curatives propres à chaque cas.

---

### Quelques erreurs en thérapeutique.

---

(SUITE.)

Les liniments d'ammoniaque ou de camphre, la teinture d'arnica, la saumure, l'eau froide, sous forme de douches, etc., ont-ils une action thérapeutique qui puisse nous faire comprendre leurs bons effets dans l'entorse ? Les compresses de toute sorte ont-elles pour résultat de faire résorber l'épanchement, de "faire circuler le liquide épanché dans les gaines des tendons et le voisinage des ligaments ?" Tous ces agents médicamenteux développent bien à la surface cutanée une certaine chaleur qui doit avoir son action sur les capillaires, et amener un véritable travail de capillarité, de mouvement dans les humeurs ; mais cette chaleur est-elle suffisante pour donner assez de force à ce mouvement des humeurs et opérer le dégorgement nécessaire ? Non. Et voilà comme nous disons au malheureux déboité du pied ou de la main : "vous en avez pour plusieurs lunes." Toujours en effet, nous faisons la même réponse à notre patient : le temps fera tout, et la tranquillité ! Nous oublions que *time is money* et que rien n'est plus satisfaisant que de rendre au plus vite à son ouvrage et à sa famille l'ouvrier qui a besoin de tout son temps. L'expectation est toute puissante ici !

Le Dr Bérenger-Féraud, vieux chirurgien d'armée, dans son étude, nous parle de quatre cents entorses qu'il a traitées par le massage avec succès, se moque avec raison d'une routine thérapeutique aussi ridicule que peu satisfaisante, telle que celle trop souvent suivie par tous, et demande l'essai de sa méthode. Je vous la donne, ou plutôt il va vous la donner lui-même ; c'est lui qui nous parle :

"Je crois nécessaire de dire, en détail, comment je suis d'avis qu'on se comporte quand on entreprend de masser une entorse, car c'est en indiquant bien clairement la manière de faire qui a réussi, qu'on met ceux qui débutent dans les meilleures conditions pour obtenir un succès, dès le premier essai

qu'ils feront de la méthode. Supposons qu'il s'agisse d'une entorse du pied. Dès qu'on est auprès du blessé, et notons en commençant que plus le massage est rapproché du moment de l'accident, moins long est le traitement, on le fait asseoir sur une chaise, s'il était levé, on s'assied soi-même en face et on fait poser le pied malade sur les genoux. Si au contraire le sujet était couché, il suffit de le découvrir et au besoin de le débarrasser pour faire le diagnostic. Ce diagnostic étant établi, c'est-à-dire lorsqu'on a constaté que l'on a affaire à une entorse, légère, moyenne, intense ou compliquée, on procède aux manipulations. On débute par faire sur la face dorsale du pied en allant à la racine des orteils, à la jambe en suivant la direction du tendon des extenseurs, des passes aussi légères que possible avec la pulpe des quatre derniers doigts humectés de temps en temps d'un corps gras, d'huile d'olive par exemple. Ces frottements, qui doivent toujours être dirigés de l'extrémité vers la racine du membre et jamais en sens contraire, sont extrêmement légers, ils commencent assez loin au-dessus de la partie douloureuse et se prolongent assez loin au-dessous. Ils ne doivent pas être douloureux, et dans le cas où, malgré leur extrême légèreté, le sujet les trouverait trop pénibles, il faudrait commencer par une autre région, quitte à revenir à la face dorsale quand la sensibilité sera un peu émoussée par le massage.

“ Peu à peu la pression est augmentée et d'abord la pulpe des quatre derniers doigts des deux mains, puis celle des deux pouces intervient à mesure que le contact est moins pénible pour le patient. Peu de minutes après le début, en général, on peut appuyer assez notablement sur un endroit qui, primitivement, n'aurait pas supporté le plus léger frôlement sans souffrance. Bientôt après c'est une véritable friction assez forte que l'on pratique en ayant soin de recourir au corps gras pour ménager la peau du patient, qui ne tarderait pas à s'excorier si elle était massée à sec, et la pulpe des doigts sent une sorte d'œdème péritendineux que l'on fait remonter peu à peu au-dessus du coude de pied, jusqu'à la portion charnue de l'extenseur des orteils et du jambier antérieur.

“ A mesure que les contacts sont moins pénibles, on fait exécuter de légers mouvements aux articulations voisines de celles qui sont malades et on arrive ainsi peu à peu à celles où l'entorse a porté le plus directement ses effets. Ces mouvements sont très ménagés ; imperceptibles d'abord, ils vont peu à peu en augmentant, si bien qu'à la fin de la séance qu'il faut prolonger volontiers, la douleur étant toujours très soigneusement évitée, on fait exécuter à la partie tous les mouvements physiologiques dans leur plus grande amplitude.

“ A certains moments on sent sous les doigts comme de petites nodosités plus ou moins volumineuses, grosses comme une lentille, dirait-on, nodosités fixes d'abord, mobiles ensuite, dont le sujet a conscience et qui donnent une impression de douleur quand on les presse un peu vivement. Il faut passer les doigts avec persistance sur ellés en ayant soin de le faire assez légèrement pour ne pas faire souffrir le patient, et cependant il faut les mobiliser peu à peu, d'abord pour les chasser tout doucement, ensuite jusqu'aux portions charnues des muscles extenseurs des orteils et du tibial antérieur.

“ Au bout d'un temps qui varie entre une et cinq minutes, la friction peut être faite avec une force de plus en plus grande et bientôt une forte pression ne provoque plus de douleur sensible. C'est le moment de laisser cette partie du pied pour masser, soit la partie plus externe soit la partie interne, en passant alors le long du bord du pied jusqu'à la malléole qu'on contourne de manière à suivre soit le trajet des tendons des péroniers, soit celui des muscles de la région jambière postérieure. On agit pour chacune des régions, comme je l'ai dit précédemment, allant du frottement le plus léger à la friction vigoureuse, ayant pour guide l'impression causée par le sujet et prenant grand soin de ne pas heurter de front une éminence osseuse. ”

Les séances doivent durer jusqu'à ce que tout sentiment de douleur et de gêne soit disparu. Une fois l'opération terminée, l'appareil contentif est appliqué.

Au lieu de recommander au malade l'*immobilité* on lui conseille le mouvement, en autant que la douleur, qui est censée revenir quelquefois, puisse le lui permettre.

La médication du massage dans l'entorse appartient à la médication dérivative ; elle avait sa place ici, c'est pourquoi je l'ai introduite.

Avec le Dr Bérenger-Féraud, je demande son emploi, l'occasion se présentant ; la certitude qu'il nous donne d'une guérison après deux ou trois séances et au bout de huit jours, ne doit pas être un leurre.

S. L.

(à continuer).

---

## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

**De la forme médicamenteuse et du mode d'administration des médicaments dans les maladies de l'estomac.**—Il est, dans la thérapeutique et dans la matière médicale, une question pratique qui, malgré son importance, est le plus souvent laissée de côté : je veux parler de la forme médicamenteuse et du mode d'administration des médicaments.

Sans doute le professeur, qui se place surtout au point de vue théorique, ne peut entrer dans une prolixité de détails qui rendrait interminable l'étude d'une seule médication ; il n'en serait pas moins désirable que l'élève connût les motifs qui, dans un cas donné, font préférer une poudre à une teinture, une pilule à une potion.

Mince question peut-être pour ceux qui regardent la thérapeutique elle-même comme une science accessoire, question très-importante au contraire pour le praticien qui, surtout à ses débuts, se trouve si souvent arrêté au moment de formuler.

Je ne veux pas parler de ces ordonnances qui font la joie des élèves en pharmacie, ni même de ces formules courantes que seule la routine a pu faire accepter ; je suppose l'indication comprise, le médicament choisi et je me borne à examiner sous quelle forme il sera prescrit, dans quel véhicule, à quel moment.

Faudra-t-il l'administrer en nature ? conviendra-t-il d'adopter la forme dissoute en potion, en sirop, ou bien au contraire la forme pilulaire ?

Faudra-t-il recourir à une autre voie d'absorption et donner la préférence au lavement, à l'injection hypodermique ?

Les conditions du problème sont multiples : la nature des principes médicamenteux, leur solubilité, la durée qu'on donnera à leur emploi, l'effet qu'on en veut tirer sont autant de données dont il faut tenir compte.

D'autre part l'état du malade et en particulier celui de son estomac doivent être interrogés.

On pourrait donc, dans une certaine mesure, dire que l'idiosyncrasie seule peut nous décider. Il est pourtant des conditions qui se rencontrent assez souvent pour qu'on puisse tracer quelques règles générales.

C'est assez dire qu'il faut se borner aux cas les plus fréquents et aux médicaments les plus usuels.

Peut-être un jour pourrais-je cette étude, je me bornerai actuellement aux indications fournies par l'état de l'estomac.

Plusieurs cas peuvent se présenter : l'estomac lui-même est malade et la médication prescrite s'adresse à ce seul état morbide ; l'affection gastrique peut compliquer une maladie générale à laquelle elle se rattache plus ou moins ; enfin la fatigue de l'estomac peut se rencontrer dans une affection tout-à-fait indépendante.

D'où la nécessité d'une division dans l'étude des indications données par l'estomac.

1<sup>o</sup> *Affections gastriques.*—La dyspepsie se présente sous des formes bien différentes : tantôt elle revêt un caractère inflammatoire, elle est déterminée par l'atonie de l'organe qui se laisse distendre par des gaz ou bien s'emplit de liquides continuellement sécrétés par sa muqueuse.

Enfin ces formes diverses névrosique, atonique catarrhale ou inflammatoire, peuvent se compliquer mutuellement pour produire ces états complexes que nous montre la pratique de chaque jour.

Quelles indications peuvent-elles donc fournir au point de vue de la forme médicamenteuse ?

Une première règle s'impose par son caractère d'évidence : il faut rejeter les liquides toutes les fois qu'il y a hypersécrétion muqueuse.

Soit donc qu'on ait recours, dans la dyspepsie catarrhale, aux absorbants, aux astringents légers, aux évacuants, aux sédatifs même ou aux toniques, on préférera les poudres sèches qui, à leur action propre, joignent une action mécanique.

Le charbon sera donné enveloppé dans un pain azyme accompagné de la plus petite quantité possible de liquide et non préalablement délayé.

Le sous-nitrate de bismuth se donnera de la même façon, la magnésic, le carbonate de chaux, les prises alcalines de Trouseau, etc...

Une distance convenable des repas permettra à cette action absorbante de se produire.

Si l'état catarrhal s'accompagne de douleurs, on conseillera l'opium ou la morphine qui s'associent très bien au sous-nitrate de bismuth. Les pilules d'opium à un centigramme rendront de grands services.—Administrées quelques minutes avant les repas, elles auront le temps de calmer l'organe et rendront la digestion moins pénible.

L'hypersécrétion muqueuse complique bien souvent un état

d'atonie, ce sera de prescrire les poudres amères ou aromatiques : noix vomique, quassia, colombo, quinquina, rhubarbe, cannelle, calamus aromaticus, anis, etc ..

C'est au moment même des repas qu'on les fera prendre, afin que leur action stimulante se fasse sentir pendant le travail même de la digestion.

Les vins, les teintures alcooliques seront proscrits ainsi que les liqueurs, afin d'éviter la fermentation acide qui augmenterait encore les phénomènes d'acore et de pyrosis.

Les médicaments cupeptiques sont avantagement prescrits : les alcalins se donneront au commencement des repas, ou mieux pendant, sous forme d'eaux minérales.

Les acides lactique ou chlorhydrique (s'il n'y a pas d'acore ni de pyrosis) au même moment sous forme de pastilles ou de sirops.

La diastase et la pepsine, sous forme de poudres ou de pastilles, seront également préférées aux autres préparations.

La *dyspepsie flatulente* exige la même forme sèche des absorbants mécaniques, tels que le charbon qui, une fois ses pores gorgées de liquide, perd toute propriété d'absorption gazeuse.

Mais la règle perd de sa rigueur pour les autres médicaments. L'atonie pourra être combattue par les macérations amères et aromatiques, le vin de quinquina sera conseillé avant les repas, et, après, les liqueurs telles que la chartreuse, le curaçao, l'anisette ou l'élixir de Garus.

Les vins, les élixirs de pepsine ou de diastase, se prendront au milieu des repas.

Si les eaux minérales gazeuses ou alcalines doivent être rejetées, on pourra conseiller l'usage des limonades lactique ou chlorhydrique.

Contre la douleur, si les préparations d'opium sont ordonnées, elles le seront à faibles doses : les pilules à un centigramme conviendront encore parfaitement.

L'éther qui agit comme anesthésique et, plus tard, comme stimulant diffusible, sera généralement préféré. Ce sera le cas de conseiller les perles d'éther.

La dyspepsie névrosique douloureuse ou spasmodique réclame les préparations calmantes liquides : le laudanum (1), la teinture thébaïque, la morphine en solution.

Les anesthésiques, s'ils sont conseillés, seront donnés sous la forme diluée de sirops ou de potions.

L'arsenic, en amenant une sédation circulatoire et nerveuse,

(1) J'ai pris l'opium comme type, mais les mêmes règles s'appliqueraient évidemment à tout autre calmant.

donne de bons résultats : c'est sous forme d'arséniate de soude en solution ou de liqueur de Fowler, qu'on le prescrira au moment des repas. On rejettera les granules d'acide arsénieux.

Dans la forme inflammatoire, où les médicaments sont si difficilement tolérés, le mucilage de gomme sera le véhicule préféré : on prescrira donc la potion gommeuse diacodée ou morphinée, la potion gommeuse bismuthée, etc...

Parfois enfin l'estomac se montre d'une intolérance extrême et rejette tout ce qui est ingéré : c'est alors qu'il faudra recourir aux lavements calmants, aux injections hypodermiques, pour calmer la douleur d'abord et ensuite pour apaiser cet état de révolte de l'organe et permettre l'administration d'autres médicaments.

## *II. Affections générales se compliquant d'un état morbide de l'estomac.*

C'est le cas des maladies générales diathésiques ou cachectiques qui, à un moment plus ou moins éloigné, s'accompagnent de troubles gastriques.

Ce sont la chlorose, l'anémie, liées de la façon la plus intime aux maladies de l'estomac qu'elles déterminent ou dont elles sont la conséquence. Ce sont les dystrophies constitutionnelles diverses, le diabète, la tuberculose, etc., ou bien les cachexies et en particulier la cachexie palustre.

Or ces troubles gastriques fournissent des indications thérapeutiques qui, pour être secondaires, n'en ont pas moins leur importance.

D'une manière générale on peut dire que dans ces cas divers la médication est reconstituante et tonique ou bien altérante : je réserverai donc les médicaments qui ne rentrent pas dans l'une de ces deux classes et commencerai par les médicaments reconstituants.

Tout d'abord on rencontre le *fer*, médicament héroïque dont les préparations nombreuses attestent la faveur qu'il ne cesse de rencontrer.

Eh bien, dans cette série pour ainsi dire interminable, ne trouvons-nous pas quelques règles qui fixent notre choix ?

Je ne passe en revue que les préparations les plus usitées : les unes sont solubles, les autres ne le sont pas ; le fer s'y rencontre à l'état de pureté : limaille porphyrisée, fer réduit ; à l'état de combinaison binaire : oxydes, sulfure, chlorure, iodure ; ou en combinaison plus complexe.—Les sels sont tantôt à acides végétaux, tantôt à acides minéraux. Enfin le fer peut être associé à des bases diverses : potasse, soude, ammoniacque ou à d'autres métaux : manganèse, etc...



Je m'arrête d'abord au choix de la substance :

L'acescence gastrique réclamera les formes les plus simples : le fer réduit, la limaille, le protoxyde, le carbonate ; les acides du liquide stomacal faciliteront la dissolution et le fer agira, et comme reconstituant, et comme absorbant.

Dans l'hypercrinie simple on préférera encore les poudres métalliques ; s'il y a lieu d'exercer une action astringente on conseillera la poudre de Marseille.

Une action astringente plus énergique, au cas où elle conviendrait, serait obtenue avec le protochlorure ou le chloroxyde.

S'il ne s'agit que d'un état saburral, les eaux minérales à la fois ferrugineuses et alcalines donneront les meilleurs résultats.

Bien souvent c'est une simple fatigue de l'estomac qu'on rencontre et l'atonie de l'organe constitue le phénomène dominant : on conseillera les sels qui sont en même temps eupeptiques : le lactate, le protochlorure ; ou bien les sels toniques comme le phosphate, le pyrophosphate ; ou légèrement excitants comme le citrate de fer ammoniacal.

Mais si l'atonie déterminait de la flatulence, c'est encore au fer métallique qu'il faudrait donner la préférence, puisqu'il agit aussi comme absorbant de certains gaz.

La douleur peut être au contraire le symptôme dominant, alors on conseillera les préparations qui ne réclament aucun travail de l'organe : le citrate, le tartrate et aussi le carbonate (surtout les eaux martiales carbo-gazeuses), l'acide carbonique ayant une légère action anesthésique.

L'association du fer et de l'arsenic sera recherchée dans les dyspepsies irritatives ; celle du fer et de l'iode dans les formes dominées par l'hystérie.

Je n'accorde qu'une valeur très médiocre au bromure de fer, l'infime quantité de brome qu'il renferme me paraissant incapable de neutraliser les propriétés excitantes du métal.

Le fer doit être administré au moment des repas, la tolérance de l'organe étant plus grande à ce moment et l'absorption étant singulièrement facilitée par la digestion. — C'est généralement au début du repas qu'on le conseille, pourtant les eaux minérales ferrugineuses, certains sels à base végétale (en solution dans la boisson ordinaire) se prennent pendant le repas. Peut-être le chlorure et le lactate devraient-ils être donnés au milieu à la manière des eupeptiques.

Les préparations ferrugineuses revêtent quatre formes principales : les dragées, les poudres, les syrops et les solutions ; il peut n'être pas indifférent de choisir.

Les dragées conviennent peu lorsque l'estomac est fatigué,

leur division par les dents, toujours désagréable, est le plus souvent imparfaite et leur dissolution est retardée d'autant. C'est assez dire que jamais les dragées ne doivent être avalées; c'est dire encore que la forme granulaire est défectueuse et doit être rejetée.

Les poudres sont très fréquemment employées, c'est même la seule forme qui convienne aux préparations insolubles.

Les solutions sont préférées pour les sels et conviennent lorsque l'irritabilité de l'organe fait mal supporter les autres formes, elles permettent d'ailleurs d'associer le fer à d'autres substances toniques ou excitantes: vin de quinquina (citrato de fer ammoniacal), sirop d'écorces d'oranges amères, etc...

Les sirops ne sont que des formes atténuées des solutions, on les recherche surtout pour les enfants.

Un des inconvénients principaux des préparations ferrugineuses consiste en une constipation souvent opiniâtre: l'oxalate de fer, qui ne possède pas cette stypticité, peut être alors conseillé. On combattra d'ailleurs avantageusement cette constipation, dans les cas qui nous occupent, en administrant concurremment la poudre de charbon qui agit comme divisant mécanique et dont l'emploi par conséquent est exempt de tout inconvénient.

La saveur styptique des préparations martiales, les éructations nidoreuses qu'elles provoquent, sont encore des répugnances dont il faut tenir compte: les préparations les moins sapides et en particulier les sels à acides végétaux auront alors la préférence. On pourra encore conseiller l'usage du pyrophosphate de fer et de soude à peu près insipide et toujours facilement acceptable (d'autant plus qu'il ne noircit pas les dents).

Mais parfois les préparations pharmaceutiques ne sont pas tolérées, il faut alors recourir aux eaux minérales ferrugineuses qui semblent contenir le métal dans un moléculaire spécial, éminemment propre à favoriser son absorption et son assimilation.

Enfin chez les sujets entièrement affaiblis qui ne pourraient digérer les martiaux c'est à d'autres reconstituants qu'il conviendra de s'adresser au début; il sera toujours loisible de revenir au fer lorsqu'une amélioration permettra à l'estomac de le supporter.

Le chlorure de sodium, beaucoup moins usité que le fer, est cependant prescrit avec succès dans certaines cachexies et aussi dans quelques cas de dyspepsie atonique, alors qu'on rencontre la flatulence, les phénomènes d'acore et de pyrosis.

La nature même du médicament et les usages journaliers.

qu'on en fait indiquent suffisamment la forme pharmaceutique qui lui convient, aussi comprend-on difficilement la préparation d'un sirop de chlorure de sodium.

Le sel marin doit être donné en nature aux repas. S'il est mal toléré par quelques estomacs irritables, le lait constituera un véhicule précieux en diminuant son action topique.

Les eaux minérales chlorurées sodiques, et en particulier celles du massif central de la France rendront encore de grands services. Mais l'administration de ces eaux ne se fera pas à la manière des eaux alcalines par exemple : ce ne sont pas des eaux de table, elles ne doivent pas être mélangées au vin (elles constituent alors une boisson détestable). Il faut les prendre pures avant les repas ou au milieu des repas.

Les préparations de *Phosphate de chaux* sont fort nombreuses et aussi fort usitées.

Le phosphate tribasique n'agit guère que comme absorbant mécanique en raison de son état pulvérulent, et un peu aussi comme antiacide ;

On le préférera au carbonate chez les sujets rachitiques.

Vient ensuite le phosphate neutre qui, de même que le précédent, est facilement supporté, mais dont l'action reconstituante est faible.

Ces préparations, prises au début des repas, conviendront lorsque l'irritabilité de l'estomac fera proscrire les autres formes. Dans le cas de gastrorrhée, la poudre sera la forme la meilleure : les acides du liquide gastrique favoriseront d'ailleurs sa dissolution.

Le lacto-phosphate de chaux et le chlorhydrophosphate de chaux en solution ou en sirop sont les préparations les plus employées ; elles sont facilement absorbables et la présence de l'acide leur communique des propriétés cupeptiques. Parfois, pourtant, cet acide est mal toléré par l'estomac, on peut recourir alors, au sirop de phosphate neutre. Les dragées, granules, etc., n'ont aucune raison d'être et doivent être absolument proscrits.

Les préparations d'hypophosphite usitées depuis un certain temps s'emploient comme celles de phosphate ; peut-être sont-elles plus facilement absorbables et devraient-elles être préférées lorsque ces dernières fatiguent l'estomac.

L'huile de foie de morue convient peu lorsque les fonctions digestives se font mal : c'est un reconstituant énergique mais d'une digestion parfois difficile.

L'atonie stomacale avec hypercrinie ou flatulence la fera donc repousser, de même que la dyspepsie irritative.

Mais il est des cas où l'organe ne s'oppose pas d'une façon

absolue à l'administration du médicament, d'autre part son usage peut, à lui seul, déterminer des troubles gastriques. Il convient donc de ne pas le passer sous silence.

L'huile doit être administrée en nature, au moment des repas. On préférera l'huile blonde ou jaune aux huiles décolorées qui sont habituellement altérées ou falsifiées et aux huiles foncées tirées de foies putréfiés.

On masquera l'odeur et le goût si désagréables à l'aide d'essences aromatiques : orange menthe, amandes amères, etc., on pourra recourir encore à une cuillère fermée dont l'emploi est assez commode.

L'émulsion avec la pancréation rendra parfois la tolérance plus grande.

Mais si l'huile n'était pas tolérée et qu'on dût y renoncer, ce n'est pas aux préparations succédantes qu'il faudrait recourir, il serait préférable, suivant le conseil de Gubler, de s'adresser aux aliments qui, normalement, renferment des foies gras : huîtres, escargots, moules, pâtés de foies de volaille, etc., ces aliments, d'ailleurs beaucoup mieux acceptés de l'estomac, sont préférables aux huiles iodées, phosphorées, bromurées, etc.

Quelques pharmaciens ont eu l'idée de capsuler l'huile de morue pour la faire mieux accepter des malades ; C'est là une préparation mauvaise, le nombre des capsules absorbées doit être considérable et la dissolution toujours difficile de leur enveloppe ajoute encore à la fatigue de l'estomac. Si l'huile n'est pas tolérée, mieux vaut s'abstenir.

Enfin on a cherché dans les préparations propylamiques les propriétés pharmacodynamiques de l'huile de morue. Malgré tout le bruit fait autour de la prophylamine, le public médical s'est sagement abstenu et le médicament nouveau est rentré dans l'ombre d'où jamais il n'aurait dû sortir.

Pour compléter les indications de l'huile de foie de morue, il faut mentionner les conditions climatiques et hygiéniques que réclame son administration. C'est pendant les temps froids seuls qu'il faut la conseiller pour cesser dès le printemps : il conviendra de plus de lui adjoindre un certain exercice corporel en plein air qui aide singulièrement à son absorption et à son assimilation.—*Le Concours Médical.*—(à suivre.)

Docteur GASSOT.

---

**De la dyspepsie des jeunes enfants.**—M. le Dr Jules Simon a consacré deux de ses intéressantes conférences du mercredi, à l'exposé des règles qui doivent présider à l'alimenta-

tion des jeunes enfants, et aux troubles digestifs graves qui peuvent résulter de leur inobservance. Résumer rapidement ces règles, insister davantage sur les causes de la dyspepsie chez les jeunes enfants et sur les moyens d'y remédier, tel est le but des lignes qui vont suivre. M. Simon a traité cette importante question avec tout le soin, tous les détails qu'elle comporte. Il semblerait inutile d'insister sur la valeur de l'allaitement maternel, si notre pays n'était pas des plus éprouvés par la mauvaise alimentation des jeunes enfants. Rappelons donc, que si l'allaitement par le lait de femme donne une mortalité de 15 %, l'allaitement maternel fournit une proportion de décès de 10 % et même de 5 %. Tandis que le biberon cause la mort de 50 % des enfants qui sont soumis à ce mode d'alimentation. Quant à l'allaitement dit "au petit pot," il suffit pour le condamner absolument, de rappeler que dans les départements où il est employé la mortalité de nourrissons s'élève à 75 % et même 80 %.

Ces chiffres indiquent au médecin la conduite qu'il doit tenir. C'est l'inobservance des préceptes de l'hygiène alimentaire qui donne le plus souvent lieu à ces troubles digestifs que M. Jules Simon a réunis sous le titre de dyspepsie des nouveau-nés. Elle est ordinairement intestinale au début, plus tard elle devient gastro-intestinale. Le petit enfant dyspeptique tette avec irrégularité, il s'arrête, puis reprend avec avidité; après la tétée, il a du malaise, le ventre est tendu, résistant mais la température de sa paroi n'est pas augmentée, les veines sous-cutanées abdominales ne sont pas développées; deux symptômes ordinaires de l'entérite.

Ses garderobes ne sont pas homogènes, mais blanches, mélangées de caillots de lait. Cette décoloration est habituelle, quelquefois il y a polycholie pendant quelques jours, mais ce n'est que passager.

L'enfant n'a pas de fièvre, mais il a la paume des mains chaude, le sommeil est léger, agité, et c'est là un phénomène important.

Tous ces accidents ont une marche graduelle, progressive, bien éloignée du début brusque, avec vomissement, constipation, accompagné de fièvre, de rougeur du pharynx et rapidement suivi dans certains cas d'une légère teinte ictérique des téguments, qui caractérise l'embarras gastrique.

Les troubles digestifs indiqués plus haut peuvent devenir très graves et par leur prolongation qui amène une altération grave de la santé, et encore plus par leur accentuation qui est pour ainsi dire fatale si on n'y porte pas rapidement remède. Comment faut-il donc les combattre? Avant de rien tenter, il

faut être bien fixé sur leur pathogénie, qui est très variée ainsi qu'on va s'en convaincre. La première des causes à invoquer, la plus fréquente, est l'alimentation. Les qualités du lait peuvent être défectueuses; il est trop aqueux ou trop riche en matières grasses, donné trop rarement, à trop grands intervalles ou au contraire à intervalles trop rapprochés et irréguliers. Quelquefois, si on a recours à l'allaitement artificiel, le biberon n'est pas assez exactement surveillé; la propreté minutieuse qui doit être une règle absolue est négligée, le lait subit un certain degré de fermentation, cause fréquente de dyspepsie.

Quelquefois toutes les conditions afférentes à l'allaitement sont les meilleurs, mais des aliments étrangers sont donnés à l'enfant, contrairement à la règle que nous avons établie plus haut. C'est là une tendance malheureusement trop fréquente dans certaines familles, et tout le monde en connaît les fâcheux résultats. La dyspepsie, qui n'en est que l'expression la plus atténuée, n'est trop souvent que le prélude d'accidents gastro-intestinaux beaucoup plus sérieux. Après ces troubles digestifs dus à une alimentation mal dirigée, nous en trouvons d'imputables à d'autres causes.

Les diathèses se manifestent presque toujours par de la dyspepsie: la scrofule, et surtout la syphilis. Tous les petits enfants syphilitiques digèrent mal, et ce trouble fonctionnel est uniquement dû à la diathèse, car, ainsi que nous l'indiquerons tout à l'heure, le mercure le fait rapidement disparaître. Le rachitisme s'accompagne quelquefois aussi de phénomènes dyspeptiques. L'intoxication paludéenne, fréquente chez les jeunes enfants, dans les pays où règne la malaria, est aussi une cause de dyspepsie, qui se caractérise suffisamment par l'augmentation du volume du ventre due à l'hypertrophie de la rate et du foie. Il est important d'être prévenu que, même chez les petits enfants, la dyspepsie peut être due à l'ingestion de substances toxiques: l'opium en particulier. On a cité des faits (et M. Simon en a observé un des plus intéressants) dans lesquels des phénomènes dyspeptiques graves survenus chez des nourrissons, étaient dus à la coupable habitude qu'avaient les nourrices, désireuses de n'être pas réveillées pendant la nuit, d'administrer des décoctions de pavots aux enfants. On comprend combien il peut être difficile de découvrir une pareille pratique. D'autres fois la dyspepsie est causée par certaines malformations (une hernie ombilicale, l'arrêt d'un testicule dans un des canaux inguinaux). L'application d'un bandage contentif dans le premier cas, l'évolution normale de la glande dans le second peuvent faire disparaître ces accidents.

On a cité des faits de troubles digestifs uniquement dus à la constriction trop forte des vêtements de l'enfant. Le remède est tout indiqué.

L'influence du froid est indéniable. C'est à elle qu'il faut souvent attribuer les indigestions chez les enfants. Elle peut, par sa continuité d'action, entretenir des troubles permanents. Comme contraste il faut citer l'extrême chaleur, qui provoque des résultats analogues.

Enfin la dentition cause fréquemment, comme chacun sait, des dyspepsies rebelles qui sont attribuables à la douleur que provoque l'éruption dentaire.

Enfin, après cette rapide énumération des causes de dyspepsie, il importe d'ajouter que l'hérédité joue un certain rôle dans sa production. Dans certaines familles, la tendance à la dyspepsie se transmet de père en fils, et peut se manifester dès le jeune âge.

Le traitement de la dyspepsie des jeunes enfants est varié, les nombreuses causes qui peuvent la déterminer l'ont fait ressentir. Le traitement préventif consiste à les éviter avec soin, mais une fois la dyspepsie constituée, le médecin doit, avant tout traitement, s'enquérir des causes qui ont pu la déterminer, sous peine d'instituer une thérapeutique hasardense qui serait très souvent inefficace, puisque dans certains cas la disparition de ces causes peut être seule efficace, et que dans d'autres, la syphilis, par exemple, leur nature nécessite un traitement tout spécial. Sans insister davantage sur ces considérations nous indiquerons rapidement les moyens de combattre les troubles digestifs eux-mêmes. Si, au début, la langue est blanche, s'il y a des symptômes d'embarras gastrique l'ipéca sera employé avec succès. L'eau de Vichy, l'eau de Vals (Saint-Jean), chez l'enfant comme chez l'adulte, donnent de très bons résultats.

A chaque tétée, ou à chaque biberon on donne: au-dessous d'un an une cuillerée à café; au-dessus d'un an, une cuillerée à dessert de l'une ou l'autre de ces eaux, qu'on a eu soin de chauffer légèrement au bain-marie. Il est important de ne pas laisser une bouteille plus de deux jours en vidange.

S'il y a des vomissements, on prescrira l'eau de chaux dans l'intervalle des repas; s'ils persistent, on emploiera avec avantage la potion de Rivière, à la dose d'une cuillerée à café de chacun des flacons toutes les demi heures.

Enfin, si ces deux moyens rentent sans effet, on donne après chaque petit repas de l'enfant, une cuillerée à café d'une sorte de sorbet composé de glace râpée, de poudre de bismuth et le sirop de gomme.

L'enfant a souvent des douleurs de ventre assez vives, on les

combattra par des lavements d'eau tiède, simple ou additionnée de glycérine ou d'huile.

S'il y a de la constipation, ces lavements la feront disparaître; mais s'ils étaient sans effet, on donnerait de temps en temps à l'enfant un mélange d'une cuillerée d'huile de ricin et d'une quantité égale d'huile d'amandes douces. Il est très important de maintenir une température uniforme au niveau du ventre par l'application d'une ceinture de flanelle, les frictions sèches ou faites avec l'huile de camomille camphée sont utiles également.

Si les douleurs de ventre persistent malgré tous ces moyens, on prescrira des bains émollients, des lavements additionnés d'une quantité de laudanum, véritable suivant l'âge de l'enfant, des fomentations sur le ventre avec de l'huile de jusquiame. Enfin si tous ces moyens restent inutiles on pourra appliquer au niveau de l'épigastre un petit vésicatoire volant, renouvelé suivant les cas tous les huit ou dix jours.

Si la dyspepsie est due à une cause générale, la syphilis ou l'impaludisme, il est inutile d'indiquer que le seul traitement à employer consistera, dans le premier cas, dans l'administration de mercure; dans le second, dans celle du sulfate de quinine.  
—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

---

**Le parasitisme nosologique en 1880.**—Il est une loi naturelle qui de nos jours apparaît extrêmement féconde en applications dans l'art de guérir. Elle pourrait se formuler ainsi;

En Physiologie, tout ce qui est organiquement *anormal* appelle le parasitisme.

Or, en pathologie le parasitisme devient cause directe quoique seconde de lésions ultérieures lesquelles, bien que identiques en apparence, diffèrent essentiellement des lésions primordiales, surtout lorsque celles-ci sont de l'ordre nosologique. De là, l'étiologie parasitaire accessoire, contingente en quelque sorte, des affections morbides et en particulier des maladies virulentes ou contagieuses que, par inoculation sur un individu donné, on parvient régulièrement à reproduire de toutes pièces (y compris, semble-t-il, l'intensité morbifique). A ce propos le microscope de la science contemporaine nous a fait d'étonnantes révélations. Au point de vue de la thérapeutique des affections dites *chirurgicales*, les découvertes de ce microcosme merveilleux sont de la plus haute importance. Aussi la cure des opérés et des blessés a-t-elle fait un progrès immense en



ces derniers temps, grâce aux pansements antiseptiques de la suppuration, nous pourrions dire grâce à la curation antiparasitaire de chirurgie moderne.

Mais, si en pathologie il est absolument en notre pouvoir d'empêcher par ce qu'on nomme *antiseptique*, le développement de la maladie infectieuse là où elle n'existe pas encore, il n'en suit nullement que nous devons arriver à empêcher par la même voie la *surrection* de l'entité morbide qui dans certaines conditions, comiques ou autres, s'incarne spontanément dans l'économie. Ici les traitements topiques ne sont pas non plus à dédaigner sans doute; mais, ne visant qu'une cause secondaire d'état morbide, ils bornent leur efficacité à éloigner les complications subséquentes qui se produiraient infailliblement en vertu de la multiplication phénoménale du parasite léthifère, telle, par exemple, que la diffusion de l'épidémie par contagé. C'est ce qui fait que les affections du ressort de la nosologie humaine, lorsqu'elles se montrent à l'état épidémique, sont, dans leur existence du moins, parfaitement indépendantes de leur caractère contagieux, encore que la contagiosité parût ne dépendre que de la transmission mécanique des entités parasitaires de l'un individu à l'autre (transmission par conséquent, qui supprimée tout à fait ne suffirait pas pour enrayer la propagation ou l'extension du mal populaire).

Parmi les noms auxquels nous devons surtout nos conquêtes scientifiques relatives au parasitisme nosologique, figure avec honneur celui d'une célébrité française de Paris, M. Pasteur, membre de l'Académie de médecine. Renfermés dans les limites légitimes d'une sphère déterminée, les travaux de M. Pasteur seront trouvés considérables et ne manqueront pas de faire quand même du brillant académicien un prince de la science du dix-neuvième siècle. Mais ce qui ternira certainement l'éclat de son illustration, ce sera le vouloir malsain ou puéril qu'il partage avec les enseignements organiciens, lesquels prétendent ruiner la doctrine de la spontanéité morbide et substituer à cette étiologie traditionnelle de la spontanéité vivante, l'étiologie toute matérialiste de l'idée parasitaire; et ce, en niant une cause première et principale pour la remplacer par une cause seconde ou subordonnée,

Cette erreur est d'une incomparable gravité. Heureusement, en face de la dialectique magistrale dont *pour toujours* Émile Chauffard a doté la science, cette conception maligne ne tiendra pas. Une simple observation pratique du reste en ferait immédiatement justice: l'arrêt brusque, instantané, d'une épidémie meurtrière qui disparaît comme par enchantement en quarante-huit heures, au plus fort de l'épanouissement... *microbique* (!).

Eh bien, ces prétentions inouïes, le savant académicien de Paris les a transportées, paraît-il dans la question du Phylloxera et dans celle de la maladie des vers à soie. Bien plus, on en a littéralement submergé la science, car il n'est pas jusqu'à l'acidification du vin ou sa transformation en vinaigre qui n'ait été trouvée capable d'une solution au *microbe*. Il y a là de grandes difficultés, c'est vrai, mais le gouffre, des *inconnues* dans le présent est si vaste et le sac de l'avenir pour les recevoir est si large qu'il y a toujours moyen de se tirer d'affaire. C'est ainsi qu'en sophiste roué—inconscient peut-être—l'habile théoricien se contente de faire de l'absence de *récidive* dans les maladies virulentes une "étrange circonstance" et c'est là vraiment une autre barrière infranchissable. Mais qui sait, dirait-on de suite, si nous ne sommes pas à la veille de franchir la barrière?!

La science doit beaucoup à M. Pasteur. Entre autres bienfaits, elle lui doit l'une des plus belles démonstrations de cette vérité principe: "La génération spontanée de l'être vivant n'existe pas." Toutefois:

Quand armé du microscope à la manière d'un Virchow, M. Pasteur s'écrie à propos du phylloxera ou de nous ne savons quel autre fléau du même genre, "je suis maître de la maladie, je puis la donner et je puis la prévenir quand je veux": Quand, changeant l'un des termes de l'immortelle proposition qu'il a si bien défendue en physiologie pure, il imagine qu'en pathologie on pourra bientôt affirmer la suivante. "La génération spontanée de l'entité morbide n'existe pas": Quand, escomptant ses magnifiques découvertes au sujet du parasitisme nosologique, il vient nous annoncer l'arrivée, grâce à lui, d'une nouvelle médecine (la microbiatrie!) destinée non seulement à ruiner l'ancienne, mais encore à tuer la maladie *sicut pediculum*, à la tuer jusque dans sa spontanéité philosophique mise en évidence par les Trousseau, les Pidoux et les Chauffard, nous croyons qu'il se leurre tristement et nous déplorons pour une si haute intelligence cette affliction de positiviste.—*La Lancette Belge.*

Dr X.

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Le collodion dans le traitement des maladies d'oreilles. — Le Dr Mackeown (de Belfast) a, dans un travail lu, en 1879 à la réunion de l'Association médicale britannique à Cork, traité de l'emploi du collodion appliqué sur la membrane du tympan dans plusieurs maladies de l'oreille.

Voici la proposition fondamentale par laquelle il débute :

Presque tous les désordres qui succèdent aux catarrhes de la trompe d'Eustache ou de la caisse sont produits par la concavité ou la convexité du tympan. Ces deux courbures, conséquences premières de ces maladies, changent les rapports de la membrane et des osselets entre eux, déterminent la formation de synéchies diverses, donnent lieu à une tension et à une rigidité exagérées des osselets placés dans des conditions anti-physiologiques, à un enfoncement de l'étrier dans la fenêtre ovalé par suite, à une compression du liquide labyrinthique; enfin elles peuvent produire le raccourcissement et la rétraction du muscle tenseur du tympan et la perte de la faculté d'accommodation qui en est la conséquence.

Le Dr C. Miot, dans l'*Un. med.* du 6 décembre 1879, dit vrai :

Les symptômes subjectifs, qui sont le cortège ordinaire des maladies de l'oreille moyenne, sont connus : pesanteur de tête, bruits dans les oreilles, étourdissements, surdité. Le traitement efficace de ces désordres l'est moins, et les chirurgiens auristes ont malheureusement trop souvent constaté, par expérience, l'insuffisance des moyens employés pour les combattre. Une pression exercée sur les parois de la caisse, par un procédé ou par un autre, est jusqu'à présent le seul moyen connu d'employer le retrait de la membrane ou d'y remédier. Dans quelques cas on a obtenu par l'insufflation dans la caisse le résultat cherché; mais le plus souvent l'effet produit est mauvais ou dure seulement quelques minutes, quelques heures ou quelques jours.

Si donc on peut tirer parti d'un agent thérapeutique puissant, agissant lentement, et dont l'influence peut se continuer des semaines et des mois, hâtons-nous de l'employer. C'est le collodion soit!

Voici, d'après Mackeown, les cas divers dans lesquels on peut préconiser le collodion :

Le collodion peut être employé pour rompre ou distendre des synéchies unissant le tympan aux parties voisines. Il sert à constater la présence de certaines synéchies invisibles en attirant en dehors les parties non adhérentes et en déterminant une dépression caractéristique au niveau des libres. (La rétraction de cette substance est si grande qu'elle peut déterminer la rupture du tympan.) Il diminue et parfois fait cesser complètement les bruits et les autres symptômes subjectifs. Il s'oppose à la rétraction du tympan dans les catarrhes récents. Il améliore l'ouïe dans la plupart des cas et parfois à un degré considérable. On doit faire plusieurs applications de collodion,

et les résultats sont plus lents toutes les fois que les affections sont anciennes et que les synéchies sont nombreuses. En même temps que l'auteur fait connaître ses observations personnelles, il rend compte des résultats obtenus par Hinton, en employant le collodion pour maintenir béante une perforation chirurgicale du tympan faite dans le but d'injecter et d'insuffler des substances médicamenteuses dans la caisse. Ces perforations n'ont persisté que douze jour au plus, mais Hinton espérait qu'en incisant largement le tympan et en appliquant le collodion sur toutes les parties correspondant aux lèvres de la plaie on empêcherait la cicatrisation de l'ouverture chirurgicale. Il est mort avant avoir pu expérimenter ce nouveau procédé.

Mackeown a songé à diminuer, par ce moyen, la rétraction du muscle *tensor tympani* et à rendre moins grande la pression intra-labyrinthique. Il a été conduit naturellement à comparer l'action du collodion sur le tympan avec celle de l'atropine et l'iridectomie sur l'œil. Si l'atropine prévient les synéchies de l'iris, ou les rompt et préserve l'œil d'attaques répétées d'iritis, puis de glaucome, le collodion, en attirant la membrane du côté du conduit, peut de même, au début de quelques affections de la caisse, empêcher la formation de synéchies du tympan et de quelques autres complications. L'auteur ne tient pas à employer le collodion à l'exclusion d'autres traitements, mais il le considère comme un des auxiliaires les plus efficaces qu'il connaisse.

*Mode d'emploi.*—Le collodion est appliqué sur le tympan avec un pinceau en poils de chameau, suivant les indications particulières à chaque cas. Lorsqu'on désire que le collodion ait une action encore plus énergique, on en fait tomber une goutte ou deux sur le tympan à l'aide d'un spéculum; puis on fait pencher la tête du malade du côté de l'oreille traitée, afin que l'excès du liquide s'écoule au dehors. Le collodion n'adhère pas aux parois du conduit.

Les malades traités par ce procédé se sont généralement plaint d'un peu de raideur et d'inquiétude qui ont bientôt disparu. Jusqu'à ce jour, le Dr Mackeown n'a eu aucun résultat fâcheux, bien qu'il ait employé ce moyen dans un nombre considérable de cas.

Voici maintenant les remarques judicieuses d'un praticien-auriste éclairé, de M. C. Miot :

Le collodion est un agent très-propre à redonner de la mobilité à la membrane du tympan distendue et même à rompre des adhérences peu épaisses ou peu nombreuses; mais nous ne croyons pas, si nos observations personnelles de date encore récente sont confirmées, qu'on puisse modifier la courbure du

tympan d'une manière sensible ou augmenter l'acuité auditive lorsque les synéchies sont très-tendues, très-nombreuses et très-fortes. Même dans des cas où le tympan sera redevenu plus mobile, l'acuité auditive ne sera pas modifiée, parce que les liens anormaux qui existent souvent dans d'autres parties de la caisse n'auront pas été rompus. On ne peut donc jamais affirmer qu'on obtiendra une amélioration; mais ce moyen thérapeutique n'offrant aucun danger et ne causant pas beaucoup de douleur, on peut en faire l'essai les autres traitements rationnels n'ont pas réussi, ou y avoir recours concurremment avec d'autres, comme nous l'avons déjà fait avec succès. Le collodion pourra être employé pour diminuer ou empêcher la rétraction du muscle *tensor tympani*, au début de l'affection; mais quand cette lésion est fortement accusée et date d'un certain temps, la ténotomie de ce muscle peut seul donner un résultat favorable, et il ne faut se servir du collodion que pour attirer le tympan du côté du conduit et écarter l'une de l'autre les surfaces de section du tendon.

Cette substance, employée par J. Hinton pour maintenir béante une perforation chirurgicale du tympan, n'a donné que des résultats temporaires et qui ne sont pas supérieurs à ceux que nous avons indiqués ailleurs.

Le mode d'application à l'aide du pinceau ne nous a pas paru aussi facile que celui que nous employons, et qui consiste à porter le collodion sur le tympan avec un bourdonnet de coton assez petit et enroulé fortement autour de l'extrémité d'une tige coudée, comme celle qui est représentée figure 6 dans notre travail sur la perforation artificielle du tympan. On introduit un spéculum dans l'oreille, et, après avoir éclairé le conduit, on trempe le coton dans le collodion et on badigeonne la membrane en partie ou en totalité. Si on veut l'enduire d'une couche très-épaisse, on en met une seconde dès que la première est solidifiée, c'est-à-dire au bout de quelques minutes.

Reste à connaître l'opinion complète de M. C. Miot sur ce mode de traitement. J'estime qu'elle ne se fera pas longtemps attendre.—*Le Mouvement Médical*.

JULES PETIT.

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

---

De la rupture du col de l'utérus comme cause d'hémorrhagie après l'accouchement; Par M. le docteur A. DE LA ROCHE.—Plusieurs causes peuvent produire une

hémorrhagie à la suite de l'accouchement ; mais il en est une qui est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit, et qui n'est pas mentionnée par les auteurs ou du moins n'est pas présentée sous un point de vue bien net : je veux parler de la rupture spontanée du col de l'utérus pendant l'accouchement. Je citerai d'abord une observation personnelle d'hémorrhagie grave après la délivrance, puis je dirai l'explication qu'en a donnée M. le docteur Delore.

M<sup>me</sup> R..., âgée de 20 ans, d'une bonne constitution, primipare, n'a éprouvé aucun malaise dans tout le cours de sa grossesse ; elle a toujours fait de l'exercice.

Le 20 novembre, à quatre heures du soir, M<sup>me</sup> R... était dehors ; elle éprouva alors quelques douleurs et se hâta de rentrer chez elle. Je la vois à six heures ; le col est ramolli et perméable ; on sent très bien la fontanelle postérieure à gauche et en avant ; le summum des bruits du cœur est à gauche. C'est une occipito-iliaque gauche antérieure. Perte à ce moment d'une grande quantité de glaires. A onze heures, les douleurs sont plus vives, le col est effacé, la dilatation se fait bien, et à deux heures du matin elle est à peu près complète. La rupture de la poche des eaux a lieu à ce moment, il ne sort qu'une faible quantité de liquide. De deux à quatre heures, le travail continue mais sans avancer, les douleurs sont très vives ; à quatre heures, les douleurs cessent, la femme se promène dans sa chambre pour ramener les douleurs. Elles reparaissent, en effet, mais elles sont beaucoup moins fortes. La tête descend dans le vagin et vient faire bomber le périnée. De cinq à huit heures, la tête reste stationnaire ; les battements du fœtus deviennent tumultueux et moins perceptibles. Je me décide alors à appliquer le forceps. Une légère traction suffit pour amener la tête. L'accouchement se termine normalement. L'enfant était un peu cyanosé, mais vigoureux ; la section du cordon est faite. La femme ne perd que très-peu de sang : M. Delore entre en ce moment dans la chambre de l'accouchée, qui n'éprouve aucun malaise ; un quart d'heure après, la délivrance est faite par le docteur Delore. Le placenta placé à l'orifice utérin a été retiré sans effort. Aussitôt le placenta extrait, le sang coule en abondance ; cependant on sent que l'utérus est dur. Le sang continuant à couler, nous nous décidons à faire la compression de l'aorte abdominale pendant que nous administrions 3 gr. d'ergot de seigle en quatre prises. Au bout de vingt minutes on cesse la compression et l'hémorrhagie reparait. La femme tombe dans un état syncopal alarmant ; l'estomac est énormément distendu par des gaz. Ces gaz avaient été absorbés en même temps que les boissons que

nous avons fait prendre à la malade. Cela tenait surtout à la mauvaise disposition du biberon. Mme R..., couchée très-horizontalement, est dans un état d'évanouissement presque continu.

Devant cette hémorrhagio aussi rebelle, M. Delore se décide à introduire la main dans l'utérus pour faire la compression interne et retirer les caillots. Il est frappé de la facilité avec laquelle il y pénètre, et il constate une déchirure du col à gauche, partant de l'orifice externe et intéressant une partie de l'orifice interne. La compression est faite pendant 25 minutes. En retirant la main, il amène une grande quantité de caillots.

L'hémorrhagio semble être arrêtée; mais quoique l'utérus soit très-dur, elle repaait encore par intervalle. Nous appliquons alors des compresses vinaigrées froides sur la vulve de la glace sur le ventre et nous faisons des circulaires sur les quatre membres; mais nous n'obtenons aucun résultat. La femme est pâle, toujours en syncope; le pouls est à 160. M. Delore comprime de nouveau l'aorte abdominale et on donne de la glace à l'intérieur avec un peu d'éther. Au bout d'une demi-heure, l'hémorrhagio semble être définitivement arrêtée. Nous nous étions procuré deux ballons en caoutchouc pour faire la compression interne dans le cas où l'hémorrhagio repaaitrait.

Cette hémorrhagio avait duré deux heures et demie. La femme a de fréquentes éructations gazeuses; et ce tympanisme stomacal disparaît peu à peu; mais l'état syncopal persiste. La rupture du col explique très bien pourquoi le travail a cessé à quatre heures du matin et pourquoi l'accouchement n'a pas pu se terminer seul.

Dès que l'hémorrhagio a eu cessé, M. Delore a examiné très attentivement le placenta; il était entier, sans déchirures, très épais, bien nourri et correspondant très bien aux bonnes conditions de la grossesse. Les membranes étaient entières. Elles n'offraient qu'une déchirure à peu près centrale de la dimension de la tête de l'enfant.

Rien de ce côté ne peut expliquer une hémorrhagio aussi grave chez une femme robuste et bien portante. Pour M. Delore, l'hémorrhagio s'est produite parce que le col ne pouvant se fermer, aucun caillot n'a mis obstacle à l'issue du sang. Quand l'accouchement se fait normalement, il y a formation d'un caillot dans le corps de l'utérus, caillot qui trouve un point d'appui sur l'orifice externe du col qui est resserré. Ce caillot maintient les autres caillots qui se sont formés dans les sinus utérins. Dans le cas qui nous occupe, le caillot qui se formait dans le corps ne pouvait pas y rester, puisque le point

d'appui fourni par l'orifice interne du col n'existait plus; en outre, la contraction utérine qui était très énergique à cause de l'ergot de seigle projetait au dehors ses caillots à mesure qu'ils se formaient, et de là la persistance de l'hémorrhagie. Avant la délivrance il n'y avait pas d'hémorrhagie, parce que le placenta fournissait un point d'appui suffisant aux caillots des sinus utérins. L'explication donnée par M. Delore montre très bien le mécanisme de cette forte hémorrhagie, et de plus elle nous met sur la voie du traitement qu'il faut employer.

Quand on a bien constaté une déchirure du col, M. Delore conseille d'appliquer aussitôt deux ballons en caoutchouc, l'un dans la cavité utérine et l'autre dans la cavité vaginale. Dans le cas où le ballon de la cavité utérine n'y resterait pas, on devrait gonfler celui de la cavité vaginale le premier. Par ce moyen on remplace artificiellement le col utérin en donnant un point d'appui aux caillots qui se forment dans les sinus utérins, source de l'hémorrhagie.—*Lyon Médical.*

---

## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

---

**Moyen de masquer l'odeur désagréable de l'iodoforme.** LINDEMANN. — L'iodoforme en pommade, d'après E. Kurtz, donne d'excellents résultats dans l'orchite, les adénites strumeuses, la lymphangite, la périphlébite. Il fait disparaître les chancres indurés et les chancres mous. Mode d'emploi, iodoforme 1 partie, glycérine 10 parties.

D'après le Dr Lindemann, le baume du Pérou masque complètement l'odeur désagréable de l'iodoforme; deux parties de ce baume neutralisent parfaitement une partie d'iodoforme. Les meilleurs véhicules sont l'axonge, la glycérine et surtout la vaseline. Voici une formule que recommande l'auteur :

Iodoforme.....	1 partie.
Baume du Pérou.....	3 —
Vaseline.....	8 —

Il prescrit encore souvent la suivante :

Iodoforme.....	1 partie.
Baume du Pérou.....	3 —
Alcool, glycérine ou collodion....	12 —



On mélange d'abord bien exactement l'iodoforme et le baume du Pérou, puis on ajoute les autres substances. (*British med. Journal.*)—*Progrès Médical.*

---

**Conseils contre les insomnies.**—Les personnes nerveuses sont plus que toutes autres sujettes aux insomnies. Pour obtenir un peu de sommeil, elles ont recours aux narcotiques qui finissent toujours par avoir une influence fâcheuse sur la santé. Nous pouvons leur recommander une méthode très-simple et qui procurera infailliblement le repos qu'elles cherchent par d'autres moyens: c'est de se frictionner ou de se faire frictionner pendant quelques instants avant de se coucher, soit avec un morceau d'étoffe de laine rude, soit, de préférence, avec une brosse à frictions.—*La Lancette Belge.*

---

**La vue.**—Conseils hygiéniques pour conserver la vue:

Évitez de fixer vos regards sur des objets difficiles à distinguer lorsque la lumière n'est pas suffisante.

Évitez l'éclat d'une lumière trop vive.

On a vu des hommes qui se faisaient un jeu de regarder fixement le soleil, perdre instantanément la vue.

Rappelez-vous que les couleurs qui reposent la vue sont le vert et le bleu.

D'autres, comme le rouge, produisent une sensation pénible. Les murs blancs, le sol couvert de neige, réfléchissent une si grande quantité de lumière qu'ils enflamment souvent les yeux.

Ne choisissez des couleurs ni trop éclatantes ni trop sombres, mais surtout évitez l'opposition tranchée des couleurs.

Le défaut de nourriture fait un pernicieux effet sur la vue.

Il est rare que les ivrognes aient de bons yeux.—*La Lancette Belge.*

---

---

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, MAI 1880.

*Comité de Rédaction :*

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE  
ET S. LACHAPELLE.

---

## · Hôpital Notre-Dame.

---

M. le Curé de Notre-Dame vient de prendre la généreuse initiative de doter notre métropole d'un nouvel hôpital. C'est le cas de tirer du domaine des lieux communs une locution que l'on applique à tout ce qui est nouveau et de dire, avec raison, qu'il vient de " combler une lacune." Le public en général et surtout le public médical lui sauront gré de ce grand pas dans la voie du progrès matériel et scientifique, et personne ne s'étonnera de l'appui qu'il reçoit de Mgr de Montréal et de l'encouragement qu'il trouve chez tous les citoyens charitables de cette ville.

C'est là, assurément, une charité opportune car Montréal avec ses 150,000 habitants ne met actuellement au service de ses malades indigents que 300 ou 350 lits; et encore plusieurs de ces lits sont-ils occupés par des vieillards et des incurables qui ne sont pas là à leur place. Il est facile de constater que ce nombre est insuffisant, car à certains moments de l'année nos deux hôpitaux regorgent de malades et sont dans la nécessité de fermer leurs portes à un grand nombre de malheureux qui auraient droit à leur part de l'assistance publique.

Si nous comparons notre service hospitalier à celui des grandes villes d'Europe et d'Amérique nous constatons, il est vrai, que nous ne sommes pas tout à fait au bas de l'échelle, tant s'en faut; ainsi Londres avec ses dix-huit hôpitaux offre de précieux avantages pour l'enseignement clinique, mais ne possède qu'un total de 4,134 lits pour une population de 3,252,000 habitants, ce qui donne une proportion moindre que la nôtre; nous sommes loin cependant d'être en tête de la liste, ainsi le service hospitalier de Paris que l'on reconnaît être le mieux organisé du monde comprend, pour une population de 1,852,000 habitants, quinze grands hôpitaux contenant

un total de 7,693 lits (1) et cela sans compter Bicêtre et la Salpêtrière qui abritent à peu près 7,000 vieillards, infirmes, aliénés, épileptiques et idiots des deux sexes, et avec tout cela on reconnaît que le service est insuffisant. Nous nous contenterions à moins.

On a choisi pour local de l'hôpital Notre-Dame, l'ancien hôtel Donegana, rue Notre-Dame, près la place Dalhousie. La bâtisse est très spacieuse, pourrait au besoin contenir plusieurs centaines de lits et sera très bien adaptée au but auquel on la destine, quand on y aura fait les améliorations projetées. Comme site elle laisse très peu à désirer; l'élévation du terrain et la proximité du fleuve et du carré lui assurent l'avantage d'une ventilation facile et effective et lui offre une garantie contre l'humidité et la stagnation des égoûts. Sa position au centre de la ville, à proximité du port et du faubourg Québec, le plus populeux et peut-être celui qui alimente le plus les hôpitaux, offre aux malades et aux blessés l'avantage inappréciable d'un transport très court et peu dispendieux et permettra aux parents et amis de visiter plus facilement et à moins de frais ceux auxquels ils s'intéressent.

L'hôpital Notre-Dame sera desservi par les révérendes Sœurs Grises, dont l'expérience dans le soin des malades est une solide garantie pour le public et la profession.

Le département médical sera sous le contrôle des professeurs de la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal qui auront toute la facilité possible d'y donner l'enseignement clinique à leurs élèves pendant toute l'année.

Un médecin interne sera attaché à l'établissement pour les cas d'urgence pendant la nuit ou en l'absence des chefs de service.

Cet hôpital aura pour but, comme tous les autres, l'assistance publique sans distinction de sexe, religion ou nationalité mais aura aussi des appartements privés où les malades possédant quelques moyens et qui ne tiennent pas maison ou qui ne trouvent pas chez eux l'assistance nécessaire, pourront se procurer pour une somme modique tout le confort et le soin désirables. Ces malades auront parfaite liberté de choisir leur médecin, même en dehors du personnel médical de l'établissement.

Tout donne à espérer que l'hôpital Notre-Dame sera organisé et administré de manière à ce que le public, la profession et les étudiants en médecine y trouvent également leur profit.

Cet hôpital sera ouvert dans le cours du mois de juin.

---

(1) L'hôtel-Dieu, 834 lits; la Pitié, 726; la Charité, 467; St. Antoine 594; Necker, 445; Cochin, 197; Beaujon, 416; Lariboisière, 634; St. Louis 825; le Midi, 336; Louvois, 276; les Enfants malades, 118; Ste. Eugénie 385; la Maternité, 300; les Cliniques, 152.

## Société Médicale de Montréal.

Séance du 2 Avril 1880.

Présidence de M. le Dr E. P. LACHAPELLE.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, il est proposé par le Dr A. DAGENAI, secondé par le Dr A. LAMARCHE, que M. le Dr MAURICE H. SEYMOUR soit admis membre actif de la Société Médicale de Montréal.

Cette motion est adoptée.

Le Dr H. E. DESROSIERS rapporte un cas d'Eclampsie puerpérale traité avec succès par des inhalations continues et prolongées de Chloroforme.

La malade, sujet de l'observation était une primipare, âgée de 18 ans, de constitution lymphatique, et souffrant d'œdème des extrémités.

Les convulsions se montrèrent au moment même de l'accouchement, quelques minutes seulement avant la naissance de l'enfant, et se continuèrent au nombre de douze à treize alors que l'on commença à administrer le chloroforme. Aucun accès convulsif ne survint après la première inhalation.

La patiente fut tenue douze heures sous l'influence de l'agent anesthésique, après quoi, les convulsions ne manifestant aucune tendance à reparaitre, on cessa toute inhalation, et la malade reprit connaissance graduellement. L'analyse de l'urine, faite sept heures après la dernière convulsion révéla la présence d'une grande quantité d'albumine. Cette proportion d'albumine alla d'imminuant très rapidement, et, le lendemain soir, on n'en pouvait plus retrouver que des traces. La guérison fut complète.

Dr A. DAGENAI: Le cas que vient de rapporter M. le Dr Desrosiers prouve certainement beaucoup en faveur du chloroforme; j'avoue pourtant qu'il ne me convertit pas à l'emploi de cet anesthésique dans le traitement de l'éclampsie. Quant au bromure de potassium et au chloral, je ne crois pas à leur efficacité dans ces cas. Le moyen qui m'a le mieux réussi est la saignée. On ne connaît pas encore d'une manière certaine la cause de l'éclampsie. Les uns l'expliquent par l'albuminurie, les autres par l'urémie; d'autres enfin y voient une perversion essentielle du système nerveux. Ce qu'il y a de certain c'est que quand la mort survient elle a lieu en général par épanchement cérébral dû à une trop grande pression du sang dans les vaisseaux intracrâniens. Il faut donc saigner pour

prévenir cet épanchement. Au reste, de quelque façon que puisse agir la saignée dans l'éclampsie, mon expérience est là pour me dire que les femmes éclamptiques que j'ai eu occasion de voir saigner ont toutes guéri, sans exception aucune. J'emploie aussi le chloroforme dans le cours du traitement de l'attaque éclamptique, mais seulement comme auxiliaire de la saignée, et je compte beaucoup plus sur la saignée que sur le chloroforme pour la guérison de mes malades.

Certains pathologistes expliquent ainsi la production de l'éclampsie chez les femmes enceintes. Pendant la grossesse, il y aurait hypertrophie temporaire du ventricule gauche du cœur en même temps qu'hydrohémie. Ces deux états pathologiques tendraient donc à produire une congestion séreuse du cerveau et, par suite, l'anémie de cet organe. Or la saignée serait indiquée, ici, car elle agit comme sédatif du cœur. Cette manière d'expliquer l'éclampsie et vers laquelle paraît pencher Schroëder prouverait aussi contre l'emploi du chloroforme dans l'éclampsie; cet anesthésique, comme on le sait, anémie le cerveau.

Pour ce qui est de la présence de l'albumine dans l'urine des éclamptiques, elle ne signifie absolument rien, selon moi.

On se demande souvent quelle conduite l'accoucheur doit tenir quand l'éclampsie se déclare pendant l'accouchement. Si la dilatation du col est assez complète pour nous permettre de faire la version ou d'appliquer le forceps, il n'y a qu'à employer l'un ou l'autre de ces moyens afin de terminer le travail le plus tôt possible. Mais s'il faut avoir recours à des manœuvres mécaniques pour hâter la dilatation v. g. dilatation forcée, je suis d'avis qu'on ne doit pas employer de telles manœuvres, mais attendre plutôt que la dilatation se fasse par les seules forces de la nature.

La présence du fœtus dans l'utérus n'a pas toujours l'influence que quelques médecins paraissent admettre dans l'éclampsie. Car souvent on voit les attaques se continuer après l'accouchement et même se terminer par la mort. De plus cette maladie se déclare assez fréquemment quelques heures après la délivrance, ce qui prouve d'une manière évidente qu'elle n'est pas due à la présence de l'enfant dans l'utérus.

Dr A. G. A. RICARD: Le cas du Dr Desrosiers est vraiment exceptionnel. Ici la patiente était anémique et de tempérament nerveux, cependant la saignée, si elle eût pu être pratiquée, aurait été utile. Le chloroforme a agi, ici, comme l'aurait fait la saignée, c'est-à-dire en anémiant le cerveau. Le bromure de potassium aurait aussi eu de bons effets en diminuant la vitesse d'action du cœur et en calmant le système

nerveux. Je n'ai pas autant de confiance dans l'emploi du chloral qui peut, soit au moment où son action commence, soit au moment où elle va cesser, congestionner le cerveau. Dans le cas présent, j'aurais donné la préférence au chloroforme, puis au bromure de potassium.

Dr A. LARAMÉE : Je partage entièrement la manière de voir de M. le Dr Dagenais au sujet de la saignée, et considère que celle-ci doit occuper le premier rang dans le traitement de l'éclampsie. Quand nous avons l'autorité de Depaul, Dubois et de tant d'autres accoucheurs qui affirment que la saignée est le meilleur mode de traitement à suivre dans l'éclampsie, on doit nécessairement y croire ; si à cela nous ajoutons les résultats de notre expérience personnelle, tout doute doit être levé. Comment agit la saignée ici ? En diminuant la congestion des organes qui sont le plus directement menacés, tels que le cerveau, la moëlle, les poumons, etc. Cette seule considération doit nous engager à employer ce moyen. A mon avis, on doit toujours saigner dans l'éclampsie, même quand le sujet est anémique, ou d'un tempérament lymphatique. Quant au chloroforme on ne devrait pas l'employer avant d'avoir eu préalablement recours à la saignée. Le cas que l'on vient de rapporter se serait, je n'en doute pas, terminé très favorablement, même sans l'emploi du chloroforme. Celui-ci n'est qu'un palliatif dans le traitement de l'éclampsie, et quand on s'en sert à l'exclusion de tout autre moyen, on laisse tout simplement à la nature le soin de la guérison. Le chloral est, à mon sens, de beaucoup préférable au bromure de potassium dans ces cas et je crois que l'expérience des accoucheurs est là pour le prouver. Mais ces médicaments ne doivent toujours venir qu'en second lieu, car le danger est imminent et la saignée est le plus prompt moyen que nous ayons à notre disposition.

Si l'accouchement a lieu avant qu'il y ait eu un trop grand nombre d'accès, le résultat définitif est généralement favorable. Il y a même des accoucheurs qui sont d'opinion que dans ce cas, la femme guérit, en thèse générale, sans l'intervention d'aucun traitement.

Bouchut prétend que l'éclampsie albuminurique est due à un œdème des méninges et du cerveau que l'on peut, dit-il, constater au moyen de l'ophthalmoscope. Les recherches cérébroscopiques, d'après cet auteur, auraient fait découvrir de l'œdème névro-rétinien indiquant, par l'état du nerf optique et de la rétine, un état semblable du cerveau et des méninges.

Pour ma part, j'attache beaucoup d'importance à la présence de l'albumine dans l'urine des éclampsiques. Dans l'immense majorité des cas, les éclampsiques souffrent d'albuminurie.

Tarnier va plus loin encore, et prétend que les causes déterminantes de l'éclampsie n'ont véritablement d'influence que lorsqu'elles agissent sur un sujet offrant à un degré plus ou moins prononcé l'état général ou la lésion locale propre à produire l'albuminurie.

Dr BERTHELOT : Je donne la préférence au chloroforme dans le traitement de l'éclampsie, et n'hésiterais pas à l'administrer hardiment à la moindre manifestation des symptômes convulsifs. Le chloroforme agit en anémiant le cerveau qui, comme on l'a dit, est fortement congestionné pendant les attaques. C'est là le principal mode d'action du médicament dans ces cas, mais il faut le donner d'omblée à haute dose et en prolonger l'effet autant que cela est nécessaire. Le chloral agit aussi très bien, et je serais d'avis de l'administrer par voie rectale, en même temps que l'on fait inhaler le chloroforme. Il ne faut pas s'étonner si les médecins français sont opposés à l'usage du chloroforme; la plupart d'entre eux ont une peur extrême de cet agent anesthésique, et ne l'emploient que très rarement et en hésitant beaucoup. Or pour obtenir de bons effets du chloroforme dans l'éclampsie, il faut le donner hardiment et à doses élevées. Les anglais et les allemands y ont la plus grande confiance.

Dr LAMARCHE : Je suis tout à fait en faveur de la saignée dans le traitement de l'éclampsie, et l'expérience que j'en ai ne fait que me confirmer dans cette opinion. Je crois que, à première vue, la saignée promet beaucoup plus, et est plus exempte de dangers que le chloroforme qui peut, on le sait, amener divers accidents. De plus, la saignée agit beaucoup plus rapidement; sur huit cas que j'ai eu occasion d'observer, les convulsions ne se sont jamais manifestées après une seconde saignée. Quant au bromure de potassium, au chloral et autres médicaments, si on tient compte de la difficulté que l'on éprouve à les administrer par la bouche, dans ces cas où il faut agir promptement, on renoncera à leur emploi.

Si l'éclampsie survenait pendant la première période du travail et que l'on jugeât à propos de saigner, on pourrait le faire au moyen du décollement artificiel et prématuré du placenta. Si cela ne réussissait pas on recourrait à la saignée du bras, après quoi, la dilatation du col n'étant pas suffisante, en administrerait le chloroforme, ce qui favoriserait la dilatation et permettrait de hâter la fin du travail.

Dr E. P. LACHAPPELLE : J'ai vu la malade dont il est question dans le cas que l'on vient de rapporter; elle aurait peut-être pu, à la rigueur, guérir sans aucune intervention de l'art, et sans l'emploi du chloroforme, cependant cela est douteux, si l'on consi-

dère le nombre et la gravité des accès convulsifs ayant précédé l'administration de l'anesthésique. Je crois qu'après tout, on est assez peu fixé, même aujourd'hui, sur la valeur que pourrait avoir, dans un cas donné, un mode de traitement employé à l'exclusion de tout autre. Sans être partisan exclusif du chloroforme et encore moins adversaire de la saignée, je dois dire que si la saignée a fourni beaucoup de résultats heureux dans le traitement de l'éclampsie, il faut avouer aussi que ceux qui préconisent les émissions sanguines n'ont peut-être pas employé le chloroforme aussi souvent ni aussi complètement et, qu'en conséquence, il est difficile de se prononcer sur la valeur relative de ces deux modes de traitement.

Si l'éclampsie se montre au commencement du travail, il vaut mieux, je crois, laisser le travail suivre sa marche naturelle et ne pas intervenir autrement que pour rompre les membranes: la rupture des membranes fera cesser les convulsions pour un certain temps pendant lequel la dilatation de l'os pourra s'effectuer. La plupart des auteurs sont opposés à la dilatation forcée de l'os, à cause des grands dangers qu'elle présente pour la mère et vu la grande irritation qui en résulterait et qui suffirait à amener de nouveaux accès convulsifs.

Et la séance est levée.

---

Séance du 23 avril.

Présidence du Dr A. DAGENAIS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La discussion sur la contagion de la fièvre puerpérale est à l'ordre du jour. M. le Président et MM. les Drs Ricard, S. Lachapelle et H. E. Desrosiers y prennent part.

Et la séance est levée.

---

## NOUVELLES MÉDICALES.

---

**Départ.**—M. le Dr P. A. Allard a laissé Montréal pour aller s'établir à Lafontaine, Ontario.

**Nécrologie.**—Un médecin qui a rendu les plus grands services à l'enseignement de l'anatomie, le docteur Louis Auzoux vient de mourir à Paris. Né en 1797 à Saint-Aubin d'Écroville (Eure), le docteur Auzoux se préoccupa presque exclusivement de la recherche de moyens propres à faciliter l'étude de l'ana-



tomie. Il composa une pâte susceptible de prendre les empreintes les plus délicates et d'acquies par la dessiccation une grande solidité; il en composa des pièces anatomiques artificielles, imitant la nature dans ses plus minutieux détails de forme et de couleur. Les modèles, ainsi obtenus, sont formés d'éléments séparés pouvant se monter ou se séparer à volonté. Dès 1822, l'Académie de médecine et l'Institut accordèrent un de leurs prix annuels à M. Auzoux. A toutes les Expositions universelles, il a obtenu des médailles d'or.

On doit, en outre, au docteur Auzoux de nombreux ouvrages sur les sciences médicales, tels que les *Considérations générales sur l'anatomie*, un *Mémoire sur le choléra*, un *Tableau de la situation physique des ouvriers*.—*Le Concours méd.*

---

## VARIÉTÉS.

---

**Discours de M. Ernest Brucke, recteur de l'Université de Vienne.**—Celui qui veut devenir médecin a-t-il besoin des études classiques telles qu'elles sont faites dans nos gymnases, ou faut-il permettre l'étude de la médecine à des jeunes gens qui n'ont aucune connaissance ou une connaissance imparfaite des langues mortes ?

L'étudiant en médecine doit-il savoir le grec et le latin ? Certes, la nomenclature médicale est, pour une moitié, latine, pour l'autre moitié, grecque; mais, à côté des expressions latines et grecques, nous en avons presque toujours d'autres qui appartiennent à la langue du pays. Si nous les employons plus rarement, c'est que souvent elles sont moins courtes et moins précises. Cependant on pourrait compléter cette nomenclature avec des dénominations tirées de la langue usuelle.

Cela coûterait quelque travail, il est vrai, mais bientôt on trouverait cette nomenclature tout aussi commode que celle qui est empruntée aux langues mortes.

On ne lit plus aujourd'hui les ouvrages des médecins grecs et romains pour se perfectionner dans l'art médical; bientôt il en sera de même pour les ouvrages plus modernes, écrits en latin. On ne peut guère mettre en doute qu'il y aura un jour des médecins surpassant en science médicale ceux qui existent à présent et ne sachant toutefois ni le grec ni le latin. Mais on peut se demander si nous devons faire en sorte que cela arrive bientôt.

Est-il donc possible de renoncer à la connaissance des langues anciennes sans se passer en même temps de beaucoup de choses

qui ennoblissent et embellissent la vie de l'homme? Cette question a été soulevée trop souvent déjà pour que je doive la traiter plus en détail... La compréhension des langues mortes est étroitement liée à nos connaissances sur l'antiquité classique, et, par conséquent, à ce qui a fait le développement de l'humanité. On sait en effet que les hommes du moyen-âge et de la Renaissance, s'appuyant sur l'antiquité classique, ont donné à leur siècle un essor merveilleux au sortir d'un temps de barbarie, où les restes de la culture et de la sagesse antiques durent chercher un refuge dans l'asile tranquille des couvents.

Nous voici amenés à parler des fruits moraux qui ont été cueillis en si grande abondance sur l'arbre de l'éducation classique. Est-il donc une autre profession qui nécessite une culture morale plus pure et plus complète que la profession médicale, une culture morale qui, dans toutes les situations de la vie, vous rende assez fort et assez assuré pour rester dans le droit chemin, et non pas par des espérances intéressées ou d'autres craintes, mais parce que c'est le droit chemin!

Pour beaucoup de médecins, les images pieuses qui ont entouré leur jeunesse ont pâli; ils ne tiennent plus la main de l'ange gardien de leur enfance. Qu'est-ce donc qui pourra les retenir, lorsque, d'un côté, ils verront le succès et la richesse les appeler; que, de l'autre, ils n'auront qu'à attendre qu'un avancement pénible, et que peut-être même ils pourront voir méconnaître leurs efforts les plus honnêtes? Qu'est-ce qui pourra les retenir? Est-ce la crainte de la justice humaine? Mais personne n'en est aussi difficilement atteint que le médecin, et personne, dans tous les temps, ne le sera aussi difficilement que lui. Il peut sacrifier, de la façon la plus honteuse à son intérêt et à sa vanité, la santé de ceux qui se confient à son savoir et à sa morale, sans être jamais en conflit avec aucun paragraphe du code.

Mais il craindra sans doute le jugement des hommes? Certes, il sera percé à jour par l'un ou par l'autre de ses confrères qui aura l'occasion de pénétrer ses menées, mais celui-ci, si jamais il l'accuse ne le fera que dans un cercle médical restreint. Et pourquoi ne l'accusera-t-il pas publiquement? parce que son accusation resterait sans effet, selon toute évidence. Les nouvelles médicales sont inaccessibles au public. Grâce aux changements et à la variété des opinions, un médecin qui discute devant un public étranger à l'art de guérir pourra toujours défendre un acte répréhensible en lui-même, en s'appuyant sur des prescriptions et des conseils imprimés. L'accusé aura raison, s'il sait manier la parole et la plume, et le public gardera l'impression que l'accusation a été suscitée par une jalou-

sie de métier. Il y a eu des charlatans frivoles, que les malades, trompes, ont adorés comme des faux dieux, qui ont été célébrés par des populations entières, qui ont été distigués par des princes et des rois. Le médecin qui possède un savoir-faire suffisant pour agir à sa guise, quand une fois il en est arrivé à penser que, dans le grand jeu que les hommes jouent entre eux, il lui serait extrêmement facile de tricher.

Mais le médecin peut faire beaucoup de mal, sans même que l'idée du mal ait mûri dans son esprit, et non pas seulement, comme de raison, parce qu'il manque de savoir et d'habileté, mais aussi parce qu'il ne possède pas certaines qualités morales. Le juste et l'injuste ne sont pas toujours si nettement distingués l'un de l'autre qu'il soit facile de se décider pour l'un ou pour l'autre. Un malade peut être sauvé par une opération: si on ne l'opère pas, la mort est certaine au bout de quelques années; mais si l'opération est dangereuse, la mort peut en être le résultat immédiat ou au moins prochain, et le médecin ne peut pas se décider à assumer cette responsabilité. Une autre fois, le médecin est appelé auprès d'une femme en travail qui ne peut être délivrée du fruit de ses entrailles que par l'opération césarienne ou la cephalotripsie. La femme refuse l'opération césarienne. Le médecin doit-il, malgré le refus de la femme, entreprendre l'opération qui peut-être est désirée par les membres de la famille? Ou bien doit-il ouvrir le crâne de cet enfant qui est vivant? Ou bien doit-il attendre que l'enfant soit mort pour lui perforer le crâne et pour l'extraire? S'il prend ce dernier parti, de l'enfant la mort est certaine, et il met la vie de la mère plus en danger qu'il n'aurait été nécessaire, une fois le sacrifice de l'enfant décidé.

Nous formons des hommes qui tiennent dans leurs mains une puissance d'être utile ou de nuire, dont le public ne peut que difficilement se faire une idée exacte, et nous leur imposons une responsabilité si grande qu'un esprit timide en sera forcément effrayé, à moins qu'il ne soit absolument privé de conscience. Et ces hommes n'auraient pas besoin d'une éducation qui, plus que toute autre, porte l'esprit vers l'idéal et développe l'amour du bien pour lui-même? Nous devons exiger d'eux la mansuétude et l'humanité comme d'une sœur de charité, le courage et l'abnégation comme d'un soldat qui marche au combat. Et nous ne chercherions pas à échauffer le cœur de ces jeunes gens, nous ne chercherions pas à enflammer leur enthousiasme par tous les moyens qui sont en notre pouvoir.

Nous savons, par malheur, que le but moral de l'éducation classique n'est pas atteint par tout le monde. Nous savons aussi, d'un autre côté, que beaucoup de caractères généreux

qui sont nos plus beaux modèles, se sont développées sans l'avoir reçue. Mais il nous faudrait rompre avec toutes nos traditions, chercher à réformer complètement notre système d'éducation, si nous voulions lui dénier toute influence sur la moralité que nous exigeons des médecins qui deviendront un jour les gardiens de nos biens spirituels et temporels. Il ne s'agit pas de savoir comment ont été distribuées ses leçons de grec et de latin : il faut que le médecin passe par le cours d'études que l'État déclare avoir une importance primordiale et qu'il impose à ses prêtres, à ses juges, à ses avocats, aux professeurs et aux employés supérieurs.

On peut modifier quelques parties du plan d'études suivant les besoins de l'époque, et on y fera certainement des changements. On attachera plus d'importance à ce que l'élève comprenne facilement les classiques grecs et latins, et on laissera complètement tomber cette pratique d'après laquelle l'élève du gymnase doit savoir s'exprimer correctement en grec ou en latin. Une fois qu'on ne demandera plus aux élèves de savoir écrire une langue morte, on apportera des modifications au plan d'études et on gagnera du temps pour leur apprendre à la lire. Un autre changement consistera à suivre un chemin plus direct dans l'enseignement des mathématiques. Les élèves devront avoir un aperçu plus complet sur les relations qui existent entre la géométrie et l'algèbre ; on devra leur faire comprendre la marche si simple qui, des mathématiques élémentaires nous conduit à l'analyse.

Ces changements ne se feront pas pour les étudiants en médecine seulement, mais pour ceux aussi qui se destinent à d'autres carrières, car il ne s'agit de rien moins que de leur fournir les moyens d'acquérir la compréhension des phénomènes réels, ce qui, jusqu'à présent, n'existe que chez ceux qui se sont occupés ou qui s'occupent d'une façon spéciale des sciences exactes. La puissance des progrès faits dans les sciences naturelles a profondément saisi les esprits : on le voit bien par l'activité fiévreuse avec laquelle hommes et femmes poursuivent tout ce que la littérature populaire leur offre sur ce sujet et doivent tout ce qui se publie de bon ou de mauvais.

Les individus étrangers à la médecine et ceux qui jugent des choses par parti pris ont déclaré que la médecine était un métier, parce qu'elle sert à gagner de l'argent et parce qu'on devrait forcer tout médecin à répondre à l'appel qu'on lui fait, dans n'importe quelle circonstance. Mais il y a une chose que l'on a pas comprise ou que l'on a oubliée : chacun sait où le soulier le blesse, chacun sait quand l'habit que lui apporte le tailleur ne lui va pas ; mais il ne sait pas si son médecin le

traite bien ou le traite mal. Gardons-nous de toucher à la fierté avec laquelle les médecins considèrent leur état et leurs actions : nous serions dans une position bien fâcheuse, s'ils considéraient le gain comme l'unique but et le seul produit de leur activité.

Qui donc a jamais demandé à ses industriels de nuire à leur propre industrie, de faire tous leurs efforts pour qu'ils aient le moins de travail possible ? Et c'est là cependant ce que nous devons exiger de tout médecin ; nous devons exiger de lui que non-seulement dans les familles qui le rémunèrent pour ses soins il cherche à prévenir tout cas de maladie et fasse tous ses efforts pour produire le développement physique le plus complet des membres de la famille, mais il doit encore chercher à maintenir en bon état la santé générale, par conséquent la santé d'individus avec lesquels il n'a aucun rapport personnel. Il est impossible que l'État, pour maintenir et améliorer le développement physique de ses populations, se repose exclusivement pour ce soin, sur les médecins qu'il paye dans cette intention. Or, dans un certain sens, tout médecin doit être considéré comme étant au service de l'État.

Tout ce que j'ai dit jusqu'à présent s'adresse à ceux qui veulent séparer l'éducation du médecin de celle des membres des autres professions libérales et remplacer ce qu'on perdrait en études classiques par une étude plus approfondie des mathématiques et des sciences naturelles et par la connaissance des langues vivantes. Mais on a fait d'autres propositions encore. Pour doter de médecins les contrées qui en manquent ou qui pourraient en manquer, on a voulu, dans un esprit d'humanité mal compris, permettre l'étude de la médecine à des jeunes gens dont l'instruction préparatoire serait peu considérable. Mais l'examen de maturité n'aurait-il donc pour but que de prouver une certaine somme de connaissances acquises ? Ne doit-il pas aussi être une barrière qui écarte les incapables des professions libérales ? Si l'on enlève cette barrière pour les médecins, et si on la remplace par une autre plus basse, on donnera le droit de vie et de mort à des hommes pauvres d'esprit, et on leur permettra de se ruer sur l'humanité souffrante.

Que pourra-t-on attendre des plus intelligents parmi ces médecins ? A cause de l'insuffisance de leur études préliminaires, la compréhension de toute chose serait pour eux plus difficile et plus incomplète ; même en leur accordant un temps égal pour faire leurs études, ils resteraient toujours au-dessous du niveau des docteurs en médecine. Peut-être veut-on diminuer leur temps d'études ? Mais alors quelle est la partie de l'art médical où l'éducation de ces médecins sera incomplète ?

Sera-ce dans la médecine qu'ils doivent pratiquer tous les jours? sera-ce dans la chirurgie? sera-ce dans l'art des accouchements? Et cependant c'est précisément dans cette branche que, par où les médecins font défaut, on doit exiger du praticien de l'habileté et une décision prompte. Ce qui manquerait bien certainement, ce sont les études théoriques, sans lesquelles il est impossible de se faire une opinion personnelle sur les questions médicales.

Leur instruction première incomplète ne leur permettrait même pas d'aborder une partie de ces études. Et c'est de pareils médecins que l'on veut doter les contrées qui en manquent, où, par conséquent, les populations ne peuvent pas choisir celui qu'elles prendront; des contrées où le médecin doit, non-seulement prescrire les médicaments, mais les préparer lui-même, ce qui rend le contrôle de ses actes plus difficile encore.

On se trompe soi-même lorsqu'on dit qu'on ne veut employer ces médecins que comme un pis-aller, qu'on ne les gardera que jusqu'au jour où l'on sera sûr d'avoir un nombre suffisant de docteurs en médecine. Mais quand ce jour arrivera-t-il, si l'on crée une nouvelle espèce de médecins qui ne seront à la hauteur des docteurs en médecine, ni par leur culture générale, ni par leur savoir et leur habileté et qui seront cependant leurs égaux sous le rapport de l'exercice de la médecine? Croit-on par là rendre plus attrayante l'étude de la médecine avec ses huit années de gymnase et ses cinq années d'études?

Et, du reste, est-il bien vrai que nous formons trop peu de médecins, et que tout le mal disparaîtrait si nous produisions tous les ans le double de docteurs? Les grandes villes sont remplies de médecins, la campagne en a suffisamment, il n'y a que dans quelques régions, pauvres et montagneuses, qu'on se plaint de manquer de médecins. Mais le médecin n'a-t-il pas le droit d'aller où il veut et ne fait-il pas un grand usage de sa liberté? Les médecins autrichiens le prouvent d'autant plus facilement qu'ils jouissent d'une bonne renommée à l'étranger. On trouve des médecins autrichiens dans tout l'Orient, ainsi que dans les Etats-Unis d'Amérique et au Mexique. L'excédent du corps médical ne va pas là où il ne pourrait pas vivre; il préfère émigrer, ou bien former des médecins tellement mauvais qu'il leur serait impossible de réussir à l'étranger.

Vous le voyez, nous arrivons à une conclusion absurde; les moyens indirects sont illusoire; il ne reste plus qu'à former les médecins là où ils sont nécessaires. Sera-ce par la force? On pourrait alors, comme autrefois en Bavière, limiter la faculté accordée au médecin de s'établir où il lui plaît et ne lui donner

sa liberté que lorsqu'il aura passé quelques années là où on a besoin de lui. Mais cette mesure produirait tout d'abord ce que l'on veut précisément éviter : elle éloignerait les jeunes gens de l'étude de la médecine et engagerait les jeunes médecins à émigrer ; en second lieu, elle ne produirait pas le résultat désiré, parce qu'en fin de compte on ne pourrait pas laisser le médecin mourir de faim là où il lui serait impossible de gagner sa vie.

Quels sont donc les moyens de persuasion que nous possédons ? On peut créer des bourses avec l'obligation de pratiquer la médecine dans un endroit déterminé. Ce moyen pourrait se recommander pour des régions qui ne sont pas tout-à-fait assez pauvres pour ne pas nourrir un médecin, mais qui n'en possèdent pas parce que l'exercice de la médecine y exigerait des efforts extraordinaires. Il est évident que ce moyen est impraticable pour des régions où un médecin ne pourrait pas gagner son existence. Dans ce cas, il ne reste qu'à lui donner un traitement ; on a dit assez souvent que les moyens de le faire n'existent pas partout ; qu'il est impossible d'ajouter des charges nouvelles à celles qui existent déjà ; mais nous ne devons pas offrir une pierre à ceux qui nous demandent du pain, il vaut mieux leur dire ouvertement : "Nous n'avons pas de pain."—*Le Concours méd.*

**Le choléra des poules et les nouvelles expériences de M. Pasteur.**—La dernière communication de M. Pasteur, à l'Académie des Sciences et à l'Académie de Médecine, sur le choléra des poules, non seulement est le plus grand événement scientifique du mois, mais contient sans doute une des plus grandes découvertes du temps. C'est toujours le procédé de la culture des êtres microscopiques qui constitue la base des nouvelles expériences et qui a permis de grouper tout un faisceau de faits nouveaux qui font entrevoir pour l'avenir d'abord des conceptions scientifiques plus justes de la nature des maladies, puis même un traitement et mieux une préservation, une prophylaxie à laquelle on n'avait encore pu songer.

Sous le nom de choléra des poules, on désigne une maladie épidémique à marche très rapide dépeuplant les basses-cours. La perte des forces, la dépression, une somnolence invincible la caractérisent. Un organisme microscopique est la cause de cette maladie : découvert par Moritz il a été décrit par Peroncio et Toussaint de Toulouse. D'une petite extrême, lorsqu'il se multiplie il forme avec une rapidité merveilleuse des

quantités immenses de nouveaux organismes si petits qu'ils sont non mesurables au microscope.

M. Pasteur a étudié cet organisme comme il l'a fait pour la bactériologie du charbon, en constatant qu'il lui fallait un milieu de culture particulier, le bouillon de poule; d'autres milieux, propres à la culture d'autres microbes, son absolument impropres à sa culture, il s'y reproduit mal et y périt rapidement. Rapprochement bien curieux entre ces milieux de culture et les individus vivants, dont l'un est propre au développement d'une maladie infectieuse, tandis qu'une autre espèce animale est absolument réfractaire.

Quand on inocule ce microbe cultivé, ou quand on inocule le sang d'une poule morte du choléra même effets, même développement de la maladie et mort rapide, à peu près certaine dans tous les cas.

Le choléra des poules paraît comme la plupart des maladies infectieuses garantir l'individu qui l'a eu des récidives. Si une poule a guéri du choléra on peut l'inoculer sans résultat avec le sang d'une poule cholérique, elle résiste au développement de la maladie.

Or, et c'est là le point capital de la communication de M. Pasteur, par un mode de culture particulier du microbe, M. Pasteur a réussi à obtenir un microbe affaibli, incapable de tuer la poule mais la rendant indemne pour toute contagion du choléra. La poule inoculée avec ce microbe modifié est malade, mais point à en mourir; elle survit. Quand elle est revenue à la santé, si on l'inocule avec le virus fort, normal avec le sang d'une poule que tue le choléra des poules, non transformé, elle ne succombe pas, elle n'est même pas malade.

Ainsi, de toutes pièces, M. Pasteur vient de créer le vaccin du choléra des poules. M. Pasteur n'a pas indiqué son procédé pour affaiblir ainsi la puissance du microbe, mais il le fera connaître dans une prochaine publication. Ne voit-on pas, qu'il y a là, pour l'avenir, un champ sans limite pour la thérapeutique et la prophylaxie?

Jamais M. Pasteur n'a fait voir si bien comme le terrain influe sur le développement du microbe. Certaines espèces animales lui sont absolument réfractaires; par d'autres, lapin, cochon d'Inde, il produit une lésion locale ou le microbe se multiplie en conservant sa virulence, mais sans généraliser son action.

Enfin le microbe ne se développe plus sur un individu où il s'est développé la première fois. Mais il y a plus, le bouillon de poule, où s'est développé le microbe en abondance, cesse d'être un bon terrain. Si on le filtre, le débarrassant ainsi de



ces organismes développés en nombre, mais ne constituant qu'un ensemble impondérable, le bouillon de poule excellent pour le développement des vibrioniens d'autres espèces ne permet plus le développement des microbes du choléra, il est usé pour lui comme est usé l'organisme qui a été malade une fois.

La transmission du choléra des poules est facile de l'une à l'autre, car il suffit de faire avaler quelques vibrioniens à l'animal pour qu'il succombe bientôt. En même temps si un animal comme le cochon d'Inde inoculé a un abcès contenant de ces vibrioniens, si le pus de cet abcès contenant de nombreux vibrioniens tombe sur le manger de la poule, celle-ci est prise rapidement du choléra. On a donc là deux modes de contagion directe et indirecte appelés à jeter du jour sur bien des faits restés obscurs.

Au point d'inoculation il se produit d'ordinaire un grave désordre local, induration, infiltration purulente, gangrène. La région fourmille du microbe. Si la poule a déjà été vaccinée, cette lésion locale devient insignifiante, le point touché s'élimine en un petit séquestre de peu d'importance.

Tels sont en peu de mots les faits que M. Pasteur est venu exposer à l'Académie en rappelant les travaux de Davaine, Chauveau, Klebs, Koch et les siens propres sur le rôle des vibrioniens dans les maladies virulentes et sur leur transformation.

Par l'expérience il aborde hardiment les problèmes les plus difficiles de la pathologie générale, et nous le voyons déjà en possession des données les plus importantes sur les modes de transmission, sur la résistance imprimée à l'organisme par une première maladie.

On le voit, ce qu'on appelle la théorie des germes entre dans un phase nouvelle; la communication de M. Pasteur a produit une sensation considérable dans le monde savant, et nous voulions en livrer ainsi les éléments au lecteur sans plus de réflexion.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

---

#### NAISSANCES.

A Ste. Monique, comté de Nicolet, le 13 Avril, la Dame du Dr. C. Legris, un fils.

A Montréal, le 19 avril, la Dame du Dr. P. F. Mount, une fille.