



LA CLINIQUE

TROISIÈME VOLUME

(Deuxième Volume de la Nouvelle Série)

ANNÉE :

Aout 1896

Juillet 1897



Directeurs :

Messieurs les Docteurs

J. LESPERANCE

J. CHRETIEN-ZAUGG

ADELSTAN DE MARTIGNY

H. MASSON DUHAMEL

PAUL E. PREVOST

G. E. LARIN

Docteur F.-X. L. DE MARTIGNY, Rédacteur.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES AUTEURS

DU TROISIÈME VOLUME, ANNÉE 1896-1897

	PAGES
AUSSET, Monsieur le Docteur	
Le gros ventre flasque.....	464
BELLEAU, Docteur A. G.	
Bureau provincial de Médecine.....	200
BROCA, Monsieur le Docteur	
Du prolapsus du rectum chez l'enfant et de son traitement.....	317
C.....Docteur	
Réformes nécessaires.....	35
CAMOUS, Monsieur le Docteur	
L'infection gonococcique. Vulvo-vaginite des petites filles.....	374
CUTLER, Monsieur le Docteur Condict N.	
Traitement symptomatique des maladies de la peau....	343
DIETZ, Monsieur le Docteur Paul	
Diagnostic des dermatoses papuleuses basé sur l'aspect de la lésion primitive.....	356
ERNEST,	
Réponse au Docteur Rottot.....	33
Lettre au rédacteur de la Clinique.....	123
GALLIARD, M. le Docteur L.	
Formes cliniques de la tuberculose intestinale.....	293
GUÉPIN, Monsieur le Docteur A.	
Traitement abortif de la prostatite aigue.....	331
Cathétérisme.....	367
Diagnostic de la colique spermatique.....	449
Du traitement des incontinenances d'urines.....	423
Des inconvénients de la strychnine dans certains cas de parésie vésicale.....	461
GRANCHER, Monsieur le professeur	
Traitement de la tuberculose.....	22
HANOT, Monsieur le professeur V.	
Sur les formes anormales du rhumatisme articulaire aigu.....	383
JACCOUD, Monsieur le professeur	
De l'Étiologie des maladies micobriennes.....	415
JOURDANNET, Monsieur le professeur	
Du traitement des Incontinenances d'urine.....	423
KOCH, Monsieur le Professeur Robert	
La nouvelle tuberculose.....	409

	PAGES
LAURENT, Docteur E. E.	
Intérêt professionnel.....	84
LECOURS, Monsieur J. E. W.	
De l'incompatibilité.....	336
LEMOINE, Monsieur le Docteur Georges	
Epilepsie.....	12
Traitement des constipations.....	68
Neurasthénie.....	93
La coqueluche.....	190
Attaques apoplectiques.....	231
Pneumonie.....	278
Endocardites aiguës.....	312
Dilatation de l'estomac.....	359
Diarrhée.....	396
Chorée.....	430
Cancer de l'estomac.....	471
MARTIGNY, Monsieur le Docteur Adelstan de	
Les bains électriques et la dyspepsie.....	173
Le serum antidiphthérique.....	334
QUIMET, Monsieur le Docteur J. A.	
Des varices de la vulve et des hémorrhagies consécutives à leur rupture.....	1
Déchirure du col utérin.....	43
La syphilis cause d'avortement.....	182
PINARD, Monsieur le professeur	
Des hémorrhagies causées par l'insertion vicieuse du placenta et de leur traitement.....	265
POTAIN, Monsieur le Professeur	
De l'entéralgie.....	213
PRUME, Monsieur le Docteur Jéhin	
De l'épithélioma de la peau, du nez et des paupières et de son traitement.....	51, 83, 125
Faits cliniques Iridarémie.....	180
Luxation du cristallin.....	381
RAUG, Monsieur le Docteur Paul	
Les suppurations de l'oreille et leur traitement.....	60
RECLUS, Monsieur le professeur Paul	
Traitement des hémorroïdes.....	224
REGNIER, Monsieur le Docteur L. R.	
L'Electrothérapie dans la pratique courante ..	403
ROCHET, Monsieur le professeur	
Du traitement de l'incontinence d'urine.....	423
SIMON, Monsieur le professeur Jules	
Le traitement de la bronco-pneumonie pseudo-lobaire..	426
TOUSSAINT, Monsieur le Docteur	
Les théories pathogéniques de la goutte.....	308
TOUVENAIN, M. le Docteur	
Traitement des métrites.....	302
WEBSTER, Monsieur le Docteur J. C.,	
Plaidoyer en faveur du traitement rationnel des douleurs pelviennes chez la femme.....	253

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

DU TROISIÈME VOLUME

	PAGES
Accroissement des cheveux. Pour hâter l'.....	82
Acide phénique. Les dangers de l'.....	328
Acnée.....	102
Adresse du président de la Montreal Medico-Chirurgical Society	203
Albuminurie des femmes enceintes. De l'.....	210
American Association of Obstetricians and Gynecologists.....	41
Amygdalite lacunaire. Gargarisme contre.....	449
Analyse d'un cas de bronchite membraneuse chronique.....	286
Anesthésie locale. Un procédé d'.....	286
Angine de poitrine. Nitro-glycérine dans l'.....	364
Angine phlegmoneuse Traitement de l'.....	367
Antiasthmatique. Mixture.....	330
Antipruritique.....	252
Anticholérique du docteur Chauvin.....	77
Aristol.....	242
Arrêt subit des règles par impression du froid.....	301
Assemblée annuelle du Collège des Médecins de la Province de Québec.....	168
Asthme spasmodique.....	212
Badigeonnages de cocaïne dans la sécrétion lactée. Les.....	206
Bains électriques et la dyspepsie. Les.....	173
Battements du cœur. Irrégularités et intermittences des.....	330
Bonne année. La.....	247
Bouillou.....	209
British Medical Association.....	436-479
Bromoforme. Sirop de.....	212
Bromoforme dans la toux des phtisiques.....	212-252
Bronchite simple aiguë.....	330
Broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Traitement par M. le pro- fesseur Jules Simon.....	426
Brûlures chez les enfants. Traitement des.....	307
Canada Medical Association.....	42-80-104-156
Cannabis indica.....	79
Cathétérisme par Monsieur le Docteur J. A. Guépin.....	368
Cancer inopérable par l'acide arsenieux. Traitement du.....	292

Cancer de l'estomac. Par monsieur le Docteur Georges Lemoine.....	471
Choléra infantile. Paquets contre.....	59
Charlatans en Allemagne, Comment on les traite.....	447
Chorée, par monsieur le Docteur Georges Lemoine.....	430
Chronique bibliographique.....	341
Cicatrices varioliques. Pommade contre.....	330
Cimifuga.....	114
Clinique d'Ophthalmologi · Nouvelle.....	75
Cocaïne contre la rigidité du col pendant le travail. Emploi de la	21
Colique spermatique. Par Monsieur le Docteur A. Guépin.....	449
Collège des médecins de la province du Québec. Assemblée semi annuelle.....	162
Collyre contre la conjonctivite.....	405
Collodion dans le traitement du prurit anal et des hémorrhoi- des. Du.....	238
Comble. Le dernier.....	202
Constipation par le Docteur Georges Lemoine.....	68
Constipation par la Cascara Sagrada. Traitement de la.....	287
Coqueluche, par Monsieur le Docteur Georges Lemoine.....	195
Cystite chronique.....	218
Cystite chronique. Pilule contre la.....	277
Dangers de l'acide phénique. Les.....	328
Dilerium tremens.....	172
Déchirure du col uterin, par Monsieur le Docteur J. A. Ouimet.	43
Dents. Mal de.....	100-172
Dentifrice.....	92-326
Dermatol en chirurgie. Le.....	251
Dermatoses papuleuses. Diagnostic basé sur l'aspect de la lé- sion primitive des, par Monsieur le Paul Dietz.....	356
Diabète sucré.....	238
Diagnostic chez les enfants. Moyen de.....	21
Diarrhée.....	82
Diarrhée par Monsieur le Docteur Georges Lemoine.....	396
Diarrhée et dysenterie chronique.....	212
Diarrhée infantile.....	292
Dispensaire. Un nouveau.....	36
Diuretique du Docteur Jackson.....	172
Douleurs musculaires.....	206
Douleurs post partum.....	346
Dulcine comme succédané du sucre pour les diabétiques. La..	379
Eczéma vulvaire.....	330
Editorial.....	36, 104, 167, 207, 247
Electrothérapie par J. J.....	452

Electrothérapie dans la pratique courante par Monsieur le Docteur L. R. Regnier	453
Endocardite aigue. Par Monsieur le Docteur G. Lemoine..	312
Engelures. Guérison des	373
Entéragie. (De l') par Monsieur le Docteur Potain	213
Epilepsie. Traitement de	449
Epilepsie par Monsieur le Docteur G. Lemoine	12
Epistaxis à répétition. Un remède pour les	316
Epithélioma de la peau du nez et des paupières par Monsieur le Docteur Jehin Prume.....	51, 85, 125
Estomac. (Dilatation de) par Monsieur le Docteur G. Lemoine	359
Estomac. Dou'eurs de l'.....	172
Etiologie des maladies microbiennes. (De l') par Monsieur le professeur Jaccoud.....	415
Faire disparaître les taches de sang. Pour.....	102
Favus	212
Fœtus de cinq mois dans l'abdomen d'un jeune homme.....	103
Fétidité d'origine bucco-pharyngienne. Pulvérisation contre.....	82
Fissures de l'anus par la cocaïne et l'ichthyol. Traitement des..	132
Formes anormales du rhumatisme articulaire aigu. Sur les. Par Monsieur le professeur Hanot.....	383
Formulaire	82, 172, 212, 252, 292, 330, 449
Furones, Eruptions.....	101
Gastralgie rhumatismale.....	292
Gastrique Hyperchlorhydrie.....	212
Gerçures des mains. Contre les.....	292
Goutte aiguë. Onction locale contre la	82
Gros ventre flasque. (Le) par monsieur le docteur Ausset.....	464
Grossesse quintuple avec un seul placenta. Un cas de.....	162
Hémoptisie (McDobell)	172
Hémorragies causées par l'insertion vicieuse du placenta et de son traitement. (Des) par monsieur le professeur Pinard..	265
Hémorragies Nasales	292
Hémorragies post partum	202
Hémorroïdes	224
Hémorroïdes. Traitement par monsieur le professeur Paul Reclus.....	224
Hémorroïdes. Pommade contre	330
Hémorroïdes. Liniment contre.....	449
Herpès génital. Poudre pour le traitement.....	330
Huile de foie de morue agréable au goût.....	67
Hydrosténine. L'.....	364
Hydrobromate d'Hyoscine dans le delire tremblant L'.....	166

	PAGES
Ignorance voulue.....	449
Incompatibilité. (De l') par monsieur J. E. W. Lecours	336
Incontinence d'urine. (Traitement de l') par MM. les docteurs Rochet et Jourdaanet	423
Indication de l'iodure de potassium à la période secondaire de la syphilis....	435
Indication pratique de la médecine journalière.....	445
Infection gonococcique, vulvo-vaginite des petites filles par M. le docteur Camous.....	375
Influence de la somatose sur l'allaitement.....	194
Injectons vaginales en gynécologie.....	405
Intérêt professionnel.....	83,123,436 479
Iode. (A propos de l')	289
Iridérmie par Monsieur le Docteur Jehin Prume.....	380
Iodure de potassium	449
Jambe (Ulcères de la).....	238
Laxatif pour remplacer l'huile de ricin.....	172 252
Luxation du cristallin par le Docteur Jehin Prume.....	381
Maladies de la peau (traitement symptomatique) par Monsieur le Docteur Condict W. Cutter	343
Mal de mer.....	364
Médecine à Paris. La.....	74
Médecins à Paris Statistique des.....	32
Médicaments nouveaux.....	246
Méningite tuberculeuse chez les enfants.	449
Métrites (Traitement des) Par Monsieur le Docteur Souverain..	303
Migraine.....	212 252
Migraine Mélange contre la.....	172
Mississippi Valley Medical Association	41
Mortalités et naissances (Moyenne des).....	11
Naphtol. Une forme pour administrer le	460
Neurasthénie, par Monsieur le Docteur Georges Lemoine	93
Neurasthéniques (Insomnie des)	76
Névralgie (Applications contre la)	82
" (Onctions locales contre la).....	172
" (Pilules de Minglin contre la).....	252
Nitroglycerine dans l'angine de poitrine.....	364
Nouvelle cure de la consommation	162
Nouvel excipient pour les onguents ophtalmologiques.....	11
Nouveau progrès.....	101
Obstétricie primitive.....	316

TABLE ALPHABÉTIQUE DU FORMULAIRE

DU TROISIÈME VOLUME

	PAGES
Accroissement des cheveux. (Pour hâter l')	82
Amygdalite lacunaire. (Gargarisme contre).....	449
Angine de poitrine. (Nitroglycerine dans l').....	364
Anesthésie locale .. .	212
Anesthésie locale. (Un procédé d')	286
Antiasthmatique. (Mixture).....	330
Anticholérique du docteur Chauvin	77
Antipruritique	252
Asthme spasmodique.....	252
Battements du cœur. (Irrégularité et intermittences des)	330
Bromoforme. (Sirop de).....	212
Bromoforme dans la toux des phtisiques	212-252
Bronchite simple aigue	330
Cancer inopérable par l'acide arsénieux en injection hypoder- mique (Traitement du).....	292
Choléra infantile (Pilules contre la).....	59
Cicatrices varioliques (Pommade contre les)	330
Conjonctivite (Collyre contre la).....	405
Cors (Destruction des)	330
Cystite chronique.....	212
Cystite chronique (Pilules contre la).....	277
Delerium tremens.....	172
Dent (Mal de)	100, 172
Der tificer.....	92
Diabète sucré.....	238
Diarrhée	82
Diarrhée et dysenterie chronique.....	212
Diarrhée infantile	292
Diurétique du Docteur Jackson	172
Eczéma vulvaire.....	330
Epilepsie. (Traitement de l').....	442
Epistaxis à répétition. (Remède contre l').....	316
Estomac. (Douleurs d').....	172

	PAGES
Favus.....	212
Fétidité d'origine bucco-pharyngienne. (Pulvérisation contre la).....	82
Furoncles. (Eruption de).....	101
Gastralgie rhumatismale.....	295
Gastrique. (Hyperchlorhyrie).....	212
Gercures des mains. (Contre les).....	292
Goutte a gue. (Onction locale contre la).....	82
Hémoptisie. [McDobell].....	172
Hémorrhagies nasales.....	292
Hémorroïdes (Poudre contre les).....	330
Hémorroïdes (Liniment contre les).....	449
Herpès génital (Poudre pour le traitement de l').....	330
Loiure de potassium en pilules.....	449
Laxatif pour remplacer l'huile de ricin après les couches.....	172 252
Migraine.....	212 252
Migraine (Mélange contre la).....	172
Méningite tuberculeuse des enfants (Contre la).....	449
Neurasthéniques (Insomnie des).....	76
Néuralgies (Application contre les).....	172
Néuralgies (Onction contre les).....	82
Néuralgies (Pilules de Miglin contre les).....	255
Oreillons (Pommade contre les).....	449
Oxyures (Contre les).....	449
Potion stimulante de Todd.....	373
Prurit de l'eczéma (Contre le).....	172
Raucité de la voix.....	292
Sirop excitomimétique.....	82
Tonifuge.....	252
Toux quinteuse de la bronchite aiguë (Mixture contre).....	449
Toux opiniâtre.....	252
Traitement général de la syphilis (Cachet pour le).....	82
Tumeurs hémorroïdales, (Contre les).....	82
Tympanisme.....	172
Vomissements.....	76
Verrues. Traitement des.....	292
Vessie (Irritabilité de la).....	76

Oeil (Corps étranger dans l')	363
Oreilles (Douleurs d')	102
Oreillons	443
Oxyures	119
Paralysie ascendante aigue, injection par le streptocoque	287
Petits lavements médicamenteux dans la médecine des enfants	239
Pilocarpine dans le traitement de la pneumonie ébriueuse (Valeur de la)	425
Piqure de Geépe (Mort d'une)	438
Plaidoyer en faveur du traitement rationnel des douleurs pel- viennes chez la femme par Monsieur le Dr J. C. Webster	253
Pneumonie, par Monsieur le Docteur Georges Lemoine	278
Potion stimulante de Todd	373
Projet de refonte des statuts, règles et règlements du Collège des Médecins et chirurgiens de la Province de Québec	141
Prolapsus du rectum chez l'enfant et son traitement. Par M. le docteur Broca	317
Prostatite aigue. Traitement abortif, par M. le Dr A. Guépin	331
Prurit anal et hémorroïdes externes	414
Prurit de l'eczéma (Contre le)	172
Pulvérisations de cocaïne sur la pituitaire dans les vomisse- ments incoercibles	285
Quinine agréable au goût (Moyen de rendre la)	76
Raucidité de la voix	292
Rayon Sighe. (Le)	237
Réformes nécessaires par le docteur C	33
Réponse au Docteur Rottot par Ernest	33
Roddick (Monsieur le Docteur)	40
Salicylate de méthyle dans le traitement du rhumatisme. (Ap- plication locales de)	451
Salicylate de strontium. (Action antirhumatismale du)	311
Sanmetto	251
Sciatique. (Guérison de la)	103
Sérum antidiphthérique par M. le Dr Adelstan de Martigny	334
Situation. (La)	167
Sirop excito-mammaire	82
Solutions chaudes de cocaïne	366
Spinal comme tonique. (Le)	340
Spinal. (Composition du)	335
S. crésol et ses applications. (Le)	78
Strychnine dans certains cas de parésie vésicale. (Des incon- vénients de la) par monsieur le Docteur A. Guépin	461

Sueurs fétides des pieds par le formol. (Traitement des)	245
Sueurs nocturnes des phtisiques par le sulfonal. Traitement des	414
Sulfate de soude comme hémostatique. (Du)	329
Suppurations de l'oreille et leur traitement, par Monsieur le Docteur Paul Raug	60
Syphilis cause d'avortement, par M. le Docteur J. A. Ouimet..	183
Syphilis. Cachets pour le traitement général de la.....	82
Thermogène comme agent révulsif.....	367
Thèses de la Faculté de Médecine de Paris	121
Todd (Potion stimulante de).....	373
Tœnifuge.....	252
Toux opiniâtre.....	252
Toux quinteuse de la bronchite aigue (Mixture contre)	449
Trional contre l'insomnie (Le).....	77
Tuberculine de Robert Kock (La nouvelle)	408
Tuberculose (Traitement de la), par Monsieur le Professeur Granger.....	22
Tuberculose intestinale (Les formes cliniques de la), par Mon- sieur le Professeur Galliard.....	293
Théories pathogéniques de la goutte.....	308
Tumeurs hémorroïdales, (Contre les).....	82
Tympan (Paracentèse du)	101
Tympanisme.....	172
Varices de la vulve et des hémorrhagies consécutives à leur rupture. Des, par Monsieur le Docteur J. A. Ou met.....	1
Vernis pour le traitement des affections cutanées, (Un nouveau) Gélante.....	446
Verrues. Traitement des.....	101
Vésicatoire chez l'enfant (Danger du).....	458
Vomissements	172-212
Vomissements alimentaires des tuberculeux (Traitement des).....	329-366
Vomissements de la grossesse	277
Vulvo-vaginite des petites filles (Hémorrhagies dans les)	335
Worm, pour les enfants (Sirop de).....	92

LA CLINIQUE

III^e ANNÉE

AOUT 1896

No. 1

Travaux Originaux

DES VARICES DE LA VULVE ET DES HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES A LEUR RUPTURE

PAR M. LE DOCTEUR J. A. OUMET

La région vulvaire est, à l'état normal, douée d'un réseau vasculaire très riche, renforcé d'ailleurs, par la présence d'un organe érectile, le clitoris. Les artères de cette région sont : la périnéale superficielle qui va aux grandes et aux petites lèvres ; l'artère cavernreuse et la dorsale du clitoris qui fournissent à cet organe. Les ramifications de ces branches principales s'anastomosent avec : la transverse du périnée, branche de la honteuse interne, avec des rameaux de l'hémorroïdale moyenne et de la vaginale ; de plus elles communiquent par l'intermédiaire de ces dernières avec l'utérine et ses branches. Toutes ces artères venues de l'hypogastrique forment donc un riche plexus anastomosé, auquel correspond un réseau non moins riche de canaux veineux. Signe important pour l'explication des varices de cette région : les veines vulvaires ne sont pas munies de valvules, elles communiquent largement entre elles et avec les plexus voisins, et suivent, à peu de chose près, le trajet des artères correspondantes. Les veines du clitoris s'abouchent avec la dorsale profonde du clitoris et s'anastomosent avec les veines du plexus vésical ; celles des petites lèvres sont à la honteuse interne et communiquent ainsi que celles des grandes lèvres avec les sinus utérins par l'intermédiaire du plexus tapissant les parois du vagin.

Les veines des grandes lèvres sont tributaires des honteuses externes qui se rendent dans la saphène interne ; d'où large anastomose du réseau veineux des organes génitaux externes avec celui des membres inférieurs. Cette continuité des veines utérines avec les veines vulvaires expliquerait mécaniquement l'augmentation de la richesse veineuse à laquelle participe la région vulvaire au moment de la grossesse. Il n'est donc pas extraordinaire de trouver des varices dans des organes dont la vascularité, à l'état normal déjà fort grande est encore augmentée pendant la parturition, par la suractivité de la circulation générale. Ce sont ces varices, et les accidents qu'elles occasionnent, que je me suis proposé d'étudier, en résumant autant que possible dans ce travail tout ce qui a été dit à ce sujet.

SITUATION

Les varices de la vulve peuvent exister sur le clitoris et son prépuce, sur les petites lèvres simultanément ou isolément.

En général elles sont disséminées dans la région vulvaire ; un seul côté peut-être atteint, l'autre restant indemne. M. le Dr. Budin enseigne que leur siège de prédilection, de début, serait dans le pli qui sépare la grande lèvre de la petite ; de là elles s'étendent à la petite lèvre, à la grande, rarement à la fourchette. Les veines clitoridiennes restent toujours plus petites ; elles sont superficielles, plus minces, se rompant souvent : on les rencontre surtout au repli muqueux appelé capuchon ou prépuce du clitoris : symptôme spécial des varices de cet organe ; elles donnent lieu à un prurit insupportable.

Les varices vulvaires coïncident habituellement avec celles des cuisses et des jambes. Elles peuvent se présenter en même temps que ces dernières, dès la première grossesse, mais en général elles surviennent dans les suivantes ; à la première grossesse, dit Cazin, on trouve des varices aux jambes, à la deuxième aux jambes et aux cuisses ; à la troisième la vulve est envahie à son tour.

Exceptionnellement, disent Fardier et Budin, on a pu voir des varices vulvaires sans en trouver trace sur le reste du corps.

VOLUME ET FORME

L'aspect et le volume de ces varices peuvent varier beaucoup depuis la simple dilatation, l'élévure régulière jusqu'à des tumeurs formant paquet, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix ; tantôt affectant la forme serpentine, tantôt la variété moniforme, elles ressemblent parfois à des anas tortueux, cérébriformes, complètement analogues à ces masses réductibles qu'on trouve dans les varices des membres inférieurs. (*British med. journal* 1875.) énormes

OUIMET—VARICES DE LA VULVE

varices vulvaires et vaginales pendant hors de la vulve chez une multipare.

OBSERVATION I (R. BARNES.)

On trouve sur la face externe des lèvres une masse constituée par des tuméfactions molles et arrondies qui s'étendent le long de l'urètre et remplissent le vagin : ce sont des varices monoliformes qu'on avait prises, pour un cancer, l'accouchement fut normal ; les varices disparurent après.

Voici donc une observation de R. Barnes sur un cas de varices monoliformes prises pour un cancer de la vulve.

Cruveilhier, dans son anatomie pathologique générale rapporte un cas de varices serpentine.

OBSERVATION II

Une femme de 37 ans, ayant eu deux enfants, avait des varices serpentine occupant la face interne des grandes lèvres, s'étendant jusque sur le côté du clitoris.

Il était aisé de voir qu'il n'y avait aucune communication entre les veines dilatées et flexueuses, dont l'agglomération constituait une tumeur noueuse, légèrement proéminente. Je n'ai pas aperçu de varices ampullaires ; ces veines étaient formées au dépens du réseau sous-muqueux.

COLORATION

Elle est variable selon la région d'implantation des varices ; violacées à la face interne des grandes lèvres, elles sont généralement de coloration normale ou tout au plus bleuâtre sur la peau. Au clitoris elles sont toujours bleu assez foncé ; d'ailleurs la coloration est souvent masquée par la pigmentation de la peau et par la couleur lie-de-vin des muqueuses au moment de la grossesse.

SYMPTOMES

En général les varices vulvaires sont assez facilement supportées ; parfois elles amènent une gêne qui, souvent légère, peut pourtant devenir assez pénible : c'est une sensation de poids, de tiraillements aux parties où les femmes se plaignent d'ardeurs, chez d'autres ce sont des démangeaisons très vives les forçant à se gratter continuellement ; et nous verrons que le grattage peut amener des accidents graves.

DIAGNOSTIC

Il s'agira de regarder attentivement pour ne pouvoir faire une erreur de diagnostic. Le toucher fera sentir une tumeur molle, réductible, inégale, se reformant sous le doigt qui l'a comprimée,

augmentant par la station debout et les efforts. La confusion ne sera pas possible avec l'œdème vulvaire qui coïncide quelquefois avec les varices pendant le travail ; l'œdème est plus pâle, le doigt y laisse un godet blanchâtre qui ne se comble que très lentement.

Blot a bien indiqué le diagnostic d'ailleurs facile des varices et des thrombus de cette région, tandis que la varice se développe lentement, le thrombus se forme brusquement, les phlebectasies réductibles à la pression diminuent par la position horizontale, augmentant dans la station verticale et aux efforts.

Le thrombus forme une tumeur irréductible, indifférente aux attitudes et aux efforts de l'organisme. La tumeur variqueuse est inégale, tortueuse ; les téguments du thrombus sont au contraire lisses, tendus, sans inégalités.

Il faudra encore, au diagnostic, songer que les varices du vagin peuvent être assez volumineuses et pédiculisées pour faire, dans certains cas, saillie à travers l'orifice vulvaire.

PRONOSTIC

Par elles-mêmes les varices de la vulve n'offrent aucune gravité, un peu de gêne, de démangeaison ; mais une complication redoutable, la rupture, qui fera le sujet de cette étude doit faire réserver le pronostic. Il est à examiner dans trois cas : pendant la grossesse, la rupture peut survenir à toutes les époques mais surtout dans les derniers mois et amener des hémorrhagies graves. Pendant l'accouchement : toute tumeur variqueuse peut devenir un obstacle au passage de la tête à travers la vulve, un danger pour l'enfant qui souffre et pour la mère exposée à une hémorrhagie vulvaire ou à l'épuisement d'un travail prolongé. Le passage de la tête à travers l'orifice vulvaire est alors d'autant plus difficile que les contractions utérines font bomber les tumeurs variqueuses et la compression des parois vulvaires par la tête fœtale empêchant la circulation en retour, le sang s'accumule de plus en plus, la tumeur augmente de volume, devient irréductible ; une déchirure est imminente et l'on doit quelquefois recourir au forceps.

Voici une observation de Delanoy où l'heureuse issue a été probablement due à l'intervention.

OBSERVATION III

Mme Lervillois, 32 ans, robuste, bien conformée, varices nombreuses aux cuisses et aux jambes ; accouche pour la sixième fois ; les autres couches ont été rapides. Cette fois quoique la présentation soit normale, le travail dure depuis 8 heures. Depuis 3 heures la sage-femme remarque que la tête engagée n'avance pas et

qu'elle est empêchée dans son évolution par plusieurs petites tumeurs sus-désignées, au nombre de 3 ou 4, qui, molles et réductibles en dehors des contractions deviennent irréductibles et très dures pendant les douleurs. L'application du forceps, précédée de l'introduction de la main, en dehors des contractions, se fait aisément et une légère traction amène la tête de l'enfant sans qu'aucune des tumeurs ne se rompe.

Après l'accouchement le pronostic est bénin, les varices vulvaires disparaissent avec la cause qui les a engendrées, c'est-à-dire avec la sortie du fœtus.

Cette disparition a toujours lieu, même si les varices des membres inférieurs persistent, ce qui se conçoit facilement, les varices vulvaires n'ayant pas les mêmes causes que celles des membres inférieurs.

RUPTURE DES VARICES PENDANT LA GROSSESSE

C'est généralement dans les trois derniers mois de la parturition, rarement pendant le cinquième mois que se fait la rupture : ce qui s'explique facilement, les varices n'étant avant cette époque arrivées à leur complet développement et les parois veineuses offrant une certaine résistance. Les points les plus atteints de déchirures sont situés à la partie supérieure de la vulve autour du clitoris, dans le pli de division de la grande et de la petite lèvre ; ce sont ces solutions de continuité ainsi placées qui donnent le plus de sang et sont le plus difficiles à trouver, cachées qu'elles sont par les replis muqueux ou épidermiques.

Parfois ce sont des fissures se continuant plus ou moins loin sur les grandes ou les petites lèvres ou suivant le trajet d'une veine ectasiée.

Quand la plaie est un peu considérable, ses bords sont irréguliers.

Le sang s'en écoule toujours abondamment, généralement en nappe, quelquefois en jet plus ou moins fort.

On s'explique la rapidité et l'abondance de ces hémorrhagies souvent mortelles, quand on songe à la stase sanguine produite dans cette région par la dilatation des veines, surtout par la compression de la tête fœtale qui paralyse la circulation en retour, mais n'empêche nullement le sang d'affluer aux artères.

Dans les conditions physiologiques et pathologiques où se trouvent les varices vulvaires, il est facile de concevoir que des causes même légères, des traumatismes peu violents, puissent provoquer des déchirures ; ou encore un effort un peu violent, peut par un mécanisme un peu différent amener le même résultat.

Donc une contusion, un choc, même très léger, une chute à cali-

fourchon sur un objet présentant des aspérités, peuvent déchirer ces tissus si peu résistants.

Un coït un peu intempestif peut être assimilé à un traumatisme. Simpson rapporte un cas du Dr Martin Barry, qui, étant interne à la maternité d'Edimbourg, vit une rupture des veines des organes génitaux se produire pendant le coït chez une femme qui faillit en mourir ; quoique ce fut dans la flegmatique Ecosse. Budin rapporte deux cas qui ont eu pour cause une chute d'une très petite hauteur sur une des barres de fer qui séparent certaines places des impériales des tramways.

Tout le monde connaît la curieuse observation de la malade de Tarnier qui mourut d'une hémorrhagie vulvaire à la suite d'une chute à califourchon sur une chaise. Le Dr Girard, de Marseille, cite un cas de rupture de varices vulvaires à la suite de coïts trop fougueux, et ayant une allure tout à fait trop méridionale !

OBSERVATION IV (BUDIN)

A l'hôpital des cliniques, une femme enceinte, d'ailleurs bien portante avait quelques varices à la vulve. Un soir, en se couchant, elle voulut, en jouant avec les autres femmes du dortoir, sauter sur son lit, elle retombe en arrière et se trouve dans sa chute, assise sur une chaise dont le bord avait porté contre la vulve ; une hémorrhagie survint, on crut à une insertion vicieuse du placenta, une sage-femme fit le tamponnement, l'hémorrhagie s'arrêta. M. Tarnier, alors chef de clinique fut appelé, il conseilla de laisser le tamponnement en place. Quelques heures plus tard la femme eut envie d'uriner, on enleva une partie du tampon et l'on pratiqua le cathétérisme, une nouvelle hémorrhagie survint et quelques instants plus tard la femme succombait.

A l'autopsie on constate une rupture variqueuse située sur la face externe de la petite lèvre du côté gauche.

OBSERVATION V (BUDIN)

A l'hôpital des cliniques fut amenée une jeune fille qui vers le cinquième ou sixième mois de sa grossesse avait commencé à être tourmentée par de vives démangeaisons aux parties génitales. Ces démangeaisons étaient causées par de petites varices situées à la partie supérieure de la petite lèvre gauche, au prépuce du clitoris. La jeune fille se grattait fréquemment. Au septième mois de sa grossesse, à la suite d'un de ces grattages irrésistibles elle se sent mouillée. Avec l'aide de quelques voisins obligeants elle se fait transporter à l'hôpital où on s'empresse de commencer le tamponnement. Le professeur Depaul survenant applique une serre-fine qui arrête complètement l'écoulement et 2 à 3 jours de repos mirent

la malade en état de retourner chez elle. L'accouchement se fit à terme dans d'excellentes conditions. Il est évident que la rapidité, la gravité de l'hémorrhagie donnent au diagnostic de la cause une très grande importance ; mais il suffira de songer à la possibilité d'une rupture variqueuse de la vulve pour sauver la malade : car il sera, en général, assez facile par un examen attentif des organes génitaux externes, de découvrir la solution de continuité.

Donc quand on sera en présence d'une femme perdant du sang par en bas, comme elles disent, il faut examiner la vulve avant tout, cette simple inspection établira du premier coup un diagnostic qui pourrait sans cela rester hésitant et même impossible.

Il faut toujours, en présence d'une perte de sang par les organes génitaux, sans cause apparente, examiner la vulve et l'on arrêtera ainsi facilement des hémorrhagies rapidement mortelles.

PRONOSTIC

Pour la mère, il est d'une extrême gravité, sur neuf cas de ruptures de varices vulvaires, Budin a compté sept morts. Sur 18 observations, Varnier a compté que 11 fois l'hémorrhagie a été mortelle. Depuis, l'attention des médecins étant attirée sur la possibilité de cet accident, la gravité du pronostic est un peu atténuée, tout dépend du diagnostic, s'il est fait, l'accident est insignifiant, sinon il est le plus souvent et forcément mortel.

RUPTURE DES VARICES PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Il peut se produire au moment du travail des déchirures variqueuses amenant l'hémorrhagie ; elles ont lieu pendant l'expulsion. Pendant le travail, elles peuvent être occasionnées par toutes les causes que nous avons passées en revue dans le paragraphe précédent.

OBSERVATION VI (TARNIER)

Marguerite R..... 22 ans, présentation du sommet en O. I. G. A. il s'écoule une certaine quantité de sang par la vulve, le côté droit de l'enfant sort couvert de sang. On pense à une hémorrhagie clitoridienne ; après l'expulsion de l'enfant le sang continue de couler abondamment ; il venait de la branche droite du clitoris, on fit des lavages à l'eau froide, l'écoulement diminua puis on fit de la compression et le sang cessa de couler.

Le diagnostic de l'hémorrhagie consécutive à la rupture de varices vulvaires pendant le travail sera mieux fait que pendant la grossesse, car le médecin examine les organes génitaux externes pendant le travail, de plus, l'attention sera attirée sur cette complication quand on aura remarqué sur les grandes ou petites lèvres des ectasies veineuses.

RUPTURE DES VARICES APRES L'ACCOUCHEMENT

Cette complication est rare et cela s'explique facilement. Quand les varices vulvaires ont résisté à une gestation de neuf mois ; quand le passage du fœtus à travers la vulve dilatée, n'a pas brisé leur fragile paroi, on peut espérer que la rupture ne se produira pas. Pourtant le fait s'est rencontré, et donne toujours lieu à une erreur de diagnostic ; il est si naturel de songer à une hémorrhagie de la délivrance.

L'hémorrhagie des varices vulvaires après l'accouchement, est toujours moins abondante et moins rapide que pendant ou avant le travail, c'est que l'utérus est contracté, revenu sur lui-même, et remonté dans l'abdomen ; le fœtus n'est plus là pour comprimer les organes génitaux externes. Alors plus de stase sanguine, la circulation en retour est libre, et les caractères de l'hémorrhagie quand elle se produit sont dès lors moins foudroyants que dans les cas précédents.

OBSERVATION VII (MADAME LACHAPELLE)

Une femme lymphatique, âgée de 25 ans, accouche pour la seconde fois le 8 janvier au matin, après un travail de 4 heures, l'enfant pesait 5½ livres. L'utérus s'était contracté et cependant on s'aperçut dans l'après-midi que cette femme perdait plus de sang que les lochies n'en peuvent donner. Elle pâissait, s'affaiblissait. Des linges froids et humides, une injection d'eau froide dans le vagin, n'avaient point arrêté l'hémorrhagie.

Je touchai d'ailleurs l'utérus bien contracté et tout à fait vidé.

J'écartai alors les lèvres du vagin et j'observai sur la nymphé gauche tuméfiée et ecchymosée une petite ouverture fournissant un jet de sang semblable à celui d'une saignée. J'appliquai sur cette déchirure un morceau d'agaric soutenu par un tampon de charpie, l'hémorrhagie s'arrêta et la femme reprit ses forces.

TRAITEMENT

L'abondance extrême de l'hémorrhagie variqueuse vulvaire, sa rapidité parfois foudroyante, exigent impérieusement une intervention locale aussi hâtive que possible.

En face d'une malade qui perd en si grande quantité, menacée de syncope, l'hésitation n'est pas permise : mais l'indication du traitement est si formelle, si simple, quand le clinicien est prévenu de la possibilité de l'accident que l'embarras n'est pas possible longtemps.

Arrêter l'hémorrhagie par une compression locale quelconque est toujours une chose facile quand la solution de continuité est sous les yeux du médecin ou de la sage-femme.

Dans tous les cas pourtant l'indication sera moins nette : nous allons les passer en revue en indiquant la conduite à tenir en face d'une hémorragie par rupture de varices vulvaires pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement.

PENDANT LA GROSSESSE

Non seulement il faut savoir arrêter l'hémorragie vulvaire à cette période, mais mieux est encore de prévenir la rupture. Pour cela, à une femme porteur de varices vulvaires, le médecin devra recommander certaines précautions : éviter les grandes fatigues, les cris, efforts, pas de courses rapides, ni de sauts, même ne pas trop parler, a dit Pajot dans son langage imagé ; pas de grands efforts de miction ou de défécation, pour cela prendre quelques diurétiques et purgatifs légers.

En cas de démangeaisons, éviter les grattages, ce qui sera souvent difficile, pourtant des applications de cocaïne, des bains d'amidon pourront empêcher l'accident en supprimant la cause. M. Tarnier dans le cas où les varices génitales provoquent une sensation de gêne, de pesanteur, recommande la situation horizontale et les malades, dit-il, seront soulagées.

Si malgré les précautions et recommandations, l'hémorragie se produit, l'hémostase est toujours facile.

La solution de continuité est-elle petite ? en fissure, en piqûre, une simple serre-fine suffira.

L'ouverture est-elle plus considérable ? On se sert alors d'une pince à force-pression qu'on laisse en place. Inutile de dire que ces instruments doivent être aussi antiseptiques que possible. De grands lavages de la vulve avec des solutions de sublimé ou d'acide borique chaudes pourront parfois amener la formation d'un caillot obturateur : en tout cas ils seront indispensables pour la recherche de la solution de continuité. Si le point précis de la rupture ne peut être déterminé, on applique sur la partie soupçonnée de donner du sang, un morceau d'agaric trempé dans une solution antiseptique, on fait la compression avec du coton hydrophile et un bandage en T un peu serré ; souvent un simple tampon d'ouate antiseptique suffit.

On comprend que lorsque ces faits d'hémorragie vulvaire étaient mal connus, le tamponnement vaginal ait arrêté certains écoulements sanguins non diagnostiqués, des parties génitales externes, c'est la partie inférieure seulement du tampon qui obturait la solution de continuité.

Pour ranimer une femme épuisée par d'abondantes pertes sanguines il faut employer les révulsifs locaux ou généraux, friction, compression, ligature sur la racine des membres, couvertures, bandes, transfusion du sang et surtout donner l'alcool à de hautes

doses ; Tadjot donnait aux femmes dans un état de syncope et de complet épuisement causés par une forte hémorrhagie, jusqu'à huit onces de cognac, et il signalait la très grande tolérance de ces femmes pour les liqueurs alcooliques.

Dans certains cas où le médecin a été appelé tard auprès d'une femme que d'abondantes pertes ont déjà affaiblie, il faut, si l'on n'a sous la main ni serre-fine, ni tampon, appliquer un ou deux doigts sur la partie supérieure de la vulve, on comprime la vulve contre la symphyse pubienne et les branches descendantes du pubis.

PENDANT L'ACCOUCHEMENT

A cette période, le traitement préventif de l'hémorrhagie vulvaire a une certaine importance et demande à être discuté.

Il faut d'abord vider la vessie, le rectum, élever le siège de la femme, et laisser le champ libre autant que possible à la circulation veineuse. Ceci fait, on peut suivre les conseils de Peu et veiller à ce que l'enfant ne sorte pas trop vite, puis engager la parturiente à ne pas trop obéir à ce besoin impérieux de pousser. Budin pour empêcher la femme de pousser et de crier, effort pouvant amener une rupture variqueuse, conseille de donner le chloroforme à la dose analgésique.

Mais si, malgré tout, l'hémorrhagie se produit pendant le travail, il y a deux indications formelles si le travail est peu avancé, le col peu dilaté, la tête fœtale haut placée, il faut arrêter l'hémorrhagie par la compression locale ; maintenant la tête appuie-t-elle sur le plancher périnéal, est-elle à la vulve au moment où la varice se rompt, on doit terminer l'accouchement le plus vite possible.

APRES L'ACCOUCHEMENT

Nous avons vu combien le diagnostic en était difficile avec celui des ruptures variqueuses du vagin. Si l'on arrive, par un examen attentif, à trouver le point précis de la rupture sur la vulve, une serre-fine sera suffisante, sinon on fera le tamponnement de la partie inférieure du vagin et en même temps de la vulve, après s'être assuré que la délivrance est terminée et qu'il n'y a pas d'hémorrhagie utérine.

CONCLUSIONS

Parmi les accidents provoqués par la présence de varices même peu considérables à la vulve, un seul, la rupture, est d'une très grande gravité, par ce fait que la lésion est presque toujours inconnue ou méconnue. Cette rupture est suivie d'une hémorrhagie, quelquefois foudroyante, pouvant amener rapidement la mort de la mère et mettre en danger la vie de l'enfant.

Cette issue funeste, provenant toujours d'un diagnostic non fait ou erroné, cette erreur pouvant très facilement être évitée, une fois le médecin ou la sage-femme prévenus, il suffira d'examiner avec les soins les plus minutieux les organes génitaux externes, pour y trouver et la cause de l'hémorrhagie et l'indication formelle du traitement.

Valleyfield, 11 juin.

MOYENNE DES MORTALITÉS ET NAISSANCES.

On dit que la moyenne de la mortalité dans l'univers s'élève à 68 par minute et que les naissances atteignent 70 dans le même espace de temps. Il y aurait donc environ 3000 naissances de plus par jour que de mortalités, soit 1,095,000 par année. Ce n'est pas encore si mal, après tout.

In the Journal of Materia Medica.

UN NOUVEL EXCIPIENT POUR LES ONGUENTS OPHTHALMIQUES

Quand on prescrit un onguent pour les paupières, il est de la plus grande nécessité, que l'excipient soit neutre, c'est-à-dire ne soit pas irritant. Il a été constaté que la vaseline détermine la congestion de la conjonctive, si elle n'est pas déjà inflammée et qu'elle augmente l'inflammation si elle préexiste à l'application de l'onguent, Thuma suggère le mélange de lanoline suivant pour remplacer la vaseline.

R.—Lanoline	3 drachmes
Alo. Amydalec	$\frac{1}{2}$ drachme
Aquæ distil.....	$\frac{1}{2}$ drachme

Ce mélange appliqué sur la paupière ne produit aucun malaise, et peut même être utile, en empêchant l'agglutination des paupières, par les sécrétions.

Deux grains d'acide borique par once d'onguent, suffisent pour l'empêcher de rancir. Ce mélange est le meilleur excipient possible de l'oxyde jaune de mercure, dans l'exzéma palpébral.

Les malades apprécient la supériorité de l'onguent ainsi préparé sur les autres, en disant qu'il produit une sensation de bien-être, sans la moindre irritation. Le seul fait du confort qu'il produit, doit nous engager à le prescrire.

In New-Orleans Medical and Surgical Journal.

THEURAPEUTIQUE

ÉPILEPSIE

PAR LE DR. GEORGES LEMOINE

L'épilepsie n'est pas une entité morbide : il n'y a que des états épileptiques, symptomatiques de malformations, lésions ou fonctionnements défectueux de l'appareil nerveux central et périphérique, et même des autres appareils de l'organisme. Le nombre des épilepsies symptomatiques augmente toujours au fur à mesure des progrès de la clinique, et l'épilepsie dite *essentielle* voit tous les jours son cadre diminuer. Cette évolution est heureuse au point de vue thérapeutique, car mieux seront connues les causes de l'épilepsie, mieux on pourra les combattre, au lieu de s'en tenir au traitement antispasmodique. Par conséquent le médecin qui est appelé auprès d'un épileptique doit, avant tout, examiner avec le plus grand soin tous les organes et rechercher si la maladie n'est pas la conséquence de conditions pathologiques déterminées, qu'il aura soin de supprimer, si c'est possible. Dans bien des cas, les attaques, sinon l'épilepsie elle-même, reconnaissent comme causes occasionnels des troubles fonctionnels locaux : troubles de la vue, de la circulation, de la digestion, des organes génitaux, etc. En s'attaquant à eux, on a les plus grandes chances pour faire disparaître les crises, ou tout au moins pour les espacer.

Même quand l'épilepsie paraît nettement idiopathique et quand le malade présente les stigmates de l'hérédité nerveuse, il y a un grand intérêt à s'enquérir des circonstances qui accompagnent l'attaque ; car ce n'est qu'en écartant ses causes prochaines qu'on peut la prévenir. Peu de malades demandent à être observés de plus près et avec plus de suite que les épileptiques ; ce n'est qu'à cette condition qu'on peut leur être utile.

TRAITEMENT PRÉVENTIF DES ATTAQUES. — L'épileptique doit être soumis à une hygiène morale et physique sévère. Les travaux intellectuels fatigants, le surmenage de la pensée et de la parole, la lecture prolongée, les émotions vives et brusques, les accès de colère, doivent autant que possible lui être évités. Les professions pénibles ou qui demandent un effort constant de la pensée ne lui conviennent pas.

Les brusques changements de température, le séjour dans un endroit trop froid ou trop chaud, en un mot les impressions physiques fortes et subites sont à éviter.

Il doit modérer son appétit, éviter les repas copieux et prolongés, ne pas faire usage d'alcool ni de café et surveiller avec le plus grand soin ses fonctions digestives, surtout celles de l'intestin. La constipation habituelle est la cause prochaine de bien des attaques.

Mais chaque épileptique est surtout impressionné par tel ou tel excitant, soit moral, soit physique ; c'est celui-là qu'il faudra connaître et écarter avec le plus grand soin.

TRAITEMENT DE L'ATTAQUE.—On a bien souvent cherché à couper court aux attaques, dès qu'elles apparaissent ; on n'a jamais réussi. Il semble que l'attaque soit utile à l'épileptique ; quand elle est complètement finie, le malade se trouve mieux, comme si pendant sa durée il avait brûlé les toxines qui empoisonnaient ses centres nerveux, et de fait, elle est suivie d'une véritable décharge urinaire qui se traduit par l'augmentation de la toxicité des urines.

Bien plus, il y a souvent un grand intérêt à provoquer des attaques chez les malades qui sont énervés, anxieux et très agités quand ils n'en ont pas eu depuis longtemps. J'en ai vu qui me demandaient avec instance de les leur ramener. Dans ce cas, je leur fais prendre 0,04 à 0,05 d'extrait de belladone chaque jour, et la crise cherchée ne tarde pas à se montrer ; car il faut savoir que si la belladone peut finir par diminuer le nombre des crises, au début de son emploi elle les rapproche.

Certains malades savent que leur attaque est coupée net quand ils sont soumis à une excitation particulière, quand elle commence : constriction d'un membre, friction de la région d'où part l'aura, aspersion d'eau froide, pincement violent, etc. On retarde plutôt qu'on empêche la crise. En dehors de ces petits moyens il ne faut avoir aucune confiance dans les inhalations de chloroforme, d'éther, d'iodure d'éthyle, etc. ; elles n'agissent jamais.

ATTAQUES SUBINTRANTES.—Il arrive parfois que les attaques se succèdent en nombre plus ou moins considérable : j'en ai compté 220 en 24 heures chez une malade. Ces crises subintrantes sont graves et peuvent amener la mort en produisant une énorme congestion du cerveau et surtout des méninges, aussi importe-t-il de chercher à les arrêter. C'est le chloral en lavements qui m'a toujours le mieux réussi, soit seul, soit associé au bismure.

Lavement :

Chloral.....	2 grammes
Bromure de potassium.....	2 —
Jaune d'œuf.....	No 1.
Lait.....	200 grammes

Je fais donner ce lavement dans l'intervalle de deux crises, et si le calme ne reparait pas, un second quatre heures après et même un troisième huit heures après le second.

Quelquefois, mais plus rarement, je me suis bien trouvé de la chloroformisation. En revanche, le chloroforme réussit bien chez les éclamptiques.

SOINS A DONNER PENDANT L'ATTAQUE.—Si le malade devient brusquement pâle et si l'on prévoit l'attaque, il faut le protéger contre la chute, l'étendre à terre ou sur son lit dans la position horizontale, la tête appuyée sur un coussin plat ou une couverture. On ouvre largement ses vêtements, surtout ceux qui entourent le cou, pour faciliter sa respiration. Pendant toute la crise, on veille à ce qu'il ne se donne pas de chocs violents lors des convulsions.

Si les accès sont subintrants, on maintient le malade dans le calme le plus absolu, dans une chambre peu éclairée, et on l'empêche de parler et de remuer. Le moindre mouvement fait avec les membres où se localisent le plus les spasmes suffit pour les faire renaître.

L'accès terminé le malade devra se coucher ou tout au moins garder le repos sur une chaise longue pendant le reste de la journée. S'il dort, il faut respecter son sommeil pendant toute sa durée. Le lendemain son alimentation sera substantielle, mais peu abondante et de digestion facile. Ne pas oublier que sa mémoire se fatigue rapidement quand on cherche à occuper son intelligence trop tôt après la crise.

TRAITEMENT DES CAUSES OCCASIONNELLES. — Toute épilepsie est symptomatique d'une lésion ou d'un trouble fonctionnel, atteignant directement ou non le système nerveux, de là le grand intérêt qu'il y a à en connaître les causes, car on peut alors la traiter méthodiquement. Dans le cas contraire, on en est réduit à chercher à diminuer l'hyperexcitabilité cérébro-spinale.

EPILEPSIE TRAUMATIQUE. — L'épilepsie est souvent due à des chocs, à des fractures ou des enfoncements des os du crâne, à des épanchements sanguins ou autres sous ces os, ou à de petites tumeurs cérébrales. Quand le fait est bien constaté, un traitement chirurgical s'impose et amène le plus souvent la guérison. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur ou d'une lésion intra-cranienne, il faut faire le diagnostic très précis de son siège, d'après les symptômes présentés par le malade, pour savoir où appliquer la couronne de trépan. On a souvent affaire, dans ces cas là, à des convulsions limitées à une partie du corps ou qui ne se généralisent que progressivement, ce qui permet de rechercher la localisation de leur cause dans le cerveau.

Quand l'épilepsie est due à une lésion nerveuse périphérique, blessure ou contusion d'un nerf, névrome, compression d'un nerf, etc., il faut également intervenir chirurgicalement.

MALADIES INFECTUEUSES. — Je suis un défenseur convaincu de cette théorie qui veut voir dans les cas d'épilepsie, survenant peu de temps après l'évolution d'une maladie infectieuse, le résultat de localisations microbiennes dans le système nerveux. Je crois qu'il peut se former à la suite des fièvres éruptives, par exemple, de petits foyers microbiens dans les centres nerveux qui, en se cicatrisant, provoquent des lésions durables puis l'épilepsie, tout comme cela a lieu dans la syphilis.

Cette manière de voir me conduit à faire mon possible, quand je soigne une maladie infectieuse chez un enfant, pour éviter que des manifestations nerveuses se produisent. C'est pour cela que j'insiste beaucoup sur l'emploi des bains pendant la période fébrile comme sédatifs du système nerveux, sur les lotions froides et les frictions sèches alcoolisées.

C'est pour moi un véritable axiome que mieux la peau fonctionne pendant une maladie aiguë, moins le cerveau est atteint.

Cette pratique a pour but d'empêcher l'apparition de l'épilepsie

à la suite des maladies infectieuses, car elle est, je crois, dans ce cas particulier plus facile à prévenir qu'à guérir.

EPILEPSIE SYPHILITIQUE.—Elle est ordinairement limitée à un membre ou à une moitié du corps. Elle peut survenir pendant la période secondaire, mais elle est surtout un accident tertiaire produit par des infiltrations gommeuses dans les centres nerveux. Son traitement est celui des formes graves de la syphilis ; il sera toujours mixte, c'est-à-dire basé sur l'emploi simultané du mercure et de l'iodure. L'iodure de potassium seul est presque sans action.

On conseillera donc des frictions faites tous les soirs sous chaque pied avec 6 gr. d'onguent mercuriel bien frais, et répétées pendant tout le temps nécessaire, trois semaines environ. Après une pause de 10 à 15 jours on les reprend s'il est nécessaire. La bouche et les gencives seront pendant tout ce temps soigneusement lavées et frottées avec une solution de chlorate de potasse.

L'iodure de potassium sera donné à doses rapidement progressives, en commençant par 2 gr. et en atteignant 8 et 10 gr. par jour. L'iodisme sera en partie empêché en faisant, selon les conseils de M. Bouchard, de l'antiseptie intestinale et en donnant du naphthol à la dose de 1 à 2 gr. Ce n'est que par la combinaison du mercure et de l'iodure à ces doses élevées que l'on peut espérer vaincre rapidement l'épilepsie syphilitique, à la condition toutefois qu'elle ne soit pas trop ancienne. Les petites quantités d'iodure sont sans action et ont plutôt un effet défavorable.

Les injections mercurielles intra-musculaires rendent les plus grands services contre cette forme de la maladie.

Le traitement mixte sera continué avec des intervalles de repos pendant un temps fort long, au moins un an, après la disparition des accidents convulsifs, pour empêcher leur retour. A ce moment je donne aussi du bromure et des phosphates comme reconstituants et sédatifs du système nerveux. Je prescris ainsi :

Pendant un mois sur trois, frictions mercurielles et iodure de potassium.

Pendant les deux autres mois, prendre après les deux repas principaux un verre à liqueur d'un mélange de :

Bromure de potassium.....	30 grammes
Phosphate de soude.....	20 —
Sirop d'écorces d'oranges amères. } Vin de Lunel.....	à à 250 —

Cela pendant au moins un an ; plus tard j'espace davantage les périodes de traitement mixte tout en continuant le bromure pendant le reste du temps.

L'usage du lait en abondance fait mieux tolérer ces médications. L'hygiène la plus sévère sera recommandée. L'exercice et la vie au grand air aident beaucoup la rapidité de la guérison. L'épilepsie syphilitique est de celles qui peuvent guérir d'un façon définitive.

EPILEPSIE D'ORIGINE GASTRIQUE.—Il n'est pas très rare d'observer une variété d'épilepsie dont les crises sont occasionnées par des troubles gastriques. Elle se voit chez les gros mangeurs et chez ceux qui présentent de la dilatation de l'estomac. Les crises surviennent

dans le cours de la digestion quand celle-ci est lente ; le visage devient rouge ; le malade se sent envahir par un malaise dont il localise très bien le point de départ à l'estomac, et l'attaque d'épilepsie se produit. Ces malades sont le plus ordinairement des sujets qui ont de l'hypochlorhydrie, et dont les digestions mettent de longues heures à s'effectuer ; leur estomac dilaté et leur intestin paresseux s'encombrent de toxines qui sont résorbées, et peut-être la cause première de leur épilepsie réside-t-elle dans cette résorption.

Le traitement causal doit être appliqué, c'est celui de l'hypochlorhydrie avec dilatation de l'estomac, auquel il faut ajouter une antiseptic sévère de l'intestin et les purgations fréquentes.

EPILEPSIE D'ORIGINE CARDIAQUE.—J'ai le premier décrit une épilepsie qui est consécutive aux désordres de la circulation qu'engendrent les maladies du cœur. On la rencontre aussi bien dans l'insuffisance aortique que dans l'insuffisance mitrale, et elle me paraît aussi bien liée à l'anémie qu'à la stase passive cérébrale. Le traitement est celui de la maladie causale, la morphine et l'iodure de potassium dans les affections qui anémient le cerveau ; la digitale, la caféine et les bromures dans les autres. La guérison suit parfois d'une façon très rapide l'application de ce traitement.

EPILEPSIE MENSTRUELLE.—L'épilepsie est souvent influencée, je ne dis pas causée, par les époques menstruelles, c'est-à-dire qu'il y a des malades qui n'ont guère de crises qu'à ce moment là.

Dans ce cas il est bon de régulariser les menstrues et de les activer si elles sont trop peu abondantes, de calmer les douleurs qu'elles peuvent provoquer, et de faire garder le repos à la malade pendant toute leur durée. Je me suis très bien trouvé de l'emploi de l'antipyrine contre ces attaques menstruelles ; je donne chaque jour trois des cachets suivants espacés de 6 heures en 6 heures.

Antipyrine.....	0 gr. 75
Bicarbonate de soude.....	0 — 25
Pour un cachet.	

Quelquefois, quand le pouls est petit et qu'il me semble y avoir de l'hypertension artérielle, j'ajoute de la digitale à la dose de 0,15 à 0,25 de poudre de feuilles par jour.

Antipyrine.....	0 gr. 70
Poudre de digitale.....	0 — 05
Bicarbonate de soude.....	0 — 25
Pour un cachet.	

Contre les douleurs abdominales provoquées par les menstrues, je fais prendre un ou deux lavements avec X gouttes de laudanum.

MÉDICATION BROMURÉE—Dans les épilepsies symptomatiques, pour lutter contre l'hyperexcitabilité des centres nerveux, et dans l'épilepsie dite idiopathique, à défaut d'indication thérapeutique causale, on a recours aux bromures. On a cherché bien des médications pour remplacer celle-ci, mais on n'en a pas encore trouvée d'aussi efficace et c'est à elle qu'il faut toujours recourir en dernier ressort.

Règles générales de l'emploi du bromure.—Ce médicament ne doit pas être donné d'une manière uniforme à tous les malades, car ils réagissent d'une façon variable vis-à-vis de lui. Les accidents du bromure peuvent se montrer chez certains sujets à la suite d'une dose très faible (je les ai observés avec une dose journalière de 0,50) et chez d'autres ne pas apparaître même quand la dose est fort élevée.

Le bromure comme l'iode est beaucoup mieux supporté par les enfants que par les adultes ; on peut chez eux commencer d'emblée par des doses élevées et les continuer sans voir le bromisme survenir.

Les accidents d'intoxication bromurée apparaissent surtout chez les malades qui ont :

1. Soit des reins qui fonctionnent mal, néphrite interstitielle, rein arthritique ;
2. Soit une affection organique ou de la dégénérescence du cœur et par suite une circulation ralentie ;
3. Soit une affection hépatique ;
4. Soit une lésion organique du cerveau, tumeur, gomme, etc.

Le début du bromisme est marqué par la perte du réflexe pharyngien, par de la somnolence et de la faiblesse générale, plus tard par des troubles gastriques et un état saburral prononcé de la langue ; plus tard encore par des maux de tête violents et des troubles de la sensibilité cutanée et spéciale, par des hallucinations. Quant aux éruptions acnéiques, elles n'ont pas une grande signification et ne constituent une contre-indication à la continuation du traitement que lorsqu'elles quittent le type acnéique pour prendre celui de l'ecthyma, ou du pemphigus. On peut du reste les éviter assez aisément en associant deux à cinq gouttes de liqueur de Fowler à la dose journalière de bromure.

L'idéal à atteindre, quand on soumet un épileptique à la médication bromurée, c'est d'amener chez lui un léger degré de bromisme, tel que la perte du réflexe pharyngien, mais sans le dépasser. Il faut beaucoup tâtonner pour cela et bien connaître son malade.

Quant au préjugé qui attribue au bromure une action nuisible sur l'intelligence, il n'a pas sa raison d'être du moment où l'on évite d'atteindre la dose, particulière à chaque malade, qui chez lui amène du bromisme.

CHOIX DU BROMURE.—Existe-t-il un avantage quelconque à employer un bromure plutôt qu'un autre ? Je crois que le plus actif est le bromure de potassium mais je crois aussi m'être aperçu que l'association des trois bromures me donnait un médicament encore plus actif. Habituellement je les emploie réunis et j'ajoute à leur solution de l'hyosciamine dont l'action m'a paru précieuse dans le traitement des états convulsifs.

Solution :

Bromure de potassium.....	30 gr.
— sodium.....	15 —
— d'ammonium.....	15 —
Hyosciamine cristallisée.....	0 — 015
Eau distillée.....	1 — litre.

Cette solution contient environ un gramme de bromure par cuillerée à soupe. Lorsqu'il faut donner des doses de bromure plus

élevées il est bon d'en formuler une plus concentrée. Je me sers dans ce cas de la formule suivante :

Solution :

Bromure de potassium.....	15 grammes
id. de sodium.....	8 —
id. d'ammonium.....	8 —
Eau distillée.....	200 —

Une cuillerée à café contient un gramme du mélange des trois bromures.

Quand je veux y introduire de l'hyosciamine, je formule de telle façon que le malade en prenne un demi-milligramme par jour, mais jamais plus.

Comme le recommande Séguin, il est bon, pour faire prendre des doses régulières, de prescrire non pas par cuillerées à bouche ou à café mais par centimètres cubes.

Quand les accidents de bromisme surviennent très facilement chez un sujet, je remplace chez lui les trois bromures par le bromure d'or, mais en sachant fort bien que je lui donne un médicament moins efficace. Son seul avantage c'est d'être mieux toléré.

Bromure d'or.....	0 gr. 20
Eau distillée.....	500 —
2 milligrammes par cuillerées à café.	

Je le donne à la dose de deux à quatre milligrammes par jour.

Jamais je ne prescris les bromures dans un sirop ou une potion, mais toujours en solutions aqueuses et je les fais prendre dans du lait ou encore, dans les pays du Nord, dans un verre de bière qui en masque bien le goût. Je tiens à ce que le malade les prenne soit au début d'un repas, soit en faisant suivre leur ingestion de celle d'un bol de lait, de façon à ce qu'ils n'arrivent pas dans un estomac vide. De cette façon, je n'ai jamais eu à constater de troubles gastriques consécutivement à leur emploi.

Doses des bromures.—Il faut le répéter, la dose de bromure à faire prendre chaque jour doit varier selon les malades, mais règle générale, elle doit être assez élevée, assez pour que le réflexe pharyngien soit et reste aboli. Elle peut varier dans les limites de 3 à 10 grammes par jour.

Quand on sait quelles sont les périodes où les attaques épileptiques se montrent de préférence, pendant les menstrues par exemple, on augmente la quantité de bromure quelques jours auparavant, puis on la diminue une fois la période d'hyperexcitabilité passée. Par exemple, alors que la dose moyenne de bromure est de 3 gr. par jour, elle doit atteindre à ce moment pendant 4 à 8 jours, celle de 6 à 10 grammes.

Il va sans dire que si des symptômes de bromisme se montrent, on diminue de suite la quantité de bromure.

Comment et quand faut-il donner le bromure.—La plus grande régularité doit présider au traitement bromuré; ce n'est qu'à cette condition qu'il agit. C'est tous les jours, sans en passer un seul, que le malade doit prendre son bromure en ayant soin d'augmenter légèrement la dose ordinaire quand il doit supporter quelque fatigue ou excitation cérébrale dans le cours de la journée. Le bromure ne doit être suspendu complètement que dans le cours de

la journée. Le bromure ne doit être suspendu complètement que dans le cours de maladies graves ; on le diminue seulement un peu quand il s'agit d'indispositions légères.

Alors même qu'il n'y a pas eu d'attaques épileptiques depuis fort longtemps, deux ans et plus, il faut encore continuer la médication bromurée. C'est le seul moyen pour éviter des retours offensifs souvent fort difficiles à combattre. Il faut se rappeler qu'on ne peut jamais affirmer qu'un épileptique est guéri, s'il n'y a pas 6 à 8 ans qu'il n'a eu la moindre crise, et encore se trompe-t-on quelquefois. Pendant tout ce laps de temps, le bromure continue à être pris, mais à des doses de plus en plus modérées, 3, 2, 1 gr., puis 0,50.

Il faut bien se pénétrer de cette idée, c'est que le bromure n'agit bien que si on le donne à des doses massives. Rien n'est plus nuisible que de le donner par doses fractionnées, en quatre ou cinq fois dans la journée. Autant que possible, il faut se renseigner sur l'heure habituelle des attaques et quand elle présente une certaine régularité, faire prendre une forte dose de bromure quelques heures auparavant. Par exemple, un malade a-t-il ordinairement ses attaques entre midi et trois heures, je lui prescrirai quatre grammes de bromure le matin à 8 heures, au repas, et deux grammes à midi. S'agit-il d'une épilepsie nocturne, je donnerai, soit les six grammes en une seule fois, soit 4 gr. le soir et 2 gr. le matin quand parfois de petits mouvements nerveux se montrent dans le courant de la journée.

BORATE DE SOUDE.—Depuis quelques années, je me sers du borate de soude avec succès. Je l'emploie surtout chez les épileptiques qui sont franchement d'origine arthritique ; chez eux en effet, le bromure est souvent mal supporté et l'on ne peut arriver à leur en faire prendre la dose nécessaire. De plus, il semble que le borax ait une action plus marquée chez ces malades que chez les autres. Il est donc indiqué chez les épileptiques d'origine diathésique plutôt que dans les cas d'épilepsie symptomatique.

Sa dose journalière est de 2 à 3 gr. par jour et pour plus de commodité, on peut simplement en prescrire une demi-cuillerée ou une cuillerée à café, à prendre dans un peu d'eau en une seule fois au commencement du principal repas.

Autant que possible, il ne faut pas substituer complètement le borax au bromure. C'est un adjuvant de la médication bromurée et pas autre chose ; il permet seulement de diminuer la dose journalière de bromure. Des résultats remarquables sont obtenus par ce traitement mixte, alors qu'ils sont rares avec le borax seul.

Le borax ne présente à cette dose aucun inconvénient, c'est tout au plus si quelquefois il produit un léger eczéma. Dans deux cas, j'ai observé un liseré gingival occasionné certainement par lui. Sauf dans ces cas où il faut interrompre le traitement, il est bon de continuer l'administration du borate de soude pendant plusieurs mois consécutifs, tout comme celle des bromures.

TRAITEMENT DE QUELQUES SYMPTOMES. — *Insomnie.* — C'est un symptôme fréquent qui précède les périodes de crise. Il y a insomnie complète avec anxiété ou un sommeil traversé par des cauchemars, parmi lesquels il y en a deux qui reviennent souvent : le malade rêve qu'il voit un incendie ou bien qu'il tombe d'un en-

droit élevé. Ces troubles du sommeil sont dus à des troubles de la circulation cérébrale, et l'on peut quelquefois les faire disparaître soit en relevant la tête avec des oreillers, soit, au contraire, en la baissant le plus possible sur le lit. On peut également employer contre eux le chloral à petite dose et le sulfonal.

REFROIDISSEMENT DES EXTRÉMITÉS.—La circulation périphérique est presque toujours très défectueuse : les malades ont les extrémités froides et violacées. Cet état se montre surtout quelques jours avant les attaques. C'est un symptôme auquel il faut attacher de la valeur, et je me suis parfois très bien trouvé, pour empêcher des crises, de l'emploi de médicaments cardiaques et de frictions sèches vigoureusement faites matin et soir sur la plus grande partie du corps. Je donne, dans ce cas, selon l'état du cœur et des reins, l'une ou l'autre des deux préparations suivantes :

Pilules :

Poudre de digitale.....	0 gr. 05
— noix vomique.....	0 — 01
Extrait de gentiane.....	Q. S.
Pour une pilule. — 2 à 5 par jour.	

Cachets :

Caféine.....	0 gr. 05
Ergot de seigle pulvérisé.....	0 — 20
Pour un paquet, chaque matin.	

CÉPHALALGIE.—Tantôt elle est due à la maladie elle-même et tantôt à la médication bromurée ; il est essentiel de bien reconnaître sa cause car, dans le second cas, la cessation du bromure suffit pour la faire disparaître. C'est le plus souvent une douleur céphalique très forte, fronto-occipitale, qui s'accompagne de troubles de la vue et d'hyperesthésie du cuir chevelu. Ces douleurs sont permanentes ou seulement nocturnes. Elles sont très améliorées par l'usage de la strychnine et de l'atropine. Je me suis servi avec succès de la formule préconisée par Séguin,

Sulfate de strychnine.....	10 gr.
Acide nitro-muriatique dilué.....	30 —

dont on prend de VI à XVI gouttes dans un demi-verre d'eau, après chaque repas. On commence par VI gouttes et on augmente d'une goutte par jour ; arrivé à XVI gouttes, on s'y maintient pendant quelques jours, puis on cesse le médicament.

Anémie.—Elle se voit quelquefois consécutivement à de fortes crises ou à des crises en séries ; le malade quoique s'alimentant très bien, maigrit, perd ses forces et se décolore. Dans d'autres cas, il commence par avoir des troubles gastriques et de la constipation. Il est indispensable alors de prescrire un traitement ferrugineux : soit le protoxalate de fer, comme dans la chlorose, soit V à X gouttes de teinture de mars tartarisée, dans un verre à liqueur de vin de Colombo, une demi-heure avant les deux principaux repas. Il ne faut pas oublier de donner de l'acide chlorhydrique après les repas, pour faciliter la digestion du fer.

HYGIÈNE DES ÉPILEPTIQUES.—C'est celle de tous les nerveux. Elle consiste dans le repos de l'esprit, aussi complet que possible, et dans un travail physique modéré.

J'attache une grande importance au bon fonctionnement chez eux de la peau et des reins, car je ne suis pas éloigné de croire que, tout au moins dans certains cas, l'attaque épileptique est une véritable décharge de toxines lentement accumulées dans l'organisme. Les épileptiques doivent prendre des bains fréquents et prolongés, sous la surveillance de quelqu'un bien entendu ; faire tous les jours sur le corps une friction sèche, ou alcoolisée, ou bien, selon l'état du malade, tous les matins, une lotion à l'eau tiède ou froide, avant la friction.

De même, ils ne doivent prendre ni alcool, ni vin pur, ne pas manger de mets épicés ou faisandés. Les boissons diurétiques et les laxatifs fréquents leur sont indispensables, soit pour activer les fonctions du rein, soit pour empêcher les résorptions intestinales.

MOYEN DE DIAGNOSTIC CHEZ LES ENFANTS

Le médecin est quelque fois appelé près d'un enfant qui, par ses cris, indique qu'il souffre d'une douleur qu'il n'est pas toujours facile de localiser, et par cela même de traiter rationnellement. Voici d'après le Dr Griffith comment on peut faire le diagnostic dans ces cas.

Si l'enfant souffre de la tête, il la rejette en arrière et l'enfonce dans l'oreiller. Si le siège de la douleur est situé dans l'oreille, une pression, même légère, lui fera pousser des cris perçants. Si la douleur est intestinale, l'enfant fléchit les jambes sur l'abdomen, et ses extrémités sont froides. Si la douleur est dans la bouche, il refuse de téter, et porte souvent ses mains sur les gencives.

—*The Medical Council.*

DE L'EMPLOI DE LA COCAÏNE CONTRE LA RIGIDITÉ DU COL PENDANT LE TRAVAIL (FARRAR).

L'auteur a successivement employé les applications de cocaïne dans deux cas de rigidité du col pendant le travail. Dans le premier, primipare relativement âgée, la rigidité entrava la marche du travail pendant quarante-huit heures et le chloroforme n'avait aucun effet. L'accoucheur décida alors de pratiquer une incision sur le col ; il y appliqua d'abord un tampon trempé dans une solution de cocaïne à 10 pour cent, de manière à obtenir un certain degré d'anesthésie locale. Trois minutes après, il enleva le tampon et fut surpris de trouver le col considérablement dilaté. La dilatation continua à se faire rapidement et l'accouchement se termina normalement. Dans le second cas : une primipare de quarante ans ; l'application d'un tampon de cocaïne à 10 pour cent, sur le col, fit disparaître une rigidité qui, depuis trois jours, résistait à tous les moyens.

(*Annals of Gynecology and Pediatrics*).

CLINIQUE MEDICALE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR M. LE PROFESSEUR GRANCHER

Alimentation. Nourrir le tuberculeux, le nourrir quand même, malgré les vomissements, la fièvre, les hémoptysies, ... malgré tout. Tel est le premier devoir du médecin.

Il semble qu'il soit banal d'écrire cela, eh bien non ! Quoique dans ces dernières années l'attention ait été fortement sollicitée sur la nécessité de l'alimentation, de la suralimentation même au cours de la tuberculose, cette notion n'a pas suffisamment pénétré les esprits, et, surtout, elle ne les a pas pénétrés selon le mode utile ; je veux dire que, en dehors de certains aliments préconisés outre mesure et de certains procédés qui ne s'appliquent qu'à l'exception, l'art si difficile, si délicat, de nourrir un malade, un tuberculeux n'a pas été, à mon avis, formulé comme il convient. Cela tient à deux causes : la première est que les meilleurs médecins, les plus instruits en phtisiothérapie, ne s'entendent pas sur le rang que doit occuper l'alimentation et, même s'ils le mettent au premier plan, ne le disent pas toujours expressément avec l'énergie nécessaire. La seconde est que les dyspepsies, si communes chez les tuberculeux, sont difficiles à reconnaître en tant que variétés et difficiles à traiter. L'opinion commune des médecins, pour ces deux motifs, reste flottante, et, en conséquence, le malade manque souvent d'une direction sage et vigoureuse.

Revenons un peu sur ces deux points : (1) Quel rang faut-il donner à l'alimentation dans la thérapeutique de la tuberculose ?

Parmi les médecins qui s'occupent de phtisiothérapie, je cite avec plaisir M. Daremberg qui dit : "l'estomac est la place forte des phtisiques et l'alimentation leur grand moyen de défense" (1). Voilà une formule heureuse, une opinion nette et précise, que je partage absolument. James H. Bennet qui a écrit un petit chef-d'œuvre sur le sujet qui nous occupe (2), dit que "l'hygiène du corps (des tuberculeux) comprend surtout une nourriture saine et

(1) Traitement de la phtisie pulm., Paris 1892.

(2) Recherches sur le traitement de la phtisie pulmonaire, Paris 1874.

abondante, un air pur, une peau bien lavée, nettoyée, détergée, et un exercice rationnel." Rien n'est plus vrai, mais quoique l'alimentation soit citée en tête de ces moyens de la thérapeutique par l'hygiène, sa nécessité primordiale ne se dégage peut-être pas assez dans la phrase de Bennet.

Quelques classiques se sont exprimés fort bien, parmi lesquels : Peter : "Entourez de soins précieux les fonctions de l'estomac des tuberculeux" (1), Jaccoud, qui met l'hygiène alimentaire en tête des agents de la médication prophylactique (2) et surtout Dujardin-Beaumetz (3). D'autre part voici ce qu'écrivent Hérard, Cornil et

Hanot dans leur beau livre (4) : "La première indication sera remplie par une alimentation convenable. Sans vouloir en faire la base exclusive de la thérapeutique de la phtisie ainsi que l'ont proposé quelques auteurs de la fin du siècle dernier, May en Angleterre, Salvadori en Italie, il est certain que le régime a, dans cette maladie, une réelle importance." et ailleurs : "On peut poser en principe que tant qu'il s'alimente (le tuberculeux) il y a possibilité de guérison ; mais que du jour où il ne se nourrit plus, il y a peu de chose à attendre de la thérapeutique." C'est bien, et cependant cette formule semble subordonner l'alimentation à la médication, ce qui, à mon sens, serait une erreur. Je dirais volontiers pour ma part : on peu *tout* espérer d'un tuberculeux qui mange et digère, et *rien* de celui qui ne s'alimente pas.

J'ai cité à dessein, parmi les classiques modernes, ceux qui donnent la meilleure place à l'alimentation, mais combien d'autres la négligent ou la noient sous le fatras d'une thérapeutique médicale. Même Hérard, Cornil et Hanot, ne consacrent à l'alimentation et aux divers aliments, que 12 pages sur les 141 pages du "Traitement" de la phtisie.

D'autres s'occupent surtout d'un aliment spécial, tel Fuster, de Montpellier, qui a rendu le très grand service de montrer quels résultats merveilleux peut produire la viande crue associée à l'alcool, dans le traitement de la phtisie pulmonaire. Avec 100 à 300 grammes de pulpe de viande crue additionnée de 100 grammes d'eau-de-vie, Fuster obtenait de telles améliorations, et si rapides, qu'il crut avoir trouvé le remède spécifique de la phtisie. Dans ses observations, le phtisique au troisième degré voit son existence prolongée, et les phtisiques du premier et du deuxième degré guérissent. Voici, dans sa troisième note à l'Académie des sciences (5), le mode suivant lequel s'opère la guérison :

1o. Retour des forces, renaissance de l'appétit et embonpoint. En deux ou trois semaines, les malades gagnent, 2, 3, 4, 6 kilogrammes ;

2o Cessation de la fièvre, de la diarrhée et des sueurs ;

3o Arrêt des tubercules et cicatrisation.

Je m'associe d'autant plus volontiers aux conclusions de Fuster,

(1) Clinique médicale, 1879.

(2) Curabilité et traitement de la phtisie, Paris 1881.

(3) Clinique thérapeutique, 1882.

(4) La phtisie pulmonaire, Paris 1888

(5) *Cas et observations*, 18 Juin 1866.

que j'ai vu les mêmes faits se produire, et dans le même ordre, avec sa pulpe de viande crue *ou avec une autre alimentation*. Car il importe de dégager la méthode de Fuster de la pharmacopée où elle s'est amoindrie en devenant une "drogue," une "spécialité." L'idée de la nécessité absolue d'un *aliment quelconque*, pourvu qu'il soit *aliment* est la base de la thérapeutique des tuberculoses. Cette idée, qui doit être et rester toujours souveraine et directrice, s'est dissipée malheureusement, et, quand l'aliment de Fuster, la viande crue, devenu un "remède," a échoué, le médecin s'est trouvé désarmé et la méthode déconsidérée.

Fuster n'a donc pas fait tout le bien qu'il aurait pu faire, s'il avait mieux compris et fait comprendre que la pulpe de viande crue et l'alcool n'agissent que comme *aliment* et n'ont rien de spécifique.

On en peut dire autant de la "suralimentation," que Debove et Dujardin-Beaumetz ont mise en honneur en vantant les poudres de viande avec ou sans gavage.

Les résultats obtenus par cette nourriture intensive sont calqués, pour ainsi dire, sur ceux que Fuster avait obtenus vingt ans avant, et il ne pouvait en être autrement la pulpe et la poudre de viande étant en somme, le même aliment.

Le mot suralimentation, créé, je crois, par M. Millard, mérite la bonne fortune dont il a joui tout de suite, car il exprime une chose vraie, à savoir une assimilation rapide, exagérée d'un aliment donné en qualités excessives dépassant les besoins réels de l'économie et aboutissant à une sorte de gavage cellulaire, à une alimentation forcée. Si bien qu'il est permis de se demander si les doses extrêmes, préconisées par Debove et Dujardin-Beaumetz, sont utiles ou nécessaires. Debove, qui administre volontiers, après une période d'accoutumance, jusqu'à 4 à 500 gr. de poudre de viande en vingt-quatre heures, ce qui équivaut à 2 kil. de viande fraîche, et, en plus 200 à 400 grammes de poudre de haricots ou de lentilles, 10 œufs, trois litres de lait, sans compter les rations ordinaires de l'hôpital, voit ses malades augmenter rapidement de poids : 10 à 20 kil. en trois mois, par exemple. Comme Fuster, il assiste au retour des forces, à la chute de la fièvre, à l'amélioration des signes physiques, etc. Mais Debove fait une remarque fort juste et bien digne de sa fine observation de clinicien. Écoutons-le : "Lorsqu'on cherchera, par ce procédé de la suralimentation, à guérir ou au moins à améliorer un tuberculeux, il ne faudra jamais négliger de se rendre compte de l'effet du traitement et de l'état du malade, par des pesées fréquentes. On sera alors surpris et de la rapidité avec laquelle l'augmentation a lieu et, en même temps, de la fragilité extrême, si nous osons employer cette expression, de l'amélioration, au moins au début. Une diarrhée, une indigestion légère feront rapidement perdre tout ou partie du bénéfice obtenu. Il suffira de prendre quelques précautions, de remplacer momentanément le mélange de poudre de viande par du lait seul pour venir à bout de ces perturbations et pour voir la courbe graphique, par laquelle on pourrait représenter le poids du malade, reprendre sa marche ascensionnelle." (1)

En écrivant ces lignes, Debove a fait la meilleure critique de la suralimentation telle qu'il l'entend, et il est permis de se demander

(1) Debove et Rémond. *Lavage de l'estomac*, p. 106.

si les cellules de l'organisme avaient assimilé, c'est-à-dire incorporé à leur propre substance cette énorme quantité d'aliments qu'il leur impose. On en peut douter quand on voit d'une part ces malades éliminer, au lieu de 25 gr. d'urée en vingt-quatre heures, jusqu'à 80, et 100, 110 grammes d'urée, ce qui prouve, il est vrai, une sur-activité de combustion, mais aussi de désassimilation, et, d'autre part, ces malades, *si fragiles*, qu'une diarrhée, une indigestion leur fait perdre tout ou partie du bénéfice obtenu, ont-ils bien assimilé leur nourriture ? Ne vaudrait-il pas mieux, pour eux, un peu moins d'aliments et une meilleure nutrition avec moins de pertes et moins de fragilité ? Sans compter que ce surchauffage alimentaire n'est pas sans inconvénients pour peu que la surveillance des fonctions digestives et du cœur soit un peu relâchée.

La lecture du passage que je viens de citer du livre de Debove et Rémond, me rappelle une page de celui de James H. Bennet, que je rapproche à dessein du texte de Debove : " La nutrition de l'homme, dit Bennet, ressemble à la construction d'une maison. " La maison est construite de pierres. Si les pierres sont bonnes, " la maison est bonne, résiste au temps, aux orages et aux saisons. " Si les pierres sont mauvaises, la maison tombe en ruine sous leur " influence. La maison humaine qu'habite l'homme est formée, " construite par ses repas. Si les repas donnent de bons matériaux " bien élaborés, s'ils sont bien assimilés, ils construisent, peu à peu, " une bonne et solide demeure à l'épreuve des ouragans. Si, au " contraire, les repas sont mal digérés, les matériaux de construc- " tion sont mauvais et la maison ainsi construite tombe en ruines " devant les épreuves de la vie humaine," et Bennet conseille aux tuberculeux : " Un bon régime diététique assez et pas trop copieux et " nourrissant, établi sur les bases de l'observation individuelle (1)." J'appelle l'attention des médecins sur les mots et les passages que j'ai soulignés comme exprimant la vraie pensée de Bennet qui ne veut pas d'une *alimentation forcée* et demande, au contraire, pour que la maison soit solide, une assimilation *lente* de bons matériaux.

Envisageant par un autre côté cette même question de la nutrition des tuberculeux, Fernand Lagrange écrit (2) : " Pour nous " résumer, l'accroissement de poids qu'on doit toujours chercher " chez le phthisique, n'est pas, à proprement parler, la cause, mais " le " témoin " de l'amélioration de la nutrition—témoin souvent " infidèle et toujours moins sûr que l'accroissement de la densité. " Sans chercher des procédés peu pratiques en clinique pour évaluer " avec précision la densité des tissus vivants, on pourra s'en rap- " porter, pour apprécier les progrès obtenus, au développement des " tissus musculaires qu'on évaluera en tenant compte plutôt de la " fermeté que du volume des chairs, le muscle étant le plus dense " de tous les tissus mous. C'est la seule manière d'éviter les " mécomptes si fréquents en pratique pour ceux qui font de la " balance le juge absolu des résultats de leur système. On voit, à " chaque instant, l'édifice organique représenté uniquement par les " réserves grasses et dû à l'économie trop systématique des " forces s'effondrer en quelques jours par l'effet du moindre chan-

(1) Bennet, *Loc. cit.* p. 34.

(2) *Revue des maladies de la nutrition*, 15 juin 1895.

“ gement des habitudes du malade. Et l'on ne peut s'empêcher, “ Jovan. le peu de stabilité de ces tissus acquis au mépris des lois “ qui régissent une saine nutrition, de songer à l'expression triviale “ mais si juste des gens du peuple qui diraient que c'est là “ de la “ mauvaise graisse.”

Ces observations, si sages, de notre confrère s'adressant à la suralimentation dans le *repos absolu*, dans l'*immobilité*. Elles n'en sont pas moins concordantes avec celles de Bennet et topiques pour étayer mon opinion qui est celle-ci : Le phthisique a besoin d'être suralimenté c'est-à-dire d'équilibrer son budget de nutrition, avec un surcroît de recettes. Mais ce surcroît doit être modéré et il doit être réglé pour chaque malade. Tous les tuberculeux ont besoin d'une ration d'*entretien* et d'une ration de *guérison*, et à quelques autres il faut ajouter, quand ils sont jeunes, une ration de *croissance*. Celle-ci est assurée en général par une augmentation de l'appétit et des forces digestives à cette période de la vie où l'organisme, malgré la maladie, poursuit son accroissement naturel. La ration d'*entretien* est connue ou à peu près. La plus difficile à fixer est celle que j'appelle la *ration de guérison*. Il y faut toute la sagacité d'un médecin instruit et attentif, car cette ration varie avec beaucoup d'incidences, le degré de la maladie, l'état de l'estomac et de l'intestin, la fièvre, etc., etc...

Ce qui importe c'est d'*utiliser toutes les forces de digestion et d'assimilation, mais de ne pas les dépasser*. Ce qui importe c'est de savoir que le *temps* est un facteur nécessaire à la cure de la tuberculose, et qu'il va mieux bâtir lentement et solidement que de dresser une construction hâtive mais fragile. Ce qui importe c'est de compter plus encore avec la *densité des tissus*, avec l'*état des forces*, qu'avec la *pesée* pour apprécier la marche de la guérison. Certes l'augmentation de poids est souhaitable, mais à la condition d'être le fruit d'une assimilation parfaite et d'une bonne nutrition. Ce qui importe, en somme, c'est de ne pas confondre la *suralimentation* avec l'*alimentation forcée*, qui n'est pas du tout la même chose.

Or, l'usage abusif des viandes crues pulpées ou cuites et pulvérisées, l'emploi habituel de la sonde, quelquefois si précieuse, si nécessaire, mais d'ordinaire inutile, l'immobilisation systématique des malades, tendent encore à aggraver le vice fondamental d'une nourriture trop copieuse. Voilà pourquoi les médecins vraiment attentifs abandonnent peu à peu tous ses excès pour se rapprocher de l'alimentation naturelle variée et tonique avec un appoint *individuel, la ration de guérison*.

Si cet appoint, grâce à la sage lenteur de la progression des quantités d'aliment arrive à être considérable, tant mieux. Mais il y faut, je ne saurais trop y insister, l'accoutumance, l'éducation, le consentement de l'estomac, de l'intestin, et de tout l'organisme. Il faut que les digestions soient régulièrement et constamment bonnes, car ce n'est pas ce qu'on mange qui profite à la cure, c'est ce qu'on digère *facilement* et ce qu'on assimile *fortement*.

Ainsi comprise, l'alimentation est le premier des agents de la cure hygiénique de la tuberculose ; on peut dire qu'elle gouverne et règle la marche de la maladie.

2o Quelle est la définition de la dyspepsie ? quelles sont ses variétés ? quel est son traitement ?

Si la physiologie de la digestion était mieux connue, si la pathologie de l'estomac avait des lésions et des symptômes précis, si la thérapeutique des dyspepsies avait une base vraiment scientifique, ma tâche serait singulièrement plus facile. Mais, au contraire, il semble que tous les efforts tentés depuis vingt ans dans ce domaine aient troublé et obscurci les quelques notions sur lesquelles vivait la génération précédente sans y ajouter des certitudes et des clartés nouvelles. C'est du moins, ou à peu près, la conclusion à laquelle arrive M. Robin dans une leçon remarquable, publiée ici même, sur la thérapeutique générale des dyspepsies (1). Je suis plus optimiste que M. Robin et je fais volontiers mon profit de ce que m'apporte chaque observateur, qu'il soit clinicien surtout, ou physiologiste, ou chimiste, et les travaux récents m'ont appris beaucoup de choses. Mais je partage sur plusieurs points l'avis de M. Robin et sa leçon est trop intéressante, dans le sujet qui m'occupe, pour ne pas m'y arrêter un peu. En effet, tous les tuberculeux, ou presque tous, ont été, sont ou seront *dyspeptiques*. Connaître la dyspepsie et ce que peut contre elle la thérapeutique est donc le premier de nos soucis.

M. Robin constate d'abord que, "à l'heure présente, et malgré les révolutions qui se sont accomplies dans les choses de la médecine, par l'entrée en scène de la chimie et de la bactériologie, la thérapeutique est gouvernée par des lois empiriques, et quand elle tente de s'échapper hors de la tradition confuse qui la dirige, elle tombe dans l'anarchie," et il conclut à ce qu'on pourrait appeler la faillite de la bactériothérapie, exception faite pour la sérothérapie. Puis après avoir nommé, comme il convient, Hippocrate et Galien, van Helmont et Cullen, il arrive à Broussais, à Chomel, à Beau, et il évoque, dans ce dernier surtout, le précurseur et le parrain des idées de M. Bouchard sur le "rôle joué par les intoxications d'origine gastrique dans les accidents multiples et lointains dérivés de la dilatation gastrique."

En effet, Beau avait vu que "la dyspepsie prenait des allures d'une perpétuelle provocation morbide. C'était une maladie évoluant en trois étapes : la première purement stomacale, la seconde se révélant par des symptômes groupés en série névropathique et en série hémopathique ; la troisième, liée à l'affaiblissement de l'organisme et le disposant à subir l'action des causes morbides, qu'elles vinssent du dedans, ainsi qu'il arrive aux diathésiques, ou de dehors de par les multiples influences extérieures auxquelles nous sommes exposés."

Que ces conceptions du rôle pathologique des maladies de l'estomac lui soient venues d'Hoffmann ou qu'il les ait tirées de son propre fonds, Beau n'en a pas moins le grand mérite d'avoir formulé des lois de pathologie générale qu'il n'a pas pu faire triompher, il est vrai, mais qui contenaient une grande part de vérité. C'est le sort des précurseurs d'être sacrifiés et Beau l'apprit à ses dépens, car, de son vivant, il fut méconnu et il était fort oublié en 1884, lorsque M. Bouchard, à la Société médicale des hôpitaux, fit sa communication sur la dilatation de l'estomac. Chomel, qui lui aussi avait admirablement décrit, en clinicien, les dyspepsies, notamment les dyspepsies par abus des liquides, était à peu près inconnu des générations médicales nouvelles. De sorte que le travail de M.

(1) *Bulletin médical*, 15 déc. 1895.

Bouchard, malgré l'emprunt partiel fait à Beau et Chomel, et l'évocation des recherches de Beau par Dujardin-Beaumetz, parut original et neuf. Il l'était, du reste, par cette idée maîtresse de la dilatation de l'estomac mise à la base de toute la pathologie gastrique, et M. Bouchard eut l'art et le bonheur de l'imposer au monde médical. On sait quel retentissement eut la nouvelle doctrine. Bientôt on ne parla plus que de dilatation et on ne vit partout que des dilatés et le régime sec fit fureur.

Et cependant, dit M. Robin, le dogme de la dilatation gastrique fut bientôt battu en brèche par "*l'idée chimique*," lancée vers 1881 par M. Sée, et aujourd'hui "c'est la doctrine du chimisme stomacal" qui règne en maîtresse et qui gouverne la pathologie et la thérapeutique des maladies de l'estomac." Certes, les travaux de Ewald, Leube, Leo, Boas, Hayem et Winter, pour ne citer que les principaux, sont importants et donnent quelque précision à la pathologie gastrique. Il n'est pas douteux, par exemple, que l'étude de la digestion sur le type du repas d'Ewald ou de Leube, par les procédés chimiques et aussi celle des fermentations gastriques secondaires n'apportent un contingent fort utile de notions positives dont la thérapeutique a déjà fait son profit, ne fût-ce que dans l'hyperchlorhydrie ou maladie de Reichmann, et dans les hypochlorhydries.

Mais M. Robin, quoiqu'il ait contribué pour sa part à ces progrès du "chimisme stomacal." n'est pas content de la nouvelle doctrine et de ses fruits ; il la juge même très sévèrement : "Je ne lui reconnais qu'un mérite, dit-il, c'est celui de la simplicité ; il y a trop d'acide dans l'estomac, vous le saturez ; il n'y en a pas assez, vous en introduisez. Mais j'ai une objection à faire, et une objection suffisante pour ruiner le système chimique, c'est qu'appliqué aux traitements des dyspepsies il est encore inférieur aux anciennes médications symptomatiques."

Ainsi, partout des ruines ! Les conceptions et la thérapeutique *symptomatiques* sont insuffisantes et surannées, les idées et le traitement *systématiques* de la dilatation et du chimisme sont également fragiles et décevants. Que nous reste-t-il donc ? M. Robin se propose de substituer "*à l'organicisme anatomique l'organicisme fonctionnel*." Il pense que beaucoup de maladies restent fonctionnelles pendant un temps plus ou moins long, que ce vice de nutrition primitif ou commandé par des actes nerveux morbides, peut être mécanique, morphologique ou chimique, et qu'à cette période il peut être enrayé ou modifié par une thérapeutique dont la précision laisse loin derrière elle les méthodes traditionnelles... Le nom qui lui convient le mieux est celui de *thérapeutique des réactions cellulaires*, et comme les réactions cellulaires sont une des manifestations de la vie, je l'appelle *thérapeutique vitale*." Et pour atteindre ce but M. Robin s'appuiera sur la physiologie "qui demeure le guide" et sur la chimie qui doit rester la servante de la médecine, mais ne pas en devenir la maîtresse.

Si M. Robin réussit et réalise son idéal, s'il parvient à définir scientifiquement, et "à modifier le trouble fonctionnel de la cellule organique" *avant la lésion*, et à rectifier par une formule thérapeutique nouvelle, "une fonction dérégulée," il aura rendu à la patho-

logie gastrique et à toute la pathologie le plus signalé service, et je serai bien heureux d'applaudir à son succès.

En attendant, il faut revenir aux dyspepsies des tuberculeux et choisir dans un passé et un présent si troublés et si confus ce qui peut être utile à nos malades, car l'avenir, c'est-à-dire la " *thérapeutique vitale* " n'a pas encore fait ses preuves.

Pour ce faire je prendrai mon bien un peu partout, sûr d'avance d'avoir atteint mon but si je rends quelque service aux malades, sans opinion préconçue et sans théories.

La fréquence de la dyspepsie, chez les tuberculeux est telle, qu'elle a été relevée par Bourdon dans les deux tiers des cas, au début de la phtisie. De même par Louis, Andral, et plus récemment par Marfan. Ce n'est peut-être pas assez dire. Combien de malades croient avoir un " bon estomac " et répondent au médecin qui les interroge qu'ils digèrent parfaitement, qui offrent, au contraire, à un examen très attentif des troubles de dyspepsie, troubles souvent éloignés de l'appareil digestif, mais sous la dépendance d'une mauvaise digestion stomacale ou intestinale. En tout cas, si la tuberculose poursuit sa marche, la " dyspepsie " progresse et apparaît avec ses symptômes classiques, et je ne me souviens pas avoir vu, pour ma part, la dyspepsie initiale s'atténuer avec les progrès de la phtisie, pour faire place tantôt à la gastrite terminale. M. Marfan, qui divise en deux états distincts les troubles de l'appareil digestif dans le cours de la tuberculose pulmonaire : la dyspepsie initiale et la dyspepsie terminale, a voulu dire sans doute que tel symptôme, par exemple le vomissement fréquent au début, disparaissait assez souvent au cours de la maladie pulmonaire. Cela est vrai de presque tous les symptômes qui peuvent s'améliorer ou alterner, et il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des malades qui trouvent que leurs digestions sont meilleures au milieu qu'au début de leur tuberculose. Cela tient, le plus souvent, ou à la correction de fautes commises au début ou à la méconnaissance des symptômes de la dyspepsie, par les malades. Je crois, pour ma part, que les troubles gastro-intestinaux, quand ils ne sont pas l'objet de l'attention particulière du médecin, quand ils ne sont pas traités comme il convient, tendent à persister et à s'aggraver dans le cours de la tuberculose. Si, au contraire, le malade, bien dirigé, veille attentivement sur ses digestions, sa dyspepsie s'atténue et disparaît même complètement de sorte que la tuberculose, s'améliorant et guérissant de même, le médecin se trouve avoir guéri parallèlement *un dyspeptique et un tuberculeux*.

Et, ici, se place la question si controversée : la dyspepsie a-t-elle précédé ou suivi la tuberculose ? Bien souvent il est impossible de se prononcer, par l'interrogatoire du malade, celui-ci ignorant le *vrai début* de l'une et de l'autre maladie. Quelquefois on peut croire que la dyspepsie a débuté et préparé le terrain, ou, au contraire, qu'elle est la conséquence de la tuberculose. Mais sauf quelques cas typiques où il semble que la succession de l'un ou l'autre soit assez claire, le plus souvent les symptômes des deux états pathologiques sont si bien confondus et mêlés qu'on ne peut résoudre la question. Question oiseuse, du reste, au moins pour le traitement. Le fait de la dyspepsie, *compagne habituelle de la tuberculose*, nous suffit.

Cette dyspepsie est d'ordinaire de la variété dite : *nervo-morrice*

et dépend, au moins pour une large part, des troubles de la nutrition, de l'anémie, qu'elle entretient et aggrave à son tour. Tel est l'avis de M. Marfan. Telle est aussi mon opinion. Nul doute que cette "anémie" ne soit elle-même le signe d'une dyspepsie ancienne et méconnue et la preuve c'est que, malgré la présence de tubercules et même de tubercules en voie de ramollissement, si on traite l'anémie par le régime de l'alimentation, la dyspepsie et l'anémie tendent à disparaître et disparaissent simultanément. Donc, les fonctions de l'estomac, ou mieux, de l'appareil digestif, gouvernent et dominant l'anémie. Et comment en serait-il autrement ? Ne dominant-elles pas la tuberculose elle-même ? Telle est, en effet, la puissance de la fonction digestive sur la marche de la tuberculose pulmonaire, qu'on pourrait presque dire à un malade : *votre pronostic dépend de vos digestions.*

Cette dyspepsie des tuberculeux a des symptômes variables, mais les plus communs relèvent du ralentissement de la digestion et de la stase gastrique, d'où les fermentations secondaires, avec acidité, éructations, dilatation stomacale et, en même temps, constipation et diarrhée. La perte d'appétit et les vomissements accompagnent souvent ce syndrome qui tient aussi, sous sa dépendance, la déchéance nutritive, l'amaigrissement, l'épuisement progressif du malade, c'est-à-dire la *consommation*. Donc, je le répète et le répéterai sans me lasser, il faut combattre la dyspepsie, avant tout. Dans ma pensée, celle-ci est la base de presque toutes les tuberculoses, et, quand j'interroge un malade, il est bien rare de constater qu'il a été pris de symptômes pulmonaires *en pleine santé*. Presque toujours il est possible de relever, antérieurement, une période d'amaigrissement, de fatigue, de langueur, bref, de déchéance, dépendant d'une dyspepsie consciente ou inconsciente. C'est cette déchéance, dont on ne se rend pas compte, qui livre le malade au bacille tuberculeux, lequel est partout et n'attend que le moment opportun de fructifier dans un organisme affaibli.

Combien de médecins, cependant, en face d'un tuberculeux, s'attachent à combattre, comme il convient, cette inanition par dyspepsie ? Bien peu. Les uns, il faut l'avouer, n'y songent même pas. Hypnotisés par leur diagnostic : tuberculose pulmonaire, ils vont droit au monstre et cherchent à l'accabler sous les poids successifs ou simultanés de toutes les drogues vantées et réputées spécifiques. Et l'estomac déjà fatigué, déjà malade, se détraque encore davantage. Et voilà malade et médecin entrés dans un cercle vicieux ! car les remèdes ne manquent point, et si l'un n'a pas réussi, on essaie d'un autre, sans compter la quinine pour la fièvre, l'atropine pour les sueurs, la morphine pour la toux et l'insomnie... et cependant la maladie s'aggrave ! Le malade change de médecin, et, chose habituelle, une amélioration survient moitié par suggestion, moitié parce que le nouveau médecin a vu une faute commise et l'a réparée. Mais cette amélioration est passagère parce que le fonds des idées médicales et de la thérapeutique reste le même. C'est toujours la thérapeutique des médicaments, des formules qui domine, tandis qu'au contraire elle doit être subordonnée à la thérapeutique de la *nutrition, de l'alimentation, elle doit même au besoin disparaître entièrement.*

Beaucoup de médecins, je m'empresse de le reconnaître, ont le

souci de ces troubles digestifs et surtout de la nécessité de réparer les forces, de restaurer l'organisme, et il font de leur mieux. Mais ce qu'ils font est le plus souvent tout à fait insuffisant. Les uns se contentent de dire au malade : " Mangez bien, mangez de tout " et le malade, livré à lui-même, sans guide, sans aide, mange au hasard de son goût, et sans choix, sans réserve et méthode. Il échoue naturellement. D'autres vont un peu plus loin et recommandent soit les poudres de viande, soit la pulpe de viande crue. Mais il est rare que les indications du mode de préparation et du mode d'absorption de la quantité soient données en détail, comme il convient, et le malade, naturellement, commet des fautes involontaires. Cet aliment supplémentaire, qui peut lui rendre les plus grands services et dont il a absolument besoin, il s'en dégoûte et l'abandonne, à la fin, alors qu'avec un peu d'art et surtout avec des indications précises—il n'y a pas de détail superflu—on aurait pu, non seulement continuer indéfiniment, mais encore augmenter progressivement cette alimentation.

Quelques-uns enfin, et ici nous touchons aux médecins spécialisés par leur séjour dans une station de tuberculeux—je ne parle pas des sanatoria—veillent aux digestions, dictent le régime et insistent comme il convient sur l'alimentation supplémentaire. Eh bien ! là encore, je relève souvent des fautes et des fautes sérieuses dont pâtit le malade. Faute par insuffisance d'indications, faute par abus thérapeutique, faute par médication systématique.

Vous êtes trop sévère pour vos confrères, me dira-t-on ! Non certes ! Outre que je ne dis que la vérité, en l'atténuant, loin de moi la moindre pensée de blâme. Ne viens-je pas de dire combien peu d'auteurs mettent à leur plan réciproque l'alimentation et le médicament et que la plupart, même les meilleurs, sacrifient celle-là à celui-ci. D'autres part, la définition et le traitement des dyspepsies, sont-ils chose faite ? Et ne voit-on pas M. Robin rejeter en bloc toutes les classifications et toutes les méthodes thérapeutiques pour y substituer la sienne ? Comment les praticiens pourraient-ils s'orienter dans ce désordre et choisir entre tant d'opinions divergentes ? Pour ne citer qu'un fait, ne sait-on pas que Dujardin-Beaumetz prescrit le régime végétarien dans l'hyperchlorhydrie, lorsque la plupart des auteurs ordonnent tout le contraire, le régime azoté (1) ? et il s'agit de la forme la plus simple de la dyspepsie ! Il est donc très difficile de bâtir sur ce sable mouvant d'autant plus que chaque dyspepsie est, dans une certaine mesure, *individuelle* et qu'il appartient à chaque médecin de chercher et de trouver le point défectueux pour y porter remède, et ceci ne se peut faire que par une étude très soignée et très personnelle de chaque cas particulier. Cette étude, il est impossible de l'écrire dans un livre, on ne peut y tracer que les cadres où devra se mouvoir l'instruction du seul juge compétent, le médecin, qui reste, en dernier ressort, libre de décider, mais aussi, bien incertain parfois de sa décision.

Comme tous mes confrères, j'éprouve ces embarras et j'en suis réduit souvent, à défaut de notions précises, à procéder par voie de tâtonnement jusqu'à ce que j'aie réussi, ou à peu près. Une seule méthode est applicable aux dyspepsies en l'état actuel de la science, c'est la méthode symptomatique et la thérapeutique qui en découle,

(1) A. Mathieu, *Thérap. des maladies de l'estomac*, T. II.

Mais il n'est pas défendu de faire bénéficier cette méthode des progrès que chaque école a fait faire à la question, d'emprunter par exemple à M. Bouchard son art du diagnostic, sa formule thérapeutique des dilatations de l'estomac et ses idées d'antisepsie stomacale et intestinale, à MM. Hayem et Winter leurs procédés de diagnostic, en ce qu'ils ont de pratique, à M. Debove ses poudres alimentaires et son gavage, à M. Dujardin-Beaumetz sa prédilection pour les végétaux là où elle est utile..... Et quoique nous empruntions à chacun ce qu'il a de meilleur, en y ajoutant les régimes et les méthodes des médecins allemands, nous resterons toujours au-dessous de notre tâche.

Donc, sans le moindre souci d'une doctrine quelconque, le médecin doit s'efforcer : 1o de reconnaître la dyspepsie et, s'il est possible, la variété de dyspepsie de son malade ; 2o de choisir les aliments les plus digestibles et les plus nutritifs ; 3o de fixer le régime le mieux approprié aux forces digestives ; 4o si le régime ne suffit pas à assurer de bonnes digestions, de faire appel aux adjuvants thérapeutiques, mais avec discrétion, et seulement quand le régime a échoué.

Je vais tâcher d'aider mes confrères à remplir ce programme. Il n'en est pas de plus difficile ni de plus utile, car l'estomac, s'il n'est pas le plus noble de nos organes, en est le plus important. A la fois très complaisant, très résistant et très fragile, il obéit à qui sait le conduire, et reflète fidèlement l'état de l'organisme : *dis-moi comment tu digères, je te dirai qui tu es.*

Le Bulletin médical de Paris.

STATISTIQUE DES MÉDECINS DE PARIS PAR AGE ET PAR NATIONALITÉ

Il y a quelques mois, nous avons signalé que d'après le dernier dénombrement, on comptait à Paris 2,922 médecins, dont 521 étrangers. Les 2,922 médecins de toute nationalité se divisaient ainsi, au point de vue de l'âge :

De 20 à 39 ans.....	1,470	dont 260	étrangers
40 à 59 ans.....	1,077	dont 110	étrangers
60 ans et au-delà.	385	dont 70	étrangers

Si l'on compare le nombre total des médecins étrangers à celui des médecins français, on trouve qu'il y a 22 étrangers pour 100 français.

Les médecins étrangers sont surtout nombreux dans les cinquième et sixième arrondissements, où ils représentent 47 0/0 du total (246 sur 521). Cela tient, sans doute, à ce que les jeunes gens qui habitent le quartier latin y restent pour poursuivre leurs études. Ces médecins n'exercent généralement pas. Ces deux arrondissements mis à part, on constate que les médecins étrangers sont fixés dans les arrondissements les plus riches de la capitale. On peut estimer à 250 environ le nombre de ceux qui pratiquent.

INTERET PROFESSIONNEL

RÉPONSE DU DOCTEUR ROTTOT

PAR ERNEST.

Monsieur le rédacteur de " LA CLINIQUE "

Me permettez-vous quelques remarques sur l'entrevue accordée à " *La Presse* " du 6 juillet par le docteur Rottot, au sujet de la chaire d'hygiène assignée sans concours au docteur Gauthier, de St. Ephrem d'Upton ? " LA CLINIQUE " étant un journal purement médical je m'y sens plus à l'aise pour critiquer le vénérable doyen de la Faculté. Plut au ciel que le docteur Rottot se fut confié à la presse médicale au lieu d'étaler dans la grande presse des opinions qui, à mon avis, jettent du discrédit non seulement sur leur auteur, mais encore et surtout ternissent la réputation scientifique du professorat médical tout entier de notre Université.

D'après monsieur le doyen, les concours récemment inaugurés pour pourvoir aux vacances dans les chaires universitaires n'ont été établis qu'à titre d'essai. La Faculté n'y a recours que quand cela lui plait ou que cela..... fait son affaire, je suppose. Les amis du progrès médical dans notre province qui s'étaient flattés que l'établissement de ces concours allait ouvrir les portes de l'Université au mérite et au talent ont été fort désappointés d'apprendre la Faculté s'est réservé une porte de derrière par où le favoritisme ou l'intérêt peuvent accorder de secrètes entrées. Monsieur le docteur Gauthier a été admis sans concours parceque, dit monsieur le doyen, le candidat avait été malheureux dans deux concours précédents, quoique sa thèse et celle du vainqueur fussent *pour ainsi dire d'égale valeur*. Si ce dernier fait est vrai et il doit l'être, pourquoi le docteur Gauthier a-t-il été rejeté ? Autre question, est-ce que l'on craignait, quelque part, qu'en ouvrant un nouveau concours le docteur Gauthier ne rencontrât encore un concurrent d'une valeur supérieure à la sienne ?

Le docteur Rottot a des *objections sérieuses* à l'institution des concours. D'abord, il manque à Montréal des juges de concours Laval ne possède " qu'un seul expert " sur chaque " matière enseignée." Dans ce foyer de lumière médicale, il n'y a que le professeur attitré de pathologie qui puisse *apprécier parfaitement* une thèse sur un

sujet pathologique. Les autres professeurs de cette Sorbonne médicale ne connaissent que superficiellement la pathologie. De même pour la chirurgie, l'hygiène, etc., etc. Or, comme il arrive souvent qu'un candidat n'est nommé à une chaire, que parce que le titulaire en est décédé, il est évident qu'il ne reste plus de juge pour décider un concours pour l'obtention de la chaire vacante.

Est-il possible, monsieur le rédacteur, que le docteur Rottot dise la vérité au sujet de la Faculté dont il est le doyen ?

Quoi ! parmi tous les professeurs, il n'y en a qu'un qui connaisse assez l'hygiène ou la chirurgie pour juger une thèse sur l'un de ces sujets ! Les autres sont satisfaits de *connaissances superficielles* de ces matières. Je comprends que la science de la médecine est si vaste qu'un seul homme ne peut en *spécialiser* toutes les branches ; mais encore faut-il admettre qu'un médecin digne de ce nom, doit posséder sur toutes les branches de la médecine des connaissances suffisantes pour comprendre et juger un travail médical sur une branche spéciale de son art. Si l'Université n'a pas assez d'hommes capables pour s'asseoir à un tribunal de concours, il vaudrait mieux demander du secours aux Universités-sœurs anglaises. Au moins, nous aurions l'espoir qu'en quelques années, grâce au talent qui seul pourrait surmonter les obstacles du concours, un professorat compétent occupât les chaires de l'enseignement médical. L'on pourrait alors se passer des anglais. Mais il ne faudrait pas faire comme par le passé, repousser de jeunes médecins *canadiens* ambitieux et travailleurs pour admettre aux hôpitaux ou à des chaires françaises des victimes de concours qui ne peuvent même enseigner dans la langue de leurs auditeurs et qui n'ont eu fait d'autres recommandations que l'influence de leurs hauts protecteurs. Une autre *objection sérieuse* de monsieur le doyen, c'est que les hommes *un peu âgés* refusent de concourir avec les jeunes. Et pourquoi, s'il vous plaît ? Est-ce parce qu'ils ne sont pas aussi bien armés pour la lutte ? Mais alors, qu'ils s'arment. Si la possession d'une chaire vaut quelque chose, *un homme un peu âgé* ne doit pas ménager ses efforts pour l'obtenir. S'il n'a pas assez d'ambition pour se préparer sur une matière de concours quelle espèce de professeur pensez-vous qu'il sera ? Le fait qu'un homme réussit dans sa pratique n'est pas suffisant pour le sacrer professeur. Outre, qu'il y a de piètres médecins qui ont beaucoup de clientèle (les charlatans en sont un bel exemple), il y a beaucoup de médecins qui, tout en étant très habiles, sont trop indolents, trop paresseux, c'est le mot, pour supporter les fatigues et les exactions de l'enseignement de la médecine moderne. Un homme trop âgé pour concourir ne peut-être qu'un traînard dans l'armée envahissante de la science au dix-neuvième siècle. Et pendant que j'y suis, il est aussi bien de constater qu'il pousse de la mousse sur quelques-unes de

nos chaires universitaires de Montréal. Tout le corps médical sait qu'il y a dans la Faculté des hommes de talent et de travail comme l'on sait aussi qu'il y a des hommes qui, ou n'ont pas de talent ou qui ayant du talent, n'ont aucune aptitude au travail et à l'enseignement.

Si c'est un honneur et un avantage d'être appelé Professeur à l'Université, ce n'est pas un compliment pour l'Université d'avoir certains professeurs. Les favoris n'ont jamais jeté d'éclat sur leurs protecteurs. Si vous voulez que l'Université soit grande, respectable et respectée, n'ouvrez à tous qu'une seule porte, celle du mérite.

ERNEST.

RÉFORMES NÉCESSAIRES PAR LE DR C.

Monsieur le Rédacteur,

Monsieur le Dr. Gauthier a fait preuve de beaucoup de courage en demandant au Bureau des Gouverneurs de décréter qu'il est dérogatoire à l'honneur médical qu'un médecin se permette de soigner les membres d'une Société de secours mutuels moyennant un salaire annuel ridicule.

S'il réussit dans sa tâche il aura bien mérité de la profession et aura droit à toute notre gratitude.

C'est déjà un grand pas de fait dans la voie du progrès et c'est reconquérir à la profession un peu du respect qui lui est dû. Mais pourquoi s'arrêter dans un aussi beau chemin et ne pas donner plus de latitude à cette loi ?

Il existe dans certaines localités des industries dont les employés et les membres de leur famille se font donner les soins médicaux, remèdes compris, pour la modique somme mensuelle de cinquante centins par chef de famille.

Si dans la nouvelle loi que l'on veut introduire, on décrète dérogatoire à l'honneur médical le fait de soigner par abonnement les membres d'une société, avec le même droit et la même justice l'on devrait atteindre du même coup ceux qui font le métier plus haut mentionné et rabaissent le niveau professionnel.

Et comment viendra-t-on soutenir le contraire ?

Est-ce en prétextant que ce sont de pauvres ouvriers gagnant un peu plus d'un dollar par jour ; lesquels sont pour la plupart à la tête d'une nombreuse famille ? Mais les membres d'une société se trouvent aussi dans le même état, et on leur enlève cependant le privilège d'un abonnement.

Quand on considère le but de ces sociétés qui est de s'aider mutuellement, on conçoit avec plus de raison qu'un médecin dans une

localité doit faire sa part. Mais quand il s'agit d'industries qui paient bien leurs employés, je dis qu'un médecin commet une action plus dérogatoire que dans le premier cas.

En accomplissant cet acte, de vieux médecins, accoutumés à vivre misérablement par leur faute, et souvent dans l'ivrognerie, font une lutte déloyale et injuste à leurs confrères en s'accaparant pour une somme modique la presque totalité de la population d'une localité.

Je le répète, le système des abonnements est injuste et tout à fait dérogatoire à l'honneur médical.

Pourquoi dans ce même projet de loi ne frapperait-on pas également ceux qui se livrent à l'ivrognerie et font perdre tout le respect qui nous est dû ? Ce serait encore un grand pas de fait.

De cette manière, la profession médicale éliminerait de son sein une foule de parasites et de paresseux qui n'ont pas lu un ouvrage de médecine depuis 25 ou 30 ans et ont oublié le peu qu'ils savaient.

Qu'on fasse pour le moment ces modifications et le bureau des Gouverneurs aura fait son devoir.

J'ai l'honneur d'être, monsieur,

Votre, etc,

DR C.

MM. les docteurs G. E. Larin et Frs. de Salles Prevost viennent d'ouvrir au No 214 rue Richelieu, Ste Cunégonde une clinique connue sous le nom de " DISPENSAIRE DE STE. CUNÉGONDE." C'est une clinique de médecine, chirurgie Ophtalmologie, maladies nerveuses des enfants et des femmes. Les consultations ont lieu tous les jours de 4 hrs. à 8 hrs. P. M.

Nous leur souhaitons tout le succès qu'ils méritent à plus d'un titre.



EDITORIAL

La nomination du Dr. Gauthier a créé des mécontentements. Notre dernier article traitant de cette question, en a créé de même. Mais ont ces deux catégories de mécontents, il y a de grandes différences.

Les premiers sont outrés de voir la justice foulée aux pieds, l'avenir de notre Université nationale française compromis et tout progrès dans l'enseignement médical en train de devenir impossible.

Les mécontents créés par notre critique, sont précisément ceux-là qui depuis la fondation de l'Université, ont pu conduire à leur guise les affaires de la Faculté, et nommer à droite et à gauche, par droit d'amitié et de cabale, mais non de mérite, les professeurs nouveaux, sans que personne les eut dérangés dans leurs petites combinaisons ; sans que personne encore soit venu leur rappeler qu'ils ont des responsabilités et qu'on peut leur demander compte de leur conduite.

Certes, se l'entendre dire enfin, et tout haut encore, doit être désagréable. Nous le concevons et le regrettons ; combien mieux nous aimerions n'avoir que des louanges à faire.

Mais notre devoir est d'éclairer la profession, les pauvres étudiants surtout qui reçoivent et absorbent en toute confiance une nourriture qui en fera des anémiques de la science.

Notre devoir est de révéler les raisons mauvaises et fausses que l'on met en avant pour expliquer une conduite vraiment inexplicable.

Et d'abord, commençons par les dires du doyen, du Dr Rottot, dans la *Presse* du 6 juillet et que nous reproduisons ici :

“Le système d'un concours pour nommer les professeurs n'est pas, dit-il, établi définitivement, mais seulement comme un essai. La charge de professeur adjoint à la chaire d'hygiène a été accordée sans concours au docteur J. C. S. Gauthier parce que dans les deux concours précédents, ses thèses avaient été excellentes et qu'il avait été très difficile de décider lequel du docteur Gauthier ou de celui qui a été nommé devait l'emporter. Les thèses pour ainsi dire étaient d'égale valeur. Quant au système du concours, il présente de sérieuses objections dont voici les principales :

1.--Pour que le concours se fasse d'une manière efficace, il faut

drait que, comme en France, les thèses des candidats sur une branche spéciale de la médecine fussent jugées par plusieurs médecins experts en cette ligne spéciale ; mais tout se passe ici d'une manière absolument différente, car les thèses des candidats ne peuvent être parfaitement appréciées que par un seul juge, qui est le professeur de la matière sur laquelle se fait le concours ; les autres médecins ne connaissant que superficiellement cette branche sont forcés d'approuver la décision et le choix du médecin expert.

Alors il serait aussi bien et même préférable de choisir un médecin connu, qui a bien réussi dans sa pratique et qui est reconnu comme compétent, que de faire nommer par concours un jeune homme qui pourra faire une excellente thèse après avoir parfaitement étudié son sujet dans les livres et qui risque beaucoup d'être plus fort en théorie qu'en pratique.

20. Toute la faculté n'assiste pas au concours, et la décision est rendue seulement par une partie des membres de la Faculté, ce qui n'est pas régulier.

En outre, plusieurs médecins un peu âgés ne voudraient pas concourir avec des jeunes et l'on s'exposerait ainsi à perdre des hommes qui pourraient rendre de grands services à la profession médicale.

Voilà, suivant le doyen de la Faculté, les principales raisons qui font obstacle à l'adoption du système de concours pour la nomination aux chaires de la Faculté."

Eh bien de ce que l'on vient de lire, on peut dire comme le fameux Pegomas : " Autant de mots autant d'erreurs."

Voyons :

Les professeurs réunis en conseil, avaient décidé " *décidé* " qu'à l'avenir, les professeurs adjoints seraient nommés par concours et au mérite, parfaitement " *au mérite* " vous aviez bien lu. C'était là, le changement.—Ceci, nous le tenons, non pas d'un, mais de plusieurs professeurs.—Non seulement avant, mais même depuis la nomination, à l'ancienne façon, du Dr. Gauthier.

Le Dr. G. a été nommé parce que sa thèse égalait en valeur, celle du Dr. de Cotret ? — Nous n'en voulons nullement au Dr. Rottot de cette seconde et énorme erreur. Il nous explique un peu plus loin, dans sa réponse au reporter, que " sauf le professeur de la matière " sur laquelle se fait le concours, les autres ne connaissent que superficiellement la question et sont forcés de juger d'après le dit professeur."

Son appréciation des deux thèses nous prouve qu'il a raison, au moins pour ce qui le regarde.

Il y a, en plus, une autre raison, que nous tenons du secrétaire même de la faculté, et que nous gardons en réserve pour le cas où il faudrait des arguments un peu plus durs.

Voilà donc, les professeurs de la faculté, incapables de juger des mérites d'un concurrent, faute de connaissances. Que ne le disaient-ils tout de suite avant de s'ériger en juges ?

“ Le Dr. conclut : qu'il vaut mieux dès lors prendre un médecin qui aura bien réussi dans sa pratique, qu'un jeune homme qui pourrait faire une excellente thèse, d'après ses études dans les livres. ”

Allons donc, cette réponse ne saurait être sérieuse. Nous serions presque tentés de croire que le reporter a mal compris. Comment, il faudra baser le choix du professeur, sur l'opinion populaire, le nombre des clients et ses années de pratique ! — Allons donc, autant vaudrait choisir tout de suite le célèbre Mireault qui réussit, “ dans sa pratique ” d'une manière à faire envie à bien des médecins, même âgés !

Non vraiment, il y a de quoi rire. — Mais chacun sait bien que le mérite n'est pas le principal élément de succès dans la clientèle. Et d'ailleurs un bon praticien est quelque fois tout l'opposé d'un professeur, même passable, car s'il suffit, par exemple de se tenir grave et coi, auprès du malade, pour arriver à une grande réputation, il est clair que les mêmes qualités sont pour le moins inutiles dans l'enseignement.

Reprocher aux jeunes leurs connaissances théoriques étendues, c'est folie.

Chacun ne sait-il pas que dans les dernières années, la médecine a fait d'énormes progrès que l'on ne peut suivre que par l'étude dans les livres et surtout auprès des maîtres ?

Et puis encore, ce qu'il faut aux élèves, ce sont précisément des connaissances théoriques, puisque dans la faculté, loin de tout malade, on ne peut leur enseigner la médecine que théoriquement.

Quant à l'irrégularité des concours par le fait que tous les professeurs n'assistent pas aux épreuves, c'est une opinion qui ne se peut soutenir

D'abord, si les professeurs sont incompetents, autant qu'ils n'assistent pas et ne jugent pas.

Et puis a-t-on jamais vu toute une faculté juger un concours ? En France, par exemple, les concours ont lieu tous les trois ans et servent à choisir des agrégés pour toutes les facultés. Eh bien, chaque faculté nomme ses représentants qui se réunissent et forment tous ensembles, un seul jury pour tous les concours. Et cette façon, les candidats venus de Montpellier sont jugés des professeurs de Paris, de Lyon, etc., — et par conséquent, échappent à la protection si favorable aux uns et si désastreuse pour d'autres.

S' imagine-t-on voir, tous les professeurs de toutes les facultés se réunissant au nombre de 200 pour juger les concours.

Il n'y a vraiment qu'ici, où l'on puisse avoir de telles idées.

Et vraiment si les juges sont aussi incapables que l'affirme leur

doyen, moins ils seront nombreux, plus le mérite aura chance de parvenir. Nous nous demandons même s'il n'y aurait pas avantage à ne prendre parmi eux que le professeur titulaire de la chaire discutée, et à compléter un jury par l'adjonction de quelques membres venus des facultés sœurs. Au moins, de cette façon, les concurrents pourraient compter sur une juste appréciation de leurs mérites. Et si, dans ces conditions, des médecins un peu âgés, se refusaient à concourir, c'est qu'ils craindraient une défaite méritée.

Et si des médecins un peu âgés, sont incapables de faire une bonne thèse ; incapables de faire une bonne conférence, mon Dieu, il est clair qu'ils seront incapables de donner de bons cours. Et dès lors, disparaît cette grande utilité dont veut bien parler l'honorable Doyen, et leur absence ne saurait priver la Faculté.

Encore une fois, nous le répétons, et ne cesserons de le répéter jusqu'à ce que l'on paraisse nous comprendre, ce qu'il faut à la faculté, ce qu'il faut aux élèves, ce sont des professeurs capables d'instruire leurs auditeurs.

Or pour les instruire, il faut qu'ils soient eux-mêmes instruits, renseignés, mis au point. Pour arriver à ce résultat, il y a de la marge. Comme toute réforme demande du temps pour s'accomplir, nous nous demandons ce que devraient faire les étudiants, jusqu'à ce qu'on fasse quelque chose pour eux.

Nous en arrivons à une solution qui nous attriste. Nous ne la mentionnons pas aujourd'hui, parce que nous voulons auparavant donner des preuves que notre enseignement médical français est d'une infériorité décourageante — ce que nous ferons dans nos futures critiques.

LA DIRECTION

LE DR RODDICK

ELU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

M. le docteur T. G. Roddick, M. P., de cette ville, a été élu président de l'Association Médicale Britannique, actuellement en session à Carlisle, Angleterre. L'association a accepté l'offre des membres canadiens et se réunira à Montréal au mois d'août, l'an prochain. Ce sera la première fois que l'Association se réunira en dehors des Îles Britanniques et probablement aussi la première fois que cet honneur est accordé à un *colonist*.

La position de président a été occupée par des hommes comme sir Joseph Lister, sir J. Russell, baronnet, le dernier président.

Le docteur Roddick est né à Harbor Grace, Terre-Neuve, le 31 juillet 1846. Son père a été pendant de longues années le principal d'une académie.

Il étudia d'abord sous son père, puis vint à Montréal en 1864 et étudia la médecine à l'Université McGill. Il fut gradué en 1860 et obtint la médaille d'or Holmes.

Il devint interne à l'Hôpital Général et y resta cinq ans.

En 1874, il ouvrit un cabinet et commença avec succès à pratiquer la médecine, s'attachant surtout à la chirurgie, pour laquelle il avait des aptitudes prononcées. Il devint professeur agrégé d'anatomie à McGill et l'année suivante, il était nommé professeur de chirurgie à la clinique de la même institution. Le docteur Roddick a été pendant longtemps chirurgien visiteur de l'Hôpital Général. En 1885, il était nommé assistant-chirurgien général de la milice du Canada, et servit lors de l'insurrection Riel. En 1891, il devint président de l'association médicale de la Puissance. En 1890, il succéda au docteur Fentwick, comme professeur de chirurgie à McGill. En 1890, lors de la fondation de l'hôpital Victoria, il organisa les divers services et fit un voyage en Europe dans les intérêts de cette institution. Depuis 1895, il est le chirurgien consultant de cet hôpital.

Le 23 juin dernier, il était élu représentant de la division Saint-Antoine aux Communes du Canada.

Nous sommes heureux de féliciter le Docteur Roddick de cet honneur mérité. Il est très populaire parmi ses confrères Canadiens français qui sont fiers et heureux de le féliciter en cette occasion.

MISSISSIPI VALLEY MEDICAL ASSOCIATION

La date de la réunion de la dite société a été changée. Les séances auront lieu le 15, 16, 17, 18 septembre. Ce changement a été fait dans le but de permettre aux membres de la Mississippi Medical Association et à leur famille de visiter le Yellowstone Park, reconnu dans toute l'Amérique du Nord comme le plus beau.

AMERICAN ASSOCIATION OF OBSTETRICIANS & GYNECOLOGISTS.

La neuvième réunion annuelle de la société aura lieu les 22, 23, 24 septembre 1896 à Richmond, Vie.

Pour plus amples informations s'adresser au docteur William Waren Potter, secrétaire, Buffalo.

Prochaine Réunion

— DU —

CANADA MEDICAL ASSOCIATION

Ainsi que nous l'avons annoncé, La "Canadian Medical Association" se réunira à Montréal les 26, 27 et 28 août courant.

Les membres de l'association se conformeront au programme suivant :

10. Mercredi, 26 août :

10,00 a. m. Réunion des membres du comité pour l'examen des registres.

12,30 p. m. Hôpital Général—Travaux chimiques suivis, dans l'amphithéâtre de chirurgie, par les travaux généraux de l'association.

4 p. m. Courte excursion.

8,30 p. m. Lecture de l'adresse du président, dans les salles de "St-George's School" au No 15 de la rue Stanley.

Jeudi, 27 :

10.00 a. m. Assemblée à la St-George's School—conférences et lectures.

12.30. Hôtel Dieu. Travaux cliniques suivis par la continuation des lectures et conférences commencées le matin.

4.00 p. m, Courte excursion.

7.45 p. m. précises : Dîner de l'association.

Vendredi, 28. 10.00 Assemblée à la "St-George's School"—lectures—conférences.

12.30. Hôpital Royal Victoria. Travaux cliniques et continuation des lectures et conférences dans la salle de lecture de l'hôpital.

Les membres de la profession venant à Montréal à l'occasion de ce congrès médical, bénéficieront de conditions avantageuses offertes par les compagnies de Chemins fer et de Navigation. En prenant leur billet pour venir à Montréal, ils recevront de l'agent, un reçu pour le montant du billet simple.

Quand ils retourneront, s'ils sont plus de 50 à avoir ces reçus, ils n'auront à payer que le tiers du prix ordinaire.

S'ils sont plus de 300, le retour sera gratuit.

Ces conditions sont offertes non seulement aux médecins, mais encore à leur famille.

Les hôpitaux offriront de légers goûters aux membres de l'association qui pourront se rendre aux hôpitaux et en revenir, dans les tramways électriques spécialement retenus à cet effet.