

LA CLINIQUE

LA CLINIQUE est publiée le 1^{er} de chaque mois.

L'abonnement est d'un dollar par année, **payable d'avance**. Les abonnements partent du 1^{er} Août de chaque année.

Toute correspondance ayant rapport à la rédaction doit être adressée au rédacteur en chef, boîte de Poste 2175 et à l'administration, à Victor Rougier, 55, rue St-Sulpice ou Boite de Poste 2175.

Les articles devront être envoyés avant le 15 du mois.

Sur demande à l'administration, il sera envoyé 25 copies de chaque travail original.

Il est bien entendu que tout travail devant être publié sous le titre de travail original ne devra être écrit que pour LA CLINIQUE.

Les manuscrits refusés ne sont pas rendus.

SOMMAIRE DU MOIS DE NOVEMBRE

DES DÉCHIRURES VAGINO-PÉRINÉALES	
	<i>Dr J. A. Ouimet</i> 189
HÉMORRAAGIE MORTELLE, ETC.	<i>M. Reboul</i> 200
LE CATAPLASME ET LES AFFECTION AIGUES DE LA POITRINE	<i>A. L. DeMartigny</i> 202
LES MALADIES NERVEUSES	204
CLINIQUE MÉDICALE	<i>M. le Prof. Jaccoud</i> 207
CHRONIQUE MÉDICALE	<i>J. M. Beausoleil</i> 214
THÉRAPEUTIQUE	
Diabète	<i>Dr Georges Lemoine</i> 221
REVUE DU MOIS	232
FORMULAIRE	235

SANMETTO Pour les maladies des
Organes Génitaux-Urinaires

Le Santal Blanc et le Saw Palmetto scientifiquement déguisés dans un
Véhicule Aromatique agréable

Le Tonique Vivifiant du Système Reproducteur

SPÉCIALEMENT UTILES DANS LES
Affections Prostatiques des Vieillards—L'Impuissance Sexuelle—La
Miction Difficile—L'Inflammation de l'Uréthre—Les Dou-
leurs Ovariennes—L'Irritation de la Vessie

D'UN MÉRITE ABSOLU COMME RECONSTITUANT

Dose : Une cuillerée à café
quatre fois par jour.

OD CHEM. CO., NEW-YORK

En vente chez tous les Droguistes en Gros du Canada.

LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

Vol. IV

DÉCEMBRE 1897

N° 5

TRAVAUX ORIGINAUX

Des Déchirures Vagino - Périnéales

PAR

Le Docteur J. A. OUIMET

D'une façon générale, on peut considérer les ruptures vagino-périnéales comme le résultat d'une disproportion entre le fœtus et le conduit qu'il doit traverser.

Aussi toutes les anomalies de volume, tous les vices d'accommodation doivent être considérés et avec raison comme des causes de déchirures vagino-vulvaires.

Tout d'abord il est facile de comprendre qu'un excès de volume peut suffire à expliquer la rupture.

Cependant les auteurs qui se sont occupés de cette question, Fasbender, Hecker, sont arrivés par les statistiques à ce résultat inattendu, que les déchirures périnéales sont plus fréquentes lorsque les dimensions de la tête sont moindres qu'à l'état normal.

On explique ce fait par la rapidité de la période d'expulsion. Le périnée n'a pas le temps de développer toute son élasticité et se rompt.

Le plus souvent, on voit intervenir, comme cause principale, un défaut d'accommodation, une anomalie dans la présentation ou la position.

Il est un point sur lequel M. Auvrard a appelé l'attention, c'est ce qu'il a désigné sous le nom de déflexion prématurée de la tête.

Dans ces circonstances, le pubis au lieu d'être en rapport avec la région sous-occipitale se trouve en contact avec un point plus ou moins rapproché du bregma, il en résulte que le dégagement se fait suivant des diamètres dont les dimensions sont beaucoup plus considérables que celles des diamètres sous-occipitaux.

S'il est vrai, du reste, que cette déflexion est souvent produite artificiellement, fréquemment aussi, elle existe dès le début du travail.

Il s'agit plutôt d'un défaut de flexion que d'une déflexion véritable.

Dans bon nombre de cas, cette anomalie dans le mécanisme de l'accouchement coïncide avec un défaut de rotation de la tête.

Il en résulte que le pôle céphalique se présente par des diamètres plus longs aux diamètres les plus étroits de l'orifice vulvaire.

C'est par un mécanisme analogue que se produisent les déchirures dans les présentations du front et de la face.

Maintenant il faut avouer que le foetus n'est pas tout dans les déchirures vagino-périnéales et il faut faire entrer en ligne de compte un facteur important, le mode de résistance des organes maternels.

Duncan a signalé une variété tout à fait spéciale de déchirure du périnée. Elle se produit secondairement par suite de la formation d'une escarre lorsque la tête a longtemps comprimé les tissus.

L'application du forceps constitue une des causes les plus importantes.

Le plus souvent il n'agit que d'une manière indirecte, en empêchant l'accommodation de la tête foetale.

En effet, l'extrémité céphalique, saisie plus ou moins régulièrement, ne subit plus cette déformation spéciale qui a pour effet de diminuer les diamètres parallèles aux plans du bassin.

De plus, le forceps lui-même, lorsqu'il est appliqué ne s'adapte que très imparfaitement à la forme des parties maternelles.

On constate facilement que pendant l'extraction, l'extrémité postérieure des cuillers et la tige viennent distendre l'orifice vaginal.

Cette pression est extrêmement inégale, et l'on conçoit comment il peut se produire une rupture au niveau du point le moins résistant de l'anneau.

En dehors de ces cas, le forceps agit directement sur les tissus qu'il déchire.

C'est dans l'extraction surtout qu'on se rend compte de l'importance des avantages obtenus avec le forceps Tarnier.

Avec l'instrument Levret il est impossible à la main la plus exercée de suivre à chaque instant la direction que doit prendre la tête foetale.

On se trouve donc exposé à faire basculer les branches et à produire des ruptures.

Avec le forceps Tarnier, ces difficultés disparaissent, puisque la tête prend spontanément la direction que lui imprime l'excavation pelvienne.

En revanche, l'existence des tiges de traction peut devenir fréquemment la cause de déchirures vagino-périnéales. Dans un des modèles les plus anciens, il existe au niveau de la branche inférieure de chaque cuiller, une sorte de saillie destinée à s'articuler avec la tige de traction.

Cette saillie venait butter de chaque côté de la paroi vulvo-vaginale et produisait fréquemment des déchirures.

M. Tarnier fit disparaître cet inconvénient en plaçant l'articulation sur le bord inférieur de la cuiller qui garde sa courbure régulière. Lorsqu'il devient nécessaire de faire artificiellement la rotation, l'avantage du forceps Tarnier est peut-être plus sensible encore.

On sait, en effet, que si l'on veut éviter des lésions considérables du vagin, on doit faire décrire au manche de l'instrument un arc de rayon déterminé.

L'aiguille indicatrice et la tige de traction permettent dans ces cas de suivre la direction commandée par la conformation du bassin.

Dans le vagin infantile la rotation ne peut s'effectuer sans des délabrements profonds, souvent considérables : a plus forte raison lorsque les branches du forceps viendront encore augmenter les dimensions de la tête fœtale.

Il y a dans ces cas un réel inconvénient à faire la rotation artificielle, et nous admettons volontiers que si, règle générale, on doit toujours ramener l'occiput sous la symphyse, il est cependant des cas où il vaut mieux encore dégager en occipito-postérieure ; ceci s'applique également à l'embryotome et au céphalotribe.

Nous n'avons à nous occuper ici, que des déchirures de la partie inférieure du vagin.

Celles-ci sont en effet presque toujours l'origine ou le résultat des ruptures de la vulve ou du périnée.

Au niveau du segment supérieur de l'organe au contraire, elles ont des connexions anatomiques et des caractères cliniques qui les rapprochent des ruptures utérines et se trouvent par là même dépasser les limites de notre sujet.

En dehors de ces éraillures qui existent ordinairement dans toute l'étendue du vagin, après un accouchement laborieux, il est certain qu'on peut rencontrer un grand nombre de lésions ayant des caractères assez tranchés pour qu'on puisse en donner une description générale.

En avant dans la région de la symphyse pelvienne les déchirures sont assez fréquentes, presque toujours elles ont pour origine une application de forceps défectueuse.

Elles peuvent être limitées au vagin et ne pas se prolonger du côté des organes génitaux externes.

On trouve alors une plaie située sur un des côtés de la colonne antérieure exceptionnellement sur la ligne médiane, suivant la direction de l'urèthre ainsi que le fait a été signalé par M. Guyon. Cette plaie peut avoir trois ou quatre centimètres de longueur.

Sa profondeur est variable, tantôt c'est une simple éraillure, d'autres fois les tissus sont sectionnés jusqu'à l'os.

Il existe assez souvent deux déchirures parallèles, placées de chaque côté sur la paroi vaginale, mais il est rare qu'elles aient la même étendue et la même profondeur.

Il existe aussi des lésions de la petite lèvre qui commencent sur le pourtour de l'anneau hyménéal et de là s'étendent dans diverses directions; le plus souvent, elles remontent du côté du clitoris qu'elles atteignent quelquefois.

On peut poser en principe que les déchirures du vagin sont toujours situées sur un des côtés de la colonne postérieure.

On observe quelquefois vers la partie moyenne du vagin une déchirure placée latéralement sur la face postérieure et qui vient se terminer au voisinage de l'hymen.

Dans d'autres circonstances la déchirure arrivée vers la face postérieure de l'hymen se continue avec une rupture transversale du vagin.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une rupture du périnée, deux cas peuvent se présenter.

Ou bien la déchirure ne fait que continuer celle du vagin ou bien elle est indépendante et existe seule.

Il existe aussi la déchirure profonde intéressant le soutien musculaire du périnée. En haut du côté du vagin,

elle s'étend d'ordinaire beaucoup plus loin ; du côté de la peau, elle va fréquemment jusqu'au sphincter de l'anus qu'elle laisse intact.

S. Kene a insisté sur les lésions du releveur de l'anus. Il décrit surtout les ruptures profondes interstitielles pour ainsi dire des muscles du périnée.

La rupture du muscle releveur donne à la plaie superficielle des caractères spéciaux.

La surface déchirée est très irrégulière, présente des culs-de-sac plus ou moins profonds.

On peut à l'aide d'un stylet ou même du doigt reconnaître la profondeur de la lésion et porter la pulpe de l'index jusque sous la fesse ainsi que pût le faire M. Bouilly dans un cas qui se présenta à l'hôpital Cochin.

Il existerait de plus, d'après Schatz, une suppression plus ou moins complète de l'infundibulum anal, en même temps qu'une élongation et un élargissement de la vulve.

Il existe une troisième variété qui est désignée sous le nom de déchirure complète.

Naturellement elle peut coexister avec les lésions musculaires profondes, mais son caractère fondamental est d'intéresser le sphincter de l'anus.

Elle peut du reste, ne porter que sur le corps péri-néal proprement dit ou bien remonter plus ou moins haut sur la cloison recto-vaginale.

Lorsque la déchirure intéresse la cloison recto-vaginale, la surface précédente se continue plus ou moins haut avec la ligne de division des deux muqueuses.

Les bords de celles-ci sont du reste recroquevillés ; les parois du rectum et du vagin sont décollées et séparées l'une de l'autre dans une étendue variable.

De même qu'il peut se produire des déchirures du vagin indépendantes au niveau de la fourchette, de même on peut trouver la peau déchirée avec la muqueuse intacte.

Il se fait dans ces cas, une sorte d'éclatement du derme, qui est le premier pas vers la déchirure centrale.

Cette déchirure centrale proprement dite est rare, bien qu'elle ait été signalée par la plupart des auteurs.

COMPLICATIONS

Certains accidents se produisent immédiatement après l'accouchement ; ils sont primitifs.

D'autres viennent compliquer les suites de couches ; ce sont les accidents secondaires.

Dans un troisième groupe enfin se rangent les accidents qui apparaissent plusieurs mois ; plusieurs années même après la production de la rupture vagino-périnéale.

Parmi les premiers nous devons ranger l'hémorrhagie.

Il est rare que l'écoulement sanguin soit considérable cependant, lorsque la déchirure vulvaire se prolonge du côté du clitoris, elle rencontre quelquefois une ou deux grosses veines dont la rupture provoque une hémorrhagie souvent très persistante.

Du côté du périnée, on trouve également des veines variqueuses qui peuvent saigner très abondamment.

Enfin, lorsque la déchirure va jusqu'à l'anus, elle peut produire une hémorrhagie abondante en déterminant l'ouverture d'ampoules hémorroïdales.

Il faut signaler aussi comme accident immédiat la gêne de la miction.

Elle est fréquente et paraît tenir quelquefois à ce que le conduit urétral est intéressé, mais souvent aussi elle est due simplement au voisinage de la plaie et du méat urinaire.

Aussi cette dysurie ne persiste-t-elle pas et cesse en général au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Pendant les suites de couches on peut voir se produire des accidents divers qui ont pour origine l'infection de la plaie vulvo-vaginale ; on peut voir un exsudat diphtérique de coloration grisâtre recouvrir complètement la plaie vagino-vulvaire.

On sait, du reste, surtout depuis les recherches de

Widal que ces fausses membranes sont de véritables foyers microbiens.

Les micro-organismes qu'elles contiennent sont ceux que l'on trouve dans la fièvre puerpérale, en général, c'est-à-dire des streptocoques.

Sans vouloir attribuer à la déchirure du périnée une trop grande valeur dans l'origine de la fièvre puerpérale, il est certain qu'elle constitue une porte d'entrée importante et que, fréquemment, la maladie débute par une infection locale au milieu de cette plaie exposée par son siège à des contaminations multiples.

C'est là, du reste, une des graves complications de la rupture du périnée pendant les suites de couches, et cette complication peut se produire aussi bien dans les déchirures partielles que dans les déchirures complètes.

De même des plaques de sphacèle reconnaissant pour cause la compression de la paroi vaginale antérieure ont pu déterminer la production d'une cystite infectieuse et des lésions rénales ascendantes ayant entraîné la mort.

Dans les cas où la déchirure a porté sur le releveur de l'anus, le plancher périnéal, perd sa souplesse et sa résistance et ne remplit plus son rôle que d'une façon très imparfaite.

A la suite de ces déchirures l'orifice vulvaire reste toujours plus ou moins entrouvert. La cicatrisation vicieuse ne tarde pas à rendre cet état définitif.

On voit en effet la colonne vaginale postérieure s'unir non pas au sommet de la fourchette, mais bien au fond de la plaie dont les deux lèvres cicatrisent isolément.

Au bout d'un certain temps les colonnes du vagin font saillie hors de la vulve : il se produit un véritable prolapsus de la muqueuse ; celle-ci entraîne avec elle d'une part la vessie de l'autre le rectum qui lui sont accolés et on a ainsi la rectocèle et la cystocèle.

Mais ce n'est là encore que la première phase des accidents.

L'utérus entraîné par son poids, attiré par la muqueuse vaginale, ayant d'autre part perdu son soutien naturel qui est le périnée et surtout le muscle releveur, s'abaisse dans le conduit et peut même dans certains cas dépasser l'anneau vulvaire.

Il peut également changer de direction, basculer en arrière, se rétrofléchir.

C'est ce qu'on observe surtout lorsque le muscle est déchiré jusque dans sa partie postérieure.

Ces différentes modifications physiques entraînent à leur suite des troubles fonctionnels d'une grande importance, ce sont des douleurs, des tiraillements, des sensations de pesanteur dans le bas-ventre accusés par toutes les malades.

D'autre part, l'anneau vaginal étant toujours plus ou moins béant, il en résulte une facilité d'infection qui entretient un état inflammatoire pour ainsi dire permanent.

Du vagin l'irritation s'étend jusqu'à l'utérus, d'où des métrites persistantes comme la cause qui les a produites.

Il faut encore ajouter les cicatrices vicieuses, les ulcérations sur le pourtour de l'orifice vulvaire, susceptibles de produire le vaginisme et les phénomènes douloureux qui en sont la conséquence.

Quant à la déchirure complète ses complications sont affreuses. La condition d'une femme en cet état est on ne peut plus déplorable, car il ne s'agit pas seulement ici de la perte d'une partie des charmes physiques, il s'y joint une incommodité aussi affreuse que le serait un anus contre nature, hélas !

TRAITEMENT

Est-il nécessaire de traiter les déchirures du périnée ?

Les auteurs ont toujours établi sur ce point une distinction capitale entre les ruptures complètes et les ruptures incomplètes.

Dans les premières la question semble définitivement jugée, et nul ne paraît contester l'utilité d'une intervention chirurgicale.

Aujourd'hui il est bien entendu que toute déchirure complète doit être opérée.

Pour les déchirures incomplètes, l'accord est loin d'être aussi unanime.

Lorsque la fourchette seule est intéressée, il est certain que tous les traitements peuvent être bons, même l'expectation.

Cependant Kustner dit que toute déchirure si petite qu'elle soit constitue une indication de la périnéorrhaphie.

Mais l'indication devient plus précise encore, lorsque le soutien musculaire du péinée a été divisé.

Il faut donc conclure à la nécessité d'une intervention chirurgicale dans tous les cas.

Maintenant l'époque de l'opération a été très discutée.

Au premier abord, il semble que les avantages de la restauration immédiate soient indiscutables, et ne doivent laisser aucun doute; car en supprimant immédiatement une plaie béante on diminue d'autant les chances d'infection.

On doit laisser à la périnéorrhaphie tardive, que les cas dans lesquels l'opération précoce n'a pas réussi. Dans les déchirures incomplètes les serres-fines ne donnent pas de résultats satisfaisants même dans les déchirures insignifiantes, un point de suture vaudra mieux qu'une serre-fine.

Il est des déchirures insignifiantes, des éraillures de la vulve, pour lesquelles il suffit de faire des lavages et des pansements antiseptiques, mais aussitôt que la plaie atteint certaines dimensions, il devient urgent de faire la périnéorrhaphie.

Les détails techniques des différents procédés mis en usage ont été étudiés par un grand nombre d'auteurs.

Pour nous le plus pratique et le plus facile est le procédé de M. Bouilly, de l'hôpital Cochin, que nous avons

toujours vu réussir. La périnéorrhaphie dans les déchirures complètes a donné lieu à de nombreux travaux ; presque tous ont trait, du reste, à l'opération tardive ; mais sauf l'avivement qui n'est point nécessaire, on peut appliquer à l'intervention précoce tous les procédés mis en usage.

Qu'on emploie les sutures périnéales exclusives comme Roux et Emmet, qu'on y ajoute des sutures vaginales comme Trelat et Verneuil, ou qu'on ait recours à la périnéoplastie comme Langenbeck et Lefort, on peut toujours obtenir des succès.

Fasbender n'a fait que deux opérations pour des ruptures complètes avec un succès.

Doloris, sur quatre opérations, a eu trois succès, mais il est évident qu'actuellement ces auteurs doivent compter un grand nombre de succès. En présence de ces résultats nous sommes autorisés à préconiser l'opération immédiate et à recommander la périnéorrhaphie quelles que soient les dimensions de la déchirure, puisque, grâce à l'antisepsie, elle est dans tous les cas, tout à fait inoffensive.

CONCLUSIONS

Dans l'accouchement spontané les ruptures vaginopérinéales sont dues : 1° à un défaut d'accommodation du fœtus ; 2° à un état congénital (vagin infantile, anomalie dans l'orientation vulvaire) physiologique, (exagération de la résistance des muscles périnéaux) pathologique (cicatrices, bassins à épines) modifiant le mode de résistance du périnée.

Dans l'accouchement artificiel les ruptures sont produites indirectement (défaut d'accommodation) ou directement au point d'application de l'instrument.

2° Les ruptures vagino-vulvaires qu'elles siègent en avant ou en arrière, occupent, règle générale, un des côtés du vagin et rayonnent de là dans diverses directions.

3° Un des inconvénients les plus graves des déchirures

rures du périnée est d'intéresser les fibres musculaires qui forment la partie fondamentale du plancher pelvien ; releveur de l'anus, (troubles consécutifs dans la statique utérine) sphincter de l'anus (incontinence des matières fécales).

4° Toute rupture périnéo-vaginale, si petite qu'elle soit, doit être traitée le plus promptement possible par la périnéorrhaphie immédiate, ou par la périnéorrhaphie secondaire.

DR. J. A. QUIMET.

Chicago, 29 octobre 1897.

Hémorrhagie mortelle consécutive à la section du frein sublingal chez un enfant nouveau-né.

PAR

M. REBOUL (de Nîmes).

La section du filet lingual chez les nouveau-nés est une opération des plus bénignes et communément pratiquée, non seulement par les médecins, mais encore par les sages-femmes et les matrones, sans la moindre précaution. Cependant, exceptionnellement, des accidents redoutables comme une hémorrhagie continue et impossible à arrêter peuvent survenir et entraîner la mort de l'enfant. C'est sur ces accidents si graves que le docteur Rebul désire attirer l'attention des cliniciens en publiant le cas suivant :

Il s'agit d'une petite fille à qui le docteur Dussaud sectionna quelques heures après sa naissance le frein sublingual, en prenant les précautions d'usage. Une petite hémorrhagie suivit la section, puis céda au tamponnement, mais recommença bientôt après, continue en nappe, résistant à tous les moyens employés pour la combattre : compression digitale, compression ouatée, serres-fines pince à forcipressure, perchlorure de fer, eau de Pagliari, antipy-

rine. Le docteur Reboul voit l'enfant un jour et demi après le début de l'hémorrhagie ; il essaie vainement de l'arrêter par la compression, le stérésol, le galvano-cautère, puis il fait une injection sous-cutanée de sérum.

Les moyens locaux continuent à être employés successivement, amenant parfois un temps d'arrêt dans le suintement sanguin, mais l'hémorrhagie recommence bientôt au pourtout des eschares produites par le galvano-cautère. La plaie s'agrandit sous l'influence des mouvements de la langue de l'enfant et les tentatives faites pour arrêter l'hémorrhagie. Huit injections sous-cutanées de sérum (150.200 grammes) sont faites à des intervalles plus ou moins rapprochés. Après chacune de ces injections l'enfant paraît se ranimer. Cependant l'hémorrhagie continuant, elle s'affaiblit de plus en plus, elle est d'une pâleur extrême, des ecchymoses sous-ungnéales se montrent, quelques piqûres des injections de sérum deviennent le point de départ d'ecchymoses ; il y a du méloena, des érosions anales hémorrhagiques, et l'enfant meurt exsangue cinq jours et demi après la section du filet lingual.

Le docteur Reboul pense que dans ce cas, comme dans celui de Ricken, l'enfant dont il s'agit était émophile. Ses parents avaient perdu l'année d'avant un autre enfant mort un mois après sa naissance, de pyohémie sans cause apparente. La mère est morte récemment de tuberculose aiguë. Les parents de l'enfant étaient cousins germains.

La section du filet lingual chez les nouveau-nés, pouvant entraîner la mort par hémorrhagie chez un enfant hémophile ou très débile, doit donc attirer l'attention du médecin et ne pas être considérée toujours comme une opération sans importance.

(In *Lyon Médical.*)

Le cataplasme et les affections aiguës de la poitrine

PAR

ADELSTAN L. DE MARTIGNY

Le Dr Hall écrit ce qui suit dans un des derniers numéros de la *London Lancet*. " Plus je pratique et moins j'ordonne de cataplasme dans les affections aiguës de la poitrine, et aujourd'hui j'en suis arrivé à cette conclusion que, excepté pour modérer la douleur, ils n'ont aucune valeur dans ces affections. En d'autres termes, les désagrémentes qu'il entraînent ne sont pas compensés par les résultats que l'on peut raisonnablement espérer en obtenir."

Eh bien, malgré tout mon respect pour le Dr Hall, je déclare franchement que je suis d'une opinion diamétralement opposée à la sienne sur ce sujet. J'ai constaté trop souvent les heureux effets du cataplasme dans les affections aiguës de la poitrine et des organes abdominaux, pour n'être pas convaincu de leur grande efficacité. Combien de fois en effet n'ai-je pas vu de pauvres petits malades atteints de broncho-pneumonie aiguë, offrant les signes de l'angoisse respiratoire la plus pénible, ayant une température de 104° F. et plus, un pouls d'au-delà de 150 pulsations à la minute, et une respiration dépassant 60, secoués par une toux qui paraissait les faire souffrir beaucoup et les empêchait de tenir en place dans leur lit, se calmer comme par enchantement après l'application d'un grand cataplasme de farine de lin, bien chaud, qui leur enveloppait tout le thorax. N'ai-je pas aussi toujours vu dans ces cas, la température et le pouls tomber, la toux devenir moins pénible, la respiration plus facile, puis le

petit moribond s'endormir paisiblement. pour s'éveiller après quelques heures, manifestement soulagé ? Comment le cataplasme avait-il opéré ce prodige, je ne saurais le dire, mais j'affirme avoir constaté le fait.

Comme beaucoup d'autres, le Dr Hall regarde le cataplasme comme un agent démodé, une vieillerie, dont on peut sans crainte laisser le monopole aux bonnes femmes. Eh bien ! je crois qu'il a tort et que le cataplasme, comme les bonnes femmes, peuvent quelquefois rendre de grands services, quand on sait les manier.

Pour ma part quand je suis appelé près d'un malade, jeune ou vieux, souffrant d'une affection aiguë quelconque de la poitrine, je ne manque jamais d'ordonner, outre le traitement ordinaire, les deux choses suivantes : 1° envelopper le malade dans un cataplasme de farine de lin bien chaud, et 2° ouvrir les fenêtres. Je dois avouer que j'éprouve parfois certaine difficulté pour faire accepter cette dernière partie de mon ordonnance, surtout en hiver, mais je tiens bon, et la famille finit ordinairement par céder.

Pour que le cataplasme soit réellement efficace, il faut qu'il soit bien fait, qu'il soit assez grand pour envelopper complètement le dos et la poitrine, qu'il soit appliqué aussi chaud que le malade peut le supporter, et qu'il soit renouvelé aussitôt qu'il se refroidit.

Pour cela on fait préparer un second cataplasme que l'on glisse rapidement sous le malade, au moment où on enlève le premier. Il est bon que le médecin surveille lui-même cette petite opération s'il veut qu'elle soit bien faite, ce qui est important.

Quand le cataplasme est appliqué, on fait recouvrir le malade avec des couvertures de laine, puis on fait ouvrir les fenêtres qui doivent demeurer ouverte jour et nuit, pourvu que le temps soit sec et que la température ne soit pas trop basse. S'il fait un peu trop froid dans la chambre, on fait faire du feu, et l'on place des bouteilles d'eau chaude sous les couvertures du lit, pour tenir le

malade chaud. Aussitôt que la température commence à tomber, on remplace le cataplasme par un bandage de flanelle, imbibé d'huile d'olive chaude, enroulé autour du corps.

Dans mon opinion le cataplasme employé comme je viens de le dire, est un auxiliaire inestimable dans le traitement des affections aiguës de la poitrine, et je croirais commettre une faute en l'omettant.

Les Maladies Nerveuses

ET

Le Valérianate d'Ammoniaque de Pierlot.

Tous les praticiens connaissent la ténacité des affections nerveuses, graves ou légères et la richesse de cette thérapeutique spéciale en démontre jusqu'à un certain point l'impuissance relative.

En effet, beaucoup de médicaments n'agissent sur les manifestations nerveuses que par à-coup, ne peuvent être administrés qu'au moment des crises et sont, presque tous, des alcaloïdes ou des produits chimiques toujours extrêmement toxiques, quand on les emploie énergiquement, détériorant l'organisme avec rapidité, si leur usage est prolongé, tels sont l'atropine, aconitine, jusquiame, morphine, le sulfonal, antipyrine, exalgnie, chloral, bromure et polybromures, qui constituent, à des degrés différents, de véritables poisons. Leur accumulation et leur élimination difficile peuvent provoquer des accidents d'intoxication redoutables.

Il est pourtant un médicament très en honneur en Europe, mal connu et pas assez employé en Amérique, d'une efficacité au moins égale, sinon supérieure, aux

produits susmentionnés, et dont l'usage prolongé quotidiennement, pendant des mois, est absolument inoffensif : c'est le Valérianate d'Ammoniaque de Pierlot.

Universellement connu et estimé dans l'ancien continent, pour son action rapide et puissante, et son absolue innocuité, le Valérianate d'Ammoniaque de Pierlot n'est pas un remède de mode : son histoire indique sa valeur.

Découvert par monsieur Pierlot en 1842, patronné à cette époque par les maîtres incontestés de la thérapeutique française, tels que Bouchardat (1), Guhler (2), Trousseau (3), plus récemment par les professeurs Charcot (4), Bouchard, Potain, Landouzy, soigneusement expérimenté dans les hôpitaux parisiens, le Valérianate d'Ammoniaque de Pierlot, a finalement acquis la consécration du Temps, qui, donnant seul aux inventions humaines la sanction définitive n'a fait qu'affermir sa place prépondérante dans les maladies nerveuses.

C'est par sa fabrication toute spéciale, qu'aucun pharmacien ou chimiste n'a encore pu imiter ou égaler, que le Valérianate d'Ammoniaque de Pierlot a conquis les suffrages médicaux.

Monsieur Pierlot, l'inventeur de ce sel, a magistralement posé les règles de sa préparation ; après de longues recherches, de minutieuses études sur la valeur en extrait des différentes espèces de Valérianes, sur le mode de distillation et de saturation par les sels ammoniacaux, il est arrivé à faire un extrait salubre à la fois dans l'eau et dans l'alcool, d'une stabilité absolue. Cette science de la fabrication, jointe à certains tours de main, ont fait donner au Valérianate d'Ammoniaque, les noms de Liqueur de Pierlot, Remède Pierlot, sous lesquels il est également connu.

Le pharmacien de détail fabrique (et il ne peut faire

(1) Bouchardat (*manuel de matières médicale*, p. 300).

(2) Guhler (*commentaires thérapeutiques du codex*, p. 415).

(3) Trousseau (*traité de thérapeutique et de matières médicales*, p. 214).

(4) Charcot (*clinique saipitrière*).

autrement) son extrait de Valériane, soit avec des racines sèches, c'est-à-dire éventées, provenant de valérianes cultivées, les seules qu'on trouve en droguerie, malgré leur quantité insignifiante d'extrait ; soit avec des dérivés de l'oxydation de l'alcool amylique. Mais qui ignore la différence de valeur entre un extrait végétal naturel, et une essence chimique fabriquée de toutes pièces dans un laboratoire !

Dans ces conditions, le médicament ne contenant pas de principe actif, perd son efficacité tout en pouvant devenir toxique. De là, les mécomptes thérapeutiques des praticiens qui emploient des extraits de Valériane, ou des valérianates d'ammoniaques ordinaires autres que le Valérianate d'Ammoniaque de Pierlot.

Ce sel préparé par celui qui l'a découvert, se reconnaîtra facilement à son odeur puissante, à sa couleur spéciale et toujours transparente, à sa conservation indéfinie, ainsi qu'à son action rapide et sûre.

Les indications thérapeutiques du Valérianate de Pierlot sont très étendues ; il s'adresse à toutes les manifestations, graves ou bénignes des maladies nerveuses, aussi bien chez l'enfant qu'à la puberté, chez l'adulte que chez le vieillard.

C'est le spécifique de l'Hystérie de l'Épilepsie.

Dans la Neurasthénie, il se montre bien supérieur à Kola et guérit rapidement cette névrose qui tend à se répandre de plus en plus chez les surmenés, les cérébraux, les mondains. Son action thérapeutique s'exerce également contre les névralgies, migraines, chorée, tremblements nerveux, angine de poitrine, asthme cardiaque, les insomnies rebelles, les accidents, parfois graves et douloureux, de la puberté et de l'âge critique chez la femme, etc.

Nous étudierons plus spécialement dans un prochain chapitre les indications thérapeutiques du Pierlot dans les différentes maladies nerveuses.

CLINIQUE MÉDICALE

PAR

M. le Professeur JACCOUD

Des contre-indications de la médication salicylée dans le rhumatisme aigu-

Vous avez pu observer depuis plusieurs jours dans le service un malade couché au lit n° 4 de la salle Jenner, et récemment entré à l'hôpital pour une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu. Comme vous avez pu vous en rendre compte, il s'agissait d'une crise rhumatismale aiguë nettement caractérisée, mais je vous faisais remarquer, dès les premiers jours, que les manifestations articulaires y étaient relativement généralisées, ou à l'apyrexie absolue que présentait notre malade. Cette crise, la première qu'il ait eue, a débuté trois jours avant son admission et, semble-t-il, sans raison appréciable. Le lendemain, à son réveil, il a ressenti des douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes et les genoux, puis assez rapidement la tuméfaction est apparue, entraînant l'immobilisation, et successivement les épaules et les poignets étaient intéressés. Ce n'était pas la première fois que ce malade voyait se manifester des douleurs au niveau des jointures : il éprouvait assez fréquemment, nous disait-il, de l'endolorissement musculaire, mais jamais jusqu'à présent il n'avait eu de véritables arthrites.

Du côté de ses ascendants, nous n'avons eu à noter rien d'intéressant ; ses père et mère, en particulier, ne sont en aucune façon rhumatisants. Lui-même, bien que d'apparence délicate, n'a contracté aucune des maladies graves de l'enfance. Il est pâle, mais d'une pâleur anémique et ne présente ni le facies, ni les attributs du tempérament lymphatique. Agé présentement de seize ans, il est en pleine période de croissance et son développement semble se faire dans des conditions assez régulières.

Lors de notre premier examen, nous nous sommes surtout attaché à rechercher s'il existait une complication quelconque du côté de l'appareil pleuro-pulmonaire ou au niveau de l'endocarde et du péricarde. Vous savez, en effet, que les manifestations viscérales sont loin d'être rares dans le rhumatisme, à tel point qu'elles font partie intégrante de sa symptomatologie la plus habituelle.

Le plus souvent on se préoccupe surtout du cœur, dont les lésions comptent sans doute parmi les plus fréquentes et présentent une gravité immédiate ou éloignée des plus grandes; mais les localisations du rhumatisme sur l'appareil respiratoire sont loin d'être exceptionnelles. Il convient donc de porter son attention aussi bien du côté de la plèvre et des poumons que du côté du cœur. L'examen du thorax ne nous a rien permis de déceler chez notre malade.

Il n'en était pas de même pour le cœur qui, sans offrir à la palpation ou à la percussion aucun signe qui indiquât l'existence d'une lésion organique, présentait à l'auscultation de la pointe un prolongement systolique, légèrement soufflant. Ce souffle, de faible intensité en cette région, se retrouvait au niveau des autres foyers d'auscultation du cœur : xyphoïdien, pulmonaire et aortique, et dans ces différents foyers il était encore moins intense et plus doux qu'à la pointe. Quelle était la valeur de ce bruit anormal ? Fallait-il conclure immédiatement à l'existence d'une endocardite aiguë ou bien considérer ce souffle comme une manifestation sans grande valeur séméiologique ou pronostique.

Il serait assurément erroné d'admettre chez un rhumatisant l'existence d'une endocardite chaque fois que l'on constate la présence d'un souffle, surtout lorsqu'il s'agit d'un homme âgé de moins de trente ans ou d'un adolescent comme notre malade.

Ce souffle, avons-nous dit, est doux ; on l'entend à tous les orifices, mais il n'offre pas les foyers de propaga-

tion habituels aux bruits orificiels normaux. On ne relève d'autre part, aucune modification dans le mode de fonctionnement du cœur. Les bruits valvulaires sont bien frappés, d'une intensité absolument normale ; le premier bruit n'est nullement masqué par le léger souffle systolique ; il n'existe, d'autre part, ni irrégularités, ni fréquence exagérée des battements, ni faux pas. On n'observe, par conséquent, aucun des troubles fonctionnels qui précèdent le plus souvent l'apparition de l'endocardite aiguë.

Il était paradoxal d'ailleurs, comme je vous le faisais remarquer, de trouver du souffle partout et de ne rien percevoir à la main. L'absence de tout symptôme fourni par la palpation aurait lieu de nous étonner s'il s'agissait d'une endocardite généralisée. Ajoutez à cela que le malade est entré au troisième jour de sa crise rhumatismale et que, dès le même soir, le souffle existait avec les caractères qu'il présentait le lendemain à notre examen. Une rapidité si grande dans la détermination d'une endocardite rhumatismale serait loin d'être normale, surtout au cours d'un rhumatisme apyrétique comme celui en présence duquel nous nous trouvons.

C'est en général vers le milieu du deuxième septénaire que les complications cardiaques apparaissent. Lorsqu'elles surviennent avant ce délai, lorsque, ce qui est exceptionnel, elles se montrent dès le début, c'est qu'il s'agit d'un rhumatisme polyarticulaire généralisé se traduisant par l'intensité du gonflement articulaire, par la violence des douleurs, et, surtout, par la coexistence d'une fièvre très élevée. Dans le cas présent, les choses sont loin de se passer ainsi. Le rhumatisme articulaire de notre malade est, en effet, aussi bénin que possible et paraît dès maintenant devoir évoluer rapidement vers la guérison.

Il faut, pour interpréter ce souffle et lui donner une valeur sémiologique exacte, tenir compte que notre malade est à l'âge de la croissance, qu'il est de plus très anémique. Ce sont là des raisons suffisantes pour nous

permettre d'éliminer l'hypothèse d'une endocardite et nous engager à considérer ce souffle comme relevant exclusivement de la réunion de ces deux causes.

Ce diagnostic établi, j'ai cru devoir administrer à ce jeune homme du salicylate de soude, médication que j'aurais réservée s'il s'était agi d'une endocardite. J'ai eu souvent l'occasion d'insister sur cette contre-indication de la médication salicylée en cas d'endocardite constituée ; je crois bon d'y revenir encore aujourd'hui.

Dans les rhumatismes très aigus, où l'on assiste parfois dès le début à l'apparition d'une complication cardiaque, il peut survenir simultanément une pleurésie ou une pneumonie. Ces manifestations pleuro-pulmonaires peuvent même devancer les manifestations cardiaques. En pareil cas, la température est très élevée, les phénomènes articulaires prennent une intensité toute spéciale. Or, il faut distinguer ce rhumatisme de toutes les autres modalités de l'affection ; il faut porter grande attention à la précocité même de ces localisations viscérales, qui ont légitimé le nom de *rhumatisme viscéral* donné à cette variété. Cette forme de rhumatisme articulaire aigu doit modifier la façon de faire du médecin, car dès les premiers jours la situation est grave, le malade est en péril imminent. En pareil cas on n'observe pas ce balancement entre l'état viscéral et l'état articulaire, qui existe souvent, par contre, dans les autres variétés de rhumatisme.

Lorsque les phénomènes viscéraux sont moins précoces, ce qui est le cas le plus habituel, le pronostic est assurément moins graves, mais les indications thérapeutiques restent les mêmes.

Parfois à cet ensemble clinique viennent s'ajouter des phénomènes cérébraux : des hallucinations, de la céphalée. un délire plus ou moins violent apparaissent comme autant de signes prodromiques du rhumatisme cérébral. Quelle conduite, en pareil cas, doit tenir le médecin ? Agir sans doute, et au plus vite, mais ne pas prescrire le salicylate de soude, dont l'usage pourrait être dangereux. En

présence des complications pleuro-pulmonaires le médicament n'aurait, en effet, aucune action utile : ses moindres inconvénients seraient d'augmenter la dyspnée, de provoquer l'apparition de l'albuminurie ; et dans le cas où les accidents cérébraux se surajoutent aux autres localisations viscérales, il pourrait entraîner la mort du malade.

Le salicylate de soude, je crois utile de vous le répéter, n'exerce une action thérapeutique efficace qu'à l'égard des manifestations articulaires du rhumatisme aigu ; par contre, il reste sans effet sur les complications viscérales.

En dehors de cette forme de rhumatisme dont je viens de vous parler, où la violence même des manifestations articulaires doit faire craindre les complications viscérales, où la maladie semble se localiser avec une intensité pour ainsi dire proportionnelle sur les jointures et sur les organes, il n'est pas rare d'observer une sorte d'alternance entre l'arthrite et la lésion cardiaque ou pleuro-pulmonaire.

Dans les formes les plus ordinaires, dans celles où les complications viscérales se sont montrées au deuxième septénaire et sont moins nombreuses ou moins intenses, l'administration du salicylate de soude peut avoir pour résultat d'atténuer les douleurs articulaires et d'aggraver l'état viscéral ; on peut même affirmer que souvent l'accentuation des phénomènes viscéraux est en raison directe de l'amélioration constatée au niveau des articulations. On ne doit donc pas, en définitive, donner le salicylate de soude dans les formes de rhumatisme où il existe des complications viscérales, dans le rhumatisme dit viscéral.

Que faut-il prescrire ? Pour ma part, j'ai l'habitude de faire prendre au malade du tartre stibié à fortes doses. C'est ainsi que j'administre à un adulte une dose moyenne de 0 gr. 40 centigr. d'émétique. En pareil cas, je n'ajoute jamais d'opium, qui aurait sans doute pour effet de rendre le tartre stibié plus tolérable, mais qui, en revanche,

offrirait l'inconvénient d'en atténuer le pouvoir évacuant, de diminuer la diarrhée et les vomissements.

En général, dès le premier jour de l'administration de ce médicament, on observe la chute de la fièvre. Parfois le deuxième jour la température remonte ; il ne faut pas s'en inquiéter, car le troisième jour la fièvre baisse à nouveau et cette fois d'une façon définitive. Grâce à cette thérapeutique, chaque fois que j'ai constaté l'existence d'une péricardite, jamais cette lésion n'est arrivée jusqu'à l'épanchement ; jamais, d'autre part, je n'ai noté d'accidents cérébraux chez mes malades.

Je ne saurais donc trop vous conseiller, dans tous les cas où vous assisterez à des complications viscérales précoces ou tardives au cours du rhumatisme articulaire aigu, de supprimer l'administration du salicylate de soude et d'établir la médication stibiée.

De nombreux médecins ont soutenu, il est vrai, que la médication salicylée prévient l'apparition des phénomènes viscéraux. Il suffit de se rapporter aux statistiques pour se rendre compte de cette erreur d'interprétation.

Donald Hood, en 1881, mentionne 350 cas de rhumatisme articulaire aigu traités par le salicylate de soude. Sur ces 350 cas, malgré l'administration de ce médicament, les complications cardiaques ont été observées chez 241 malades, soit une proportion de 68.8%. Dans une seconde statistique du même auteur, sur 850 cas de rhumatisme articulaire non soumis à l'administration du salicylate de soude, 500 fois les complications cardiaques se sont manifestées, soit une proportion de 58.8%.

S. Coupland a pu recueillir 84 cas de rhumatisme articulaire traités par le salicylate : sur ces 84 cas, 64 malades ont présenté des complications du côté de l'endocarde, soit une proportion de 76.2%, proportion inconnue jusqu'alors.

G. Smith, en 1882, fournit la statistique suivante : 1,724 malades atteints de fièvre rhumatismale polyarticulaire ont eu à subir divers traitements autres que la mé-

dication salicylée. Sur ce nombre, 941 malades ont été pris de complications cardiaques, soit 54.5%. Le même auteur a pu réunir 1,748 observations de rhumatismes aigus soumis à la médication salicylée ; or, 1,109 fois l'endocarde ou le péricarde ont été intéressés : la proportion, ici encore, est plus grande car elle atteint 63.4%.

Il va de même pour la statistique donnée par Badt : 148 malades auxquels on avait prescrit du salicylate de soude présentèrent des complications viscérales, plus particulièrement cardiaques, dans 17.6% des cas, alors que 176 rhumatismes non traités par cette médication ne fournissent qu'une proportion de 16.4%.

Toutes ces statistiques, comme vous le voyez, nous montrent que, contrairement à ce que certains cliniciens prétendent, le salicylate de soude ne guérit pas les complications viscérales et ne les prévient pas. La médication salicylée ne doit donc pas être considérée comme le traitement exclusif du rhumatisme articulaire aigu ; son usage est contre-indiqué, notamment, dans les formes viscérales de cette affection.

L'huile de gauthérie qui contient environ 40 pour cent de solicylate de méthyle, est aujourd'hui très employée, en application locale, en Europe, dans le rhumatisme articulaire aiguë. On la dit très efficace.

M. Dumontpallier se basant sur son expérience, et sur les statistiques suisses, allemandes, et celles de certains médecins français, trouve que M. le professeur Dieulafoy fait trop bon marché du traitement médical de l'appendicite qui donne 90 pour cent de guérison. Il proteste aussi contre le bruit qui est fait autour d'une opération qui cause un véritable affolement dans la population.

CHRONIQUE MÉDICALE

J'ai le plaisir de donner à mes lecteurs le tableau des devoirs des assesseurs du *Collège des Médecins*. J'espère qu'ils trouveront que les choses ont été convenablement organisées. En tous cas, toutes suggestions seront bien venues. Le règlement de l'examen écrit n'est pas encore sanctionné, j'en remets la teneur à plus tard.

J. M. BEAUSOLEIL.

DEVOIRS DES ASSESSEURS DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Il sera du devoir des Assesseurs d'assister aux examens de chaque élève sur chaque matière.

Avant de procéder à l'audition des examens, l'Assesseur entrera dans un livre *ad hoc* :

- 1° Les noms et prénoms du candidat.
 - 2° La date de son certificat (brevet) d'admission à l'étude.
 - 3° Il indiquera par oui ou non, après le titre de chaque matière, si le candidat porte un certificat d'assiduité aux leçons ou cours donnés sur tel sujet.
 - 4° Il notera, par écrit, ses observations de manière à motiver son rapport.
 - 5° L'Assesseur jugera si le candidat possède une connaissance suffisante du sujet sur lequel il subit l'examen.
- Chaque fois que l'Assesseur ne sera pas satisfait de l'examen d'un élève, il sera de son devoir de questionner tel élève, après en avoir obtenu la permission.

6° La répétition trop fréquente des mêmes questions sera notée d'une manière défavorable.

7° MM. les Assesseurs *n'ont rien à faire* à l'examen des candidats qui ne sont point porteurs du certificat (brevet) d'admission à l'étude donné par le Bureau Médical de la Province de Québec.

8° Les candidats qui n'ont pas étudié pendant quatre sessions universitaires à partir de la date de leur brevet, n'ont pas droit d'être admis à l'examen sur les matières finales.

Les certificats devront porter que le candidat a suivi les cours ci-après énumérés.

Histologie normale.

Anatomie descriptive.

Anatomie pratique (dissection).

Physiologie générale et spéciale.

Pathologie générale et Thérapeutique générale.

Chimie Théorique et Pratique.

Hygiène.

Le candidat devra conserver un minimum de cinquante points sur cent, sur chaque épreuve.

L'Examen Oral commencera la deuxième semaine de juin.

Les Examens en Chimie, Histologie, seront faits au laboratoire.

L'Examen en Anatomie sera fait sur le sujet.

Pathologie interne.

Pathologie externe.

Matière médicale et Thérapeutique et Pharmacie Pratique.

Obstétrique et Pathologie des nouveaux-nés.

Médecine légale et Toxicologie.

Maladies mentales et nerveuses.

Maladies des enfants ou Pédiatrie.

Gynécologie.

Histologie, Pathologique et Bactériologie.

Médecine Opératoire et Petite Chirurgie.

Histoire de la Médecine et Déontologie Médicale.

Ophthalmologie et Otologie.

Rhinologie et Laryngologie.

Clinique Médico-Chirurgicale.

L'examen de Clinique Médico-Chirurgicale et des spécialités se fera au dispensaire et à l'hôpital.

L'examen d'Anatomie Pathologique, de Bactériologie, de matière Médicale, de Pharmacie pratique, se fera aux laboratoires spéciaux de chacune de ces matières.

N. B.—D'après les amendements approuvés par le Lieutenant-Gouverneur en Conseil, le 4 Janvier 1894, les facultés médicales de cette Province sont tenues de faire passer *consécutivement* tous les élèves qui se seront entièrement conformés aux exigences des statuts, règles et règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

En 1895, le Bureau Médical a été renouvelé avec un joli programme de réformes, parmi lesquelles il faut citer: *Amendement concernant l'exercice illégal de la médecine.*

Eh bien, le susdit amendement est devant la Législature de Québec.

Il porte qu'à l'avenir les délinquants contre la loi médicale seront traduits, soit devant deux juges de paix, soit devant une Cour de Circuit.

De cette façon, la profession obtiendra justice sommaire.

Jusqu'ici les causes du Collège étaient toutes portées, de par la loi, devant les Cours de Circuit; or comme le rôle de ce tribunal est toujours surchargé — 15 à 18 mille causes par année—la justice était tardive, au point que, les médecins étaient tout simplement découragés. Mais en assimilant les causes du Collège à celles du revenu, nous obtiendrons prompt et entière justice.

Nous invitons nos confrères à aider à l'accomplissement de cette réforme, la plus importante, après celle de l'examen d'admission à l'étude et à la pratique de la médecine.

Que chaque médecin seconde auprès de son député à Québec, l'action du *Bureau Médical* et avant deux mois, nous aurons une législation aussi parfaite que celle des nations les plus favorisées.

Le chiffre de la pénalité est de cinquante dollars et les frais pour la première offense, il sera double dans les cas de récidive. A défaut de paiement de l'amende et des frais, le charlatan sera mis à l'ombre.

L'UNION vs LA PROFESSION

L'Union Médicale du Canada (?) se paie le luxe d'une petite excursion au pays des inconnues.

D'une manière insidieuse, elle cherche à faire croire à ses lecteurs, qu'il y a danger, dans le fait que le *Bureau Médical* a adopté une résolution, par laquelle il rappelle aux médecins licenciés, qu'il est contraire à l'étiquette professionnelle, d'engager leurs services pour un salaire (dérisoire, une piastre par année) et une période fixés d'avance.

L'Union est-elle prête à soutenir la contre-partie de cette thèse ? Nous ne le croyons pas.

Alors pourquoi cette pêche en eau trouble ? Est-ce un élément de vie pour elle ? Est-ce dans un but d'agitation malsaine ? Nous n'osons encore le croire ; mais nous le saurons bientôt.

Le Bureau Médical a devant la chambre de Québec un projet d'amendement, mais ce projet ne porte que sur les points suivants : exercice illégal de la médecine, et création d'un conseil de discipline. Il porte aussi une clause, portant à six, le nombre des gouverneurs, élus pour la cité de Montréal.

On a donc tort de ne pas se renseigner aux sources officielles avant que de parler.

NÉGLIGENCE

On dit, en certains quartiers, que le recouvrement de la contribution annuelle n'a pas été poussé avec assez de vigueur. Nous avons cherché à vérifier cette assertion, Voici ce qui nous a été répondu : Oui monsieur, il y eut négligence dans ce département, mais cette négligence est peut-être plus du côté des médecins que de la part des officiers du Bureau. Il y a bien pour les praticiens menace de perdre leurs honoraires réclamés en justice, avant d'avoir satisfait à la clause de la contribution annuelle.

Mais cette menace ne tient que dans le cas de poursuite de ses clients par le médecin. Or il n'y a pas dix pour cent des membres de la profession qui recourent à cette ressource extrême.

Ce qui n'empêche pas que cette année, la profession médicale s'est montrée tout à fait empressée à régler ses arrérages et la contribution courante a prouvé que plus de 50% des médecins sont déjà inscrits au registre des voteurs de 1898.

Il y a tout lieu de croire qu'au mois de juin tous les praticiens seront parfaitement en règle avec les devoirs de leur licence.

Paul peut donc calmer sa perplexité.

INFORMATION

Pour l'information de Paul, l'irrépressible Paul, c'est-à-dire *L'Union Médicale*, nous disons que la somme de trois cent vingt-quatre dollars dont il parle, avait été déposée par feu le Dr A. Dagenais dans une banque autre que celle où il faisait habituellement ses dépôts ; quelle y a été trouvée et que le Collège n'a rien perdu.

Le Président du Bureau Médical est responsable des finances du Collège des Médecins et chaque officier qui collecte les contributions et le trésorier ont donné une police de garantie de deux mille dollars; de sorte que Paul peut dormir sur les deux oreilles, en attendant le rapport prochain des auditeurs du Bureau.

LABORATOIRE DE RECHERCHES CLINIQUES

Le jeune médecin qui entre en pratique, trouve que tout n'y est pas rose. Il n'a plus l'avantage des conseils pondérés de ses professeurs. S'il veut se rendre compte de l'état de ses clients, s'il veut la valeur diagnostique des produits de l'organisme malade tels que : exudations, pus, urines, etc., etc., il n'a plus les facilités du laboratoire de l'hôpital ou de l'école. Bref, il lui manque des moyens indispensables de faire honneur à ses devoirs professionnels.

Il n'y a pas à songer à jeter mille dollars pour l'achat d'une *cuisine* de laboratoire.

La raison capitale c'est qu'il n'a ni cinq cents ni mille dollars à sa disposition.

Cependant le devoir est là qui crie d'urgence, si on ne l'écoute, il y aura incertitude et péril en la demeure.

Le Bureau Médical élu en 1895 avait inscrit à son programme : *Création d'une bibliothèque et d'un laboratoire de recherches cliniques à l'usage des praticiens de la Province de Québec.*

Nous savons qu'un premier noyau de bibliothèque a été jeté, qu'il comprend les meilleurs traités de médecine moderne, que le comité de la bibliothèque va bientôt autoriser la circulation des volumes par toute la Province; mais ce qu'il faut, c'est un foyer central de recherches cliniques.

Il ne suffit pas de promettre, encore faut-il donner.

Nous savons bien que tout ne peut se faire en un jour. Il est possible que le Bureau garde l'exécution de ce projet pour la poire finale.

En tout cas, nous insistons pour que le Bureau mette à la disposition des praticiens un laboratoire si humble qu'il puisse être.

L'argent payé par les médecins, en contribution annuelle, doit être utilisé au bénéfice des intérêts professionnels.

Or nous ne croyons pas, que le Bureau trouve un but plus utile que la création à Québec et à Montréal d'un laboratoire de recherches cliniques.

Soyons de notre temps !

Le Dr Bloom recommande la préparation suivante pour faire cesser la sécrétion du lait : sulph. d'atropine $\frac{1}{2}$ grain, sulph. de magnésie 3 onces, infusion de gentiane 8 onces. Dose, une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Si la valeur de la vaccine était à démontrer, nous aurions une preuve concluante de son efficacité dans ce qui vient d'avoir lieu à Montréal, où grâce à la bonne volonté des citoyens à se faire vacciner, nous n'avons eu durant la présente épidémie, que 27 cas de picotte.

Plusieurs médecins de New-York, dit le *Pacific Medical Journal* ont abandonné leur clientèle, pour accepter des positions de conducteurs ou de *moter-man* sur les tramway électriques.

Il n'y a pas qu'au Canada, paraît-il, où les médecins ne sont pas tous millionnaires.

La picotte semble enfin avoir dit adieu à notre ville. Nous devons en grande partie le peu de gravité de la présente épidémie, aux mesures énergiques et intelligentes, prise par notre conseil municipal.

REPRODUCTION

THÉRAPEUTIQUE

PAR

Monsieur le Docteur GEORGES LEMOINE

DIABÈTE

Le diabète sucré est une maladie générale caractérisée par une glycosurie persistante, par l'augmentation de la sécrétion urinaire, de la soif et de l'appétit, et par un amaigrissement plus ou moins rapide. Il débute le plus souvent d'une façon insidieuse et ce n'est guère que lorsqu'il provoque une trop grande soif, des éruptions ou des troubles de la vue, qu'il attire l'attention du malade. La polyurie peut être énorme et atteindre de 3 à 10 litres par jour ; l'urine est de coloration pâle, de saveur souvent sucrée, d'une densité élevée (1026 à 1045), qui varie selon la proportion d'urée et de sucre. Le caractère essentiel du diabète sucré consiste dans la présence du glucose dans les urines en quantité fort variable, de quelques grammes à 300 grammes et même 1,000 grammes par jour. L'augmentation de la soif et de la faim sont la conséquence des pertes considérables faites en eau, en urée et en phosphates. La faiblesse musculaire ne fait guère défaut et doit reconnaître pour cause une dénutrition du système nerveux, qui se traduit aussi par des anesthésies et des troubles des sens, particulièrement de la vue. Des complications de tout ordre peuvent survenir chez les diabétiques, dyspepsie, albuminurie, bronchite, phtisie, furoncles, anthrax, gangrène, etc. Les complications d'origine nerveuse tiennent une place importante : sensation de fatigue, crampes, névralgies rebelles et surtout le terrible coma diabétique. L'étiologie du diabète est fort obscure ; il apparaît surtout chez les personnes qui se nourrissent bien et qui mènent une existence sédentaire, ou encore chez les paysans qui ne mangent que des féculents. Chez les parents des diabétiques, on peut rencontrer la goutte, les maladies du foie et des reins, l'obésité, et en général toutes les maladies par nutrition retardante. Les lésions nerveuses et les névroses sont assez souvent le point de départ de la glycosurie.

Hygiène corporelle.—Les soins à donner à la peau viennent en première ligne dans le traitement hygiénique du diabète,

et ont pour but soit de faciliter son fonctionnement, soit de le préserver des écorchures ou des éruptions qui sont si fréquentes et parfois si dangereuses. La peau du diabétique remplit mal son rôle, surtout au point de vue excrétoire, car elle est toujours sèche et rude par suite de la déshydratation continuelle des tissus et ses glandes secrètent peu.

Les *bains tièdes*, à 32° environ, sont utiles pour amollir et humecter la peau, deux ou trois fois par semaine, d'une durée assez courte, vingt minutes à une demi-heure au plus ; il est bon de les faire suivre d'un massage qui active la circulation cutanée, mais il faut être prudent en ce qui concerne les frictions sèches, car elles peuvent érailler la peau et occasionner les complications que l'on veut éviter. Il est préférable de faire du massage, et si cela est impossible de le remplacer par des frictions douces avec la main ou avec un morceau de flanelle.

Quand on a affaire à des diabétiques arthritiques, obèses, faisant peu d'exercice et dont la peau fonctionne mal, il est bon de leur faire prendre des *bains d'air chaud* qui les font transpirer très abondamment, mais encore est-il nécessaire de surveiller leur action et les suspendre si l'on s'aperçoit qu'ils débilitent le malade.

L'hydrothérapie ne peut guère consister, en dehors des bains, qu'en lotions froides ou en *douches tièdes* ; les douches froides sont à proscrire tout à fait, car elles peuvent provoquer une grande perte de forces, et parfois du refroidissement à la suite d'une réaction incomplète. Les *lotions froides* peuvent être faites tous les matins, quand le sujet est vigoureux, au moyen d'une grosse éponge trempée dans de l'eau à 20° et qu'on écrase rapidement sur leurs épaules ; leur durée est de quelques secondes et on doit les faire suivre d'une courte mais forte friction avec de l'alcool. C'est là un stimulant énergique des fonctions vitales et un moyen d'augmenter l'oxygénation du sang par la respiration cutanée.

Chez les diabétiques plus affaiblis et qui ne supporteraient pas même les lotions froides du matin, je me suis souvent très bien trouvé de l'emploi de douches tièdes à 35° en jet brisé sur les reins et les membres ; douches suivies d'une friction à l'alcool et d'une demi-heure de repos complet.

La question des *vêtements* a son importance ; les diabétiques sont frileux, car les combustions intérieures sont ralenties chez eux, puis ils ont à redouter l'action du refroidissement brusque et les congestions viscérales. Ils doivent porter des vêtements chauds, de la flanelle surtout, sur la poitrine et sur les membres.

Les climats chauds et secs, qui favorisent la transpiration, leur sont plus utiles que les autres ; aussi les malades qui pourront le faire auront-ils avantage de passer les hivers dans le Midi.

Hygiène musculaire.—L'homme qui fait un travail musculaire journalier peut supporter une alimentation féculente très abondante, sans jamais devenir diabétique ; c'est le cas de l'habitant de la campagne. Bouchardat le premier a fait cette remarque et l'a appliquée à la thérapeutique du diabète ; il recommande aux hommes "la chasse, l'escrime, les exercices militaires, ramer, patiner, les jeux de paume, de billard, de boule, etc., sans oublier les travaux manuels ordinaires, tels que scier, fendre du bois, tourner ; les travaux actifs du labouage et du jardinage, bêcher, piocher, rouler une brouette, etc.

Pour les femmes, il prescrit les travaux les plus actifs du ménage, surtout ceux qui demandent l'action des jambes, plutôt que la station sans marche. Il insiste sur l'utilité des jeux qui mettent tout le corps et surtout les bras en mouvement, tels que le billard, les jeux de volant, de paume, le piano à pédale, la danse, sans oublier les travaux du jardinage."

La glycosurie paraissant reconnaître souvent comme cause première une diminution dans l'activité nutritive des tissus, il s'agit de lutter contre elle, et pour cela l'exercice musculaire bien réglé est un des meilleurs moyens. Mais il ne faut pas dépasser le but, car il serait très dangereux pour les malades de faire un travail au-dessus de leurs forces et d'avoir sans cesse une sensation de grande fatigue. La gymnastique, faite dans un établissement spécial, et bien graduée, est un excellent exercice, surtout la gymnastique suédoise ; mais il faut qu'elle soit en quelque sorte dosée tout comme un médicament.

L'exercice devra toujours être prescrit avec prudence et être en rapport avec les forces du malade ; celui-ci commencera par en faire très peu et l'augmentera chaque jour graduellement en ayant bien soin de ne jamais dépasser la mesure ; c'est là une règle absolue. Il faut le défendre ou le mesurer parcimonieusement quand le malade est amaigri ou arrivé à la période ultime de son diabète.

Dans bien des cas le travail musculaire à lui seul a suffi pour améliorer considérablement des malades et même pour les guérir, aussi faut-il lutter avec énergie contre la paresse qui est naturelle aux diabétiques.

Hygiène morale.—L'action du système nerveux et même des actes psychiques sur la marche et aussi sur l'origine du

diabète n'est plus à démontrer ; chaque médecin en a vu des exemples. Aussi l'entourage d'un diabétique doit-il prendre à cœur de lui éviter le plus possible les petits tracas de la vie et de l'égayer sans cesse. Lui-même doit éviter tout ce qui peut lui occasionner des émotions vives et, quand il le peut, il fait bien de ne plus s'occuper d'affaires et surtout d'éviter les émotions que procurent la politique et les questions financières. Ce sont là des conseils qui restent souvent à l'état de lettre morte, mais il est du devoir du médecin de les donner et d'employer son influence pour les faire suivre.

Hygiène des prédisposés. — Le professeur Bouchard a remarquablement exposé la nature des soins que réclament les enfants que leur hérédité prédispose au diabète et aux maladies qu'entraîne le ralentissement des actes nutritifs. " Vous ne devez pas oublier que le plus souvent le ralentissement de la nutrition est congénital, vous devez donc surveiller, dès son enfance et pendant cette longue période qui précède l'apparition de la maladie, celui qui, né de parents atteints de l'une ou l'autre maladie qu'engendre cette habitude nutritive déviée, est par ce fait prédisposé au diabète. Si vous parvenez à rétablir chez lui le taux normal de la nutrition, vous le préserverez non seulement du diabète, mais de la goutte, de la gravelle et de toutes ces autres maladies de la même famille.

Pour rétablir l'activité des mutations moléculaires, vous devez interdire chez l'enfant l'excès de l'alimentation, vous devrez réclamer pour lui la vie au grand air ; vous prescrirez les soins minutieux de la peau, les bains fréquents, les frictions, les lotions froides ; vous conseillerez, lorsque la chose sera possible, que l'enfant né dans une région humide soit transporté et élevé dans un climat plus sec. Un peu plus tard vous vous opposerez à ce que cet enfant subisse l'influence collégiale ordinaire. Ce qu'il faut à ces enfants, ce ne sont pas seulement l'abondance et la sécheresse de l'air, c'est le soleil, c'est la lumière. Il faut de plus que le système nerveux puisse se développer en liberté et sans fatigue. Il faut les soustraire à ce surmenage du cerveau que nos habitudes pédagogiques imposent à l'enfant ; le vice de l'éducation est responsable pour une large part de ces maladies arthritiques qui frappent exclusivement les classes aisées de la société."

Hygiène alimentaire. — L'alimentation est souvent la partie la plus difficile à instituer du traitement du diabète ; on

se heurte à des répugnances des malades et, il faut bien le dire aussi, le médecin hésite souvent à prescrire devant les contradictions des auteurs. Je m'en rapporterai surtout dans ce qui va suivre à ce qu'ont écrit MM. Lecorché et Dujardin-Beaumetz, dont la compétence est si grande en la matière.

La première chose à faire est d'interdire aux diabétiques les aliments sucrés et féculents, soit en totalité, soit seulement en partie.

Le sucre, sous ses diverses formes est proscrit d'une façon absolue. On peut le remplacer pour sucrer le café par de la glycérine neutre, dont l'action tonique n'est pas à dédaigner, mais il faut se défier de la saccharine qui, même à faible dose, produit rapidement des troubles dyspeptiques.

Les fruits sont à peu près tous défendus. On peut cependant, quand le diabète est léger, permettre une petite quantité de ceux qui ne contiennent que peu de sucre, pêches, abricots, pommes, groseilles, framboises, melons. Mais les cerises, les poires, les fraises, les oranges et surtout les raisins ne peuvent être permis.

Les légumes sucrés, carottes, navets, raves, betteraves, oignons, ne peuvent pas davantage entrer dans l'alimentation courante.

Les farineux et tous les aliments riches en amidon sont dans le même cas, le seigle, le maïs, les pois, les lentilles, les haricots, les fèves, les châtaignes, les féculs alimentaires, toutes les pâtes, vermicelle, semoule, macaroni, les pâtisseries doivent être défendus aux diabétiques. Je fais cependant souvent une exception pour le riz, qui, bien que riche en amidon, ne m'a jamais paru augmenter la proportion de sucre dans l'urine des diabétiques.

La pomme de terre qui ne contient guère que 17% d'amidon peut être donnée en petites quantités, et on peut remplacer de temps en temps la petite quantité de pain qu'on permet au malade par 150 gr. de pommes de terre bouillies ou rôties sous la cendre et mangées avec du beurre (Lecorché).

Les légumes sont, il est vrai, peu nourrissants, mais ils sont acceptés avec faveur par les malades dont ils varient les menus. Presque tous les légumes verts leur sont permis : choux, choux de Bruxelles, épinards, laitue, chicorée, pissenlit, artichauts, salsifis, haricots verts, cresson, romaine, escarole, asperges, etc. Les croques du Japon et les racines de topinambour sont dans le même cas. Tout ces légumes seront mangés cuits au beurre ou à la graisse de façon à permettre une large ingestion de matières grasses.

Les *graisses* remplacent les hydrates de carbone fournis par les féculents comme matériaux de combustion ; aussi doivent-elles entrer pour une assez forte part dans le régime des diabétiques qui les assimilent du reste très facilement. Mais il est inutile de leur en faire prendre plus de 150 à 200 gr. par jour, sous forme de beurre, de graisse de porc, de lard, d'huile, associés aux légumes ; d'œufs, de fromages et de fruits huileux, noix, olives, amandes, noisettes.

Le *pain* ne doit pas théoriquement être permis aux diabétiques, car il contient une grande quantité de fécule, mais dans la pratique il est presque impossible de le leur supprimer tout à fait, sous peine de voir l'appétit disparaître et le dégoût survenir. D'autre part, il n'y a guère à songer à utiliser d'une façon suivie les diverses imitations de pain qu'on s'est ingénié à créer ; le pain de gluten en particulier a un goût peu engageant et se digère mal. Aussi est-il préférable, dans la plupart des cas, de permettre une petite quantité de pain, la croûte de préférence, car elle se mange lentement, 50 gr. environ à chaque repas. On ne cause pas ainsi un grand dommage au malade et on satisfait à une de ses demandes les plus réitérées.

Les *viandes*, sous toutes les formes, constituent le fond de l'alimentation des diabétiques ; mais il n'est pas nécessaire de prescrire le régime exclusivement carné de Cantari.

Les poissons, homards, crevettes, huîtres, moules, etc, sont une excellente nourriture pour le diabétique ; il faut cependant tenir compte des prédispositions individuelles.

Boissons. — Le diabétique doit boire à sa soif, car celle-ci résulte d'une déshydratation des tissus qu'il faut combattre, mais peu à la fois et par petites gorgées, pour éviter les troubles de l'estomac.

Il n'y a donc pas à le priver d'eau, mais il faut mesurer ses boissons alcooliques pour épargner au foie un travail supplémentaire. Une bouteille de *vin* par jour est suffisante et il ne faut pas prendre plus d'un à deux petits verres de liqueur alcoolique non sucrée.

Les vins sucrés sont naturellement interdits ainsi que la bière ; ceci est important à observer dans les régions du nord de la France où la bière est une boisson habituelle, et où il faut agir fortement sur les malades pour les amener à s'en abstenir complètement.

Le *thé* et le *café* sont autorisés du moment où ils sont pris sans sucre.

Le lait à la dose d'un demi litre ne paraît pas augmenter la glycosurie (Lecoreché) ; je m'en suis souvent servi à dose plus élevée chez les diabétiques qui présentent de l'albuminurie.

Il faut bien se dire aussi que le régime alimentaire doit être fixé d'une façon plus ou moins sévère selon les cas ; jamais il ne faut changer brusquement le régime d'un malade ni le condamner à un régime qu'il ne peut supporter ; c'est une question de mesure qu'il faut savoir apprécier.

Traitement pharmaceutique. — Il doit être modifié suivant les cas auxquels il s'adresse ; on ne traitera pas un diabète d'origine arthritique comme le diabète d'origine nerveuse, par exemple. Le diagnostic de cause a, ici comme ailleurs, une importance capitale pour établir le traitement.

1° DIABÈTE CHEZ LES ARTHRITIQUES. — C'est le plus fréquent et l'on devra tout d'abord lui appliquer les règles générales du traitement de l'arthritisme.

Le bicarbonate de soude est, de tous les alcalins, celui qu'on peut donner le plus facilement ; l'estomac le tolère bien et son usage prolongé n'exerce pas d'action fâcheuse sur l'économie. Son action est d'autant plus rapide que le diabète est moins invétéré ; en le donnant à la dose de 6 gr. par jour, en paquets de 2 gr. à chaque repas, pendant trois semaines consécutives, il est rare de ne pas voir le taux du sucre dans l'urine baisser très sensiblement. En même temps qu'il diminue la glycosurie il diminue aussi l'excrétion de l'urée et la polyurie, et il exerce une action très visible sur l'état général du malade. On peut continuer son emploi pendant plusieurs mois, en ayant soin de le suspendre ou même simplement de diminuer la dose journalière pendant une semaine par mois.

Le benzoate et le carbonate de lithine partagent avec le précédent le privilège d'exercer une action des plus marquées sur le diabète des goutteux. Je donne l'un ou l'autre de ces sels de lithine à la dose de 0,50 à 1 gr. par jour, dans une bouteille d'eau de Royat, source de Saint-Mart. Dujardin-Beaumetz conseille de prendre une heure avant chaque repas un verre du mélange suivant :

Eau de Vichy.....	250 gr.
Carbonate de lithine.....	0 — 30
Liquueur de Fowler.....	II gouttes.

Où bien on peut donner le benzoate de lithine effervescent plus agréable au goût que les préparations précédentes.

Le carbonate d'ammoniaque qui est très en honneur à l'étranger est peu employé en France ; il est très irritant pour l'estomac ; on peut en donner 2 gr. par jour à des diabétiques débilités.

Les *eaux alcalines* agissent puissamment dans ce genre de diabète surtout quand le malade peut aller les prendre à la source. Les eaux de Vichy et de Vals tiennent le premier rang dans le traitement du diabète arthritique et leur action est telle, qu'après un traitement dans ces localités, les malades ne présentent parfois plus ni glycosurie, ni polyurie, cela pour un certain temps.

Prise à domicile, l'eau de Vichy, dont on doit choisir une source froide, Saint-Yorre ou Hauterive, est bue pure, une demi-heure avant les repas à une dose variable, deux verres par jour d'abord, puis trois ; mais cela n'a rien de fixe et dépend de l'état des malades. Aux repas il faut la remplacer par une eau moins alcaline, Vals-St-Jean (Bouchardat), Royat Saint-Mart, Saint-Nectaire, ou Pougues. Les diabétiques gouteux chez lesquels on redoute l'action trop énergique de Vichy peuvent commencer leur traitement en buvant de l'eau plus faiblement minéralisée, Vittel, Contrexéville ou Evian.

2° DIABÈTE CHEZ LES NÉVROPATHES. — Les arthritiques étant bien souvent des névropathes, on est amené à instituer un traitement qui s'adresse tout à la fois à la diathèse et à l'élément nerveux. Dans la pratique il y a même intérêt à donner à la plupart des diabétiques une médication anti-névropathique en même temps que celle qui vient d'être indiquée au paragraphe précédent.

Mais il y a bon nombre de diabétiques chez lesquels une excitation nerveuse forte ou prolongée suffit pour faire apparaître le sucre. Une émotion très grande, du surmenage intellectuel, des préoccupations vives, etc., peuvent avoir ce résultat. Ces malades sont presque comparables à ces animaux chez lesquels une piqûre du 4^e ventricule suffit pour faire apparaître de la glycosurie. Tels sont encore certains neurasthéniques, quelques épileptiques et enfin ceux qui présentent une lésion cérébrale. C'est parmi ces sujets que l'on rencontre la plupart des cas de diabète temporaire avec récédive facile et fréquente dès que la cause occasionnelle reparait.

A ces malades il faut prescrire le régime alimentaire ordinaire du diabétique, mais on peut très rapidement en diminuer la rigueur, notamment en ce qui concerne le pain et les fruits. L'hydrothérapie leur est éminemment favorable sous forme de

bains tièdes très courts, de douches écossaises et même de douches froides en jet brisé, de courte durée. Les exercices physiques, le repas à la campagne et les distractions sont les adjuvants utiles de ce traitement hygiénique.

Dans ces formes de diabète d'origine nerveuse, plusieurs médicaments sont tout particulièrement indiqués : le bromure de potassium et l'antipyrine, dans ce qu'on peut appeler les formes aiguës avec glycosurie abondante, polyurie, insomnie, agitation neurasthénique ; l'opium et l'arsenic dans les formes à marche plus lente et plus insidieuse.

Il n'est pas besoin de donner plus de 3 grammes par jour de bromure de potassium pour en avoir de bons résultats ; on le donne en trois fois, un gramme à chaque repas, pour obtenir une action plus continue. Il agit surtout sur les gens très nerveux et émotifs, et principalement chez les femmes. Jamais il ne faut l'employer chez des malades affaiblis ou déprimés, à moins de l'associer à l'arsenic qui tempère son action débilitante.

Si l'on veut avoir une action plus rapide, il vaut mieux recourir d'emblée à l'antipyrine ; elle ne guérit pas le diabète, mais elle aide puissamment à diminuer la glycosurie et la polyurie quand la maladie n'est pas trop grave, et à la condition que les reins soient perméables. Les recherches de MM. G. Sée et A. Robin ont montré combien son action est prompte et énergique dans certaines formes de diabète. Il est inutile d'en donner plus de 3 grammes par jour, également à doses fractionnées, et pendant plus de 8 jours consécutifs ; c'est un médicament d'extra et nullement d'usage journalier ; on peut y revenir de temps en temps quand l'état du malade l'exige.

L'opium est employé depuis longtemps dans le traitement du diabète ; associé aux alcalins, il constitue le meilleur traitement du diabète d'origine neuro-arthritique ; même dans les cas graves il peut être prescrit sans danger. Comme M. Lecorché, je ne dépasse guère la dose de 0.05 centigrammes d'extrait d'opium prise en deux fois, et ce n'est qu'exceptionnellement que j'en donne 0,80 et 0,10 centigrammes par jour, bien que le diabétique supporte admirablement l'opium. Les alcaloïdes de l'opium ont une action moins sûre que l'opium lui-même, il faut les donner avec prudence quand il y a des menaces de coma ou de complications pulmonaires ou gastro-intestinales.

L'arsenic agit dans le même sens que les alcalins et l'opium, retardant l'amaigrissement et diminuant en même temps la glycosurie, l'azoturie, la polyurie (Lecorché). Il est surtout indiqué chez les diabétiques maigres et débilités et chez ceux qui sont

tuberculeux. La liqueur de Fowler est d'un emploi commode et efficace ; on la donnera à la dose de 8 à 10 gouttes par jour pendant 15 à 20 jours par mois, en alternant avec une autre médication : opium, bromure, antipyrine, etc., selon les cas. M. Lecorché associe à la liqueur de Fowler 4 à 5 gouttes de laudanum chaque jour.

3° DIABÉTIQUES DÉBILITÉS. — Il faut user chez eux conjointement avec les médicaments nervins et alcalins, de toniques et de stimulants pour les empêcher d'arriver à la cachexie diabétique. C'est ainsi que le fer est souvent indiqué quand ils sont anémiés ; la préparation de choix à employer est le *protocollat de fer*, 0,20 centigrammes, deux fois par jour, suivis d'une cuillerée à café d'une solution d'acide chlorhydrique à 1/100. Le din de quin quina, les vins et les diverses préparations de kola et de coca, les amers, noix vomique, colombo, gentiane, etc., trouvent ici leur place, les uns comme modérateurs de la nutrition, les autres comme stimulants de l'appétit. En hiver l'huile de foie de morue, et en été la glycérine, peuvent être ordonnées comme reconstituants.

Ce sont là des diabétiques chez lesquels il faut user avec prudence des eaux alcalines ; beaucoup d'entre eux demandent à aller faire une cure à Vichy, mieux vaut les diriger sur les eaux arsenicales de la Bourboule, ou à Royat, où ils pourront utiliser les eaux lithinées et arsenicales de César et Saint-Victor.

4° DIABÉTIQUES ALBUMINURIQUES. — Souvent se présente ce cas embarrassant d'un diabétique dont les urines contiennent plus ou moins d'albumine. Tantôt on a affaire à un malade goutteux dont l'affection rénale est la chose importante et qui n'a qu'une légère glycosurie intermittente, tantôt à un diabétique dont les reins irrités par le passage du sucre, laissent filtrer de l'albumine. Dans le premier cas, il faut instituer le régime de l'albuminurie, dans le second, celui du diabète en ne tenant guère compte que de la maladie principale. Quand des accidents urémiques se montrent, il ne faut pas hésiter à donner 2 à 3 litres de lait par jour, associé aux alcalins ; et quand on supprime le lait on doit le remplacer par des boissons diurétiques. Mais ce n'est qu'avec la plus grande prudence qu'on donnera de la digitale dans les cas de ce genre, même après l'emploi du lait, l'intoxication est à craindre.

Lésions cutanées. — Comme elles peuvent être le point de

départ d'infections secondaires, on les soignera et on les fera disparaître le plus rapidement possible par les méthodes antiseptiques.

Névralgies. — Elles constituent une complication fréquente du diabète, quelquefois même elles en sont le seul symptôme apparent d'où l'indication de toujours songer au diabète chez les gens qui ont des névralgies persistantes. Ordinairement elles siègent à la face, dans le domaine du trijumeau, d'autres fois il n'y a que de la céphalalgie persistante et fort pénible.

Le traitement par la quinine réussit peu contre elles. Comme elles sont dues à l'action du sucre sur le système nerveux, elles ne cèdent qu'à des moyens faisant diminuer rapidement le sucre. De préférence j'ordonne les médicaments nervins, antipyrine, bromure de potassium, opium, selon les cas.

Cachets :

Antipyrine.....	0 gr. 80
Carbonate de lithine.....	0 — 20
Trois semblables par jour.	

à prendre de préférence au début de chacun des trois repas, et avec lesquels on prescriera deux cuillerées à soupe de la solution suivante, une le matin à jeun et une le soir en se couchant :

Solution :

Bromure de potassium.....	25 gr.
Liqueur de Fowler	2 —
Glycérine	50 —
Eau distillée	250 —

Coma diabétique. — Il est dû à des décompositions anormales subies par le sucre dans l'économie et dont l'acide acétique et l'acétone, sont les derniers termes (Lécorché). On peut prévoir sa venue, quand le malade exhale l'odeur si caractéristique de l'acétonémie et présente des troubles gastro-intestinaux en même temps que de la somnolence et de la torpeur intellectuelle. On doit alors adoucir son régime, lui faire prendre peu de viande mais beaucoup de lait et de légumes verts, et supprimer les médicaments nervins qui le déprimeraient. L'intestin sera évacué par l'usage fréquent des eaux de Châtelguyon ou d'Ydes, et le système nerveux excité par la strychnine. Le reste du traitement préventif comprend l'emploi des alcalins à haute dose, 20 à 30 grammes de bicarbonate de soude par jour, des

toniques du cœur et des inhalations d'oxygène. Quand le coma se montre, la thérapeutique devient impuissante, et il ne faut citer que pour mémoire la transfusion sanguine et les injections salines intraveineuses proposées pour le combattre.

Electrisation. — Les découvertes récentes faites par M. d'Arsonval des courants sinusoïdaux et de leur emploi en thérapeutique nous donnent un moyen puissant de combattre le diabète. En activant la nutrition ces courants favorisent les oxydations et diminuent, chez les diabétiques, la production du sucre. Grâce à eux on peut, dans certains cas, permettre au malade affaibli de manger ce qu'il veut sans que sa glycosurie augmente, ce qui permet de lui rendre rapidement les forces perdues. Nul doute qu'avant peu de temps ce moyen de traitement ne remplace une bonne partie du traitement pharmaceutique.

A Monsieur le Docteur Paul

MONSIEUR,

Votre article, paru dans le dernier numéro de *l'Union*, demande une réponse immédiate.

La seule raison qui me fait y répondre, est l'absence de mon frère, que vous semblez tout particulièrement incriminer.

En toute humilité, je vous dirai que j'éprouve un grand embarras, moi qui n'ai pas l'habitude des polémiques, au moment de vous adresser les quelques lignes qui suivent, à vous qui si facilement maniez la plume, savez discuter avec tant de courtoisie, de délicatesse, de douceur, de désintéressement, d'indulgence même vous exprimer.

Mais il le faut, et quand il le faut, n'est-ce pas...

Néanmoins, et pour me décider, il ne m'a pas fallu moins que votre indulgence bien connue, de laquelle, à temps je me suis souvenu. Vous comprendrez encore que je n'ai visé ici qu'à vous présenter aussi clairement que possible, les quelques réflexions qui me furent suggérées par votre pseudo-philippique.

Du haut du piedestal que vous ont fait vos écrits !! vous envisagez un peu trop peut-être, la situation en maître. Soyez élément pourtant pour qui n'a pas l'heur de jouir des mêmes avantages et ne peut juger les choses que comme le commun des mortels.

Allons, j'ai peu de temps, vous aussi probablement, et comme je ne veux pas vous ennuyer d'avantage avec ces préliminaires, j'aborderai de suite le passage de votre article où vous dites à mon frère "qu'il ferait mieux de surveiller son

reporter que de s'occuper des *partisans qui ne se limitent pas toujours aux exigences d'une impartialité désirable.*"

Surveiller son reporter ! Quel crime a-t-il donc commis ? Est-ce celui de s'être trompé ?

S'est-il trompé, en comprenant et en écrivant que " sur la proposition du docteur Laurent, le Collège avait voté une somme de \$200.00, que le président du Bureau emploierait à faire relier les thèses de la Faculté de Paris ? "

Il s'est trompé, car le rapport officiel dit : " Le président sera autorisé à faire les dépenses nécessaires pour la relieure comme pour la location et conservation des livres de la Faculté de Paris. "

Certains lecteurs n'avaient rien vu de bien important dans cette légère différence. Ils s'étaient tout simplement, dits que le reporter s'était trompé et que d'ailleurs la chose tirait peu à conséquence.

Ames candides qui ne savaient pas plonger au fond des choses avec cet œil de lynx que dame nature vous a départi !

Et vous n'avez pas hésité un seul instant. Vous avez pressenti, flairé un complot. Que dis-je ! Vous l'avez inventé.

Dans ces " dépenses nécessaires " vous avez vu tout de suite, ô moderne argus, qu'il s'agissait là d'un couvert grâce auquel on saurait extorquer au Collège des milliers de dollars, que non seulement l'on emploierait à la relieure de livres mais encore, sans aucun doute, à faire mouvoir les fameuses *ficelles invisibles*.

Mais afin que le complot puisse réussir, il n'eut pas fallu, n'est-ce pas, que la profession en eut vent. Rien de plus facile se diront les âmes simples, on n'avait qu'à se taire.

Que non, vous êtes-vous dit, il fallait tromper la profession. la laisser croire à une dépense modeste et faire le coup. Pour cela, il fallait, un journal — (LA CLINIQUE).

En le gorgeant d'or — le journal — on lui fera dire ce qu'on voudra. Il écrira \$200.00. Et voilà pourquoi " LA CLINIQUE " a mentionné ce chiffre, dans le but de tromper la profession et de jeter de la poudre aux yeux ! ! !

Merveilleux coup d'œil, qui vous fait entrevoir, deviner, construire de toute pièce une machination aussi compliquée, alors que d'ordinaire, d'autres, moins nés malins que vous, eussent tout simplement cru à une de ces erreurs comme il s'en produit tous les jours.

N'est-il pas vrai, monsieur, que vous avez toutes fraîches à la mémoire, les œuvres de Capendu, et que vous faites encore vos délices des élucubrations de Ponson du Terrail ?

Car comme lui vous négligez certains détails qui donnent aux histoires le cachet de la vérité vraie.

Ainsi vous n'avez pas un seul instant songé qu'un tel complot eut été inutile puisque le rapport officiel devant bientôt paraître eut nécessairement tout gâté. Il me semble pourtant que le bon sens ordinaire eut dû suffire pour faire comprendre à n'importe qui, le ridicule d'un mensonge inutile et dangereux. . . pour son auteur.

Aussi, et malgré votre haute autorité et l'attrait de votre création, persistai-je à croire à une simple erreur. Une erreur insignifiante, car dès maintenant je puis vous rassurer sur les "dépenses nécessaires" qui ne s'élèveront nullement à des milliers de dollars. Celles qu'on présentera au Bureau seront expliquées, détaillées avec le plus grand soin, et vous y verrez, ô censeur rigide autant que peu juste, que rien n'y aura été surchargé et que lorsque le président aura rendu ses comptes, qu'il n'en sera pas plus riche d'un centime.

Et non seulement il en sera ainsi pour le président, mais encore pour chacun des officiers du Bureau.

Et, puisque nous en sommes à parler des livres, laissez-moi vous exprimer mon admiration pour le magnifique mouvement épistolaire dans lequel vous vous élevez contre la bibliothèque, qui, dites-vous, "est ouverte aux médecins, malgré l'injonction formelle du Bureau." Quelle fougue messeigneurs, quel véhémence, quelle chaleur, quelle grande éloquence !

Une chose pourtant me laisse rêveur. Je me suis demandé pourquoi vous vous élevez ainsi contre l'ouverture d'une bibliothèque dont la profession a un si grand besoin dans ce pays où il n'y en a point d'autre à sa disposition.

N'est-ce pas curieux me disais-je de voir un médecin s'opposer au seul moyen qu'aient ses confrères, pauvres ou riches, de s'instruire ? La raison ? Je ne la vois guère.

Ça ne peut être par amour de l'économie puisque plus loin, l'on demande que l'argent du Collège soit dépensé à la recherche et à la poursuite des charlatans.

Hélas ! monsieur, je n'ai pas cette pénétration, cette sagacité qui vous sont naturelles, — j'ai beau chercher, je ne trouve rien. Même, et à force d'y penser, j'en viens à me rappeler que la lecture du rapport officiel me laissa sous l'impression que le Bureau était plutôt favorable à la création et à l'ouverture de la bibliothèque.

Alors j'ouvris le rapport.

Et voici ce que je lus page 48. Après la nomenclature de certains livres que le comité conseille d'acheter, le rapporteur termine ainsi son rapport :

"Votre comité n'a pas pu élaborer les règlements de la bibliothèque. Cependant elle est à la disposition de la profession, la salle de lecture est ouverte au No 292, de la rue St-Denis, de huit heures du matin à dix heures du soir."

Le rapport est adopté à l'unanimité.

Dès lors il me semble, que le Bureau en acceptant ce rapport, approuvait l'ouverture de la bibliothèque. Même que sur la proposition du docteur Beausoleil il adressât un vote de remerciement au doyen Brouardel, à M. Louis Herbette, à M. le professeur Le Dentre, etc. En songeant à tout cela, j'en suis venu, malgré toute l'admiration que vous m'inspirez, à trouver que vous avez eu tort d'écrire ce que vous avez écrit. Je me suis dit que vous ne deviez pas avoir réfléchi que ces lignes seraient lues en France et que les personnes plus haut mentionnées, monsieur

le doyen Brouardel, en tête, s'étonneraient à juste titre de voir un médecin reconnaître si mal ce qu'ils ont fait pour nous. Sans doute, me disais-je, ils se rappelleront que ces riches les offraient à l'Université Laval dès 1894, et que la dite Université les jugea d'une si mince valeur qu'elle ne daigna même pas en faire la demande.

On ne daigna même pas écrire une petite lettre pour remercier qui de droit de l'offre généreuse qu'on avait faite. Puisque, se diront-ils, en 1894, l'Université voulait que les thèses restassent à Paris, ils ne faut pas trop s'étonner qu'un médecin veuille aujourd'hui, qu'elles dorment dans des caisses, en douane, ou dans des greniers.

Et puis, pourraient-ils se dire encore, nous ne savons pas après tout, quel est ce "docteur Paul." Et pour la première fois, je me suis dit que vous faisiez rudement bien de ne pas signer vos articles. Cela vous permettra, plus tard, de n'être pas responsable de ce qui me paraît, maintenant un sacrilège, un blasphème "il ne faut pas livrer les livres à la profession!"

Dès lors le charme était rompu. Il me parut que j'avais mal lu votre article. Je repris le passage où vous blâmez si fort l'agent du collège de ce qu'il désire avoir le nom et l'adresse d'un charlatan, et la mention d'un cas dans lequel il aurait donné des soins, avant de procéder.

Il me parut que monsieur Déon avait raison, après tout, de ne pas vouloir partir en guerre sur la réception d'une lettre comme la suivante par exemple :

MONSIEUR,

Il y a dans les cantons de l'est un charlatan qui exerce illégalement la médecine.

Docteur X...

Je ne puis m'empêcher de sourire en me représentant l'agent du collège se mettant en route sur ces simples indices et parcourant les dits cantons, cherchant à droite à gauche, s'arrêtant ici et là pour recueillir des indices jusqu'à ce qu'il découvre enfin le nom et l'adresse, puis un malade traité, consentant à dénoncer "son bienfaiteur" (car c'est ainsi qu'on les nomme).

Cela pourrait durer des semaines, des mois, demander l'assistance couteuse des policiers, etc., etc.

Alors qu'il est si facile pour le médecin voulant se débarrasser d'un rebouteur gênant d'en donner le nom, l'adresse et le nom d'une personne traitée par lui.

Car enfin, vous monsieur, par exemple, vous ne pouvez en justice demander que nous encourrions de gros frais pour vous délivrer d'un charlatan qui ne nous fait rien, à nous, et dont vous seriez vite soulagé si vous vouliez vous en donner la peine.

Et je vous assure que l'opinion générale, ici, à Montréal, est qu'il vaut infiniment mieux dépenser le moins possible à courir après les charlatans, et le plus possible dans l'achat d'une bibliothèque où chacun peut venir s'instruire.

A mon avis, si j'avais des conseils à donner, et c'est ce dont je ne me pique pas — c'est là le moyen que je conseillerais comme le plus efficace pour lutter contre ces pauvres diables de charlatans, dont le nom seul paraît avoir le don de troubler votre sommeil.

C'est même ce manque de sommeil auquel j'attribue le ton agressif que vous prenez parfois bien rarement ! et la mauvaise humeur contre certain gouverneur qui perce à tout moment lorsqu'on lit sans parti-pris, les articles que vous prétendez consacrer uniquement à l'étude des questions d'intérêt professionnel !

Allons ! calmez-vous donc un peu. Bientôt d'ailleurs, la loi sur l'exercice illégal de la médecine sera modifiée, vous aurez de nouvelles armes et vous pourrez tailler sans merci ces pauvres charlatans qui n'en pourront mais, ainsi que leur faire payer toute la bile que vous faites maintenant.

Mais pour Dieu, pour le repos de votre âme et la santé de votre corps, ne vous essayez plus en vain à tout renverser, à tout bouleverser de vos faibles mains, vous en tomberiez malade et cela nous ferait trop de peine.

Et puis l'on finirait par croire, ce que beaucoup disent déjà, (des mauvaises langues sans doute) que ce n'est pas au bureau que vous en voulez, mais à un seul de ses officiers, et que si vous luttez si virulentement c'est uniquement pour le combattre et non ainsi que vous aimeriez qu'on le crût, pour le plus grand bien des intérêts généraux de la profession.

ADELSTAN DE MARTIGNY.

RÉDACTEUR *pro tempore*.
